Männer für Prävention gewinnen – aber wie?

Maßnahmen zur Prophylaxe von Erkrankungen werden mittlerweile in Hülle und Fülle angeboten. Dennoch nehmen bei Weitem nicht alle Patienten die Möglichkeiten zur Vorsorge wahr. Die Ursachen liegen zum Teil im Geschlecht und in zu unspezifischen Angeboten begründet.

Thomas Altgeld/Hannover

Viele Bereiche der Wellness- und Ästhetikindustrie haben Männer als lohnenswerte Zielgruppe längst entdeckt und forcieren in der Bewerbung ihrer gesundheitlich gesehen mehr oder weniger sinnvollen Dienstleistungen längst geschlechtergerechte Werbestrategien. Auf der Homepage einer Klinik für Schönheitschirurgie werden die zahnmedizinischen Angebote für Männer beispielsweise folgendermaßen beworben: „Auch Herren sind bei uns herzlich willkommen! Schließlich sind Schönheitschirurgie und Zahnästhetik für den Mann ein immer wichtigeres Thema. Der erfolgreiche Mann von heute ist schlank, sportlich und jugendlich und hat ein strahlendes Lachen. Vereint er diese Attribute auf sich, wirkt er dynamisch und durchsetzungsstark, ein echter Mann eben. Und wenn die Zeichen der Zeit allzu sichtbar werden, geht der Mann von heute auch zum ästhetischen Chirurgen oder unterzieht sich einer ästhetischen Zahnsanierung. Nach einer Korrektur sehen sich Männer im Beruf meist wesentlich konkurrenzfähiger und durchsetzungsstärker gegenüber Kollegen.“[1]

Dabei fällt kein Wort über erhöhte Parodontoseinzidenzen bei Männern, einer geringeren Inanspruchnahme der Karies- und Parodontitisprophylaxe in der Zahnarztpraxis oder eine wahrscheinlich weniger effektive, häusliche Zahnpflege. Stattdessen geht es um Erfolg, jung und dynamisch zu sein und Durchsetzungsfähigkeit, die sich nach einer ästhetischen Zahnsanierung wohl quasi automatisch einstellt. Typische, geschlechterstereotype Klischees werden bewusst bedient, um männliche Zielgruppen zu erreichen. Klassische Präventionsprogramme und -strategien setzen dagegen häufig nicht auf die Ressourcen und Selbstwahrnehmungen ihrer Zielgruppen, sondern richten den Blick auf Defizite, vor allem auf jene im Gesundheitshandeln von Männern im Vergleich zu Frauen.

In fast allen geschlechtervergleichenden Analysen werden die höhere Risikobereitschaft und das vermeintlich geringere Gesundheitsbewusstsein von Männern diagnostiziert (z.B. Klotz et al. 1998). Außerdem wird die deutlich geringere Inanspruchnahme von Leistungen zur Primär- und Sekundärprävention (z.B. der Zahnprophylaxe) der gesetzlichen Krankenkassen als Ausdruck für diesen niedrigeren Stellenwert von Gesundheitsfragen für Männer angeführt.

Wie Dinges betont, bezieht sich diese Diskussion „noch zu oft auf ein überholtes monolithisches Bild von Männlichkeit. Ein statistischer Durchschnittsbefund – also ein Mehrheitsverhalten – reicht zur Behauptung einer ‚Essenz der Männlichkeit‘ nicht aus“ (Dinges 2007, S. 6).

Des Weiteren wird die Struktur der Gesundheitsförderungs- und Präventionsangebote (z.B. die Themenauswahl, die Art und der Kontext der Werbung) nicht in Bezug zu der Inanspruchnahme gesetzt. Die Unter- und Fehlversorgungslagen in diesem Angebotssektor sind nicht nur auf das vermeintlich geringere Gesundheitsbewusstsein von Männern zurückzuführen, sondern auch auf die mangelnde geschlechtsspezifische Gestaltung der meisten Angebote.

