Univ.-Prof. Dr. oec. Volker E. Amelung
Ann-Kathrin Klähn MSc
Fenja Demandt MSc

Sind Männer unterversorgt?

Eine Mixed-Methods-Studie zur Versorgungssituation von Männern in Deutschland

Zusammenfassung

Hintergrund: Die Versorgungssituation – insbesondere jüngere – Männer vor dem Eintreten typischer Prostatabeschwerden ist wenig untersucht. Ziel der Studie war die Erhebung des Status quo von Männergesundheit in Deutschland. Außerdem sollten Hindernisse und Optimierungspotenziale in der Umsetzung präventiver und gesundheitsfördernder Angebote aufgezeigt werden, um konkrete Handlungsempfehlungen abzuleiten.

Methoden: Bei der Studie handelt es sich um eine Triangulationsstudie mit einem Mixed-Methods-Ansatz. Sie umfasst einen Scoping Review, qualitative Experteninterviews (n = 10), eine quantitative Onlineumfrage mit Leistungserbringenden (n = 37) und eine repräsentative Panelumfrage unter Männern (n = 1.100).

Ergebnisse: Die Studienergebnisse deuten auf eine strukturelle Unterversorgung in der Versorgung von Männern hin. Seit Abschaffung der allgemeinen Wehrpflicht und der damit entfallenden Musterung verbleiben junge Männer nach dem Ende der U-Untersuchungen im Kindesalter lange Zeit ohne regelmäßigen Arztkontakt. Männerspezifische Themen werden nur selten von Ärzt:innen gezielt angesprochen und nur knapp zwei Drittel der Männer haben von männerspezifischen Krebsvorsorgeuntersuchungen gehört. Beratungsgespräche, beispielsweise zur erektilen Dysfunktion, finden allerdings kaum statt. Nur knapp 57% der untersuchten Männer haben eine medizinische Ansprechperson für männerspezifische Probleme. Die größten Hindernisse für die Inanspruchnahme von Angeboten sind neben organisatorischen Barrieren insbesondere eine unzureichende zielgruppenspezifische Ansprache und ein nicht offener Umgang mit männerspezifischen Erkrankungen.

Diskussion: Lösungsansätze für die Überwindung der Unterversorgung bestehen in der nachhaltigen Anpassung des Systems an die Bedarfe und die Lebensumstände von Männern, u. a. durch adäquate Gesundheitskommunikationsstrategien und einen niedrigschwelligen Zugang zu Vorsorge- und Versorgungsangeboten in allen Lebensphasen. Longitudinale Forschungsansätze können helfen, ein umfassenderes Bild der Gesundheitsversorgung für Männer in Deutschland zu gewinnen.

Schlüsselwörter

Männer, Gesundheitsversorgung, Männergesundheit, Gendermedizin, Mixed-Methods, Panel

Crossref/doi

http://doi.org/10.24945/MVF.06.24.1866-0533.2674

Unter männerspezifischen Erkrankungen werden gesundheitliche Probleme gefasst, die entweder ausschließlich bei Männern vorkommen oder bei Männern häufiger und/oder schwerwiegender auftreten. Einige Beispiele sind erektile Dysfunktion (Erektionsstörung), benigne Prostatahyperplasie (nicht-krebsartige Vergrößerung der Prostata, die zu Problemen beim Wasserlassen führen kann), Prostatakrebs und Hodenkrebs. Die Versorgungssituation von Männern in Deutschland ist bislang wenig untersucht. Auf den ersten Blick zeigt sich eine geschlechtsspezifische Kluft. Die Lebenswerwartung von Männern liegt in Deutschland fünf Jahre unter der von Frauen und spiegelt sich in einer höheren Mortalität über alle Altersgruppen hinweg wider [1]. Auch bei der Inanspruchnahme der Krebsvorsorge zeigt sich ein geschlechtsspezifischer Unterschied: So verzeichneten die gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 2020 6,7 Mio. Vorsorgeuntersuchungen bei Männern, aber mehr als fünfmal so viele (35,1 Mio.) bei Frauen [1]. Während der für frauenspezifische Krebsarten relevante Fachbereich der Gynäkologie als feste Säule im medizinischen System etabliert ist, findet die Gesundheitsversorgung von Männern nicht die gleiche Beachtung. Die Urologie konzentriert sich hauptsächlich auf Erkrankungen des Urogenitalsystems und wird typischerweise erst bei Männern über 50 Jahre in Anspruch genommen [2]. International kann zudem beobachtet werden, dass Männer im Vergleich zu Frauen oft weniger effektiv mit dem Gesundheitssystem interagieren [3] und präventive Gesundheitsdienste oft nicht adäquat auf die spezifischen Bedürfnisse von Männern ausgerichtet sind [4, 5]. Es zeigt sich die Notwendigkeit einer Neuausrichtung der Versorgungsansätze. Ziel der Studie ist es, den Status quo der Versorgung im Bereich der Männergesundheit in Deutschland zu erheben und dabei Hindernisse und Optimierungspotenziale bei der Umsetzung präventiver und gesundheitsfördernder Angebote aufzuzeigen, um konkrete Handlungsempfehlungen abzuleiten.

