

4.6 Chronische Erkrankungen und Männlichkeit – Eine intersektionale Perspektive

Aisha-Nusrat Ahmad & Phil C. Langer

Zusammenfassung

Chronische Erkrankungen sind eine der am weitesten verbreiteten sowie folgenreichsten gesundheitlichen Belastungen weltweit. Etwa 60% der Todesfälle weltweit sind auf chronische nicht-infektiöse Krankheiten zurückzuführen. Wobei sowohl das Risiko für eine chronische Erkrankung als auch eine angemessene Gesundheitsversorgung, um einen gelingenden Umgang mit der Erkrankung zu ermöglichen, ungleich verteilt sind. Die gesellschaftliche Ungleichverteilung betrifft unter anderem das Geschlecht, die sexuelle Präferenz, das Alter, den sozialen Status und die Ethnizität. In dem Beitrag wird mit Rekurs auf Männlichkeitstheorien die Folgenhaftigkeit chronischer Erkrankungen auf die sexuelle Gesundheit von Männern dargestellt. Anhand ausgewählter Studienbefunde, vor allem zu Prostatakrebs und HIV, werden die Forschungsdesiderate aufgezeigt, da die Datenlage zu Männlichkeit und Sexualität im Kontext von chronischen Erkrankungen nur fragmentarisch vorliegt. Zudem wird die Notwendigkeit einer intersektionalen Betrachtungsweise der Folgenhaftigkeit chronischer Erkrankungen für die Sexualität und das Männlichkeitsverständnis betroffener Männer dargelegt, denn relativ wenig ist bislang darüber bekannt, wie bestimmte, soziokulturell-bedingte Bilder von Männlichkeit im Kontext chronischer Erkrankung wirksam sind und welche Auswirkung diese Erkrankungen zugleich auch auf die (Neu-)Aushandlungen von Männlichkeit in unterschiedlichen Lebenslagen haben.

Summary: Chronic diseases and masculinity – an intersectional approach

Chronic diseases are one of the most widespread and most serious health problems worldwide. Approximately 60% of the deaths worldwide are due to chronic non-infectious diseases. Whereas the risk to acquire a chronic disease as well as being able to use proper health care that allows a successful coping with chronic disease(s) are unequally distributed. The social inequality refers e.g. to gender, sexual preference, age, social status and ethnicity. With recourse to masculinity theories the article illustrates the consequences of chronic disease on the sexual health of men. Based on selected study findings to especially prostate cancer and HIV, research gaps are pointed out since the data available on masculinity and sexuality in the context of chronic diseases is only presented in a very fragmented way. Additionally, the article points to the need of an intersectional approach for understanding sexuality and masculinity for men that are affected by chronic disease. Especially since little is known so far about the socio-cultural different images of masculinity in the context of chronic disease(s) and the impact of these on the (re)negotiation of masculinity in different life situations.

Überblick

Chronische Erkrankungen stellen eine der am weitesten verbreiteten und folgenreichsten gesundheitlichen Belastungen dar. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) führt weltweit etwa 60%, in High-Income-Ländern mindestens 75% aller Todesfälle auf chronische nicht-infektiöse Krankheiten zurück [1, 2]. Das Risiko, chronisch zu erkranken, die Möglichkeit einer angemessenen Gesundheitsversorgung und damit die Chancen, einen gelingenden Umgang mit der Erkrankung zu finden, sind indes sehr ungleich verteilt. Das bezieht sich nicht nur auf die global ungleiche Verteilung zwischen Low-, Middle- und High-Income-Ländern [1, 2], sondern auch auf die gesellschaftliche Ungleichverteilung in Bezug auf Geschlecht, sexuelle Präferenz, Alter, sozialen Status, Ethnizität u. a. [3]. Der Bericht zur »The State of Men's Health in Europe« stellt fest, dass insgesamt 33% der Frauen und 29% der Männer mindestens von einer chronischen Erkrankung betroffen zu sein berichten. Der Anteil der Männer, die berichten, von einer chronischen Erkrankung betroffen zu sein, steigt mit zunehmendem Alter: In der Altersgruppe der 15–24-Jährigen berichten 9,6%, in der Gruppe der 55–64-Jährigen 43% und in der Gruppe der 75–84-Jährigen 64% unter mindestens einer chronischen Erkrankung zu leiden [4]. Auch für Deutschland ist der Unterschied der Prävalenz chronischer Erkrankungen über alle Altersgruppen hinweg zwischen den Geschlechtern signifikant. Dem Robert Koch-Institut (RKI) zufolge sind 43% der Frauen und 38% der Männer von mindestens einer chronischen Krankheit betroffen. Der Anteil chronisch Erkrankter liegt bei der jüngsten Altersgruppe unter einem Fünftel der Befragten. Bei den über 65-Jährigen geben über die Hälfte der Männer und knapp 60% der Frauen an, eine chronische Krankheit zu haben. Bei Frauen und Männern im Alter zwischen 30 und 64 Jahren zeigt sich ein Zusammenhang zwischen dem Vorhanden-

