

Petition Männergesundheit 2

Gesendet an den Petitionsausschuss des Deutschen Bundestages am 02.11.05

Petition

Betreff: Männergesundheit

Anlagen:

- Liste mit Originalunterschriften (128)
- Liste von E-Mail-Unterstützungen (ca. 350)
- Artikel: Männer sind anders depressiv als Frauen
- Artikel über PSA-Bestimmungsinitiative im Saarland
- Artikel über Brustkrebs bei Männern
- Scan-Kopie eines Antwortschreibens der Patienten-/Patientinnenbeauftragte
- Scan-Kopie eines Antwortschreibens des Gemeinsamen Bundesausschusses
- Schreiben vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziales zur Hautkrebsfrüherkennung

Zusammenfassung:

Wir fordern:

- **Gleiche Einstiegsaltersgrenzen für Frauen und Männer in die gesetzliche Hautkrebsfrüherkennung.**
- **Ergänzung der Frauengesundheitsberichte durch Männergesundheitsberichte.**
- **Ergänzung der Frauengesundheitsdatenbank durch eine Männergesundheitsdatenbank in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.**
- **Die Bekämpfung von Prostatakrebs soll ein offizielles Gesundheitsziel der Bundesregierung werden.**
- **Anpassung der gesetzlichen Prostatakrebsfrüherkennung an den Stand der Medizin durch Erweiterung um eine PSA-Wert-Bestimmung, einer transrektalen**

Ultraschalluntersuchung und einer Urinuntersuchung neben der herkömmlichen Tastuntersuchung.

- Gleiche Teilhabe von behinderten Jungen und Männer an den Sozialleistungen im Sozialgesetzbuch IX.
- Gleiche Teilhabe von Jungen und Männern an Präventionsmaßnahmen gegen AIDS.
- [Information von männlichen Jugendlichen über die Problematik von Hodenkrebs und die Möglichkeit der Selbstdiagnose.]

Erläuterung

Hinweis: Die in eckige Klammern gesetzten Texte sind nach der Auslage für die Unterschriften auf Grund zwischenzeitlich neuerer Erkenntnisse hinzugefügt worden.

1. Einstieg in die Hautkrebsfrüherkennung

Wir knüpfen hier an unsere frühere Petition Nr. 2-15-15-21 26-00669010004 an. Die Neuerkrankungs- und Mortalitätsrate bei Hautkrebs nimmt drastisch zu. Es gibt seit vielen Jahren eine gesetzliche Hautkrebsfrüherkennung. Für Männer beginnt der Einstieg in diese Früherkennung jedoch erst ab dem 45. Lebensjahr und damit 15 Jahre später als für Frauen (Einstiegsaltersgrenze ab dem 30. Lebensjahr), obwohl in dieser Altersspanne (30 bis 45) etwa 50% mehr Männer an Hautkrebs erkranken und sterben als Frauen.

Die Daten für Hautkrebs sind laut Krebsatlas im Jahr 2000:

Männer: 1161 Fälle/100000

Frauen: 1017 Fälle/100000

Männer: 1,79 Stand. Mort. Rate

Frauen: 1,12 Stand. Mort. Rate

Die Krebsgefährdung ist insgesamt für Männer also höher als für Frauen.

Betrachtet man die Fallzahlen des Hautkrebses für die Altersgruppe 30 bis 44, also

der Altersgruppe, in der Männern eine gesetzliche Krebsfrüherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs vorenthalten wird, ergeben sich folgende Zahlen:

Männer: 109 Fälle/100000

Frauen: 74 Fälle/100000

Männer: 3,2 Stand. Mort. Rate

Frauen: 2,2 Stand. Mort. Rate

In der Antwort auf die o.g. Petition wurde bezüglich des Hinweises auf die Ungleichbehandlung von Frauen und Männern bei der Einstiegsaltergrenze für die gesetzliche Hautkrebsfrüherkennung auf einen Modellversuch in Schleswig Holstein verwiesen. Wir sind mittlerweile darüber informiert, dass die Ergebnisse dieses Versuches ausgewertet sind, wissen aber nichts über die weiteren Absichten bezüglich unseres Anliegens. Wir möchten darauf hinweisen, dass auch bei negativem Ausgang des Versuches die unterschiedlichen Einstiegsaltergrenzen von Frauen und Männern bei der Hautkrebsfrüherkennung u.E. nicht verfassungskonform (Verstoß gegen Artikel 3 des GG) wären.

