Reihe
Gesamtwirtschaft, Raumordnung und Sozialsicherung

Albrecht Goeschel, Michael Teumer (Hrsg.)

Mann und Krankenhaus:
Untersuchungen zur regionalen und sektoralen Gesundheitsversorgung der Männerbevölkerung 1999 - 2012

2013

Herausgeber:
Accademia ed Istituto per la Ricerca Sociale
Akademie und Institut für Sozialforschung
Verona

Herausgeber:
Accademia ed Istituto per la
Ricerca Sociale Verona
Corso Porto Nuova 11
I – 37122 Verona
Palazzo Istituto Nazionale delle
Assicurazioni – Studio Germa

Eigenverlag und Druck:
Akademie und Institut für
Sozialforschung e.V. – Korrespondenzbüro
D – 83250 Marquartstein
Staudacher Straße 9 b

© Prof. Albrecht Goeschel 2013
Dipl. Soz. Michael Teumer 2013

Inhalt

	Seite
Vorwort	**4**
Gerd-Uwe Watzlawczik **Mann in Europa:** **Konzept für eine länderübergreifende** **Berichterstattung zur Männergesundheit** **(1999)**	**8**
Albrecht Goeschel **Männerheilkundliche Therapiekonzepte und Klinikprojekte** **für 187 Millionen Männer in Europa:** **Eine Innovationschance für die deutsche Gesundheitswirtschaft** **(2000)**	**21**
Gerd-Uwe Watzlawczik **Regionale Unterschiede in der Männergesundheit:** **Lebenserwartung und Erkrankungsschwerpunkte** **der Männer in den unterschiedlichen** **Raumtypen und Krankenhausversorgungsgebieten** **(2000)**	**34**
Uwe Steinacker **Regionale Verteilungsmuster** **in der Krankenhausversorgung der Männer** **in Deutschland** **(2002)**	**52**
Albrecht Goeschel **Männliche Patienten:** **Zielgruppe des Krankenhauswettbewerbs** **(2003)**	**67**
Albrecht Goeschel **Männliche Patienten als Entwicklungspotential** **für die Krankenhäuser und Kliniken** **(2000)**	**75**
Christoph Birkel **Regionale Disparitäten in der Erkrankung und Behandlung** **von Neubildungen bei Männern** **(2000)**	**88**
Sibylle Drexler **Regionale Verteilung der Rehabilitationseinrichtungen** **für Betroffene von Schwerunfällen, Gewalterlebnissen** **und Überforderung** **(2000)**	**95**

Gerd-Uwe Watzlawczik **107**
Die alternden und alten Männer
als Problem der Geriatrischen Rehabilitation
(1999)

Albrecht Goeschel **120**
Männer-Pflegebericht für Deutschland
(2007)

Autorengemeinschaft **123**
„Innerer Markt“:
Ein Zukunftspotential der Krankenhäuser
(2006)

Autorengemeinschaft **128**
Burnout-Risiko bei den Männerbeschäftigten
der Krankenhäuser in Bozen-Südtirol
(2012)

Albrecht Goeschel, Marcus Bollmann **133**
Zentren für Männergesundheit:
Versorgungsform zur Schließung der Marktlücke
Männerbehandlung
(2007)

Anhang **146**

Vorwort

Männergesundheit und Krankenhausversorgung sind für das politische System in Deutschland getrennte Welten. Hinsichtlich der sozialen Innovation der Gesundheitsversorgung ist gleichwohl in keinem anderen der Sektoren des Gesundheitswesens soviel zugunsten der Männergesundheit unternommen worden wie in der *Krankenhausversorgung*.

Treibende Kraft für eine nicht nur symbolische, letztlich nur auf urologisch-pharmazeutische Zusatzumsätze abzielende Männergesundheitspolitik, wie sie sich derzeit in den Medien präsentiert, war in den späten 1990er Jahren die *Studiengruppe für Sozialforschung e.V.* . Sie hat im Unterschied zu der damals allmählich aufkommenden ärztlich-medizinischen und damit fachgebietemedizinisch verengten und sozial-medizinischen und damit gesundheitspolitisch wirkungslosen Männergesundheitsliteratur ganz gezielt im Zentrum der Gesundheitsversorgung angesetzt: Bei den Akutkrankenhäusern und bei den Rehakliniken. Dies hatte auch den Grund, dass nur bei den Akutkrankenhäusern und den Rehakliniken in den ausgehenden 1990er Jahren überhaupt Aufmerksamkeit und Zahlungsbereitschaft für neue Versorgungsaufgaben bestand. Bei den Krankenkassen hingegen interessierte nur ein sogenannter *„Wettbewerb“* mit Konzernbildung durch Fusionen und bei der Bundesgesundheitspolitik dominierte einseitig *„Frauengesundheit“*.

Es verwundert nicht, dass das Thema Männergesundheit und Krankenhausversorgung dann auf gehobenem Niveau zunächst und auch später nicht in Deutschland selbst, sondern sozusagen im Exil, in Italien erörtert werden musste. Durch ihre Tätigkeit auch in Italien konnte die Studiengruppe für Sozialforschung e.V. das Thema einer europäischen stationären Infrastruktur zur Männerbehandlung 1999 mit einer ersten Fachkonferenz zum Thema Männergesundheit in Riva am Gardasee in die Fachöffentlichkeit bringen. Erst ein Jahr später wurde dann dieses Thema mit einer Fachtagung des Sozialverbandes VdK Bayern in Schloss Tutzing am Starnberger See nach Deutschland sozusagen reimportiert und den deutschen Akutkrankenhäusern und Rehakliniken mit einer Folgekonferenz der Studiengruppe für Sozialforschung e.V. in München nähergebracht.

Zwar interessierten sich ab diesem Zeitpunkt nun auch eine erhebliche Zahl von Akutkrankenhäusern zusätzlich zu den Rehakliniken für das Thema Männergesundheit: Das Problem blieb allerdings die fehlende Männergesundheitsberichterstattung in Deutschland als notwendiger Hintergrund für Krankenhaus-Einzelanalysen. Auch hier sprang Italien wieder in die Bresche: Die Regierung der Autonomen Provinz Bozen - Alto Adige beauftragte die Studiengruppe für Sozialforschung e. V. mit der Erstellung eines Männergesundheitsberichtes für die Provinz. Hierdurch waren Mittel für einerseits einen Männergesundheitsbericht für Italien insgesamt und andererseits auch für Datenauswertungen für Deutschland insgesamt verfügbar.

An dieser Stelle muss die Rolle *Italiens* in Sachen Männergesundheit für Deutschland hervorgehoben werden: Nicht nur wie schon dargestellt ist Italien in Gestalt der *Autonomen Provinz Bozen - Alto Adige* beim Thema Männergesundheit für Deutschland mehrfach eingesprungen. Auch das nach dem Jahr 2000 virulent gewordene Thema der Gesundheitslage der Berufskraftfahrer, einer zahlenstarken,

wirtschaftsrelevanten, aber gesundheitlich weitgehend vernachlässigte Männergruppe hätten die Studiengruppe für Sozialforschung e.V. und nachfolgend die Accademia ed Istituto per la Ricerca Sociale nicht ohne die politische und finanzielle Hilfe der Bozener Landesregierung etablieren können. Im Mittelpunkt stand bei diesem Thema die Entwicklung eines ersten Zentrums für Kraftfahrergesundheit in Kooperation mit dem Ospedale Vipiteno am Brennerpassausgang.

In Deutschland selbst mussten Wege gefunden werden, um die steigende Anzahl und den steigenden Anteil älterer Männerpatienten in der Krankenhausversorgung überhaupt zu einem Thema zu machen und dann in entsprechende Versorgungsangebote umzusetzen: Symposien und Publikationen waren zwar hilfreich, reichten hierzu aber nicht aus. Es war vielmehr angezeigt, die in den ersten Jahren des neuen Jahrtausends bei vielen Krankenhäusern anlaufende Überprüfung des jeweiligen medizinischen Konzepts als Ansatzpunkt für eine Integration der Versorgungsaufgabe Männergesundheit in die Krankenhausversorgung zu nutzen. Es ging damals in vielen Beratungsfällen, häufig Umlandkrankenhäuser von großstädtischen Maximalversorgungsstandorten oder Krankenhäuser in durchgängig dicht besetzten Krankenhauslandschaften, in beiden Fällen also Krankenhäuser unter starkem Wettbewerbsdruck, darum diese Krankenhäuser durch die Bildung medizinisch-therapeutischer Schwerpunkte zukunftfähig zu machen. Die Studiengruppe für Sozialforschung e.V. verfolge in solchen Beratungsfällen das Prinzip der Konzipierung von patientengruppen- und lebenslagenbezogenen Schwerpunkten wie bspw. der Etablierung von Zentren für Männergesundheit. Beispielhaft ist hier die Einrichtung des *Zentrums für die Gesundheit des Mannes* des Klinikum Schaumburg zu nennen, mit dem ab 2005 der Standort Rinteln des Klinikum eine neue Zukunftsaufgabe erhielt.

Ein anderer Weg war die direkte Ansprache der deutschen Akutkrankenhäuser mit dem Thema Männergesundheit und Männerbehandlung als Zukunftsaufgabe und Wettbewerbsfaktor der Krankenhäuser sowie mit dem Thema Männer als Patient der Zukunft. Die Studiengruppe für Sozialforschung e.V. realisierte im ersten Jahrzehnt des neuen Jahrtausend mehrere Beratungskampagnen zu diesen Themen und erstellte für eine erhebliche Anzahl von Krankenhäusern Analysen der Gesundheitslage der Männerbevölkerungen in den Standortregionen dieser Krankenhäuser und der Erkrankungs- und Behandlungsbilder der Männerpatienten in diesen Krankenhäusern.

Eine Reihe von Akutkrankenhäusern und Rehakliniken setzte diese Untersuchungen in unterschiedliche Formen von Männergesundheitsangeboten um: Gesundheitstage für Männer, Untersuchungs-, und Behandlungsangebote für Männer, Gesundheitsberatungsstellen etc. Allerdings überlagerten ab Mitte des vergangenen Jahrzehnts die finanziellen Schwierigkeiten der Krankenhäuser mit der DRG-Finanzierung diese patientengruppen- und lebenslagenorientierten Innovationen. Auch insgesamt hat die brachiale Einführung von Quasi-Preisen und Gewinnorientierung in der Krankenhausfinanzierung dazu geführt, dass die Krankenhausversorgung in Richtung einer Mengenausweitung ärztlich-operativer und fachgebietemedizinischer Leistungen und eine Verringerung der pflegerischen und gesundheitslagemedizinischen Leistungen gedrängt wurden. Gleichwohl entwickelte die Studiengruppe für Sozialforschung e.V. in dieser Zeit mit dem Konzept des *„Inneren Marktes“* für die Krankenhausleitungen einen Anreiz, sich

weiter für einen Ausbau männerspezifischer Beratungs- und Behandlungsangebote zu engagieren. Bei diesem Konzept ging es darum, die spezifische Zusammensetzung der Männerpatienten in den jeweiligen Krankenhäusern nach Altersgruppen und Behandlungsanlässen zu analysieren und auffällige Lücken insbesondere im Vergleich zur Männermorbidität im Standortraum zu identifizieren. Auf dieser Grundlage wurde dann für geeignete Behandlungsfälle, bspw. Hernien-OP Zusatzangebote der nicht-chirurgischen Fachabteilungen entwickelt, um Männerpatienten an die Krankenhäuser zu binden.

Entscheidender für den Aufbau einer Männergesundheitsversorgung in Deutschland und Europa war allerdings die von der Studiengruppe für Sozialforschung e.V. ab 2008 forcierte Befassung mit der besonders prekären Gesundheitslage der Gruppe der Berufskraftfahrer in Deutschland und Europa. Gespräche mit Akutkrankenhäusern und Rehakliniken in Deutschland seit 2005 an grenzübergangs- und autobahnnahen Standorten waren nur im Raum Lörrach und Rheinfelden, nicht jedoch im Raum Traunstein – Bad Reichenhall erfolgreich. Entscheidend war aber die weitsichtige Förderung eines *Europäischen Zentrum für Kraftfahrer-Gesundheit (EZK)* in Vipiteno am Brenner durch die Regierung der Autonomen Provinz Bozen – Alto Adige. Dort wurde ab 2008 unter Einbeziehung des Akutkrankenhauses Vipiteno ein Konzept *Integrierter Gesundheitsversorgung* für Kraftfahrer entwickelt, das nun auf seine Umsetzung im Rahmen des geplanten Service-Zentrum für den LKW-Verkehr in Vipiteno wartet. Das entwickelte Konzept wurde mittlerweile von Seiten der in Deutschland führenden Autohof-Genossenschaft SVG und der Dienstleistungsgewerkschaft ver.di für das Autobahnkreuz Kassel übernommen und soll dort erstmals für Deutschland realisiert werden.

Neuer Akteur für diese Versorgungsaufgaben ist mittlerweile die *Accademia ed Istituto per la Ricerca Sociale* mit Sitz in Verona, von der die ehemalige Studiengruppe für Sozialforschung e.V. abgelöst worden ist. Bei der Akademie wurde inzwischen ein Projektbereich *Logistics, Health and Working Poor* etabliert, der Konzepte für ein europaweites Netzwerk von Zentren für Kraftfahrergesundheit mit Fachkonferenzen, Projektstudien und Publikationen konzipiert und forciert. Damit ist der schon von der Studiengruppe für Sozialforschung e.V. mit der Gardaseekonferenz gewählte europaweite Ansatz in der Männergesundheitspolitik wieder hergestellt. Krankenhäuser sind nunmehr allerdings nicht mehr Kristallisationspunkte der Männerbehandlung, sondern Funktionselemente in Integrationskonzepten.

Eine weitere gesundheitliche Hochrisikogruppe in der Männerbevölkerung, die vorrangig als Zielgruppe für Rehakliniken relevant ist, sind Männer in Trennungs- und Scheidungssituationen. Etwa zeitgleich mit der Risikogruppe Berufskraftfahrer hat die Studiengruppe für Sozialforschung e.V. auch mit Untersuchungen über die Risikogruppe Scheidungsmänner begonnen und hierzu eine ganze Reihe von Publikationen vorgelegt und mit einer Beratungskampagne die deutschen Rehakliniken auf diesen Versorgungsbedarf aufmerksam gemacht.

Nach wie vor leidet eine Verbesserung der Gesundheitsversorgung der Männerbehandlung in Europa, die angesichts der vor allem die Männer treffenden Finanz-, Bank- und Wirtschaftskrise besonders dringend ist daran, dass eine nachhaltige und umfassende Männer-Gesundheitsberichterstattung in Deutschland fehlt. Lediglich für Bayern und ausgewählte Regionen in Deutschland hat die

Studiengruppe für Sozialforschung e.V. in den Jahren nach der Jahrtausendwende solche Berichte erstellt. Im Jahr 2007 wurde die Studiengruppe dafür mit dem *„GenoPortal-Award“* ausgezeichnet. Die ausgezeichneten Berichte haben immer auch die Rolle der Krankenhausversorgung für die Männerbevölkerung beachtet. Aufgabe der nachfolgenden Veröffentlichung ist es vorallem, wesentliche Eckdaten zum Bedarf der Männerbevölkerung an Krankenhausversorgung und zum Bestand an Krankenhausversorgung für die Männerbevölkerung zusammenzustellen.

Vollkommen unzureichend bearbeitet sind bisher drei männerspezifische Themenfelder: Die Notwendigkeit einer männerspezifischen Sensibilisierung der Krankenpflege, die Berücksichtigung der alten und hochaltrigen Männer in der Pflegeversorgung und die Arbeitsbedingungen der männlichen ärztlichen und pflegenden Krankenhausmitarbeiter selbst.

Verona/Leipzig,
Juni 2013

Prof. Albrecht **Goeschel**
Dipl. Soz. Michael **Teumer**

Gerd-Uwe Watzlawczik

Mann in Europa: Konzept für eine länderübergreifende Berichterstattung zur Männergesundheit (1999)

1. Thematisierung von „Männergesundheit“ als gesundheitspolitisches Strategiekonzept

Im politischen Feuilleton liest man häufig den Vorwurf, Politik in der Massendemokratie sei nicht mehr reale, sondern nur mehr symbolische Politik. Das ist natürlich ein wohlfeiler Scheingegensatz: Politik im modernen Verbände- und Medienstaat kann nur als symbolische Politik auch reale Politik werden. Unter den Bedingungen des modernen Verbände- und Medienstaates muss Politik einerseits Finanzmittel, Rechtsvorschriften und Handlungsbereitschaften mobilisieren und kanalisieren - dies erfolgt in den Grauzonen und Dunkelfeldern des Verbändewesens, der Ministerialbürokratien und der großen Unternehmen. Anderseits muss die Politik aber auch Mitwirkungsbereitschaft oder zumindest Hinnahmebereitschaft bei den Betroffenen bewirken - dies erfolgt im Rampenlicht des Parteienstreites innerhalb und außerhalb der Parlamente und auf der Medienbühne.

Die mehr oder minder lose Verknüpfung zwischen diesen beiden Wirkungsbereichen kann letztlich nur symbolisch hergestellt werden. Ausnahmen nach dem Muster der persönlich direkt Beauftragten z.B. für Frauen, für Ausländer oder die Bundeswehr bestätigen die Regel. Unter diesen Bedingungen realer Politik in der notwendigen Form symbolischer Politik ist dann die *„Themenhoheit“* ein strategisches Ziel und ein taktisches Mittel der Gewinnung von politischem Einfluss und der Durchsetzung politischer Anliegen. Für alle diejenigen, die eine andrologisch-männerheilkundliche Versorgungsinfrastruktur in Europa für wünschenswert oder für unverzichtbar halten, bedeutet dies, dass sie sich zunächst darauf konzentrieren müssen, Männergesundheit zu einem Thema, speziell zu einem versorgungspolitischen Thema zu machen.

Selbst bei zunächst vorwiegend privatwirtschaftlichen Angebotsstrukturen sind in allen europäischen Ländern auch politisch-administrative Hürden zu überwinden und müssen verbandliche und berufsständische Duldungen, möglichst aber auch Erleichterungen erreicht werden. Gleichzeitig müssen aber auch Bedürfnisse seitens der Patienten artikulierbar gemacht werden, weil sie erst dann als Nachfrage nach Behandlung wirksam werden können.

2. Europäischer Männer-Gesundheitsbericht als Durchsetzungsinstrument

Ein bewährter und erfolgversprechender Weg zur Thematisierung politischer Anliegen ist die Ankündigung, die Erarbeitung und dann die Veröffentlichung einschlägiger *Bindestrich*-Berichte: Jugend-Bericht, Frauen-Bericht, Alten-Bericht, aber auch Sozial-Bericht, Umwelt-Bericht sowie Jahreswirtschafts-Bericht und Monopol-Bericht. Im Gesundheitsbereich transportieren seit Jahren schon die jeweils zuständigen Ministerien des Bundes ihre sehr spezifischen und durchaus konkreten

fach- und machtpolitischen Anliegen durch die spezifische Berichtsform der Jahres- und der Sondergutachten des Sachverständigenrates in die Fachöffentlichkeit einerseits und in die Medienöffentlichkeit andererseits. Interessant ist, dass die EU-Kommission die von ihr angestrebte schrittweise Europäisierung auch der Gesundheitspolitik u.a. durch den Aufbau eines EU-weiten Systems der Gesundheitsberichterstattung vorantreibt. Aus all diesen Gegebenheiten und Überlegungen heraus sollten eine europäische Männerberichterstattung, vor allem Männer-*Gesundheits*berichterstattung initiiert und hierfür konzeptionelle Eckpunkte gesetzt werden. Hierbei ist es zunächst nicht vorrangig wichtig, ob die herangezogenen Daten dem neuesten Stand entsprechen oder nicht. Wichtiger ist es, aus vorliegenden Daten eine problemgerechte *Berichts-Architektur* zu skizzieren, die, sofern entsprechend Zeit und vor allem genügend Geld zur Verfügung stehen, später auf den neuesten Stand der Aktualität gebracht werden kann. Bei den nachfolgenden Darstellungen wird häufig Luxemburg nicht berücksichtigt, weil dies vom Volumen her bei länderbezogenen Niveauvergleichen zu verzerrten Ergebnissen führen würde. Finnland bleibt unberücksichtigt, weil es seinerseits in mehreren der hier herangezogenen internationalen Vergleichsstudien nicht aufgeführt ist und die Zeit für eine Nachberechnung gefehlt hat.

3. Männer in Europa: Hoher Beitrag zum Wirtschaftsleben, aber niedrige Erwartung an Lebensjahren

Ein europäischer Männer-Gesundheitsbericht muss zunächst von einer hoffentlich schockierenden Tatsache ausgehen: Dass die Männer in Europa zwar einen im Vergleich zu ihrem Anteil an der Bevölkerung weit überproportionalen Anteil an den Erwerbstätigen stellen, d.h. einen überproportionalen Beitrag zum definierten Wirtschaftsleben leisten, dass sie gleichzeitig aber auch eine gegenüber den Frauen dramatisch niedrigere Lebenserwartung hinnehmen müssen. (Übersicht 1)

Übersicht 1

Überhöhter Beitrag der Männer zum Wirtschaftsleben und niedrigere Lebenserwartung der Männer in Europa * 1990, 1991 und 1992

Geschlecht **Bevölkerungsanteil Wirtschaftsleben und Lebenserwartung**	**Männer**	**Frauen**
Anteil an der Bevölkerung 1990 in Prozent	48,7	51,3
Anteil an den Erwerbstätigen 1991 in Prozent	59,9	40,1
Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren 1992 in Jahren	15,2	19,2

*) Belgien, Dänemark, Deutschland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Italien, Luxemburg, Niederlande, Portugal, Spanien

Quelle: Basys-Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung mbH (Hrsg.): Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich, Übersichten 1997, Augsburg 1998 sowie

Bundesforschungsanstalt für Landeskunde und Raumordnung (Hrsg.): Laufende Raumbeobachtung Europa, Bonn 1995

Dieser Gegensatz von geschlechtsspezifischer Ökonomie und geschlechtsspezifischer Mortalität - oder ist es nicht eher eine Entsprechung? – sollte zum Hauptgesichtspunkt aller weiteren Darlegungen gemacht werden. Ein europäischer Männer-Gesundheitsbericht muss natürlich zunächst darauf abstellen, wie sich die etwa 187 Millionen Männer in Europa in diesem Raum verteilen und ob die Männer in den verschiedenen Teilräumen demographisch an Bedeutung zunehmen oder demographisch an Bedeutung verlieren.

4. Höhere Lebenserwartung der Männer im europäischen Süden

Hier gibt es einen vor allem im Norden und Nordwesten gelegenen sozusagen *männerintensiven* Teilraum: Irland, Schweden, Großbritannien und die Niederlande, die hohe Männeranteile an der Bevölkerung, eine hohe männliche Geburtenhäufigkeit und einen hohen Anteil von Knaben und Männern zeigen - das generative Männerzentrum Europas liegt demnach eher im Norden. (Übersicht 2a) Demgegenüber bleiben Deutschland und Österreich in Mitteleuropa und Portugal und Italien in Südeuropa bei den Männerwerten deutlich zurück. (Übersicht 2b)

Vom puren Anteil der Männer an der Bevölkerung, aber auch von der Altersstruktur der männlichen Bevölkerung und von der Knabengeburtenhäufigkeit her liegt das *Männerzentrum* Europas eher im Norden und Nordwesten, nicht aber in Mitteleuropa und im Süden. Nun stellt sich die Frage, welche Lebensbedingungen, vor allem Lebenserwartungen die Männer in Europa, und vielleicht speziell im nördlichen und nordwestlichen Europa, überhaupt haben: Allein gemessen an der Lebenserwartung liegen dabei dann allerdings der Norden mit Dänemark und Großbritannien und die Mitte Europas mit Deutschland besonders ungünstig. Der Süden Europas zeigt dagegen deutlich höhere Lebensdauern der Männer. (Übersicht 3a) Demnach stellen die Männer im Süden Europas zwar eine demographisch weniger bedeutende Gruppe als im Norden und Nordwesten dar - dafür haben sie aber ein längeres Leben vor sich. (Übersicht 3b)

5. Raubbau an der Männergesundheit im europäischen Norden

Wenn man sich an den eigentümlichen Zusammenhang von hohem Beitrag der Männer zum Wirtschaftsleben, aber niedriger Dauer des Männerlebens erinnert, interessieren hier nun die regionalen Ausprägungen dieses Phänomens. Tatsächlich ist es so, dass in den Ländern mit der besonders niedrigen Lebenserwartung der Männer sowohl der Grad der Verstädterung als auch die Männererwerbsquote, d.h. Erwerbsbeteiligung der Männer sehr viel ausgeprägter sind als in den Ländern mit der längeren Lebenserwartung im Süden Europas. Kürzeres Leben im Norden ist demnach vielleicht doch der Preis für Großstadtleben und Arbeitswut. Noch einmal: Der Norden und Nordwesten Europas haben zwar das höhere Männerpotential, sie betreiben damit aber offensichtlich ungebremst Raubbau - abzulesen an der verkürzten Lebenserwartung.

Übersicht 2a

Europäische Länder
mit hohem Männeranteil, hoher Knabenhäufigkeit und hohem Knabenanteil
1990, 1991 und 1994

Männeranteil Knabenhäufigkeit/-anteil Länder	Männer an allen Einwohnern 1990 In Prozent	Geburten männlich 1991 Je 1.000 Einwohner	Männliche Einwohner bis unter 15 Jahre an allen männlichen Einwohnern 1994 In Prozent
Irland	50,2	7,70	26,1
Schweden	49,4	7,40	19,5
Niederlande	49,4	6,77	19,0
Großbritannien	48,8	7,02	22,5

Quelle: Basys-Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung mbH (Hrsg.): Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich, Übersichten 1997, Augsburg 1998; Bundesforschungsanstalt für Landeskunde und Raumordnung (Hrsg.): Laufende Raumbeobachtung Europa, Bonn 1995 sowie Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Länderbericht Europäischer Wirtschaftsraum 1992, Wiesbaden 1992

Übersicht 2b

**Europäische Länder
mit niedrigem Männeranteil, niedriger Knabenhäufigkeit und niedrigem Knabenanteil
1990, 1991 und 1994**

Männeranteil Knabenhäufigkeit/-anteil Länder	Männer an allen Einwohnern 1990 In Prozent	Geburten männlich 1991 Je 1.000 Einwohner	Männliche Einwohner bis unter 15 Jahre an allen männlichen Einwohnern 1994 In Prozent
Österreich	47,7	6,21	18,6
Deutschland	48,1	5,34	17,2
Portugal	48,3	6,08	19,1
Italien	48,6	5,11	16,2

Quelle: Basys-Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung mbH (Hrsg.): Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich, Übersichten 1997, Augsburg 1998; Bundesforschungsanstalt für Landeskunde und Raumordnung (Hrsg.): Laufende Raumbeobachtung Europa, Bonn 1995 sowie Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Länderbericht Europäischer Wirtschaftsraum 1992, Wiesbaden 1992

6. Widersprüchliche Arbeits- und Lebensbedingungen als Risiko für Gesundheitszustand und Lebenserwartung der Männer im europäischen Metropolbereich

Man wäre ein schlechter Sozialwissenschaftler, wenn man so einfachen und zunächst lediglich plausiblen Beziehungsmustern zwischen Geographie, Lebenslage und Wirtschaftsstruktur trauen würde, man müsste dabei vor allem auch vielleicht vergessen, was Kolleginnen und Kollegen erforscht haben. Es sind sicherlich nicht einfach die höhere Verstädterung oder die höhere Erwerbsquote im Norden oder in der Mitte Europas, die ursächlich die Lebenserwartung der Männer verkürzen. Verstädterung und Erwerbsquoten sind eher Hinweise auf spezifische dann in der Tat gesundheits- und lebensgefährdende Arbeits- und Lebensbedingungen. Aus der arbeitswissenschaftlichen, berufssoziologischen und sozialmedizinischen Forschung weiß man, dass und wie vor allem widersprüchliche Arbeitsbedingungen in den hochentwickelten Wirtschaftsbereichen zunehmen und zugleich bspw. Herz-Kreislauferkrankungen forcieren[1].

[1] Vgl. Moldaschl, Manfred: Widersprüchliche Arbeitsanforderungen, psychische Belastung und doppelte Realität in der Produktion. In: Sonderforschungsbereich Entwicklungsperspektiven von Arbeit

Übersicht 3a:

Europäische Länder mit niedriger Lebenserwartung der Männer, hohem Verstädterungsgrad und hoher Männererwerbsquote 1990, 1991 und 1992

Lebenserwartung Verstädterung und Erwerbstätigkeit	Lebenserwartung der Männer im Alter von 65 Jahren	Anteil der Bevölkerung in Städten an der Gesamt-bevölkerung	Anteil der männlichen Erwerbstätigen an allen männlichen Einwohnern über 14 Jahre
	1992	1990	1991
Länder	In Prozent	In Prozent	In Prozent
Dänemark	14,3	84,8	73,4
Großbritannien	14,5	89,1	72,7
Deutschland	14,6	85,3	70,9

Quelle: Basys-Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung mGH (Hrsg.): Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich, Übersichten 1997, Augsburg 1998; Bundesforschungsanstalt für Landeskunde und Raumordnung (Hrsg.): Laufende Raumbeobachtung Europa, Bonn 1995 sowie Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Länderbericht Europäischer Wirtschaftsraum 1992, Wiesbaden 1992

Übersicht 3b:

Europäische Länder mit hoher Lebenserwartung der Männer, niedrigem Verstädterungsgrad und niedriger Männererwerbsquote 1990, 1991 und 1992

Lebenserwartung Verstädterung und Erwerbstätigkeit	Lebenserwartung der Männer im Alter von 65 Jahren	Anteil der Bevölkerung in Städten an der Gesamt-bevölkerung	Anteil der männlichen Erwerbstätigen an allen männlichen Einwohnern über 14 Jahre
	1992	1990	1991
Länder	In Jahren	In Prozent	In Prozent
Frankreich	16,4	74,3	63,7
Griechenland	15,9	62,5	63,5
Spanien	15,9	75,4	63,8
Italien	15,6	68,9	65,5

Quelle: Basys-Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung mbH (Hrsg.): Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich, Übersichten 1997, Augsburg 1998; Bundesforschungsanstalt für Landeskunde und Raumordnung (Hrsg.): Laufende Raumbeobachtung Europa, Bonn 1995 sowie Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Länderbericht Europäischer Wirtschaftsraum 1992, Wiesbaden 1992

---

der Universität München (Hrsg.): Mitteilung 3, München 1991, S. 15 ff. und Siegrist, Johannes: Berufliche Gratifikationskrisen und Herz-Kreislauf-Risiko - ein medizinsoziologischer Erklärungsansatz sozialdifferentieller Morbidität. In: Mielck, Andreas (Hrsg.): Krankheit und soziale Ungleichheit-Sozialepidemiologische Forschung in Deutschland, Opladen 1994

Hinweise auf eine ausgeprägte Widersprüchlichkeit nicht nur der betrieblichen Arbeitsbedingungen, sondern vor allem auch der gesamtwirtschaftlichen Arbeitsbedingungen sind einerseits hohe Erwerbsquoten bei der männlichen Bevölkerung, also ein hoher Anteil derer, die Erwerbsarbeit leisten und gleichzeitig niedrige Selbständigenquoten, d.h. niedrige Anteile solcher Männer, die über ihre Erwerbsarbeit selbst bestimmen können. Auch ansonsten meist positiv bewertete Indikatoren wie etwa höhere Anteile von Beschäftigten auf Arbeitsplätzen in Forschungs- und Entwicklungsbereichen und niedrige Jahresarbeitszeiten sind eher Hinweise auf eine seit Jahrzehnten vorsichgehende Verdichtung und Erhöhung der Arbeitsanforderungen bei gleichzeitiger wachsender Verunsicherung der Berufsstellung und Arbeitsplätze im Zuge von *Strukturwandel*. Zuletzt signalisieren zurückgegangene Männeranteile an allen Erwerbstätigen d.h. zunehmende Frauenanteile an den Erwerbstätigen die Berufsweltseite der stetig gestiegenen Zahlen von Scheidungen und Trennungen. Wenn wir die Verteilung dieser Indikatoren auf die EU-Länder betrachten, dann zeigen vor allem Dänemark, Deutschland, und die Niederlande, etwa im Vergleich zu Spanien, hier hohe Werte für widersprüchliche Arbeitsbedingungen und vor allem niedrige Lebenserwartung. (Übersicht 4a)

Im Süden Europas ist zwar die Männerwelt sicherlich nicht in Ordnung, aber zumindest in den zurückliegenden Jahrzehnten waren vor allem die Arbeitsbedingungen dort deutlich weniger widersprüchlich und damit gesundheitsbelastend und zusammen mit den übrigen Lebensumständen weniger lebensgefährdend. Immerhin haben die alten Männer in Griechenland, Spanien und Italien eine deutlich höhere Lebenserwartung als bspw. in Dänemark. Vielleicht, weil ein deutlich geringerer Anteil der Männer überhaupt am Erwerbsleben teilnimmt bzw. teilgenommen hat und dann aber auch in viel höherem Ausmaß selbständig erwerbstätig ist bzw. erwerbstätig war. Hohe Jahresgesamtarbeitszeiten und wenige Forschungs- und Entwicklungsbeschäftigte zeigen, dass der angstmachende und gesundheitsbelastende Strukturwandel im Süden verzögerter abgelaufen ist und abläuft als im europäischen Metropolbereich. Auch das weite Überwiegen der Männer an allen Erwerbstätigen in den Ländern des europäischen Südens heißt nicht nur, dass die Arbeitswelt dort viel länger als im nördlichen und nordwestlichen Europa Männerwelt war, sondern dass ergänzend dazu auch noch die Familienstrukturen stabiler waren. Man weiß, dass die Lebenserwartung verheirateter, besser: dauerhaft zusammenlebender Männer höher ist als die alleinlebender Männer[2]. (Übersicht 4b)

In der Gesundheitspolitik ist es bekanntlich beliebt, gesundheitsproblematische Lebens- und Arbeitsverhältnisse lieber zu umgehen und auf fehlerhaftes Gesundheitsverhalten auszuweichen. Trotzdem, nein: gerade deshalb interessieren hier auch europäische Zahlen zum individuellen Risikoverhalten. Die Ergebnisse sind eher paradox: Die drei Länder mit der höchsten Lebenserwartung, Frankreich, Griechenland und Spanien, weisen ebenso hohe oder noch höhere Raucheranteile an den männlichen Einwohnern auf wie das kurzlebige Dänemark. Bei den tödlichen Arbeitsunfällen liegen sie weit über den Dänemark-Werten. (Übersicht 5)

Über die unterschiedliche Verteilung des Potentials der 187 Millionen Männer auf die Länder und Teilräume Europas und die im Norden und Nordwesten Europas ohne

[2] Vgl. Klein, Thomas: Soziale Derminanten der Lebenserwartung. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 4-1993, S. 712 ff, bes. Tabelle 3

Zweifel fortgeschrittenere Erosion der Gesundheit der Männer hinaus scheint es zwischen dem Norden und der Mitte Europas einerseits und vor allem den Süden Europas andererseits auch insgesamt ein massives Befindlichkeitsgefälle der Männer zu geben: Die Todesfälle der Männer wegen Selbstmord und Selbstbeschädigung liegen in wichtigen Länder des Nordens und der Mitte Europas sehr viel höher als in den Hauptländern des Südens: Griechenland, Italien und Spanien. (Übersicht 6)

Übersicht 4a:

Dänemark, Deutschland und die Niederlande mit niedriger Lebenserwartung der Männer und widersprüchlichen Arbeitsbedingungen 1989, 1990, 1991 und 1992

Lebens-erwartung und Arbeitsbe-dingungen	Lebens-erwartung der Männer im Alter von 65 Jahren	Anteil der männlichen Erwerbs-tätigen an allen männlichen Einwohnern über 14 Jahre	Anteil der männlichen Erwerbs-tätigen an allen Erwerbs-tätigen	Selbst-ständige an allen männlichen Erwerbs-tätigen	Forschungs- und Entwicklungs-beschäftigte	Effektiv geleistete Jahres-arbeitszeit im verarbeiten-den Gewerbe
	1992	1991	1991	1991	1989	1990
Länder	In Jahren	In Prozent	In Prozent	In Prozent	Je 1.000 Beschäftigte	Stunden je Arbeit-nehmer
Dänemark	14,3	73,4	53,9	14,0	14,9	1.638
Deutschland	14,6	70,9	58,0	12,0	22,4	1.577
Niederlande	14,8	70,0	61,6	11,4	15,0	1.631
Zum Vergleich: Spanien	**15,9**	**63,8**	**67,8**	**25,7**	**7,9**	**1.796**

Quelle: Basys-Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung mGH (Hrsg.): Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich, Übersichten 1997, Augsburg 1998; Bundesforschungsanstalt für Landeskunde und Raumordnung (Hrsg.): Laufende Raumbeobachtung Europa, Bonn 1995; diess. (Hrsg.): Informationen zur Raumentwicklung , Bonn 1-1995; Institut der deutschen Wirtschaft (Hrsg.): Internationale Wirtschaftszahlen 1996, Köln 1996 sowie Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Länderbericht Europäischer Wirtschaftsraum 1992, Wiesbaden 1992

Übersicht 4b:

Griechenland, Spanien und Italien
mit hoher Lebenserwartung der Männer und eindeutigen Arbeitsbedingungen
1989, 1990, 1991 und 1992

Lebenserwartung und Arbeits-bedingungen	Lebens-erwartung der Männer im Alter von 65 Jahren	Anteil der männlichen Erwerbs-tätigen an allen männlichen Einwohnern über 14 Jahre	Anteil der männlichen Erwerbs-tätigen an allen Erwerbs-tätigen	Selbst-ständige an allen männlichen Erwerbs-tätigen	Forschungs- und Entwicklungs-beschäftigte	Effektiv geleistete Jahres-arbeits-zeit im verar-beitenden Gewerbe
	1992	1991	1991	1991	1989	1990
Länder	In Jahren	In Prozent	In Prozent	In Prozent	Je 1.000 Beschäftigte	Stunden je Arbeit-nehmer
Griechenland	15,9	63,5	66,3	47,6	4,7	1.831
Spanien	15,9	63,8	67,8	25,7	7,0	1.796
Italien	15,6	65,5	65,2	30,6	7,9	1.701
Zum Vergleich: Dänemark	**14,3**	**73,4**	**53,9**	**14,0**	**14,9**	**1.638**

Quelle: Basys-Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung mGH (Hrsg.): Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich, Übersichten 1997, Augsburg 1998; Bundesforschungsanstalt für Landeskunde und Raumordnung (Hrsg.): Laufende Raumbeobachtung Europa, Bonn 1995; diess. (Hrsg.): Informationen zur Raumentwicklung , Bonn 1-1995; Institut der deutschen Wirtschaft (Hrsg.): Internationale Wirtschaftszahlen 1996, Köln 1996 sowie Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Länderbericht Europäischer Wirtschaftsraum 1992, Wiesbaden 1992

Übersicht 5:

**Europäische Länder
mit
hoher Lebenserwartung trotz hoher Risikofaktoren
1990, 1992 und 1993**

Lebenserwartung Risikofaktoren Länder	Lebenserwartung der Männer im Alter von 65 Jahren 1992 In Jahren	Anteil der Raucher an allen männlichen Einwohnern 1990 In Prozent	Tödliche Arbeitsunfälle 1993 Je 100.000 Beschäftigte
Frankreich	16,4	49	6,7
Griechenland	15,9	55	5,1
Spanien	15,9	48	13,9
Zum Vergleich: Dänemark	**14,3**	**48**	**2,6**

Quelle: Basys-Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung mbH (Hrsg.): Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich, Übersichten 1997, Augsburg 1998; diess.: Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich - Ausgabe 1994, Augsburg 1995 sowie EU-Informationsbrief Gesundheit, Bonn 1-1998

7. Geographische und epidemiologische Schwerpunkte der Männermorbidität in Europa

Ein europäischer Männer-Gesundheitsbericht sollte selbstverständlich nicht nur die allgemeinen epidemiologischen Zustände und Zusammenhänge für die verschiedenen Teilräume Europas darstellen. Er sollte auch Aussagen dazu machen, welcher medizinische Behandlungsbedarf und welche räumlichen Schwerpunkte hierbei festzustellen sind. Wenn man zunächst von der zugegebenermaßen vereinfachten Annahme ausgeht, dass die älteren Männer den höheren vor allem auch stationären Behandlungsbedarf haben als die jüngeren Männer, dann besteht ein besonders ausgeprägter Bedarf an Behandlungsmöglichkeiten für ältere Männer insbesondere in Schweden und Großbritannien im Norden und Nordwesten und in Griechenland und Italien im Süden. Hier wäre es dann bspw. besonders nötig, Angebote für Andrologische Geriatrie zu etablieren. (Übersicht 7)

Übersicht 6:

**Europäische Länder
mit hoher und niedriger Männersterblichkeit
wegen Selbstmord und Selbstbeschädigung
1990/1991**

Sterblichkeit Länder	Sterbefälle wegen Selbstmord und Selbstbeschädigung Je 100.000 Männer
Hohe Sterblichkeit	
Österreich	34,5
Dänemark	29,9
Frankreich	29,9
Deutschland	25,0
Niedrige Sterblichkeit	
Griechenland	7,5
Italien	12,0
Spanien	12,5
Niederlande	12,8

Quelle: WHO (Hrsg.): Atlas of mortality in Europe - Subnational patterns 1980/1981 and 1990/1991, Printed in Netherland 1997

Neben den älteren Männern interessiert hier vor allem auch die hauptbelastete und hauptübergangene Gruppe der Männer im Erwerbsalter, d.h. die Männer zwischen 25 und 64 Jahren. Hier gibt es Untersuchungen dazu, welche Erkrankungsarten für diese Altersgruppe besonders häufig, schwerwiegend und behandlungsbedürftig sind und gleichzeitig auch häufiger als bei den Frauen auftreten. Hier fallen, geschlechtsorganunabhängig, ins Auge: Verschiedene bösartige Neubildungen, Bluthochdruck und Herzinfarkte, Geschwürerkrankungen und andere Erkrankungen der Verdauuungsorgane, Erkrankungen der Atmungsorgane, Nierenerkrankungen, Alkoholabhängigkeit, sexuell übertragbare Erkrankungen und Selbstmorde. In einem zukünftigen europäischen Männer-Gesundheitsbericht sollten für die unterschiedlichen Teilräume auch konkrete und aktualisierbare Behandlungsbedarfs-Profile skizziert werden. Dies kann für den Teilraum mit der frühesten Sterblichkeit, Dänemark, Deutschland und die Niederlande beispielhaft dargestellt werden. (Übersicht 8)

Solche sozusagen regionalisierten Erkrankungsprofile für die 187 Millionen Männer in Europa werden erst so richtig ergiebig, wenn dann auch die Behandlungspotentiale regionalisiert gegenübergestellt werden. Vorrangig nötig ist dies im stationären Bereich. Hier sollte man schnellstmöglichst wissen, welche Betten- und vor allem Personalkapazitäten für die verschiedenen Fachgebiete und damit Behandlungsaufgaben in den europäischen Länder zur Verfügung stehen. Weder die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) noch der Ausschuss der Krankenhäuser der Europäischen Gemeinschaft (HOPE) verfügen hier über Datenmaterial. Als Minimum für die weitere Thematisierung von Männergesundheit wird eine europaweite Bestandsaufnahme der stationären Kapazitäten im Bereich Urologie gebraucht.