sein einer chronischen Erkrankung und dem Bildungsstand: Befragte aus der Gruppe der Bildungsbenachteiligten berichten häufiger als Befragte aus den oberen Bildungsgruppen über das Vorhandensein chronischer Krankheit [5]. Angesichts der Entwicklungen neuer biomedizinischer Therapieoptionen und eines forcierten/verstärkten demografischen Wandels ist anzunehmen, dass die Inzidenz und Prävalenz chronischer Erkrankungen in den nächsten Jahrzehnten weiter steigen wird. Insofern lässt sich in Bezug auf chronische Erkrankungen von einer »silent [...] global pandemic« [2] sprechen.

Gerade auch angesichts der weitreichenden Folgen chronischen Krankseins für die Arbeitsfähigkeit, Lebensqualität und sexuelle Gesundheit [6] ist eine diese »Achsen der Ungleichheit« (Axeli Knapp) einbeziehende – intersektionale – Perspektive notwendig, um – im Sinne des vorliegenden Berichtes – die spezifischen Implikationen chronischen Krankseins für die sexuelle Gesundheit von Männern in den Blick zu nehmen [7]. Für die Gesundheit im Verlauf des Alterns sind zusätzlich zur sozialen Ungleichheit, einschließlich des damit zusammenhängenden Lebensstils und Gesundheitsverhaltens, auch die Faktoren der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie weitere gesellschaftliche Rahmenbedingungen wichtig (zur gesundheitlichen Situation von Migrant_innen, siehe Beitrag 3.1 in diesem Band).

Zwar scheinen Männer im Allgemeinen ein gegenüber Frauen etwas geringeres Risiko zu besitzen, chronisch zu erkranken, sieht man von einigen Ausnahmen, wie etwa Diabetes-2, spezifischen Krebserkrankungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen, ab. Wie in den meisten Industrienationen, erkranken auch in Deutschland deutlich mehr Männer als Frauen an Herz-Kreislauf-Erkrankungen und sterben vor dem Erreichen des 65. Lebensjahres daran [8]. Faktoren, wie etwa ein ungesunder Lebensstil begünstigen die Entwicklung einer Herz-Kreislauf-Erkrankung. Überhaupt

sind, wie der European Men's Health Report zu der gesundheitlichen Situation von Männern aufzeigt, neben einer ungesunden Lebensführung, Bildungs- und sozioökonomischen Unterschieden, auch das Risikoverhalten von Männern Faktoren, die sich auf die Gesundheit von Männern negativ auswirken und zum vorzeitigen Tod führen können [4].

Angeichts einer sozial dominanten Konstruktion von Männlichkeit, die mit Macht, körperlicher Stärke, Durchsetzungsfähigkeit, sexueller Potenz usw. aufgeladen ist, bedeuten chronische Erkrankungen gleichwohl eine tiefgreifende Problematisierung des vergeschlechtlichten Selbstbildes und der sozialen Agency/Handlungsfähigkeit von Männern. Unter Bezug auf das theoretische Modell hegemonialer Männlichkeit der australischen Soziologin Raweyn Connell [9] erscheint chronisches Kranksein so mit Effekten gesellschaftlicher Marginalisierung, zumindest mit der Angst vor dieser, verbunden. Der vorliegende Beitrag geht der Frage nach, welche biopsychosozialen Folgen chronisches Kranksein für die sexuelle Gesundheit im umfassenden Sinne dieses Konzeptes haben. Er basiert auf einem Review von medizinischen, psychologischen und sozialwissenschaftlichen Studien, die sich in den letzten Jahren dem Thema angenommen haben.