Auf Anfrage von uns mit Datum vom 13.12.04 teilte uns das Sozialministerium mit, dass die Zuständigkeit der Einstiegsaltergrenze beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) läge und dass mit einer eventuellen Änderung der Richtlinie im Laufe des Jahres 2005 zu rechnen sei.

Unser Anliegen bezieht sich nicht auf die Einführung einer neuen Form der Hautkrebsfrüherkennung (Hautkrebsscreening), sondern auf die Beseitigung der Diskriminierung der männlichen Mitbürger durch die unterschiedlichen Einstiegsaltergrenzen für die schon bestehende Hautkrebsfrüherkennung. Nach Artikel 3 des GG besteht der Grundsatz der Gleichberechtigung für Männer und Frauen und nach Absatz 2 Satz 2 des Artikels 3 ist der Staat verpflichtet die tatsächliche Durchsetzung der Gleichberechtigung von Frauen und Männern zu fördern und auf die Beseitigung bestehender Nachteile hinzuwirken.

Die unterschiedlichen Einstiegsaltersgrenzen sind für Hautkrebs nicht wissenschaftlich begründet. Dies kann jede/r Hautkrebsarzt/ärztin bestätigen. Eine wissenschaftliche Begründung der unterschiedlichen Einstiegsaltersgrenzen liegt bei den geschlechtsspezifischen oder geschlechtstypischen Krebsarten, wie Brust- und Prostatakrebs vor. Hautkrebs ist jedoch nicht geschlechtsspezifisch, die Untersuchungsmethoden sind unabhängig vom Geschlecht gleich und haben die gleiche Effektivität.

Der Grund für die unterschiedlichen Einstiegsaltersgrenzen liegt vielmehr in der Historie begründet. Als die gesetzliche Früherkennung eingeführt wurde (1971) wurden nur geschlechtsspezifische Krebsarten betrachtet. Man hat deshalb für Frauen 20 und für Männer 45 als Einstiegsaltersgrenze festgelegt und im Sozialgesetzbuch verankert. Diese Grenzen waren für die geschlechtsspezifischen Krebsarten seinerzeit vermutlich wissenschaftlich begründet. Die Krebsfrüherkennung für Hautkrebs wurde 1982 eingeführt. Das Gesetz blieb jedoch unverändert. Zwar legen in Deutschland Krankenkassen und Ärzte die Einstiegsaltersgrenzen in den Krebsfrüherkennungsrichtlinien fest, diese können jedoch die Einstiegsaltersgrenze nicht niedriger legen, als gesetzlich zulässig ist. Und im Sozialgesetzbuch ist eben die Mindesteinstiegsaltersgrenze für Frauen bei 20 und bei Männern ein Vierteljahrhundert später bei 45 festgelegt. So hatten Krankenkassen und Ärzte keine Möglichkeit auch für Männer eine Einstiegsaltersgrenze von 30 festzulegen, wie für Frauen. Diese Benachteiligung existiert nun schon seit fast einem Vierteljahrhundert unverändert.