>> Der Studie liegt ein Mixed-Methods-Ansatz mit vier Erhebungsmodalitäten zugrunde. Zunächst wurde ein Scoping Review durchgeführt, um den aktuellen Forschungsstand abzubilden. Es wurden deutsch- und englischsprachige Publikationen der letzten zehn Jahre (2014 bis 2024) in den Themenbereichen Prävention und Gesundheitsförderung oder Versorgungslücken/-defizite der Zielgruppe Männer in Deutschland eingeschlossen. Die sensitive Recherche erfolgte in der Datenbank Medline/PubMed sowie über Google Scholar.

Außerdem wurden qualitative Interviews (Experteninterviews) mit *Key Opinion Leaders* geführt, um tiefere Einblicke in die geschlechtsspezifische Gesundheitsversorgung zu erlangen. Die Experteninterviews wurden leitfadengestützt digital bzw. telefonisch geführt, tonaufgezeichnet, verbatim transkribiert und inhaltsanalytisch auf Basis der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet [6].

Mittels einer Onlinebefragung wurde die Perspektive der Versorgenden aus den Bereichen Urologie und Allgemeinmedizin bezüglich der aktuellen Gesundheitsversorgung von Männern in Deutschland abgebildet. Der selbstkonzipierte Fragebogen wurde auf der Umfrageplattform LimeSurvey implementiert. Die erhobenen quantitativen Daten wurden deskriptiv ausgewertet.

Eine Panelumfrage diente dazu, die Perspektive der Männer in Deutschland zu erheben. Hierzu wurden die während der Experteninterviews gesammelten Erkenntnisse in einen Fragebogen übersetzt, der auf der Umfrageplattform LimeSurvey implementiert wurde. Über das Online-Accesspanel des Marktforschungsinstitutes Bilendi wurden 1.100 Männer in Deutschland rekrutiert. Die Stich-

probe kann als repräsentativ bezeichnet werden. Die deskriptive Datenauswertung erfolgte mit dem statistischen Analyseprogramm R®, Version 4.3.3.

Im Anschluss an die jeweilige Datenanalyse der vier Erhebungen fand die Triangulation aller Datenauswertungen statt.

Ergebnisse

Im Rahmen des Scoping Reviews konnten im Juni 2024 insgesamt elf Artikel eingeschlossen werden (s. Abb. 1). Die Publikationen konzentrierten sich auf zwei Themenbereiche: (1) zugeschriebene Geschlechterrollen (n = 5) und (2) systematische Barrieren und Hindernisse (n = 6).

An der Onlineumfrage nahmen zwischen April und Mai 2024 insgesamt 37 Ärzt:innen aus dem Bereich der Allgemeinmedizin (83,78%, n = 31) und der Urologie (16,22%, n = 6) teil.

Zwischen April und Juli 2024 wurden insgesamt zehn Experteninterviews mit Expert:innen aus den Bereichen Gender- und Männergesundheit sowie Prävention geführt. Die Dauer der Interviews betrug im Durchschnitt 18:53 Minuten.

Im Rahmen der Panelumfrage wurden im Juli 2024 insgesamt 1.100 Männer in Deutschland im Alter zwischen 18 und 84 Jahren befragt.

Gesundheitsversorgung für Männer

In der Versorgung liegt nach Einschätzung von Expert:innen tendenziell eine Unterversorgung vor und gleichzeitig eine stark am männlichen Leitbild orientierte „Therapie, die dann über Frauen gestülpt werde". Diese Experteneinschätzung deckt sich mit den Erkenntnissen des Scoping Reviews: Geschlechtsspezifische Unterschiede bei Prävalenz, Inzidenz, Komorbidität und Krankheitsschwere sind gut dokumentiert, werden jedoch oft nicht in die Präventionsstrategien und Behandlungsansätze einbezogen [7].