Übersicht 7

Europäische Länder
mit hohem und niedrigem Älterenanteil an den Männern
1994

Ältere Männer **Länder**	**Anteil der 65 und mehr Jahre alten Männer an allen männlichen Einwohnern** **In Prozent**
Hoher Anteil	
Schweden	15,0
Großbritannien	14,3
Griechenland	13,6
Italien	13,4
Niedriger Anteil	
Irland	9,9
Niederlande	10,6
Österreich	11,1
Deutschland	11,2

Quelle: Basys-Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung mbH (Hrsg.): Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich, Übersichten 1997, Augsburg 1998;

Übersicht 8

Erkrankungsprofil der europäischen Länder mit der frühesten Männersterblichkeit 1983-1987

Lebenserwartung und Erkrankungen **Länder**	**Lebenserwartung der Männer im Alter von 65 Jahren** **1992** **In Jahren**	**Ischämische Herzkrankheiten bei Männern zwischen 35 und 64 Jahren** **1983-1985** **Fälle pro 100.000 Männer**	**Leber-zirrhose-sterblichkeit bei Männern zwischen 25 und 64 Jahren** **1986-1987** **Fälle pro 100.000 Männer**
Dänemark	14,3	216	24
Deutschland	14,6	147-183	33
Niederlande	14,8	-	8
Zum Vergleich: Spanien	**15,9**	**67**	**-**

Quelle: Weber, Ingbert/Abel, Martina/Altenhofen, Lutz/Bächer, Korinna/Berghof, Burkhard/Bergmann, Karl E./Flatten, Günter/Klein, Daniela/Micheelis, Wolfgang/Müller, Paul J.: Dringliche Gesundheitsprobleme der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland. Zahlen - Fakten - Perspektiven, Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 1990, S. 339 (WHO MONICA-Projekt 1989)

Albrecht Goeschel

Männerheilkundliche Therapiekonzepte und Klinikprojekte für 187 Millionen Männer in Europa: Eine Innovationschance für die deutsche Gesundheitswirtschaft

(2000)

1. Innovation in der Gesundheitsversorgung durch Fortschritte im Verständnis von Erkrankungen

Innovation in der Gesundheitsversorgung und in der Gesundheitswirtschaft wird meist sehr einseitig und ausschließlich als Produktinnovation, vorzugsweise in Gestalt neuer Medikamente und in Gestalt neuer Geräte, und zusätzlich auch noch als Prozessinnovation, beispielsweise in Gestalt schonenderer Operationsverfahren verstanden. Zu Recht weist aber der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinem 1997er Sondergutachten[3] darauf hin, dass Innovation im Gesundheitswesen und in der Medizin insgesamt sehr viel mehr Dimensionen hat: Neben Fortschritten bei diagnostischen und therapeutischen Gütern und Verfahren werden Veränderungen in den organisatorischen, in den finanziellen und in den rechtlichen Strukturen und Konditionen der Gesundheitsversorgung als entscheidend dafür bezeichnet, ob und inwieweit Innovationen in der Medizintechnik und vor allem in den Grundlagen der Medizin überhaupt realisiert werden können und sozial umfassend und nicht nur exklusiv zur Verfügung gestellt werden können. Als weitreichendste Form von Innovation in der Gesundheitsversorgung und in der Gesundheitswirtschaft bezeichnet der Sachverständigenrat Fortschritte im Verständnis von Erkrankungen und von Maßnahmen zu ihrer Vorbeugung und Behandlung.

2. Gesundheitspolitik der Berliner Regierung ohne Innovationskomponente

An dieser Stelle muss nun danach gefragt werden, ob und inwieweit die Gesundheits- und die Sozialpolitik in Deutschland einer Innovation, die mehr sein will als bloße Produktinnovation und ein bisschen Prozessinnovation, überhaupt eine Chance gibt oder Chancen verweigert. Lässt oder gar verbessert die Gesundheits- und die Sozialpolitik dieser Bundesregierung der Gesundheitswirtschaft, insbesondere der Krankenhauswirtschaft die Chance zu einem innovativen Verständnis von Erkrankungen und zu innovativen Maßnahmen zu ihrer Vorbeugung und zu ihrer Behandlung oder verschlechtert oder gar verweigert die Gesundheitspolitik dieser Bundesregierung solche Chancen? Es ist zu befürchten, dass die Berliner Regierung im krassen Gegensatz zu dem, was sie als Programm angekündigt hat und im krassen Gegensatz zu dem, was die Wähler dieser Regierung erwartet haben, eine in höchstem Maße innovationsschädliche und gleichzeitig vor allem auch unsoziale Gesundheits- und Sozialpolitik betreibt - weitaus innovationsschädlicher und unsozialer als ihre Bonner Vorgängerregierung dies jemals gewagt hat. Lassen wir einige der bei dieser Regierung teilweise nicht

[3] Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.): Gesundheitswesen in Deutschland – Kostenfaktor und Zukunftsbranche. Band II: Fortschritt und Wachstumsmärkte, Finanzierung und Vergütung, Baden-Baden 1997/98 S. 57 ff.

einmal angekommenen, geschweige denn erkannten oder gar genutzten Chancen Revue passieren:

Endgültig und glücklicherweise passé ist das zwergschulökonomische Missverständnis von der Gesundheitswirtschaft als Kostenfaktor. Niemand bestreitet heute noch ernsthaft, das die professionelle und die institutionelle, die sozialfinanzierte und die regional gleichwertige Gesundheitsversorgung eine Wachstums- und Beschäftigungsmaschine ersten Ranges ist.[4] Nur im Berliner Kompetenzzentrum für Gesundheitsfragen wird noch immer die alte Kostendämpfungs- und Lohnnebenkostenleier gedreht. Eine Einbeziehung der 2-3 Millionen-Arbeitsplätze-Branche *Gesundheitswesen* ins Bündnis für Arbeit ist bei einer solchen Weltanschauung natürlich viel zu viel verlangt.

Dass sich längst ein Weltmarkt für Gesundheitsversorgung und für Sozialsicherung etabliert hat, auf dem die deutsche Gesundheitswirtschaft, bei aller Verspätung, noch gute Chancen hat, ist von der Fachöffentlichkeit, von der Regierung einiger Bundesländer und von der Krankenhauswirtschaft klar erkannt.[5] In der gesundheitspolitischen Konzeption der Bundesregierung findet sich allerdings von dieser Weltmarktperspektive nicht die Spur eines Schattens. Durch den Sog der europäischen Einigung, insbesondere die Rechtssprechung des EuGH einerseits und die Auswirkungen des EURO auf die Finanzierung der Gesundheitsversorgung in den Währungsunionländern andererseits, ist die Zeit der nationalen Gesundheitssysteme abgelaufen – insbesondere der Süden Europas bietet der deutschen Gesundheitswirtschaft, insbesondere auch den Krankenhausträgern, ganz enorme Zukunftsmöglichkeiten.[6] Auch die Dimension *Europa* wird man vergeblich in der gesundheitspolitischen Konzeption der gegenwärtigen Gesundheitsministerin suchen.

Man könnte es vielleicht gerade noch verstehen, dass die gesundheitsökonomische Wahrnehmungsfähigkeit dieser Bundesregierung, ganz im Gegensatz allerdings zu ihrer automobilwirtschaftlichen Hochaufmerksamkeit, wenig entwickelt ist und damit dann Gesundheitswirtschaft als Zukunftsbranche, Weltmarkt für Gesundheitsversorgung und Europa als Gesundheitsmarkt eher unerkannt bleiben - das könnte man noch verschmerzen. Dass aber die grundstürzenden Veränderungen im medizinischen Paradigma, die sich in den letzten Jahrzehnten vollzogen haben, gerade bei dem einst ökologisch etikettierten Koalitionspartner und seiner Gesundheitsministerin mit einem Aufmerksamkeitswert von weniger als *Null* bedacht werden, bewirkt Enttäuschung.

3. Paradigmenwandel von der Fachgebietemedizin zur Lebensereignismedizin

Was ist mit diesem fundamentalen Wandel des Erkrankungsparadigmas, das von dieser Bundesregierung, allem Gerede von der N*euen Mitte* zum Trotz, so gründlich übersehen wird, nun eigentlich zu verstehen? In den entwickelten Marktwirtschaften

[4] Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertiert Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.): Gesundheits-wesen in Deutschland – Kostenfaktor oder Zukunftsbranche,. Band I und II, Baden-Baden 1996 und 1997/98

[5] Vgl. VdK-Sozialverband Bayern (Hrsg.): Weltmarkt für Sozialsicherung und Gesundheitsversorgung: Das deutsche Sozial- und Gesundheitssystem als Exportschlager?. München 1998

[6] Vgl. VdK-Sozialverband Bayern (Hrsg.): Währungsunion bricht Kassenmonopol: Der EURO als Herausforderung für die deutsche Krankenversicherung, München 1999

gilt eine stetig fortschreitende Individualisierung der Gesellschaft. Die Monetarisierung aller Lebenszusammenhänge, die Professionalisierung aller, auch der abhängigen Beschäftigungen und Erwerbstätigkeiten und die gleichzeitige Normierung und Institutionalisierung aller wesentlichen Lebensbereiche und Lebensabschnitte führen zur Herausbildung und zur Wahrnehmung, vor allem aber zum Erleben *individueller Biographien*. Für die Gesundheitsversorgung und für die medizinische Behandlung sind diese Individualisierung und Biographisierung von höchster Wichtigkeit.

Medizinische Behandlung wird zunehmend weniger nur durch die Entwicklung der Fachgebietemedizin oder auch nur durch die Ausrichtung auf eine bestimmte Erkrankungsartenmedizin bestimmt, medizinische Behandlung wird sich im zunehmenden Maße an typischen Lebenslagen, an gravierenden Lebensereignissen und an komplementären Begleiterkrankungen und deren optimaler Behandlung orientieren. Vereinfacht gesagt: Auf Fachgebietemedizin folgte die Erkrankungsartenmedizin und auf diese beiden folgt die Lebensereignismedizin: *Life-event-medicine.* Diese *Individualisierung* und diese *Biographisierung* des Erkrankungsparadigmas beschreiben die Aufgabenfelder einer zukünftigen Medizin. Sie bieten zugleich auch eine tragfähige materiell-ökonomische und auch ethische Grundlage für die Gesundheitsaufwendungen der Familien wie der Einzelnen außerhalb von bzw. zusätzlich zu den Beitragszahlungen und Behandlungsleistungen der Krankenversicherung. Es gibt typische *Biographische Brüche*, die im Verständnis der Lebensereignismedizin sozusagen die Kristalisierungskerne von Befindlichkeitsstörungen und Erkrankungserscheinungen sind. (Übersicht 1)

4. Lebensereignis-Medizin orientiert sich an Patientenzielgruppen und Projektarbeit

Bei einem so angelegten *biographisierten* Erkrankungsparadigma bieten sich für die Gesundheitswirtschaft ganz außerordentliche Innovationsmöglichkeiten: So werden beispielsweise die Familien als Ganzes zur Zielgruppe für die Behandlungsangebote der zu Gesundheitszentren weiterentwickelten Krankenhäuser, eine Vielzahl von Zielgruppen mit lebensereignisbedingten Erkrankungen wie beispielsweise die Erkrankungsfolgen von Partnerverlust, die Erkrankungsfolgen von Schwerstunfällen, aber auch die sprunghaft gestiegenen Erkrankungsfolgen des Ferntourismus werden als Zukunftsaufgabe der Gesundheitswirtschaft sichtbar.

Bei einem solchem von Lebensereignissen ausgehenden Erkrankungs- und Behandlungsparadigma ist nur noch eine interdisziplinäre, fachübergreifende, ein an Team- und Projektarbeit orientierte und vor allem eine patientenorientierte Medizin vorstellbar. Keinesfalls zukunftsfähig ist hingegen das bei den Krankenkassenverbänden geradezu fundamentalistisch dogmatisierte Paradigma von der Erkrankung als *Fallzahl-Verursacher* und als *Verweildauer-Auslöser*.

Übersicht 1:

Normal-Biographie und "Biographische Brüche"

Normal-Biographie	**"Biographische Brüche"**
• Babyalter und Kleinkinderzeit • Kindergartenzeit • Schullaufbahn • Fahrerlaubnis • Studium und Berufseintritt • Anstellungsverhältnis oder Selbständigkeit • Urlaubsrythmus • Ehe und Familie • Haus- oder Wohnungseigentumserwerb • Krankenversicherungsstatus • Frühverrentung oder Altersgrenzenerreichung • Verrentung • Verwitwung • Altersbedingter Umzug • Tod	• Verlust eines Elternteils oder Geschwisters • Sexueller Missbrauch • Ungewollte Schwangerschaft / Vaterschaft • Trennung oder Scheidung • Trennung von einem Kind als Scheidungsfolge • Tod der Partner • Tod eines Kindes • Infektion mit einer Tropenkrankheit oder Viruserkrankung • Unfallerlebnis • Verlust und/oder Ersatz von Gliedmaßen oder Organen • Gewalteinfluss einschließlich Vergewaltigung • Übergabe des Betriebes oder des Unternehmens • Verlust der Berufsstellung • Verlust des Haus- oder Wohnungseigentums • Zwangsräumung • Abgabe der Eidesstattlichen Versicherung • Aufenthalt in Haftanstalt • Selbstmordversuch

5. Ermächtigungsgesetze für das Kassenoligopol und Missbrauch der Qualitätssicherung schaffen keine neue Medizin

Am Beispiel des Krankenhausmarktes in der Hauptstadt Berlin kann man exemplarisch studieren, was passiert wäre, wenn die derzeitige Bundesregierung mit ihrem *Ermächtigungsgesetz* für die Krankenkassen in Sachen Krankenhausplanung im Bundesrat durchgedrungen wäre: Sanierung der von den Krankenkassenverbänden selbst verschuldeten Kassenmisere auf Kosten der Krankenhäuser und vor allem der Krankenhauspatienten – brachial-dumpfbackige Vernichtung von Krankenhauskapazitäten und nebenbei auch noch Arbeits- und Beitragszahlerplätzen in diesen Krankenhäusern an Stelle innovativer und intelligenter Weiterentwicklung und Umformung der Krankenhauswirtschaft auch als Lieferant von Behandlungsexporten in den europäischen und in den internationalen Gesundheitsmarkt.

Es beruhigt nur wenig, dass die Bundesregierung mit ihrer Reformabsicht einer Ermächtigung des Kassenoligopols zur Krankenhausplanung im Bundesrat zunächst gescheitert ist: Schon verfolgt sie ihre fundamentalistische Anti-Krankenhauspolitik auf anderem Wege und auf andere Weise: Im neueren Konzept der Gesundheitsreform 2000 soll im krassen Widerspruch zur föderalen Verfassungsordnung des deutschen Staates die Leistungssteuerung in der Gesundheitsversorgung an den Ländern vorbei auf die Bundesebene verlagert werden. An die Stelle der bisherigen Bedarfsplanung durch die Länder wird zukünftig die Qualitätssicherung durch die Spitzenverbände der Krankenkassen, unter Einbindung der Verbände der Krankenhäuser und der Kassenärzte gesetzt.[7] Qualitätssicherung wird damit zur Bedarfsplanung unter anderem Namen, in anderen Händen und vor allem ohne die bisherige Rechtssicherheit der Verwaltungs- und Sozialrechtssprechung der zurückliegenden Jahrzehnte.

Ein Exempel dafür, dass *Qualitätssicherung* in der gegenwärtigen Situation und bei den gegenwärtigen Interessenstrukturen vor allem Bedarfsplanung unter anderem Namen, in anderen Händen und vor allem ohne Rechtssicherheit sein wird, haben wir bereits in der ersten Hälfte der neunziger Jahre im Bereich der stationären Rehabilitation vorgeführt bekommen. Mit dem damals neuen § 111 des SGB V hatten die Kassenverbände für einen Teilbereich der Klinikversorgung, nämlich den Rehabereich, alles bekommen, wonach das Herz begehrte: Einkaufsmodell und Einhandfinanzierung. Zu der für alle Abschlüsse, Verlängerungen oder Kündigungen von Versorgungs-, sprich: Einkaufsverträgen der Kassenverbände mit Rehakliniken vorgeschriebenen und unverzichtbaren Bedarfsprüfung waren und sind die Verbände des Kassenoligopols, wegen ihrer internen Konkurrenzsituation, aber nicht in der Lage. Um gleichwohl und vor allem ohne Überprüfung durch die Sozialgerichte Kapazitäten im Rehabereich, vor allem kleinere patienten- und problemgruppennahe Einrichtungen abbauen zu können, haben sich die Kassenverbände damals auf eine verdeckte Bedarfsplanung durch eine umfunktionierte Qualitätssicherung verlegt. Sie hatten erstmals den § 137 SGB V für Zwecke des § 111 SGB V, Qualitätssicherung für Zwecke der Bedarfsplanung benutzt.[8] In den nächsten Jahren wird, wenn diese

[7] Vgl. Handelsblatt, 16.11.1999

[8] Vgl. Goeschel, Albrecht: Bedarfsplanung durch Eigeninitiative: Erfordernisse und Voraussetzungen einer Mitgestaltung der Bedarfsplanung durch die Rehabilitationskliniken. In: Bedarfsplanung und Leistungsentwicklung für die Rehabilitationskliniken in der Bundesrepublik Deutschland. Hrsg. Studiengruppe für Sozialforschung e.V. Marquartstein 1994, S. 45 ff

Bundesregierung Bestand hat, also nicht so sehr Innovationsförderung in der Gesundheitsversorgung durch Qualitätssicherung bei den Leistungsanbietern, als vielmehr vor allem Qualitätssicherung als Instrument des Kassenoligopols zum Zwecke der Kapazitätenvernichtung insbesondere im Krankenhausbereich stattfinden.

6. Männerheilkunde macht Innovationspotentiale einerseits und damit Konzeptionslosigkeit der Bundespolitik andererseits sichtbar

Warum sind angesichts dieser Sachlage nun gerade der Aufbau einer männerheilkundlichen Versorgungsstruktur, die Entwicklung männerheilkundlicher Therapiekonzepte und Klinikprojekten für 187 Millionen Männer in Europa eine so bedeutsame Innovationschance für die deutsche Gesundheitswirtschaft? Zuallererst führt uns eine dezidierte *Männerheilkunde* mitten in die individualisierte und biographisierte Lebensereignismedizin der Zukunft. Eine ganz erhebliche Zahl der erkrankungsauslösenden *Biographischen Brüche* sind hochgeschlechtsspezifisch: Ob es Trennung oder Scheidung, Unfall- oder Gewalterlebnisse, Verlust der Berufsstellung, Inhaftierung oder Selbstmordversuch sind: Es handelt sich um bei Männern gehäufte oder von Männern im Vergleich zu Frauen weniger gut bewältigte Lebensereignisse.

Sodann, weil es sich bei Männerheilkunde um eine in fast ganz Europa vollkommen neuartige medizinische Fachorientierung handelt, bietet Männerheilkunde einen substanziell medizinischen, zugleich sozial hochrelevanten und ethisch bestens vertretbaren, weil defizitdeckenden Zugang zu einer gesamteuropäischen Gesundheitsversorgung und zu einem gesamteuropäischen Gesundheitsmarkt. Zuletzt, und dies ist für die Refinanzierung der Gesundheitswirtschaft von Bedeutung, bietet die Entwicklung männerheilkundlicher Therapiekonzepte und Klinikprojekte der deutlich *verspätet* auf dem Weltmarkt für Gesundheitsversorgung auftretenden deutschen Gesundheitswirtschaft die Möglichkeit, zumindest in einigen Weltregionen einen Vorsprung zu erzielen – allerdings, dies muss gesehen werden, ist Männerheilkunde in den Vereinigten Staaten bereits etabliert.

7. Männerheilkunde kann zunächst als Kooperation der männerrelevanten medizinischen Fachgebiete in den Krankenhäusern beginnen

Wie soll die deutsche Gesundheitswirtschaft, vorrangig die deutschen Krankenhauswirtschaft an die Entwicklung männerheilkundlicher Therapiekonzepte und Klinikprojekte herangehen, vor allem herangehen ohne den Ruf nach finanzieller Hilfestellung und damit dann politischer Abhängigkeit von Bundesebene oder gar Kassenverbänden? Eine altbewährte Regel lautet, an dem anzusetzen, was man schon hat und was man schon tut, also am sogenannten *Altgeschäft*. Wenn man sich die in diesem Sinne 15 häufigsten Krankenhausbehandlungsanlässe von Männern betrachtet, dann wird hier, auch ohne Altersgruppenaufgliederung, schon sehr schön deutlich, dass *Männerheilkunde* zunächst als männerspezifisch fachübergreifende Zusammenarbeit von Internie, Chirurgie, Orthopädie, Augenheilkunde, Psychiatrie und Urologie gestartet werden kann. (Übersicht 2)

Übersicht 2

Krankenhausbehandlung von Männern
in
Deutschland
1994

Krankenhausbehandlung **Krankheitsarten**	**Häufigste Anlässe für Krankenhausbehandlung* bei Männern nach Krankheitsarten** **Anzahl ****
Sonstige Formen chron. ischämischer Herzkrankheiten	295.000
Leistenbruch	157.000
Chronische Affektionen der Tonsillen	132.000
Alkoholabhängigkeit	129.000
Gehirnerschütterung	112.000
Innere Kniegelenkschädigung	97.000
Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane	96.000
Herzrhythmusstörungen	90.000
Herzinsuffizienz	89.000
Katarkt	84.000
Nieren- und Harnleitersteine	84.000
Akuter Myokardinfarkt	83.000
Diabetes mellitus	81.000
Bandscheibenschäden	81.000
Prostatavergrößerung	76.000

*) Entlassungsdiagnosen
**) Gerundet
Quelle: Statistisches Bundesamt

8. Weiterentwicklung der Urologie durch Engagement in der Männerheilkunde

Bei der Entwicklung männerheilkundlicher Therapiekonzepte und Klinikprojekte muss vor allem dafür Sorge getragen werden, dass die Urologie mit diesem Thema nicht alleingelassen wird. Vor allem muss der Urologie auf dem Weg von einem schneidenden zu einem begleitenden Fach Hilfestellung gegeben werden. Es ist zu hoffen, dass die Entwicklung der Urologie zu einer breiten fachübergreifenden Männerheilkunde, die nicht nur von den allein bei Männern möglichen Erkrankungen, sondern vor allem von den bei Männern gehäuften Erkrankungen ausgeht, dazu beitragen kann, die in den zurückliegenden Jahrzehnten erfolgte problematische Konzentration der Urologie in den Großstadtkliniken zu korrigieren und die Urologie wieder dorthin zu bringen, wo ja seit Jahrzehnten der Trend der Wohnstandort- und Altersruhesitzwahl hingeht: In die Umlandkreise der Großstädte und in die Landgebiete. (Übersicht 3)

Übersicht 3

Regionalverteilung der Betten für Urologie in Deutschland im Vergleich 1995

Fachgebiete / Gebietstypen	Betten in Akutkrankenhäusern* Je 10.000 Einwohner	
	Urologie	Fachgebiete im Durchschnitt
Kreisfreie Städte	3,87	3,75
Landkreise	1,50	1,93

*) Ist-Bestand am 31.12.1995

Quelle: Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Krankenhausverzeichnis, Stand: 31.12.1995 und Niedersächsisches Landesamt für Statistik (Hrsg.): Kreiszahlen - Ausgabe 1996, Hannover 1996

9. Behandlungsangebote von Kliniken für Andrologie und Männerheilkunde

Kliniken für Andrologie und Männerheilkunde, ob sie nun als Zentren für Männerheilkunde innerhalb großer Krankenhäuser, als Fachkliniken oder als ambulant-stationäre Netzknoten errichtet werden, Kliniken für Andrologie und Männerheilkunde sollten jedenfalls stets von den hauptsächlichen derzeitigen Erkrankungs- und Behandlungsschwerpunkten der Männer ausgehen und diese interdisziplinär und intersektoral, d.h. vor allem akut- und rehamedizinisch angehen. (Übersicht 4) Sicherlich wird man überlegen müssen, ob diese genannten Aufgabenfelder alle gemeinsam in einen Kliniktyp zusammengefasst werden sollen oder ob es nicht besser wäre, jeweils solche Erkrankungsbereiche zusammenzufassen und in separaten Kliniken zu behandeln, bei denen bspw. die Patienten vor allem wieder genuss- und alltagsfähig gemacht werden sollen bzw. bei

denen es vorrangig um die Verzögerung des Krankheitsverlaufes, die Linderung von Leiden und auch die Vorbereitung auf das Lebensende geht. Vielleicht sind das aber auch gar keine so grundsätzlich unterschiedlichen Dinge. Eines muss allerdings klar sein: Klinikkonzepte für Männerheilkunde müssen von Anbeginn an Akutbehandlung und Rehabehandlung als Gesamtangebot umfassen. Dies ist nicht nur therapeutisch sinnvoll, sondern auch erforderlich, um im internationalen und europäischen Markt die Führung übernehmen und behalten zu können.

10. Europaweite und sozialstaatliche Standortwahl für Einrichtungen der Männerheilkunde

Das Ziel einer von Anbeginn an europäisch konzipierten männerheilkundlichen Versorgungsstruktur wird nur zu erreichen sein, wenn von Anbeginn an ein europäisch ausgerichtetes Konzept für die Standortwahl der verschiedenen Komponenten männerheilkundlicher Versorgung verfolgt wird. Hier ist zunächst eine ganz klare Süd-Option innerhalb der EURO-Länder zu beachten: Die überwiegend steuerfinanzierten Gesundheitswirtschaften des EURO-Südens, also Italien, Spanien und Portugal, unterliegen den EURO-Stabilitätskriterien, sind also in ihrem öffentlichen Sektor vergleichsweise wachstumsblockiert. Demgegenüber unterliegen die vorwiegend beitragsfinanzierten Gesundheitswirtschaften beispielsweise der EURO-Länder Deutschland, Frankreich und Österreich keiner Blockade durch die EURO-Stabilitätskriterien. Der EURO-Süden bietet sich demnach grundsätzlich als besonders günstiger Standortraum für Privatinvestitionen im Bereich Männerheilkunde an.[9] Im Standortraum EURO-Süden kann Nachfrage aus dem übrigen Europa und aus dem Standortland selbst akkumuliert werden.

Wenn zumindest mittelfristig eine flächendeckende und eine sozialumfassende männerheilkundliche Versorgung in Europa erreicht werden soll, muss von Anbeginn an darauf geachtet werden, dass auch das räumliche Grundmuster der zukünftigen Männerheilkunde nicht nur gesundheitswirtschaftlichen Prinzipien, sondern auch dem raumordnungspolitischen und sozialstaatlichen Prinzip der dezentralen Konzentration entspricht[10]. Nötig sind europaweit dezentral gestreute Zentren der Männerheilkunde, um die vorhandenen Gesundheitsinfrastrukturen zu *maskulinisieren* bzw. zu *andrologisieren*. Dies schafft man erfahrungsgemäß nicht, wenn man nur in den europäischen Metropolen ein Netzwerk männerheilkundlicher Zentren für die *Privilegierten* und für die *Sensiblen* etabliert.

Die Standorte für die klinischen Einrichtungen der europäischen Männerheilkunde sollten daher zunächst gerade in den europäischen Regionen gewählt werden, für die ein erhöhter Anreiseaufwand aus den Zentren erforderlich ist, d.h. die dezentral gelegen sind. Das sind nicht zufällig, und glücklicherweise, die auch touristisch attraktiveren Gebiete Europas wie bspw. Portugal, Spanien, Italien, Teile Frankreichs, einige neue Bundesländer wie beispielsweise Mecklenburg-Vorpommern, aber auch Dänemark und Irland[11]. Um aber solche dezentralen Klinikstandorte entwickeln und auslasten zu können, muss gleichzeitig das Netz der

---

[9] Vgl. Goeschel, Albrecht: Gesundheitsversorgung und Krankheitsschutz als Standardfaktoren im europäischen Raum. In: VdK Sozialverband Bayern (Hrsg.): Währungsunion bricht Kassenmonopol: Der EURO als Herausforderung für die deutsche Krankenversicherung, München 1999

[10] Vgl.: Platz/Samland: Raumordnerische Zielvorstellung in europäischen Ländern. In: Bundesforschungsanstalt für Landeskunde und Raumordnung, Bonn 9/10-1993 S. 585 ff.

[11] Vgl.: ebda, S. 615

Übersicht 4

Behandlungsschwerpunkte
in Kliniken für Andrologie und Männerheilkunde

Patienten im Erwerbsalter

Akut- und Rehabehandlung
von
sexuellen Funktionsstörungen und Störungen der Fertilität

Akut- und Rehabehandlung
von
seelischen Störungen einschließlich Abhängigkeit

Akut- und Rehabehandlung
von
Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane

Akut- und Rehabehandlung
von
Krankheiten des Kreislaufsystems

Akut- und Rehabehandlung
von
Atmungsorganen und Verdauungsorganen

Akut- und Rehabehandlung
von
Neubildungen

europäischen Metropolen und Großstädte[12] genutzt werden, um Männermorbidität zu thematisieren und Männertherapie zu protegieren. In den großen europäischen Städten ist aus Gründen der soziologischen Zusammensetzung der Bevölkerung und aus Gründen der kommunikativen Standards diejenige Klientel an Männern konzentriert, die in der Lage sind und die vor allem auch das Bedürfnis haben, männerspezifische Befindlichkeiten und männerspezifische Erkrankungen explizit zu artikulieren und entsprechend zu therapieren. Dass die noch viel mehr unterstützungs- und hilfebedürftigeren Männer unartikuliert in den anonymen Gebieten der großen Städte und in peripheren Regionen leben, muss man dabei zunächst in Kauf nehmen ohne es zu vergessen. Für die großräumige Standortplanung andrologisch-männerheilkundlicher Privatkliniken mit internationaler bzw. europäischer Ausrichtung muss man wohl zunächst in den weit dezentral gelegenen, aber touristisch attraktiven Regionen Südeuropas, aber auch Nordeuropas tätig werden. Es gibt dort einige exklusive und gut geeignete Standorte.

11. Umfeldzonen der europäischen Metropolen als Standorte für männerheilkundliche Privatkliniken

Bevorzugte Standorte für andrologisch-männerheilkundliche Privatkliniken sind jeweils auch die Umfeldzonen der europäischen Metropolen und Großstädte. Dort muss man den fachöffentlichen und öffentlichen Diskurs über die Notwendigkeit einer männerheilkundlichen Versorgungsstruktur in Europa in Gang setzen. Dort hat man den hierfür erforderlichen Resonanzboden der Medien einerseits und die Universitäten, Forschungseinrichtungen, Kliniken, aber auch Privatfirmen und Gesundheitsbehörden andererseits. Ein einziger Blick auf die Karte der Städte und Stadtregionen in Europa zeigt, dass hier ein versorgungspolitisches Mammut-programm ansteht, das nur etappenweise bewältigt werden kann. (Karte)

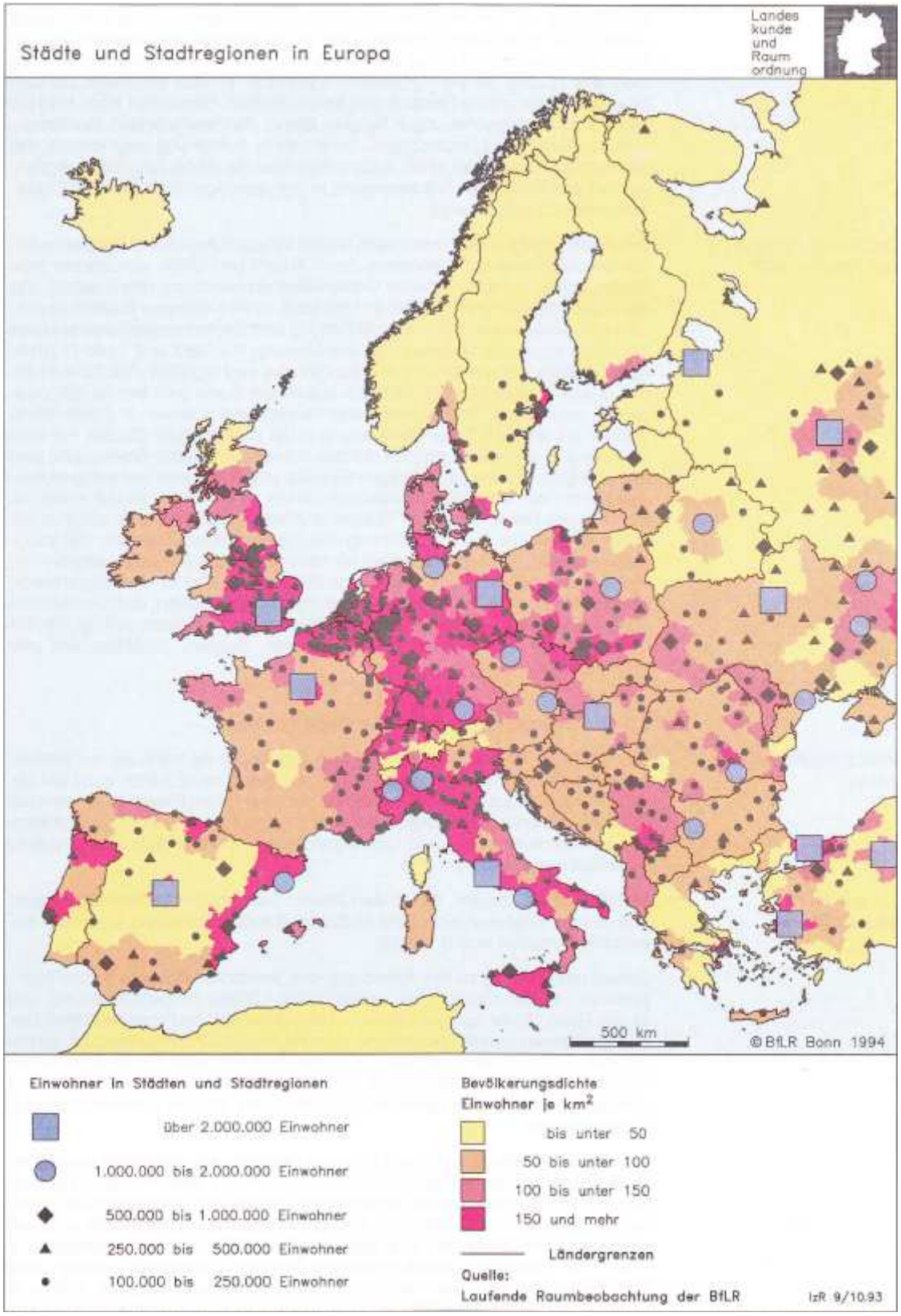
12. Männergesundheit als Thema für die europäischen „Gesundheitsregionen“

Es müssen zunächst auf europäischer Ebene Kooperationsräume jeweils mehrerer Länder, d.h. europäische *Gesundheitsregionen* definiert werden und für diese dann zunächst ein Programm bilateraler oder multilateraler Fachkonferenzen zur männerheilkundlichen Versorgung entworfen und umgesetzt werden. Ein brauchbares Beispiel ist hier die *Gesundheitsregion Alpen*, die vor dem Hintergrund der seit mehr als 25 Jahren tätigen Arbeitsgemeinschaft Alpenländer zu sehen ist und für die im vergangenen Jahr eine erste Italienisch-Deutsche Krankenhauskonferenz veranstaltet worden ist[13]. Die europäische Raumordnungspolitik hat einen Reihe länderübergreifender Kooperationsräume definiert, für die ein derartiges Programm multilateraler Fachkonferenzen zur Männerheilkunde entworfen werden kann. Diese sozusagen *amtlichen Kooperationsräume* in der Europäische Union sind der Mittelmeerraum und die Westalpen, der Raum Südwesteuropa, der Raum Mitteleuropa, Adria, Donau und Südosteuropa, der Atlantikraum, der Nordseeraum, der Ostseeraum und der nordwesteuropäische Metropolraum. In diesen sieben Kooperationsräumen sind die Länder der EU teilweise mehrfach vertreten. (Übersicht 5)

---

[12] Vgl. Schön, Karl Peter: Struktur und Entwicklung des Städtesystems in Europa. Bundesforschungsanstalt für Landeskunde und Raumordnung (Hrsg.): Informationen zur Raumordnung, Bonn 9/10-1993, S. 639ff

[13] Vgl.:Studiengruppe für Sozialforschung e.V.: "Gesundheitsregion Alpen": Leitbild für die Zusammenarbeit italienischer und deutscher Krankenhäuser und Kliniken, Marquartstein 1999


Städte und Stadtregionen in Europa
Landes kunde und Raum ordnung
500 km
©BfLR Bonn 1994
Einwohner in Städten und Stadtregionen
über 2.000.000 Einwohner
1.000.000 bis 2.000.000 Einwohner
500.000 bis 1.000.000 Einwohner
250.000 bis 500.000 Einwohner
100.000 bis 250.000 Einwohner
Bevölkerungsdichte
Einwohner je km²
bis unter 50
50 bis unter 100
100 bis unter 150
150 und mehr
Ländergrenzen
Quelle:
Laufende Raumbeobachtung der BfLR
IzR 9/10.93

Übersicht 5:

INTERREG-Kooperationsräume in der Europäischen Union

INTERREG-Kooperationsräume	Mitgliedstaaten
Mittelmeerraum und Westalpen	Frankreich Spanien Italien
Südwesteuropa	Frankreich Spanien Portugal
Mitteleuropäischer, Adriatischer, Donau- und Südosteuropäischer Raum	Deutschland Italien Griechenland Österreich
Nordwesteuropäischer Metropolraum	Belgien Niederlande Deutschland Ver. Königreich Irland Frankreich Luxemburg
Atlantikraum	Ver. Königreich Irland Frankreich Spanien Portugal
Nordseeraum	Niederlande Deutschland Dänemark Schweden Ver. Königreich
Ostseeraum	Deutschland Dänemark Schweden Finnland

Quelle: Bundesforschungsanstalt für Landeskunde und Raumordnung (Hrsg.): Informationen zur Raumentwicklung, Bonn 6-1997

Gerd-Uwe Watzlawczik

Regionale Unterschiede in der Männergesundheit: Lebenserwartung und Erkrankungsschwerpunkte der Männer in den unterschiedlichen Raumtypen und Krankenhausversorgungsgebieten (2000)

1. Männerbehandlung durch Krankenhäuser und Kliniken: Aufgabe in der Region

Auch wenn gegenwärtig eine deutliche Tendenz zur Konzentration und zur Zentralisierung in der Krankenhausversorgung erkennbar wird, ist und bleibt die Krankenhausbehandlung in der Hauptsache ein Vorgang auf der Ebene von Region und Kommune, d.h. ein *Vor-Ort*-Geschäft. So ist ja auch die gegenwärtige Konzentration und Zentralisierung in der Krankenhauswirtschaft, vor allem im Bereich der Akutkrankenhäuser, eher eine Konzentration auf der Ebene der Trägerstrukturen, also auf der Unternehmensebene, als auf der Ebene der Krankenhausstandorte, d.h. auf der Ebene der Betriebsstätten. Das mag in etlichen Jahren etwas anders sein, man sollte aber die Horrorprognosen einiger *Krankenhausanalysten*, die von Hunderten von Betriebstätten-Schließungen ausgehen auch nicht überbewerten: Da kommen häufig eine durchsichtige Interessenlage und eine eher bescheidene Fachkompetenz zusammen. Im Bereich der Rehakliniken war es ja sogar so, dass die ehedem ausgeprägte Überregionalität in den zurückliegenden Jahren eher zurückgefahren worden ist.