[Der Gemeinsame Ausschuss der Krankenkassen und Ärzte hat mittlerweile bestätigt, dass die unterschiedlichen Altersgrenzen nicht wissenschaftlich begründet sind (siehe Anlage GA), sondern vielmehr auf die gesetzlich festgelegten Einstiegsaltersgrenzen zurück zu führen seien, die seinerzeit bei der Einführung der gesetzlichen Hautkrebsfrüherkennung unterlassen wurde. Somit ist auch die Aussage des Sozialministeriums nicht korrekt, das die Verantwortung der Ungleichbehandlung dem Gemeinsamen Ausschuss zuschiebt. Vielmehr liegt es an der Untätigkeit der politisch Verantwortlichen, die Einstiegsaltersgrenzen an die neuen Hautkrebsuntersuchungen anzupassen, dass männlichen Mitbürgern seit vielen Jahren diese gesetzliche Hautkrebsfrüherkennung von 30 bis 45 vorenthalten

wird.

In der Antwort des Petitionsausschusses vom 28.11.2003, Pet. 2-15-15-2126-006690, steht in der Beschlussempfehlung auf Seite 9:

„Der Petitionsausschuss geht zwar davon aus, dass sowohl die Politik als auch die Ärzte die Bedeutung der Krebsfrüherkennungsuntersuchungen erkannt haben. Hinsichtlich des so häufigen Hautkrebses wird auch eine Gleichstellung von Männern und Frauen angekündigt.“

Wir müssen feststellen, dass diese Ankündigung der Gleichstellung von Männer und Frauen in den zwei vergangenen Jahren von den politisch Verantwortlichen nicht realisiert wurde.]

Wir beschweren uns darüber, dass unser Anliegen zur Beendigung der Diskriminierung männlicher Mitbürger durch die wissenschaftlich nicht begründbaren späteren Einstiegsaltersgrenzen zur gesetzlichen Hautkrebsfrüherkennung missachtet wird, indem immer wieder auf eine neue Hautkrebsfrüherkennungsmethode hingewiesen [oder die Verantwortung auf den Gemeinsamen Ausschuss der Krankenkassen und Ärzte geschoben] wird, was unserem Anliegen in keiner Weise entspricht bzw. das Fortbestehen der bisher seit mehreren Jahrzehnten bestehenden Diskriminierung in keiner Weise rechtfertigen würde.

Wir bitten um Aufhebung der um ein Vierteljahrhundert spätere Einstiegsaltersgrenze in die gesetzliche Krebsfrüherkennung für Männer im SGB im Gegensatz zu Frauen und eine gleichberechtigte Mindesteinstiegsaltersgrenze für Männer wie für Frauen und die Festsetzung einer gleichen Einstiegsaltersgrenze für Frauen und Männer für die gesetzliche Hautkrebsfrüherkennung.

[Wir beschweren uns weiterhin speziell über die Untätigkeit der Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten. Obwohl hier ein begründeter Verdacht auf eine verfassungswidrige Ungleichbehandlung männlicher Mitbürger bei der Hautkrebsfrüherkennung vorliegt, bleibt sie untätig. Die

Begründung, mit der sie ihre fehlende Tätigkeit im vorliegenden Fall rechtfertigt (siehe Anhang PB) ist nicht überzeugend.]

2. Männergesundheitsbericht

Regelmäßig werden Frauengesundheitsberichte erstellt, Männergesundheitsberichte jedoch nicht. [Männer haben in Deutschland eine um etwa 6 Jahre geringere Lebenserwartung. In jedem Lebensalter ist die Sterberate (Mortalität) der Männer höher als die der Frauen. Dies beginnt schon bei der Geburt (115 Jungen- zu 100 Mädchen-Totgeburten je 100.000), gilt auch für den plötzlichen Kindstod (74,4 zu 56,6 je 100.000) und in der Gruppe der 15- bis 65-Jährigen ist die Mortalität der Männer sogar um mehr als das doppelte höher als die der Frauen [1]. Die Anzahl der Suizide ist bei allen Altersgruppen bei männlichen Mitbürgern um weit über das doppelte höher als bei weiblichen Mitbürgern [1]. Im Jahr 1990 lag die altersbedingte Sterblichkeitsrate je 100.000 Personen für Männer in Deutschland bei 180,0 (West) und 159,3 (Ost) und für Frauen bei 109,4 (West) bzw. 97,0 (Ost) [2]. An Verletzungen und Vergiftungen starben im Jahr 2001 21.600 Männer und 12.700 Frauen [3]. Auch Schwerbehinderung trifft Männer öfters. Im Alter von 15 bis 24 sind 2% der Männer und 1% der Frauen schwerbehindert, im Alter von 60 bis 64 sogar schon 20% der Männer und 13 % der Frauen (bezogen auf das Jahr 2001) [4]. Dies sind nur wenige Beispiele, die zeigen, dass Männer fast jede Krankheitsstatistik anführen.] Es gibt deshalb keinen Grund, den Gesundheitszustand männlicher Mitbürger als unwichtig oder weniger wichtig zu erachten. Aber genau dies tut man, wenn man bei einer geschlechtsspezifischen Gesundheitsbetrachtung männliche Mitbürger ausgrenzt.