Zugleich ist es jedoch schwierig, auf Basis dieser Studien ein kohärentes Bild dieser Folgen zu zeichnen. Das liegt zum einen daran, dass mit chronischer Erkrankung ein weites Spektrum von sehr unterschiedlichen gesundheitlichen Belastungen subsumiert wird, die – die definitorische Dauer von mindestens drei Monaten vorausgesetzt – somatische und psychische (und psychosomatische) Erkrankungen ebenso beinhaltet wie infektiöse und nicht-infektiöse, ebenso klar definierte wie symptomatisch eher unscharf beschriebene Erkrankungen. In der Literatur werden so mitunter Herz-Kreislauf-, Krebs- und Lungenerkrankungen, Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, psychische Störungen wie Depression und Psychosen, Alzheimer, Diabetes, Arthritis und diffuse

Schmerzleiden, HIV/AIDS und Hepatitis C als chronische Erkrankungen einbezogen. Dass eine sexuell übertragbare Infektion wie HIV ganz andere Auswirkungen auf die sexuelle Gesundheit hat als eine schwere Depression oder eine Arthritis im Beingelenk, liegt auf der Hand. Zum anderen weisen die einbezogenen Studien unterschiedliche Verständnisse von Männlichkeit und männlicher Sexualität auf, die unter anderem von der jeweiligen epistemologischen Rahmung abhängig sind. Während quantitativ verfahrenende medizinische Studien oftmals ein eher positivistisches Verständnis von Männlichkeit (etwa im Hinblick auf messbare psycho- oder somatosexuelle Folgen von chronischen Erkrankungen bei Männern) zugrunde legen, gehen sozialwissenschaftlich orientierte Arbeiten meist eher von einem sozialkonstruktivistischen Verständnis von Männlichkeit aus (und fragen etwa nach diskursiven Re-Konstruktionen von Männlichkeit in »illness narratives«). Diese unterschiedlichen Verständnisse und daran anschließende Methodologien erschweren Vergleiche und die Zusammenführung von Befunden. Zudem sind genuin intersektionale empirische Studien – die das Zusammenwirken und die Überschneidung verschiedener Dimensionen von Ungleichheitserfahrungen – zu chronischem Kranksein und Männlichkeit untersuchen, eine Rarität.

Im Folgenden wird daher kein in sich geschlossenes »big picture« präsentiert, sondern ausgewählte Studienbefunde vorgestellt, die eine differenzierte, kontextspezifische Deutung der Folgenhaftigkeit von chronischen Erkrankungen auf die sexuelle Gesundheit von Männern ermöglicht und dabei zugleich auf die Notwendigkeit weiterer Forschung hinweist. Der Beitrag schließt dabei an andere Beiträge des Berichtes an, insbesondere zu 2.10 (»Sexuelle Gesundheit im Alter – Beratung und Therapie«), 2.9 (»Behinderungsformen und ihre Relation zu Geschlecht und Gesundheit mit Fokus männlicher Sexualität«), 3.1 (»Migration, Flucht und sexuelle Gesundheit von Männern«), 4.3 (»Erektile Dysfunktion und Ejaculatio praecox«), 4.4

(»Sexuelle Störungen bei psychischen Erkrankungen«) sowie 4.5 (»Sexuell übertragbare Infektionen und ihre Bedeutung für die Männergesundheit und männliche Sexualität«).

Ausgewählte Studienbefunde

Angeichts der skizzierten Herausforderungen ist es nicht verwunderlich, dass die Datenlage zu chronischen Erkrankungen im Hinblick auf Männlichkeit im Allgemeinen und männliche Sexualität im Besonderen eher bescheiden ist. Dies spiegelt sich in einem weitgehenden Fehlen einer detaillierten Analyse sowohl zu Männlichkeit als auch zu Sexualität in großen repräsentativen quantitativen Befragungen zur Gesundheit wider. In diesen finden sich zumeist nur allgemeine und vage Hinweise auf die Beeinträchtigung der Lebensqualität durch chronische Erkrankungen, ohne dass nach Geschlecht differenziert oder ein Blick auf Sexualität als wesentliche Dimension der Lebensqualität gelegt würde. Ein ähnlicher Mangel ist auch in Bezug auf konzeptionelle und theoretische Arbeiten, die an diese Studien anschließen, zu diagnostizieren [10]. Zugleich spart eine Reihe interessanter Studien, die auf Männlichkeit im Kontext chronischer Erkrankung fokussieren, Sexualität fast vollständig aus. Vielfach unter Bezug auf Connells erwähntes Modell hegemonialer Männlichkeit wird darin untersucht, inwieweit chronische Erkrankungen Auswirkungen auf das Streben nach beruflichem Erfolg oder auf die Entwicklung riskanten Freizeitverhaltens (z. B. die Ausübung von Risikosportarten) als »Beweis« der eigenen Männlichkeit haben können [11]. Gerade für Deutschland ist die Feststellung von Kurt Starke, dass dem »sexuellen Verhalten von chronisch erkrankten Männern [...] bislang weder theoretisch noch empirisch größere Aufmerksamkeit geschenkt worden« sei und für die Praxis »kaum wissenschaftlich gesicherte Entscheidungshilfen vorhanden« seien, weitgehend berechtigt [12].

