

Früherkennungsuntersuchungen für Männer „Männergesundheit“ aus ärztlicher Sicht



T.Klotz, Weiden

Früherkennungs/Screeninguntersuchungen für Männer?

Gesetzliche Krankenversicherung	Männer	Frauen
Chlamydien-Screening bis 25 Lj.	-	+
Genitaluntersuchung ab 20 Lj.	-	+
Brustuntersuchung ab 30 Lj.	-	+
Hautkrebs-Screening+Check up ab 35 Lj.	+	+
Prostatauntersuchung ab 45 Lj.	+	-
Dickdarm/Rektumuntersuchung ab 50 Lj.	+	+
Mammographie-Screening ab 50 Lj.	-	+
Coloskopie ab 55 Lj.	+	+

Prostatauntersuchung ab 45 Jahre

Gezielte Anamnese, Inspektion und Untersuchung Genitale

Rektale Untersuchung

Tasten der regionären Lymphknoten

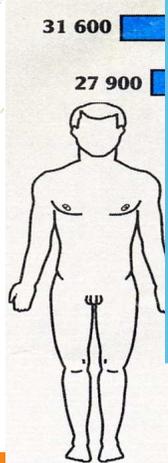
S3-Leitlinie 9/2009

Die alleinige digital-rektale Untersuchung ist als Früherkennung für das Prostatakarzinom **nicht** ausreichend.

Gliederung

- 1) Männergesundheit in der ärztlichen Sprechstunde
- 2) Lebenserwartung und geschlechtsspezifische Risiken
- 3) KHK, ED, Prostatakarzinom, Depression/Suizidalität
- 4) Regionale Unterschiede
- 5) Soziale Unterstützung, Ernährung, Prävention
- 6) Elemente eines Internet-Portals aus ärztlicher Sicht

Was ist Männergesundheit?



Nucleus paraventricularis

www.stern.de

stern

NR. 40 28.9.2000 4,50 DM

AAAAVAAA...

AUTO-JOURNAL
Mit Wettbewerb:
„Auto des Jahres 2001“
Gewinnen Sie einen BMW Z3!

EURO
Angst vor der Psycho-Währung

OLYMPISCHE SPIELE
Die tollen Tage von Sydney

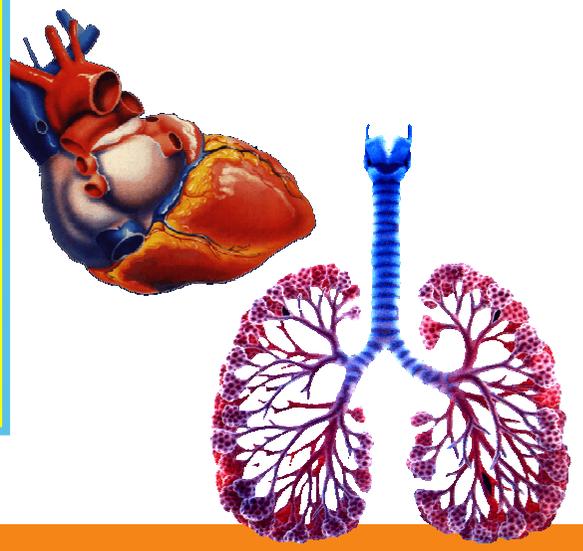
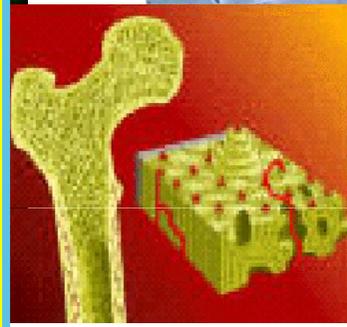
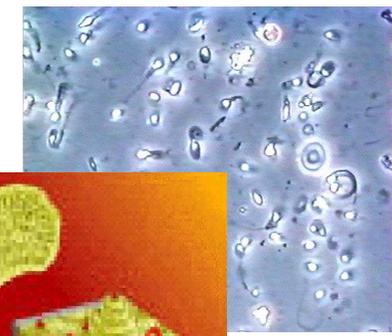
DEUTSCHLAND EXTRA
Baden-Württemberg

Wenn starke Kerle krank werden

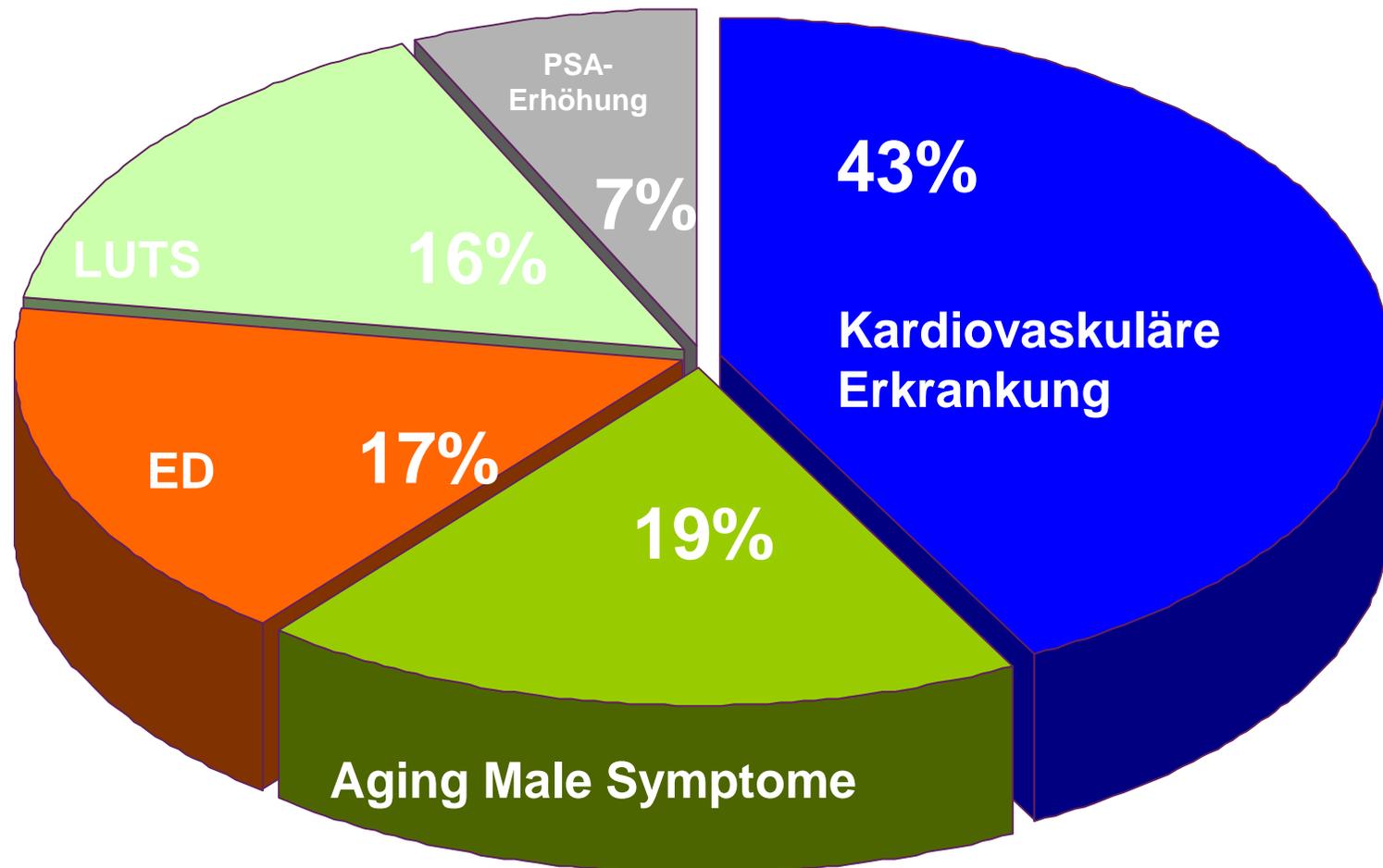
PATIENT MANN

8 300 Niere

7 900 Mund und Rachen



Sprechstunde „Männergesundheit“



Nimwegen 2004

Fallbeispiel U.W. aus Weiden



- 64jähriger Raucher 10-15 Zig/die
- Geschieden seit 9 Jahren
- Fitnessstudio 1-2/monatlich für je 1 Stunde/Sauna
- Übergewicht BMI 30,5, Tallienumfang 119 cm
- Bluthochdruck 150/95 mmHg, Nüchtern-BZ 115mg/dl
- Gesamtcholesterin erhöht - LDL 171 mg/dl, HDL 39mg/dl
- TSH 4,5 mU/l, Testosteron 9ng/ml, PSA 5,9ng/ml
- Rigiditätsverlust bei Erektion seit 9 Monaten

Was interessiert diesen Mann an einem Internetportal der BZgA?



Der frühe Tod des „starken“ Geschlechts

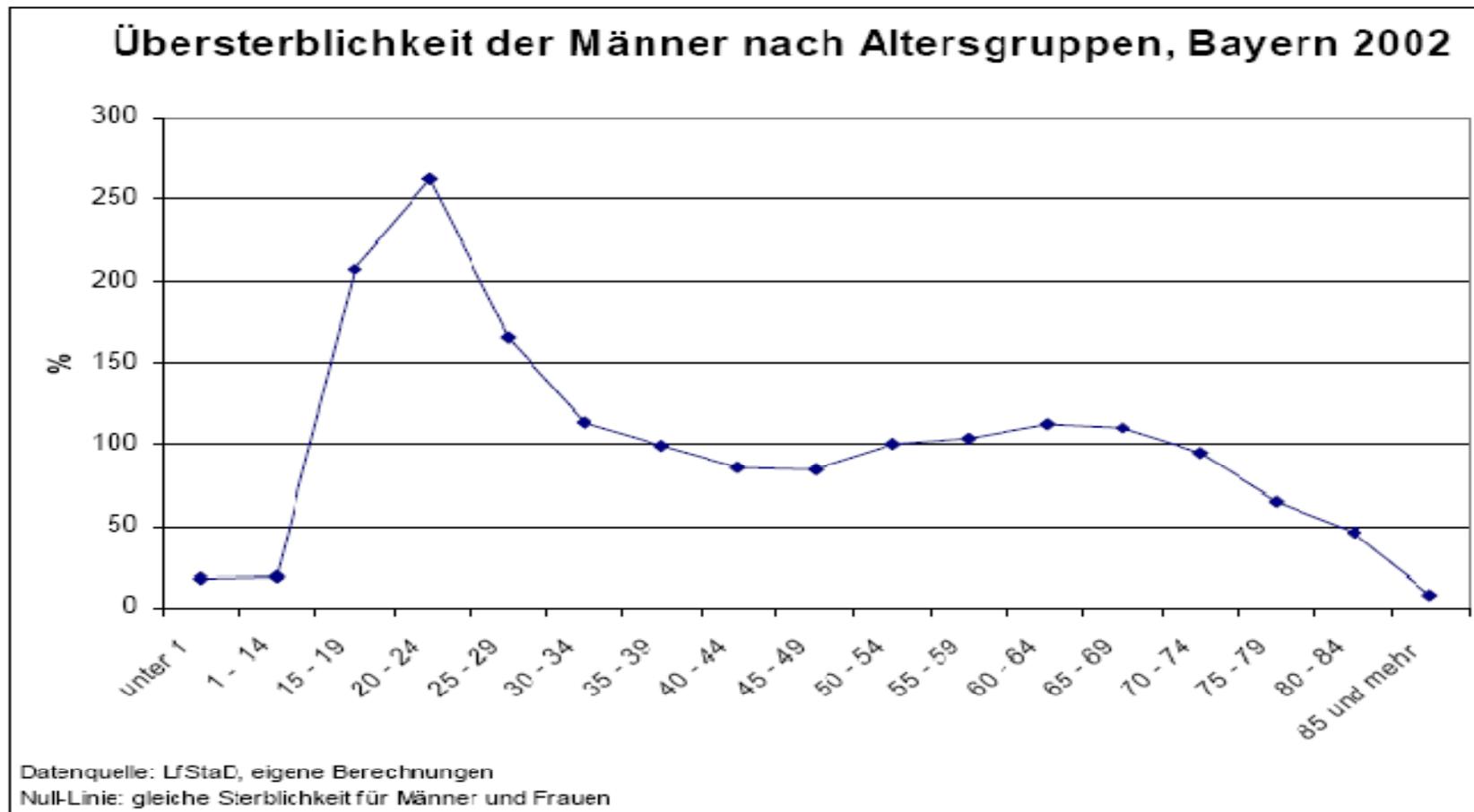
➤ Lebenserwartung in Deutschland 2004/2006:

➤ Männer 76,6 Jahre

➤ Frauen 82,0 Jahre

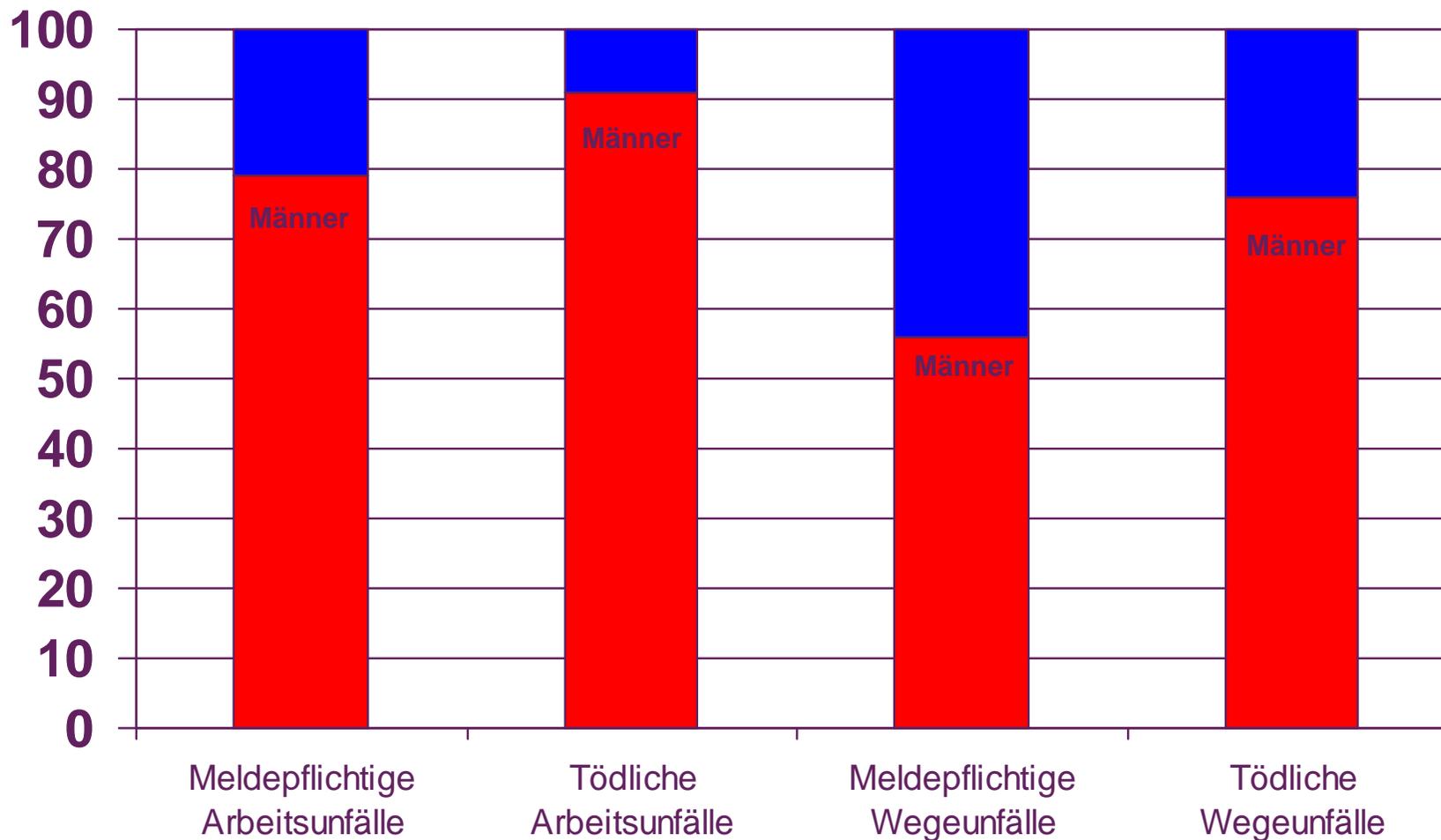
➤ Unterschied ca. 6 Jahre

Übersterblichkeit ab Pubertät > 100%



Arbeits- und Wegeunfälle in Abhängigkeit vom Geschlecht

Quelle RKI – Heft 38 - 2007



➔ „Berufsrisiko“ Mann



Lebenserwartungsunterschied im Wandel der Zeit

Lebenserwartungsunterschied Frauen zu Männer im Laufe der Jahrhunderte

Um 1200 (je nach Quelle)	ca. - 1 Jahr
Um 1900	ca. 2 Jahre
Im Jahre 2000	ca. 6 Jahre

- Säuglingssterblichkeit - Mädchen zu Knaben 100 : 133
- Onkologische Inzidenz Altersklasse 10-14jährige 8,3 : 10,9
- Abnahme Müttersterblichkeit von 40 auf 4/100000 Lebendgeborene in den letzten 25 Jahren

➔ **Sozialer Wandel unterstützt das weibliche Geschlecht in gesundheitlicher Hinsicht bei gegebener höherer männlicher Vulnerabilität.**

Männer haben gefährlichere Berufe

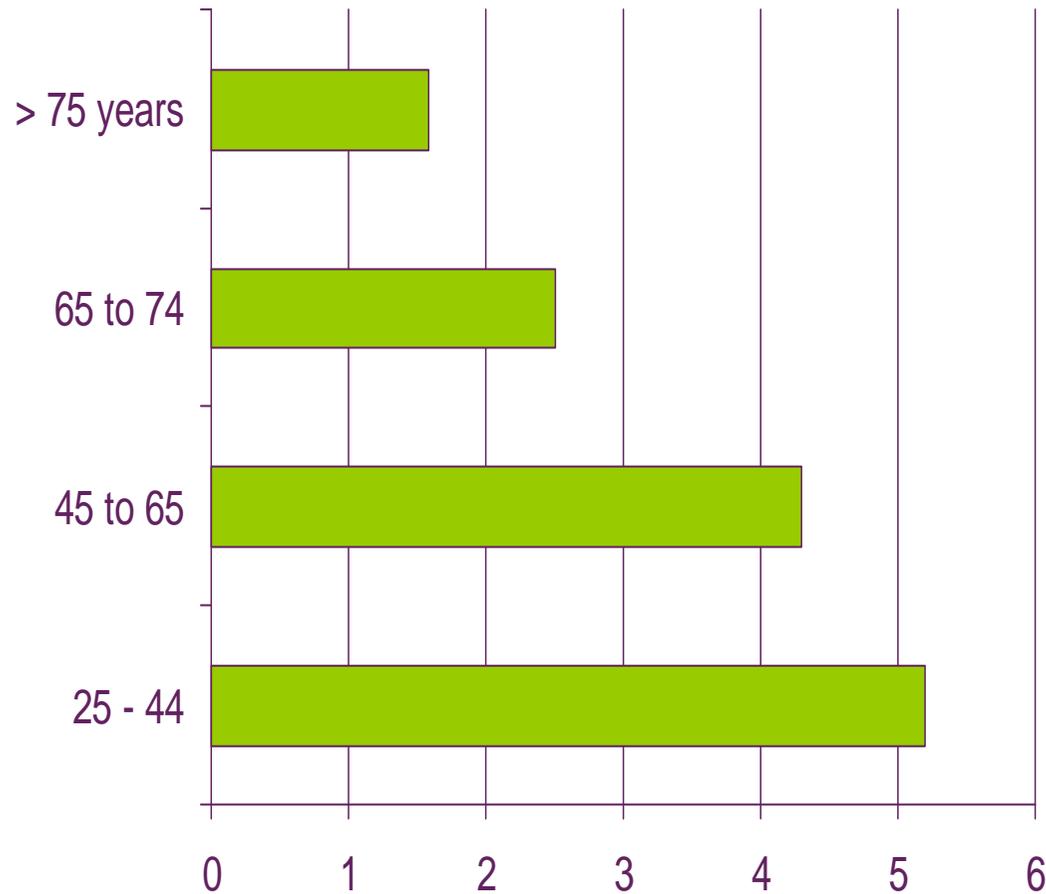
Geschlechtsspezifische berufliche Emanzipation bezieht sich in der Regel **nur** auf den weiblichen sozial **positiv-besetzten** Blickwinkel - Beispiele:

- Bergwerker, Hochofenarbeiter
- Kanalarbeiter
- LKW-Fahrer etc.

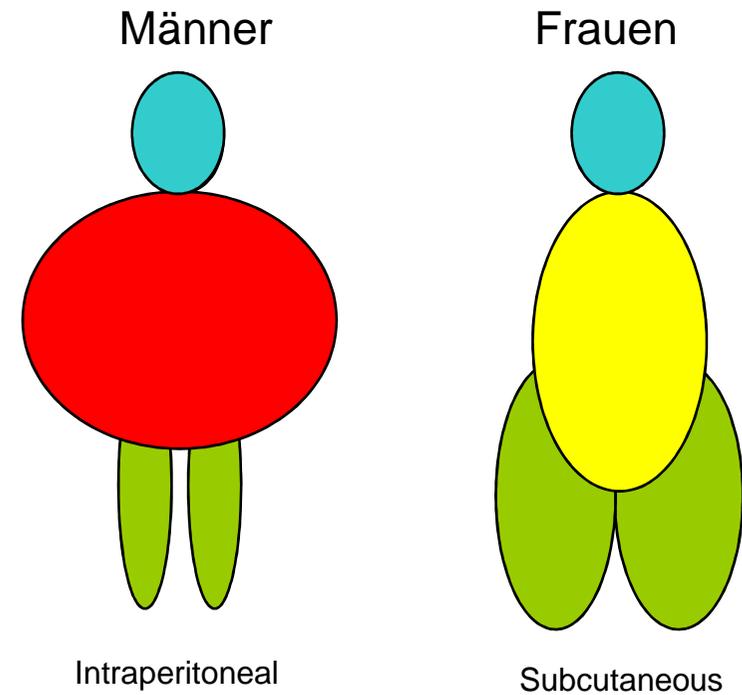
„Nur wenige Frauen setzen sich freiwillig und regelmäßig beruflichen Gesundheitsrisiken aus - bei Männern ist dies fast selbstverständlich.“