Schon aus diesen Gründen sollte bei der Erschließung der Zukunftsaufgabe Männergesundheit getrost eine *regionale* Betrachtung bevorzugt werden. Wenn die Akutkrankenhäuser und wenn die Rehakliniken hier den Vorsprung aufholen wollen, den sich die Pharmaindustrie im Bereich Männergesundheit schon gesichert hat, dann müssen sich die Krankenhäuser und die Kliniken recht genau mit dem Männerpotential in ihren Standorträumen auseinandersetzen. Es gibt aber noch einen anderen Grund, weshalb das Thema Männergesundheit vor allem regionsspezifisch aufgeschlossen werden sollte. Auch wenn in einigen Jahren vielleicht tatsächlich einige Krankenhausstandorte weniger, d.h. eine Abschwächung der Ortsnähe in der Krankenhausversorgung Tatsache sein sollte, stellt sich für die dann unter noch schärferem Wettbewerbsdruck arbeitenden Akutkrankenhäuser und Rehakliniken erst recht die Frage, auf welche Lebenslagen und Erkrankungsschwerpunkte der männlichen Patienten sie ihre Behandlungsangebote optimal abstimmen sollen. Spätestens dann steht man wieder vor den regionalen Gegebenheiten und regionalen Unterschieden, spätestens dann bedarf es endgültig regionalisierter Marktuntersuchungen.

2. Darstellungsmuster: Regionstypen und Kreistypen

Daten zur Männergesundheit sollten vor allem und zuerst nach drei *großräumigen Regionstypen* zusammengestellt und ausgewertet werden: Ballungsräume wie z.B. Düsseldorf, Verstädterte Räume wie z.B. Würzburg und Ländliche Räume wie z.B. dem Kyffhäuserkreis (Übersicht 1). Diese Regionstypen sind im Wesentlichen durch Einwohnerdichte und Siedlungszusammensetzung definiert. Aus einer Vielzahl von

Untersuchungen zur regionalen Gesundheitslage weiß man allerdings, dass dieses Regionalraster so bedarfsentscheidende und nachfrageprägende Sachverhalte wie z.B. die *Stadt-Umland-Wanderung* der jüngeren Familien und die *Nachalterung* der Stadt-Umland-Bevölkerung nicht ausreichend abbilden kann. Man sollte daher die großräumigen Regionstypen vorrangig zur Problemsuche und zur Problemeingrenzung benutzen. Für detaillierte, auf einzelne Krankenhäuser und Kliniken abgestellte Situationsanalysen und Konzeptvorschläge sollten hingegen die sogenannten *siedlungsstrukturellen Kreistypen* herangezogen werden. Drei dieser Kreistypen sind hier zu benennen: Erstens die Kernstädte in Ballungsräumen, zweitens die Verdichteten Kreise in verstädterten Räumen und drittens die Ländlichen Kreis geringer Dichte in Ländlichen Räumen (Übersicht 2). Es handelt sich bei diesen Kreistypen um sozusagen kleinräumige *Zuspitzungen* der großräumigen Regionstypen.

Übersicht 1

Beobachtungs-Regionen zur Männergesundheit

Ballungsräume

Beispiele:
Düsseldorf, Frankfurt, München, Berlin, Hamburg

Verstädterte Räume

Beispiele:
Münster, Gießen, Würzburg, Magdeburg, Kiel

Ländliche Räume

Beispiele:
Emsland, Fuldakreis, Wunsiedelkreis, Kyffhäuserkreis, Nordvorpommernkreis

Quelle: Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung

Übersicht 2

Beobachtungs-Kreise zur Männergesundheit

Kernstädte in Ballungsräumen
Beispiel:
Düsseldorf

Verdichtete Kreise in Verstädterten Räumen
Beispiel:
Mayen-Koblenz-Kreis

Ländliche Kreise geringer Dichte in Ländlichen Räumen
Beispiel:
Wittenberg-Kreis

Quelle: Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung

3. Grundmuster: West-Ostunterschied

Soweit es die Regionalunterschiede in der Männergesundheit betrifft, muss man aber zunächst ein gröberes Raster als die Regionstypen zu Hilfe nehmen: Gemeint ist das *West-Ost-Schema*. Wenn man beispielsweise die Lebenserwartung der Männer in den verschiedenen Regionstypen der alten und der neuen Bundesländer betrachtet, dann sind die Abstände zwischen den Regionstypen in den alten Bundesländern nur minimal, während sie in den neuen Bundesländern ein dramatisches Gefälle von den Ballungsräumen über die Verstädterten Räume zu den Ländlichen Räumen zeigen. Noch drastischer sind die Unterschiede in der männlichen Lebenserwartung in den verschiedenen Kreistypen in der Bundesrepublik alt bzw. Bundesrepublik neu. Männer in den Ballungsräumen West haben eine Lebenserwartung von reichlich 74 Jahren, Männer in den Ballungsräumen Ost können lediglich mit nicht ganz 73 Jahren rechnen. Am heftigsten differieren die Lebensperspektiven der Männer zwischen den Ländlichen Räumen West und den Ländlichen Räumen Ost. Im Westen sind gut 74 Jahre zu erwarten, im Osten nicht einmal 71 Jahre. (Übersichten 3 und 4) So gesehen besteht sicherlich der versorgungspolitisch dringlichste Bedarf an verbesserter präventiver, kurativer und rehabilitativer Versorgung der Männer in den Ländlichen Räumen der neuen Bundesländer.

Übersicht 3

Regionale Lebenserwartung der Männer
Alte Bundesländer
1997

Lebenserwartung Regionen	Mittlere Lebenserwartung eines Neugeborenen Jahre Männer	 Frauen
Ballungsräume	74,2	80,4
Verstädterte Räume	74,4	80,7
Ländliche Räume	74,1	80,4

Quelle: Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung

Übersicht 4

Regionale Lebenserwartung der Männer
Neue Bundesländer
1997

Lebenserwartung Regionen	Mittlere Lebenserwartung eines Neugeborenen Jahre Männer	 Frauen
Ballungsräume	72,7	79,5
Verstädterte Räume	71,7	79,2
Ländliche Räume	70,8	78,7

Quelle: Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung

Wenn man nun den Maßstab deutlich verkleinert und auf die Ebene der siedlungsstrukturellen Kreistypen geht, dann ergibt sich hier ein anderes, differenzierteres Bild. Während die Lebenserwartung der Männer, die in Kernstädten und Ballungsräumen leben, in den alten und in den neuen Bundesländern nicht sehr weit auseinanderliegen, sind die Unterschiede bei der Lebenserwartung der Männern in den verdichteten Kreisen und vor allem in den ländlichen Kreise in West bzw. in Ost erheblich. Im Osten bleibt dabei das schon beschriebene Gefälle zwischen Ballungsräumen, Verstädterungsräumen und Landgebieten bestehen. (Übersichten 5 und 6)

Wenn man von den unterschiedlich regionalen Lebenserwartungen der Männer in den alten und in den neuen Bundesländern und hierbei in Kernstädten, Verstädterungsräumen und Landgebieten ausgeht, würde man eine analoge Verteilung der Anteile der alten Männer an der gesamten Altenbevölkerung erwarten. Dieser Erwartung entspricht die Wirklichkeit allerdings nur im Vergleich zwischen West und Ost. Der Anteil der 75 und mehr Jahre alten Männer an allen Personen dieses Alters liegt in den West-Bundesländen deutlich höher als in den Ost-Bundesländern. Allerdings ist es dabei, wenn auch auf unterschiedlichem Niveau so, dass die alten Männer jeweils in den Ballungsräumen die geringsten und in den übrigen Räumen die höheren Anteilswerte zeigen. (Übersichten 7 und 8)

Beim Wechsel von der Regions- auf die Kreisebene bleibt dieser beschriebene höhere Anteil der Männer an den Hochbetagten in den Nicht-Großstadtgebieten erhalten. (Übersichten 9 und 10) So gesehen besteht vorrangig in den nichtgroßstädtischen Gebieten der neuen Bundesländer Bedarf an männerspezifischer Gesundheitsversorgung, um einerseits dort eine höhere Lebenserwartung zu erreichen und weil andererseits dort der Anteil der hochaltrigen Männer höher als in den Großstädten liegt.

Übersicht 5

Kreistypische Lebenserwartung der Männer
Alte Bundesländer
1997

Lebenserwartung Kreistyp	Mittlere Lebenserwartung eines Neugeborenen Jahre Männer	 Frauen
Kernstädte in Ballungsräumen	73,7	80,3
Verdichtete Kreise in Verstädterten Räumen	74,6	80,8
Ländliche Kreise geringer Dichte in Ländlichen Räumen	73,7	80,0

Quelle: Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung

Übersicht 6

Kreistypische Lebenserwartung der Männer
Neue Bundesländer
1997

Lebenserwartung Regionen	Mittlere Lebenserwartung eines Neugeborenen Jahre Männer	 Frauen
Kernstädte in Ballungsräumen	73,1	79,5
Verdichtete Kreise in Verstädterten Räumen	71,7	79,3
Ländliche Kreise geringer Dichte in Ländlichen Räumen	70,2	78,5

Quelle: Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung

Übersicht 7

Regionale Hochbetagtenquote der Männer
Alte Bundesländer
1997

Regionen	Hochbetagte Anteil der Männer an der Bevölkerung im Alter von 75 und mehr Jahren Prozent
Ballungsräume	29,6
Verstädterte Räume	30,2
Ländliche Räume	30,6

Quelle: Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung

Übersicht 8

Regionale Hochbetagtenquote der Männer
Neue Bundesländer
1997

Regionen	Hochbetagte Anteil der Männer an der Bevölkerung im Alter von 75 und mehr Jahren Prozent
Ballungsräume	25,9
Verstädterte Räume	27,3
Ländliche Räume	26,8

Quelle: Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung

Übersicht 9

Kreistypische Hochbetagtenquote der Männer
Alte Bundesländer
1997

Hochbetagte Kreistyp	Anteil der Männer an der Bevölkerung im Alter von 75 und mehr Jahren Prozent
Kernstädte in Ballungsräumen	28,7
Verdichtete Kreise in Verstädterten Räumen	30,1
Ländliche Kreise geringer Dichte in Ländlichen Räumen	30,8

Quelle: Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung

Übersicht 10

Kreistypische Hochbetagtenquote der Männer
Neue Bundesländer
1997

Hochbetagte Kreistyp	Anteil der Männer an der Bevölkerung im Alter von 75 und mehr Jahren Prozent
Kernstädte in Ballungsräumen	24,9
Verdichtete Kreise in Verstädterten Räumen	27,7
Ländliche Kreise geringer Dichte in Ländlichen Räumen	26,2

Quelle: Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung

4. Darstellungsinhalt Lebenslage

Ein ganz anderer, nicht altersgruppenspezifischer, sondern lebenslagenbezogener Aspekt regionaler Unterschiede in der Männergesundheit sind die Männeranteile an den Arbeitslosen. Auch hier ist zunächst das West-Ost-Raster besonders ergiebig. So liegen in den alten Bundesländern die Anteile der Männer an den Arbeitslosen in allen Regionstypen deutlich über dem Anteil der Frauen. In den neuen Bundesländern verhält es sich genau umgekehrt. In beiden Teilen Deutschland sind dann allerdings, wenn auch auf unterschiedlichem Niveau, die Männeranteile an den Arbeitslosen in den Ballungsräumen bzw. Ballungsraumkernstädten wesentlich höher als in den übrigen Regions- und Kreistypen. (Übersichten 11, 12, 13, 14) Männerspezifische Gesundheitsangebote, die an den Begleit- und Umfelderkrankungen der biographischen, in diesem Falle erwerbsbiographischen Brüche von Männern, wie eben Arbeitslosigkeit, vor allem Dauerarbeitslosigkeit ansetzen, könnten daher wegen des gehäuften Bedarfes zunächst in den großstädtischen Räumen der alten wie der neuen Bundesländer etabliert werden.

Es muss aber auch überlegt werden, welche geeigneten Gesundheitsangebote für die vorübergehend oder anhaltend arbeitslosen Männer in den nichtgroßstädtischen Standorträumen bereitgestellt werden können. Die Akutkrankenhäuser der Grund- und Regelversorgung mit ihrem Flächenversorgungsauftrag können hier ein weites Feld zusätzlicher Aufgaben erschließen. Selbstverständlich ist der Verlust der Erwerbsarbeit bzw. der Eintritt in die Arbeitslosigkeit nur ein Beispiel für die Vielzahl der bei Männern gehäuften und von Männern schwer zu bewältigenden biographischen Brüche. Hier ist an das enorme Risikopotential für die Männergesundheit zu denken, das mittlerweile die Scheidungs-, Unterhalts- und Sorgerechtsverfahren darstellen. Auch hier sind deutliche regionale Risikounterschiede zu erwarten.

5. Darstellungsinhalt Erkrankungsart

Als erstes Institut in Deutschland hat wohl die Studiengruppe für Sozialforschung e.V. eine gleichzeitig flächendeckende, aber auch siedlungsstrukturtypische Auswertung der Krankenhausbehandlungsanlässe, d.h. Krankenhausdiagnosen von Männern vorgelegt. Aus Gründen der Datenverfügbarkeit mussten die Untersuchungen allerdings auf das Land Nordrhein-Westfalen beschränkt werden.

5.1. Kreislaufkrankheiten bei Männern vor allem in Ballungsräumen

Soweit es zunächst die den Alltag der Akutkrankenhäuser beherrschenden weil vom Gesamtaufkommen her zahlenstärksten Krankheiten des Kreislaufsystems betrifft, sind hier die männlichen Krankenhauspatienten, die in Ballungsräumen bzw. in Ballungsraumkernen wohnen, am stärksten betroffen.

Knapp 20 Prozent aller krankenhausbehandelten Männer, die in Großstadtregionen wohnen, werden wegen Krankheiten des Kreislaufsystems, z.B. Herzinfarkt behandelt. In den Ländlichen Räumen sind es nur etwas mehr als 18 Prozent. Bei den Frauen erreichen diese Werte nur zwischen 13 und 14 Prozent. Hierbei spielen selbstverständlich unterschiedliche Altersstrukturen, die hohen Geburtshilfezahlen bei den Frauen etc. eine Rolle. Aus der Sicht der Akutkrankenhäuser und Rehakliniken ist gleichwohl entscheidend, dass sich die männlichen

Kreislaufpatienten absolut und relativ in den Großstadtregionen massieren. (Übersichten 15 und 16) Dies muss dann für die Angebotsstrategie keineswegs heißen, dass man seinen Standort bspw. als Akutkrankenhaus unbedingt in der Großstadt selbst haben müsste: U.U. ist ein flexibles, patientenorientiertes kleines Umlandkrankenhaus mit Zugang zur Spitzenmedizin eines der Herzzentren hier in der viel besseren Situation.

5.2. Unfälle und Verletzungen bei Männern vor allem in Ländlichen Räumen

Bekanntlich stellen auch die Unfälle und Verletzungen ein Hauptkontingent der Krankenhausbehandlung. Auch hier liegen sowohl auf der Regionsebene wie auf der Kreisebene die Anteilswerte bei den Männern wesentlich höher als bei den Frauen. Die Verteilung zwischen den Regionstypen und zwischen den Kreistypen ist hier allerdings genau umgekehrt wie im Falle der Kreislauferkrankungen. In den Ballungsräumen und in den Ballungskernen müssen deutlich weniger Männer wegen Unfällen und Verletzungen behandelt werden wie etwa in den ländlichen Gebieten. Dies hängt u.a. mit der in den Ballungsräumen niedrigeren Verkehrsunfallhäufigkeit zusammen. Unabhängig davon können Akutkrankenhäuser und Rehakliniken bei der Gestaltung männerspezifischer Behandlungsangebote davon ausgehen, dass sich die Unfallopfer unter den männlichen Patienten zumindest anteilsmäßig in den ländlichen Räumen konzentrieren. (Übersichten 17 und 18)

Übersicht 11

Regionale Arbeitslosigkeit der Männer
Alte Bundesländer
1998

Arbeitslosigkeit	**Anteil der Männer an den Arbeitslosen**	
	Prozent	
Regionen	**Männer**	**Frauen**
Ballungsräume	57,6	42,4
Verstädterte Räume	53,8	46,2
Ländliche Räume	52,8	47,2

Quelle: Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung

Übersicht 12

Regionale Arbeitslosigkeit der Männer
Neue Bundesländer
1998

Arbeitslosigkeit / Regionen	Anteil der Männer an den Arbeitslosen (Prozent)	
	Männer	Frauen
Ballungsräume	49,5	50,5
Verstädterte Räume	44,6	55,4
Ländliche Räume	44,7	55,3

Quelle: Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung

Übersicht 13

Kreistypische Arbeitslosigkeit der Männer
Alte Bundesländer
1998

Arbeitslosigkeit / Kreistyp	Anteil der Männer an allen Arbeitslosen (Prozent)	
	Männer	Frauen
Kernstädte in Ballungsräumen	59,7	40,3
Verdichtete Kreise in Verstädterten Räumen	53,1	46,9
Ländliche Kreise geringer Dichte in Ländlichen Räumen	53,2	46,8

Quelle: Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung

Übersicht 14

Kreistypische Arbeitslosigkeit der Männer
Neue Bundesländer
1998

Arbeitslosigkeit / Kreistyp	Anteil der Männer an allen Arbeitslosen (Prozent)	
	Männer	Frauen
Kernstädte in Ballungsräumen	53,9	46,1
Verdichtete Kreise in Verstädterten Räumen	42,9	57,1
Ländliche Kreise geringer Dichte in ländlichen Räumen	45,0	55,0

Quelle: Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung

Übersicht 15

Regionale Kreislaufmorbidität der Männer
in Nordrhein-Westfalen
1996

Erkrankungsarten / Regionen	Anteil der Kreislaufbehandelten (ICD 390-459) an allen krankenhausbehandelten Einwohnern (Prozent)	
	Männer	Frauen
Ballungsräume	19,8	14,2
Verstädterte Räume	18,8	13,2
Ländliche Räume	18,3	13,8

Quelle: Eigene Auswertungen und Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen: Krankenhausdiagnosenstatistik 1996

Übersicht 16

Kreistypische Kreislaufmorbidität der Männer in Nordrhein-Westfalen 1996

Erkrankungsarten / Kreistyp	Anteil der Kreislaufbehandelten (ICD 390-459) an allen krankenhausbehandelten Einwohnern Prozent	
	Männer	Frauen
Kernstädte in Ballungsräumen	19,6	14,2
Verdichtete Kreise in Verstädterten Räumen	18,5	12,8
Ländliche Kreise geringer Dichte in ländlichen Räumen	18,1	13,8

Quelle: Eigene Auswertungen und Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen: Krankenhausdiagnosenstatistik 1996

Übersicht 17

Regionale Unfallmorbidität der Männer in Nordrhein-Westfalen 1996

Erkrankungsarten / Regionen	Anteil der Unfallbehandelten (ICD 800-999) an allen krankenhausbehandelten Einwohnern Prozent	
	Männer	Frauen
Ballungsräume	11,2	8,7
Verstädterte Räume	12,5	8,9
Ländliche Räume	13,7	9,7

Quelle: Eigene Auswertungen und Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen: Krankenhausdiagnosenstatistik 1996

Übersicht 18

Kreistypische Unfallmorbidität der Männer in Nordrhein-Westfalen 1996

Erkrankungsarten / Kreistyp	Anteil der Unfallbehandelten (ICD 800-999) an allen krankenhausbehandelten Einwohnern Prozent	
	Männer	Frauen
Kernstädte in Ballungsräumen	10,9	8,9
Verdichtete Kreise in Verstädterten Räumen	12,8	8,7
Ländliche Kreise geringer Dichte in Ländlichen Räumen	15,0	10,5

Quelle: Eigene Auswertungen und Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen: Krankenhausdiagnosenstatistik 1996

5.3. Atmungsorganerkrankungen bei Männern vor allem in Verstädterten Räumen

Ein drittes räumliches Muster in der Männergesundheit zeigen die Krankenhausbehandlungen wegen Krankheiten der Atmungsorgane. Zunächst werden sowohl aus Regionssicht wie aus Kreissicht Männer zu deutlich höheren Anteilen als Frauen wegen Krankheiten der Atmungsorgane im Krankenhaus behandelt. Dabei liegen dann die Anteile der Atmungsorganerkrankungen an den krankenhausbehandelten Männern in den Verstädterten Räumen deutlich höher als in den Ballungsräumen einerseits und als in den Ländlichen Räumen andererseits. (Übersichten 19 und 20) Welche Faktoren hierfür ursächlich sind, bspw. eine entsprechende regionale Verteilung des Nikotinkonsums, soll hier nicht weiter erörtert werden. Für die Akutkrankenhäuser und für die Rehakliniken ist es auch hier vorrangig wichtig die räumliche Konzentration von Behandlungsanlässen als Ausgangspunkt für Konzepte und Strategien männergesundheitlicher Angebote zu nutzen.

5.4. Psychische Krankheiten bei Männern vor allem in Ballungsräumen

Es wird sehr gerne aus der öffentlichen und aus der gesundheitsöffentlichen Wahrnehmung ausgeblendet, dass die Männer eine ausgeprägtere psychiatrische Morbidität, zumindest Krankenhausmorbidität zeigen als die Frauen. Dabei liegt es eigentlich nahe, dass die Rollenvorgaben und dass die Rollenwidersprüche, die für

Männer gelten, fast zwangsläufig zu erhöhten seelischen Erkrankungen führen müssen. Jedenfalls verhält es sich so, dass sowohl im Regionsvergleich wie auch im Kreisvergleich die Männer durchgängig höhere Anteile von psychisch Erkrankten an allen Krankenhausbehandelten zeigen als die Frauen. Dabei häufen sich die psychiatrischen Behandlungsanlässe vorrangig bei den Männern in den Ballungsräumen bzw. in den Ballungsraumkernen. (Übersichten 21 und 22) Auch hier ist es ganz unabhängig zunächst von den Voraussetzungen und Ursachen so, dass die Akutkrankenhäuser und dass die Rehakliniken bei der Entwicklung und Gestaltung spezifischer Behandlungsangebote für seelisch erkrankte Männer davon ausgehen können, dass dieses Klientel sich absolut und relativ in den Großstädten häuft.

5.5. Harn- und Geschlechtsorgankrankheiten bei Männern vor allem in Ballungsräumen

Es gibt aber auch Bereiche der Krankenhausmorbidität, bei denen nicht die Männer, sondern die Frauen die höheren Anteilswerte zeigen. Bei den Geburtshilfefällen muss dies wohl nicht hervorgehoben und erläutert werden. Bei den Krankenhausbehandlungen wegen Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane ist dies allerdings schon erwähnenswert. Sowohl im Regions- wie auch im Kreisvergleich stellen die Krankenhausbehandelten wegen Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane bei den Frauen durchweg die höheren Anteile als bei den Männern. Zusätzlich ist eine sehr interessante gegenläufige räumliche Verteilung zu beachten: Bei den Frauen liegen die Anteile der stationären Harn- und Geschlechtsorganmorbidität in den nicht großstädtischen Bereichen über den Anteilen in den großstädtischen Bereichen. Bei den Männern ist dies, auf niedrigerem Niveau, umgekehrt der Fall: Die Anteile der stationären Harn- und Geschlechtsorganmorbidität in der stationären Gesamtmorbidität liegt bei den

Übersicht 19

Regionale Atmungsorganmorbidität der Männer in Nordrhein-Westfalen 1996

Erkrankungsarten / Regionen	Anteil der Atmungsorganbehandelten (ICD 460-519) an allen krankenhausbehandelten Einwohnern (Prozent)	
	Männer	Frauen
Ballungsräume	8,8	5,9
Verstädterte Räume	9,3	6,1
Ländliche Räume	8,5	5,9

Quelle: Eigene Auswertungen und Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen: Krankenhausdiagnosenstatistik 1996

Übersicht 20

Kreistypische Atmungsorganmorbidität der Männer in Nordrhein-Westfalen 1996

Erkrankungsarten Kreistyp	Anteil der Atmungsorganbehandelten (ICD 460-519) an allen krankenhausbehandelten Einwohnern Prozent Männer	 Frauen
Kernstädte in Ballungsräumen	8,7	5,8
Verdichtete Kreise in Verstädterten Räumen	10,0	6,4
Ländliche Kreise geringer Dichte in Ländlichen Räumen	8,1	5,7

Quelle: Eigene Auswertungen und Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen: Krankenhausdiagnosenstatistik 1996

Übersicht 21

Regionale Psychiatriemorbidität der Männer in Nordrhein-Westfalen 1996

Erkrankungsarten Regionen	Anteil der Psychiatriebehandelten (ICD 290-319) an allen krankenhausbehandelten Einwohnern Prozent Männer	 Frauen
Ballungsräume	7,0	4,4
Verstädterte Räume	6,2	4,2
Ländliche Räume	6,9	4,4

Quelle: Eigene Auswertungen und Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen: Krankenhausdiagnosenstatistik 1996

Übersicht 22

Kreistypische Psychiatriemorbidität der Männer in Nordrhein-Westfalen 1996

Erkrankungsarten / Kreistyp	Anteil der Psychiatriebehandelten (ICD 290-319) an allen krankenhausbehandelten Einwohnern in Prozent	
	Männer	Frauen
Kernstädte in Ballungsräumen	7,7	4,7
Verdichtete Kreise in Verstädterten Räumen	6,1	4,2
Ländliche Kreise geringer Dichte in Ländlichen Räumen	5,6	4,2

Quelle: Eigene Auswertungen und Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen: Krankenhausdiagnosenstatistik 1996

Übersicht 23

Regionale Harn- und Geschlechtsorganmorbidität der Männer in Nordrhein-Westfalen 1996

Erkrankungsarten / Regionen	Anteil der Harn- und Geschlechtsorganbehandelten (ICD 580-629) an allen krankenhausbehandelten Einwohnern in Prozent	
	Männer	Frauen
Ballungsräume	5,4	7,7
Verstädterte Räume	5,2	8,3
Ländliche Räume	4,6	8,3

Quelle: Eigene Auswertungen und Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen: Krankenhausdiagnosenstatistik 1996

Übersicht 24

Kreistypische Harn- und Geschlechtsorganmorbidität der Männer in Nordrhein-Westfalen 1996

Erkrankungsarten / Kreistyp	Anteil der Harn- und Geschlechtsorganbehandelten (ICD 580-629) an allen krankenhausbehandelten Einwohnern in Prozent	
	Männer	Frauen
Kernstädte in Ballungsräumen	5,2	7,5
Verdichtete Kreise in Verstädterten Räumen	5,1	8,9
Ländliche Kreise geringer Dichte in Ländlichen Räumen	4,6	7,9

Quelle: Eigene Auswertungen und Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen: Krankenhausdiagnosenstatistik 1996

Männern, die in den großstädtischen Bereichen wohnen, höher als bei den in den nichtgroßstädtischen Bereichen lebenden Männern. (Übersichten 23 und 24) Auch hier sind die Ursachen und Gründe zunächst nachrangig. Für die Akutkrankenhäuser und Rehakliniken vorrangig ist der Umstand, dass sich die männliche Krankenhausmorbidität bei Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorganen absolut und relativ in den Großstädten häuft.

6. Zukunftsaufgabe und Zukunftsmarkt: Männergesundheit in der Region

Bei einer regions- und kreistypischen Betrachtung der Lebenserwartung, der Alltagsbedingungen und der Erkrankungsschwerpunkte der Männer ergeben sich eine Vielzahl von Ansatzpunkten für die Entwicklung und Gestaltung männerspezifischer Gesundheitsangebote von Akutkrankenhäusern und Rehakliniken je nach Standortraum. Nur eine solche regions- und kreistypische Betrachtungsweise verschafft den Akutkrankenhäusern und den Rehaklinken den ihnen genuinen *regionalen* Zugang zur Zukunftsaufgabe und zum Zukunftsmarkt *Männergesundheit*.

Uwe Steinacker

Regionale Verteilungsmuster in der Krankenhausversorgung der Männer in Deutschland

(2002)

1. Kranke Männer: Patienten in den Großkrankenhäusern der Ballungsräume?

Erfolgt die Krankenhausversorgung von Männern nach einem regional anderen Verteilungsmuster als diejenige von Frauen - konkret: Werden männliche Patienten überproportional häufiger in den großen Kernstädten als in den Umlandgebieten behandelt? In einer ersten Untersuchung über regionale Disparitäten von Erkrankungen und Behandlungen bei Männern in Nordrhein-Westfalen wird diese Fragestellung aufgeworfen[14]. In der vorliegenden Untersuchung soll flächendeckend für die gesamte Bundesrepublik Deutschland und für alle Arten von Krankenhausbehandlungsanlässen untersucht werden, ob es in der Krankenhausversorgung geschlechtsspezifische Unterschiede im regionalen Verteilungsmuster der Krankenhausversorgung gibt.

Für die mittlerweile auch in Deutschland intensivierte Erörterung der Männerfrühsterblichkeit vor allem in den mittel- und osteuropäischen Ländern, ebenso wie für die Überlegungen zu einer verbesserten Wirksamkeit der Krankenhausversorgung der Männer ist diese Frage von hoher Bedeutung: Werden Männer überproportional häufig in großen Kernstädten krankenhausbehandelt, weil sie aus zwingenden medizinischen Gründen nur dort behandelt werden können, d.h. weil nur dort die erforderlichen Behandlungsangebote existieren oder spielen außermedizinische Gründe hier eine Rolle? Ist die krankenhauspolitisch gewollte Konzentration der spezialisierten Behandlungsangebote in den großen Kernstädten im Zusammenwirken mit dem typisch *"verspäteten"* Kontakt der Männer mit dem Gesundheitssystem ein weiterer Faktor der bei Männern häufigen Endstadium-Behandlung in Großkrankenhäusern? Müsste zum Abbau der Männerfrühsterblichkeit nicht gerade auch die Krankenhausversorgung männerspezifisch dezentralisiert werden? Alle diese Fragen einer männerspezifischen Krankenhausversorgung sind gestellt. Einige wenige Antworten werden nachfolgend gegeben werden können.

2. Ungleiche Erreichung der männlichen und weiblichen Krankenhauspatienten durch die Großkrankenhäuser

Will man geschlechtsspezifische Unterschiede in den regionalen Verteilungsmustern der Krankenhausversorgung von Männern und Frauen feststellen und erklären, bietet es sich zunächst an, mögliche Unterschiede in der Erreichung der männlichen und der weiblichen Krankenhauspatienten durch die verschiedenen Größengruppen der Krankenhäuser festzustellen. Es interessiert also, ob von der Gesamtzahl aller männlichen Krankenhauspatienten ein größerer oder ein kleinerer Anteil als von der Gesamtzahl der weiblichen Krankenhauspatienten in Großkrankenhäusern oder in Klein- und Mittelkrankenhäusern versorgt wird. Als Großkrankenhäuser werden dabei

[14] Vgl. Birkel, Christoph; Regionale Disparitäten in der Erkrankung und Behandlung von Neubildungen bei Männern in Nordrhein-Westfalen; Marquartstein 2000. Für Studiengruppe für Sozialforschung e.V.

solche mit 800 und mehr Betten definiert. Klein- und Mittelkrankenhäuser sind solche mit einer Bettenzahl bis unter 800 Betten.

Sofern beispielsweise dann die männlichen Krankenhauspatienten zu einem höheren Anteil als die weiblichen Krankenhauspatienten durch Großkrankenhäuser behandelt bzw. erreicht werden, liefert dies einen Hinweis auf die institutionellen Zusammenhänge, in denen Männer häufiger in den großen Kernstädten behandelt werden als Frauen: Großkrankenhäuser sind bevorzugt in den Kernstädten verstandortet. Tatsächlich werden die männlichen Patienten wesentlich häufiger in größeren Krankenhäusern mit 800 und mehr Betten behandelt als Frauen. (Übersicht 1) Wurden 1997 und 1999 immerhin 23,6 bzw. 22,7 Prozent der Männer in Krankenhäusern mit 800 und mehr Betten behandelt, erreichte dieser Wert bei den Frauen nur 19,4 bzw. 19,0 Prozent.

Übersicht 1

Erreichung der männlichen und der weiblichen Krankenhauspatienten durch die Krankenhaus-Größenklassen 1997 und 1999

Patienten Krankenhaus-Größenklassen **	Erreichung der männlichen Patienten* durch die Krankehnhaus-Größenklassen in Prozent aller männlichen Patienten		Erreichung der weiblichen Patienten* durch die Krankenhaus-Größenklassen in Prozent aller weiblichen Patienten	
	1997	1999	1997	1999
Bis unter 800 Betten	76,4	77,3	80,6	81,0
800 und mehr Betten	23,6	22,7	19,4	19,0
Alle Krankenhaus-Größenklassen	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

*) Entlassene vollstationäre Patienten einschließlich Sterbefälle, ohne V01-V82
**) Allgemeinkrankenhäuser nach Zahl der Ist-Betten
Quelle: Eigene Berechungen und Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 1997, Wiesbaden 1999 und Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 1999, Wiesbaden 2001

3. Ungleiche Erreichung der männlichen und weiblichen Krankenhauspatienten durch die Spitzenversorgungskrankenhäuser

Die Krankenhausversorgung von Männern und Frauen ist nicht nur hinsichtlich der verschiedenen Größengruppen der Krankenhäuser unterschiedlich, sondern auch hinsichtlich der Versorgungsstufen der Krankenhäuser. Dabei ist vor allem interessant, ob von der Gesamtzahl aller männlichen Krankenhauspatienten ein größerer oder ein kleinerer Anteil als von der Gesamtzahl der weiblichen Krankenhauspatienten in Krankenhäusern der Spitzenversorgung oder der Grund- und Regelversorgung versorgt wird. Als Krankenhäuser der Spitzenversorgung werden hier Krankenhäuser mit 7 und mehr Fachabteilungen definiert. Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung sind solche mit 1 bis 6 Fachabteilungen.

Werden dann beispielsweise ähnlich wie bei den Krankenhaus-Größenklassen die männlichen Krankenhauspatienten zu einem höheren Anteil als die weiblichen Krankenhauspatienten durch Krankenhäuser der Spitzenversorgung, d.h. mit 7 und mehr Fachabteilungen behandelt bzw. erreicht, so liefert auch dies einen Hinweis auf die institutionellen Zusammenhänge, in denen Männer häufiger in den großen Kernstädten behandelt werden als Frauen. Krankenhäuser der Spitzenversorgung, d.h. mit 7 und mehr Fachabteilungen sind bevorzugt in den Kernstädten verstandortet. Tatsächlich werden die männlichen Patienten eindeutig häufiger in Krankenhäusern der Spitzenversorgung behandelt als die weiblichen Patienten. (Übersicht 2) Wurden in beiden Beobachtungsjahren, d.h. 1997 und 1999 immerhin 62,2 Prozent der Männer in Krankenhäusern der Spitzenversorgung behandelt, erreicht dieser Wert bei den Frauen nur 59,1 bzw. 59,2 Prozent.