Geschlechtsspezifische Angebote werden kaum forciert

Gender Mainstreaming ist als Qualitätsanforderung, beispielsweise auch im neuen Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes Bund, in der Fassung vom 27. August 2010 weder als Grundsatz noch als Qualitätsmerkmal aufgeführt. In den Grundsätzen heißt es knapp und auf den ersten Blick geschlechtsneutral: „Präventionsangebote nach dem individuellen Ansatz richten sich an den einzelnen Versicherten. Sie versuchen ihn zu befähigen und zu motivieren, Möglichkeiten einer gesunden, Störungen und Erkrankungen vorbeugenden Lebensführung auszuschöpfen und finden als Kurse und Beratungen grundsätzlich in Gruppen statt“ (GKV-Spitzenverband 2010, S. 13). Später wird dann zwar eine Fokussierung auf die Zielgruppen gefordert „[...] bei denen der Bedarf am größten ist. Indikatoren für spezifische Zielgruppen können dabei neben den geläufigen Sozialindikatoren wie Einkommen, Bildung, Beruf und Wohnungssituation weitere allgemeine soziodemografische Faktoren wie Alter, Geschlecht, Familienstand oder spezifische Lebenszyklusphasen, Phasen nach kritischen Lebensereignissen,

besondere Belastungen oder Risiken sein. Inhalte und Methodik der Intervention wie auch die Zugangswege sind speziell auf die Zielgruppen abzustellen" (ebd. S. 16). Das Wort „Geschlecht" taucht also immerhin neben vier benannten „geläufigen Sozialindikatoren" als ein „weiterer allgemeiner soziodemografischer Faktor" von insgesamt sechs dieser Größen auf. Abgesehen davon, dass auch die anderen Faktoren kaum in der Umsetzung präventiver Konzepte berücksichtigt werden, wird durch die Beiläufigkeit der Nennung des Faktors Geschlecht deutlich, dass er für die Ausgestaltung und Finanzierung der Angebote nicht relevant zu sein scheint.

Deshalb zeigen die Präventionsberichte über die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in der Primärprävention Jahr für Jahr das gleiche Bild bezüglich der Erreichbarkeit von Männern für Kursangebote nach dem individuellen Ansatz: Männer nehmen dieses Angebot nicht nennenswert in Anspruch. In dem aktuellen Präventionsbericht 2009 wird dieser Sachverhalt eingeleitet mit dem lapidaren Satz: „Kursangebote nach dem individuellen Ansatz wurden – wie in den Berichtsjahren zuvor – überdurchschnittlich häufig von Frauen in Anspruch genommen. Ihr Anteil lag bei 77 % aller Kursteilnehmer, der Anteil der männlichen Kursteilnehmer lag hingegen bei 23 %" (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V., 2009, S. 74). Dass Männer über diese Angebotsstruktur und bei anderen präventiven Angeboten nicht erreicht werden, wird offenbar hingenommen und gar nicht erst hinterfragt. Insbesondere wird von den Krankenkassen nicht thematisiert, ob die Angebotsstruktur selbst und die vorgegebenen Inhalte (Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung und Suchtprävention) der Grund für niedrige Männerraten in den Kursangeboten sein könnten. Damit leisten diese primärpräventiven Kursangebote – der eigentlichen Intention des Gesetzesauftrages entgegenlaufend – wahrscheinlich einen Beitrag schlimmstenfalls zur Vergrößerung, bestenfalls zur Beibehaltung ungleicher Gesundheitschancen zwischen den Geschlechtern.

Gesundheitsinformationen können geschlechtsneutral kaum effektiv vermittelt werden

Die Gestaltung und Produktion von Gesundheitsinformationen ist bislang ebenso wenig wie andere Präventionsangebote geschlechtergerecht und sensibel angelegt. Wenn man sich etwa die Sprache und die Gestaltung der meisten Gesundheitsinformationen anschaut, dann werden dort immer hehre Botschaften an vermeintlich geschlechtslose Wesen gerichtet. Eigenverantwortung für Gesundheit und verantwortlicher Umgang mit dem eigenen Körper scheinen überhaupt nicht von geschlechtsspezifischen Sozialisationen abhängig zu sein, sondern irgendwie für jeden (zweckrationalen) Menschen umsetzbar zu sein. Diese Gesundheitsbotschaften konkurrieren jedoch mit sehr vielen anderen Botschaften. Vor allem konkurrieren sie mit einer geschlechtstypischen Sozialisation, in der Männer immer noch lernen, keinen Schmerz zu kennen oder für außenorientiertes Verhalten mehr belohnt werden als Frauen.

Die Broschüren- und Medienproduktion ist ein klassischer Weg der Gesundheitsaufklärung und entspricht nicht immer der Routine und dem Bedarf der Zielgruppen. Die PISA-Studie hat sehr detailliert nachgewiesen, dass die relativen Risiken von Jungen, zur Gruppe schwacher Leser zu gehören, um etwa 70 % höher sind als die für Mädchen (vgl. Artelt et al. 2001, S. 87 ff).