➔ Arbeitssicherheit auch für Internetportal ein Thema

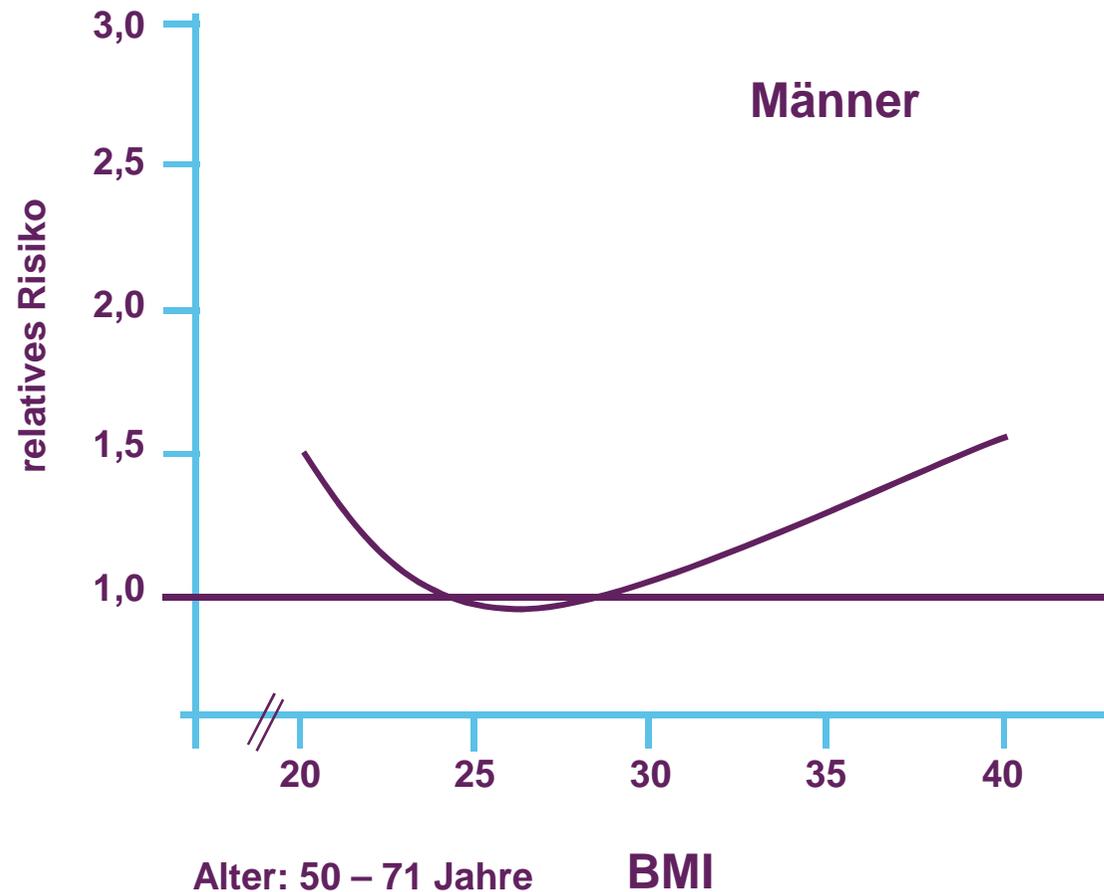
Thema - Akuter Myokardinfarkt 2003



Relation der Todesfälle
Männer zu Frauen pro 100000 Einwohner

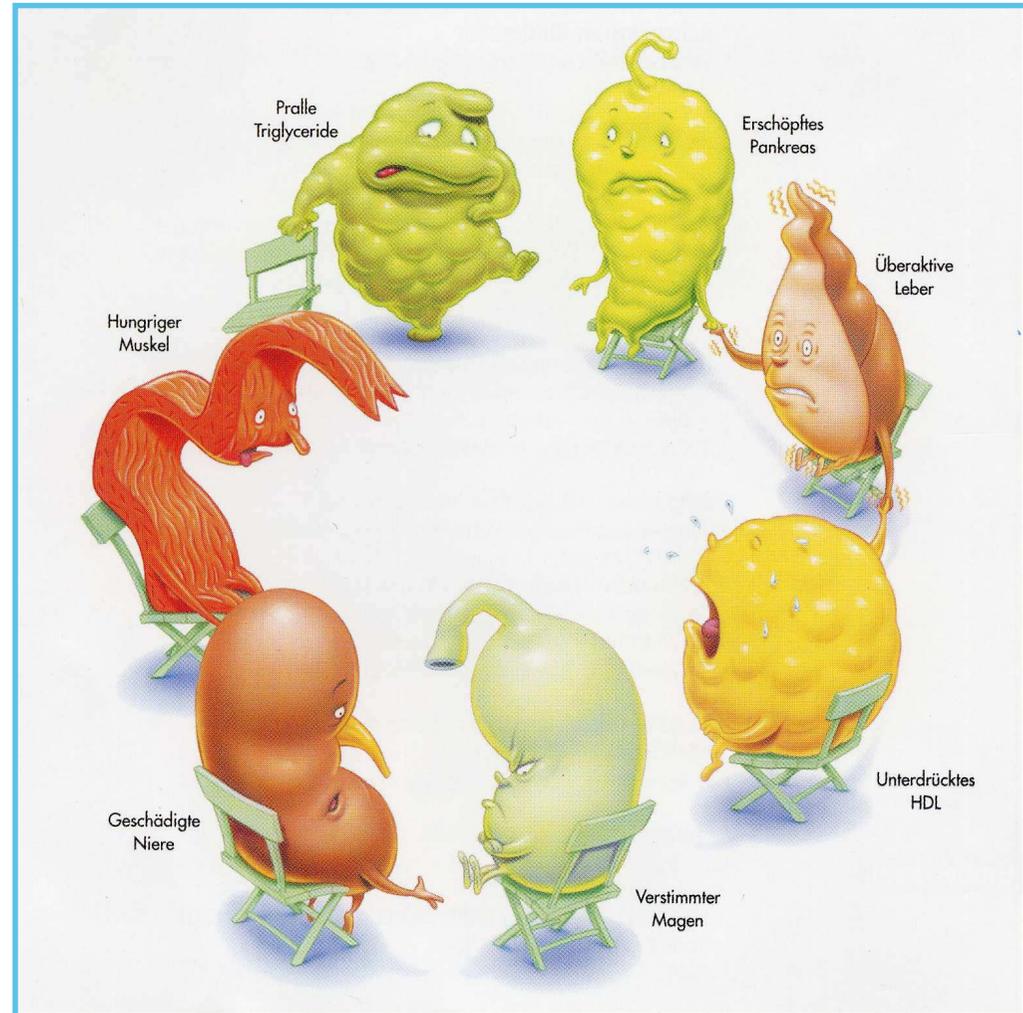


Einfluss des Body-Mass-Index auf die Gesamtsterblichkeit 10 Jahre Follow-up



➔ Fokussierung auf Gewicht und BMI zu wenig

Der Männerkiller: Metabolisches Syndrom





Diagnostik des Metabolischen Syndroms

- **Bauchumfang (> 94 cm bzw. > 88 cm) !**
- **Triglyzeride ↑ (>150 mg/dl)**
- **small dense LDL ↑**
- **HDL ↓ (< 40 bzw. 50 mg/dl)**
- **RR > 130/85 mmHg**
- **Hyperurikämie**
- **Nüchtern-Insulin ↑, Insulinresistenz**
- **Steatosis hepatis, Fettleber**
- **Leptin ↑**
- **Thrombophilie, Fibrinogen ↑**

Sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen vorhersehbar?

An Hand weniger Risikofaktoren läßt sich
10-Jahres-Risiko für Herzinfarkt mit 83%iger
Genauigkeit bestimmen



- ↙ Alter
- ↙ LDL - Cholesterin
- ↙ HDL - Cholesterin
- ↙ Triglyceride
- ↙ Rauchen
- ↙ Diabetes mellitus
- ↙ familiäre Belastung
- ↙ Blutdruck

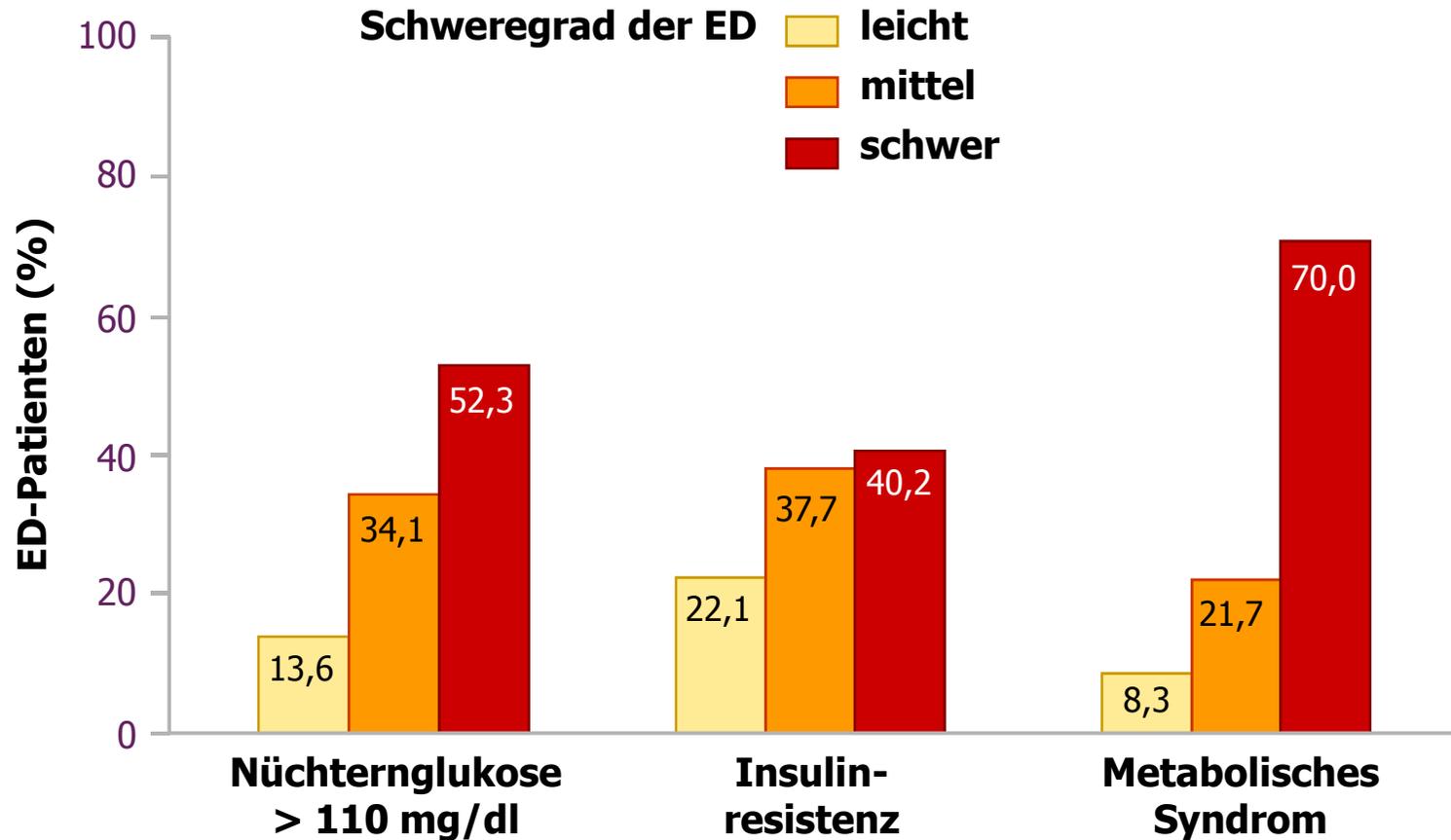
Ja !

Welcher Mann hat keinen Sex mehr?



Zusammenhang zwischen Metabolischem Syndrom und Ausprägung der ED

154 ED-Patienten (Mittleres Alter 53,5 Jahre)



ED als Frühmarker der KHK!

162 angiographisch untersuchte Männer mit symptomatischer KHK
(Mittleres Alter 54-56 Jahre)

KHK-Ausprägung	n	ED-Prävalenz	
1-Gefäß-KHK	56	18%	} Mittlere Prävalenz 46%
2-3-Gefäß-KHK	53	57%	
Chronische Angina	53	66%	

**Bei 71% der Patienten mit chronischer Angina
trat die ED vor der KHK auf
(mittleres Zeitintervall 25 Monate)**

Entscheidend:

ED ist Symptom einer Grunderkrankung

Risikofaktoren:

Alter

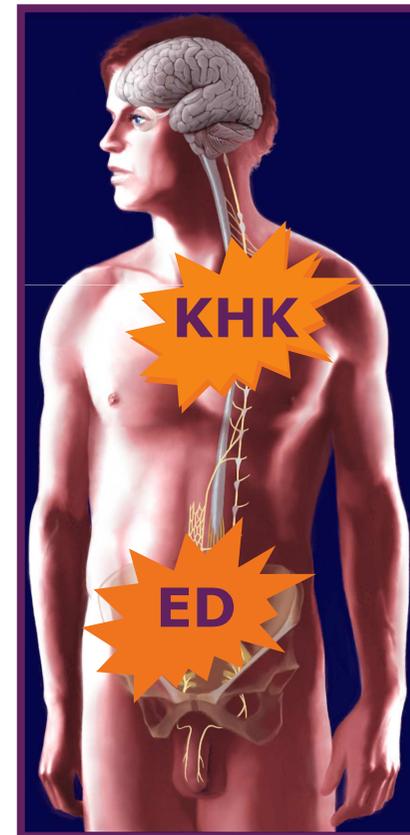
Diabetes mellitus

Hypertonie, Rauchen

Hypercholesterinämie

OP im kleinen Becken

Hormonstörungen

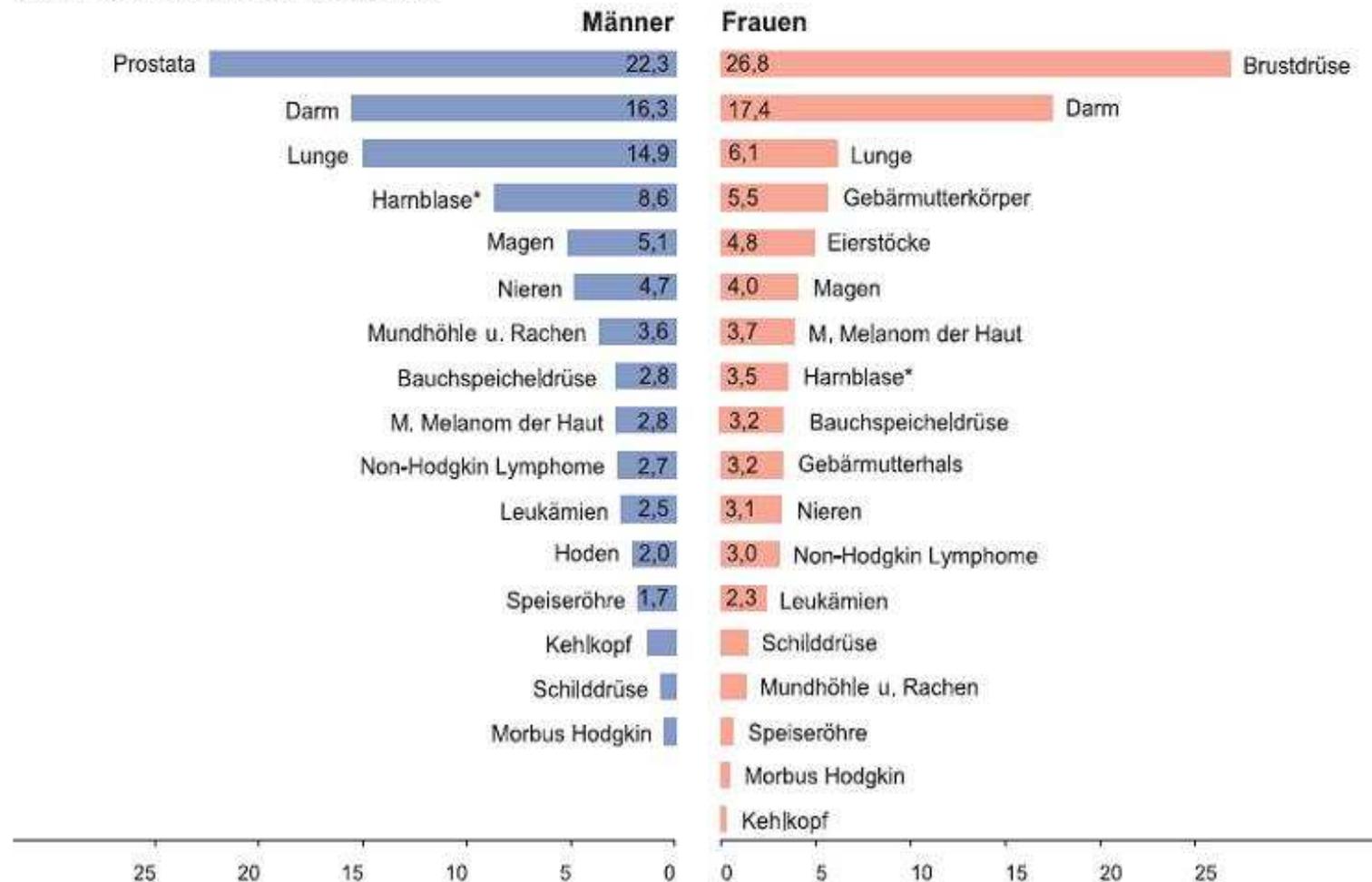


Feldman HA et al. *J Urol* 1994 Jan;151(1):54-61, Montorsi et al. *JSM* (2006)

Häufigkeit Prostatakarzinom

Die Prostata – Der „wunde“ Punkt des Mannes

Prozentualer Anteil an der geschätzten Zahl der Krebsneuerkrankungen in Deutschland 2002
 Männer n= 218.250, Frauen n= 206.000

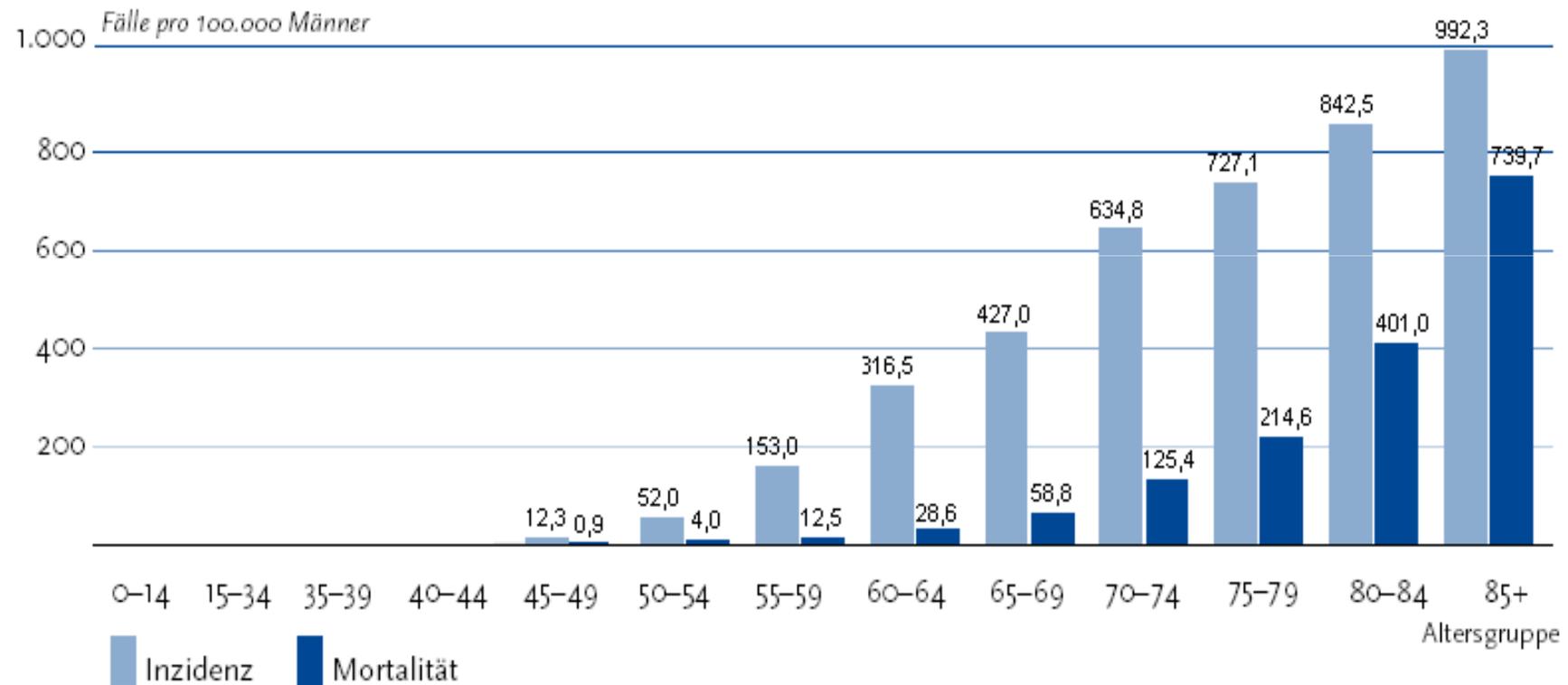


* einschließlich bösartiger Neubildungen in situ und Neubildungen unsicheren Verhaltens

Die Prostata – Der „wunde“ Punkt des Mannes

Alterspezifische Erkrankungsraten (Inzidenz) und Sterblichkeit (Mortalität) für Prostatakrebs in Deutschland 2002

Datenquelle: GEKID e.V. mit dem Robert Koch-Institut (2006); Statistisches Bundesamt

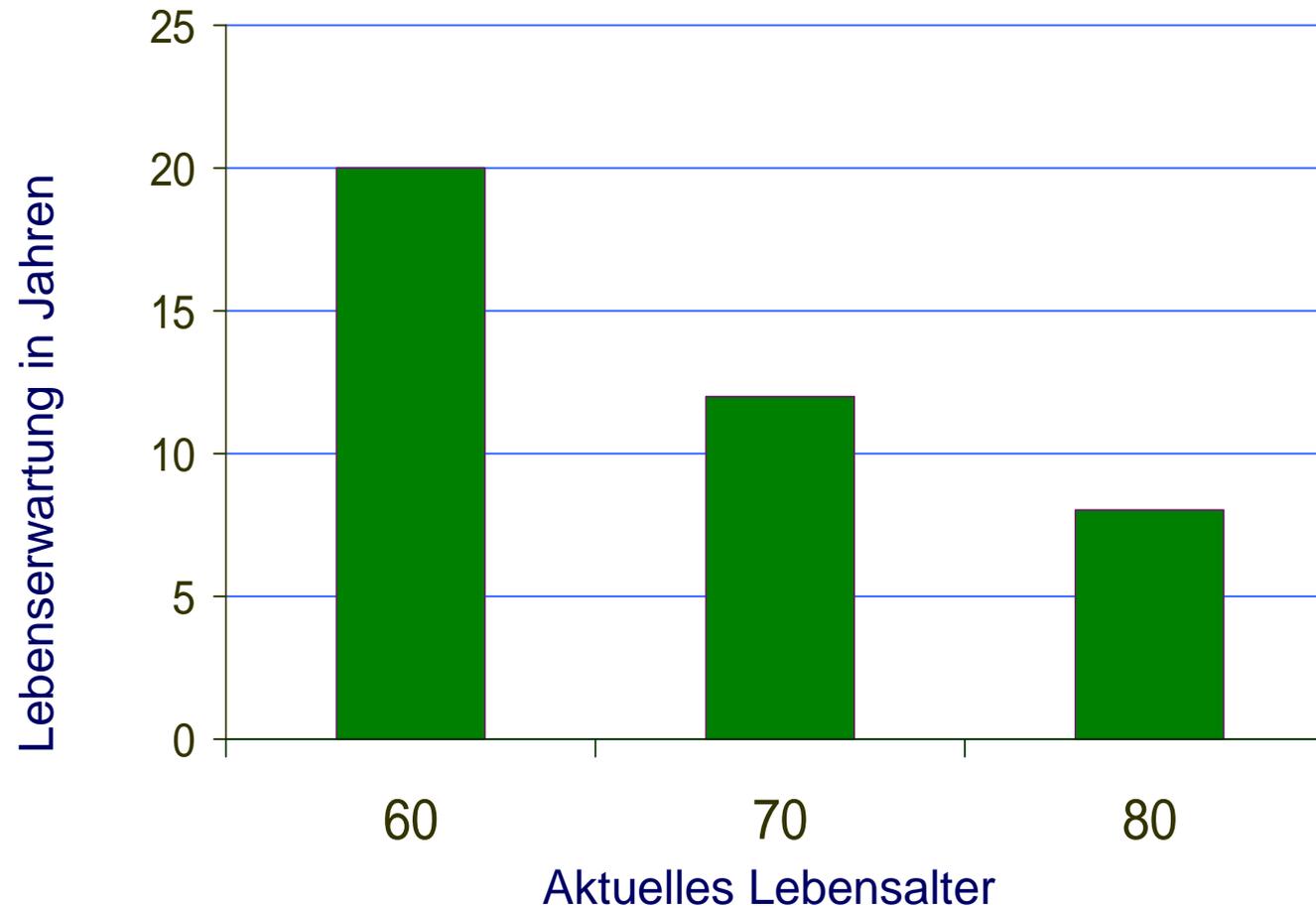


Prostatakrebs



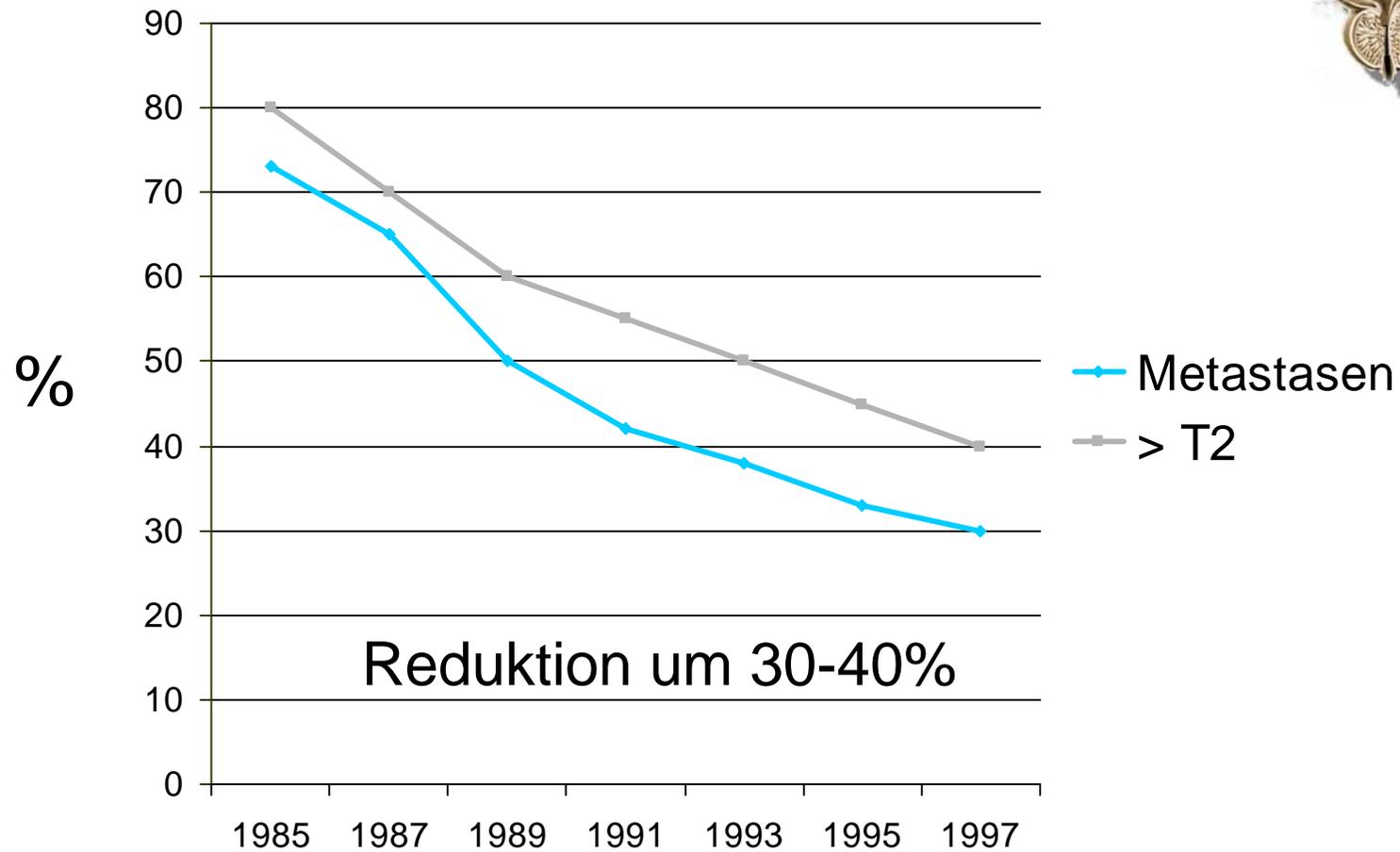
- Häufigstes „Männer-Malignom“
- >100/100000 Neuerkrankungen/Jahr
- Ca. 60000 Neuerkrankungen/Jahr BRD
- Häufigkeitsgipfel mit 70 Jahren
- Inzidenzanstieg 3-8% pro Jahr (Diagnostik !)