Geschlechterrollen

Das Thema sozialer und kultureller Rollenbilder stand sowohl bei den Experteninterviews als auch in der Literatur im Mittelpunkt. Das Gesundheitsverhalten von Männern habe sich in den letzten Jahren zwar erheblich verändert, historische und kulturelle Einflüsse wirken sich allerdings weiterhin auf das geschlechtsspezifische Gesundheitsverhalten aus, wobei traditionelle Männlichkeitsbilder den Zugang zu Gesundheitsinformationen und -diensten erschweren [8].

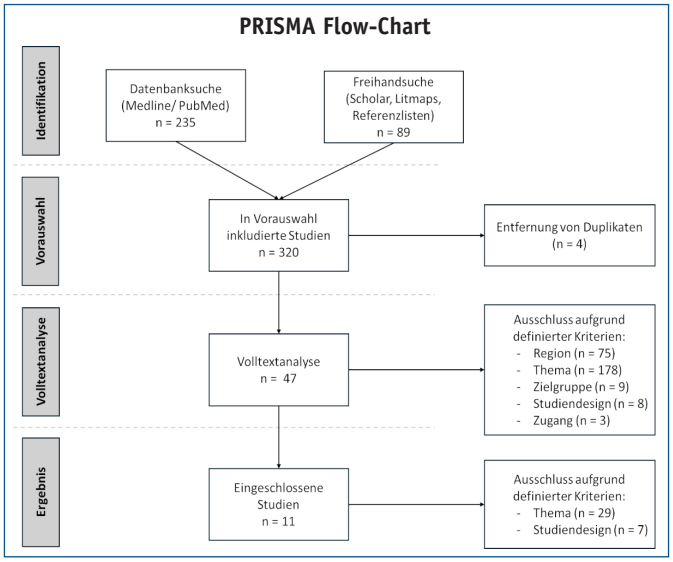


Abb. 1: *PRISMA Flow-Chart. Quelle: eigene Darstellung.*

Das fehlende Bewusstsein für die eigene Gesundheit, die mangelnde Problemerkenntnis, die Diskrepanz zwischen Selbstwahrnehmung und Realität und die Angst vor schlechten Nachrichten spielen nach Einschätzung der Expert:innen eine maßgebliche Rolle dafür, dass Männer Gesundheitsprobleme häufig ignorieren und notwendige Untersuchungen und Behandlungen nicht in Anspruch nehmen. In der repräsentativen Panelumfrage stimmten 56% der Männer der Aussage zu, dass sie sich mehr mit männerspezifischen Themen auseinandersetzen sollten (voll zustimmen: 13,91% bzw. eher zustimmen: 41,64%) (vgl. Abb. 2). Gleichzeitig gaben 70% der Männer an, voll (23,73%) bzw. eher (46,64%) motiviert zu sein, sich mit ihrer Gesundheit im Allgemeinen auseinanderzusetzen und bei Problemen aktiv Hilfe zu suchen.

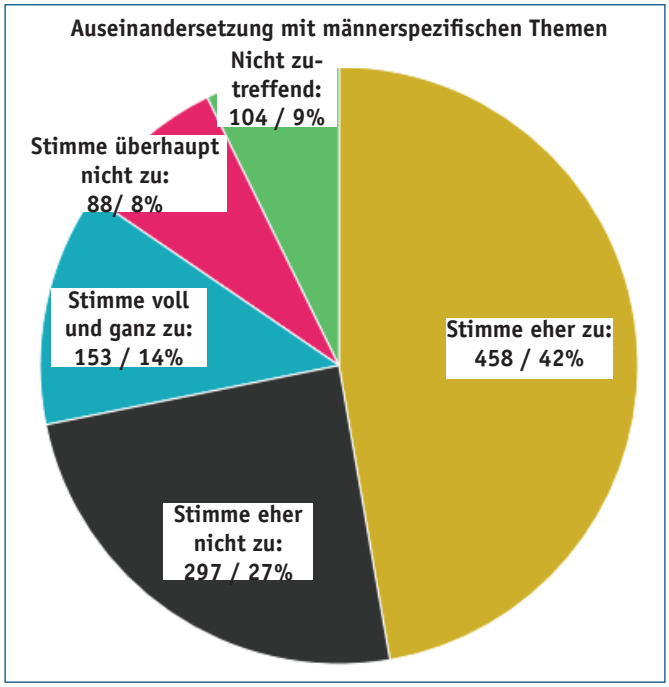


Abb. 2: *Ergebnis der Panel-Umfrage bzgl. der Auseinandersetzung mit männerspezifischen Themen. Quelle: eigene Darstellung.*