Gesundheitsaufklärung und -information, die durch das Lesen übermittelt wird, führt dadurch zu einer höheren Akzeptanz bei Mädchen und Frauen. Die Ergebnisse von PISA zeigen zudem, dass es Jungen im Vergleich zu Mädchen deutlich größere Schwierigkeiten bereitet, Texte und ihre Merkmale kritisch zu reflektieren und zu bewerten. Auch bei den benannten Hobbys von Jungen taucht Lesen nicht einmal bei einem Fünftel als liebstes Hobby auf, während mehr als zwei Fünftel der Mädchen dies als liebstes Hobby angeben. In diesem Zusammenhang kann es eine gute Strategie sein, Männern den Zugang zu Gesundheitsinformationen via Internet zu eröffnen.

Die zentrale Frage bleibt außerdem, ob nicht gerade die auf den ersten Blick riskanteren gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen von Männern und die Nichtinanspruchnahme von bestimmten Angeboten der Gesundheitsförderung, nicht ein wesentlicher Teil ihrer Art „ihren Mann zu stehen" sind. Das heißt, wenn Männlichkeitskonzepte und Rollenerwartungen, aber auch die Strukturen der Gesundheitsförderung und Prävention sich nicht verändern, werden Männer diese Verhaltensweisen kaum aufgeben können, ohne den Verlust ihrer männ-

ANZEIGE

HCH Cupral®

Bewährt in Endodontie und Parodontologie

Cupral® von Humanchemie verbindet die bewährten Eigenschaften von Calciumhydroxid mit einer etwa 100-fach größeren Desinfektionskraft. Unterschiedliche Reaktionswege und ein spezieller Regenerationsprozess führen zu einer permanenten, polyvalenten keimtötenden Wirkung. Cupral® ist dabei gegenüber nichtinfiziertem Material durch Membranbildung gewebefreundlich.

Cupral® bietet:

- **schnelle Ausheilung, auch ohne Antibiotika**
- **selektive Auflösung des Taschenepithels mit Membranbildung**
- **sicheres Abtöten aller Keime mit Langzeitwirkung, auch bei Anaerobiern und Pilzen**
- **als Breitbandtherapeutikum ohne Resistenzbildung vielfach bewährt**

HUMANCHEMIE
Kompetenz in Forschung und Praxis

Humanchemie GmbH
Hinter dem Kruge 5 • D-31061 Alfeld/Leine
Telefon +49 (0) 51 81 - 2 46 33
Telefax +49 (0) 51 81 - 8 12 26
www.humanchemie.de
eMail info@humanchemie.de

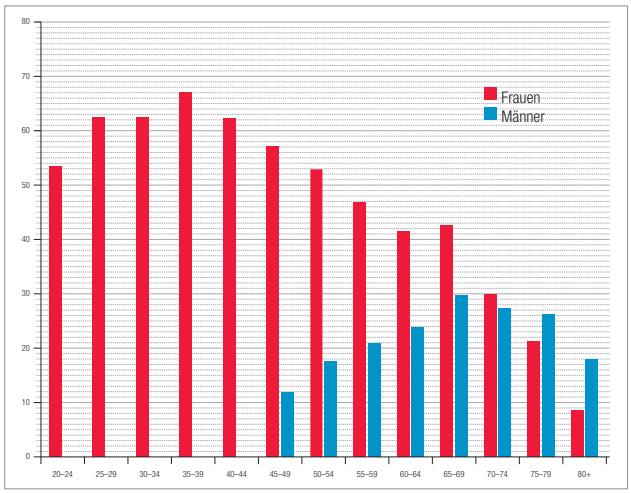


Abb. 1: Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen im Jahr 2008 in Prozent der Anspruchsberechtigten (Quelle: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, Köln 2009).

Abb. 2: Inanspruchnahme des Check-ups 2008 in Prozent der Anspruchsberechtigten (Quelle: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, Köln 2009).

lichen Identität und ihrer gesellschaftlich nach wie vor privilegierten Situation zu riskieren. Bevor die Frage nach männergerechten Gesundheitsangeboten befriedigend beantwortet werden kann, stellen sich zunächst ganz andere Fragen: An welchen Leitbildern orientieren sich Männer und Frauen? Wie viel Platz für Gesundheit gibt es in diesen geschlechtsspezifischen Orientierungen?