4. Ungleiche Verteilung der Großkrankenhäuser zwischen Großstädten und Landgebieten

Es wurde gezeigt, dass die männlichen Patienten in deutlich höherem Umfang durch Großkrankenhäuser und durch Spitzenversorgungskrankenhäuser erreicht bzw. behandelt werden als die weiblichen Patienten. Für die hier als Großkrankenhäuser bezeichneten Krankenhäuser mit 800 und mehr Betten gibt es zwar keine direkt vergleichbaren Darstellungen ihrer Verteilung auf die Großstädte einerseits und die Landgebiete andererseits. Es gibt aber Zahlen, die zumindestens darauf hindeuten, dass die Großkrankenhäuser und damit auch die Krankenhäuser der Spitzenversorgung mehrheitlich in den Großstädten verstandortet sind. (Übersicht 3)

So entfallen von allen Krankenhäusern mit 600 und mehr Betten in Deutschland 1995 reichlich 6 Prozent auf die Kreisfreien Städte und nur weniger als 2 Prozent auf die Landkreise. Die ausgeprägtere Erreichung bzw. Behandlung der männlichen Patienten durch die Großkrankenhäuser bzw. in Großkrankenhäusern und die überwiegende Verstandortung der Großkrankenhäuser in den Großstädten erklärt die bei den Männern stärker als bei den Frauen ausgeprägte Krankenhausbehandlung in den Kernstädten als in den Umland- und Landgebieten.

Übersicht 2

Erreichung der männlichen und der weiblichen Krankenhauspatienten durch die Krankenhaus-Versorgungsstufen 1997 und 1999

Patienten Krankenhaus-Versorgungsstufen**	Erreichung der männlichen Patienten* durch die Krankenhaus-Versorgungsstufen in Prozent aller männlichen Patienten		Erreichung der weiblichen Patienten* durch die Krankenhaus-Versorgungsstufen in Prozent aller weiblichen Patienten	
	1997	1999	1997	1999
Bis 6 Fachabteilungen	37,8	37,8	40,9	40,8
7 und mehr Fachabteilungen	62,2	62,2	59,1	59,2
Alle Krankenhaus-Versorgungsstufen	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

*) Entlassene vollstationäre Patienten einschließlich Sterbefälle, ohne V01-V82
**) Allgemeinkrankenhäuser nach Zahl der Fachabteilungen
Quelle: Eigene Berechungen und Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 1997, Wiesbaden 1999 und Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 1999, Wiesbaden 2001

5. Gespaltene Verstandortung der männergeprägten Krankenhaus-Fachabteilungen

Von erheblicher versorgungspolitischer und krankenhauspolitischer Bedeutung ist nun die Frage, ob es *"genuine"*, evtl. genetisch bedingte Schwererkrankungen bei den Männern einerseits und *"genuine"* medizinisch-professionell bedingte Sachzwänge bei der Krankenhausbehandlung andererseits sind, die zu dieser ausgeprägteren Behandlung der Männer in Großkrankenhäusern bzw. in Spitzenversorgungskrankenhäusern und damit in den Kernstädten führen oder ob hier ganz andere Faktoren eine Rolle spielen. Eine Annäherung an diese Fragestellung ist möglich, wenn betrachtet wird, wie stark die verschiedenen Fachabteilungen der Krankenhäuser durch männliche Patienten geprägt sind und wie stark diese männergeprägten Fachabteilungen dann ihrerseits in den Großstädten verstandortet sind.

Von den insgesamt 17 hier betrachteten Fachabteilungen[15] sind 9 Fachabteilungen männergeprägt, d.h. stehen mehr als die Hälfte teilweise weit, mehrheitlich deutlich überdurchschnittlich für die Behandlung männlicher Patienten zur Verfügung. Gleichzeitig sind diese Fachabteilungen mit einem meist deutlich höheren Anteil ihres Gesamtbettenbestandes in Großstädten etabliert. (Übersicht 4) Bei diesen stark männergeprägten und großstadttypischen Fachabteilungen handelt es sich zwar eher um insgesamt patienten- und bettenzahlenschwächere Fachgebiete. Zusammen ergeben aber diese 9 Fachgebiete doch eine respektable Größenordnung.

Übersicht 3

Anteile der Kreisfreien Städte und Landkreise an den Krankenhäusern in Deutschland nach Größenklassen 1995

Größenklassen*	**Anteile der Kreisfreien Städte und Landkreise an den Krankenhäusern nach Größenklassen** **In Prozent aller Krankenhäuser[1] in Deutschland**					
Standorträume	**Bis 100**	**100-300**	**300-600**	**600 und mehr**	**darunter 1.000 und mehr**	**Alle Grössen-klassen**
Kreisfreie Städte	8,48	10,33	9,09	6,45	2,60	34,35
Landkreise	17,53	32,54	13,69	1,89	0,40	65,65

*) Größenklassen nach Anzahl der Ist-Betten
1) 2.265 Krankenhäuser mit 609.813 Betten
Quelle: Cordes/Cohrs: Räumliche Verteilung der Krankenhaus-Größenklassen in Deutschland 1990 und 1995. In: Studiengruppe für Sozialforschung e.V. [Hrsg.]: Zentralisierung und Konzentration in der deutschen Krankenhauswirtschaft, Marquartstein Oktober 2001

Weiterhin gibt es eine Gruppe von Fachabteilungen, die zwar auch überdurchschnittlich hohe Anteile männlicher Patienten aufweisen, d.h. überdurchschnittlich stark für männliche Patienten zur Verfügung stehen. Diese Fachabteilungen sind andererseits aber unterdurchschnittlich, z.T. deutlich unterdurchschnittlich in den Großstädten vorhanden. (Übersicht 5) Vor allem die Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychiatrie stehen dabei zwar überdurchschnittlich für männliche Patienten zur Verfügung, sind gleichzeitig aber deutlich schwächer großstadtgeprägt. Die ebenfalls überdurchschnittlich stark männergeprägten Fachgebiete Innere Medizin und Chirurgie, die zugleich zu den patienten- und bettenstarken Fachgebieten zählen, sind nur leicht

[15] Ohne Geburtshilfe und Frauenheilkunde

unterdurchschnittlich in den Großstädten gegenüber den Umland- und Landgebieten vertreten. Ohne Zweifel gleichen vor allem die patienten- und bettenstarke Innere Medizin und die Chirurgie durch ihre starke Dezentralität bei gleichzeitig vorrangiger Männerspezifität die räumliche Konzentration der Krankenhausbehandlung der Männer durch die Konzentration anderer männerspezifischer Fachbetten in den Großstädten aus

So erreichen die männergeprägten und gleichzeitig großstadttypischen kleineren Fachgebiete wie Kinderheilkunde, Urologie, Hals-Nasen- Ohrenheilkunde etc. insgesamt nur reichlich 26 Prozent aller männlichen Krankenhauspatienten. (Übersicht 6) Demgegenüber erreichen die zwar auch männergeprägten, aber weniger großstadttypischen großen Fachgebiete wie Innere Medizin und Chirurgie, aber auch Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie immerhin über 67 Prozent aller männlichen Patienten. (Übersicht 7)

Aus dieser "gespaltenen" räumlichen Verteilung der großen männergeprägten Fachgebiete Innere Medizin sowie Chirurgie einerseits und einer ganzen Anzahl kleinerer männerspezifischer Fachgebiete andererseits wird deutlich, daß es vor allem die vor Jahrzehnten getroffene krankenhauspolitische und darüber hinaus gesundheitspolitische Entscheidung war, die Krankenhausplanung und Krankenhausentwicklung nach Maßgabe der Fachgebiete der ärztlichen Weiterbildungsordnung und nicht nach Maßgabe der epidemiologischen Bedarfsgruppen anzulegen, die zu der ausgeprägten räumlichen Aufspaltung der Behandlung der männlichen Patientenschaft geführt hat.

Noch ist es so, dass diejenigen männergeprägten kleineren Fachgebiete, die besonders anteilsstark in den Großstädten verstandortet sind, gleichwohl nur einen geringeren Anteil der männlichen Patienten insgesamt erreichen. Demgegenüber erreichen die Innere Medizin, die Chirurgie sowie die Psychiatrie mit ihrer weniger starken Großstadtprägung immer noch den Großteil der Männer. Allerdings ist gerade auch in der Inneren Medizin und in der Chirurgie eine Tendenz zur Verlagerung in die Großstädte zu sehen, die im Zusammenhang mit der Ausgliederung immer neuer Teilgebiete steht. (Übersicht 8, 9 und 10) Zugleich zeigen Innere Medizin und Chirurgie gemessen an der Bevölkerungsverteilung zwischen Großstädten und Landkreisen bereits jetzt eine erhebliche Großstadtlastigkeit. Gemeint ist damit, dass 1995 in den Landkreisen immerhin 67 Prozent der Gesamtbevölkerung lebten[16], während nur knapp 55 Prozent der Fachbetten der Inneren Medizin und der Chirurgie auf die Landkreise entfielen. In der Psychiatrie gilt demgegenüber eine traditionell ausgeprägtere Dezentralität.

[16] Vgl. Niedersächsisches Landesamt für Statistik im Auftrag des Statistischen Amtes des Bundes und der Länder [hrsg.]: Kreiszahlen-Ausgabe 1996, Hannover 1996

Übersicht 4

Männergeprägte und großstadttypische Fachabteilungen der Krankenhäuser in Deutschland 1995 und 1997

Männliche Patienten / Großstädte **Fachabteilungen****	**Männliche Patienten* an allen Krankenhauspatienten** **1997 Prozent**	**Krankenhausbetten mit Standort in Großstädten*** an allen Betten der Fachabteilungen** **1995 Prozent**
Urologie	76	57
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	55	59
Mund-Kiefer- und Gesichtschirurgie	55	82
Neurochirurgie	55	77
Kinderheilkunde	55	60
Neurologie	50	49
Sonstige Fachbereiche	48	66
Strahlentherapie	48	79
Haut- und Geschlechtskrankheiten	45	75
Alle Fachabteilungen zusammen	**45**	**48**

*) Entlassene vollstationäre Patienten einschließlich Stunden- und Sterbefälle, ohne V01-V82
**) Fachabteilungen, in denen Patienten am längsten behandelt wurden.
***) Kreisfreie Städte
Quelle: Eigene Berechnungen und Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 1997, Wiesbaden 1999 und Cohrs, Astrid: Regionalverteilung der Krankenhausbetten in Deutschland 1995, Marquartstein 1999. Für Studiengruppe für Sozialforschung e.V.

Übersicht 5

Fachabteilungen mit hohem Männeranteil und mit schwacher Großstadtprägung in Deutschland 1995 und 1997

Männliche Patienten / Großstädte	**Männliche Patienten* an allen Krankenhauspatienten**	**Krankenhausbetten mit Standort in Großstädten*** an allen Betten der Fachabteilungen**
	1997	**1995**
Fachabteilungen**	**Prozent**	**Prozent**
Kinder- und Jugendpsychiatrie	55	37
Psychiatrie	55	39
Chirurgie	51	45
Innere Medizin	51	45
Alle Fachabteilungen zusammen	**45**	**48**

*) Entlassene vollstationäre Patienten einschließlich Stunden- und Sterbefälle, ohne V01-V82
**) Fachabteilungen, in denen Patienten am längsten behandelt wurden.
***) Kreisfreie Städte
Quelle: Eigene Berechnungen und Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 1997, Wiesbaden 1999 und Cohrs, Astrid: Regionalverteilung der Krankenhausbetten in Deutschland 1995, Marquartstein 1999. Für Studiengruppe für Sozialforschung e.V.

Übersicht 6

Erreichung der männlichen Krankenhauspatienten durch die männergeprägten und großstadttypischen Fachabteilungen der Krankenhäuser in Deutschland 1997

Männliche Patienten **Fachabteilungen****	**Anteile der in den Fachabteilungen behandelten männlichen Patienten* an allen männlichen Krankenhauspatienten** **In Prozent*****
Kinderheilkunde	6,7
Urologie	6,5
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	5,9
Neurologie	2,5
Sonstige Fachbereiche	1,3
Neurochirurgie	1,1
Haut- und Geschlechtskrankheiten	0,9
Mund-Kiefer- und Gesichtschirurgie	0,8
Strahlentherapie	0,6
Fachabteilungen zusammen	**26,3**

*) Entlassene vollstationäre Patienten einschließlich Stunden- und Sterbefälle

**) Fachabteilungen, in denen die Patienten am längsten behandelt wurden. Allgemein- und sonstige Krankenhäuser. Fachabteilungen mit 45 und mehr Anteilen männlicher Patienten und 48 und mehr Anteilen der Betten in Kreisfreien Städten

***) Gerundet

Quelle: Goeschel, Albrecht: Männliche Patienten als Entwicklungspotential für die Krankenhäuser und Kliniken, November 2000

Übersicht 7

Erreichung der männlichen Krankenhauspatienten durch die Fachabteilungen mit hohem Männeranteil und schwacher Großstadtprägung 1997

Männliche Patienten **Fachabteilungen****	**Anteile der in den Fachabteilungen behandelten männlichen Patienten* an allen männlichen Krankenhauspatienten** **In Prozent*****
Innere Medizin	35,2
Chirurgie	27,7
Psychiatrie	4,3
Kinder- und Jugendpsychiatrie	0,1
Fachabteilungen zusammen	**67,3**

*) Entlassene vollstationäre Patienten einschließlich Stunden- und Sterbefälle

**) Fachabteilungen, in denen die Patienten am längsten behandelt wurden. Allgemein- und sonstige Krankenhäuser. Fachabteilungen mit 45 und mehr Anteilen männlicher Patienten und 48 und mehr Anteilen der Betten in Kreisfreien Städten

***) Gerundet

Quelle: Goeschel, Albrecht: Männliche Patienten als Entwicklungspotential für die Krankenhäuser und Kliniken, November 2000

Übersicht 8

Verteilung der Fachbetten für Innere Medizin der Krankenhauswirtschaft in Deutschland nach Kreisfreien Städten und Landkreisen 1990-1995

Standorträume	An allen Fachbetten in Deutschland In Prozent			
	1990		1995	
Fachbetten Innere	Landkreise	Kreisfreie Städte	Landkreise	Kreisfreie Städte
Anteile der Standort-räume[1] an allen Fach-betten Innere in Deutschland[2]	56,0	44,0	54,8	45,2

1) Fachbetten für Innere Medizin in Krankenhäusern mit Standort in Kreisfreien Städten oder in Landkreisen

2) Fachbetten für Innere Medizin in Deutschland: 1990: 194.616 Ist- bzw. Plan-Betten, 1995: 185.276 Ist- Betten

Quelle: Niechoj/Cohrs: Räumliche Verteilung der Krankenhaus-Fachbetten in Deutschland 1990 und 1995 In: Studiengruppe für Sozialforschung e.V. (Hrsg.): Zentralisierung und Konzentration in der deutschen Krankenhauswirtschaft, Marquartstein Oktober 2001

Übersicht 9

Verteilung der Fachbetten für Chirurgie der Krankenhauswirtschaft in Deutschland nach Kreisfreien Städten und Landkreisen 1990-1995

Standorträume	An allen Fachbetten in Deutschland In Prozent			
	1990		1995	
Fachbetten Chirurgie	Landkreise	Kreisfreie Städte	Landkreise	Kreisfreie Städte
Anteile der Standort-räume[1] an allen Fach-betten Chirurgie in Deutschland[2]	56,1	43,9	54,8	45,2

1) Fachbetten für Chirurgie in Krankenhäusern mit Standort in Kreisfreien Städten oder in Landkreisen

2) Fachbetten für Chirurgie in Deutschland: 1990: 156.513 Ist- bzw. Plan-Betten, 1995: 146.684 Ist- Betten

Quelle: Niechoj/Cohrs: Räumliche Verteilung der Krankenhaus-Fachbetten in Deutschland 1990 und 1995 In: Studiengruppe für Sozialforschung e.V. (Hrsg.): Zentralisierung und Konzentration in der deutschen Krankenhauswirtschaft, Marquartstein Oktober 2001

Übersicht 10

Verteilung der Fachbetten für Psychiatrie der Krankenhauswirtschaft in Deutschland nach Kreisfreien Städten und Landkreisen 1990-1995

Standorträume Fachbetten Psychiatrie	An allen Fachbetten in Deutschland In Prozent 1990		1995	
	Landkreise	Kreisfreie Städte	Landkreise	Kreisfreie Städte
Anteile der Standort-räume[1] an allen Fach-betten Psychiatrie in Deutschland[2]	67,1	32,9	61,2	38,8

1) Fachbetten für Psychiatrie in Krankenhäusern mit Standort in Kreisfreien Städten oder in Landkreisen

2) Fachbetten für Psychiatrie in Deutschland: 1990: 96.138 Ist- bzw. Plan-Betten, 1995: 61.115 Ist- Betten

Quelle: Niechoj/Cohrs: Räumliche Verteilung der Krankenhaus-Fachbetten in Deutschland 1990 und 1995 In: Studiengruppe für Sozialforschung e.V. (Hrsg.): Zentralisierung und Konzentration in der deutschen Krankenhauswirtschaft, Marquartstein Oktober 2001

6. Ungleiche Prägung der Großkrankenhäuser und der Spitzenversorgungs-krankenhäuser durch die männlichen und durch die weiblichen Patienten

Es wurde gezeigt, dass die männlichen Patienten in den deutschen Krankenhäusern in erheblich höherem Umfang als die weiblichen Patienten in Großkrankenhäusern bzw. in Spitzenversorgungskrankenhäusern behandelt werden. Gezeigt wurde außerdem, dass diese Großkrankenhäuser und damit Spitzenversorgungskrankenhäuser häufiger in Kreisfreien Städten als in Landkreisen verstandortet sind. Dabei ist es so, dass diejenigen Krankenhaus-Fachabteilungen, die sowohl vorrangig von Männern beansprucht werden bzw. vorrangig Männern zur Verfügung stehen und zugleich zu überdurchschnittlich hohen Anteilen in Großstädten verstandortet sind, einen geringeren Anteil aller männlichen Krankenhauspatienten, ca. 26 Prozent, erreichen als die zwar auch vorrangig von Männern beanspruchten Krankenhaus-Fachabteilungen, die aber weniger in Großstädten verstandortet sind und die über 67 Prozent aller männlichen Krankenhauspatienten erreichen. Zusätzlich gilt, dass die Fachbetten für die Innere Medizin und für die Chirurgie in den zurückliegenden Jahren, trotz ausgeprägter Dezentralität, eine anhaltende Tendenz zur Anteilsverschiebung in die Großstädte zeigen. Gleiches gilt für die Psychiatrie. Von daher ist mit weiteren Verschiebungen auch der männlichen Krankenhausfälle in die Großstädte zu rechnen.

Vor diesem Hintergrund interessiert es, wie die verschiedenen Krankenhausgruppen, sei es nach Größenklassen, sei es nach Versorgungsstufen, durch männliche Patienten geprägt sind, d.h. welche Stellung die männlichen Patienten in den

verschiedenen Krankenhaus-Gruppen, und damit auch in den Großstädten bzw. Umland- und Landgebieten einnehmen. (Übersicht 11 und 12)

Hier ergibt sich ein eindeutiges Bild: Zunächst ist sowohl in den Großkrankenhäusern wie in den Spitzenversorgungskrankenhäusern und damit letztlich auch in den Großstädten der Anteil der männlichen Patienten an allen Krankenhauspatienten höher als in den Klein- und Mittelkrankenhäusern bzw. Grund- und Regelversorgungskrankenhäusern und damit auch in Umland- und Landgebieten. Bei den weiblichen Patienten liegt umgekehrt deren Anteil an allen Patienten in den Klein- und Mittelkrankenhäusern bzw. Grund- und Regelversorgungskrankenhäusern und damit in Umland- und Landgebieten höher. Über alle Krankenhausgruppen und damit auch Krankenhaus-Standorträume hinweg stellen dabei die männlichen Patienten gegenüber den weiblichen Patienten eine Minderheit dar. Dabei ist der Abstand zwischen den Anteilen der männlichen und den Anteilen der weiblichen Patienten in den Klein- und Mittelkrankenhäusern bzw. in den Grund- und Regelversorgungskrankenhäusern und damit auch in den Umland- und Landgebieten deutlich größer als in den Groß- und Spitzenversorgungskrankenhäusern bzw. in den Großstädten.

7. Offene Fragen

In der vorstehenden Untersuchung konnte zwar nachgezeichnet werden, wie durch die ungleichmäßige Verteilung der Groß- und Spitzenversorgungskrankenhäuser und vor allem auch die „gespaltene“ Verstandortung der männerspezifischen Krankenhaus-Fachabteilungen die stärkere räumliche Konzentration der Krankenhausbehandlung der Männer institutionell bedingt ist. Es konnte auch gezeigt werden, dass der Alltag in der Krankenhauslandschaft, in dem in den kleineren und mittleren Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung in Umland- und Landgebieten die weiblichen Patienten dominieren, auch der tatsächlichen vergleichsweisen Konzentration zunehmend eine Teils der männlichen Patienten auf die Großstädte und dortigen Krankenhaus-Größenklassen und Krankenhaus-Versorgungsstufen entspricht.

Es gibt allerdings deutliche Anhaltspunkte dafür, dass innerhalb der Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung noch einmal erhebliche Unterschiede in der Männerprägung, evtl. auch in der Männererreichung bestehen, die ihrerseits durch die in den Versorgungsstufen unterschiedlichen Verteilung der männer- bzw. frauenspezifischen Fachabteilungen bedingt sind. Diese Frage sollte noch näher untersucht werden. Es wurde gezeigt, dass die männlichen Patienten in erkennbar höherem Umfang durch die Großkrankenhäuser bzw. Spitzenversorgungs-krankenhäuser behandelt bzw. erreicht werden als die weiblichen Patienten. In den herangezogenen Daten sind bei den weiblichen Patienten die geburtshilflichen Krankenhausfälle enthalten. Nachdem die Geburtshilfe zu den Fachgebieten der Grundversorgung zählt könnte es sein, dass die ausgeprägtere Behandlung bzw. Erreichung der weiblichen Patienten insbesondere durch Klein- und Mittelkrankenhäuser bzw. durch Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung durch die geschlechtsspezifischen Geburtshilfefälle bedingt ist und bei der Eliminierung dieser Position dann kein Unterschied in der räumlichen Verteilung der Krankenhausbehandlung von Männern und Frauen besteht. Diese Frage bedarf einer weiteren Untersuchung. Erst wenn vor allem die Rolle der geburtshilflichen Fälle bei der geschlechtsspezifisch unterschiedlichen räumlichen Verteilung der

Krankenhausbehandlung geklärt ist, können die zu Beginn dieser Untersuchung gestellten Fragen nach den medizinischen und außer-medizinischen Gründen der großstadtgeprägten Krankenhausbehandlung von Männern abschließend beantwortet werden

Übersicht 11

Prägung der Krankenhaus-Größenklassen durch die männlichen und die weiblichen Patienten 1997 und 1999

Patienten Krankenhaus-Größenklassen **	Männlichen Patienten* an allen Krankenhauspatienten Prozent 1997	 1999	Weibliche Patienten* an allen Krankenhauspatienten Prozent 1997	 1999
Bis unter 800 Betten	42,7	43,6	57,3	56,4
800 und mehr Betten	49,2	49,3	50,8	50,7
Alle Krankenhaus-Größenklassen	**44,5**	**44,8**	**55,5**	**55,2**

*) Entlassene vollstationäre Patienten einschließlich Sterbefälle, ohne V01-V82
**) Allgemeinkrankenhäuser nach Zahl der Ist-Betten
Quelle: Eigene Berechungen und Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 1997, Wiesbaden 1999 und Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 1999, Wiesbaden 2001

Übersicht 12

Prägung der Krankenhaus-Versorgungsstufen durch die männlichen und die weiblichen Patienten 1997 und 1999

Patienten Krankenhaus-Versorgungsstufen **	Männlichen Patienten* an allen Krankenhauspatienten Prozent 1997	1999	Weibliche Patienten* an allen Krankenhauspatienten Prozent 1997	1999
Bis 6 Fachabteilungen	42,6	42,9	57,4	57,1
7 und mehr Fachabteilungen	45,7	46,0	54,3	54,0
Alle Krankenhaus-Versorgungsstufen	**44,5**	**44,8**	**55,5**	**55,2**

*) Entlassene vollstationäre Patienten einschließlich Sterbefälle, ohne V01-V82
**) Allgemeinkrankenhäuser nach Zahl der Ist-Betten
Quelle: Eigene Berechungen und Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 1997, Wiesbaden 1999 und Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 1999, Wiesbaden 2001

Albrecht Goeschel

Männliche Patienten: Zielgruppe des Krankenhauswettbewerbs (2003)

1. Exzessmortalität der Männer in Deutschland

Die Ausgangslage beim Thema Männerbehandlung ist gekennzeichnet durch eine im europäischen Ländervergleich exzessive Vorsterblichkeit der Männer in Deutschland. Die Männer beispielsweise in Italien haben eine fast zwei Jahre höhere Lebenserwartung als die Männer in Deutschland. Auch liegt die Vorsterblichkeit der Italiener vor den Italienerinnen um ein Jahr unter derjenigen der Deutschen. (Übersicht 1 und 2)Ein Absenken dieser Exzessmortalität der Männer in Deutschland ist als medizinisch-organisatorische Aufgabe der erfolgreichen Absenkung der Säuglingssterblichkeit vergleichbar. Dabei muss von erheblichen Regionalunterschieden innerhalb Deutschlands ausgegangen werden. (Übersicht 3)

Übersicht 1

Längeres Männerleben im Süden Europas 1998

Lebenserwartung / Länder	Lebenserwartung der Männer bei Geburt
Deutschland	74,4 Jahre
Italien	76,2 Jahre

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit

Übersicht 2

Geringere Vorsterblichkeit der Männer im Süden Europas 1998

Lebenserwartung / Länder	Lebenserwartung der Männer gegenüber den Frauen*
Deutschland	- 6,2
Italien	- 5,2

*) Bei Geburt
Quelle: Bundesministerium für Gesundheit

Übersicht 3

Regionalunterschiede in der Männervorsterblichkeit in Deutschland 1999

Deutschland	Lebenserwartung bei Geburt	
	Frauen	**Männer**
Alte Bundesländer	80,7	74,8
Neue Bundesländer mit Berlin-Ost	80,0	73,0

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit

2. Ansteigende Männerquote in Deutschland

Ohne Zweifel ist eine verbesserte Gesundheitsversorgung der männlichen Population in Deutschland bevölkerungs- und gesundheitspolitisch dringend erforderlich. Aber auch unabhängig von dieser politischen Notwendigkeit stellen die Männer für die Krankenhausversorgung allein schon aus demographischen Gründen eine Herausforderung dar. In den kommenden Jahren wird es zu einer deutlichen Veränderung des Geschlechterverhältnisses in der Bevölkerung kommen. Diese Veränderung wird neben dem Geburtenrückgang und der Bevölkerungsalterung eine der größten Zukunftsherausforderungen werden. Noch im Jahre 1990 kamen auf 100 Männer im Alter von 65 und mehr Jahren 196 Frauen in diesem Alter. Ursache hierfür waren die kriegsbedingten Männerverluste und die allgemeine Frühsterblichkeit der Männer. Im Jahre 2000 betrug das Frauenübergewicht nur noch 163 Frauen gegenüber 100 Männern im Alter von 65 und mehr Jahren. Im Jahre 2020 wird sich dieses Frauenübergewicht dann auf 135 Frauen im höheren Alter auf 100 Männer dieser Altersgruppe reduziert haben. Bei der besonders zukunftswichtigen Gruppe der 45 bis 65 Jahren alten Menschen wird es sogar zu einem Männerüberschuss kommen. (Übersicht 4) Ursache hierfür ist die vor allem von Männern getragene Zuwanderung nach Deutschland.

Übersicht 4

Zunehmender Männeranteil an der Bevölkerung in Deutschland 1990 – 2020

Beobachtungs- und Voraussagejahr	**Auf jeweils 100 Männer kamen bzw. kommen.....Frauen**		
Altersklassen	**1990**	**2000**	**2020**
45 bis 65 Jahre	101	100	97
65 und mehr Jahre	196	163	135
Alle Altersklassen	**107**	**104**	**102**

Quelle: Grünheid/Schulz: Bericht 1996 über die demographische Lage in Deutschland. In: Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft, Heft 4/1996 S.407

3. Verlust der Frauenmajorität in den Krankenhäusern

Die deutschen Krankenhäuser sind die berufenen Träger einer gezielt verbesserten Gesundheitsversorgung der Männer in Deutschland. Sie werden sich, selbst wenn sie die bevölkerungs- und gesundheitspolitischen Notwendigkeiten ignorieren, der Herausforderung *Männer* allein schon aus krankenhausdemographischen Gründen stellen müssen: Bis zum Jahre 2020 wir die bisherige Frauenmajorität bei den Krankenhausfällen einer weitgehenden Geschlechterparität gewichen sein. (Übersicht 5)

Übersicht 5

Geschlechtsstruktur der Patientenschaft der Krankenhäuser in Deutschland 1998 und 2020

Behandlungsfälle Geschlechtsgruppen	Anteile der männlichen bzw. weiblichen Behandlungsfälle an allen Behandlungsfällen In Prozent 1998	2020
Männliche Behandlungsfälle	44,8	48,2
Weibliche Behandlungsfälle	55,2	51,8
Alle Behandlungsfälle	**100,0**	**100,0**

Quelle: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung – DIW: Wirtschaftliche Aspekte der Märkte für Gesundheitsdienstleistungen, Berlin, Oktober 2001

4. Umbruch der Behandlungskultur in den Krankenhäusern

Dieser Wandel in der Krankenhausdemographie wird einen Wandel in der Behandlungskultur und in den Behandlungskonzepten der Krankenhäuser erzwingen. Weibliche Patienten haben hinter und um sich eine gesundheitssympathisierendes Umfeld – männliche Patienten haben hinter und um sich ein gesundheitsignorierendes Umfeld. Die Krankenhausversorgung wird daher in Zukunft auf weniger gesundheitliche Ergänzungs- und Ausgleichswirkungen aus dem Patientenumfeld rechnen können, als dies in der Vergangenheit der Fall war. Die Anforderungen an die Krankenhausversorgung hinsichtlich vorbereitender, begleitender und ergänzender Angebote wird mit dem explosionsartigen Anwachsen des Volumens der älteren männlichen Patienten deutlich steigen. (Übersicht 6)

Übersicht 6

Fallzahlenexplosion bei den Männerpatienten
1998 – 2020

Zunahme der männlichen Krankenhausfälle mit 65 und mehr Jahren bis 2020[1]	**+ 80,2 %**
Zunahme der weiblichen Krankenhausfälle mit 65 und mehr Jahren bis 2020[2]	**+ 37,8 %**

1) ca. 4 Millionen männliche Krankenhausfälle im Jahre 2020
2) ca. 4,5 Millionen weibliche Krankenhausfälle im Jahre 2020
Quelle: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW)

5. Männerbehandlung als Arena des Krankenhauswettbewerbs

Auch Krankenhäuser, deren Management die bevölkerungs- und gesundheitspolitischen Notwendigkeiten und ebenso den behandlungskulturellen Wandel zugunsten einer schmal geführten *Betriebswirtschaftlichkeit* ignorierten, müssen sich der Herausforderung *Männerbehandlung* stellen. Nur das Segment der männlichen Patienten wächst exponentiell: Demographisch von der Zahl der Personen her und epidemiologisch von der Fülle der nichtfestgestellten und nichtbehandelten Erkrankungen her. Der Krankenhauswettbewerb wird also in erster Linie im Segment Männerpatienten ausgetragen und bestanden oder verfehlt.

6. Männerbehandlung als Lösung bei DRG-Problemen

Die neue DRG-Finanzierung führt in vielen Krankenhäusern zu Auslastungsproblemen: Auch wenn die Fallzahlen gleich bleiben oder sogar leicht steigen, verringert die erhöhte Behandlungsgeschwindigkeit die Pflegetage. Hier bietet die zu erwartende Fallzahlenexplosion bei den Männerpatienten eine ethisch einwandfreie, medizinisch notwendige und ökonomisch vorteilhafte Lösung des Problems.

So wird sich in den kommenden Jahren die Patientenstruktur in den Krankenhäusern in Deutschland radikal verändern. Während derzeit jüngere und ältere Frauen die Mehrheit bei den Krankenhausfällen stellen, wird dies in Zukunft anders sein. Durch den Rückgang der Geburtshilfefälle und durch den Abbau des Frauenüberschusses der Kriegsjahrgänge wird es in den deutschen Krankenhäusern zu einem starken Anstieg des Männeranteils kommen. Bei den Krankenhauspatienten im Alter von 65 und mehr Jahren wird es dabei zu einer regelrechten Explosion der männlichen Fallzahlen kommen: Ihre Zahl wird von heute etwa 2,2 Millionen auf etwa

4 Millionen im Jahre 2020 angestiegen sein. Demgegenüber wird die Zahl der weiblichen Patienten dieser Altersgruppe nur um etwa 1 Million Behandlungsfälle zunehmen.

Für die Krankenhäuser bedeutet dies zunächst, dass sich der Wettbewerb um Patienten in den nächsten Jahren vor allem auf die Gruppe der älteren Männer konzentriert. Die Krankenhäuser werden sich ganz entschieden auf das andere Gesundheitsverhalten und das andere Erkrankungserleben der Männer einstellen müssen, wenn sie in diesem Wettbewerb Erfolg haben wollen. Vor allem aber sind die Männer eine Patientengruppe, die eine typisch hohe Multimorbidität aufweisen. Krankenhäuser, die auf Männer ausgerichtete Behandlungsangebote und Behandlungswege bereitstellen, werden daher gut ausgelastet sein.

7. Aufwertung der Inneren Medizin durch Männerbehandlung

Mehr als andere Fachgebiete leidet die allgemeine Innere Medizin an Kompetenzverlust durch die Ausgliederung immer neuer internistischer Teilgebiete oder das Anwachsen konkurrierender Fachgebiete wie etwa der Psychosomatik. Gleichzeitig ist die Innere Medizin dasjenige Fachgebiet, das mit etwa 35 Prozent aller männlichen Krankenhauspatienten den breitesten Zugriff auf diese zukunftswichtige Zielgruppe hat. (Übersicht 7) Der Aufbau von Zentren für Männergesundheit oder von Männerkliniken an Krankenhäusern wird daher sach- und fachgerecht an den Inneren Abteilungen begonnen. Durch die Querschnitthaftigkeit spezifischer Männerbehandlung wird die Bedeutung der Inneren Abteilungen nachhaltig gestärkt.

8. Haupt- und Zusatzerkrankungen der Männerbehandlung

Es gibt eine Reihe von Krankenhausbehandlungsanlässen, die bei Männer typisch häufiger anzutreffen sind als bei Frauen und die zugleich hohe Fallzahlen produzieren. Gleichzeitig gibt es bei den Männern Krankenhausbehandlungsanlässe, die auch hohe Fallzahlen zeigen, die aber nicht typisch häufiger als bei den Frauen auftreten. (Übersicht 8) Aus beiden Bereichen kommen die Behandlungsanforderungen für eine interdisziplinäre Männerbehandlung.

Übersicht 7

Erreichung der männlichen Krankenhauspatienten durch die Krankenhaus-Fachabteilungen 1997

Männliche - Patienten Fachabteilungen**	Anteile der in den Fachabteilungen behandelten männlichen Patienten* an allen männlichen Krankenhauspatienten Prozent***
Innere Medizin	35,2
Chirurgie	27,7
Kinderheilkunde	6,7
Urologie	6,5
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	5,9
Psychiatrie	4,3
Orthopädie	3,3
Neurologie	2,5
Augenheilkunde	2,4
Sonstige Fachbereiche	1,3
Neurochirurgie	1,1
Haut- und Geschlechtskrankheiten	0,9
Mund-Kiefer- und Gesichtschirurgie	0,8
Strahlentherapie	0,6
Nuklearmedizin	0,2
Psychosomatik	0,1
Kinder- und Jugendpsychiatrie	0,1
Alle Fachabteilungen zusammen	**100,0**

*) Entlassene vollstationäre Patienten einschließlich Stunden- und Sterbefälle
**) Fachabteilungen, in denen die Patienten am längsten behandelt wurden. Allgemein- und sonstige Krankenhäuser
***) Gerundet

Quelle: Eigene Auswertungen und Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 1997, Wiesbaden 1999

Übersicht 8

Häufige Anlässe der Männerbehandlung

Haupterkrankungen*	**Zusatzerkrankungen****
• Sonstige Formen von chronischen ischämischen Herzkrankheiten • Akuter Myokardinfarkt • Allgemeine Symptome • Arteriosklerose • Leistenbruch • Gehirnerschütterung • Innere Kniegelenkschädigung • Intervertebrale Diskopatien • Nieren- und Harnleitersteine • Bösartige Neubildungen der Luftröhre, Bronchien und Lunge • Epilepsie • Alkoholabhängigkeit	• Herzrythmusstörungen • Herzinsuffizienz • Akute aber mangelhaft bezeichnete Hirngefäßkrankheiten • Osteoarthrose • Diabetes mellitus • Chronische Affektionen der Tonsillen • Katarakt

*) Bei Männern im Vergleich zu Frauen häufigere Erkrankungen mit hohen Fallzahlen
**) Bei Männern im Vergleich zu Frauen weniger häufige Erkrankungen mit hohen Fallzahlen

Albrecht Goeschel

Männliche Patienten als Entwicklungspotential für die Krankenhäuser und Kliniken

(2000)

1. Sozialen und humanen Auftrag und finanzielle Sicherung der Krankenhäuser neu justieren

Man kann in dieser Zeit eigentlich keinen einzigen Vortrag zu medizinpolitischen , zu gesundheitspolitischen oder zu sozialpolitischen Themen vorbereiten, geschweige denn halten, ohne auf die gesellschaftlichen Verwüstungen einzugehen, die vom Kartell aus Bundesregierung und aus Krankenkassenspitzenverbänden angerichtet werden. Das was man zur Zeit erlebt, ist das fatale und infame Schauspiel, dass die ehemaligen und dass die vorgeblichen Sachwalter der sozialen Gerechtigkeit und des solidarischen Ausgleichs, nämlich die gegenwärtige Bundesregierung und die allgegenwärtigen Krankenkassenspitzenverbände, mit ihrem Einspar- und Unwirtschaftlichkeitsvokabular die Krankenhausversorgung in Deutschland zur Umwandlung in ein reines Gewinngeschäft sturmreif reden und sturmreif verordnen. Was dabei herauskommen kann, ist derzeit beim Desaster der Deutschen Bundesbahn gut zu beobachten.