Zwar gibt es Gesundheitsberichte, die für Frauen wie Männer erstellt werden, aber diese können natürlich die geschlechtsspezifischen Aspekte bei Weitem nicht vollständig erfassen. Sonst wäre ja auch ein spezieller Frauengesundheitsbericht überflüssig. In solchen Männergesundheitsberichten könnten auf spezielle Männerkrankheiten oder auf die Männer spezifische Indikation und Auswirkung von Krankheiten eingegangen werden. Nachfolgend sind nur einige solche Themen aufgeführt, die in vergleichenden Gesundheitsberichten keine Erwähnung finden:

a) Depressionen zeigen bei Männern andere Auswirkungen

Bei vielen Männern äußern sich Depressionen nicht in Antriebslosigkeit und Angst wie bei den meisten Frauen, Männer reagieren eher mit Ärger und Feindseligkeit. (vgl. hierzu beigefügten Artikel „Männer sind anders depressiv“, Anlage MD)

b) Brustkrebs

Bei der Brustkrebsproblematik wird bislang unterschätzt, dass auch Männer an Brustkrebs erkranken können. Die Brustkrebserkrankungsrate bei Männer steigt seit einigen Jahren stetig (vgl. hierzu beigefügten Artikel „Immer mehr Männer erkranken an Brustkrebs“, Anlage MB)

c) Hodenkrebs

Bei dieser männerspezifischen Krebsart zeigt sich das seltene Phänomen einer zweigipfeligen Altersverteilung mit einer hohen Inzidenz bzw. Mortalität bei jüngeren Männern im Alter zwischen 20 und 40 Jahren, einer Altersgruppe, die durch das Sozialgesetzbuch nicht abgedeckt ist und in der junge Männer mit einer solchen Problematik gar nicht rechnen. So zeigt laut Krebsatlas die Altersgruppe 20 bis 45 (1998-2000) eine Fallzahl von 110/HTsd und die nachfolgende Altersgruppe von 45 bis 70 (1998-2000) eine Fallzahl von 55/HTsd. Eine rechtzeitige Sensibilisierung für männliche Jugendliche wäre deshalb hier notwendig.

d) Leistenbruch

Leistenbruch ist eine der häufigsten Krankheiten bei Männern (etwa 90% der Leistenbruch-Patienten sind Männer; vgl. hierzu „Alles, was Männer über ihre Gesundheit wissen sollten“ von Dr. Ian Banks, Oesch Verlag).

e) Trennungsväter

Schon lange gibt es Hinweise für die besonderen gesundheitlichen Belastungen von Scheidungsvätern. Als Beispiel seien die Studie von Erika Neubauer, Alleinerziehende Mütter und Väter – Eine Analyse der Gesamtsituation, Stuttgart 1989, oder der Vortrag von Prof. Albrecht Göschel auf dem 3. Familienkongress des „Väteraufbruch für Kinder“ in Halle am 06.11.2004 genannt.

f) Männer und Arbeit

Die Arbeitsunfallstatistiken zeigen eine deutliche geschlechtsspezifische

Abhängigkeit der Arbeitsunfallhäufigkeit. Nach dem Bericht „Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2000“ betrug die Zahl der tödlichen Arbeitsunfälle 1.051 für Männer und 102 für Frauen. Dieser Bereich stellt deshalb ein nicht unwesentliches Potential für eine Verbesserung der Männergesundheitssituation dar.