Männerspezifische Gesundheitsangebote

Das Hauptproblem bei der Gesundheitsversorgung für Männer liegt den interviewten Expert:innen zufolge nicht am Angebot selbst, sondern in der Bereitschaft der Männer, diese Angebote wahrzunehmen. 41,09% der befragten Männer der Panelumfrage fanden, dass bestehende Angebote für männerspezifische Erkrankungen ausreichend seien. Von den Ärzt:innen, die an der Onlinebefragung teilnahmen, sahen 41% Schwächen im Erkennen und Adressieren der Bedürfnisse männlicher Patienten und knapp 30% konstatierten erheblichen Verbesserungsbedarf. Besonders gelobt wurden hingegen die Krebsvorsorge, urologische Versorgungsmög-

lichkeiten und kassenfinanzierte Leistungen. Die Ergebnisse der Panelumfrage zeigten, dass 65,18% der Männer von Krebsvorsorgeuntersuchungen für männerspezifische Erkrankungen, wie Untersuchungen der Prostata (z. B. PSA-Test) und der Hoden, gehört haben und 40,00% sie bereits beansprucht hatten (vgl. Tab. 1).

Knapp 60% (n = 22) der an der Onlineumfrage teilnehmenden Ärzt:innen gaben an, bei fast jedem Termin präventive Maßnahmen zur Früherkennung männerspezifischer Erkrankungen in Patientengesprächen zu thematisieren. Viele Leistungserbringende fühlten sich nicht oder nur teilweise ausreichend geschult, männerspezifische Erkrankungen zu erkennen und zu behandeln („teilweise": 54,05% (n = 20), „ausreichend": 35,14% (n = 13), „nicht ausreichend": 10,81 % (n = 4)).

Nur 14,18% der Männer der Panelumfrage stimmten voll und ganz zu (und 32,64% stimmten eher zu), dass männerspezifische Themen gezielt von Ärzt:innen angesprochen werden.

Männergesundheit und Sexualität

Nach Auffassung der interviewten Expert:innen sind Männer insbesondere im Bereich der Sexualmedizin unterversorgt. So finde beispielsweise die erektile Dysfunktion in Beratungsgesprächen in der Arztpraxis häufig keine Beachtung. Männer würden Medikamente zur Behandlung der erektilen Dysfunktion deshalb häufig über das Internet erwerben. Da in diesen Fällen keine Beratung stattfinde und keine Klarheit über die Qualität der Produkte bestehe, sei dies mit Risiken verbunden. Ein niedrigschwelliger Zugang zu PDE-5-Hemmern im Zuge einer Freiverkäuflichkeit in der Apotheke in Verbindung mit Beratung durch das pharmazeutische Personal könne zu einer Enttabuisierung des Themas erektile Dysfunktion beitragen. Dies zeigten die Erfahrungen aus Großbritannien, wo ein OTC-Switch von Sildenafil vollzogen wurde. Schamgefühle sind nach Einschätzung der befragten Expert:innen ein Grund, der Männer davon abhalte, sich mit Erektionsproblemen in einer Praxis vorzustellen (vgl. auch [9-11]). Die Ergebnisse der Panelumfrage zeigten: Fast jeder vierte Mann stimmt der Aussage voll bzw. eher zu, sich zu schämen oder es unangenehm zu finden, über männerspezifische Probleme zu reden (9,91% bzw. 28,82%) (vgl. Abb. 3). Gleichzeitig gaben über 70% der Männer an, offen mit Ärzt:innen über männerspezifische Erkrankungen im Allgemeinen sprechen zu können. In der Panelumfrage zeigte sich, dass ein Großteil der Männer Kenntnis von Angeboten zu sensiblen Themen hat, jedoch nimmt nur ein sehr geringer Anteil diese Angebote auch in Anspruch (vgl. Tab. 1).