Wohl am besten untersucht ist der Zusammenhang zwischen einer Reihe unterschiedlicher chronischer Erkrankungen und Erektionsfähigkeit. Als Ursache der organisch bedingten erektilen Dysfunktion werden weitgehend konsensuell unter anderem kardiovaskuläre bzw. Gefäßerkrankungen wie periphere vaskuläre Insuffizienz, Ischämie oder Thrombose, Diabetes mellitus, chronische Nieren- und Lebererkrankungen und Krebserkrankungen beschrieben. Roland Bonfigerwa führt auf Basis eigenen Patientenguts die Hälfte der diagnostizierten Fälle von erektiler Dysfunktion ursächlich auf Gefäßerkrankungen und Diabetes mellitus zurück [13]. In diesem Sinne wird diskutiert, Erektionsstörungen in die Diagnostik kardiovaskulärer Erkrankungen aufzunehmen [14]. Eine einfache Rückführung erektiler Dysfunktion im Kontext chronischer Erkrankungen wird indes dadurch erschwert, dass oft auch medikamentöse Therapien zur Behandlung dieser Erkrankungen, unterschiedliche Komorbiditäten (Begleiterkrankungen) und vor allem (mitunter chronische) psychische Erkrankungen (z. B. Depression) erheblichen Einfluss auf die Erektionsfähigkeit und damit die genitale männliche Sexualität nehmen können [15]. Darüber hinaus sind komplexe psychosoziale Dynamiken, in denen soziokulturell bestimmte Männlichkeitsanforderungen, die aufgrund chronischer Erkrankungen nicht mehr oder nur mehr bedingt erfüllt und wiederum als psychische Belastungen wahrgenommen werden und psychosomatische Folgen zeitigen können, zu berücksichtigen. Diese komplexen Zusammenhänge werden im Folgenden beispielhaft unter Verweis vor allem auf zwei chronische Erkrankungen – Prostatakrebs und HIV/AIDS – aufgezeigt.

Krebserkrankungen bei Männern

Seit 2000 hat die Zahl der Krebserkrankungen bei Männern mit 21,5% in Deutschland (Frauen: 14,5%) deutlich zugenommen, wo-

bei die Zunahme in der Hauptursache mit dem demografischen Wandel und der Zunahme des Anteils Älterer in der Bevölkerung begründet werden kann [8]. Nach derzeitigem Stand erkrankt jeder zweite Mann (51%) und 43% aller Frauen im Laufe des Lebens an Krebs. Mit 25,3% ist Prostatakrebs in Deutschland die häufigste Krebserkrankung bei Männern [16]. Die Prostatakrebs-erkrankung selbst und die Nebenwirkungen der Therapie gehen für Betroffene mit einer großen Anzahl von Einschränkungen einher. Die Behandlung mit einem operativen Eingriff, Bestrahlung und/oder Hormontherapie wird mit weiteren physischen Erkrankungen und Einschränkungen – wie unter anderem Osteoporose, Inkontinenz, erektiler Dysfunktion, Muskelkraftverlust [17, 18] – und psychischen – wie Depression, Libidoverlust, vermindertem Selbstwertgefühl und sexuellem Selbstbewusstsein, abnehmende Attraktivität in der Selbstwahrnehmung und Konflikten in der Partnerschaft [19] – sowie mit einer verminderten Lebensqualität [20, 21] als Nebenwirkung in Verbindung gebracht. Die Auswertung der Daten von 4.391 Patienten, bei denen eine radikale Prostataektomie durchgeführt wurde, zeigt, dass bei etwas mehr als der Hälfte der behandelten Patienten keine oder eine milde erektile Dysfunktion festzustellen war, bei 10% eine moderate und bei 29% eine schwere erektile Dysfunktion [22]. Selbst eine kurzzeitige Störung sexueller Funktionen kann zu Frustration und Zweifeln führen, chronische Störungen sexueller Funktionen können Angststörungen und Depressionen hervorrufen sowie weitere Aspekte des Lebens beeinträchtigen [23]. Vor allem qualitative Studien haben die Auswirkungen erektiler Dysfunktionen auf das Sexualleben und Männlichkeitsvorstellungen untersucht und dabei aufgezeigt, dass chronische Erkrankungen bei Betroffenen unterschiedliche Dynamiken hervorrufen können und für Betroffene mitunter bedeuten, Männlichkeit für sich neu auszuhandeln. Während