In Österreich gibt es mittlerweile einen Männergesundheitsbericht neben einem Frauengesundheitsbericht. In Italien soll nach unseren Informationen ein Männergesundheitsbericht in Planung sein.

Wir beschweren uns, dass die zuständigen Stellen im Gegensatz zum Frauengesundheitsbericht keinen Männergesundheitsbericht erstellen, der die gesundheitliche Situation der männlichen Mitbürger detailliert erfasst. Dies widerspricht eindeutig Gender Mainstreaming, das die objektive Erfassung der Situation beider Geschlechter in gleichem Maße als notwendige Grundlage für eine weiterführende Geschlechterpolitik fordert.

Literatur

[1] aus Thomas Altgeld „Männergesundheit“ [2004]; Beitrag von Martin Merbach, Elmar Brähler „Daten zu Krankheiten und Sterblichkeit von Jungen und Männern“; Verlag Juventa

[2] Krebsatlas des Deutschen Krebsforschungszentrums Heidelberg

[3] Pressemitteilung des Statistischen Bundesamtes vom 13.01.03 „Jeder zweite Gestorbene erlag im Jahr 2001 einer Kreislauferkrankung“

[4] Statistisches Bundesamt 2001]

3. Männergesundheitsdatenbank

Bereits im Jahr 1998 wurde im Gesundheitsbericht für Deutschland versucht, der Darstellung der Geschlechterdifferenzen einen hohen Stellenwert einzuräumen. Bei vielen Themenbereichen war eine geschlechterdifferenzierte Betrachtung jedoch nicht möglich, da das diesbezügliche Datenmaterial zu gering war. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung führt mittlerweile eine Frauengesundheitsdatenbank, die diesem Datenmissstand entgegenwirken soll. Auf die Führung einer analogen Männergesundheitsdatenbank wird jedoch verzichtet.

Auch dies ist mit Gender Mainstreaming nicht vereinbar und zeigt zudem, dass bei der Darstellung der Geschlechterdifferenzen der Situation der männlichen Bevölkerung geringerer Stellenwert eingeräumt wird. [Die politisch Verantwortlichen sind offensichtlich an der aktuellen gesundheitlichen Lage männlicher Mitbürger in Deutschland nicht bzw. nur nachrangig interessiert.

In diesem Zusammenhang möchten wir auch kritisieren, dass die BzgA schon bei der Aufmachung der Homepage männliche Mitbürger zu wenig anspricht. Auf der Homepage werden 4 Frauen gezeigt, kein Mann. Ein an Männergesundheit interessierter Mitbürger wird bei der Internetrecherche diese Seite somit für eine Frauengesundheitsseite halten.]

Wir beschweren uns, dass die BzgA trotz Gender Mainstreaming neben der Frauengesundheitsdatenbank keine Männergesundheitsdatenbank führt und bitten um Einführung einer solchen oder zumindest im Sinne des Gender Mainstreaming die Umwandlung der Frauengesundheitsdatenbank in eine Gender-Gesundheitsdatenbank, in die auch Männergesundheitsdaten aufgenommen werden.

4. Prostatakrebs

Prostatakrebs ist die häufigste Tumorart beim Mann. Krebs der Prostata ist nach Lungen- und Darmkrebs mit einem Anteil von 10.3 % im Westen die dritthäufigste und im Osten (nach Magenkrebs an dritter Stelle) mit einem Anteil von 8.2 % die vierthäufigste Krebstodesursache bei Männern (vgl. Krebsatlas).