Dies alles passiert in einer Zeit, in der Globalisierung und Europaintegration einmalige Chancen für einen Export der Gesundheitskompetenz und für einen Export des Sozialstaatskonzeptes unseres Landes und damit einmaligen Chancen für Kapazitätsauslastung und Zusatzfinanzierung bieten. Für die Krankenhauswirtschaft in Deutschland bedeutet dies alles die dringliche Notwendigkeit, das Verhältnis von sozialem und von humanem Auftrag und dessen finanzieller Sicherstellung neu zu justieren. Vorrangig wichtig ist dabei die Gewinnung von Gestaltungs- und Einnahmespielräumen außerhalb des Gitterwerkes der Bundespflegesatzverordnung und außerhalb der Oligopolmacht der Kassenseite.

Die einschlägigen Optionen sind bekannt und sollten massiv genutzt werden: Einstieg der Akutkrankenhäuser in die stationäre Rehabilitation, gebündelte Akut- und Rehabehandlung von Patienten aus dem Nicht-EU-Ausland und vor allem Entwicklung von Untersuchungs- und Behandlungsangeboten zusätzlich zu den Leistungen der GKV bzw. des SGB V. Diese Optionen führen aber nur dann nicht schnurstrakts in die Zwei- oder Drei-Klassen-Medizin, die sie ja eigentlich verhindern sollen, wenn diese Optionen per se eine sozialausgleichende Komponente enthalten. Dies ist etwa beim Einstieg der Akutkrankenhäuser in die stationäre geriatrische Rehabilitation sicherlich der Fall. Bei der gebündelten Behandlung von Patienten aus dem Nicht-EU-Ausland oder bei der Entwicklung und Darbietung von Untersuchungs- und Behandlungsangeboten zusätzlich zu den Leistungen der GKV bzw. des SGB V ist eine per se sozialausgleichende Komponente nicht ohne weiteres erkennbar.

2. Männerheilkunde: Zusatzleistungen mit sozialausgleichender Komponente

Was bei diesen beiden Optionen, Patienten aus dem Nicht-EU-Ausland und Untersuchungs- und Behandlungsangebote zusätzlich zur GKV bzw. zum SGB V benötigt wird, ist ein ähnlicher Ansatz wie bei der Geriatrie: Ein Ausschnitt aus der Population, der einerseits durch seine Lebenslage in besonders hohem Maße

Gesundheitsbeeinträchtigungen und Erkrankungszuständen ausgesetzt ist und einen Ausschnitt aus der Population, der andererseits und zugleich weitgehend unversorgt ist. Genau dies trifft auf die männliche Bevölkerung in Deutschland, in Europa und auch anderswo auf der Welt zu. Die Lebenserwartung der Männer in Deutschland bleibt derzeit hinter derjenigen der Frauen um durchschnittlich sieben Jahre zurück und bei den Männern häufen sich die lebensbedrohlichen und lebensbeendenden Ereignisse und Zustände früher und stärker als bei den Frauen, gleichzeitig gibt es aber keine der Frauenheilkunde auch nur im Ansatz vergleichbare männerheilkundliche Versorgungsinfrastruktur. In Deutschland wird seit geraumer Zeit und mit großem Aufwand darüber diskutiert, ob Rationierung zulässig ist und zumutbar sein darf: Auf die Bevölkerungsgruppe der Männer bezogen existiert, angesichts der Lebenserwartung und Gesundheitslage der Männer einerseits und angesichts der eklatanten Unterversorgung der Männer andererseits, längst eine gnadenlose Rationierung. Nicht nur aus deutscher, sondern auch aus europäischer Perspektive und insbesondere angesichts der dramatischen Männersterblichkeit in den Staaten der vormaligen Sowjetunion stellt die Männergesundheit eine enorme Herausforderung, aber auch eine Zukunftsmöglichkeit für das Gesundheitswesen dar.

3. Männergesundheitsmärkte in den Krankenhäusern und Kliniken in Deutschland

Zunächst geht es darum zu untersuchen, welche Potentiale für den Aufbau einer männerheilkundlichen Versorgungsstruktur zunächst in Deutschland und dann auch in Europa in der deutschen Krankenhaus- und Klinikwirtschaft enthalten sind. An erster Stelle soll hier dargestellt werden, in welchen Standorträumen der deutschen Krankenhaus- und Klinikwirtschaft die männlichen Patienten schon jetzt eine besondere Rolle spielen. Geht man vom Anteil der männlichen Krankenhausbesucher in den unterschiedlichen Bundesländern aus, dann zeigen hier, mit Ausnahme des Saarlandes, die sogenannten neuen Bundesländer, angeführt von Mecklenburg-Vorpommern, ohne Zweifel die höheren Werte. Hier gibt es deutliche Parallelen zumindest zur niedrigeren Lebenserwartung der Männer in den neuen Bundesländern.

Neben der Frage, welche föderalen Krankenhauswirtschaften schon jetzt besonders männergeprägt sind, stellt sich natürlich ebenso die Frage, welche Bundesländer mit ihren Krankenhauswirtschaften die größeren oder die kleineren Anzahlen und Anteile der in Deutschland insgesamt krankenhausbehandelten Männer erreichen. Hier stehen dann die großen alten Bundesländer an der Spitze, Nordrhein-Westfalen, Bayern, Baden-Württemberg, Niedersachen und Hessen erreichen mit ihren Krankenhäusern die große und überwiegende Masse der männlichen Krankenhauspatienten in Deutschland. Die neuen Bundesländer erreichen hier wesentlich geringere Fallzahlen. (Übersichten 1 und 2) In den Krankenhauswirtschaften der einzelnern Bundesländer sind demnach von Anteil und Umfang her sehr unterschiedliche Männergesundheitsmärkte enthalten.

Übersicht 1

Männliche Patienten der Krankenhäuser nach Bundesländern 1997

Bundesländer / Männliche Patienten	Anteile der männliche Patienten * an allen Krankenhauspatienten der Bundesländer Prozent
Mecklenburg-Vorpommern	47,0
Saarland	45,6
Thüringen	45,5
Brandenburg	45,5
Sachsen	45,4
Sachsen-Anhalt	45,1
Hamburg	45,0
Nordrhein-Westfalen	44,8
Bremen	44,8
Bayern	44,6
Niedersachsen	44,6
Baden-Württemberg	44,5
Rheinland-Pfalz	44,5
Hessen	44,4
Schleswig-Holstein	44,0
Berlin	43,7
Alle Bundesländer	**44,8**

*) Entlassene vollstationäre Patienten einschließlich Sterbefälle

Quelle: Eigene Auswertungen und Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 1997, Wiesbaden 1999

Übersicht 2

Erreichung der männlichen Krankenhauspatienten durch die Krankenhäuser der Bundesländer 1997

Bundesländer	Männliche Patienten Anteile der männlichen Patienten* an allen männlichen Krankenhauspatienten in den Krankenhäusern der Bundesländer Prozent**
Nordrhein-Westfalen	23,4
Bayern	14,9
Baden-Württemberg	11,3
Niedersachsen	9,0
Hessen	7,0
Sachsen	5,3
Rheinland-Pfalz	5,0
Berlin	3,9
Sachsen-Anhalt	3,5
Thüringen	3,2
Schleswig-Holstein	3,0
Brandenburg	2,9
Mecklenburg-Vorpommern	2,5
Hamburg	2,3
Saarland	1,6
Bremen	1,1
Alle Bundesländer	**100**

*) Entlassene vollstationäre Patienten einschließlich Sterbefälle
**) Gerundet

Quelle: Eigene Auswertungen und Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 1997, Wiesbaden 1999

3.1. Männergesundheitsmärkte vor allem in den Fachabteilungen für Innere Medizin

Für die einzelnen Krankenhäuser oder für die zunehmende Zahl von Krankenhausgruppen besonders interessant ist die Frage, auf welche medizinische Fachgebiete bzw. stationären Fachabteilungen in den deutschen Akutkrankenhäusern sich die Männergesundheitsmärkte eigentlich konzentrieren. Wenn man, was zunächst nahe liegt, untersucht, in welchen Fachabteilungen der Akutkrankenhäuser die höchsten Anteile der männlichen Patienten liegen, dann steht hier die Urologie unbestritten an der Spitze. (Übersicht 3) Es verwundert daher dann auch nicht, dass die Männergesundheitsdiskussion in Deutschland derzeit noch

immer urologisch akzentuiert geführt wird, wiewohl auch eine ganze Reihe anderer Fachbereiche, nicht zuletzt die Psychiatrie, überdurchschnittliche Männeranteile zeigen.

Die Frage, welche Krankenhausfachabteilungen besonders hohe Männerquoten aufweisen, d.h. besonders stark *männergeprägt* sind, diese Frage geht von den medizinischen Fachgebieten, nicht aber von den erkrankten Männergruppen aus, sie ist noch zu stark fachgebietsfixiert und sie ist noch zu wenig patienten- und zielgruppenorientiert. Wenn man daher die Frage umformuliert und untersucht, welche Krankenhausfachabteilungen die größten Männervolumina. d.h. die größten männlichen Fallzahlen erreichen, dann verliert sich die anfängliche Urologie-Dominanz und dann zeigt es sich, dass es die Innere Medizin ist, die das größten Potential an männlichen Patienten aufzuweisen hat und erreicht. Zusammen mit der Chirurgie erreicht die Innere Medizin knapp 63 Prozent aller männlichen Krankenhauspatienten in Deutschland. Die Urologie bleibt mit 6,5 Prozent weit abgeschlagen. (Übersicht 4)

Übersicht 3

Männliche Patienten der Krankenhäuser nach Fachabteilungen der Krankenhäuser
1997

Männliche Patienten **Fachabteilungen****	**Anteile der männlichen Patienten* an allen Krankenhauspatienten in den Fachabteilungen der Krankenhäuser** **Prozent****
Urologie	76
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	55
Mund-Kiefer- und Gesichtschirurgie	55
Neurochirurige	55
Kinderheilkunde	55
Kinder- und Jugendpsychiatrie	55
Psychiatrie	55
Chirurgie	51
Innere Medizin	51
Neurologie	50
Sonstige Fachbereiche	48
Strahlentherapie	48
Haut- und Geschlechtskrankheiten	45
Orthopädie	44
Augenheilkunde	38
Psychosomatik	27
Nuklearmedizin	26
Alle Fachabteilungen zusammen	**45**

*) Entlassene vollstationäre Patienten einschließlich Stunden- und Sterbefälle
**) Fachabteilungen, in denen die Patienten am längsten behandelt wurden. Allgemein- und sonstige Krankenhäuser

Quelle: Eigene Auswertungen und Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 1997, Wiesbaden 1999

Übersicht 4

Erreichung der männlichen Krankenhauspatienten durch die Krankenhaus-Fachabteilungen 1997

Männliche Patienten Fachabteilungen**	Anteile der in den Fachabteilungen behandelten männlichen Patienten* an allen männlichen Krankenhauspatienten Prozent***
Innere Medizin	35,2
Chirurgie	27,7
Kinderheilkunde	6,7
Urologie	6,5
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	5,9
Psychiatrie	4,3
Orthopädie	3,3
Neurologie	2,5
Augenheilkunde	2,4
Sonstige Fachbereiche	1,3
Neurochirurgie	1,1
Haut- und Geschlechtskrankheiten	0,9
Mund-Kiefer- und Gesichtschirurgie	0,8
Strahlentherapie	0,6
Nuklearmedizin	0,2
Psychosomatik	0,1
Kinder- und Jugendpsychiatrie	0,1
Alle Fachabteilungen zusammen	**100,0**

*) Entlassene vollstationäre Patienten einschließlich Stunden- und Sterbefälle
**) Fachabteilungen, in denen die Patienten am längsten behandelt wurden. Allgemein- und sonstige Krankenhäuser
***) Gerundet

Quelle: Eigene Auswertungen und Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 1997, Wiesbaden 1999

Diese zentrale Stellung der Inneren Medizin im stationären Männergesundheitsmarkt überrascht mitnichten. Die bei den Männern schon im früheren Lebensalter gehäuften Schwererkrankungen sind mehrheitlich internistisch und auch chirurgisch einschlägig. Ohne Zweifel sind es daher in allererster Linie die internistischen Fachabteilungen der Akutkrankenhäuser, aus denen heraus, allerdings betont fachübergreifend in Zusammenarbeit mit der Urologie, mit der Psychiatrie, mit der Unfallchirurgie etc. Zentren für Männergesundheit bzw. Kliniken für Männerheilkunde entwickelt werden sollten.

3.2. Männergesundheitsmärkte vor allem in den kleineren und mittleren Krankenhäusern

Zunächst ist aber noch untersuchen, ob und welche Rolle die Krankenhausgrößenklassen für den Männergesundheitsmarkt in den Akutkrankenhäusern spielen. Hier ist es hochinteressant zu sehen, dass der Anteil der männlichen Patienten mit den Größenklassen der Krankenhäuser kontinuierlich ansteigt. (Übersicht 5) Für diesen Zusammenhang von Männeranteilen und Bettenanzahlen in den Akutkrankenhäusern gibt es vielfältige Ursachen. Zu diesen Ursachen zählt der Umstand, dass die zahlenstarken Geburtshilfefälle und damit die weiblichen Patienten gerade in den kleineren ortsnahen Krankenhäusern eine erhebliche Rolle spielen. Umgekehrt sind stark männergeprägte Fachabteilungen wie etwa die Urologie eher in den größeren Krankenhäusern als in den kleineren Krankenhäusern vertreten. Vor allem aber führt das spezifische Gesundheitsverhalten der Männer dazu, dass diese spät dann schon schwererkrankt in die Krankenhausversorgung kommen und nur noch in größeren Häusern der oberen Versorgungsstufen angemessen behandelt werden können.

Gerade aus diesem letztgenannten Grunde ist davon abzuraten, Zentren für Männergesundheit bzw. Kliniken für Männerheilkunde bevorzugt etwa an größeren und großen Akutkrankenhäusern einzurichten. Dies würde den Männergesundheitsmarkt zu eng an die dort vorhandenen eher abgeschotteten männergeprägten Fachabteilungen fesseln und dies würde den Männergesundheitsmarkt vorrangig auf eine Klientel reduzieren, die für männergesundheitsorientierte Untersuchungs-, Beratungs- und Behandlungsangebote schon gar nicht mehr erreichbar ist. Hinzu kommt, dass die Krankenhäuser der oberen und der obersten Größenklassen auch nur 25-40 Prozent aller männlichen Krankenhauspatienten erreichen. Demgegenüber erreichen die Krankenhäuser der unteren Größenklassen, etwa diejenigen mit 100 bis 500 Betten, zusammen knapp 55 Prozent aller männlichen Krankenhauspatienten in Deutschland. (Übersicht 6) Eine Etablierung von Männergesundheitsangeboten und von Männerheilkundeleistungen sollte daher vorrangig an den Inneren Abteilungen kleinerer und mittlerer Krankenhäuser erfolgen. Mit dieser Empfehlung trifft man dann exakt das Erkrankungs- bzw. Behandlungsprofil der Männer.

Übersicht 5

Männliche Patienten der Krankenhäuser nach Größenklassen der Krankenhäuser 1997

Krankenhaus-Größenklassen**	Männliche Patienten	Anteile der männliche Patienten* an allen Krankenhauspatienten der Krankenhausgrößenklassen
		Prozent
bis 100 Betten		38,8
100 bis 300 Betten		42,5
300 bis 500 Betten		43,3
500 bis 800 Betten		45,2
800 bis 1.000 Betten		48,0
1.000 und mehr Betten		49,6
Alle Krankenhausgrößenklassen		**44,5**

*) Entlassene vollstationäre Patienten einschließlich Sterbefälle, ohne V01-V82
**) Allgemeinkrankenhäuser

Quelle: Eigene Auswertungen und Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 1997, Wiesbaden 1999

Übersicht 6

Erreichung der männlichen Krankenhauspatienten durch die Krankenhaus-Größenklassen 1997

Männliche Patienten Krankenhaus-Größenklassen**	Anteil der männlichen Patienten* in den Krankenhaus-Größenklassen an allen männlichen Krankenhauspatienten Prozent
bis 100 Betten	3,7
100 bis 300 Betten	28,3
300 bis 500 Betten	26,2
500 bis 800 Betten	18,3
800 bis 1.000 Betten	5,6
1.000 und mehr Betten	18,0
Alle Krankenhausgrößenklassen	**100,0**

*) Entlassene vollstationäre Patienten einschließlich Sterbefälle, ohne V01-V82
**) Allgemeinkrankenhäuser

Quelle: Eigene Auswertungen und Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 1997, Wiesbaden 1999

3.3. Männergesundheitsmärkte vorrangig internistisch und chirurgisch geprägt

Es sind vorrangig internistische und chirurgische Behandlungsanlässe, bei denen männliche Patienten überrepräsentiert sind und bei denen männliche Patienten hohe Fallzahlen aufzuweisen haben. (Übersichten 7 und 8)

Übersicht 7

Typisch häufige Krankenhausbehandlung bei Männern in Deutschland 1997

Behandlungsanteile **Behandlungsanlässe**	**Überdurchschnittliche Anteile männlicher Behandlungsfälle an allen Behandlungsfällen nach Behandlungsanlässen** **Prozent**
Krankheiten der Atmungsorgane	54,9
Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	54,8
Unfälle, Vergiftungen und Gewalteinwirkungen	52,5
Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes	52,3
Krankheiten des Kreislaufsystems	52,2
Infektiöse und parasitäre Krankheiten	50,8
Krankheiten der Verdauungsorgane	50,3
Symptome und mangelhaft bezeichnete Krankheiten und Todesursachen	48,9
Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes	45,4
Behandlungsanlässe insgesamt	**44,7**

Quelle: Statistisches Bundesamt

Übersicht 8

Häufige Krankenhausbehandlungsanlässe bei Männern in Deutschland 1997

Männliche Behandelte **Behandlungsanlässe**	**Zehn häufige Behandlungsanlässe bei männlichen Behandelten** **Absolut***
Sonstige Formen von chronisch ischämischen Herzkrankheiten	381.000
Alkoholabhängigkeit	138.000
Bösartige Neubildungen der Luftröhre, Bronchien und Lunge	109.000
Herzinsuffizienz	102.000
Osteoarthrose und entsprechende Affektionen	90.000
Akute und mangelhaft bezeichnete Hirngefäßerkrankungen	85.000
Diabetes mellitus	84.000
Bandscheibenschäden	83.000
Akuter Myokardinfarkt	79.000

*) Gerundet
Quelle: Statistisches Bundesamt

4. Männergesundheitsmärkte im Bereich der Rehakliniken nur in Ansätzen erforscht

Eine so dezidierte Empfehlung für den Einstieg in den Männergesundheitsmarkt wie für die Akutkrankenhäuser ist derzeit für die Rehakliniken noch nicht möglich. Ursache hierfür ist das Fehlen vergleichbarer statistischer Voraussetzungen. Im Rehabereich müssen diese erst geschaffen werden. Die Studiengruppe für Sozialforschung e.V. hat aus diesem Grunde zunächst die in den Bundesländern sehr unterschiedlichen Versorgungsdichten für Rehaeinrichtungen, die ausschließlich oder überwiegend für männliche Besucher ausgelegt sind, analysiert. (Übersichten 9

und 10) Weitere derartige Auswertungen sind erforderlich, wenn die Rehakliniken den Männergesundheitsmarkt sachgerecht erschließen wollen.

Übersicht 9

Rehabilitationseinrichtungen für die Patientengruppe Männer 2000

Bettendichte Bundesländer	Betten* je 100.000 männliche Einwohner
Baden-Württemberg	7,9
Hessen	5,3
Bayern	3,4
Nordrhein-Westfalen	2,0
Sachsen	1,4
Niedersachsen	0,9
Sachsen-Anhalt	0,8
Rheinland-Pfalz	0,5
Schleswig-Holstein	0,8
Saarland	0,0
Brandenburg	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	0,0
Thüringen	0,0
Berlin	0,0
Hamburg	0,0
Bremen	0,0
Alle Bundesländer	**1,4**

*) angebotene Indikationen: Abhängigkeit von Alkohol, Nikotin, Medikamenten und Drogen sowie Spielsucht

**) Betten nach Versorgungsvertrag §111 SGB V

Quelle: AOK-Verlag GmbH (Hrsg.): VRE Handbuch der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in der Bundesrepublik Deutschland, Loseblatt Remagen 7/2000

Übersicht 10

Rehabilitationseinrichtungen für Betroffene von Schwerunfällen und Gewalterlebnissen 2000

Bettendichte Bundesländer	Betten * je 100.000 Einwohner
Rheinland-Pfalz	16,7
Hessen	14,7
Schleswig-Holstein	13,0
Thüringen	12,1
Mecklenburg-Vorpommern	11,2
Brandenburg	8,4
Baden-Württemberg	8,2
Bayern	6,5
Niedersachsen	5,3
Sachsen	4,3
Nordrhein-Westfalen	2,9
Saarland	0,0
Sachsen-Anhalt	0,0
Berlin	0,0
Hamburg	0,0
Bremen	0,0
Alle Bundesländer	**6,5**

*) Gesamtbetten für die Indikationen: Rehabilitation von posttraumatischen Zuständen bzw. psychischen Störungen nach Unfällen, Brandverletzungen, Gewalterlebnissen und sexuellem Missbrauch.

Quelle: AOK-Verlag GmbH (Hrsg.): VRE Handbuch der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in der Bundesrepublik Deutschland, Loseblatt Remagen 7/2000

Christoph Birkel

Regionale Disparitäten in der Erkrankung und Behandlung von Neubildungen bei Männern (2000)

1. Die regionalen Disparitäten in der Erkrankung und Behandlung von Neubildungen[17] bei Männern am Beispiel Nordrhein-Westfalen

In Nordrhein-Westfalen entspricht die räumliche Verteilung der Behandlungsaktivitäten bei Neubildungen nicht der des Erkrankungsaufkommens bei Neubildungen. Der Vergleich der auf die Einwohnerzahlen bezogenen Fallzahlen von behandelten Neubildungen bei Männern nach Wohn- und Diagnoseort ergibt nämlich, dass in den Zentren wesentlich mehr Patienten wegen Neubildungen behandelt werden, als dort an Neubildungen erkranken, während es sich im Umland genau umgekehrt verhält. (Diagramm 1)

So standen im Jahre 1996 den 218 Erkrankungen an Neubildungen je 10.000 männlichen Einwohnern in Kernstädten und hochverdichteten Kreisen[18] mit 320 Behandlungsfällen wegen Neubildungen je 10.000 männlichen Einwohnern die höchste Quote und ein deutlicher Überschuss gegenüber. Dafür standen in den Ländlich geprägten Kreisen[19] 193 Erkrankungsfällen je 10.000 Einwohner nur 140 Behandlungsfälle gegenüber, d.h. bei einem Zehntel weniger Erkrankungen als in Kernstädten und hochverdichteten Kreisen mehr als die Hälfte weniger Behandlungen. Schließlich wurden in den Umlandkreisen der städtischen Ballungskerne[20], die mit 180 Fällen je 10.000 Einwohner die wenigsten Erkrankungen an Neubildungen bei Männern aufwiesen, nur ca. 145 Neubildungspatienten je 10.000 Einwohner auch behandelt - wiederum fiel also die Zahl der Behandlungen viel stärker als die der Erkrankungen ab. In Prozentsätze gefasst: Bei den Männern in den Umlandkreisen der Ballungskerne wurden nur ca. 80 Prozent, in Ländlich geprägten Kreisen nur 72 Prozent, d.h. nicht einmal drei Viertel, der Fälle behandelt, die dort anfielen. Dagegen wurden in den Kernstädten und hochverdichteten Kreisen etwa 12 Prozent mehr Neubildungen behandelt als dort anfielen. (Tabelle 1)

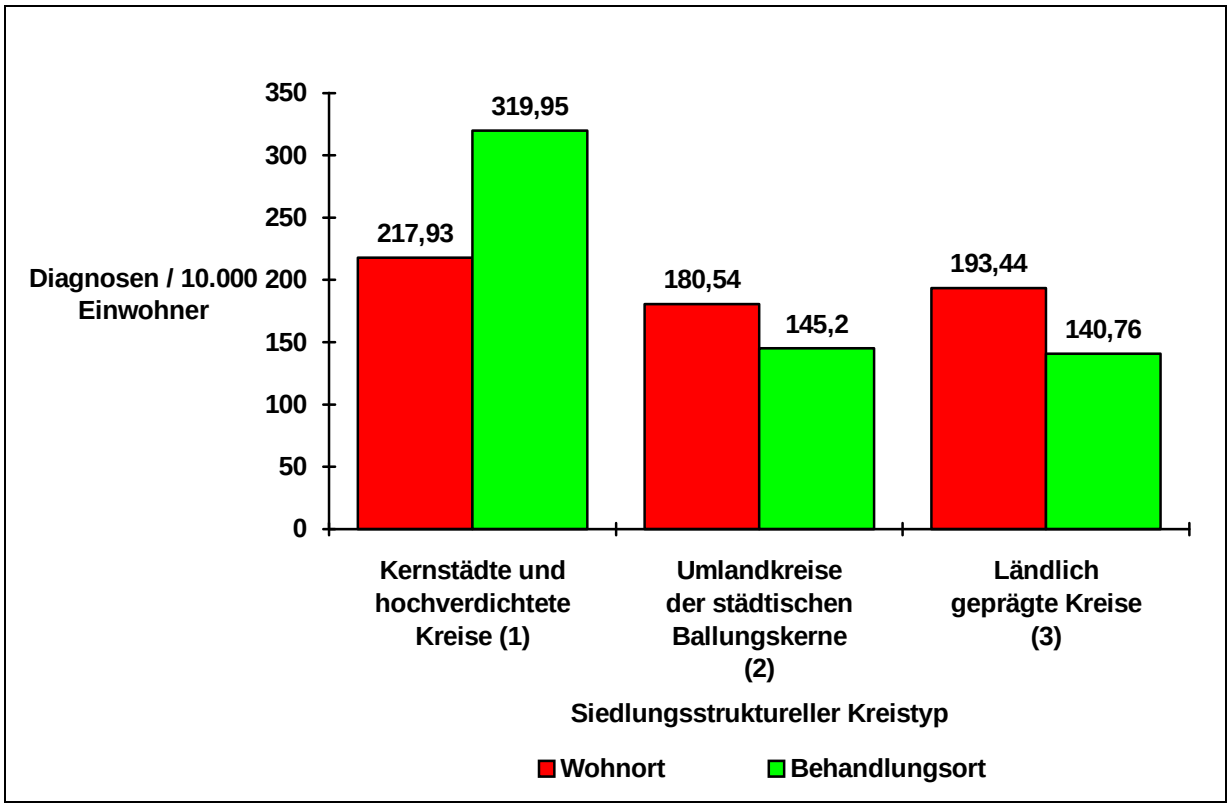
Es bestand also eine deutliche Diskrepanz zwischen dem in den verschiedenen Kreistypen relativ ähnlichen, in Kernstädten und hochverdichtete Kreisen höchsten, Bedarf für die Behandlung von Neubildungen einerseits, und der Konzentration der tatsächlich stattfindenden Behandlung wegen Neubildungen in den Kernstädten und hochverdichteten Kreisen andererseits; sie führte zu einem deutlichen Defizit bei der Behandlung von Neubildungen bei Männern in den Umlandkreisen der städtischen Ballungskerne und in den ländlich geprägten Kreisen bei einem Überschuss in den Kernstädten. Dies ist vermutlich eine Folge davon, dass die Behandlungskapazitäten

[17] Diagnosegruppe 140-239 im Handbuch der Internationalen Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen (ICD 9/79).
[18] Kernstädte in Agglomerationsräumen und in verstädterten Räumen sowie hochverdichtete Kreise in Agglomerationsräumen.
[19] Ländliche Kreise höherer Dichte und geringerer Dichte in ländlichen Räumen.
[20] Verdichtete Kreise in Agglomerationsräumen und in verstädterten Räumen sowie ländliche Kreise in Agglomerationsräumen und in verstädterten Räumen.

in einem wesentlich stärkeren Maße als der Behandlungsbedarf auf die Kernstädte konzentriert sind.

Diagramm 1

Unterschiede zwischen Wohn- und Behandlungsort in den diagnostizierten Neubildungen je 10.000 männliche Einwohner nach siedlungsstrukturellen Kreistypen in Nordrhein-Westfalen 1996



(1) Kernstädte und hochverdichtete Kreise: Kernstädte in Agglomerationsräumen und in verstädterten Räumen sowie hochverdichtete Kreise in Agglomerationsräumen

(2) Umlandkreise der städtischen Ballungskerne: verdichtete Kreise in Agglomerationsräumen und in verstädterten Räumen sowie ländliche Kreise in Agglomerationsräumen und in verstädterten Räumen

(3) Ländlich geprägte Kreise: Ländliche Kreise höherer Dichte und geringerer Dichte in ländlichen Räumen

Quelle: Eigene Berechnungen aufgrund von: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen: Daten aus der Diagnosestatistik 1996, Düsseldorf 1999, und Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (Hrsg.), Aktuelle Daten zur Entwicklung der Städte, Kreise und Gemeinden, Bonn 1998.

Tabelle 1

Unterschiede zwischen Wohn- und Behandlungsort bei diagnostizierten Neubildungen männlicher Einwohner nach siedlungsstrukturellen Kreistypen in Nordrhein-Westfalen 1996

Wohnort / Behandlungsort	Wohnort		Behandlungsort		Wohnort/Behandlungsort
	Entlassene/ verstorbene Patienten	An allen Fällen in Prozent	Entlassene/ verstorbene Patienten	An allen Fällen in Prozent	Versorgungsquote in Prozent
Kernstadt[2]	139.923	78,60	156.116	83,79	111,57
Umlandregion[3]	32.526	18,27	26.159	14,04	80,42
Ländliche Geprägte Kreise[4]	5563	3,13	4048	2,17	72,77
Nordrhein-Westfalen gesamt	**178.012**	**100,0**	**186.323**	**100,00**	**104,67**

1) Bezogen auf alle Diagnosefälle des jeweiligen siedlungsstrukturellen Kreistyps.
2) Kernstädte und hochverdichtete Kreise: Kernstädte in Agglomerationsräumen und in verstädterten Räumen sowie hochverdichtete Kreise in Agglomerationsräumen.
3) Umlandkreise der städtischen Ballungskerne: verdichtete Kreise in Agglomerationsräumen und in verstädterten Räumen sowie ländliche Kreise in Agglomerationsräumen und in verstädterten Räumen
4) Ländlich geprägte Kreise: Ländliche Kreise höherer Dichte und geringerer Dichte in ländlichen Räumen

Quelle: Eigene Berechnungen aufgrund von Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen: Daten aus der Diagnosestatistik 1996, Düsseldorf 1999.

2. Die gesundheitspolitische Konsequenz: Ausbau andrologischer Behandlungskapazitäten

Wie gezeigt wurde, sind Männer außerhalb von Kernstädten hinsichtlich der Behandlung von Neubildungen unterversorgt. Der Grund hierfür liegt möglicherweise darin, das männerspezifischen Behandlungsbedürfnisse bei Neubildungen bisher bei der Planung und Verteilung der Krankenhauskapazitäten nicht hinreichend berücksichtigt wurden. Bei Neubildungen findet sich solch ein männerspezifischer Bedarf: Sie leiden an anderen Arten von Neubildungen als Frauen. Die Statistik für das gesamte Bundesgebiet für das Jahr 1995 zeigt z.B., dass bei Männern die in Krankenhäusern behandelten Neubildungen anderer Art waren als bei Frauen: Bei

diesen waren es überwiegend gutartige Neubildungen und bösartige Neubildungen der weiblichen Brustdrüse, während bei den Männern bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane und des lymphatischen und blutbildenden Gewebes auftraten; an Lungenkrebs sowie Neubildungen der Bronchien und Luftröhre erkrankten zudem dreimal mehr Männer als Frauen[21].

Auch von bösartigen Neubildungen der Harnblase sind Männer wesentlich stärker betroffen. Aus den Daten für Nordrhein-Westfalen 1997 ergibt sich das gleiche Bild[22]. Anscheinend trägt also die Allokation der Behandlungskapazitäten für diese männertypischen Neubildungen im Gegensatz zu der für frauentypische Krebsarten der regionalen Verteilung des Behandlungsbedarfs nicht Rechnung und zwar ausgerechnet bei einer Krankheitsgruppe, von der Männer ohnehin stärker als Frauen betroffen sind[23]. Welcher Handlungsbedarf ergibt sich aus diesem Befund? Zunächst müssten die Ursachen des Patientenstroms in die Kernstädte genauer bestimmt werden, d.h. es ist zu klären, ob ein Defizit an Behandlungsmöglichkeiten oder eine Bevorzugung der Krankenhäuser in den Zentren durch die Patienten dafür verantwortlich sind. Hierzu benötigt man Informationen über die regionale Verteilung von Behandlungskapazitäten. Geht man davon aus, dass eine dezentrale und wohnortnahe Versorgung von Neubildungen wünschenswert ist, stünde man dann vor folgenden Alternativen: entweder man kehrt den seit etwa 20 Jahren andauernden Trend zur Konzentration der Krankenhauskapazitäten in den Zentren[24] mindestens partiell um und baut die Versorgungskapazitäten in den ländlichen Kreisen und Umlandregionen der Zentren angemessen aus; oder man sucht nach Wegen zur Beeinflussung des Patientenverhaltens. Ein Handlungsbedarf ist angesichts des Umfangs der Patientenwanderung auf alle Fälle gegeben, sei es um eine Versorgungslücke zu schließen, sei es, um eine bessere Auslastung vorhandener Kapazitäten zu gewährleisten.

Des weiteren wird man die regionale Verteilung von Behandlungsdefiziten bei der Auswahl von Standorten für männerheilkundliche Zentren[25] zu berücksichtigen haben, d.h. darüber nachdenken müssen, ob man diese eher außerhalb der Zentren am Rande der Agglomerationsräume, oder auch in ländlichen Gebieten, einrichtet als in den Kernstädten, wo man sonst vielleicht aufgrund der Altersstruktur (hoher Altenanteil) einen besonders hohen Bedarf vermuten würde. Dabei sollte man auch die divergierende Entwicklung der Altersstruktur in den siedlungsstrukturellen Kreistypen nicht unbeachtet lassen: der Anteil der über 45-jährigen Männer, jener Altersgruppe also, in der Krebserkrankungen am häufigsten auftreten, wird nach einer Vorausberechnung bis 2010 in den ländlichen Kreisen und Umlandkreisen

---

[21] Vgl. Statistisches Bundesamt (Hg.), Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland, Wiesbaden 1998, S.435.

[22] Vgl. Statistisches Bundesamt (Hg.), Fachserie 12, Reihe 6.2: Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 1997, Wiesbaden 1999, S.78f., S.82f..

[23] Vgl. dazu auch die Beiträge in: Studiengruppe für Sozialforschung e.V. (Hrsg.), Männerheilkunde als Zukunftsaufgabe für Krankenhäuser und Kliniken. Marquartstein 1999 Es versterben 12 Prozent, bei Berücksichtigung der Altersstruktur (es gibt wesentlich mehr Frauen als Männer in den hohen Altersgruppen) 80 Prozent infolge von Krebserkrankungen. Vgl. Krebsatlas Nordrhein-Westfalen, Medizinisches Institut für Umwelthygiene der Universität Düsseldorf im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung des Landes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf 1994, Kap. 4.5.

[24] Vgl. Goeschel, Albrecht, Konzentration der Krankenhausversorgung in Ballungsräumen: Fehlverteilung als Chance für die kleineren Krankenhäuser, Marquartstein 1999.

[25] Vgl. etwa Goeschel, Albrecht, Andrologisch-männerheilkundliche Zentren, Projekte und Networks als ein Leitbild für die Gesundheitsversorgung in Europa, in: Studiengruppe für Sozialforschung e.V., Männerheilkunde als Zukunftsaufgabe für Krankenhäuser und Kliniken. Marquartstein 1999, S.39ff..

deutlich stärker zunehmen (um jeweils etwa 20 Prozent) als in den Kernstädten (etwa 15 Prozent). [26]

Diese demographische Entwicklung lässt dementsprechend eine partielle Angleichung der Erkrankungen je 10.000 Einwohner in den Umlandkreisen und ländlichen Gebieten an die Rate der Kernstädte erwarten - was wiederum dafür spricht, neue andrologische Behandlungskapazitäten eher in Umlandkreisen und ländlichen Räumen als in den überversorgten Kernstädten zu schaffen.

3. Regionale Disparitäten in der Erkrankung und Behandlung von Neubildungen: Ein allgemeines Problem

Der Befund, dass es anscheinend eine Unterversorgung von Neubildungen in ländlichen Regionen gibt, gilt nicht nur für Männer. So wurden in den Ländlich geprägten Kreisen nur ca. 84,5 Prozent der bei allen EinwohnerInnen diagnostizierten Neubildungen, und in den Umlandkreisen nur ca. 82,5 Prozent der dort anfallenden Neubildungen behandelt. Dagegen wurden in den Kernstädten 10 Prozent mehr Neubildungen behandelt, als dort diagnostiziert wurden. (Tabelle 2)

Betrachtet man die Zahlen für Frauen, zeigt sich, dass es auch hier ein Stadt-Land-Gefälle gab, allerdings wesentlich weniger ausgeprägt als bei den Männern; auch hier scheint also Handlungsbedarf zu bestehen.

[26] Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen (Hrsg.), Vorausberechnung der Bevölkerung in den kreisfreien Städten und Kreisen Nordrhein-Westfalens, Düsseldorf 1996, S.100-153

Tabelle 2

Unterschied zwischen Wohn- und Behandlungsort bei diagnostizierter Neubildung aller Einwohner in Nordrhein-Westfalen 1996 nach siedlungsstrukturellen Kreistypen

Wohnort / Behandlungs-ort	Wohnort		Behandlungsort		Wohnort/ Behandlungsort
	Entlassene/ verstorbene Patient(inn)en	An allen Fällen in Prozent	Entlassene/ verstorbene Patient(inn)en	An allen Fällen in Prozent	Versorgungs-quote in Prozent
Kernstadt[2]	328.653	78,74	361.547	83,11	110,01
Umlandkreis[3]	75.588	18,11	62.353	14,33	82,49
Ländlich geprägte Kreise[4]	13.151	3,15	11.110	2,56	84,48
Nordrhein-Westfalen gesamt	**417.392**	**100,0**	**435.010**	**100,00**	**104,22**

1) Bezogen auf alle Diagnosefälle des jeweiligen siedlungsstrukturellen Kreistyps.
2) Kernstädte in Agglomerationsräumen und in verstädterten Räumen sowie hochverdichtete Kreise in Agglomerationsräumen.
3) Verdichtete Kreise in Agglomerationsräumen und in verstädterten Räumen sowie ländliche Kreise in Agglomerationsräumen und in verstädterten Räumen.
4) Ländliche Kreise höherer Dichte und geringerer Dichte in ländlichen Räumen.

Quelle: Eigene Berechnungen aufgrund von Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen: Daten aus der Diagnosestatistik 1996, Düsseldorf 1999.