zum einen in verschiedenen Studien Augenmerk daraufgelegt wurde, welche Bedeutung erektile Dysfunktionen für das eigene Männlichkeitsbild haben, verweisen andere Studien auf Exklusionsmechanismen, mit denen chronisch erkrankte Männer, einschließlich der damit verbundenen Auswirkungen auf ein für sie erfüllendes Sexleben, konfrontiert sind. Die abnehmende Möglichkeit einer Erektion und das infolgedessen (meist) veränderte Sexleben kann von Betroffenen als Entziehung ihrer Männlichkeit betrachtet werden [24–27]. Männer, die infolge einer chronischen Erkrankung (zeitweise) unter erektilen Dysfunktionen litten, formulierten ihre Erfahrungen in unterschiedlichen qualitativen Interviewstudien mit Worten wie »halber Mensch«, »ein schwacher Mann«, »reduziert«, »verstümmelt« [Übersetzung ANA & PCL] [24], »Bedroht Du das Sexualleben eines Mannes, bedroht Du den Mann« und »Daher gibt es etwas [zeigt auf seinen Kopf], das einen Mann berührt. – Du bist nicht mehr so gut, wie Du es einmal warst. [Übersetzung ANA & PCL]« [25]. Das Ausprobieren bzw. Nutzen von alternativen Möglichkeiten zur Ausübung der Sexualität aufgrund erektiler Dysfunktion kann unter anderem auch darum abgelehnt werden, weil es nicht dem Männlichkeitsideal entspricht: »Also [mein Arzt] hat mir so einen Schrott angeboten, ein Ding, dass Du reinton und durch einen Ball drehen kannst und aufblasen kannst. Aber komm schon. Das ist kein Sex. Das. Vergiss das Zeug, das ist nichts für mich. Ich bin einfach, ich bin mit all dem fertig. Wenn Du es aufblasen musst, um es hochzukriegen, vergiss es; es ist nicht natürlich, wenn Du es tust. Ich will einfach, uh, kein künstlicher Mann sein« [Übersetzung ANA & PCL] [26]. Erektile Dysfunktionen können unter Umständen für betroffene Männer ein einschneidendes Moment hinsichtlich ihrer männlichen Identität darstellen. Zusätzlich zu den körperlichen Beeinträchtigungen durch chronische Erkrankungen, deren Auswirkungen auf das Sexle-

ben für die Betroffenen enorm sein können, sind es auch spezifische Kontexte, in denen chronische Erkrankungen als soziale Exklusionsmechanismen fungieren können. In bestimmten Szenen, wie beispielsweise etwa der Schwulenszene, in der häufig besonderer Wert auf körperliche Gesundheit und Attraktivität gelegt wird, empfinden Betroffene chronische Erkrankungen als stigmatisierend, da überhaupt das Kennenlernen von potenziellen (Sex-)Partnern sich herausfordernd gestalten kann: »Die LGBT-Community denkt, dass wenn Du nicht ›perfekt bist‹, dann bist Du es nicht wert, sich die Zeit zu nehmen, um Dich kennenzulernen« (R201, weißer schwuler Mann in den USA, erkrankt an Typ-I-Diabetes und einer Nierenerkrankung). »Gegen die kulturellen Stereotype, dass Queers (vor allem schwule Männer) fitte, durchtrainierte und gesunde Models sind und dass ›uns so etwas nicht passiert‹ anzukämpfen, ist eine schwierige mentale Barriere« (R101, schwarzer schwuler Mann aus den USA, erkrankt an Diabetes und Schlafapnoe) [Übersetzung ANA & PCL] [28].

Männer mit HIV/AIDS

Die Wichtigkeit einer intersektionalen Perspektive wird indes auch deutlich, wenn chronische Erkrankungen mit weiteren (sozialen) Kategorien interagieren. Dies wird im Kontext des Älterwerdens mit HIV besonders deutlich, wie aktuelle Studien zeigen. Derzeit haben über ein Drittel der 83.000 HIV-positiven Menschen in Deutschland das 50. Lebensjahr erreicht. Nicht zuletzt aufgrund fortschreitender Verbesserungen der Behandlungsmöglichkeiten, die HIV zu einer chronischen Erkrankung werden ließen, wird erwartet, dass dieser Anteil deutlich zunimmt und bereits 2020 mehr als die Hälfte der HIV-Positiven in Deutschland 50 Jahre und älter sein wird.