Lebenserwartung tumorfreier Männer



Differenzierte Therapie in Abhängigkeit von Alter und Morbidität
Nicht jeder Patient muss behandelt werden

Fortgeschrittene Prostatakarzinome seit verbreitetem PSA-Test in USA



Prostatakrebs

Interdisziplinäre S3-Leitlinie - 9/2009



- PSA-Screening Nutzen **nicht** eindeutig – LoE 1
- Wenn Wunsch, dann PSA und Digital-Rektal – LoE 1 bis 2
- Nur digital-rektal **nicht** ausreichend – LoE 2
- PSA zur Früherkennung ab 40 Lj. mit mehr als 10 Jahre Lebenserwartung
- Bildgebung zur Früherkennung **nicht** geeignet
- Therapie-Frühkarzinom: RPE, Radiotherapie, Brachytherapie, active surveillance
- Tumorspezifisches 10-Jahres-Überleben T1-3 N0 M0 = 100%

Screeningproblematik

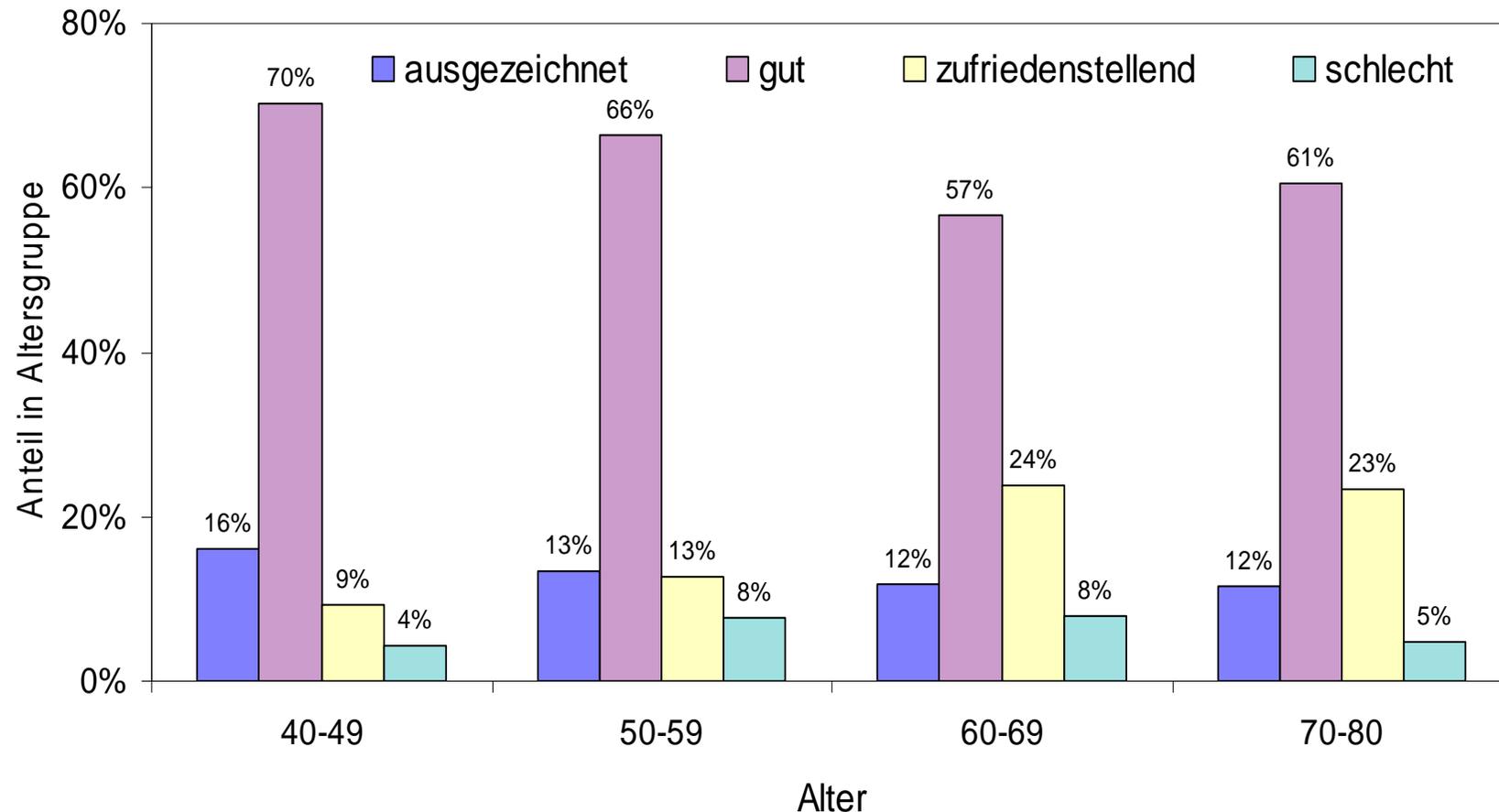


Es ist derzeit nicht eindeutig belegbar, dass die Durchführung des PSA-Screening, Mammographie-Screening und die damit verbundenden Risiken der diagnostischer und therapeutischer Konsequenzen durch eine Lebensverlängerung aufgewogen werden.

Gerettete Männer Prostata-Ca Screening - 1:1410

48 induzierte Mehrbehandlungen um 1 Mann zu retten

Gesundheitszustand Selbsteinschätzung Männer



„Männer fühlen sich immer gut“ – Männerthema: Depression und Burn out

Männer und Depression

- Vergleich depressive Männer und Frauen (stationäre Patienten)

	Mittelwert		Anzahl		p-Wert
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	
• Alter (Jahre)	43,6	40,1	79	115	0,03 *
• Beck Depressionsinventar bei Aufnahme gesamt	21,2	24,9	81	114	0,01**
• Hoffnungslosigkeit (BDI-Item 8)	0,5	0,08	8	12	0,03 *
• Beschwerdeliste (BL) nach v. Zerssen gesamt	31,2	36,7	81	114	0,00**
• BL Vitale Erschöpfung (Items 22, 23, 16, 14, 11, 10, 2)	13,9	15,6	81	114	0,01**

D. h. **depressive Männer** sind im Vergleich zu Frauen signifikant **älter**, **schätzen** sich signifikant geringer depressiv ein, **klagen weniger** über somatische Beschwerden (BL), sind signifikant **weniger häufig erschöpft**, aber subjektiv **hoffnungsloser**

[Wolfersdorf et al. 2007]

Suizidraten in Deutschland seit 1893 nach Geschlecht

Jahr	Männer	Frauen	Jahr	Männer	Frauen
1893	33,6	8,3	1950	30,0	15,1
1895	32,5	8,4	1955	28,4	15,3
1900	32,6	8,5	1960	30,1	16,2
1905	33,4	9,5	1965	29,9	16,3
1910	33,2	10,3	1970	31,1	16,7
1915	22,7	10,7	1975	31,4	17,6
1920	29,3	14,6	1980	31,7	16,3
1925	36,4	13,3	1985	32,4	14,3
1930	40,6	15,7	1990	24,7	10,6
1935	40,7	15,7	1995	23,2	8,7
1940	keine Zahlen vorhanden		2000	20,2	6,9
1945			2005	18,6	6,5
1946	31,8	15,4	2007	17,4	5,7

[aktuell kommen auf 1 Frauensuizid 3 Männersuizide]

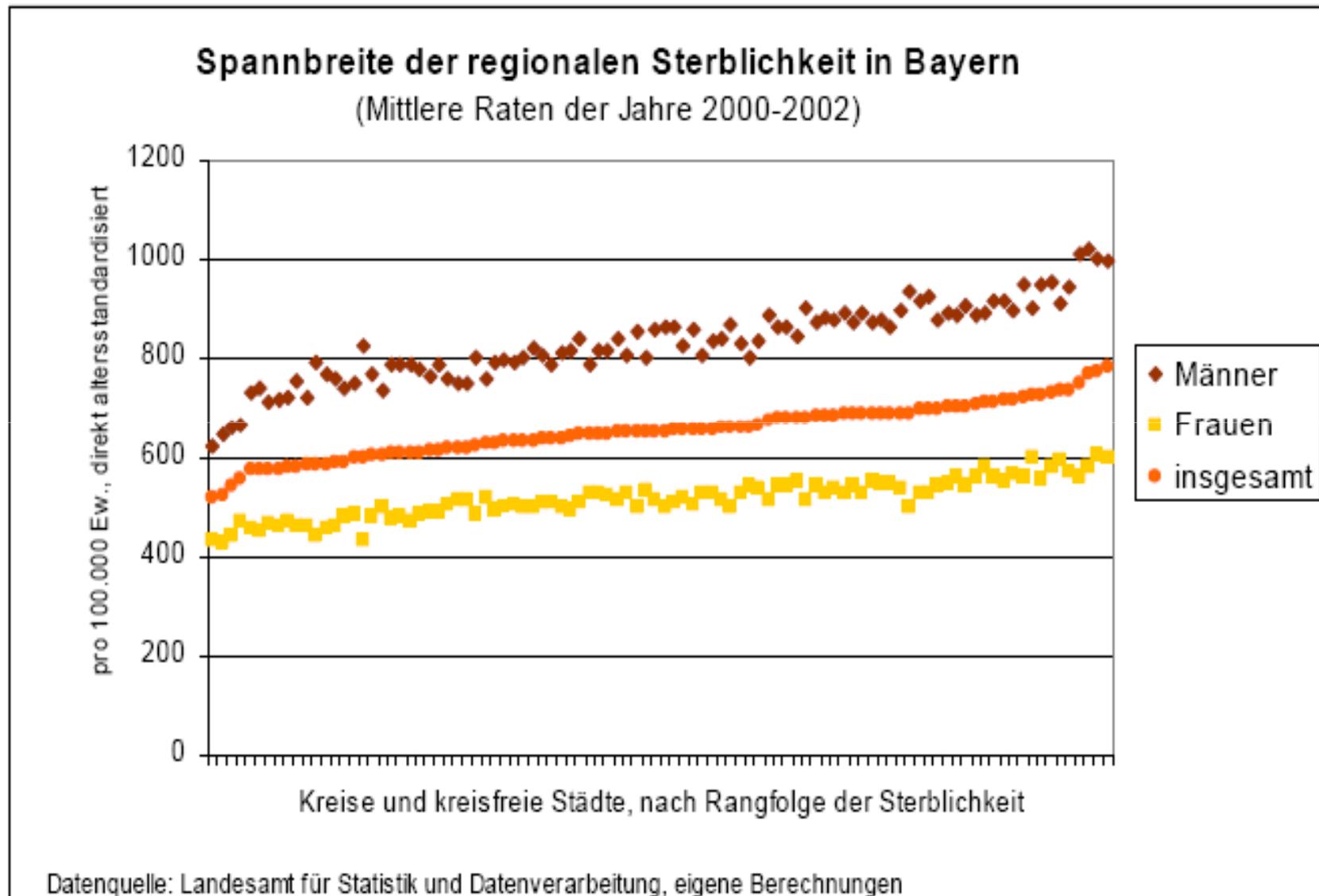
Geschlechtsbezogene Suizidrate

Männer bringen sich in allen Altersklassen häufiger um!

Frauen reden in allen Altersklassen häufiger über Selbstmord!

- Suizide in der Alterklasse > 70 Jahre
Frauen zu Männer 1:3-8
- Versuchte Suizide alle Altersklassen
Frauen zu Männer 20:1

Regionalisierung eines Internetportals?