Ein differenzierter Blick auf Lebenslagen von Männern ist notwendig

Männer sind natürlich keine homogene Gruppe. Es zeigen sich insbesondere:

- Altersunterschiede: zunehmendes Gesundheitsbewusstsein mit steigendem Lebensalter
- Kohortenunterschiede: Änderungen in jüngeren Generationen, was beispielsweise Körpernormen angeht
- große soziale Unterschiede: nach (Erwerbs-)Status, Bildung und kulturellem Hintergrund
- Unterschiede im Beziehungsstatus: Männer in Beziehungen weisen eine deutlich höhere Lebenserwartung auf als alleinstehende Männer, wahrscheinlich auch ein höheres Gesundheitsbewusstsein
- Unterschiede im Gesundheitsbewusstsein: dies ist zumeist weiter entwickelt als das tatsächliche Gesundheitshandeln
- Sensibilisierungen von Männern durch Lebens- und Krankheitsereignisse sind möglich.

Am Beispiel der Durchführung der Krebsfrüherkennungsuntersuchungen lässt sich bereits zeigen, dass die kritische Diskussion über die niedrigeren Inanspruchnahmeraten der Männer völlig undifferenziert geführt wird (Abb. 1).
Ganz offenbar lassen Frauen mit zunehmendem Lebensalter seltener Krebsfrüherkennungsuntersuchungen durchführen. Bei Männern steigt diese Zahl bis zum 70. Lebensjahr kontinuierlich an und fällt danach leicht ab.
Außerdem nutzen Männer über 75 Jahre dieses Angebot deutlich häufiger als gleichaltrige Frauen. Ein weiteres Beispiel für die Ausblendung von höheren Inanspruchnahmeraten von Präventionsleistungen durch Männer im öffentlichen Diskurs ist der Gesundheits-Check-up ab dem 45. Lebensjahr (Abb. 2). Männer lassen ab diesem Lebensalter den Gesundheits-Check-up deutlich häufiger durchführen als Frauen, während vom 35. bis zum 44. Lebensjahr Frauen häufiger teilnehmen.
Mit der Wahl der richtigen Themen für genau definierte Zielgruppen und dem stärkeren Anknüpfen an Ressourcen im männlichen Lebensverlauf könnte eine effektive Neuorientierung der Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote eingeleitet werden. Ich habe darüber hinaus im Jahr 2004 vier Haupthandlungsfelder für die Entwicklung einer männergerechteren Gesundheitsförderung und Prävention skizziert:

- Sensibilisierung und Qualifizierung von Multiplikatoren im Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereich für männerspezifische Gesundheitsproblematiken und Gesundheitsförderungsansätze,
- Entwicklung einer jungen- und männerspezifischen Gesundheitskommunikation,
- Ausdifferenzierung von klar umrissenen Subzielgruppen,
- Implementation von Gender Mainstreaming als Querschnittsanforderung und Qualitätsmerkmal von Gesundheitsförderung und Prävention (Altgeld 2004).

Männergerechte Präventionsansätze in der zahnärztlichen Praxis

Eine Repräsentativbefragung der GfK Marktforschung Nürnberg im Herbst 2010 für die Apothekenumschau ergab, dass drei von zehn befragten Männern (29,3 Prozent) erst zum Zahnarzt gehen, wenn sie Schmerzen haben. Etwas mehr (27,6 Prozent) versuchen sogar, erste Zahnschmerzen zu Beginn selbst mit schmerzstillenden Mitteln zu lindern. Sie begeben sich erst auf den Behandlungsstuhl, wenn sie es nicht mehr aushalten. Dagegen lassen knapp neun von zehn Frauen (87,3 Prozent) mindestens einmal im Jahr ihre Zähne vorsorglich kontrollieren. Befragt wurden 963 Männer und 1.015 Frauen ab 14 Jahren.[2]

Männer für präventives Verhalten in der Zahnarztpraxis zu motivieren, ist demnach nicht einfach, da sie häufig erst in der Praxis erscheinen, wenn Zahnerkrankungen vorliegen. Jedoch ist es gerade in dem Behandlungsprozess sinnvoll, für mehr Prävention auch im häuslichen Umfeld zu werben. Dabei kann man von den eingangs zitierten Werbestrategien etwas lernen. Ein rein defizitorientierter Blick auch auf krankhaftes Geschehen in der Mundhöhle ist keine gute Gesprächsgrundlage. Besonders wenn andere Prioritäten gesetzt wurden, ist es sinnvoll, mehr über die persönlichen Hintergründe und Wertorientierungen der (in diesem Fall) männlichen Patienten zu wissen und kein Standardprogramm aus dem Lehrbuch der Zahnhygiene abzuspulen. Hinweise auf mehr Erfolg im Berufsleben oder auch in der Gestaltung von sozialen Kontakten sind wahrscheinlich motivierender als die Beschränkung auf rein medizinische Fakten, die die Vielzahl der Patienten wahrscheinlich ohnehin kennt oder ahnt.