Die Studie *50plusHIV*, die – ein Multi-Methodales-Design verfolgend – die psychosozia-

len Implikationen des Älterwerdens mit HIV erstmalig in Deutschland untersuchte, zeigt auf, dass der gesundheitliche Zustand Betroffener mit der Infektionsdauer, dem Übertragungsweg und dem sozioökonomischen Status zusammenhängt. Die Anzahl von Begleiterkrankungen ist bei Langzeitpositiven und sozioökonomisch schwächer Gestellten weitaus höher. Vor allem Langzeitpositive und armutsgefährdete Betroffene berichten von mehr Komorbiditäten. Auch die psychische Gesundheit älterer HIV-Positiver hängt mit dem sozioökonomischen Status zusammen. Etwa ein Drittel der armutsgefährdeten Teilnehmenden gibt eine schwerwiegende bis moderate ängstlich-depressive Symptomatik an. Mit zunehmender Anzahl von Komorbiditäten sinkt die psychische und physische gesundheitsbezogene Lebensqualität. Die sexuelle Zufriedenheit betreffend zeigt der quantitative Studienarm (N=906), dass 51% eher unzufrieden bis sehr unzufrieden und nur 13% sehr zufrieden mit ihrem Sexleben sind. Differenziert nach dem Alter sind vor allem die 50–59-Jährigen mit 19% am unzufriedensten. Ein Drittel aller Teilnehmenden gibt an, kein Sexleben mehr zu haben, wohingegen 22% angeben, täglich sexuell aktiv zu sein. Mit zunehmendem Alter nimmt die sexuelle Aktivität ab. Während bei den 50–59-Jährigen 29% angeben, täglich sexuell aktiv zu sein, sind es bei den über 70-Jährigen »nur« 13%. 45% dieser Gruppe berichteten, keinen sexuellen Verkehr zu haben, wobei die Gründe komplex erscheinen, wie durch die unten aufgeführten Interviewausschnitte deutlich wird:

»Weil das Problem ist, durch diese Medikamente oder auch zusätzliche Medikamente, die gehen ja unwahrscheinlich auf die... gehen auf die Potenz. Und von daher lässt das alles ein bisschen nach. Ich war gehandicapt mit dem Stoma, das ist ein künstlicher Darmausgang. Da kann man sowieso nicht sexuell so viel machen, sagen wir mal, wenn man dann in die Sauna geht oder so, dann wird man nur doof

angeguckt, ich hatte damit keine Probleme, [...] aber mit dem Sex war das überhaupt nichts. Und jetzt nehme ich im Moment Tabletten gegen Prostatavergrößerung und da läuft überhaupt nichts« (Markus, 51 Jahre, seit 28 Jahren HIV-positiv).

Darüber hinaus werden weitere Ursachen deutlich, insbesondere die Jugendfetischisierung in der schwulen Szene, durch die sich ältere und älter werdende schwule Männer sozial exkludiert fühlen:

»Da sind viele, viele, viele, die irgendwo so im Nirwana verschwunden sind. Das macht mich ein bisschen irgendwie ... deshalb gerade 50 Plus, das ist so unsere Generation oder meine Generation, die irgendwo auch nicht mehr so wahrgenommen wird. Man ist irgendwo unsichtbar, von dem Rest, gerade explizit bei Schwulen. Ab einem gewissen Alter sieht dich ja eh keiner mehr (lacht). Und wenn du dann noch positiv dazu bist [...]« (Wilfried, 62 Jahre, seit 7 Jahren HIV-positiv).

Auch die Selbststigmatisierungsdynamiken im Kontext von HIV und die Auswirkung dieser auf die Sexualität sind ein nicht zu unterschätzender Faktor:

»Ich war erst ... ja, nach der ... ja, HIV-Diagnose, Krebsdiagnose, war ja alles in einem Jahr. Da war erstens mal die Lust weg, zweitens ging nichts mehr, hatte gut zwei Jahre damit zu kämpfen, gesundheitlich, also Sexleben hat nicht mehr stattgefunden, gab es nicht mehr. [...] Aidshilfe, Selbsthilfegruppe, alles gut, alles schön, wunderbar, aber ich hatte immer so das Gefühl, du, du, du Böser« (Hermann, 66 Jahre, seit 8 Jahren HIV-positiv).

Im Zusammenspiel von der HIV-Infektion, die trotz ihrer weitgehenden medizinischen Normalisierung gesellschaftlich nach wie vor stark stigmatisiert ist, und dem Älterwerden, beeinflussen physische und psychische Beein-

trächtigungen, die wiederum stark vom sozioökonomischen Status abhängen, die Lebensqualität enorm. Hinzu kommen Faktoren wie Ageism – die Diskriminierung aufgrund des Lebensalters –, die in bestimmten Kontexten, wie beispielsweise in der Schwulenszene, besonders virulent werden. Vor allem für Betroffene mit Migrationserfahrung kommen zusätzlich zu den benannten Ungleichheitserfahrungen auch Rassismuserfahrungen hinzu. Für Betroffene führt dies zu Exklusionserfahrungen, die das Gefühl von Einsamkeit und sozialer Isolation verstärken und sich wiederum auf die psychische Disposition negativ auswirken und die Lebensqualität beeinflussen. Zudem stehen in Versorgungseinrichtungen der Regelversorgung – die vor allem für Betroffene mit Migrationserfahrung sowie für homo- und bisexuelle Personen bislang keine adäquate Einrichtung darstellen –, pflegebedürftige Betroffene vor die Herausforderung, wie sie ihre Sexualität erfüllend und befriedigend ausleben können [29].