4.1 Gesundheitsziel

Im Dezember 2000 hat das Bundesgesundheitsministerium mit der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und –gestaltung e.V. (GVG) ein Projekt ins Leben gerufen, nach dem konkrete Vorschläge zur Einführung von Gesundheitszielen als Handlungsgrundlagen für die Akteure im Gesundheitswesen exemplarisch erarbeitet werden sollen. Während die Bekämpfung von Brustkrebs als ein solches Gesundheitsziel formuliert wurde, ist die Bekämpfung von Prostatakrebs kein Gesundheitsziel.

Wir bitten darum, dass die Bundesregierung die Bekämpfung von Prostatakrebs

offiziell als Gesundheitsziel aufnimmt.

4.2 Früherkennungsumfang

Der bisherige Früherkennungsumfang ist auf dem Stand von 1971. Er besteht lediglich in der Tastuntersuchung. Mittlerweile gibt es jedoch eine Vielzahl weitere Möglichkeiten der Früherkennungsuntersuchung:

Blutuntersuchung mit Bestimmung des Prostataspezifisches Antigens (PSA):

Das Verfahren hat eine hohe Aussagekraft. Bei einer Erhöhung des PSA-Wertes besteht eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für ein Prostatakarzinom. Wir kennen allerdings die Problematik, dass z.B. auch große Prostataedrüsen und auch Entzündungen der Prostata erhöhte PSA-Werte hervorrufen können. Deshalb kann die PSA-Untersuchung nicht allein stehen, sondern muss im Kontext zu anderen Untersuchungswerten betrachtet werden. Solche andere Methoden sind:

Urinuntersuchung:

Im Labor wird der Urin auf Blut und infektiöse Erreger untersucht. Ein positives Ergebnis kann auf Prostatakrebs hinweisen.

Transrektaler / Transvesikaler Ultraschall der Prostata:

Beim transrektalen Ultraschall (TRUS) wird die Ultraschallsonde in den Enddarm eingeführt. Durch die Nachbarschaft von Enddarm und Prostata wird die Beurteilung des Prostatagewebes im Ultraschall und somit das Erkennen von krebsverdächtigen Arealen innerhalb der Prostata ermöglicht. Außerdem erhält man mit dieser Untersuchung Hinweise darüber, ob das Prostatakarzinom auf die Prostata begrenzt ist.

Neben der Ultraschalluntersuchung über den Enddarm ist eine Untersuchung der Prostata auch im transvesikalen Ultraschall möglich, wobei der Ultraschallkopf auf den Unterbauch aufgesetzt wird. Der transrektale Ultraschall ermöglicht jedoch genauere Aussagen.

Stanzbiopsie der Prostata (TRUS mit PE):

Im Rahmen einer transrektalen Ultraschalluntersuchung werden durch den Enddarm

mit einer Nadel Gewebeproben aus der Prostata entnommen. Diese Untersuchung kann sowohl in Narkose als auch in Lokalanästhesie durchgeführt werden und ist schmerzarm. Das entnommene Gewebe wird anschließend auf Krebszellen untersucht. Diese Methode ist sicher erst dann sinnvoll, wenn schon eine ausreichend hohe Wahrscheinlichkeit für die Existenz eines Prostatakarzinoms vorliegt.

Nach Rücksprache mit Urologen beträgt die Sicherheit einer Prostatauntersuchung bei den verschiedenen Arten in etwa wie folgt:

- PSA (30%)
- Transrektaler Ultraschall der Prostata (TRUS) (30%)
- DRUS (30%)

Dies ergäbe zusammen eine sehr hohe bei der Sicherheit der Früherkennung. Die Kosten für die drei Untersuchungen einschließlich einer Urinuntersuchung sollten nach Auskunft der Urologen zusammen bei etwa 100 € liegen.

Eine Studie im Saarland aus dem Jahr 2002 zeigte, die schlechte Vorsorgementalität der Männer bei der Prostatakrebsfrüherkennung hängt sehr wohl auch damit zusammen, dass eine sinnvolle Früherkennungsuntersuchung aus eigener Tasche bezahlt werden muss. (vgl. hierzu beigefügten Artikel über die saarländische Studie Anhang SSt.).