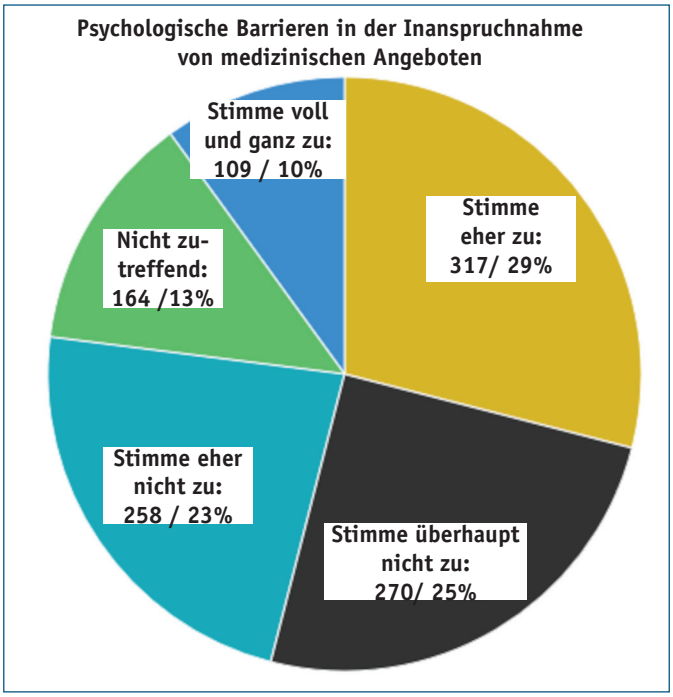


Abb. 3: Ergebnis der Panel-Umfrage bzgl. psychologischer Barrieren in der Inanspruchnahme von medizinischen Angeboten. Quelle: eigene Darstellung.

Kenntnis und Inanspruchnahme männerspezifischer Angebote		
Angebot	**Davon gehört (N = 1.100)**	**In Anspruch genommen (N = 1.100)**
Krebsvorsorgeuntersuchungen (z. B. PSA-Test)	717 (65,18%)	440 (40,00%)
Beratungen und Behandlungen bei Erektionsstörungen	807 (73,36%)	163 (14,82%)
Beratungen und Therapien bei Libidoverlust oder anderen sexuellen Funktionsstörungen	751 (68,27%)	121 (11,00%)
Diagnostik und Behandlungen bei Hormonstörungen	759 (69,00%)	111 (10,09%)
Selbsthilfegruppen für männerspezifische Erkrankungen	737 (67,00%)	85 (7,73%)

Tab. 1: Kenntnis und Inanspruchnahme männerspezifischer Angebote. Quelle: eigene Darstellung.

Strukturen der ambulanten Versorgung

Eine weitere Barriere für eine adäquate Gesundheitsversorgung von Männern stellt nach Angaben der Expert:innen die Ausgestaltung der ambulanten Versorgung dar. Zu den Hürden gehören: Schwierigkeiten, einen Arzttermin zu bekommen, lange Wartezeiten auf einen Termin sowie in den Wartezimmern, Öffnungszeiten der Arztpraxen, die nicht mit dem Arbeitsleben vereinbar seien, und die begrenzte Zeit für das Gespräch mit der Ärztin bzw. dem Arzt selbst. Die Ergebnisse der Panelumfrage ergaben zudem, dass nur etwas mehr als die Hälfte (56,72%) der Männer findet, dass während eines Arzttermins ausreichend Zeit für männerspezifische Probleme sei (18,27% bzw. 38,45% stimmten voll bzw. eher zu). Mit diesen Herausforderungen der ambulanten Versorgung sind nicht nur Männer konfrontiert, dennoch wirken sich diese organisatorischen Hürden bei vielen ohnehin schwer zu motivierenden Männern zusätzlich nachteilig aus.

Ein weiteres Problem sei den interviewten Expert:innen zufolge, dass Präventionsprogramme für Männer erst sehr spät ansetzen, wenn oft bereits zusätzliche manifeste Gesundheitsprobleme wie Diabetes oder Übergewicht bestehen. Nach dem Ende der Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9 beim Kinderarzt ergebe sich für Männer eine lange Zeit ohne regelmäßigen Arztkontakt. Zu Zeiten der allgemeinen Wehrpflicht zwischen den 1960er-Jahren bis ins Jahr 2011 konnte zumindest die Musterungsuntersuchung als institutionalisierter *Check-up* im jungen Erwachsenenalter angesehen werden.

Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungssituation von Männern

Mögliche Maßnahmen, um die Versorgungssituation von Männern zu verbessern, sehen die interviewten Expert:innen in einer besseren Aufklärung und Sensibilisierung für gesundheitliche Risiken sowie in der Förderung einer realistischeren Selbstwahrnehmung. So sollte das Thema Prävention beispielsweise in Schulen und Universitäten stärker vermittelt werden. Dieser Ansatz wurde von den befragten Leistungserbringenden bestätigt und deckt sich mit den Handlungsempfehlungen in der betrachteten Literatur [12].

Ein offenerer Umgang mit sensiblen Themen durch gezielte Platzierung in *Talkshows* oder sozialen Medien könnte aus Sicht der Expert:innen dazu beitragen, Themen zu enttabuisieren. Über die Hälfte der in der Panelumfrage befragten Männer stimmten voll bzw. eher zu (11,09% bzw. 40,27%), dass es ihnen hilft zu sehen, wie andere mit männerspezifischen Erkrankungen umgehen. Ein offenerer Umgang vonseiten der Ärzt:innen würde nach Einschätzung der Expert:innen ebenfalls zur Enttabuisierung beitragen. Das Thema Erektionsstörung ist einem interviewten Experten zufolge ein wirksamer Ausgangspunkt für eine Reihe von Präventionsthemen bei Männern. Sexualität spiele in der Männergesundheit eine wichtige Rolle und Probleme in diesem Bereich könnten Männer motivieren, gesundheitlich aktiv zu werden.