Die siedlungsstrukturellen Kreistypen

Siedlungsstruktureller Kreistyp	Siedlungstyp[1]
Kernstädte und hochverdichtete Kreise	1 Kernstädte in Agglomerationsräumen (>100.000 Einwohner)
	2 hochverdichtete Kreise in Agglomerationsräumen (Dichte >= 300 Einwohner/qkm)
	5 Kernstädte in verstädterten Räumen (>100.000 Einwohner)
Umlandkreise der städtischen Ballungskerne	3 verdichtete Kreise in Agglomerationsräumen (Dichte >= 150 Einwohner/qkm)
	4 ländliche Kreise in Agglomerationsräumen (Dichte < 150 Einwohner/qkm)
	6 verdichtete Kreise in verstädterten Räumen (Dichte >= 150 Einwohner/qkm)
	7 ländliche Kreise in verstädterten Räumen (Dichte < 150 Einwohner/qkm)
Ländlich geprägte Kreise	8 ländliche Kreise höherer Dichte (Dichte >= 100 Einwohner/qkm)
	9 ländliche Kreise geringerer Dichte (Dichte < 100 Einwohner/qkm)

1) Die Siedlungstypen entsprechen den von der Bundesforschungsanstalt für Landeskunde und Raumplanung gebildeten Kreistypen; vgl. dazu: Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (Hg.), Aktuelle Daten zur Entwicklung der Städte, Kreise und Gemeinden. Ausgabe 1998, Bd.1, Bonn 1998, S.4.

Sibylle Drexler

Regionale Verteilung der Rehabilitationseinrichtungen für Betroffene von Schwerunfällen, Gewalterlebnissen und Überforderung

(2000)

1. Gewalt- und Unfallopfer: Männer

Betroffene von Schwerunfällen, Gewalterlebnissen und Überforderung ebenso wie Betroffene von Amputationen und anderen Schwerstoperationen gehören zwar nicht zu den besonderen zahlenstarken Gruppen von Behandelten in den Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland. Sie zeigen allerdings eine steigende Fällezahl und sind vor allem wegen ihres Hintergrunds und Entstehungszusammenhangs von Interesse. Die erhöhten Mobilitätsanforderungen und die steigende Verkehrsdichte, die Erhöhung des gesellschaftlichen Veränderungszwangs und die Verschärfung der Konflikte zwischen den sozialen Gruppen und auch der intensivierte Einsatz medizinisch-operativer Maßnahmen lenken die Aufmerksamkeit auf die vom Gesundheitssystem bereitgestellten Möglichkeiten der rehabilitativen Nachbehandlung des genannten Personenkreises. Die nachfolgende Darstellung soll einen ersten Überblick darüber geben, welche Möglichkeiten, absolut und relativ, der rehabilitativen Nachbehandlung der Betroffenen von Schwerunfällen, Gewalterlebnissen und Überforderung in den einzelnen Bundesländern vorhanden sind. Dabei handelt es sich bei dieser Patientengruppe mehrheitlich um Männer.

2. Behandlungsbedürftigkeit

Psychotraumatologie versteht sich als eine praxisnahe Wissenschaft von seelischen Verletzungen, deren Ursachen und Folgen, Prävention, Rehabilitation und therapeutischen Möglichkeiten. Die posttraumatische Belastungsstörung entsteht als eine verzögerte bzw. protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine belastende Situation mit außergewöhnlicher Bedrohung oder von katastrophalen Ausmaßen, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würden. Solche belastenden Ereignisse können durch schwere Unfälle, Verbrechen, Folter, Terrorismus, Vergewaltigung, Kampfhandlungen bzw. Gewaltverbrechen jeder Art entstehen. Die posttraumatische Belastungsstörung wird als psychoreaktive Störung angesehen. Nach neuesten Untersuchungen heilt jedoch nur ein Viertel der Fälle bei posttraumatischen Belastungsstörungen innerhalb von 6 Monaten aus, mehr als ein Drittel dauert länger als 5 Jahre. Besonders auffällig ist das psychiatrische Ko-Morbiditätsrisiko, so dass unabhängig von der posttraumatischen Belastungsstörung noch weitere psychiatrische Erkrankungen wie Depressionen, Substanzmissbrauch oder Substanzabhängigkeit von Benzodiazepinen oder Alkohol auftreten.

3. Untersuchungsgegenstand

Die vorliegende Untersuchung konzentriert sich auf die Darstellung der regionalen Versorgung für Opfer von Schwerunfällen, von Amputationen und von Schwerstoperationen. Außerdem wird die Situation Betroffener von Gewalterlebnissen auch psychischer Art sowie der Betroffenen von Ausgrenzung und Überforderung aufgezeigt. Hierbei interessiert nicht die Akutversorgung für diese Patientengruppen,

sondern die mindestens ebenso wichtige und oftmals an einen vorhergehenden Krankenhausaufenthalt anschließende Rehaversorgung.

4. Vorgehensweise

Für die im Mittelpunkt des Interesses stehenden Patientengruppen wurde zunächst eine Liste der auf sie zutreffenden Indikationen erstellt, sodann wurden aus der Gesamtheit aller Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen diejenigen ermittelt, die diese Indikationen behandeln. In einem weiteren Arbeitsschritt wurde die Anzahl der Standorte der einschlägigen Rehaeinrichtungen und die dort zur Verfügung stehende Bettenkapazität für die einzelnen Bundesländer ermittelt und in tabellarischer Form zusammengefasst. Schlussendlich wurde die Versorgungsdichte der einzelnen Bundesländer durch die Feststellung der Zahl der einschlägigen Betten je 100 000 Einwohner berechnet. Diese Werte wurden dann ihrer Größe nach geordnet und ebenfalls tabellarisch dargestellt.

Zwar sind die Bundesländer unter dem Gesichtspunkt der Homogenität von Untersuchungsräumen und Vergleichsgebieten nur sehr bedingt geeignet, Bedarfslagen und Versorgungsverhältnisse vergleichbar darzustellen. Andererseits muss berücksichtigt werden, dass in wesentlichen Bereichen der Gesundheitsversorgung die Bundesländer die unmittelbare Zuständigkeit haben oder mittelbar die Zuständigkeitsebene sind. So sind die Bundesländer unmittelbar zuständig für die Versorgung mit Akutkrankenhäusern und so sind die Bundesländer Zuständigkeitsebene für die Kassenärzteschaft und die Krankenkassenverbände. Zuletzt sind die Bundesländer auch an den Versorgungsverträgen für die Rehakliniken beteiligt. Die Wahl der Bundesländer als Darstellungsebene erschien daher zulässig und sachgerecht.

5. Ergebnisse

5.1. Berlin, Bremen und Hamburg

Die drei Stadtstaaten besitzen keine Rehaeinrichtungen für alle drei Betroffenengruppen.

5.2. Ostdeutschland

Die ostdeutschen Bundesländer fallen vor allem durch ihre großen Unterschiede bei der Versorgung mit Rehaeinrichtungen für die untersuchten zu behandelnden Indikationen auf. Mecklenburg-Vorpommern weist hier die höchste Bettendichte in allen drei Bereichen auf und schneidet auch im nationalen Vergleich sehr gut ab. Brandenburg, Thüringen und Sachsen bieten dagegen insgesamt weniger Rehabetten an, sind jedoch noch im bundesdeutschen Durchschnitt. Auffällig ist die besonders schwache Ausstattung von Sachsen-Anhalt, das nur für Betroffene von Schwerstoperationen und Gliedmaßenamputationen 14,6 Betten je 100 000 Einwohner bereithält, für die anderen Betroffenengruppen jedoch keine Rehabilitationsmöglichkeiten bietet.

5.3. Süddeutschland

Bayern, Baden-Württemberg und Hessen schneiden im nationalen Vergleich ziemlich gut ab, auch wenn keines dieser drei Bundesländer in einem der Bereiche eine Spitzenposition einnehmen kann. Doch bieten sie für alle Betroffenengruppen eine überdurchschnittlich hohe Versorgung mit Betten an. Hessen zeichnet sich hier durch eine besonders hohe Versorgungskapazität aus und liegt damit deutlich vor den Rehabilitationsmöglichkeiten von Baden-Württemberg und Bayern. Absolut betrachtet liegen Hessen, Bayern und Baden-Württemberg sowohl bei der Anzahl der Rehaeinrichtungen als auch bei den vorhandenen Betten jedoch unangefochten national an der Spitze. Bestes Beispiel ist hier die Verteilung der Rehaeinrichtungen für Betroffene von Ausgrenzung und Überforderung. In Bayern liegen allein 30 der bundesweit 102 Rehaeinrichtungen die diese Indikationen behandeln, danach folgt auf dem zweiten Platz Hessen mit 16 und Baden-Württemberg mit 15 Kliniken. Das heißt über 50 Prozent der Einrichtungen liegen allein im süddeutschen Bereich.

5.4. Nordrhein-Westfalen

Das bevölkerungsreichste Bundesland besitzt zwar in absoluten Zahlen gemessen überdurchschnittlich viele einschlägige Rehazentren, bietet jedoch relativ zu seiner Einwohnerzahl nur wenige Rehabilitationsmöglichkeiten der beschriebenen Art an.

5.5. Rheinland-Pfalz

Bei der Anzahl der Rehaeinrichtungen für Betroffene von Schwerstoperationen und Gliedmaßenamputationen sowie Ausgrenzung und Überforderung kann das Bundesland nur einen mittleren Platz einnehmen, liegt aber im Bereich der Schwerunfälle und Gewalterlebnisse mit 16,7 Betten je 100 000 Einwohner noch vor Hessen an der nationalen Spitze.

5.6. Schleswig-Holstein und Niedersachsen

Beide Bundesländer liegen insgesamt im bundesweiten Durchschnitt.

5.7. Das Saarland

Das Saarland weißt in Relation zu seinen Einwohnerzahlen für Betroffene von Schwerstoperationen und Gliedmaßenamputationen die höchste, für Betroffene von Ausgrenzung und Überforderung die zweithöchste Bettendichte in Deutschland auf. Dagegen existieren keine Rehabilitationseinrichtungen für Betroffene von Schwerunfällen und Gewalterlebnissen.

6. Verbesserte Versorgung durch "Regionalisierung"

In der vorangegangenen Untersuchung zeigt sich besonders auffällig die fehlende Rehaversorgung in den Stadtstaaten Berlin, Bremen und Hamburg. Dies gilt auch für städtische Ballungsräume überhaupt. Durch eine konsequente *Regionalisierung* der Rehaversorgung auch in diesen Gebieten für die genannten Patientengruppen könnten diese Unterschiede abgebaut werden.

Unter *Regionalisierung* ist dabei nicht die von den Bundesländern verfolgte Politik einer möglichst weitgehenden Behandlung der Rehafälle aus den Ländern in den Rehaeinrichtungen dieser Länder, sondern eine deutliche rehatherapeutische Ortsbezogenheit zu verstehen. Für Rehakliniken im Umland von Ballungsräumen bedeutet dies eine Ausrichtung an den für die Ballungsräume typischen Rehabedürfnissen wie bspw. Intervall-Rehabilitation für Mobbing-Opfer. Für Rehakliniken im ländlichen Raum bedeutet *Regionalisierung* dagegen eine Ausrichtung an den für diese Räume typischen Rehabedürfnissen wie bspw. der psychotherapeutischen Rehabilitation von Opfern der im ländlichen Raum häufigeren und schwereren Verkehrsunfälle.

Als weitere Untersuchungsmöglichkeit könnte unter dem Gesichtspunkt der *Regionalisierung* ermittelt und dargestellt werden, wie sich auf die unterschiedlichen Raumtypen wie z.B. Ballungsräume, Umlandzonen oder Landgebiete die verschiedenen nicht angemessen oder überhaupt nicht rehaversorgten Patientenkollektive verteilen, d.h. wo sich welcher Rehabilitationsbedarf räumlich besonders häuft, durchschnittlich ausgeprägt ist oder eher niedrigere Häufigkeiten zeigt.

Übersicht 1

Rehabilitationseinrichtungen für Betroffene von Schwerunfällen und Gewalterlebnissen 2000

Bettendichte / **Bundesländer**	**Rehabilitationseinrichtungen für Betroffene von Schwerunfällen und Gewalterlebnissen** / **Betten* je 100.000 Einwohner**
Rheinland-Pfalz	16,7
Hessen	14,7
Schleswig-Holstein	13,0
Thüringen	12,1
Mecklenburg-Vorpommern	11,2
Brandenburg	8,4
Baden-Württemberg	8,2
Bayern	6,5
Niedersachsen	5,3
Sachsen	4,3
Nordrhein-Westfalen	2,9
Saarland	0,0
Sachsen-Anhalt	0,0
Berlin	0,0
Hamburg	0,0
Bremen	0,0
Alle Bundesländer	**6,5**

*)Gesamtbetten für die Indikationen: Rehabilitation von posttraumatischen Zuständen bzw. psychischen Störungen nach Unfällen, Brandverletzungen, Gewalterlebnissen und sexuellem Missbrauch.

Quelle: AOK-Verlag GmbH (Hrsg.): VRE Handbuch der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in der Bundesrepublik Deutschland, Loseblatt Remagen 7/2000

Übersicht 2

Rehabilitationseinrichtungen für Betroffene von Schwerunfällen und Gewalterlebnissen 2000

Standorte/Betten Bundesländer	Rehabilitationseinrichtungen für Betroffene von Schwerunfällen und Gewalterlebnissen*	
	Standorte	Betten**
Schleswig-Holstein	2	356
Hamburg	0	0
Niedersachsen	2	412
Bremen	0	0
Nordrhein-Westfalen	2	526
Hessen	7	884
Rheinland-Pfalz	4	669
Baden-Württemberg	7	845
Bayern	6	788
Saarland	0	0
Berlin	0	0
Brandenburg	1	215
Mecklenburg-Vorpommern	1	204
Sachsen	1	200
Sachsen-Anhalt	0	0
Thüringen	1	302
Alle Bundesländer	**34**	**5401**

*) Angebotene Indikationen: Rehabilitation von posttraumatischen Zuständen bzw. psychischen Störungen nach Unfällen, Brandverletzungen, Gewalterlebnissen und sexuellem Missbrauch

**) Gesamtbetten einschließlich Betten nach Versorgungsvertrag §111 SGB V

Quelle: AOK-Verlag GmbH (Hrsg.): VRE Handbuch der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in der Bundesrepublik Deutschland, Loseblatt Remagen 7/2000

Übersicht 3

Rehabilitationseinrichtungen für Betroffene von Schwerstoperationen und Gliedmaßenamputationen 2000

Bettendichte **Bundesländer**	**Rehabilitationseinrichtungen für Betroffene von Schwerstoperationen und Gliedmaßenamputationen** **Betten* je 100.000 Einwohner**
Saarland	62,7
Thüringen	54,3
Mecklenburg-Vorpommern	52,1
Sachsen	38,9
Baden-Württemberg	33,7
Hessen	31,0
Niedersachsen	28,6
Nordrhein-Westfalen	27,0
Bayern	19,1
Schleswig-Holstein	17,3
Bremen	14,8
Sachsen-Anhalt	14,6
Rheinland-Pfalz	8,5
Berlin	6,7
Hamburg	0,0
Bremen	0,0
Alle Bundesländer	**25,6**

*)Gesamtbetten einschließlich Betten nach Versorgungsvertrag §111 SGB V
Angebotene Indikationen: Rehabilitation von Schädel- Hirntraumen, Gehirn- und Rückenmarksoperationen sowie Amputationen
Quelle: AOK-Verlag GmbH (Hrsg.): VRE Handbuch der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in der Bundesrepublik Deutschland, Loseblatt Remagen 7/2000

Übersicht 4

Rehabilitationseinrichtungen für Betroffene von Schwerstoperationen und Gliedmaßenamputationen 2000

Standorte/Betten Bundesländer	Rehabilitationseinrichtungen für Betroffene von Schwerstoperationen und Gliedmaßenamputationen*	
	Standorte	Betten**
Schleswig-Holstein	3	475
Hamburg	0	0
Niedersachsen	9	2237
Bremen	1	100
Nordrhein-Westfalen	14	4849
Hessen	8	1867
Rheinland-Pfalz	2	340
Baden-Württemberg	10	3494
Bayern	10	2301
Saarland	4	680
Berlin	1	230
Brandenburg	0	0
Mecklenburg-Vorpommern	4	947
Sachsen	3	1770
Sachsen-Anhalt	2	398
Thüringen	6	1353
Alle Bundesländer	**77**	**21041**

*)Gesamtbetten einschließlich Betten nach Versorgungsvertrag §111 SGB V
Angebotene Indikationen: Rehabilitation von Schädel-Hirntraumen, Gehirn- und Rückenmarksoperationen sowie Amputationen
Quelle: AOK-Verlag GmbH (Hrsg.): VRE Handbuch der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in der Bundesrepublik Deutschland, Loseblatt Remagen 7/2000

Übersicht 5

Rehabilitationseinrichtungen für Betroffene von Ausgrenzung und Überforderung 2000

Bettendichte Bundesländer	Rehabilitationseinrichtungen für Betroffene von Ausgrenzung und Überforderung Betten* je 100.000 Einwohner
Mecklenburg-Vorpommern	73,9
Saarland	46,3
Brandenburg	35,6
Hessen	33,1
Bayern	24,9
Sachsen	22,3
Baden-Württemberg	21,3
Schleswig-Holstein	21,1
Niedersachsen	20,7
Thüringen	16,1
Rheinland-Pfalz	8,0
Nordrhein-Westfalen	3,9
Sachsen-Anhalt	0,0
Bremen	0,0
Hamburg	0,0
Berlin	0,0
Alle Bundesländer	**21,8**

*)Gesamtbetten einschließlich Betten nach Versorgungsvertrag §111 SGB V
Angebotene Indikationen: psychische Erschöpfungszustände, Anpassungsstörungen, Lebenskrisen, Trauerzustände und Mobbing
Quelle: AOK-Verlag GmbH (Hrsg.): VRE Handbuch der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in der Bundesrepublik Deutschland, Loseblatt Remagen 7/2000

Übersicht 6

Rehabilitationseinrichtungen für Betroffene von Ausgrenzung und Überforderung 2000

Standorte/Betten	**Rehabilitationseinrichtungen für Betroffene von Ausgrenzung und Überforderung***	
Bundesländer	**Standorte**	**Betten****
Schleswig-Holstein	3	580
Hamburg	0	0
Niedersachsen	8	1621
Bremen	0	0
Nordrhein-Westfalen	5	699
Hessen	16	1994
Rheinland-Pfalz	5	481
Baden-Württemberg	15	2212
Bayern	30	2995
Saarland	3	502
Berlin	0	0
Brandenburg	2	909
Mecklenburg-Vorpommern	5	1342
Sachsen	6	1013
Sachsen-Anhalt	0	0
Thüringen	4	402
Alle Bundesländer	**102**	**14750**

*) Angebotene Indikationen: Rehabilitation von psychischen Erschöpfungszuständen, Anpassungsstörungen, Lebenskrisen, Trauerzuständen und Mobbingerfahrung

**)Gesamtbetten einschließlich Betten nach Versorgungsvertrag §111 V

Quelle: AOK-Verlag GmbH (Hrsg.): VRE Handbuch der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in der Bundesrepublik Deutschland, Loseblatt Remagen 7/2000

Übersicht 7

Rehabilitationseinrichtungen für die Patientengruppe Männer 2000

Bettendichte / **Bundesländer**	**Rehabilitationseinrichtungen für die Patientengruppe Männer** / **Betten* je 100.000 männliche Einwohner**
Baden-Württemberg	7,9
Hessen	5,3
Bayern	3,4
Nordrhein-Westfalen	2,0
Sachsen	1,4
Niedersachsen	0,9
Sachsen-Anhalt	0,8
Rheinland-Pfalz	0,5
Schleswig-Holstein	0,8
Saarland	0,0
Brandenburg	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	0,0
Thüringen	0,0
Berlin	0,0
Hamburg	0,0
Bremen	0,0
Alle Bundesländer	**1,4**

*)angebotene Indikationen: Abhängigkeit von Alkohol, Nikotin, Medikamenten und Drogen sowie Spielsucht

**)Betten nach Versorgungsvertrag §111 SGB V

Quelle: AOK-Verlag GmbH (Hrsg.): VRE Handbuch der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in der Bundesrepublik Deutschland, Loseblatt Remagen 7/2000

Übersicht 8

Rehabilitationseinrichtungen für die Patientengruppe Männer 2000

Standorte/Betten Bundesländer	Rehabilitationseinrichtungen nur für Männer *	
	Standorte	Betten**
Schleswig-Holstein	0	0
Hamburg	0	0
Niedersachsen	1	33
Bremen	0	0
Nordrhein-Westfalen	4	172
Hessen	3	155
Rheinland-Pfalz	1	10
Baden-Württemberg	7	403
Bayern	5	201
Saarland	0	0
Berlin	0	0
Brandenburg	0	0
Mecklenburg-Vorpommern	0	0
Sachsen	1	30
Sachsen-Anhalt	1	10
Thüringen	0	0
Alle Bundesländer	**23**	**1014**

*) angebotene Indikationen: Abhängigkeit von Alkohol, Nikotin, Medikamenten und Drogen sowie Spielsucht

**) Betten nach Versorgungsvertrag §111 SGB V

Quelle: AOK-Verlag GmbH (Hrsg.): VRE Handbuch der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in der Bundesrepublik Deutschland, Loseblatt Remagen 7/2000

Gerd-Uwe Watzlawczik

Die alternden und alten Männer als Problem der Geriatrischen Rehabilitation

(1999)

1. „Mann und Gesundheit“ als Thema der Gesundheitspolitik

Die sozialpolitische und speziell die gesundheitspolitische Agenda wurde in den letzten Jahrzehnten von frauenpolitischen Themen beherrscht. Ob Familie oder Beruf, ob Rente oder Erwerbseinkommen, ob Jugend oder Alter - nahezu ausschließlich wurden diese politischen Themen unter der Überschrift *„Frau und ...“* abgehandelt. Diese Feststellung gilt auch für den Bereich der Gesundheitspolitik: *Frau und Gesundheit* war ein Thema, das auf der politischen Agenda in den letzten Jahrzehnten einen breiten Raum eingenommen hat. Diese gesundheitspolitische Diskussion hat zu einer deutlichen Schieflage geführt. Je mehr die öffentliche Aufmerksamkeit auf das Thema *Frau und Gesundheit* gelenkt wurde, umso weniger wurde der Männergesundheit Aufmerksamkeit geschenkt. Neuerdings gibt es jedoch Hinweise darauf, dass sich dies geändert hat. Als erste europäische Großstadt hat in diesem Jahr Wien einen Männergesundheitsbericht vorgelegt. Und von jenseits des Atlantiks kommen in den letzten Jahren vermehrt Forschungsberichte zu uns, die sich im Rahmen einer neu begründeten Männerforschung der Thematik *Mann und Gesundheit* zuwenden. Wenn im Folgenden das Thema *„Die alternden und alten Männer als Problem der geriatrischen Rehabilitation“* behandelt wird, so soll dies unter drei Gesichtspunkten erfolgen: Zunächst ist darauf hinzuweisen, dass bereits ein erster Blick auf die einschlägigen Statistiken genügt, um die gesundheitlichen Defizite alter Männer im Vergleich zu Frauen zu zeigen. Im zweiten Teil dieses Beitrags wird eine detaillierte Analyse der Zahlen unternommen, um zu belegen, dass zwar alte, ältere und hochaltrige Männer im Vergleich zu den Frauen zahlenmäßig eine Minderheit darstellen, dass diese Minderheit jedoch überproportional betroffen ist von Krankenhausbehandlung, Rehabilitation und Pflegebedürftigkeit. Abschließend werden einige Schwerpunkte des Rehabilitationsbedarfs der Männer mit 65 und mehr Jahren genannt.

2. Medizinisches Paradoxon Frauen: Kränker fühlen und zugleich länger leben als die Männer

Zunächst ist auf die deutlich niedrigere Lebenserwartung der Männer im Vergleich zu den Frauen hinweisen. So zeigen die Zahlen zur Lebenserwartung nach Geschlecht, dass in Deutschland bereits seit 1875 die Frauen durchschnittlich älter werden als die Männer. D.h., im Vergleich zu den Frauen ist das Leben der Männer durchschnittlich kürzer, Männern sterben früher als Frauen. (Übersicht 1) Mitte der neunziger Jahre betrug in der Bundesrepublik Deutschland die Lebenserwartung bei Geburt für Männer 73 Jahre, während Frauen mit rund 80 Jahren rechnen konnten. D.h., Männer leben in Deutschland etwa 7 Jahre kürzer als Frauen. Auch in späteren Lebensjahren weisen die Männer in Deutschland gegenüber den Frauen eine deutlich kürzere Lebenserwartung auf: Im Alter von 20 Jahren beträgt die Differenz etwa 6 Jahre, im Alter von 60 Jahren haben die Männer im Verhältnis zu den Frauen eine um etwa 3 Jahre kürzere Lebenserwartung. Diese kürzere Lebensperspektive der Männer gegenüber den Frauen mag zunächst irritieren, wenn man zugleich bedenkt, dass nahezu in allen sozialepidemiologischen Studien darauf hingewiesen

wird, dass sich Frauen im Vergleich zu Männern deutlich öfters als krank bzw. nicht gesund bezeichnen. Bringt man also Lebenserwartung und Gesundheitsempfinden in einen Zusammenhang, so könnte dies zu der widersprüchlichen Schlussfolgerung führen, dass Frauen älter werden als Männer obwohl sie kränker als diese sind, oder sich zumindest kränker fühlen.

Vergleicht man den Gesundheitszustand von Männern und Frauen jedoch nicht anhand von subjektiven Einschätzungen, sondern mittels objektiver Daten, so zeigt sich ein deutlich anderes Bild. Es zeigt sich, dass die Männer bei den schwerwiegenden, d.h. krankenhausbehandelten und teilweise lebensbedrohenden Krankheiten mehrheitlich deutlich höhere Fallzahlen als die Frauen aufweisen. Dies gilt insbesondere für Myokardinfarkt und Angina pectoris, aber auch für die Mehrheit der sonstigen Herzkrankheiten sowie der Gefäßerkrankungen. Besonders auffällig sind diese höheren Zahlen von Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit der Männer auch bei den bösartigen Neubildungen der Atmungsorgane, der Harnblase und des Dickdarms zusammen. Männer werden auch wesentlich häufiger als Frauen wegen Alkoholabhängigkeit krankenhausbehandelt. (Übersicht 2) Interessant ist, dass auch bei Bandscheibenschäden die Männer höhere Behandlungszahlen aufweisen. Lediglich bei Diabetes mellitus zeigen die Frauen die höheren Behandlungszahlen. Diese Zahlen führen zu dem Ergebnis, dass die Männer nicht nur überdurchschnittlich häufig von schwerwiegenden bis lebensbedrohenden Krankheiten betroffen sind, sondern dass dieser deutlich defizitäre gesundheitliche Status auch eine Ursache für die im Vergleich zu den Frauen kürzere Lebenserwartung der Männer ist.

Nicht nur die Krankenhausstatistik, sondern auch die Rehabilitationszahlen liefern deutliche Hinweise auf den im Vergleich zu den Frauen schlechteren Gesundheitszustand der Männer. Auch hier zeigt sich, dass bei den zahlenstarken Krankheiten des Skeletts sowie den Unfällen und Verletzungen die Männer die weit überwiegende Rehabilitationsbedürftigkeit aufweisen. Ebenso entfallen bei den Herz- und Kreislaufkrankheiten zusammen oder einzeln die höheren Zahlen von Rehabilitationsbedürftigkeit auf die Männer. Dies gilt auch für die Krankheiten der Atmungsorgane, besonders aber für die Alkoholabhängigkeit. Selbst bei Diabetes mellitus ergeben sich höhere Zahlen von Rehabilitationsbedürftigkeit bei den Männern als bei Frauen. (Übersicht 3) Kurz zusammengefasst: Männer leben kürzer als Frauen. Eine Ursache hierfür ist darin zu sehen, dass der Gesundheitszustand der Männer im Vergleich zu den Frauen deutlich defizitär ist. Insbesondere leiden die Männer stark unter Herz- und Kreislauferkrankungen sowie Alkoholabhängigkeit.

3. Doppelbelastung der Männer durch Berufsanforderungen und Familienverhältnisse

Der im Vergleich zu den Frauen schlechtere Gesundheitszustand der Männer wird in der Forschung auf unterschiedliche Faktoren zurückgeführt. Neben Hinweisen auf die unzureichende Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen durch Männer, das generell geringere Gesundheitsbewusstsein sowie ungünstige Ernährungsgewohnheiten findet sich neuerdings in sozialepidemiologischen Untersuchungen der Hinweis auf die sogenannte *„Double-Squeeze“*-These. Dieser These zufolge befinden sich die Männer heute in einem doppelten Rollenstress: Einerseits werden die Anforderungen in der Arbeitswelt immer höher und zum Teil auch widersprüchlicher. Hingewiesen wird hierbei beispielsweise auf Erwartungen,

Übersicht 1
Lebenserwartung in Deutschland
1993/1995

Lebenserwartung Geschlecht	Lebenserwartung in verschiedenen Lebensstadien Jahren		
	Bei Geburt	Im Alter von 20 Jahren	Im Alter von 60 Jahren
Männer	73,0	53,9	18,8
Frauen	79,5	60,2	22,5

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Daten des Gesundheitswesens - Ausgabe 1997, Baden-Baden, S. 25.

Übersicht 2
Krankenhausbehandelte in Deutschland
1994

Geschlecht Erkrankungsarten*	Behandlungsfälle mit den häufigsten Behandlungsanlässen in den Krankenhäusern	
	Männer	Frauen
Chronisch-ischämische Herzkrankheiten	295.350	145.371
Herzrhythmusstörungen	178.609	223.252
Alkoholabhängigkeit	128.783	-
Bösartige Neubildungen der Luftröhre, Bronchien und Lunge	96.264	-
Akuter Myokardinfarkt	83.216	-
Diabetes mellitus	80.776	120.177
Bandscheibenschäden	80.656	66.187
Arteriosklerose	74.666	-
Akute Hirngefäßkrankheiten	68.258	91.144
Bösartige Neubildungen der Harnblase	57.056	-
Angina Pectoris	48.610	-
Bösartige Neubildungen des Dickdarms	44.535	50.153

*) Auswahl der in den Krankenhäusern am häufigsten behandelten Erkrankungsarten.
Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Daten des Gesundheitswesens - Ausgabe 1997, Bonn, S. 266 ff.

Übersicht 3

Rehabilitanden in Deutschland
1994

Geschlecht / **Behinderungsungsarten***	**Rehabilitierte Behinderungen von Männern und Frauen**	
	Männer	**Frauen**
Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes	384.635	340.406
Unfälle, Verletzungen, Gliedmaßenabtrennungen	110.494	38.115
Herzkrankheiten	87.543	36.053
Krankheiten der Atmungsorgane	51.763	43.862
Sonstige Krankheiten des Kreislaufsystems	33.094	23.733
Alkoholabhängigkeit	22.975	5.401
Hypertonie und Hochdruckkrankheiten	21.331	20.750
Diabetes mellitus	15.787	12.490

*) Auswahl von Behinderungsarten mit besonders hoher Rehabilitationshäufigkeit.
Quelle: Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Rehabilitationsmaßnahmen 1994, Wiesbaden 1996

sich ständig als eigener Unternehmer auf dem betrieblichen wie auch außerbetrieblichen Arbeitsmarkt zu präsentieren, sich gegenüber Konkurrenten durchzusetzen und zugleich Verständnis für zwischenmenschliche Probleme aufzubringen. Andererseits bricht die Sicherheit der Familie als Ausgleich zur Arbeitswelt immer mehr weg. Jahrelange stabile Familienverhältnisse und eindeutige Rollenanforderungen werden ersetzt durch vorübergehende Partnerschaften und gleichzeitig zunehmende Rollenunsicherheit aufgrund gestiegener Erwartungen in der Partnerschaft.

Ein Ausweg aus diesem Dilemma ist zunehmendes Risikoverhalten, ob nun in Form von Risikosportarten oder in Gestalt von aggressivem Verhalten im Straßenverkehr. Betrachtet man hier beispielsweise die Zahlen zu den tödlichen Unfällen in Deutschland getrennt nach Männern und Frauen, so sind die Männer diesen Zahlen zufolge weitaus häufiger als die Frauen am Unfallgeschehen beteiligt, was wiederum den Schluss auf eine größere Bereitschaft der Männer zum Risikoverhalten zulässt. (Übersicht 4) Nicht nur das Risikoverhalten, auch der Suizid kann eine Antwort auf zunehmenden Rollenstress sein. Die Statistik zeigt, dass Männer weitaus häufiger als Frauen Suizid begehen. 1995 wurden in Deutschland rund zwei Drittel aller Selbsttötungen von Männern begangen; von 100.000 Männern nahmen sich 23 das Leben, während es bei den Frauen nur 9 waren. (Übersicht 5)

Kurz zusammengefasst: Die Männer müssen in weitaus stärkerem Maße als bisher öffentlich thematisiert ein gesundheitspolitisches Thema werden. Die kürzere Lebenserwartung sowie der damit verbundene schlechte Gesundheitszustand und der zunehmende Rollenstress der Männer muss in Zukunft stärker als bisher zum Gegenstand gesundheitspolitischer Diskussionen werden.

Übersicht 4

Tödliche Unfälle in Deutschland
1995

Unfälle / **Geschlecht**	**Tödliche Unfälle je 100.000 Einwohner des gleichen Geschlechts**	
	Absolut	**Relativ**
Männer	13.656	34,1
Frauen	10.162	24,2
Zusammen	**23.818**	**29,1**

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Daten des Gesundheitswesens - Ausgabe 1997, Baden-Baden 1997, S. 159.

Übersicht 5

Suizide in Deutschland
1995

Suizide / **Geschlecht**	**Suizide je 100.000 Einwohner des gleichen Geschlechts**	
	Absolut	**Relativ**
Männer	9.222	23,0
Frauen	3.666	8,7
Zusammen	**12.888**	**15,7**

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Daten des Gesundheitswesens: Angaben 1997, Baden-Baden 1997, S. 158.

4. Ältere und alte Männer als gesundheitspolitisch übergangene Minderheit

Im Folgenden wird am Beispiel der alternden und alten Männer als Problem der geriatrischen Rehabilitation dargestellt, wie eine solche Thematisierung im gesundheitspolitischen Feld zu erfolgen hat. Dies kann nur dadurch gelingen, dass man die Männer auf der gesundheitspolitischen Agenda als Minderheitenproblem thematisiert und entsprechend Aufmerksamkeit herstellt. Gerade weil die Männer bislang lediglich als Minderheit wahrgenommen wurden, ist es um so dringlicher, die geriatrische Rehabilitation verstärkt auf diese Minderheit zu beziehen. Im Falle der geriatrischen Rehabilitation ist eine Ausrichtung an den alternden und alten Männer erforderlich, da angesichts des zahlenmäßigen Übergewichts der älteren, alten und hochaltrigen Frauen in der Bevölkerung ansonsten das Risiko besteht, dass sich die versorgungspolitische Situation der Minderheit der 65-jährigen und älteren Männer zwar erst allmählich, aber um so nachhaltiger verschlechtert.

1995 waren in der Bundesrepublik Deutschland rund 6 Prozent der Bevölkerung 65-jährige und ältere Männer, innerhalb der männlichen Bevölkerungsgruppe betrug der Anteil der 65-Jährigen und älteren knapp 12 Prozent. Die entsprechenden Anteilswerte liegen bei den Frauen mit 10 Prozent und fast 20 Prozent nahezu doppelt so hoch. D.h., zahlenmäßig dominieren die älteren, alten und hochaltrigen Frauen die demographische Struktur der Bundesrepublik Deutschland. (Übersicht 6) Angesichts dieser Situation besteht ein hohes Risiko, dass die Gruppe der 65-jährigen und älteren Männer unter dem Druck von Einsparungsbemühungen versorgungspolitisch benachteiligt wird, weil die Gruppe alter Männer innerhalb der erkrankten Bevölkerung weit überproportional vertreten ist. Denn je genauer man

sich die Zahlen ansieht, umso deutlicher wird, dass die 65-jährigen und älteren Männer unter den Kranken selbst keineswegs eine zu vernachlässigende Minderheit sind.

So weist die Gruppe der 65-jährigen und älteren erkrankten Männer im Vergleich zu den alten Frauen zwar einen geringeren Anteil bezüglich aller Kranken bzw. aller kranken Senioren auf. Nur rund 12 Prozent aller Kranken sind Männer mit 65 Jahren und mehr, während der Anteil der Frauen mit 65 Jahren und mehr bei rund 23 Prozent liegt. Und während lediglich 27 Prozent der erkrankten Männer 65-Jährige und ältere Männer sind, liegt der Anteil dieser Altersgruppe bei den erkrankten Frauen bei immerhin 41 Prozent. Setzt man jedoch die Altersgruppe der Senioren sowie die Gruppe der erkrankten Senioren in Bezug zur jeweiligen männlichen oder weiblichen Bevölkerung, so weisen die Männer mit 65 Jahren und mehr einen weit überproportionalen Anteil an allen kranken Männern auf. Und noch beim Anteil der 65-jährigen und älteren kranken Männer an allen Kranken liegen die Werte für die älteren, alten und hochaltrigen Männern nicht sehr weit von denjenigen für die Frauen entfernt. (Übersicht 7)

Übersicht 6

Geschlechtsspezifische Altersstruktur der Gesamtbevölkerung 1995

Geschlechts-gruppen / **Alters-gruppen**	**Männer**	**Frauen**
	In Prozent	
Anteil der 65 und mehr Jahre alten Personen an allen Personen insgesamt	5,6	10,0
Anteil der 65 und mehr Jahre alten Personen an allen Personen der jeweiligen Geschlechtsgruppe	11,5	19,4

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Daten des Gesundheitswesens - Ausgabe 1997, Baden-Baden 1997.

Übersicht 7

Geschlechtsspezifische Altersstruktur der Kranken* 1995

Geschlechts-gruppen / Altersgruppe	Männer	Frauen
	Indexiert 100 = Anteil der 65 und mehr Jahre alten Personen an der Gesamtbevölkerung bzw. an allen Männern oder Frauen	
Anteil der 65 und mehr Jahre alten Kranken an allen Kranken	216,1	227,0
Anteil der 65 und mehr Jahre alten Kranken an allen Kranken der jeweiligen Geschlechtsgruppe	233,0	212,4

*) Personen mit beeinträchtigtem Gesundheitszustand, mit langfristigen Leiden, mit regelmäßig ärztlich behandelten angeborenen Leiden oder Körperbehinderungen und mit vom Arzt oder Heilpraktiker diagnostizierten Erkrankungen.

Quelle: Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Gesundheitswesen - Fragen zur Gesundheit 1995, Stuttgart 1996.