Wir beschweren uns, dass die gesetzliche Prostatakrebsfrüherkennung auf dem Stand von 1971 stehen geblieben ist, obwohl die Medizin hier schon wesentliche Fortschritte gemacht hat. Wir bitten um Erweiterung des Leistungsangebotes der gesetzlichen Prostatakrebsfrüherkennung um die Bestimmung des PSA-Wertes, einer transrektalen Ultraschalluntersuchung (TRUS) und einer Urinuntersuchung neben der herkömmlichen Tastuntersuchung.

[Wir beschweren uns weiterhin, dass durch dieses erhebliche Defizit zwischen dem Stand der Medizin und der gesetzlichen Prostatakrebsfrüherkennung erhebliche soziale Ungerechtigkeiten geschaffen werden (100 € kann sich ein Gutverdiener sicher problemlos leisten, ein sozial Schwacher sicher nicht), ohne dass die politisch

Verantwortlichen bislang Bereitschaft gezeigt hätten, diese soziale Ungerechtigkeit abzubauen.]

4.3 Einstiegsaltersgrenze – ZURÜCKGESTELLT

5. Gleiche Sozialleistungen für männliche Behinderte

Ab 1.07.2001 sind laut §44 Sozialgesetzbuch IX Selbstbehauptungs- und Selbstverteidigungskurse für behinderte Mädchen und Frauen eine gesetzliche Sozialleistung, für männliche Behinderte jedoch nicht. Dies widerspricht dem Gleichberechtigungsgrundsatz. Behinderte werden immer häufiger Opfer von Überfällen oder Belästigungen. Dies betrifft auch männliche Behinderte. Auch wenn die registrierte Zahl bei den männlichen Behinderten als Opfer solcher Übergriffe noch niedriger sein sollte, rechtfertigt dies nicht die Ungleichbehandlung, da auch männliche Behinderte vermehrt Ziel von Angriffen werden.

Wir beschweren uns, dass behinderten Jungen und Männern laut §44 Sozialgesetzbuch IX Selbstverteidigungskurse als Sozialleistung nicht zugestanden werden.

6. Präventionsmaßnahmen gegen AIDS

Die Zahl der von AIDS Betroffenen steigt ständig. Aus diesem Grunde sind Aufklärungskampagnen und Präventionsmaßnahmen eine wichtige Aufgabe deutscher Gesundheitspolitik. 80% der von AIDS Betroffenen in Deutschland sind Jungen oder Männer. Diese Zahl zeigt, dass einseitige AIDS-Kampagnen, bei denen Jungen und Männer als Zielgruppe ausgegrenzt werden, wie dies in der AIDS-Kampagne 2004 geschehen ist, völlig unpassend und unverhältnismäßig sind. Dies spiegelt aber das ambivalente Engagement der politisch Verantwortlichen im Bereich der Gesundheitsprävention wieder, wie sie hier Anlass zur Beschwerde in dieser Petition ist. Wir betonen, dass wir keine geschlechtsspezifischen AIDS-Kampagnen kritisieren, aber wenn solche Kampagnen geschlechtsspezifisch gestaltet werden sollen, dann sollte es solche geschlechtsspezifische Kampagnen für Jungen und Männer ebenso geben wie für Frauen und Mädchen.

Wir fordern: Gleiche Teilhabe von Jungen und Männern an Präventionsmaßnahmen gegen AIDS.

7. Selbstdiagnosemaßnahmen für Hodenkrebs

Auch hier möchten wir an unsere frühere Petition zur Krebsfrüherkennung anknüpfen. Bei dieser männerspezifischen Krebsart zeigt sich das seltene Phänomen einer zweigipfligen Altersverteilung mit einer hohen Inzidenz bzw. Mortalität bei jüngeren Männern im Alter zwischen 20 und 40 Jahren.

So zeigt laut Krebsatlas die Altersgruppe 20 bis 45 (1998-200) eine Fallzahl von 110/HTsd und die nachfolgende Altersgruppe von 45 bis 70 (1998-2000) eine Fallzahl von 55/HTsd.