Zudem ist es wichtig, in der zahnärztlichen Praxis eine geschlechtergerechte Präventionsroutine zu entwickeln. Dies fängt oft schon damit an, wer die Präventionsfragen konkret anspricht, die Praxishelferin oder Prophylaxefachkraft oder der Zahnarzt bzw. die Zahnärztin selbst. Gerade bei Männern im mittleren Lebensalter sollten diese Themen nicht allein den im Zweifelsfall weiblichen Prophylaxefachkräften überlassen werden, sondern der behandelnde Zahnarzt diese Themen in die Behandlung einbauen und zeigen, dass ihm diese Themen in der Behandlung wichtig sind. Im Gespräch selbst sollte nicht nur auf die Defizite bei der Prophylaxe fokussiert, sondern auch Anerkennung vermittelt werden. Wichtig ist es bei der Prophylaxe genauso wie in der Behandlung auf die unterschiedlichen Ausgangslagen der Männer einzugehen, d.h. Alter, Bildungsstand, kultureller Hintergrund und Kommunikationsfähigkeiten müssen einbezogen werden. Die bloße Herausgabe von Informationsbroschüren zum Selbststudium ist wenig sinnvoll, viel eher stellt sich die Frage, ob die Wartezeit in der Praxis nicht besser durch den Einsatz neuer Medien genutzt werden kann, z.B. durch spannendes, produktneutrales Praxisfernsehen oder eine Computerecke im Wartezimmer mit voreingestellten Links. Hilfreich kann es auch sein, die Partnerin mit in die Motivationsstrategien einzubeziehen. Leichter ist das, wenn diese ebenfalls Patientin in der Praxis ist. Im Anschluss an Parodontosebehandlungen kann eventuell auch ein gemeinsames Abschlussgespräch erfolgen, an dem die Partnerin teilnehmen könnte. ■

Literaturliste

KONTAKT

Thomas Altgeld
Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.
Fenskeweg 2
30165 Hannover
E-Mail: thomas.altgeld@gesundheit-nds.de
Web: www.gesundheit-nds.de

ANZEIGE

AIR N GO
BEAUTY N HEALTH
The supra and perio double effect

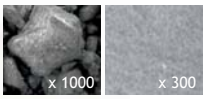
Der erste Airpolisher mit Doppelfunktion

GO Supra
- Ermöglicht jede Form der supragingivalen Prophylaxebehandlung
- Mit 90° oder 120° Supra-Düse

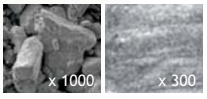
GO Perio (optional)
- Revolutioniert die Behandlung von Parodontitis und Periimplantitis
- Die Perio-Düse gleitet sanft ohne Krafteinwirkung in die parodontale Tasche

AIR-N-GO-Kursangebote oder kostenfreier Test: Infos unter 0800 / 728 35 32 oder www.de.acteongroup.com

AIR-N-GO Powder



- AIR-N-GO «Classic» Partikel mit abgerundeter Struktur. Schont Zahnschmelz und Gewebe.



- Mitbewerber - geschichtete Partikel, aggressive Struktur. Zahlreiche Riefen im Zahnschmelz.

AIR-N-GO «Pearl»
Besonders schonendes Kalziumkarbonat

AIR-N-GO «Perio»
Subgingivales AIR-N-GO «Perio» Powder, auf der Basis natürlichen Glycins

5 frische Geschmacksrichtungen mit 100% natürlichen Aromen!

Kompatibel mit den meisten Pulverstrahlsystemen

ACTEON Germany GmbH • Industriestraße 9 • D-40822 Mettmann
Tel.: +49 (0) 21 04 / 95 65 10 • Fax: +49 (0) 21 04 / 95 65 11
info@de.acteongroup.com • www.de.acteongroup.com
Hotline: 0800 / 728 35 32

SATELEC ACTEON

DHJ 2/11