Noch deutlicher zeigt sich der weit überproportionale Versorgungsbedarf der Männer im Alter von 65 Jahren und mehr, wenn man einen Blick auf die Krankenhausbehandelten wirft. Nimmt man hier ebenfalls wiederum eine Indexierung vor, um das Ausmaß festzuhalten, in dem der jeweilige Anteil der 65-jährigen und älteren Männer an allen Krankenhausbehandelten bzw. an allen krankenhausbehandelten Männern die Anteile an der Bevölkerung bzw. an allen Männern im Vergleich zu den gleichen Werten für die Frauen übersteigt, dann liegen diese indexiert dargestellten Werte deutlich über denen für die Frauen. D.h., besonders für den Bereich der Krankenhausbehandlung besteht für die 65-jährigen und älteren Männer ein weit überproportionaler Versorgungsbedarf. (Übersicht 8)

Ein ebenfalls überproportionaler Versorgungsbedarf zeigt sich bei einem Blick auf die Situation bei den Pflegebedürftigen. Auch hier wird wiederum deutlich, dass bei einer detaillierten Analyse der statistischen Zahlen die Minderheit der Männer mit 65 und mehr Jahren eine erhebliche Bedeutung gewinnt. Unter Bezugnahme auf die Anteile der 65-jährigen und älteren Männer an der Gesamtbevölkerung bzw. an allen Männern als Maßstab kann man einen überproportionaler Versorgungsbedarf der

älteren, alten und hochaltrigen Männer an pflegerischen Leistungen in Privathaushalten ablesen. (Übersicht 9)

Abgerundet wird dieses Bild eines besonderen Versorgungsbedarfs der Minderheit der 65-jährigen und älteren Männern durch einen Blick auf den Bereich der geriatrischen Rehabilitation. Der Versorgungsbedarf der älteren, alten und hochaltrigen Männer im Verhältnis zu ihrem Anteil an allen Rehabilitanden bzw. an allen Rehabilitanden der eigenen Geschlechtsgruppe deutlich höher als bei den Frauen. Für den Rehabilitationsbereich lässt sich folglich ebenso wie für die Bereiche der Krankenhausbehandlung und der häuslichen Pflege ein erheblicher Versorgungsbedarf der Minderheit der Männer im Alter von 65 und mehr Jahren nachweisen. (Übersicht 10)

Übersicht 8

Geschlechtsspezifische Altersstruktur der Krankenhausbehandelten 1995*

Geschlechts-gruppen / **Altersgruppe**	**Männer**	**Frauen**
	Indexiert 100 = Anteil der 65 und mehr Jahre alten Personen an der Gesamtbevölkerung bzw. an allen Männern oder Frauen	
Anteil der 65 und mehr Jahre alten Krankenhaus-behandelten an allen Krankenhausbehandelten	255,4	220,0
Anteil der 65 und mehr Jahre alten Krankenhaus-behandelten an allen Krankenhausbehandelten der jeweiligen Geschlechtsgruppe	252,2	224,2

*) April 1995
Quelle: Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Fragen zur Gesundheit 1995, Stuttgart 1996.

Übersicht 9

Geschlechtsspezifische Altersstruktur der Pflegebedürftigen* 1991

Geschlechts-gruppen / Altersgruppe	Männer	Frauen
	Indexiert 100 = Anteil der 65 und mehr Jahre alten Personen an der Gesamtbevölkerung bzw. an allen Männern oder Frauen	
Anteil der 65 und mehr Jahre alten Pflegebedürftigen an allen Pflegebedürftigen insgesamt	378,6	494,0
Anteil der 65 und mehr Jahre alten Pflegebedürftigen an allen Pflegebedürftigen der jeweiligen Geschlechtsgruppe	507,0	400,0

*) In Privathaushalten. Ohne Pflegeheime.
Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Daten des Gesundheitswesens - Ausgabe 1995, Baden-Baden 1995, S. 57.

5. Krankheiten des Kreislaufsystems und Neubildungen als Kernbereiche einer männerspezifischen geriatrischen Rehabilitation

Es genügt nicht, auf den überproportionalen Bedarf der 65-jährigen und älteren Männer an Rehabilitationsleistungen hinzuweisen. Zu fragen ist auch danach, ob sich Schwerpunkte für die geriatrische Rehabilitation älterer Männer feststellen lassen. Zum Abschluss soll darauf hingewiesen werden, auf was sich die geriatrische Rehabilitation im Falle älterer, alter und hochaltriger Männer spezialisieren sollte. An dieser Stelle ist kein detailliertes und abgerundetes Bild des Versorgungsbedarfs im Bereich der geriatrischen Rehabilitation möglich, allerdings kann man auf der Grundlage der vorliegenden Zahlen die Konturen einer solchen Versorgungslandschaft skizzieren. Hierfür kann das vorliegende Datenmaterial zu den beiden wichtigsten Todesursachen: den Krankheiten des Kreislaufsystems und den bösartigen Neubildungen, herangezogen werden.

Übersicht 10

Geschlechtsspezifische Altersstruktur der medizinischen Rehabilitanden 1994

Geschlechts-gruppen / Altersgruppe	Männer	Frauen
	Indexiert 100 = Anteil der 65 und mehr Jahre alten Personen an der Gesamtbevölkerung bzw. an allen Männern oder Frauen	
Anteil der 65 und mehr Jahre alten Rehabilitanden an allen Rehabilitanden insgesamt	142,9	118,0
Anteil der 65 und mehr Jahre alten Rehabilitanden an allen Rehabilitanden der jeweiligen Geschlechtsgruppe	135,7	125,3

Quelle: Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Rehabilitationsmaßnahmen 1994, Stuttgart 1996.

Übersicht 11

Geschlechtsspezifische Altersstruktur der Kreislaufverstorbenen* 1992

Geschlechts-gruppen	**Männer**	**Frauen**
Altersgruppe	**Indexiert 100 = Anteil der 65 und mehr Jahre alten Personen an der Gesamtbevölkerung bzw. an allen Männern oder Frauen**	
Anteil der 65 und mehr Jahre alten wegen Krankheiten des Kreislaufsystems Verstorbenen an allen Verstorbenen insgesamt	278,5	273,0
Anteil der 65 und mehr Jahre alten wegen Krankheiten des Kreislaufsystems Verstorbenen an allen Verstorbenen der jeweiligen Geschlechtsgruppe	302,6	262,4

*) Sterbefälle in den alten und den neuen Bundesländern 1992 wegen Krankheiten des Kreislaufsystems. ICD-Nr. 390-459.

Quelle: Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Todesursachen in Deutschland 1992, Stuttgart 1994.

Hierzu kann man die Zahlen über die Kreislaufverstorbenen des Jahres 1992 nach dem Geschlecht auswerten. Im Vergleich zu den Frauen liegen in beiden Indexierungen die Werte für die älteren, alten und hochaltrigen Männer erkennbar bzw. weit über den entsprechenden Werten für die Frauen mit 65 und mehr Jahren. Hieraus lässt sich ohne Zweifel für die 65-jährigen und älteren Männer ein weit überproportionaler Behandlungs- und Rehabilitationsbedarf im Bereich der Krankheiten des Kreislaufsystems ableiten. (Übersicht 11) Neben diesem Schwerpunkt der Kreislauferkrankungen lässt sich im Bereich der geriatrischen Rehabilitation für ältere, alte und hochaltrige Männer ein zweiter Schwerpunkt festhalten: die bösartigen Neubildungen. Hier gilt, dass die 65-jährigen und älteren Männer im Vergleich zu den Frauen dieser Altersgruppe deutlich überproportionaler durch bösartige Neubildungen mit Todesfolge belastet sind. Hieraus lässt sich demnach ohne Zweifel auch ein erheblicher Versorgungsbedarf der 65-jährigen und älteren Männer im Bereich der bösartigen Neubildungen ablesen. (Übersicht 12)

Übersicht 12

Geschlechtsspezifische Altersstruktur der Neubildungsverstorbenen* 1992

Geschlechts-gruppen / Altersgruppe	Männer	Frauen
	Indexiert 100 = Anteil der 65 und mehr Jahre alten Personen an der Gesamtbevölkerung bzw. an allen Männern oder Frauen	
Anteil der 65 und mehr Jahre alten wegen bösartigen Neubildungen Verstorbenen an allen Verstorbenen insgesamt	137,5	89,0
Anteil der 65 und mehr Jahre alten wegen bösartigen Neubildungen Verstorbenen an allen Verstorbenen der jeweiligen Geschlechtsgruppe	143,5	85,6

*) Sterbefälle in den alten und den neuen Bundesländern 1992 wegen bösartigen Neubildungen ICD-Nr. 140-208.

Quelle: Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Todesursachen in Deutschland 1992, Stuttgart 1994.

6. Schlussfolgerung

Man kann das Dargestellte in drei Ergebnissen zusammenfassen: Erstens, die Männer müssen als ein *gesundheitspolitische Problemgruppe* thematisiert werden. Die Lebenserwartung der Männer ist deutlich geringer als jene der Frauen. In stärkerem Maße als die Frauen sind die Männer von schwerwiegenden bis lebensbedrohlichen Krankheiten betroffen. Ursache für dieses gesundheitliche Defizit bei den Männern ist zunehmender Rollenstress als Folge der veränderten Arbeits- und Familienwelt, der in verstärktem Maße in Risikoverhalten ausgelebt wird und mit zu den überdurchschnittlich hohen Suizidzahlen beiträgt. Zweitens: 65-jährige und ältere Männer sind als *Minderheitenproblem* zu thematisieren. Betrachtet man allein die absoluten Zahlen, so wird der spezifische Versorgungsbedarf nahezu vollständig überlagert durch die gesundheitspolitischen Probleme der zahlenmäßig dominierenden Gruppe der 65-jährigen und älteren Frauen. Erst ein detaillierter Blick auf das Zahlenmaterial zeigt, dass die Männer mit 65 und mehr Jahren überproportional von Krankenhausbehandlung und Pflegebedürftigkeit betroffen sind sowie eine besondere Bedeutung als Zielgruppe für geriatrische Rehabilitation besitzen. Drittens und letztens: Es gibt einen erheblichen *geriatrischen Rehabilitationsbedarf* bei den Männern. Schwerpunktmäßig liegt er bei den Erkrankungen des Kreislaufsystems sowie den bösartigen Neubildungen.

Albrecht Goeschel

Männer-Pflegebericht für Deutschland
(2007)

1. Gender und Pflege: Zwei Politikthemen

Nachfolgend wird versucht, das steile Anwachsen von Anzahl und Anteil älterer männlicher Patienten als einen Aspekt von Geschlechterdemographie und Pflegezukunft zu präsentieren, d.h. die Politikthemen Pflege und Gender zu kombinieren. Wie man weiß, ist der beste Weg ein politisch unangenehmes Thema gar nicht erst aufkommen zu lassen an Stelle dieses Themas zwei oder drei andere Themen breit zu diskutieren und dazu lange Berichte zu erstellen. Genau das passiert mit dem ebenso dringlichen wie hartnäckig ignorierten Thema *„Männergesundheit und Pflegeversorgung“*. Wenn man in den *Gesundheitsbericht für Deutschland* blickt, dann gibt es dort zwar ein Kapitel zum Thema *„Pflege“*, aber Männer kommen darin gerademal mit einem halben Satz vor.[27] Nimmt man den *Frauengesundheitsbericht für Deutschland* – ein Männergesundheitsbericht für Deutschland wird explizit verweigert - kommt *„Pflege“* darin gleich überhaupt nicht vor.[28] Schaut man zuletzt in den Vierten *Altenbericht für Deutschland* – wird dort zwar Pflege breit behandelt – aber die *Geschlechter*dimension fehlt. Für *„Haustiere“* gibt es einen eigenen Absatz, nicht aber für *„Männer“*.[29] Diese Themenvergesslichkeit hat natürlich mit Demenz gar nichts, dafür mit Politik sehr viel zu tun. Anstelle langer Begründungen und Erklärungen wird hier nur ganz kurz auf das Nachbarland Österreich verwiesen: Sowohl im *Männergesundheitsbericht für die Stadt Wien* wie auch im *Frauengesundheitsbericht für die Stadt Wien* gibt es jeweils ein eigenes Kapitel zum Thema *„Pflege“*.[30]

2. Pflege ist ein Teil der sozialen Lebenswelten

Warum aber ist oder besser warum wäre eine offensive Verknüpfung von *Gendermainstreaming* und *Pflegeversorgungsdiskussion* so wichtig und so nützlich? Der Deutsche Verein hat hierfür eine vorzügliche strategische Formel entwickelt: *„Lebenswelten gestalten“*. Nur wenn es gelingt, die Pflege zu einem Aspekt des ganzen Lebens zu machen, kann das sich im Stillen und Dunklen abspielende Pflegedrama und die sich dort vorbereitende Pflegekatastrophe beendet und verhindert werden. *Lebenswelten* sind aber wie kaum etwas anderes nur als *Männerleben*[31] oder als *Frauenleben* vorstell- und erfahrbar. Gerade die im Augenblick noch statistisch zutreffende, aber prognostisch schon nicht mehr zutreffende stillschweigende oder ausdrückliche Konnotation von Pflege mit *Frauen* verhindert die dringend notwendige breite gesellschaftliche Diskussion von Pflege, die inzwischen bei Armut, Gesundheit und Bildung stattfindet. Wenn Pflege offensiv als Männerthema diskutiert wird, werden sich die Herren Misfelder, Rürup

---

[27] Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Gesundheitsbericht für Deutschland, Wiesbaden 1998, S. 75

[28] Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland, Berlin 2001

[29] Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation, Berlin 2002

[30] Vgl. Stadt Wien (Hrsg.): Wiener Männergesundheitsbericht 1999, Wien 1999 und diess.(Hrsg.): Wiener Frauengesundheitsbericht, Wien 2006

[31] So gibt es seit sieben Jahren den jährlichen Gesundheitskongress „Männerleben“

und die sonstigen Verdächtigen mit ihren Sozialabbauideen gleich sehr viel schwerer tun.

3. Männliches Normalarbeitsverhältnis als Basis des deutschen Sozialversicherungsstaates

Man darf nicht vergessen, dass auch die Pflegeversicherung bei allen Verstümmelungen der paritätischen Finanzierung und bei aller Teilleistungshaftigkeit noch immer und überwiegend aus dem ebenfalls noch immer und überwiegend männlichen Normalarbeitsverhältnis finanziert wird. Dieses ist noch immer zumindest leitbildhaft die Basis der Beitragsfinanzierung. Dass bislang die Männer in Deutschland so viel früher vor den Frauen gestorben sind und noch sterben wirft auch Fragen nach dem Geschlechterverhältnis innerhalb der Sozialversicherungen auf. Fragen danach welche Geschlechtergruppe bspw. kohorten- und zeitverlaufsbezogen wie viel in den einzelnen Sozialversicherungszweigen finanziell beiträgt bzw. materiell in Empfang nimmt. Geschlechterpolitisch reicht es sicherlich nicht, angesichts des Themas *Demenz* die Männer auf die Gnadenaspekte eines frühen Todes zu verweisen. Wie rasch Fragestellungen wie die nach der Geschlechtergerechtigkeit in der Pflegeversicherung und Pflegeversorgung *„heiß“* werden können zeigt die Diskussion über die pauschale Lebensarbeitszeitverlängerung einerseits und die sozialunterschiedliche Lebenserwartung andererseits.

4. Lösung des Problems Männerpflege durch den internationalen Heiratsmarkt?

Welche kommunikationspolitische Potenz im Thema Männer und Pflege steckt, kann man leicht ermessen, wenn man die Themen betrachtet, mit denen sich Männer im dritten Abschnitt ihres Lebens wirklich befassen, wenn es um die persönliche Ausgestaltung des Alters und die persönliche Vorsorge für den Pflegeernstfall geht. Die eher unbemerkte aber stetige Zunahme binationaler Verheiratungen und vor allem Wiederverheiratungen der deutschen Männer deutet darauf hin, dass vielleicht der *internationale Heiratsmarkt* und *junge Frauen* aus den Entwicklungskontinenten eine zugleich pragmatischere und attraktivere Lösung des Pflegeproblems sind als die marktschreierische Verramschung der Rentenangebote des graugesichtigen Herrn *Riester* durch Hamburger *Kaffeeröster* und andere *Marktkräfte*.

5. Pflegeprobleme sind auch eine Folge der Krankenhaussituation

Richtig kontrovers wird das Thema *„Pflege“* auch, wenn gezeigt wird, dass hinter der Pflegeversicherung von Anfang an auch des machtpolitische Interesse der sogenannten Spitzenverbände der Krankenversicherung gestanden hat, die Krankenhausversorgung nach ihren Bedürfnissen umzugestalten. Mit dem kassengerechten *„Turbo“- Patienten* ist das zunächst nur demografische Pflegeproblem krankenhausökonomisch und kassenpolitisch enorm dramatisiert worden. Bedenken muss man dabei, dass die Männerpatienten schon jetzt, wenn man die Schwangerschaftsfälle herausrechnet, die Mehrheit der Krankenhauspatienten stellen. Die durch jahrzehntelanger Verschiebung der Krankenkassenstrukturprobleme in die Krankenhausversorgung ökonomisierten Krankenhäuser werden in der Zukunft vor allem männliche Pflegefälle anfertigen und ausliefern. Prognosen des DIW gehen davon aus, dass die Zahl der männlichen

Krankenhausfälle im Alter von 65 und mehr Jahren von 1998 bis zum Jahre 2020 um über 80 Prozent gestiegen sein wird.[32]

6. Pflegemänner – eine Zielgruppe Integrierter Pflegeversorgung

Aber auch wenn man nur ganz versorgungspragmatisch vorgehen wollte: Gerade eine *Integrierte Pflegeversorgung* braucht klar abgegrenzte Ziel- und Problemgruppen und orientiert sich demnach tunlichst auch an der Problemgruppe Pflegemänner. Was es mit dieser Ziel- und Problemgruppe der Pflegemänner auf sich hat, kann man durchaus schon an den Daten ablesen, die ohne spezielle männerbezogenen Erhebungsabsichten bereits jetzt vorliegen.

Übersicht

Nach der Scheidung ins Heim

Jahre	**Pflegemänner an allen im Heim versorgten Pflegemännern nach Familienstand**		
	Prozent		
Familienstand	**1999**	**2003**	**2003./.1999**
Verwitwet	44,6	37,8	- 15,25
Ledig	29,0	28,9	- 0,34
Verheiratet	18,8	22,1	+ 17,55
Geschieden	7,7	11,2	+ 45,45

Quelle: Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Sonderbericht Lebenslagen der Pflegebedürftigen 1999, Bonn 2002 und dass. (Hrsg.): Sonderbericht Lebenslagen der Pflegebedürftigen 2003, Bonn 2004

[32] Vgl. Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (Hrsg.): Wirtschaftliche Aspekte der Märkte für Gesundheitsdienstleistungen, Berlin 2001

Autorengemeinschaft

„Innerer Markt“: Ein Zukunftspotential der Krankenhäuser

(2006)

1. *Innerer Markt* in Krankenhäusern

Die Aufbauorganisation der Akutkrankenhäuser in Deutschland ist grundsätzlich am Nebeneinander von Fachabteilungen ausgerichtet. Diese Fachabteilungen bilden die Fachgebiete der ärztlichen Weiterbildungsordnung ab. Die Einweisung in und die Verlegung zwischen Krankenhaus-Fachabteilungen ist der dieser Aufbauorganisation entsprechende Ablaufprozess der Patientenbehandlung. Der ehemalige tagesgleiche krankenhausindividuelle Pflegesatz als Grundmuster der Krankenhaus-Betriebskostenfinanzierung hatte dabei die Funktion eines Ausgleichs zwischen arztintensivem Anfang und pflegebestimmtem Ende des Krankenhausaufenthaltes und zwischen leichteren und schwereren Krankenhausfällen sowie auch zwischen den beanspruchten Krankenhaus-Fachabteilungen.

In der Fachöffentlichkeit besteht weitgehende Übereinstimmung dahingehend, dass die Krankenhaus-Betriebskostenfinanzierung (und evtl. bald auch Krankenhaus-Gesamtkostenfinanzierung) durch DRG-Fallpauschalen die Fachabteilungsorganisation der Krankenhäuser in Frage stellt. Eine verstärkte Bildung von organ- und systembezogenen, diagnosegruppenbezogenen und vor allem auch patientengruppenbezogenen Schwerpunkten und Zentren auf der Grundlage der vorhandenen Fachgebiete ist bereits im Gange. Idealtypisch wird der zukünftige Ablaufprozess der Patientenbehandlung durch das arbeitsteilig-ergänzende Tätigwerden der vorhandenen Fachkräfte an den Patientinnen und Patienten der verschiedenen Zentren des Krankenhauses geprägt.

Es kann kein Zweifel daran bestehen, dass dieser Restrukturierungsprozess der Krankenhausbehandlung mit erheblichem intellektuellen, menschlichen, zeitlichen und finanziellen Aufwand verbunden ist, der durch die DRG-Fallpauschalen nicht gedeckt ist. Insbesondere angesichts der Minimalsteigerung des Krankenhausbudgets einerseits und der neuerlich geforderten Kostenbeteiligung der Krankenhäuser an der Integrierten Versorgung sowie der anstehenden Mehrwertsteuererhöhung müssen neue Wege für eine Refinanzierung der Kosten für die Krankenhausumstrukturierung gefunden werden. Dabei ist unter *Refinanzierung* vor allem auch eine Nutzung des Restrukturierungsprozesses selbst für zusätzliche Krankenhauseinnahmen zu verstehen. Die Studiengruppe für Sozialforschung e.V. berät Krankenhäuser bei der Entwicklung eines *Inneren Marktes*, der solche zusätzlichen Krankenhauseinnahmen erschließen soll.

2. Fall-Beispiele

Nachfolgend werden drei Beispiele beschrieben, bei denen zwei konfessionelle Krankenhäuser und ein kommunales Krankenhaus im Zuge beabsichtigter Umstrukturierungsmaßnahmen ihren *Inneren Markt* analysiert haben und spezifische Angebote für diesen Markt in Auftrag gegeben haben.

2.1. Katholisches Krankenhaus in NRW

Das Krankenhaus steht in ausgeprägtem Wettbewerb zu weiteren konfessionellen und kommunalen Krankenhäusern am Standort in einem Kreiszentrum. Wichtige Teilfachgebiete der insgesamt 11 Fachabteilungen sind durch die Mitbewerber besetzt. Hierdurch kommt es zu einem erhöhten Altersdurchschnitt und einem unterdurchschnittlichen Männeranteil sowie zu einer Dominanz von Herz-Kreislaufkrankheiten und Neubildungen im Behandlungsgeschehen. Für das Krankenhaus besteht die Notwendigkeit, eine weitere Geriatrisierung zu vermeiden. Dies ist durch einen Ausbau des Angebotes für die Patientengruppe Männer möglich.

Ausgehend von den derzeit behandelten vorwiegend älteren Männern kann hier durch Angebote für Männer im Erwerbsalter eine Verbreiterung des Altersgruppen- und Behandlungspalette erreicht werden. Das Krankenhaus prüft die Möglichkeit der Errichtung eines vor allem auch präventiv ausgerichteten *Zentrums für Männergesundheit*. Als erster Schritt wurde eine Ausschöpfung des *Inneren Marktes* der derzeitigen Männerpatienten des Krankenhauses unter Federführung der Abteilung für Innere Medizin eingeleitet.

Arbeitsschritte

- Datengestützte Grundsatzbesprechung Geschäftsführung, Chefarzt Innere, Studiengruppe für Sozialforschung
- Hauptherkunftsgebietsanalyse der Gesamtpatientenschaft des Krankenhauses
- Alters-, Geschlechts- und Diagnoseanalyse des Gesamtpatientenschaft des Krankenhauses
- Marktanalyse der Männerbehandlung im Krankenhaus auf der Basis von ICD und OPS
- Ziel- und Zielgruppenbestimmung für die Defizitkorrektur
- Defizitkorrektur durch gezielte Gewinnung von jüngeren männlichen Patienten der Fachabteilung für Chirurgie als Patienten der zu stark altersgeprägten Fachabteilung für Innere Medizin
- Entwicklung von geeigneten Zusatz- und Anschlussangeboten der Inneren Medizin für männliche Patienten der Chirurgie.

Sachstand

Als nächste Schritte muss nach Abstimmung zwischen Geschäftsführung und beteiligten Fachabteilungen ein Angebots-Faltblatt für die Patienten der Chirurgischen Abteilung mit Angeboten der Inneren Abteilung entwickelt werden.

2.2. Evangelisches Krankenhaus in NRW

Das Krankenhaus steht in ausgeprägtem Wettbewerb zu einem konfessionellen und einem freigemeinnützigen Krankenhaus am Standort im Ballungsraumumland. Mit insgesamt sechs Fachabteilungen verfügt das Krankenhaus über eine deutlich engere Fächerpalette im Vergleich zu den Mitbewerbern. Es fehlen insbesondere männergeprägte Fachgebiete wie Urologie etc. Hierdurch bedingt bleibt der Männeranteil an den Patienten unter dem Durchschnitt vergleichbarer Krankenhäuser. Gleichzeitig liegt der Altersdurchschnitt der Männerpatienten weit über den Vergleichswerten. Bei den Behandlungsanlässen der Männer dominieren

die Krankheiten des Kreislaufsystems. Weit unter den Vergleichswerten bleiben die für jüngere männliche Patienten typischen Verletzungen und Vergiftungen.

Für das Krankenhaus besteht die Notwendigkeit, eine weitere Geriatrisierung zu vermeiden und vorwiegend jüngere männliche Patienten zu akquirieren. Nachdem das Krankenhaus über eine Fachabteilung für Psychiatrie verfügt und bei den männlichen Krankenhauspatienten in Deutschland psychiatrische Erkrankungen mit zu den zahlenstärksten Behandlungsanlässen zählen, hat das Krankenhaus günstige strukturelle Voraussetzungen für einen Einstieg in den *Männerbehandlungsmarkt*. Das Krankenhaus prüft die Möglichkeit der Einrichtung eines vor allem präventiv ausgerichteten *Zentrums für Männergesundheit*. Als erster Schritt wurde eine Ausschöpfung des *Inneren Marktes* der derzeitigen Männerpatienten des Krankenhauses unter Federführung der Abteilung für Innere Medizin eingeleitet.

Arbeitsschritte

- Datengestützte Grundsatzbesprechung Geschäftsleitung, Studiengruppe für Sozialforschung
- Hauptherkunftsgebieteanalyse der Gesamtpatientenschaft des Krankenhauses
- Alters-, Geschlechts- und Diagnoseanalyse der Gesamtpatientenschaft des Krankenhauses
- Defizitanalyse der Männerpatientenbehandlung im Krankenhaus auf Basis ICD und OPS
- Ziel- und Zielgruppenbestimmung für die Defizitkorrektur
- Defizitkorrektur durch gezielte Gewinnung von jüngeren männlichen Patienten der Fachabteilung für Chirurgie als Patienten der zu stark altersgeprägten Fachabteilung für Innere Medizin
- Entwicklung von geeigneten Zusatz- und Anschlussangeboten der Inneren Abteilung für männliche Patienten der Chirurgischen Abteilung.

Sachstand

Als nächster Schritt muss nach Abstimmung zwischen Geschäftsleitung und beteiligten Fachabteilungen ein Angebots-Faltblatt für die Patienten der Chirurgischen Abteilung und mit Angebot der Inneren Abteilung entwickelt werden.

2.3. Kommunales Krankenhaus in Niedersachsen

Das Krankenhaus ist Zweitstandort eines Doppelklinikums in einem Ballungsraumumlandkreis. Beide Standorte zeigen das gleiche Fachgebieteprofil mit jeweils vier Fachabteilungen. Durch die Krankenhausplanung ist eine Schwerpunktbildung vorgegeben. Diese soll so gestaltet werden, dass ein Standort mit Frauenheilkunde sowie Geburtshilfe stärker auf die Zielgruppe Frauen, Mutter und Kind ausgerichtet wird. Der andere Standort, nämlich das hier beschriebene Krankenhaus soll stärker auf die Zielgruppe Männer ausgerichtet werden. Dies wird begünstigt durch das vorhandene Fachkrankenhaus für Psychiatrie am Standort.

Das Krankenhaus erreicht einen geringeren Anteil von männlichen Krankenhauspatienten als der andere Krankenhausstandort des Klinikums. Gleichzeitig weicht die Verteilung der Anteile der verschiedenen Krankheitsarten als Behandlungsanlässe bei den Männerpatienten von den Profilen vergleichbarer

Krankenhäuser unplausibel ab. Eine gezielte Erhöhung und Verdeutlichung des Anteils und der Aufteilung des Anteils der Männerpatienten des Krankenhauses ist zur Präzisierung des Versorgungsauftrages dringend erforderlich. Das Krankenhaus hat ein *Zentrum für die Gesundheit des Mannes* eingerichtet, das u.a. diagnostische und therapeutische Leistungen bei Krankheiten des Kreislaufsystems und bei Schlafstörungen bereitstellt. Diese Leistungen werden zunächst am *Inneren Markt* der beiden Krankenhausstandorte angeboten.

Arbeitsschritte

- Datengestützte Grundsatzbesprechung Geschäftsleitung, Chefarzt Innere Medizin, Studiengruppe für Sozialforschung
- Regionalepidemiologische Datenzusammenstellung zur Gesundheitlichen Lage der Männer am Standortraum des Krankenhauses
- Analyse der Männerpatienten des Krankenhauses
- Arbeitsplan zum Aufbau eines *Zentrums für die Gesundheit des Mannes*
- Planung und Durchführung einer Regionalveranstaltung zur Gesundheitlichen Lage der Männer im Standortraum des Krankenhauses
- Erstellung eines Faltblattes mit Untersuchungs- und Behandlungsangeboten des *Zentrums für die Gesundheit des Mannes* an der Inneren Abteilung für die männlichen Patienten der chirurgischen Abteilungen des Krankenhauses und des zweiten Krankenhauses des Klinikums

Sachstand

Als nächster Schritt sind die Erfahrungen mit der Weiterleitung des Angebot-Faltblatts durch die Chirurgischen Abteilungen auszuwerten. Mit einiger Wahrscheinlichkeit müssen die geeigneten Behandlungsfälle der Chirurgischen Fachabteilungen deutlicher identifiziert werden, um einen erhöhten Wirkungsgrad zu erreichen.

3. Zielsetzung für das Krankenhaus

3.1. *Innerer Markt*: Männeranteil erhöhen

In vielen Krankenhäusern liegt der Männeranteil an den Behandlungsfällen unter dem möglichen Wert. Damit wird auch das Potential der männlichen Bevölkerung im Standortraum nicht optimal ausgeschöpft. Es ist daher eine erste Zielsetzung des *Inneren Marktes*, zunächst die in Krankenhaus gelangten Männerpatienten für *weitere Untersuchungen und Behandlungen* zu gewinnen. Hierdurch kann aus dem Stand der Männeranteil erhöht werden.

3.2. *Innerer Markt*: Ausserbudgetäre Leistungen ausweiten

Schon die bisherige krankenhauspolitische und krankenhauswirtschaftliche Entwicklung und noch viel mehr die kommende Entwicklung machen es erforderlich, Leistungen außerhalb des KHG und der BPflVO und teilweise auch außerhalb des SGB V anzubieten und abzurechnen. Es ist daher eine weitere Aufgabe des *Inneren Marktes*, ein speziell auf das jeweilige Krankenhaus zugeschnittenes *IGEL-Angebot* für die Männerpatienten und für die Frauenpatienten des Krankenhauses zu entwickeln.

3.3. *Innerer Markt*: Grundlage für zusätzliche Männerpatienten

Allgemein ist mit einem steilen Anstieg der Männerpatienten in den Allgemeinkrankenhäusern zu rechnen. Nur Krankenhäuser, die darauf eingestellt sind, werden hierbei ihre Wettbewerbsposition verbessern können. Der *Innere Markt* hilft bei der *Ausschöpfung des Männerpatientenpotentials*.

Autorengemeinschaft

Burnout-Risiko bei den Männerbeschäftigten der Krankenhäuser in Bozen-Südtirol

(2012)

1. Gesundheitsfragen für Männerbeschäftigte

Das Komitee für Chancengleichheit und Aufwertung der Genderdifferenzen des Sanitätsbetriebes der Autonomen Provinz Bozen hat im Rahmen des Weltmännertages 2011 an die Männerbeschäftigten der öffentlichen Krankenhäuser der Autonomen Provinz Bozen Fragebögen mit Gesundheitsfragen für Männer ausgegeben. Für den Weltmännertag 2012 werden diese Fragebögen mit dem Ziel ausgewertet, Hinweise auf das Burnout-Risiko bei den männlichen Beschäftigten der Südtiroler Krankenhäuser zu finden und hierbei vor allem auch mögliche Unterschiede zwischen den Krankenhäusern sichtbar zu machen.

2. Burnout in Behandlung und Pflege

Burnout, medizinisch definiert als Erschöpfungssyndrom (ICD 10-Z 73.0) mit Weiterentwicklung zur Depressionserkrankung (ICD 10-F 32.1) wurde zunächst nur als spezifische Erkrankung Helfender Berufe wahrgenommen.[33] Auch heute besteht die Hauptrisikogruppe unabhängig vom Alter vor allem aus Männern medizinischer, therapeutischer und anderer helfender Berufe.[34] Allerdings wird das Burnout-Syndrom mittlerweile zunehmend auch über diese Hauptrisikogruppe hinaus diagnostiziert.

3. Symptome, Dispositionen und Konditionen des Burnout-Syndroms

Neben emotionaler, mentaler und physischer Erschöpfung zeigt sich das Burnout-Syndrom in Funktionsstörungen wie Schlaflosigkeit, Müdigkeit, Muskel- und Rückenschmerzen, Kopfschmerzen, Bluthochdruck und Libidoverlust. Hinzu kommen aber vor allem auch eine auffällige Selbstentfremdung mit Verlust an Selbstvertrauen, Gleichgültigkeit und Gefühllosigkeit, Übellaunigkeit und Menschenverachtung sowie ein Verlust an Leistungsfähigkeit in der Arbeit. Auffallend ist der Verlust an vormaligem Idealismus und Engagement, Rückzug aus sozialen Beziehungen und wachsende Suchtneigung (Internet, Alkohol, Drogen, Medikamente etc.).[35] Anfällig für Burnout sind gerade Männer mit übersteigerten Selbstwertanforderungen, d.h. mit Übergenauigkeit einerseits und Selbstzweifeln andererseits, Neigung zu Schuldgefühlen einerseits und Abhängigkeit von

---

[33] Jacobi, Günther: Stress und Burnout bei Männern. In: Jacobi, Günther (Hrsg.): Praxis der Männergesundheit, Georg-Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 2003, S. 139 – 145; Steinwachs, Klaus-Christian: Burn-out-Syndrom – erkennen und verhindern. In: Blickpunkt Der Mann, Verlag Krause & Pachernegg, A-Gablitz 7-2009, S. 18-19 und Schüler-Schneider, Axel: Burnout-Syndrom und Depression. In: MedWelt – Die Medizinische Welt, Verlag Schattauer, Heilbronn 1-2011, S. 23-28

[34] Nach Angabe der KKH-Allianz-Krankenkasse sind in Deutschland 40 bis 60 Prozent zunehmend auch der weiblich Beschäftigten in den Gesundheits-, Sozial- und Erziehungsberufen von Burn-out gefährdet. SC-Presseagentur (Hrsg.): Newsletter.m.schulz@social-company.de, Nr. 10, 31. Mai 2012

[35] Jakobi, Günther: A.a.O., Lalouschek, W.; Kainz, B.: Geschlechtsspezifische Aspekte von Burnout. In: Blickpunkt der Mann, Verlag Krause Pachernegg, A-Gablitz, 3-2008, S. 6.-12 und Schüler-Schneider, Axel: A.a.O.

Anerkennung und Zuwendung andererseits.[36] Arbeitsbedingungen, die bei solchen Menschen das Burnout-Syndrom provozieren sind solche, die durchaus eine hohe Zufriedenheit mit der Arbeitsaufgabe, aber auch eine Selbstüberforderung beinhalten: Physische Überforderung, unzureichende materielle und emotionale Gratifikation, hohe Verantwortung ohne Weisungsbefugnisse und Unfairness.[37]

4. Risiken von Burnout bei den Männerbeschäftigten der Krankenhäuser in Bozen-Südtirol

Das Komitee für Chancengleichheit und Aufwertung der Genderdifferenzen des Sanitätsbetriebes der Autonomen Provinz Bozen hat zum Weltmännnertag 2011 in den öffentlichen Krankenhäusern Südtirols (Bozen, Brixen, Bruneck, Innichen, Meran, Schlanders und Sterzing) Fragebögen mit „Gesundheitsfragen für Männer“[38] ausgegeben. Diese Fragebögen enthalten auch Antwortmöglichkeiten, die das Risiko von Burnout betreffen.

Fragestellungen und Antwortmöglichkeiten zum Burnout-Risiko der männlichen Krankenhausbeschäftigten

	Ja	Nein
Arbeitseinkommen Unterbezahlt	□	□
Arbeitsaufgaben Überfordert	□	□
Arbeitssituation Mobbing	□	□
Freundeskreis Wechselhalft oder nicht vorhanden	□	□
Partnerschaft/Ehe Trennungsgefahr oder nicht vorhanden	□	□
Gesundheitszustand Bluthochdruck	□	□
Abhängigkeit Internet/Computer	□	□

Quelle: Komitee für Chancengleichheit mit Auswertung der Gender Differenzen (Hrsg): Gesundheitsfragen für Männer, Meran 2011

[36] Schüler-Schneider, Axel: A.a.O.
[37] Jacobi, Günther: A.a.O., Schüler-Schneider, Axel: A.a.O., Steinwachs, Klaus-Christian: A.a.O:
[38] Komitee für Chancengleichheit und Aufwertung der Gender-Differenzen (Hrsg.): Gesundheitsfragen für Männer, Meran 2011

4.1. Fragebogenrücklauf

Von den öffentlichen Krankenhäusern, Bozen, Bruneck, Innichen, Meran und Schlanders wurden insgesamt 303 Fragebögen zurückgeschickt. Diese verteilen sich wie folgt:

Bozen: 155 Fragebögen
Bruneck: 47 Fragebögen
Innichen: 29 Fragebögen
Meran: 41 Fragebögen
Schlanders: 31 Fragebögen.

Von den ebenfalls befragten Krankenhäusern Brixen und Sterzing wurden keine Fragebögen zurückgeschickt. Befragt wurden sämtliche männlichen Beschäftigten ohne Unterscheidung nach ärztlicher, pflegerischer oder sonstiger Tätigkeit.

4.2. Befragungsergebnisse Südtirol: Burnout-Risiko 10-20 Prozent

Wenn man die Fragebögen insgesamt und die Fragebögen, die Antworten enthalten, die für ein mögliches Burnout-Risiko in den Arbeitsbedingungen, im Lebensumfeld, im Gesundheitszustand und bezüglich Abhängigkeitsverhalten sprechen auswertet, dann gibt es einen Risikobereich, der zwischen 10 Prozent und 20 Prozent der Beschäftigten betrifft: Dies stimmt mit den von Lalouschek[39] berichteten Werten überein. Die von der KKH-Allianz[40] berichteten Werte liegen deutlich höher.