Intersektionale Gesundheitsversorgung

In Bezug auf Versorgungsangebote bildet sich ab, was als Befund in anderen internationalen und intersektional angelegten Studien berichtet wird: Angebote zur (Selbst-)Hilfe in Bezug auf einen gelingenden Umgang mit Sexualität im Kontext chronischer Erkrankungen scheinen oftmals nicht inklusiv ausgerichtet zu sein, da sie zumeist auf Belange heterosexuell orientierter Menschen fokussieren:

»Die meisten Bücher, die ich gelesen habe, waren nicht sehr inklusiv. Sexualität wurde als heterosexuell vorausgesetzt und natürlich wurden viele der besonderen Themen (bspw. der zusätzliche Grad der Härte der zur Penetration des Anus benötigt wird im Gegensatz zur Vagina und die nicht zeugungsfähige Bedeutung des Samens etc.) wurden nicht einmal erwähnt«

(R371, weißer, schwuler Mann aus den USA, an Prostatakrebs erkrankt).

Auch aktuelle Studien verweisen auf den MSM-spezifischen (MSM: Männer, die Sex mit Männern haben) Bedarf an Unterstützung bei Sexualstörungen wie der erektilen Dysfunktion [30], um der besonderen identitätsstiftenden Funktion von Sexualität in schwulen Lebenszusammenhängen gerecht zu werden.

Handlungsempfehlungen

Ansätze für Prävention und Gesundheitsförderung

Die Betrachtung der Daten des RKI zur Teilnahme an Präventionsmaßnahmen verdeutlicht, dass Männer im Vergleich zu Frauen seltener an verhaltenspräventiven Maßnahmen teilnehmen. Auch hier ist eine intersektionale Perspektive wichtig, denn die Daten verweisen darauf, dass bei niedrigem sozioökonomischen Status diese Maßnahmen sowohl von Männern als auch von Frauen seltener in Anspruch genommen werden. Zudem gibt es Hinweise, dass vor allem Männer mit Migrationserfahrung seltener Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention in Anspruch nehmen [31]. Dementsprechend gilt es, Angebote der Prävention auch zu chronischen Erkrankungen nicht nur genderspezifisch auszurichten, sondern auch die Unterschiede in der Wahrnehmung nach sozioökonomischem Status, Alter und Migrationserfahrung zu berücksichtigen und Angebote dementsprechend zu adressieren. Zudem zeigen vorhandene Daten, dass chronisch erkrankte Männer, die unter sexuellen Dysfunktionen leiden, diese oftmals mit ihren behandelnden Ärztinnen und Ärzten nicht besprechen. Diesem Umstand entsprechend gilt es, behandelnde Ärzt_innen für das komplexe Ineinanderwirken von Sexualität und Männlich-

keitsvorstellungen im Kontext chronischer Erkrankungen zu sensibilisieren, um gemeinsam Möglichkeiten eines gelingenden Umgangs mit sexuellen Problemen zu besprechen. Selbsthilfegruppen stellen in diesem Zusammenhang eine Möglichkeit der Bewältigung bzw. des Copings dar, wie unter anderem Studien aus dem US-amerikanischen Raum aufzeigen.

Forschungsperspektiven

Die Datenlage zu Männlichkeit und Sexualität im Zusammenhang mit chronischen Erkrankungen ist nach wie vor fragmentiert. Während in großen quantitativen Studien die Thematik eher am Rande verhandelt wird, gibt es vor allem eine Reihe thematisch fokussierter qualitativer Studien zu bestimmten chronischen Erkrankungen. Dabei wird meist ein eher positivistischer Blick auf genitale Sexualität als Ausdruck von Männlichkeit gelegt. Benötigt werden im Sinne eines intersektionalen Ansatzes Studien zu den komplexen Zusammenhängen zwischen chronischen physischen und psychischen Erkrankungen und weiteren psychosozialen Aspekten. Relativ wenig wissen wir bislang zum Beispiel darüber, wie soziokulturell unterschiedlich bestimmte Bilder von Männlichkeit und Sexualität im Kontext chronischer Erkrankungen wirksam sind und welche Auswirkungen diese Erkrankungen zugleich auf Neuaushandlungen von Männlichkeiten in unterschiedlichen sozialen Lebenslagen haben. Studien zeigen zudem, dass etwa der sozioökonomische Status bei der Bewältigung chronischer Erkrankung und deren Folgen eine Rolle spielt – allerdings gibt es bislang kaum Studien, die diesen Zusammenhang dezidiert untersucht haben. Da der Fokus bisheriger Studien vielfach auf heterosexuell orientierte Männer gelegt wurde, sollte darüber hinaus spezifische Forschung zum Sexualitätserleben von bi- und homosexuell lebenden Männern, die von chroni-