Der Petitionsausschuss hat mit Antwortschreiben vom 28.11.2003 zu diesem Thema dargelegt:

„Zum Hodenkrebs bleibt festzustellen, dass diesbezüglich kein Krebsfrüherkennungsprogramm existiert. Das BMGS begründet dies damit, dass Hodenkrebs mit ca. 3280 neuen Fällen pro Jahr, mit weniger als 2% aller bösartigen Neubildungen und einem Anteil von 0,2% aller krebsbedingten Todesfälle bei Männern zu den eher seltenen Krebserkrankungen gehöre. Außerdem geben es keine spezifische ärztliche Untersuchungsmethode zur Früherkennung; jedermann könne durch eine einfach durchzuführende Selbstuntersuchung eine verdächtigen Befund feststellen.

Vor diesem Hintergrund erscheint es dem Petitionsausschuss nicht sinnvoll, für den Hodenkrebs Früherkennungsprogramme aufzunehmen.“

Die Darlegungen sind nachvollziehbar. Dennoch muss festgehalten werden, dass eine Selbstuntersuchung nur dann erfolgen kann, wenn die Problematik Hodenkrebs und die Möglichkeit sowie das Vorgehen bei einer Selbstuntersuchung bekannt sind. Dies ist bei männlichen Jugendlichen und jungen Männern (wie oben dargelegt existiert das erste Hauptmaximum von Hodenkrebs im Alter zwischen 20 und 40) nicht unbedingt anzunehmen. Es geht daher nicht um eine offizielle Früherkennungsuntersuchung durch den Arzt sondern um eine Aufklärung der

männlichen Jugendlichen in einem bestimmten Alter, so dass diese überhaupt auf die Idee kommen eine solche Selbstuntersuchung vorzunehmen. Welcher der Herren im Petitionsausschuss hat im Alter von 20 Jahren über die Möglichkeit eines Hodenkrebses bescheid gewusst und wer hat gewusst, dass es sinnvoll ist, regelmäßig Selbstuntersuchungen vorzunehmen?

Deshalb bitten wir den Petitionsausschuss, in Richtung Aufklärung von männlichen Jugendlichen oder jungen Männern bezüglich Hodenkrebs und Selbstdiagnosemöglichkeiten konkrete Maßnahmen von zuständigen Ministerium zu fordern, vielleicht eine einmalige Aufklärung des Patienten durch den Arzt, wenn der Patient zum ersten mal nach Erreichen des 18. Lebensjahrs untersucht wird oder eine Aufklärung in der Schule. Die Aufklärung über die Problematik und die Selbstdiagnosemöglichkeit von Hodenkrebs wird bislang nicht an deutschen Schulen gelehrt. Woher sollen es diese dann also wissen? Die Chance, darüber Bescheid zu wissen, sollte jungen Männern zugestanden werden.

Schlusswort

Wir denken, es ist an der Zeit alte archaische Bilder vom starken, unverwundbaren Mann auch in der Sozial- und Gesundheitspolitik endgültig über Bord zu werfen. Schon Jungen müssen täglich erkennen, dass der Gesundheitszustand männlicher Mitbürger auch von der Gesellschaft und der Politik als weniger wichtig erachtet wird als der weiblicher Mitbürger. Es ist daher nicht verwunderlich, dass männliche Jugendliche kein gleiches Gesundheitsbewusstsein entwickeln können als junge Frauen.

Die Gleichberechtigung männlicher Mitbürger in der Gesundheitsvorsorge nutzt allen, Männern wie Frauen, sind doch Frauen in den meisten Fällen auch betroffen, wenn Männer erkranken – Ehefrauen, Mütter, Töchter und andere Bekannte und Verwandte.

Vertrauensvoll wenden wir uns an Sie mit der Bitte, sich der o.g. Bitten und Beschwerden anzunehmen und unser Anliegen zu unterstützen.