

STUDIENGRUPPE FÜR SOZIALFORSCHUNG E.V.
D-83250 MARQUARTSTEIN AM CHIEMSEE - STAUDACHER STRASSE 14
Telefon: 08641 - 71 30 - Telefax: 08641 - 63 242
I-38060 TENNO AM GARDASEE – VIA BROCCHETTI 23
www.studiengruppe.com e-mail: mail@studiengruppe.com

**ZENTREN FÜR MÄNNERGESUNDHEIT:
VERSORGUNGSFORM ZUR SCHLIESSUNG
DER
MARKTLÜCKE MÄNNERBEHANDLUNG**

**Prof. Albrecht Goeschel
Staatliche Universität Rostov
und
Marcus Bollmann
Sanovis GmbH, München**

Ausarbeitung
für
EUROFORUM - The Conference Company
Köln
Februar 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 ¹ 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 ², noch die in immer mehr europäischen Nachbarländern vorliegenden Männergesundheitsberichte ³ das zuständige Bundesministerium in Berlin zu entsprechenden Aktivitäten bewegen können.

¹ 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

² Vgl. Watzlawczik, Gerd-Uwe: Mann in Europa: Konzept für eine länderübergreifende Berichterstattung zur Männergesundheit. Für: Studiengruppe für Sozialforschung e.V., Marquartstein 1999

³ 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

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 thematisiert⁴.

Hierbei nehmen dann vor allem die Akutkrankenhäuser, insbesondere die Allgemeinkrankenhäuser mit den dort entstandenen und weiter entstehenden „Zentren für Männergesundheit“⁵ eine Schlüsselstellung ein. Hierzu wird nachfolgend referiert.

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

⁴ 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

⁵ Vgl. bspw. Zentrum für die Gesundheit des Mannes. Kreiskrankenhaus Rinteln des Klinikums Schaumburg, Leitung: Chefarzt Dr. Horst-Helmut Krause

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: Älter und männlicher: Die Bevölkerung in Deutschland 2020

In den Krankenhäusern wirkt sich dieser wachsende Männeranteil an einer zunehmenden Älterenbevölkerung aus Gründen der vorgezogenen und i.d.R. schwerwiegenderen Männermorbidity 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: Fallzahlexplosion bei den Männerpatienten in Deutschland 2020

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)

Übersicht 2**Fallzahlenexplosion bei den Männerpatienten
in
Deutschland
2020**

Zunahme der männlichen Krankenhausfälle mit 65 und mehr Jahren 1998 bis 2020 ¹	+ 80,2 %
--	-----------------

Zunahme der Weiblichen Krankenhausfälle Mit 65 und mehr Jahren 1998 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)

3. Gesundheitliche Wenigerleistungen für die Männerbevölkerung betragen 39 Milliarden EUR

Ganz im Unterschied zu diesem Zukunftsszenario 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 ⁶.

Diese gesundheitlichen Wenigerleistungen für die Männerbevölkerung liegen derzeit allein bei den Arztpraxen und bei den Krankenhäusern bei jeweils bald 7 Milliarden EUR.

Übersicht 3a: Wenigerleistungen durch Arztpraxen und Krankenhäuser für die Männerbevölkerung in Deutschland 2004

Würde das Aufgabenfeld Männergesundheit und Männerbehandlung gezielt und beschleunigt ausgebaut, könnte bei jetzigen Leistungen und Preisen eine gesundheitswirtschaftliche Umsatzlücke bei Arztpraxen und

⁶ Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Gesundheit: Ausgaben, Krankheitskosten und Personal 2004, Wiesbaden 2006, S. 25 ff

Übersicht 3a

**Wenigerleistungen durch Arztpraxen und Krankenhäuser
für die
Männerbevölkerung in Deutschland
2004**

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

Quelle: Statistisches Bundesamt (StBA)

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.⁷ 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: Wenigerleistungen für die Krankheitsbehandlung der Männerbevölkerung in Deutschland 2004

⁷ Soweit es die bei den Frauen anfallenden gesundheitlichen Leistungen wegen der geschlechtsspezifischen 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 3b

**Wenigerleistungen für die Krankheitsbehandlung
der
Männerbevölkerung in Deutschland
2004**

Leistungen *	Wenigerleistungen für die Männerbevölkerung und für Die Frauenbevölkerung
Krankheitsklassen	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)

ACCADEMIA ED ISTITUTO
PER LA
RICERCA SOCIALE
TENNO
LAGO DI GARDA - ITALIA

Für die vier teuersten Krankheitsklassen, die zusammen fast die Hälfte der gesamten Gesundheitsleistungen ausmachen, beträgt die „Männerlücke“ derzeit jeweils bis zu 6 Milliarden EUR.

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.⁸ Innerhalb der Krankenhausversorgung sind es die Fachabteilungen für Innere Medizin, die den größten Anteil der männlichen Krankenhauspatienten erreichen und hierbei 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: Anteile der Krankenhausfachabteilung an den Männerpatienten in Deutschland 1997 und 2003

⁸ 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.