Konzept der verlorenen Lebensjahre - < 65 Lebensjahr

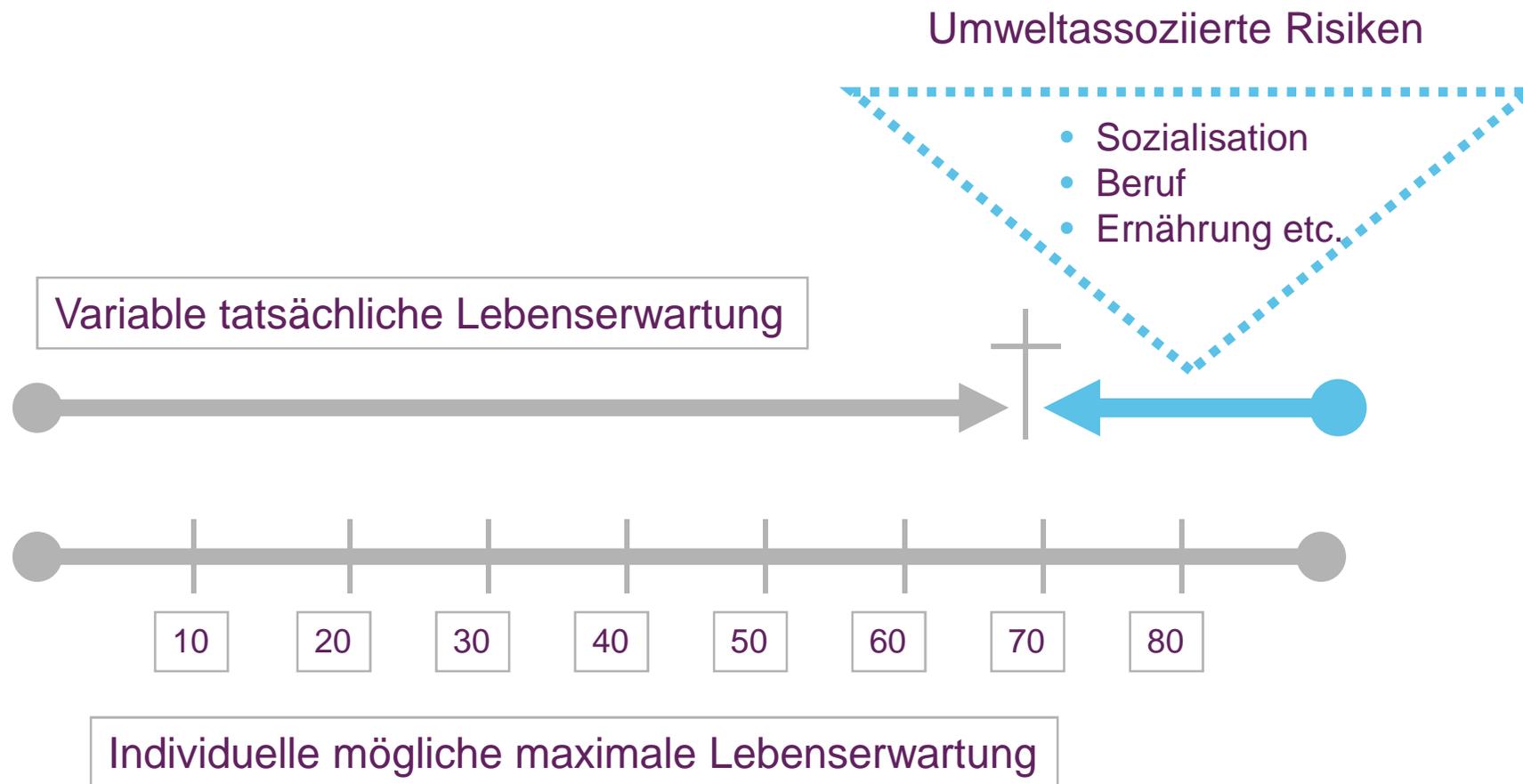
Verlorene Lebensjahre 2002, Anteil der wichtigsten Diagnosen an allen verlorenen Lebensjahren		
	Männer	Frauen
Verletzungen, Vergiftungen (S00-T98)	28,7 %	15,7 %
Neubildungen (C00-D48)	20,2 %	33,4 %
Kreislaufsystem (I00-I99)	16,3 %	11,1 %
Verdauungssystem (K00-K93)	6,9 %	5,9 %
Folgen der Perinatalperiode (P00-P96)	5,7 %	8,8 %
Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten (Q00-Q99)	4,8 %	8,1 %
Datenquelle: www.gbe-bund.de, eigene Berechnungen		

Männer: Umwelt- und verhaltensbezogene Risiken

Frauen: Onkologische Risiken

d.h. unterschiedliche geschlechtsspezifische
regionale Präventionskonzepte

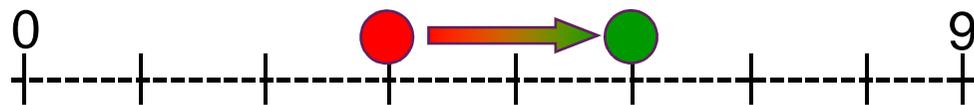
Männliche Lebenserwartung und Risiken



Mediterrane Ernährung ist das Ziel

n = 22.043 Probanden (EPIC-Studie)
prospektiv auf alimentäre Gewohnheiten
untersucht und Mortalitäten erfaßt.

Diet-score (0....9) für mediterrane Kostform

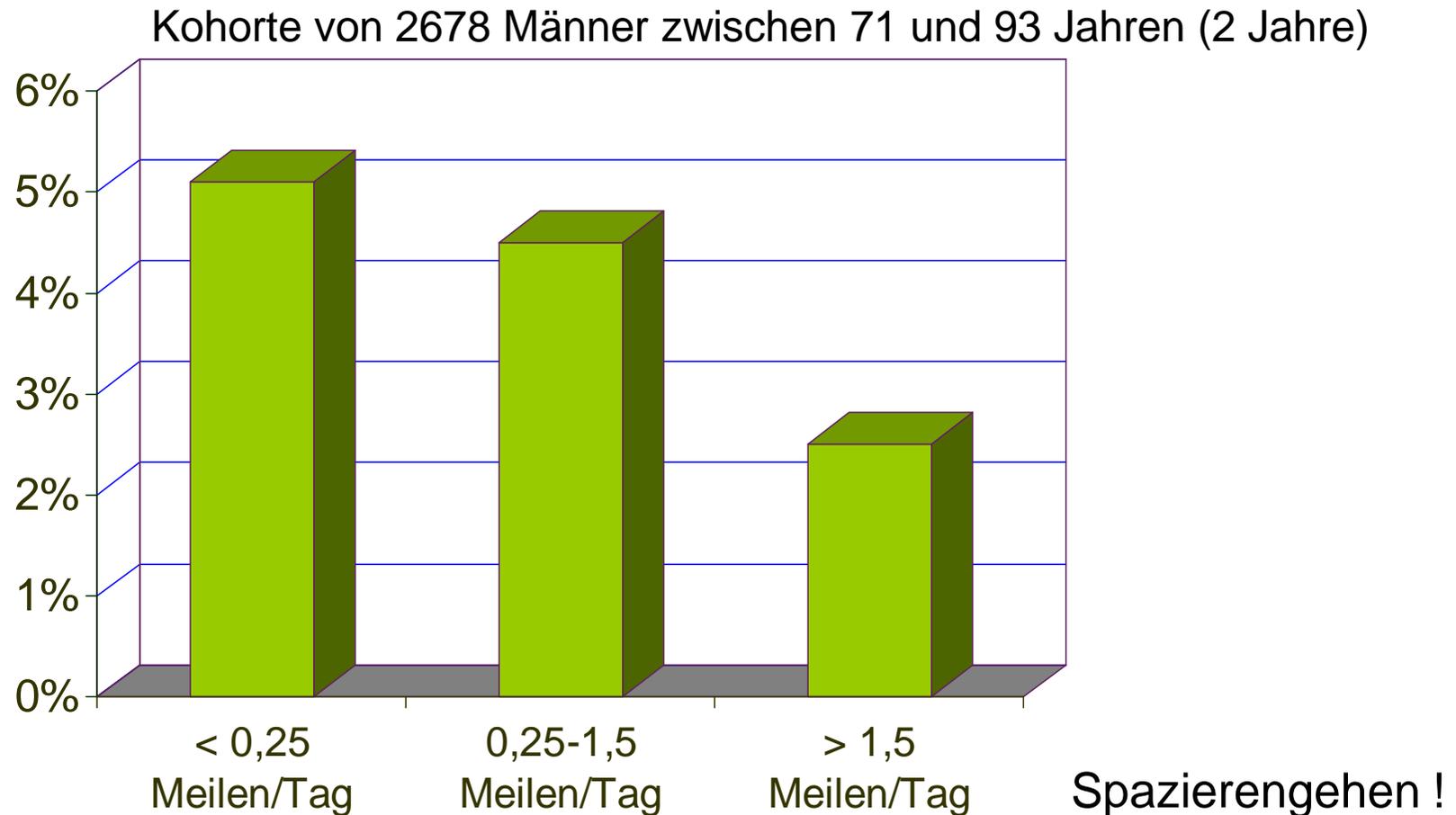


2 Punkte mehr auf dem Score korrelieren
mit einer 25%-igen Reduktion der Mortalität.

Trichopoulou et al. (NEJM) 2003



Körperliche Aktivität und unspezifische Mortalität

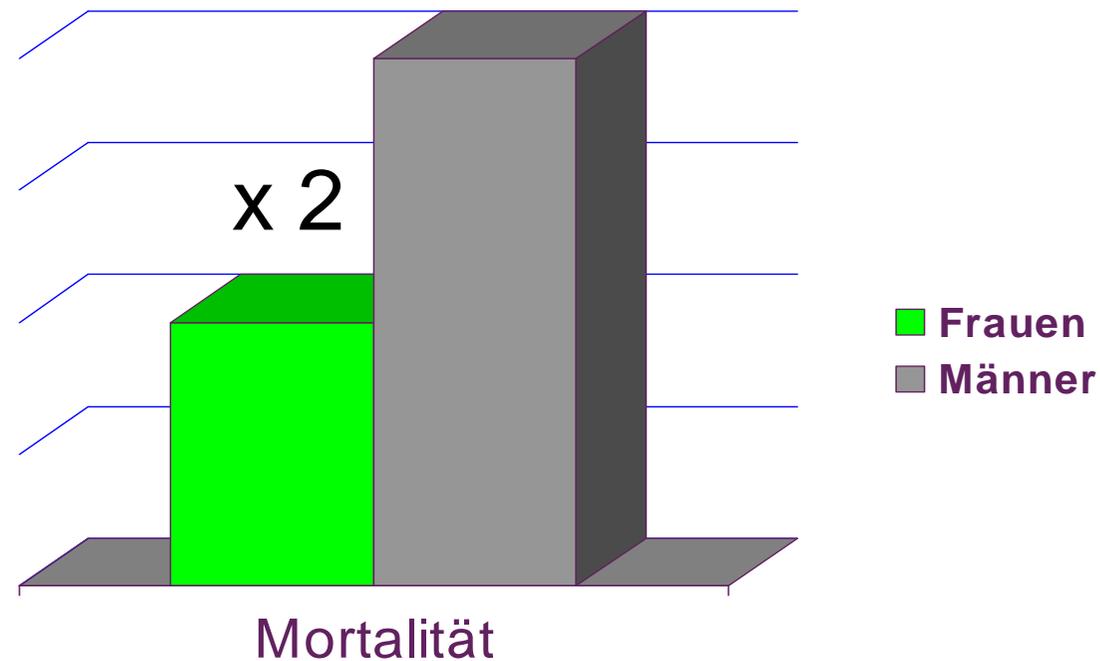


Amy et al. Circulation (1999), Löllgen Dtsch. Ärzteblatt (2004)

Ehe und Männer



Sterblichkeit nach Verlust des Ehepartners
Doppelte männliche Mortalität innerhalb 4 Jahren



➔ Männer profitieren von einer stabilen Partnerschaft

Martikainen (1996) n=1,5 Millionen Paare

Unser Fallbeispiel U.W.

Herzinfarkttrisiko 30% in den nächsten 10 Jahren

Onkologisches Risiko > 10% in den nächsten 12 Jahren

Was hat der „Männerarzt“ zu tun?

Feste Partnerin - Tanzen/Musik/Sprachkurs/Reisen etc.

Hobby - Kegeln, Schach, Rosenzüchten, Oldtimer etc.