In der Onlineumfrage nannten die teilnehmenden Leistungserbringenden verschiedene Lösungsansätze, um die Versorgungssituation von Männern zu verbessern. Dazu gehörten u. a. eine zielgruppenspezifische, offene und direkte Ansprache der Männer (28,57%, n = 10), eine Optimierung der bestehenden Informationslage und der Informationsmöglichkeiten mit gezielten, einfachen und automatischen Informationen zur Verbesserung der Selbstwahrnehmung von Männern (20,00%, n = 7) sowie effiziente und flächendeckende Vorsorgetermine (17,14%, n = 6).

Die befragten Expert:innen sahen breite, langfristig angelegte Aufklärungskampagnen mit prominenten Vorbildern als gute Strategie, um die Zielgruppe zu erreichen. Die befragten Männer gaben in der Panelumfrage an, sich über männerspezifische Themen am häufigsten bei der Hausärztin/dem Hausarzt (59,00%), bei der Urologin/dem Urologen (43,00%), im Internet (41,91%), bei Freundinnen, Freunden und Familie (15,18%), in Apotheken (11,45%), in Broschüren und Zeitschriften (10,36%) sowie in den sozialen Medien (4,91%) zu informieren. Nur 63% der befragten Männer finden, dass Informationsmaterial zu männerspezifischen Erkrankungen einfach zu bekommen, ausreichend vorhanden und ansprechend gestaltet ist (15,64% stimmten voll und ganz sowie 47,45% eher zu).

Vor allem sogenannte *Challenges*, also Angebote mit Wettbewerbscharakter, stellen laut den befragten Expert:innen Ansätze dar, um Männer besser zu erreichen. Auch in der Literatur wird geraten, Wettbewerbs- bzw. Konkurrenzverhalten von Männern bei Präventionsansätzen zu berücksichtigen [13]. Zudem seien Faktoren wie Gruppenkomponenten mit gleichgesinnten Männern, der Einsatz von Humor bei der Vermittlung von Gesundheitsinformationen und das Einbeziehen von Ernährungs- und Bewegungskomponenten hilfreich, um Männer zur Teilnahme an Präventionsprogrammen zu motivieren [14]. Eine gezielte Ansprache in *Settings* wie dem Arbeitsplatz und der Einsatz von direkter Kommunikation über Führungskräfte oder Kolleginnen und Kollegen würden nach Auffassung der interviewten Expert:innen die Motivation der Männer er-

Literatur

1. Berger U. Männer sterben früher, Frauen leiden mehr. Die Psychotherapie 2022; 67: 288-295. doi:10.1007/s00278-022-00606-w
2. Zaun S. Männergesundheit in der urologischen Praxis. In. Der niedergelassene Arzt; 2019
3. Macdonald JAM, K.A; Wynter, K.; Francis, L. M.; Rogers, A.; Angeles, M.R.; Pennell, M.; Biden, E.; Harrison, T.; Smith, I. Men's and Boys' Barriers to Health System Access. A Literature Review. In: Care AGDoHaA ed. Canberra; 2022
4. Spielberg P. Gesundheit von Jungen und Männern: Die Leiden des starken Geschlechts. Deutsches Aerzteblatt 2011; 108. doi: A 1366–8
5. Männergesundheit S. Junge Männer und ihre Gesundheit. In: Der Männergesundheitsbericht. Fünfte ed; 2022. doi:ISBN 978-3-8379-3181-5
6. Mayring P, Fenzl T. Qualitative Inhaltsanalyse: Springer; 2019
7. Machluf Y, Chaiter Y, Tal O. Gender medicine: Lessons from COVID-19 and other medical conditions for designing health policy. World Journal of Clinical Cases 2020; 8: 3645
8. Dinges M. A time of change for men's health: a process of increasing medicalisation? Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 2016; 59: 925-931. doi:10.1007/s00103-016-2376-x
9. Arnold M, Rottenkolber D. Public-Health-Impact eines möglichen OTC-Switches von Sildenafil 50 mg. In: inav – privates Institut für angewandte Versorgungsforschung GmbH; 2023
10. Lee LJ, Maguire TA, Maculaitis MC et al. Increasing access to erectile dysfunction treatment via pharmacies to improve healthcare provider visits and quality of life: Results from a prospective real-world observational study in the United Kingdom. Int J Clin Pract 2021; 75: e13849. doi:10.1111/ijcp.13849
11. Miller K, May U, Beecken WD et al. Evidence for benefits and risks of tadalafil as a non-prescription medicine: review and evaluation using the Group Delphi technique to achieve consensus amongst clinical experts. Front Pharmacol 2023; 14: 1254706. doi:10.3389/fphar.2023.1254706
12. Ministerium für Arbeit und Sozialordnung f. Frauen und Senioren Baden-Württemberg. Jungen- und Männergesundheit in Baden-Württemberg 2015. 2015.
13. Szagun B, Cohrs S. Mann und Rang – die Rolle von Konkurrenz für die Männergesundheit. Das Gesundheitswesen 2014; 76: 127-134
14. Gavarkovs AG, Burke SM, Petrella RJ. Engaging Men in Chronic Disease Prevention and Management Programs. American Journal of Men's Health 2016; 10: NP145-NP154. doi:10.1177/1557988315587549
15. Robert-Koch-Institut. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheitliche Lage der Männer in Deutschland. In. gbe-bund; 2014. doi:ISBN 978-3-89606-224-6
16. Wattenberg I, Lätzsch R, Hornberg C. Gesundheit, Krankheit und Geschlecht: ein gesundheitswissenschaftlicher Zugang zu Einflussfaktoren und Versorgungssystem. Handbuch Interdisziplinäre Geschlechterforschung 2019. 1193-1202