Antworten, die auf ein Burnout-Risiko hinweisen Prozent aller Antworten	
Bin unterbezahlt	16,8
Bin überfordert	19,5
Werde gemobbt	10,2
Habe keinen oder unsteten Freundeskreis	19,5
Habe keine oder trennungsgefährdete Partnerschaft/Ehe	19,5
Leide an Bluthochdruck	13,9
Bin abhängig von Internet/Computer	14,9

[39] Lalouschek, W., Kainz, B.: A.a.O., S. 6
[40] Fußnote 48

4.3. Befragungsergebnisse Schlanders: Burnout-Risiko 20-30 Prozent

Wertet man die Anteile derjenigen Fragebögen an allen zurückgelaufenen Fragebogen aus, in denen Antworten gegeben werden, die auf ein mögliches Burnout-Risiko in den Arbeitsbedingungen im Lebensumfeld, im Gesundheitszustand und bezüglich Abhängigkeitsverhalten hinweisen, dann zeigen hier die männlichen Beschäftigten des Krankenhauses *Schlanders* ein deutlich erhöhtes Burnout-Risiko von 20-30 Prozent. Demgegenüber liegt das Burnout-Risiko in Südtiroler Krankenhäusern, ohne Brixen und Sterzing, bei 10-20 Prozent. Demgegenüber liegt das Burnout-Risiko beim Krankenhaus *Bruneck* mit Ausnahme erhöhter Werte beim Bluthochdruck stets deutlich unter dem Durchschnitt der Südtiroler Krankenhäuser.

5. Burnout: Risiko für die Behandlungsqualität

Die vorliegende Fragebogenauswertung stellt nur eine erste explorative Annäherung dar. Weder war der ausgewertete Fragebogen auf die Burnout-Problematik zugeschnitten noch konnten wegen der minimalen zur Verfügung stehenden Mittel die Beziehungen zwischen den verschiedenen Burnout-Hinweisen, etwa der Zusammenhang von Unterbezahlung und Überforderung ausgewertet werden. Bei dieser Sachlage erscheint der deutliche Unterschied *zwischen* den Krankenhäusern besonders beachtens- und vertiefenswert. Es steht zu vermuten dass auch bei einer Vertiefung der Auswertung dieses Ergebnis stabil bleiben wird. Insgesamt sollte die Burnout-Problematik weiter untersucht werden, da diese auch für die medizinisch-hygienische Qualität der Krankenhausbehandlung einen bedeutenden Risikofaktor darstellt.[41]

[41] Keimschlender: Überlastet Pfleger sind ein Risiko. In: Süddeutsche Zeitung, 31. Juli 2012

Anteile der Antworten mit Burnout-Hinweis nach Krankenhäusern in Prozent			
Bin unterbezahlt	**Südtirol insgesamt***	**:**	**16,8**
	Schlanders	**:**	**29,0**
	Meran	**:**	**19,5**
	Bozen	**:**	**18,7**
	Innichen	**:**	**6,9**
	Bruneck	**:**	**6,4**
Bin überfordert	**Südtirol insgesamt***	**:**	**19,5**
	Innichen	**:**	**24,1**
	Schlanders	**:**	**22,6**
	Bozen	**:**	**21,9**
	Bruneck	**:**	**14,9**
	Meran	**:**	**9,8**
Werde gemobbt	**Südtirol insgesamt***	**:**	**10,2**
	Schlanders	**:**	**25,8**
	Bozen	**:**	**10,3**
	Meran	**:**	**9,8**
	Bruneck	**:**	**4,3**
	Innichen	**:**	**3,4**
Habe keinen oder unsteten Freundeskreis	**Südtirol insgesamt***	**:**	**19,5**
	Schlanders	**:**	**25,8**
	Bozen	**:**	**20,6**
	Meran	**:**	**19,5**
	Bruneck	**:**	**14,9**
	Innichen	**:**	**13,8**
Habe keine oder trennunges-gefährdete Partnerschaft/Ehe	**Südtirol insgesamt***	**:**	**19,5**
	Schlanders	**:**	**29,0**
	Bozen	**:**	**23,2**
	Bruneck	**:**	**17,0**
	Meran	**:**	**9,8**
	Innichen	**:**	**6,9**

* Ohne Brixen und Sterzing

Albrecht Goeschel, Marcus Bollmann

Zentren für Männergesundheit: Versorgungsform zur Schließung der Marktlücke Männerbehandlung

(2007)

1. Nicht eine Männerpolitik, sondern die Leistungsanbieter im Gesundheitswesen thematisieren *Männergesundheit*

Es muss nicht immer falsch oder schlecht sein, wenn die nationale Regierungen nicht alles und sofort umsetzen, was die EU – Kommission ihnen empfiehlt oder vorgibt. Im Bereich Männergesundheit wäre es allerdings sehr angesagt, dass wenigstens diese Koalitionsregierung der erneuten *„Gender-Mainstreaming"-Empfehlung* der Kommission[42] folgt und den *„spezifischen Gesundheitsrisiken"* und *„spezifischen Bedürfnissen"* der Männer in Sachen Gesundheit etwas mehr Aufmerksamkeit widmet. Bisher haben weder die längst ausdiskutierte Frühsterblichkeit der Männer in Deutschland, gerade auch im Europavergleich[43], noch die in immer mehr europäischen Nachbarländern vorliegenden Männergesundheitsberichte[44] das zuständige Bundesministerium in Berlin zu entsprechenden Aktivitäten bewegen können. Es wurde schon vor einiger Zeit im Journal für Männergesundheit geschrieben: In Entsprechung zu der im Europavergleich und im Frauenvergleich weitgehend fehlenden regierungspolitischen Unterstützung wird in Deutschland *„Männergesundheit"* vorrangig von den Leistungsanbietern des Gesundheitswesens thematisiert[45]. Hierbei nehmen dann vor allem die Akutkrankenhäuser, insbesondere die Allgemeinkrankenhäuser mit den dort entstandenen und entstehenden *Zentren für Männergesundheit*[46] eine Schlüsselstellung ein.

2. Deutschland wir nicht nur älter, sondern auch männlicher

Den demographischen und den epidemiologischen Rahmen für Zentren und Programme für Männergesundheit an Allgemeinkrankenhäusern setzt zunächst der Umstand, dass Deutschland in den kommenden Jahren nicht nur älter, sondern zugleich auch männlicher wird. Der Anteil der Älteren an allen Einwohnern wird gegenüber 1999 im Jahr 2020 um ca. 13 Prozent gestiegen sein. Gleichzeitig wird der Anteil der Frauen an den Älteren um etwa 6 Prozent abnehmen, derjenige der Männer aber um bald 9 Prozent zunehmen. (Übersicht 1)

---

[42] Vgl. Kommission der Europäischen Gemeinschaften: Mitteilung der Kommission: Ein Fahrplan für die Gleichstellung von Frauen und Männern 2005 – 2010, KOM (2006) 96 endgültig, Brüssel. 01.03.2006, Ziff. 1.5

[43] Vgl. Watzlawczik, Gerd-Uwe: Mann in Europa: Konzept für eine länderübergreifende Berichterstattung zur Männergesundheit. Für: Studiengruppe für Sozialforschung e.V., Marquartstein 1999

[44] Neuerlich für die Autonome Provinz Bozen – Südtirol. Vgl. Studiengruppe für Sozialforschung e.V.: Bericht zur gesundheitlichen Lage der Männer in der Autonomen Provinz Bozen – Südtirol, Marquartstein 2004

[45] Vgl. Goeschel, Albrecht: Männerlebenserwartung und Männergesundheit: Ein Thema der internationalen und nationalen Geschlechterpolitik und Gesundheitsdiskussion. In: Blickpunkt der Mann – Wissenschaftliches Journal für Männergesundheit, Gablitz, 3/2006, S. 36 – 39

[46] Vgl. bspw. Zentrum für die Gesundheit des Mannes. Kreiskrankenhaus Rinteln des Klinikums Schaumburg, Leitung: Chefarzt Dr. Horst-Helmut Krause

Übersicht 1

Älter und männlicher:
Bevölkerung in Deutschland 2020

Anteile Alter/ Geschlecht	Anteile der Älteren und der Männer und der Frauen an diesen Prozent		
	1999	2020	2020 % 1999
Ältere * an allen Einwohnern	28,0	31,7	+ 13,2
Männer an allen älteren Einwohnern *	41,5	44,8	+ 8,7
Frauen an allen älteren Einwohnern *	58,5	55,2	- 6,1

* Personen im Alter von 65 und mehr Jahren
Quelle: Eigene Berechnungen und Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW)

In den Krankenhäusern wirkt sich dieser wachsende Männeranteil an einer zunehmenden Älterenbevölkerung aus Gründen der vorgezogenen und schwerwiegenderen Männermorbidität noch sehr viel dramatischer aus: Es wird zu einer regelrechten Fallzahlenexplosion bei den Männerpatienten kommen. Gegenüber dem Jahr 1998 werden im Jahre 2020 die Fallzahlen der älteren Männerpatienten um gut 80 Prozent gestiegen sein. (Übersicht 2)

3. Gesundheitliche Wenigerleistungen für die Männerbevölkerung betragen 39 Milliarden EUR

Ganz im Unterschied zu diesem Zukunftszenario sieht es in der Gegenwart so aus, dass die Pro-Kopf-Gesundheitsaufwendungen für die Männerbevölkerung ganz erheblich unter den Pro-Kopf-Gesundheitsaufwendungen für die Frauenbevölkerung liegen[47]. Diese gesundheitlichen Wenigerleistungen für die Männerbevölkerung liegen derzeit allein bei den Arztpraxen und bei den Krankenhäusern bei jeweils bald 7 Milliarden EUR. (Übersicht 3a)

[47] Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Gesundheit: Ausgaben, Krankheitskosten und Personal 2004, Wiesbaden 2006, S. 25 ff

Übersicht 2

Fallzahlenexplosion bei den Männerpatienten in Deutschland 2020

Zunahme der männlichen Krankenhausfälle mit 65 und mehr Jahren 1998 bis 2020 [1]	+ 80,2 Prozent
Zunahme der weiblichen Krankenhausfälle mit 65 und mehr Jahren 1998 bis 2020 [2]	+ 37,8 Prozent

1) ca. 4 Millionen männliche Krankenhausfälle im Jahre 2020
2) ca. 4,5 Millionen weibliche Krankenhausfälle im Jahre 2020
Quelle: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW)

Würde das Aufgabenfeld Männergesundheit und Männerbehandlung gezielt und beschleunigt ausgebaut, könnte bei jetzigen Leistungen und Preisen eine gesundheitswirtschaftliche Umsatzlücke bei Arztpraxen und Krankenhäusern von bis zu 14 Milliarden EUR geschlossen werden bzw. umgekehrt ein Mehrumsatz von bis zu 14 Milliarden EUR erwirtschaftet werden. Fragt man nun nicht nach den Leistungsanbietern sondern nach den Erkrankungsarten, dann kommt man auf gesundheitliche Wenigerleistungen für die Männerbevölkerung in Höhe von derzeit bald 40 Milliarden EUR im Vergleich zu den gesundheitlichen Leistungen für die Frauen.[48] Bei einer konsequenten Schließung der *„Männerlücke“* in der gesundheitlichen Versorgung könnte in der Gesundheitswirtschaft in jetzigen Leistungen und Preisen demnach ein zusätzliches Wachstum in Höhe von 40 Milliarden EUR jährlich erwirtschaftet werden. (Übersicht 3b) Für die vier teuersten Krankheitsklassen, die zusammen fast die Hälfte der gesamten Gesundheitsleistungen ausmachen, beträgt die *„Männerlücke“* derzeit jeweils bis zu 6 Milliarden EUR.

[48] Soweit es die bei den Frauen anfallenden gesundheitlichen Leistungen wegen der geschlechtspezifischen Komplikationen der Schwangerschaft in Höhe von knapp 3,6 Milliarden EUR betrifft, müssen diese selbstverständlich zwar herausgerechnet werden, aber korrekterweise mit vergleichbar geschlechtsspezifischen Gesundheitsbeeinträchtigungen der Männer wie Unfälle und Gewalteinwirkungen gegengerechnet werden.

Übersicht 3a

Wenigerleistungen durch Arztpraxen und Krankenhäuser für die Männerbevölkerung in Deutschland 2004

Leistungen **Gesundheits-einrichtungen**	**Wenigerleistungen für die Männerbevölkerung als für die Frauenbevölkerung** **Mrd. EUR**
Arztpraxen	- 6,9
Krankenhäuser	- 6,7

Quelle: Statistisches Bundesamt (StBA)

Übersicht 3b

Wenigerleistungen für die Krankheitsbehandlung der Männerbevölkerung in Deutschland 2004

Leistungen * **Krankheitsklassen**	**Wenigerleistungen für die Männerbevölkerung als für die Frauen-bevölkerung** **Mrd. EUR**
Krankheiten des Verdauungssystem	2,1
Krankheiten des Kreislaufsystems	4,0
Psychische und Verhaltensstörungen	5,6
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	6,1
Alle Krankheiten	**39,4**

* Für Prävention, Behandlung, Rehabilitation und Pflege
Quelle: Statistisches Bundesamt (StBA)

4. Gesundheitliche Mehrleistungen für die Männerbevölkerung werden sich auf die Fachabteilungen für Innere Medizin konzentrieren

Die Krankenhausversorgung nimmt gerade in Deutschland innerhalb der Gesundheitsversorgung eine zentrale Stellung ein.[49] Innerhalb der Krankenhausversorgung sind es die Fachabteilungen für Innere Medizin, die den größten Anteil der männlichen Krankenhauspatienten erreichen und hierbei eine zunehmende Tendenz aufweisen. Für die ebenfalls anteilsstarke Chirurgie gilt hingegen eine rückläufige Tendenz. Die Fachabteilungen für Urologie erreichen, leicht zunehmend bald 7 Prozent der männlichen Krankenhauspatienten, die Fachabteilung für Psychiatrie kommen auf 5 Prozent Anteil. (Übersicht 4)

Übersicht 4

Anteile der Krankenhausfachabteilungen an den Männerpatienten in Deutschland 1997 und 2003

Männliche Patienten / **Fachabteilungen** [1]	**Anteile der in den Fachabteilungen behandelten männlichen Patienten [2] an allen männlichen Krankenhauspatienten Prozent**	
	1997	**2003**
Innere Medizin	35,2	37,3
Chirurgie [3]	27,7	25,4
Urologie	6,5	6,8
Psychiatrie	4,5	5,0

[1] Fachabteiteilungen, in denen die Patienten am längsten behandelt wurden. Allgemein- und sonstige Krankenhäuser. Auswahl
[2] Entlassene vollstationäre Patienten einschließlich Stunden- und Sterbefälle
[3] Einschließlich Herzchirurgie und Plastischer Chirurgie
Quelle: Statistisches Bundesamt (StBA)

Diese Zahlen zeigen, dass ein entschlossener Einstieg kleinerer und mittlerer Krankenhäuser, die in der Regel über Fachabteilungen für Innere Medizin und

[49] Die starke Konzentration der Gesundheitsversorgung auf die vergleichsweise späte und hochinvasive stationäre Versorgung gibt durchaus Anlass zu Bedenken hinsichtlich der Gesamteffizienz der Gesundheitsversorgung. Sie muss aber bei einer Strategie besserer Gesundheitsleistungen für die Männerbevölkerung als „Datum“ akzeptiert werden.

Fachabteilungen für Chirurgie als Kernbereich verfügen, in den Aufgabenbereich Männergesundheit und Männerbehandlung solchen Krankenhäusern Chancen auch für die Bewältigung akuter Probleme bietet: Verbesserte DRG-Voraussetzungen, Verbesserung von Prozessen und Strukturen, Einstieg in Integrationsprojekte und vor allem Wettbewerbsvorteile. Hierbei liegt die Chance kleinerer und mittlerer Krankenhäuser vor allem in den besseren Möglichkeiten, durch geeignete Belegabteilungen wie z.B. für Urologie oder durch MVZ-Lösungen ein passgenaues Angebot zur Männerbehandlung zusammenzustellen.

5. Strategische Produktentwicklung Männerbehandlung beginnt beim Inneren Markt

Nur Krankenhäuser, die über das so unzulängliche wie weitverbreitete *Kosten*-Denken hinaus sind und wissen, dass es unter Wettbewerbsbedingungen vor allem darauf ankommt, hochwertige *Produkte* zu entwickeln, werden in der Lage sein, die exzellenten Chancen zu nutzen, die Männergesundheit und Männerbehandlung bieten. Als ersten Schritt sollten solche Krankenhäuser hier zunächst den Inneren Markt, den jedes Krankenhaus im Bereich Männerbehandlung hat, genauer zu analysieren. *Innerer Markt* meint, dass die Patientengruppe Männer im jeweiligen Krankenhaus nach soziodemografischer Struktur und Dynamik, Behandlungsanlässen, Fachabteilungsdurchlauf, Prozeduren etc. zunächst analysiert wird. *Innerer Markt* meint außerdem, dass dann den unterschiedlichen Gruppen von Männerpatienten in den verschiedenen Abteilungen geeignete Ergänzungs- und Zusatzangebote aus den jeweils anderen Abteilungen angeboten werden.

Bei der Krankenhauszielgruppe Männer gilt die Regel, dass vor allem und am besten denjenigen Männern, die gerade im Krankenhaus untersucht und behandelt werden, ergänzende und zusätzliche Untersuchungs- und Behandlungsangebote gemacht werden können.[50] Es gibt nicht wenige Krankenhäuser, die eine bereits eingetretene dramatische Überalterung ihrer Männerpatienten mit ihrer auch ungünstigen Auswirkung im DRG-Bereich zunächst und kurzfristig nur abfangen können, indem sie insbesondere für die im Regelfall jüngeren männlichen Behandlungsfälle etwa der Fachabteilung für Chirurgie zusätzliche und ergänzende Untersuchungs- und Behandlungsleistungen der Fachabteilung für Innere Medizin anbieten. Man darf dabei nicht aus den Augen verlieren, dass derzeit etwa 8 Millionen männliche Behandlungsfälle durch die Krankenhäuser gehen, die ein enormes Potential für eine *Wachstumsstrategie* Männergesundheit und Männerbehandlung bieten.

6. Marktlücke *Männerbehandlung* kann nur über die Männerbiographie erschlossen werden

Es wird insgesamt nur gelingen, die Marktlücke Männerbehandlung zu schließen, d.h. bis zu 40 Milliarden EUR zusätzliches Wachstum in der Gesundheitswirtschaft zu generieren, wenn die Barrieren für eine bessere Gesundheitsversorgung der Männer abgebaut werden, die systematisch zwischen den Männern und den Gesundheitsleistungen bestehen. Über eine bessere Erschließung des *Inneren*

[50] Der „Innere Markt“ ist wohl auch gemeint, wenn Krankenhausbetriebswirtschaftler empfehlen, Patienten ganzheitlich zu versorgen statt sie lediglich zu entlassen und hierzu *Behandlungsketten* zu entwickeln. Vgl. Lingenfelder Michael: Patienten ganzheitlich versorgen statt entlassen. 11. Symposium zum Gesundheitsmanagement, Frankfurt am Main, 15. März 2007.

Marktes der etwa 8 Millionen männlichen Krankenhauspatienten und ähnliche Bemühungen bei den Arztpraxen hinaus muss auch das Behandlungskonzept für Männer insgesamt und grundsätzlich überprüft und verbessert werden. Ganz allgemein besteht das gegenwärtige Behandlungskonzept der Gesundheitsleistungsanbieter noch immer vorwiegend darin, dass die verschiedenen Leistungsanbieter und Leistungsphasen gemäß patientenvermuteten und arztdiagnostizierten Behandlungsanlässen bzw. Gesundheitszuständen oder Erkrankungsarten aufgesucht und in Anspruch genommen werden. Dieses Konzept, das nur von einigen eher marginalen Elementen der empfehlenden und auffordernden Vorsorge und Früherkennung modifiziert wird, beinhaltet eine funktionelle Frauenlastigkeit. Allein durch ihre spezifischen weiblichen Biorythmen, insbesondere Menarche und Menopause erinnern sich Frauen und Mädchen deutlicher als Männer an ihren Körper, ihren Gesundheitszustand und an Untersuchungs- und Behandlungserfordernisse. Bei Männern und Jungen löst erst der Verkehrs-, Sport- oder Arbeitsunfall eine Körpererinnerung aus, wird der Gesundheitszustand beachtet und an Untersuchungs- und Behandlungserfordernisse gedacht.

Die enorme *Dunkelfeldmorbidität* bei den Männern, die auch an der in Deutschland im breiten Durchschnitt bei sechs Jahren liegenden Vorsterblichkeit der Männer gegenüber den Frauen sichtbar wird, kann diagnostisch und therapeutisch nur erschlossen werden, wenn sich die Gesundheitsleistungen stärker an den biographischen Abschnitten und biographischen Brüchen orientieren, die für das Leben von Männern und Jungen in modernen Gesellschaften typisch und in unterschiedlicher Weise gesundheitsrelevant sind. Neben den schon erwähnten Unfallerlebnissen sind dies bspw. auch Trennung und Scheidung. Es ist inzwischen ausreichend untersucht und nicht mehr strittig, dass Trennung und Scheidung als besonders einschneidender biographischer Bruch für Männer ein wesentlich höheres Risiko für Gesundheit und Lebenserwartung beinhaltet als für Frauen. Eine Erschließung der Marktlücke Männerbehandlung kann nur gelingen, wenn gesundheitliche Leistungs- und Versorgungspakete, *Produkte* entwickelt werden, die auf diejenigen Gesundheitszustände und Erkrankungserscheinungen abgestimmt sind, die typisch mit bestimmten biographischen Situationen und Krisen bei Männern verbunden sind. (Übersicht 5)

Eine ähnlich *bescheidener*, aber gut in die gegebenen Strukturen und Prozesse des Gesundheitssystems eingewobener Ansatz wie das Konzept *Innerer Markt* ist auch das Konzept *Männersprechstunde*. Bei richtiger Anlage können hier Biographische Brüche einerseits mit ärztlich-medizinischen Zusatz- und Ergänzungsangeboten andererseits undramatisch verknüpft werden. Vor allem kann im Rahmen von *Männersprechstunde* das diagnostische Angebot jeweils auch noch fachspezifisch abgeändert bzw. erweitert werden. (Übersicht 6)

Übersicht 5

Normal-Biographie und „Biographische Brüche“

Normal-Biographie	**„Biographische Brüche“**
• Babyalter und Kleinkinderzeit • Kindergartenzeit • Schullaufbahn • Fahrerlaubnis • Studium und Berufseintritt • Anstellungsverhältnis oder Selbständigkeit • Urlaubsrhythmus • Ehe und Familie • Haus- oder Wohnungseigentumserwerb • Krankenversicherungsstatus • Frühverrentung oder Altersgrenzerreichung • Verrentung • Verwitwung • Altersbedingter Umzug • Tod	• Verlust eines Elternteils oder Geschwisters • Ungewollte Schwangerschaft • Trennung oder Scheidung • Trennung von einem Kind als Scheidungsfolge • Tod des Partners • Tos eines Kindes • Infektion mit einer Tropenkrankheit oder Viruserkrankung • Unfallerlebnis • Verlust und/oder Ersatz von Gliedmaßen oder Organen • Gewalteinfluss einschließlich Vergewaltigung und sexuellem Missbrauch • Übergabe des Betriebes oder des Unternehmens • Verlust der Berufsstellung • Verlust des Haus- oder Wohneigentums • Zwangsräumung • Abgabe der Eidesstattlichen Versicherung • Aufenthalt in Haftanstalt • Selbstmordversuch

Übersicht 6

Befindlichkeitserhebung und Zustandsuntersuchungen im Rahmen der „Männersprechstunde“

Befindlichkeitserhebung

Erlernter Beruf
(Formalbildungsabhängiger Gesundheitszustand)
Ausgeübter Beruf/Tätigkeit
(Arbeitsweltbelastung)
Erwerbslosigkeit
(Arbeitsmarktbelastung)
Berufsweg
(Pendelbelastung)
Frühberentung
(Gesundheitsbelastung)
Einkommens- und Wirtschaftslage
(Schuldenbelastung)
Familienstand
(Unterstützungspotential, Lebenskrise etc.)
Freundeskreis
(Unterstützungspotential, Gesundheitsdiskurs)
Freizeitnutzung
(Gefahrensport, Bewegungsmangel)
Mobbingsituation
(Arbeitsplatz, Nachbarschaft etc.)
Privatstress
(Ehe/Partnerschaft, Eltern, Kinder)
Sexuelle Zufriedenheit
(Erektile Funktionsfähigkeit, Frequenz etc.)
Abhängigkeit
(Internet/Computer, Fernsehen, Nikotin, Alkohol, Medikamente)

Familienanamnese

(Herzkrankheiten, Hypertonie, Schlaganfall. Prostatakarzinom Andere Tumore, Diabetes, Hypothyreose, Gicht, Epilepsie Seelische Erkrankungen)

Zustandsuntersuchungen

Diagnosenangebote

(Hernien, Varizen, Schlafapnoe, Osteoporose, Depressionen)

Quelle: Eigene Auswertungen und Kirby et al. (Hrsg.): Männerheilkunde, Bern 2002

7. *Zentren für Männergesundheit* als idealtypische Organisationsform von Gesundheitsangeboten und Erkrankungsbehandlung für die Männerbevölkerung

Die angesichts einer Marktlücke von 39 Milliarden EUR bei den Gesundheitsaufwendungen für die Männerbevölkerung und angesichts von allein in der Krankenhausversorgung etwa 8 Millionen männlichen Patienten, ganz zu schweigen von den anstehenden Fallzahlsteigerungen bei den älteren Männern, wahrlich bescheidenen Konzepte *Innerer Markt* und *Männersprechstunde* dienen, dies darf so gesagt werden, in erster Linie der Einübung der vorhandenen Strukturen und Prozesse und des vorhandenen Personals der Gesundheitsversorgung auf das Aufgabenfeld und die Zukunftschance *Männergesundheit* und *Männerbehandlung*. Um die anstehende Besserversorgung schon der gegenwärtigen und vor allem der zukünftig noch viel zahlenstärkeren älteren Männerbevölkerung tatsächlich wirksam und wirtschaftlich zu erreichen, bedarf es tiefergehenderer und nachhaltigerer Umgestaltungen der Gesundheitsversorgung. In Überwindung der nach wie vor bestehenden Abschottung von ambulanter und stationärer, präventiver, akutkurativer und rehabilitativer sowie medizinisch-therapeutischer und pflegerischer Versorgung mit ihren Effizienz- und Produktivitätsverlusten kann die Männerbevölkerung zukünftig bevorzugt durch *Zentren für Männergesundheit* gesundheitlich beraten, behandelt und betreut werden.

Diese *Zentren für Männergesundheit* werden möglichst an Krankenhäusern der sogenannten Grund- und Regelversorgung eingerichtet werden. Dort können sie, um einen breiten Zugriff auch auf die jeweils schon vorhandene männliche Patientenschaft sicherzustellen, bevorzugt an den Fachabteilungen für Innere Medizin angebunden sein. Sofern ergänzende Fachgebiete wie Urologie, Psychosomatik etc. am jeweiligen Krankenhaus nicht vorhanden sind, können diese in den hierfür bestehenden Rechtsformen wie Kooperationsvereinbarungen, MVZ etc. verfügbar gemacht werden. Die *Zentren für Männergesundheit* sollten eine betont gesundheitsfördernde Ausrichtung zeigen, um über entsprechende Angebote Anschluss und Zugang zu den vorrangig wichtigen Lebenssituationen und Lebenskrisen der Männerbevölkerung in der jeweiligen Region zu bekommen.[51] In gleicher Weise sollten sich die *Zentren für Männergesundheit* auch mit Angeboten im Bereich Rehabilitation und Pflegeversorgung befassen, da auch hier bisher übersehene und nicht beachtete spezifische Bedarfs- und Problemlagen der Männerbevölkerung zu verzeichnen sind. Zuletzt sollten auch, sofern am Standortkrankenhaus eine Pflegeschule vorhanden ist, von den *Zentren für Männergesundheit* spezielle Qualifizierungsangebote für die Krankenpflegeschülerinnen und Krankenpflegeschüler auf dem Gebiet männersensibler Krankenpflege bereitgestellt werden. In diesem Zusammenhang ist dann auch an eine Öffnung der Krankenpflegeschulen für die Bevölkerung, insbesondere auch für die männliche Bevölkerung der Region zu denken, um durch entsprechende Angebote die bagatellmedizinische Eigenkompetenz der Bevölkerung, insbesondere der Männer zu stärken. [52] [53]

[51] Ein Präventionskonzept für die schwerwiegenden Gesundheitsfolgen von Trennung und Scheidung bei Männern liegt mittlerweile vor. Vgl. Goeschel, Albrecht: Trennung und Scheidung als Gesundheitsrisiko für Männer in den Regionen Deutschlands: Überlegungen zu einer Präventionsstrategie, Vortrag, Berlin 18. und 19. November 2005

[52] Ein Entwicklungsprojekt „Männersensible Krankenpflege“ wurde Mitte 2006 von der Studiengruppe für Sozialforschung e.V. gestartet.

Soweit es die akutkurative, ambulante, teilstationäre oder stationäre Behandlung männlicher Patienten betrifft, sollten die *Zentren für Männergesundheit* als fachübergreifende gemeinsame Aufnahme der Fachabteilungen des Hauses für männliche Patienten fungieren. (Übersicht 7)
In Deutschland gibt und gab es seit Ende der neunziger Jahre mittlerweile über 20 Projekte zum Aufbau von *Zentren für Männergesundheit*. Diese Vorhaben umfassen alle eine Bestandsaufnahme zur gesundheitlichen Lage der Männer in der jeweiligen Region. Ihr Ausgestaltungstand reicht dabei von *Zur Wiedervorlage* über Veranstaltungsreihen zu *Mann und Gesundheit* und die Vermittlung von *Männer-Check-up* bis zu etablierten *Zentren* mit einem breiten Angebot an männerspezifischen Vorsorgeangeboten und Behandlungsangeboten wie bspw. Schlaflabor.

[53] Vgl. Goeschel, Albrecht: Zentren für Älterengesundheit an Allgemeinkrankenhäusern: Ein Betrag Aus- und Weiterbildung von Älteren. In: Sozialverband VdK Bayern (Hrsg.): Medizinstudenten mit 60?, München 2004, S. 61 ff

Übersicht 7

Zentrum für Männergesundheit e.V.

Leitung
- Chefarzt
- Fachabteilung für Innere Medizin

Beratung
- Seniorberater
- Studiengruppe für Sozialforschung e.V.

Präventive Aufgaben

• Übergewicht • Atemgesundheit • Bluthochdruck • Rauchen • Trinken • Internet/Computer • Früherkennung	• Hernien • Varizen • Osteoporose • Schlafapnoe • Depressionen	• Pendlerstress • Betriebsübergabe • Mobbing • Trennung und Scheidung

Akutkurative Aufgaben

- Gemeinsame fachübergreifende Aufnahme der männlichen Patienten gemäß Einweisungsdiagnose
- Gemeinsame fachübergreifende Voruntersuchung der männlichen Patienten zur Abklärung von Dunkelfeld-Morbidität

Rehabilitative Aufgaben

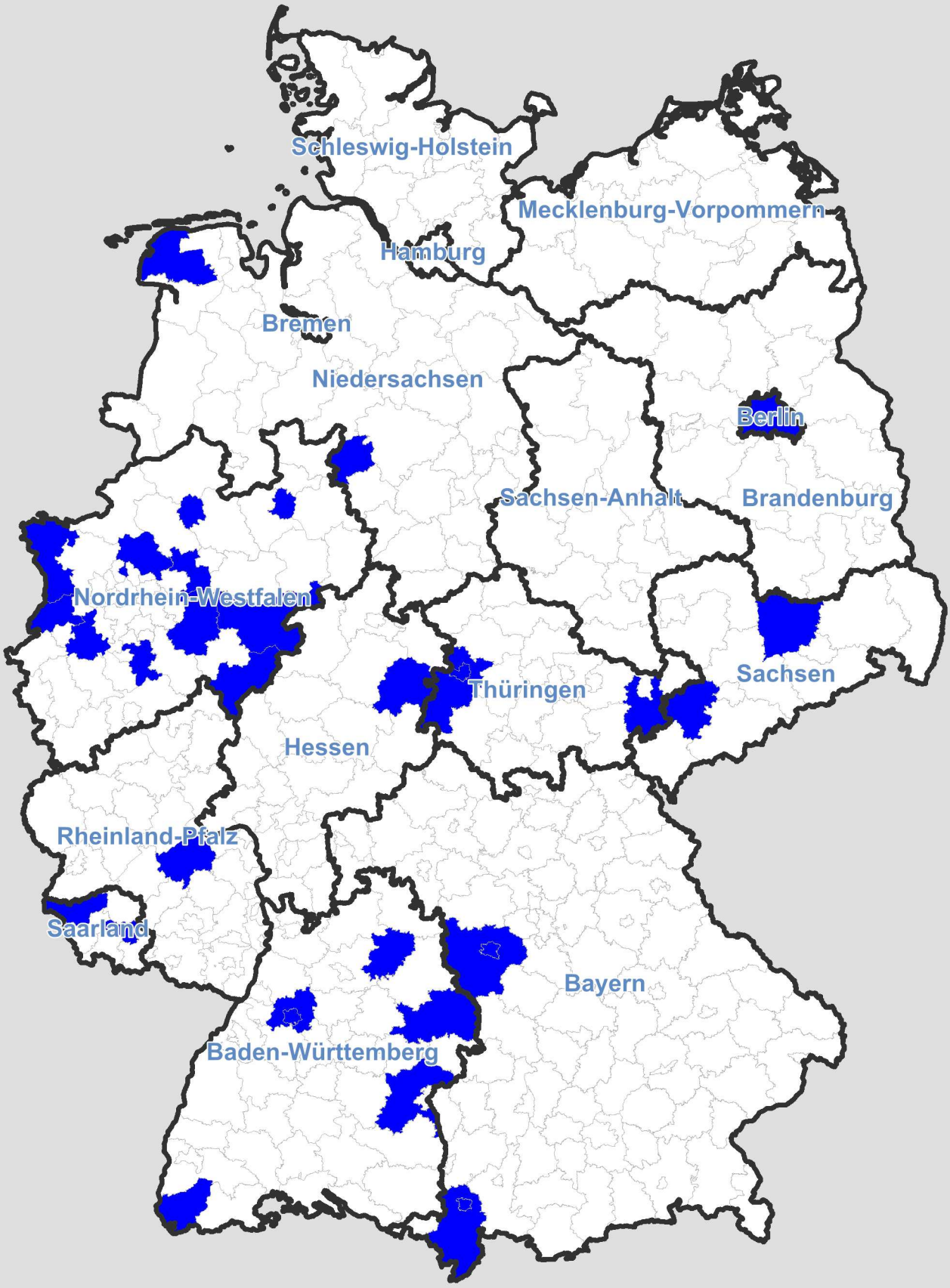
- Medizinische Vorsorge für Väter und Kinder gemäß § 24 SGB V
- Medizinische Rehabilitation für Väter und Kinder gemäß § 41 SGB V

Edukative Aufgaben*

- Qualifizierung von Krankenpflegeschülerinnen und -schülern zur männersensiblen Krankenpflege
- Programme zur Erhöhung der bagatellmedizinischen Eigenkompetenz der männlichen Bevölkerung

* In Zusammenarbeit mit vorhandener Pflegeschule

Voruntersuchungen zur Einrichtung von Zentren zur Männergesundheit



© Studiengruppe für Sozialforschung
Karte: Dipl.-Geogr. Markus Steinmetz, M.Eng.

Anhang

ZENTRUM
für die Gesundheit
des Mannes
KLINIKUM
SCHAUMBURG
Kreiskrankenhaus RINTELN
in Kooperation mit
Dr. med. R. Haschemi Facharzt für Urologie
Gesundheitsamt des Landkreises Schaumburg

ZENTRUM
für die Gesundheit des Mannes

Im Gesundheitszentrum für Männer befassen wir uns mit der gesundheitlichen Entwicklung des Mannes.

Männer nehmen ihren Körper anders und ihre Krankheiten dadurch meist später wahr als Frauen.

Wir erstellen frühzeitig Ihr individuelles Risikoprofil.

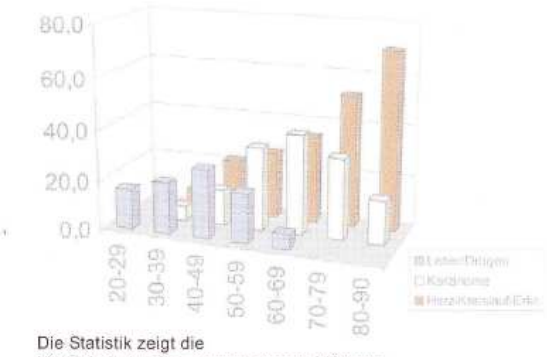
Sprechen Sie mit uns - wir sprechen miteinander.

FAKTEN UND LEISTUNGEN

Männer sind früher krank und sterben früher als Frauen, weil sie ihren Körper und ihre Krankheiten anders wahrnehmen.

Gesundheitliche Risiken und erste Krankheitszeichen werden oft nicht bemerkt.

Mit gezielter Vorsorge und Früherkennung treten wir dem entgegen.



Die Statistik zeigt die Häufigkeit der Todesursachen von Männern

- Ateriosklerose-Screening (Gefäßverkalkungen)
- Stoffwechselprofil
- Herz-Kreislaufdiagnostik
- Große Vorsorge-Untersuchung
- Sexualität und Partnerschaft
- Ernährung und Sport

UNSERE LEISTUNGEN

Ateriosklerose-Screening (Gefäßverkalkungen)

Der Mensch ist so alt wie seine Gefäße.

Wir untersuchen Ihre Gefäße mit Ultraschall und klären Ihr Arterioskleroserisiko.

Stoffwechselprofil

Wissen Sie, wie Sie Ihre Gefäße schützen können?

Wir untersuchen Ihr Blut.
So kann ein Stoffwechselprofil erstellt werden, durch das sonst unerkannt gebliebene Risiken und damit schmerzhafte Folgen verhindert werden können.

Große Vorsorge-Untersuchung

Warten Sie nicht, bis es zu spät ist !

Mit einer großen Vorsorge-Untersuchung können viele Krankheiten, wie u.a. Krebs, früher erkannt werden.

Eine individuelle Vorsorge und Früherkennung kann die Freude am Leben erhöhen und den Wunsch nach Aktivität bis ins Alter erfüllen.

Herz-Kreislaufdiagnostik

Behalten Sie Ihr Herz und Ihren Kreislauf im Visier.

Durch Ultraschall-, Ergometer-, EKG- und Blutuntersuchungen kommen Herz und Kreislauf auf den Prüfstand.

Sexualität und Partnerschaft

Der Mann in Partnerschaft und Sexualitä

Wir klären und helfen Ihnen bei allen diesbezüglichen Fragen in allen Lebensabschnitten.

Ernährung und Sport

Wie fit halten Sie Ihren Körper?

Lassen Sie sich ein Konzept für Ihre körperliche und geistige Fitness erstellen.

Wir klären auf.

Wir helfen bei der Erstellung individueller Risikoprofile.

Wir bieten gezielte Beratung und Betreuung.

Unsere Zusatzleistung

Das Schlaflabor

Wir kümmern uns um Ihren Schlaf !

Kennen Sie das Gefühl, morgens nicht ausgeruht aufzuwachen?
Sie fühlen sich tagsüber müde und abgeschlagen?
Sie schlafen schlecht, oder Ihr Schnarchen raubt anderen den Schlaf ?

Dann kann eine Untersuchung in unserem Schlaflabor Abhilfe schaffen.

Lassen Sie sich einen Termin geben!