Kreislauf - 2x wöchentlich - 45 Minuten joggen/walken/schwimmen

Muskulatur - 2x wöchentlich - 20 Minuten - Fitnessprogramm

Ernährungsplan - z.B. 4 Basistage + 3 Schlemmertage-Konzept

Diabetes- Ausschluss – Glukosetoleranztest

Schilddrüsenabklärung – evtl. Substitution

Testosteronkontrolle und Prostatavorsorge

Rauchentwöhnung – Gruppentherapie, med. Begleitung

Medikation - RR-Einstellung/Lipidsenkung, PDE5-Inhibitor



Zusammenfassung

- Männer sind in gesundheitlich vulnerabler
- Männerspezifische Risiken werden wenig thematisiert
- Regionale Unterschiede in der BRD wenig thematisiert
- Unabdingbare Elemente eines Internet-Portals aus ärztlicher Sicht
 - Koronare Herzkrankheit, Adipositas
 - Erektile Dysfunktion, Sexualität
 - PSA, Miktionsprobleme
 - Depression/Burn out
 - Partnerschaftunterstützung
 - Körperliche Aktivität, Ernährung

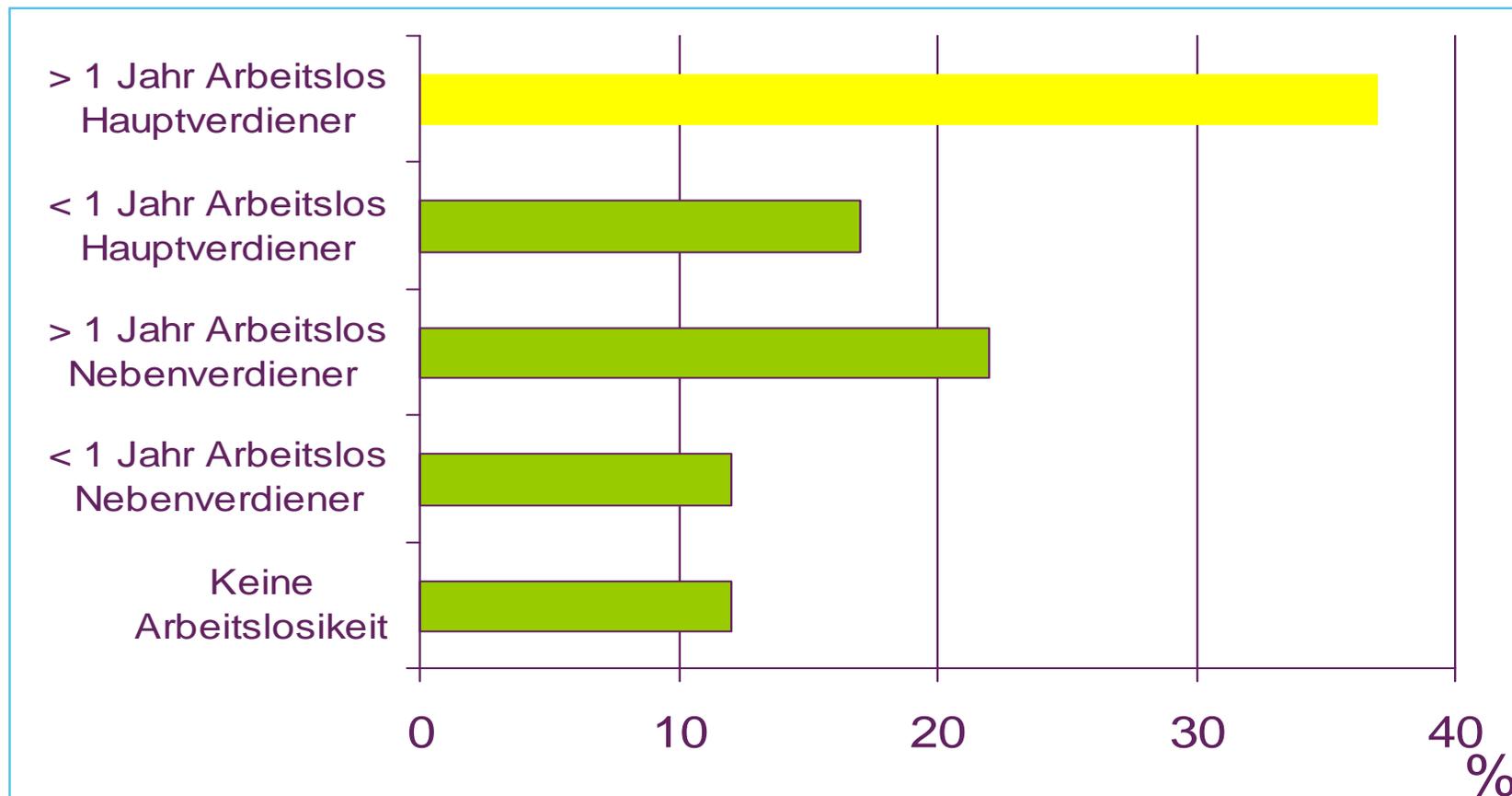


Back up



Arbeitslosigkeit und Männergesundheit

Schlechter oder weniger guter Gesundheitszustand



Zeitliche Trends der Sterblichkeit an akutem Myokardinfarkt je 100.000 Einwohner nach Geschlecht in Deutschland in den Jahren 1990 und 2003. Quelle: Todesursachenstatistik, Statistisches Bundesamt, 1990: ICD-9: 410; 2003: ICD-10: I21

Altersgruppen	Frauen		Männer	
	1990	2003	1990	2003
25 bis 29	1	0	2	1
30 bis 34	1	1	5	2
35 bis 39	2	1	11	6
40 bis 44	5	3	26	17
45 bis 49	9	6	50	33
50 bis 54	16	11	91	55
55 bis 59	37	18	178	86
60 bis 64	75	36	306	133
65 bis 69	153	72	486	220
70 bis 74	256	155	705	360
75 bis 79	480	274	1.055	543
80 bis 84	695	490	1.275	817
85 bis 89	922	866	1.410	1.226
ab 90	1.009	1.181	1.459	1.404

PROCAM Score

Alter (Jahre)

35-39	0
40-44	6
45-49	11
50-54	16
55-59	21
60-65	26

LDL-Cholesterin (mg/dl)

<100	0
100-129	5
130-159	10
160-189	14
>189	20

Systolischer

Blutdruck (mm Hg)

<120	0
120-129	2
130-139	3
140-159	5
>=160	8

Triglyzeride (mg/dl)

<100	0
100-149	2
150-199	3
>199	4

HDL-Cholesterin (mg/dl)

<35	11
35-44	8
45-54	5
>54	0

Raucher

Nein	0
Ja	8

Diabetiker

Nein	0
Ja	6

Positive Familien- anamnese

Nein	0
Ja	4

Assmann, Cullen, Schulte;
Circulation, 105: 310-315; 2002

PROCAM Score

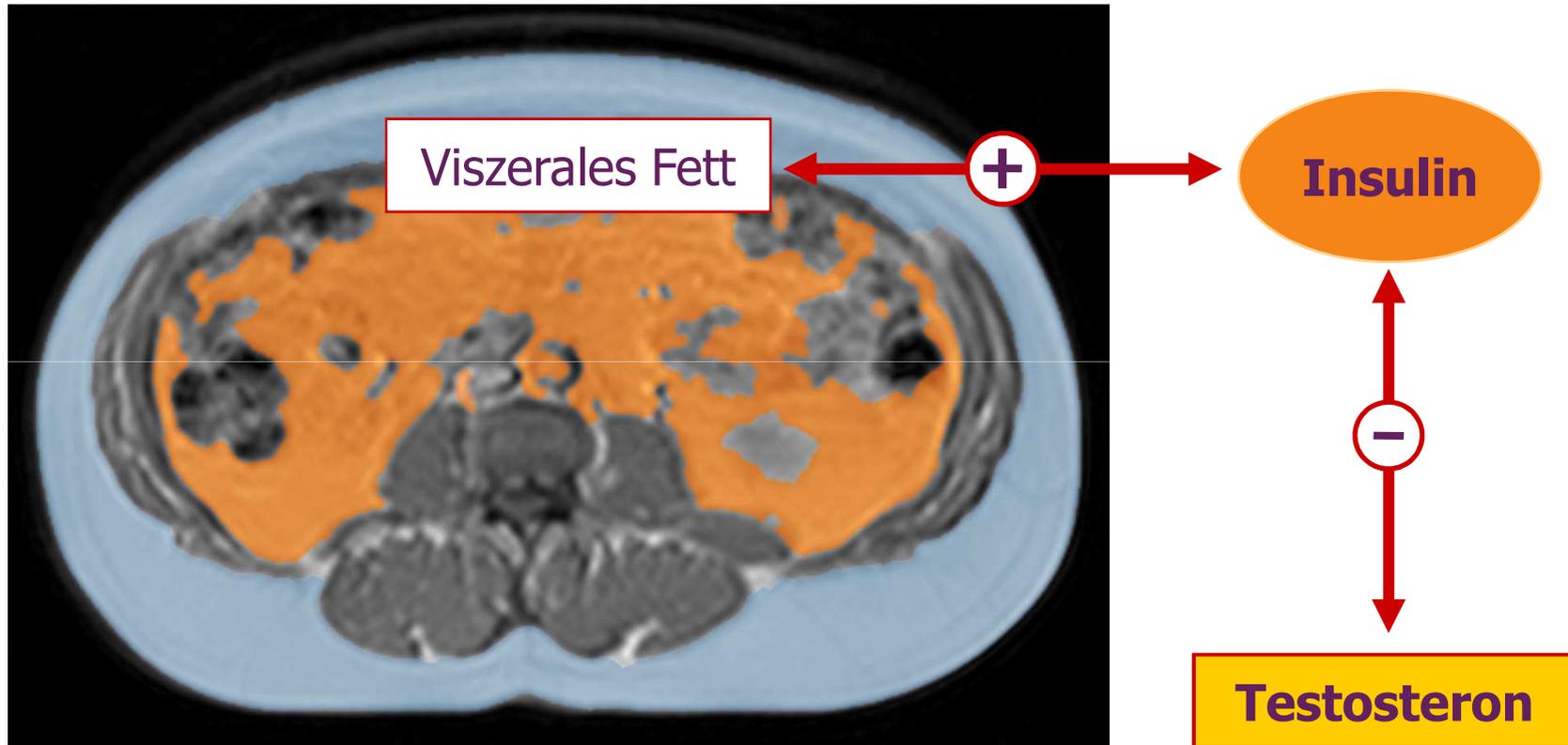
Anzahl der Punkte	Herzinfarktrisiko in 10 Jahren (%)	Anzahl der Punkte	Herzinfarktrisiko in 10 Jahren (%)	Anzahl der Punkte	Herzinfarktrisiko in 10 Jahren (%)
≤ 20	≤ 1.0	35	4.0	50	15.5
21	1.1	36	4.2	51	16.8
22	1.2	37	4.8	52	17.5
23	1.3	38	5.1	53	19.6
24	1.4	39	5.7	54	21.7
25	1.6	40	6.1	55	22.2
26	1.7	41	7.0	56	23.8
27	1.8	42	7.4	57	25.1
28	1.9	43	8.0	58	28.0
29	2.3	44	8.8	59	29.4
30	2.4	45	10.2	≥ 60	≥ 30.0
31	2.8	46	10.5		
32	2.9	47	10.7		
33	3.3	48	12.8		
34	3.5	49	13.2		

Herzinfarktmorbidität und koronare Mortalität je 100.000 Einwohner nach Alter und Geschlecht für Deutschland 2000/02 auf Grundlage der Daten der Region Augsburg. Quellen: Altersbereich 25 bis 74 Jahre: MONICA/KORA Herzinfarktregister Augsburg 2000/02; Altersbereich ≥ 75 Jahre unter Verwendung von Daten der Todesursachenstatistik 2002

Altersgruppen	Männer		Frauen		Männer je Frau	
	Morbidität	Mortalität	Morbidität	Mortalität	Morbidität	Mortalität
	Register 2000/02					
25 bis 29	2	0	2	2	1	-
30 bis 34	22	11	3	0	8,2	-
35 bis 39	45	10	6	0	7,4	-
40 bis 44	120	28	24	7	5,1	4
45 bis 49	247	76	39	8	6,3	9,4
50 bis 54	386	95	93	29	4,1	3,2
55 bis 59	524	189	120	48	4,4	4
60 bis 64	759	368	207	80	3,7	4,6
65 bis 69	1072	500	351	167	3,1	3
70 bis 74	1578	913	667	403	2,4	2,3
75 bis 79	1705	1279	895	671	1,9	1,9
80 bis 84	2744	2195	1714	1371	1,6	1,6
≥ 85	5129	4464	4392	3846	1,2	1,2
Altersstandardisierte Gesamtsterblichkeit	478	291	229	161	2,1	1,8

Abdominale Adipositas

"Viszerale Adipositas", "Zentrale Adipositas"