höhen, Angebote in Anspruch zu nehmen. Auch Informationsstände vor Fußballstadien, auf bestimmten Messen, wie beispielsweise Jagd- und Automessen, oder bei Sportvereinen würden sich gut für zielgruppenspezifische gesundheitliche Aufklärungsarbeit eignen.

Spezifische Männergesundheitssprechstunden oder sogenannte „Männerärzte" wären zudem sinnvoll. Die Ergebnisse des *Panels* unterstreichen diese Forderung, denn nur knapp 57% der befragten Männer stimmten der Aussage zu, für ihre männerspezifischen Probleme eine Ansprechperson zu haben.

Diskussion

Die Ergebnisse dieser Triangulationsstudie zeigen, dass bei der Auseinandersetzung mit dem Thema Männergesundheit die sozial und kulturell zugeschriebenen Geschlechterrollen eine zentrale Rolle spielen. Bei der Ausgestaltung effektiver Präventionsprogramme sollten die wissenschaftlich belegten unterschiedlichen Gesundheitsbedürfnisse von Männern beachtet werden, die Gefahr einer Verfestigung von Geschlechterstereotypen sollte dabei aber nicht aus dem Blick geraten. Strukturbedingte Faktoren in der ambulanten Versorgung wie lange Wartezeiten, Kommunikationshürden, geringe/unpassende Verfügbarkeit von Leistungserbringenden und Diensten sowie Schwierigkeiten in der Identifizierung der richtigen Ansprechpersonen für männerspezifische Probleme stellen Hürden für die Inanspruchnahme und den Zugang zu Gesundheitsinformationen und -diensten dar [15]. Die Beschreibungen der unterschiedlichen Barrieren auf individueller, systemischer, struktureller und kultureller Ebene aus den Befragungen decken sich mit den Ergebnissen der Literaturrecherche [3, 5, 16]. Weiter deuten die Ergebnisse der Triangulationsstudie darauf hin, dass Männer bereit sind, sich mit der eigenen Gesundheit auseinanderzusetzen. Bestehende Angebote für männerspezifische Erkrankungen sind jedoch zu optimieren und selbst Leistungserbringende schätzen den Status quo der Gesundheitsversorgung für Männer nur als mittelmäßig ein.

Erfolgversprechende Ansätze zur Verbesserung der Inanspruchnahme präventiver und gesundheitsfördernder Angebote für Männer umfassen neben strukturellen Veränderungen in der ambulanten Versorgung, die niedrigschwellige Angebote ermöglichen, auch die Sensibilisierung und Schulung von Leistungserbringern zu männerspezifischen Themen. Die Sensibilisierung für Gesundheitsthemen im Allgemeinen und u. a. auch für Männergesundheit im Speziellen sollte in einem frühen Lebensalter beginnen. Zusätzlich ist eine gezielte männerspezifische Ansprache nötig, die die Lebenswelten von Männern berücksichtigt.