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
Psychologie	4,5	5,0

¹ Fachabteilungen, 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 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.⁹

Es gibt nicht wenige Krankenhäuser, die eine bereits eingetretene dramatische Überalterung ihrer Männerpatienten

⁹ 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.

mit ihren auch ungünstigen Auswirkungen im DGR-Bereich zunächst und kurzfristig nur dadurch 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 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 „Dunkelfeldmorbidity“ 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 Unfallerebnissen 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: Normal-Biographie und „Biographische Brüche“

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: Befindlichkeitserhebung und Zustandsuntersuchungen Rahmen der „Männersprechstunde“

Übersicht 5

Normal-Biographie und „Biographische Brüche“

Normal-Biographie	„Biographische Brüche“
<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • 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**

- **Erlerner Beruf**
(Formalbildungsabhängiges Gesundheitsstandes)
- **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.

11

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, spezielle Qualifizierungsangebote für die Krankenpflegeschülerinnen und Krankenpflegeschüler auf dem Gebiet männersensibler Krankenpflege bereitgestellt werden.¹² In diesem Zusammenhang ist dann auch an eine Öffnung der Krankenpflegesschulen für die Bevölkerung, insbesondere auch für die männliche Bevölkerung der Region zu denken, um durch entsprechende Angebote die bagatellmedizinische Eigenkompetenz der Bevölkerung,

¹¹ 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

¹² Ein Entwicklungsprojekt „Männersensible Krankenpflege“ wurde Mitte 2006 von der Studiengruppe für Sozialforschung e.V. gestartet

insbesondere der Männer zu stärken.¹³

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: Zentrum für Männergesundheit e.V.

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.

¹³ 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

- | | | |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Übergewicht • Atemgesundheit • Bluthochdruck • Rauchen • Trinken • Internet/Computer • Früherkennung | <ul style="list-style-type: none"> • Hernien • Varizen • Osteoporose • Schlafapnoe • Depressionen | <ul style="list-style-type: none"> • 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

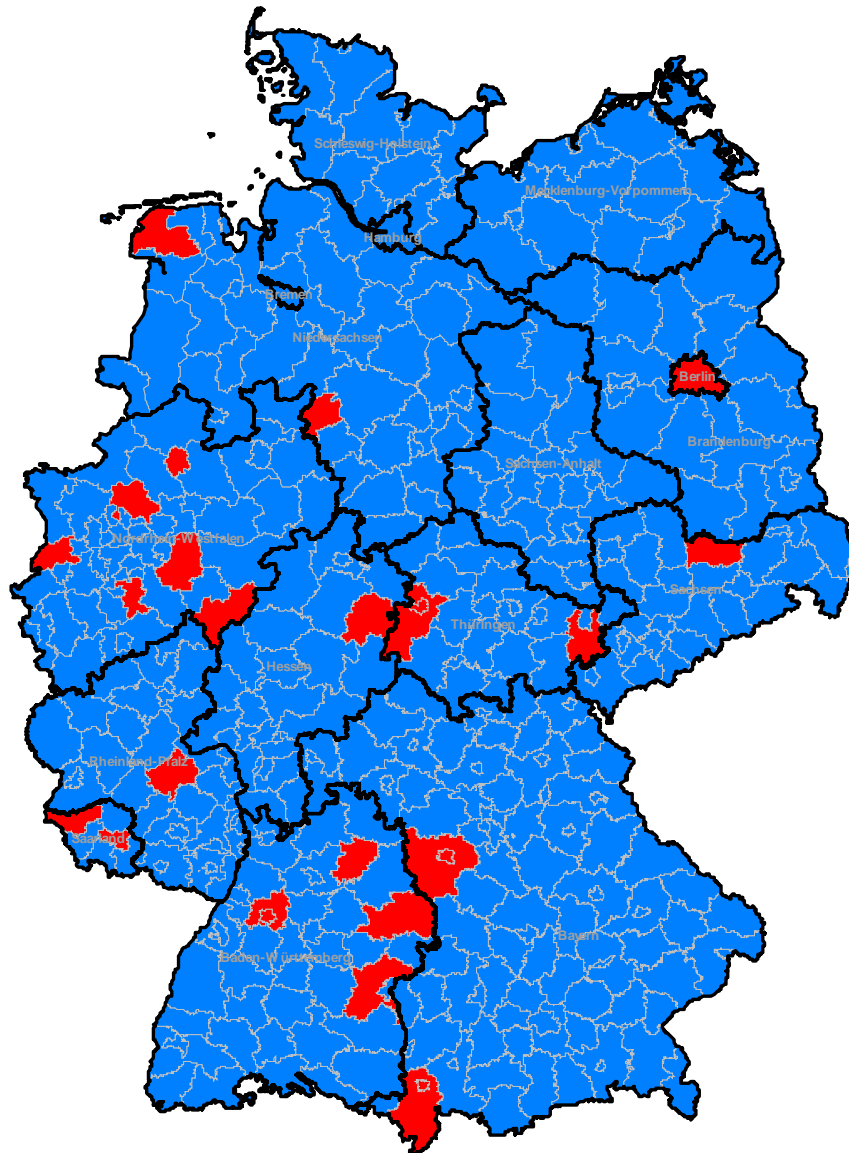
Edukative Aufgaben*

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

* In Zusammenarbeit mit vorhandener Pflegeschule

Karte: Voruntersuchungen zur Einrichtung von Zentren für
Männergesundheit

Voruntersuchungen zur Einrichtung
von
Zentren für Männergesundheit 2007



©
Studiengruppe für Sozialforschung e.V.
Karte
Dipl.-Geogr. Markus Steinmetz