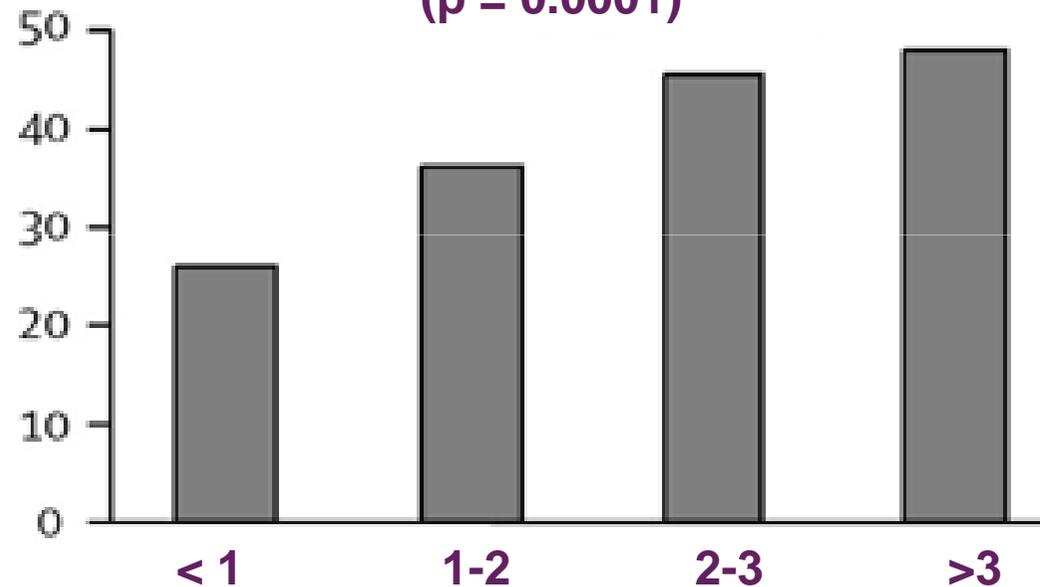


Adipositas und Fernsehen

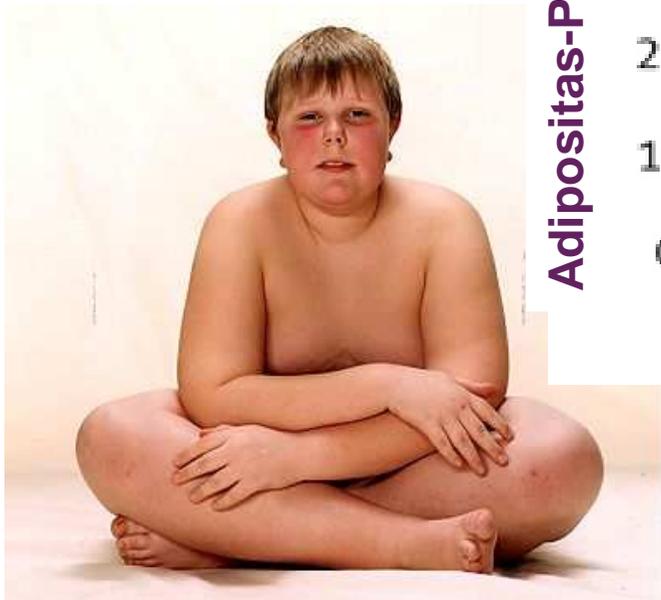
Langzeitbeobachtung von 1037 Kindern ab dem 3. Lebensjahr

Übergewicht im Alter von 26 Jahren
($p = 0.0001$)

Adipositas-Prävalenz (%)



Fernsehverhalten im Alter von 5-15 Jahren
(Stunden pro Tag)

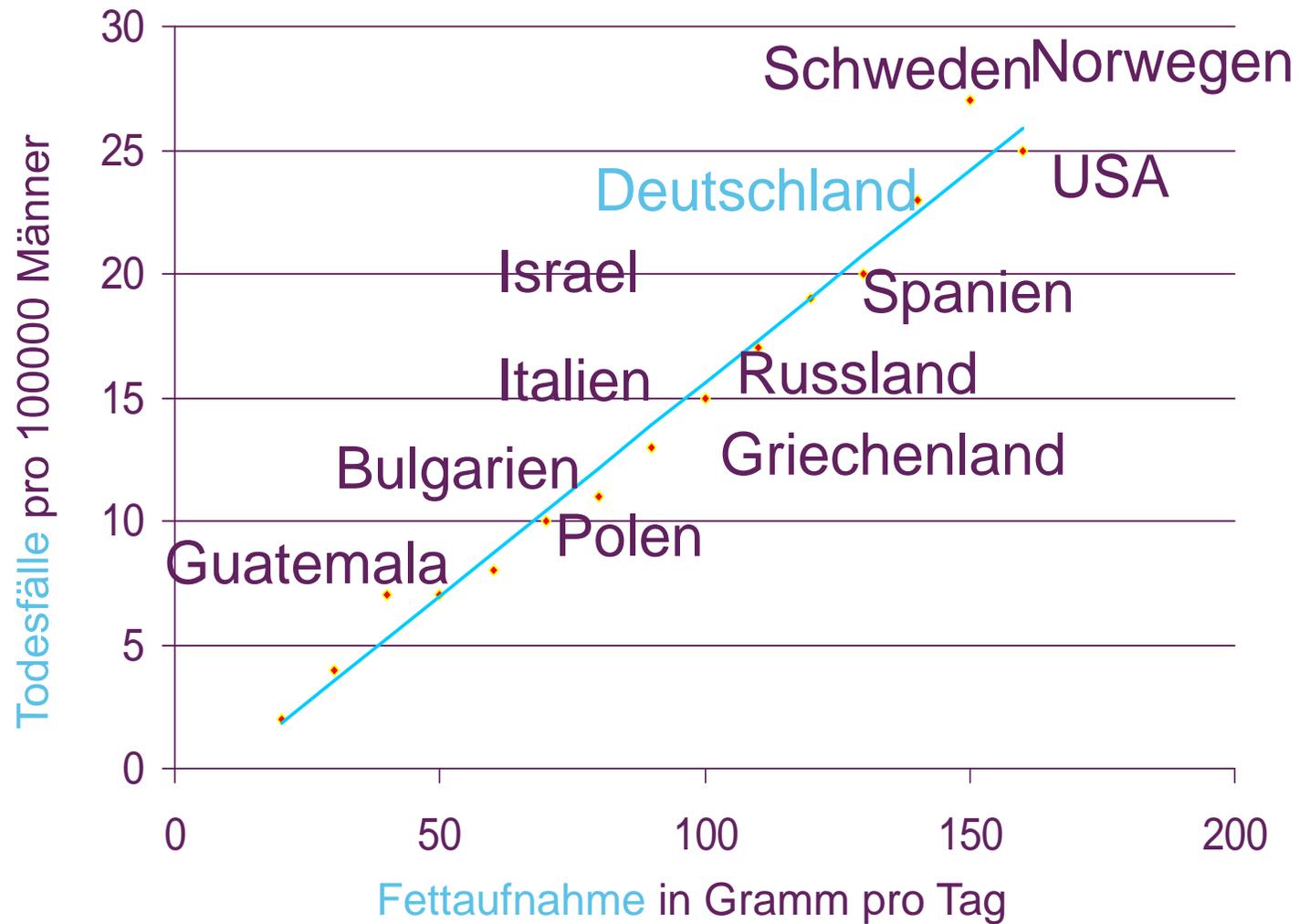


Einfluss der Adipositas auf die Sterblichkeit an unterschiedlichen Karzinomen

Männer

Karzinom - BMI	Relatives Risiko der Mortalität
Prostatakarzinom ≥ 35	1,34
Non-Hodgkin Lymphome ≥ 35	1,49
Alle Karzinome ≥ 40	1,52
Alle anderen Karzinome ≥ 30	1,68
Nierenzellkarzinom ≥ 35	1,70
Plasmozytom ≥ 35	1,71
Gallenblasenkarzinom ≥ 30	1,76
Kolorektale Karzinome ≥ 35	1,84
Ösophaguskarzinom ≥ 30	1,91
Magenkarzinom ≥ 35	1,94
Pankreaskarzinom ≥ 35	2,61
Leberkarzinom ≥ 35	4,52

Prostatakrebs und Ernährung





Selbsttötungen

Männer sterben wesentlich häufiger durch Selbsttötungen als Frauen. Im Jahr 2002 kamen in Bayern 1.396 Männer und 474 Frauen durch „vorsätzliche Selbstbeschädigung“, wie es in der Todesursachenstatistik heißt, ums Leben (GBE 2004). Bei jüngeren Männern sind Selbsttötungen nach den Unfällen die häufigste Todesursache: sie machen ca. 20 % (!) aller Sterbefälle dieser Altersgruppe aus:

Prozent-Anteil der vorsätzlichen Selbstbeschädigungen an allen Sterbefällen bei Männern in Bayern nach Alter, Jahr 2000

unter 15	15 bis 25	25 bis 45	45 bis 65	65 bis 75	75 und älter
1,4	19,1	18,0	3,8	1,3	0,7

Datenquelle: LfStaD, eigene Berechnungen

Wenngleich der Anteil der Selbsttötungen an allen Sterbefällen bei jungen Männern besonders hoch ist, so bedeutet das nicht, dass auch das absolute Risiko, durch Selbsttötung zu sterben, bei jungen Männern am höchsten ist. Dieses Risiko steigt vielmehr mit dem Alter an, wie die folgende Tabelle zeigt. Dabei liegt die Suizidrate in Bayern bis ins hohe Alter über der in Deutschland:

**Altersspezifische Sterblichkeit (Sterbefälle pro 100.000) vorsätzliche Selbstbeschädigung nach Alter, Jahr 2002
Männliche Bevölkerung, Bayern und Deutschland im Vergleich**

	15-20	20-25	25-30	30-35	35-40	40-45	75-80	85-90
Bayern	13,2	23,5	18,6	18,3	24,3	29,1	54,6	97,5
Deutschland	10,6	14,6	13,7	17,8	19,9	24,5	45,8	105,1

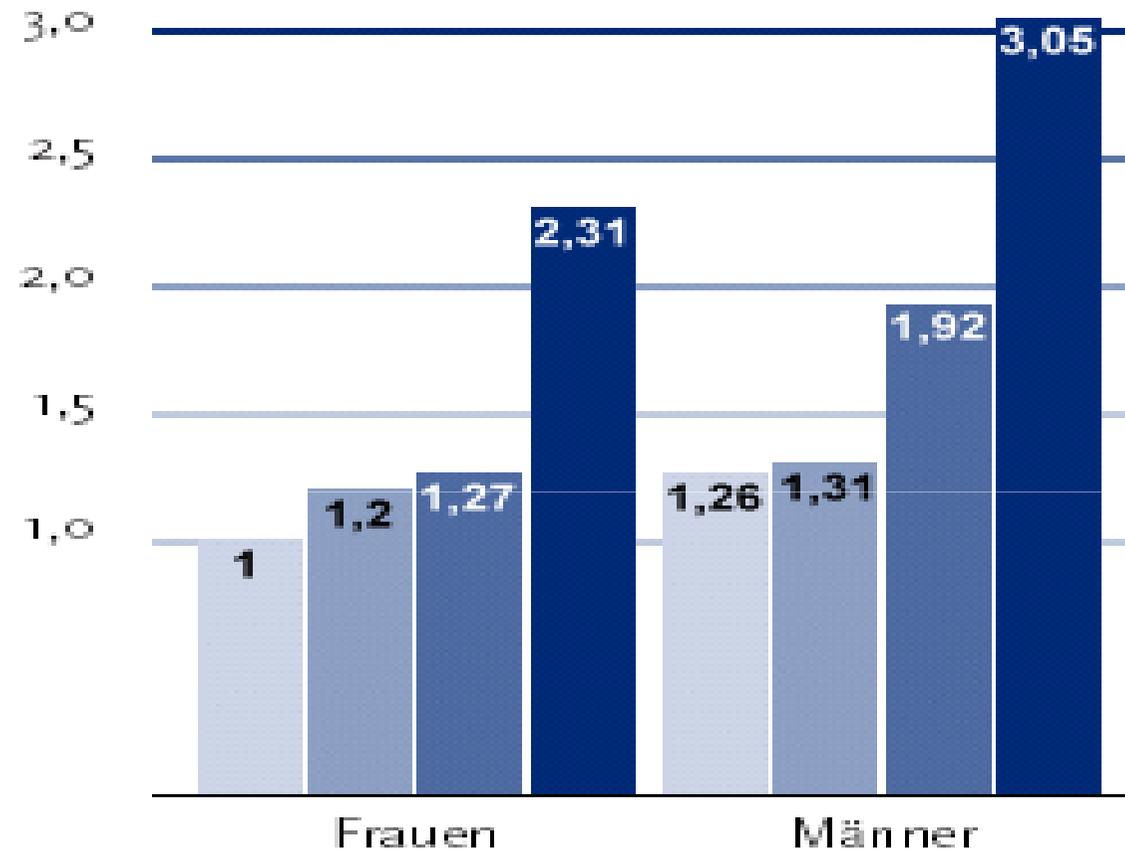
Datenquelle: www.gbe-bund.de, download vom 27.4.2004

← überrascht?

Bayern mit höherer Suizidrate als Bundesdurchschnitt!

Standardisierter Mortalitätsindex in Abhängigkeit vom BMI

Quelle: Düsseldorf Obesity Mortality Study



Mortalitätsindex