Um ein vollständigeres Verständnis der Gesundheitsversorgung für Männer in Deutschland zu erlangen, sollten weitere Studien durchgeführt werden, insbesondere mit longitudinaler Ausrichtung. <<

Are men underserved? A mixed-methods study on the healthcare situation of men in Germany

Background: The health care situation of men, especially men in younger phases of life, before typical prostate problems occur, has been little studied. The aim of the study was to determine the status quo of care in the field of men's health in Germany, and to identify obstacles and potential for optimization in the implementation of preventive and health-promoting services in order to derive concrete recommendations for action.

Methods: The study is a triangulation study with a mixed methods approach. It comprises a scoping review, qualitative expert interviews (n = 10), a quantitative online survey with service providers (n = 37) and a representative panel survey among men (n = 1,100).

Results: The results of this study indicate that there is a structural underuse of care amongst men. After the end of the compulsory Childhood Early Screening Tests at the pediatrician, young men typically go a long time without regular contact with a doctor, which used to be shorter due to the physical examination as part of compulsory military service. Male-specific topics are rarely addressed by doctors and under two thirds of men have heard of male-specific cancer screening examinations. However, there are hardly any consultation sessions, for example on erectile dysfunction. Under 57% of men have a dedicated medical practitioner to whom they can turn for men-specific problems. In addition to organizational barriers, the biggest obstacles to the use of services are, in particular, an inadequate target group-specific approach and a lack of openness in dealing with male-specific illnesses.

Conclusions: Possible solutions for overcoming the lack of care include adapting the system to the needs and circumstances of men in the long term, for example through adequate health communication strategies and low-threshold access to prevention and care services at all stages of life. Longitudinal research approaches could help to gain a more comprehensive picture of healthcare for men in Germany.

Keywords

men, health care, men's health, gender medicine, mixed methods, panel

Autorenerklärung

Volker Amelung, Ann-Kathrin Klähn und Fenja Demandt sind Mitarbeiter des Unternehmens Institut für angewandte Versorgungsforschung (inav) in Berlin. Volker Amelung, Ann-Kathrin Klähn und Fenja Demandt haben die Datenerhebung, die Auswertung der Daten sowie die Interpretation der Ergebnisse eigenständig durchgeführt. Der Beitrag wurde von der Mylan Germany GmbH (A Viatris Company) finanziert und in Auftrag gegeben. Die Ergebnisse und Bewertungen sind diejenigen der Autoren. Es wurde keine Einflussnahme durch die Viatris Unternehmensgruppe ausgeübt.

Zitationshinweis

Amelung, V., Klähn, A.-K., Demandt, F.: „Sind Männer unterversorgt? Eine Mixed-Methods-Studie zur Versorgungssituation von Männern in Deutschland“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (06/24), S. 76–81. http://doi.org/10.24945/MVF.06.24.1866-0533.2674

Univ.-Prof. Dr. oec. Volker E. Amelung ORCID: 0000-0001-5721-2459



ist Gesellschafter und Geschäftsführer der inav GmbH. Zudem hält er eine Professur für Internationale Gesundheitssystemforschung an der Medizinischen Hochschule Hannover. Er studierte Betriebswirtschaftslehre an der Hochschule St. Gallen sowie an der Universität Paris-Dauphine und promovierte an der Universität St. Gallen. Von 2007 bis 2022 war er Vorstandsvorsitzender des Bundesverbandes Managed Care e. V. (BMC). Seine Schwerpunkte sind Managed Care und Integrierte Versorgung.
Kontakt: Amelung@inav-berlin.de

Ann-Kathrin Klähn MSc ORCID: 0000-0002-1381-1123



ist Projektleiterin der inav GmbH. Sie absolvierte den Bachelor-Studiengang Rehabilitationspädagogik an der Humboldt-Universität zu Berlin und verfügt über einen Master of Science in Public Health von der London School of Hygiene & Tropical Medicine. Vor ihrer Tätigkeit beim inav sammelte sie internationale Erfahrungen mit den Arbeitsschwerpunkten Gesundheitsförderung und Rehabilitationspädagogik. Der Schwerpunkt ihrer aktuellen Tätigkeit liegt im Bereich Studienkonzeption und Versorgungsforschung. Kontakt: Klaehn@inav-berlin.de

Fenja Demandt MSc ORCID: 0009-0007-9859-9654



ist wissenschaftliche Mitarbeiterin der inav GmbH. Sie absolvierte den Bachelor-Studiengang Public Health / Gesundheitswissenschaften an der Universität Bremen und verfügt über einen Master of Science in Public Health von der Berlin School of Public Health der Charité Universitätsmedizin Berlin. Der Schwerpunkt ihrer Tätigkeit liegt im Bereich der Entwicklung und Evaluation innovativer Versorgungskonzepte und des Netzwerkmanagements. Kontakt: Demandt@inav-berlin.de