schen Erkrankungen betroffen sind, angeregt werden.

Empfehlungen für die Politik

Angesichts des aktuellen demografischen Wandels, der mit einer deutlichen Zunahme chronischer Erkrankungen einhergeht, ist die Politik aufgerufen, sich der Förderung sexueller Gesundheit auch von älter werdenden Menschen anzunehmen und entsprechende gendersensible Rahmenbedingungen für die Verwirklichung eigenbestimmter Sexualität in der institutionellen Versorgung (Alters- und Pflegeheime) zu schaffen.

Literatur

- 1 WHO. Global Status Report on Noncommunicable Diseases. 2014 [zitiert am 27.11.2015]. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf.
- 2 Harris RE. Epidemiology of Chronic Disease. A global perspective. 2013.
- 3 Liburd LC, Namageyo-Funa A, Jack Jr.L. Understanding »Masculinity« and the Challenges of Managing Type-2 Diabetes among African-American Men. *Journal of the American Medical Association*. 2007; 99(5):550–558.
- 4 White A. The state of men's health in Europe. European Commission. Brussels. 2011 [zitiert am 7.6.2016].
- 5 Robert Koch-Institut (Hrsg.). Chronisches Kranksein. Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2012«. RKI. Berlin: Stand: 25.10.2014 [zitiert am 7.6.2016]. <http://www.rki.de/geda>.
- 6 Sand MS, Fisher W, Rosen R, Heiman J, Eardley I. Erectile Dysfunction and Constructs of Masculinity and Quality of Life in the Multinational Men's Attitudes to Life Events and Sexuality (MALES) Study. *J Sex Med*. 2008; 5:583–594.
- 7 Knapp GA, Wetterer A (Hrsg.) Achsen der Differenz. Gesellschaftstheorie und feministische Kritik 2. Münster: 2007:56–83.
- 8 Robert Koch-Institut (Hrsg.). Gesundheitliche Lage der Männer in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI. Berlin, 2014 [zitiert am 7.6.2016].
- 9 Connell RW, Messerschmidt JW. Hegemonic Masculinity. Rethinking the Concept. *Gender & Society*. 2005;19(6):829–859.
- 10 Nolte E, Knai C, Saltmann RB. Assessing chronic disease management in European health systems. Concepts and approaches. Copenhagen: 2014.
- 11 Kalmar L, Oliffe JL, Currie LM, Jackson S, Gue D. Men, Masculinities, and Hemophilia. 2015:1–11.
- 12 Starke K. Sexualität von Männern bei chronischer Erkrankung. *Blickpunkt DER MANN*. 2007;5(3):14–8.
- 13 Nissen G, Csef H, Berner W, Badura F (Hrsg.). Sexualstörungen. Ursachen, Diagnose, Therapie. Darmstadt: 2005.
- 14 Corona G, Monami M, Boddi V, Cameron-Smith M, Lotti F, de Vita G, Melani C, Balzi D, Sforza A, Forti G, Mannucci E, Maggi M. Male Sexuality and Cardiovascular Risk. A Cohort Study in Patients with Erectile Dysfunctionism. *Journal Sex Med*. 2010;7(5):1918–1927.
- 15 Martin SA, Atlantis E, Lange K, Taylor AW, O'Loughlin P, Wittert GA; Florey Adelaide Male Ageing Study. Predictors of Sexual Dysfunction Incidence and Remission in Men. *J Sex Med*. 2014;11(5):1136–1147.
- 16 Robert Koch-Institut, Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (Hrsg.). Krebs in Deutschland 2011/2012. 10. Ausgabe. Berlin: 2015.
- 17 Morote J, Morin JP, Orsola A, Abascal JM, Salvador C, Trilla E, Raventos CX, Cecchini L, Encabo G, Reventos J. Prevalence of osteoporosis during long-term androgen deprivation therapy in patients with prostate cancer. *Urology*. 2007;69(3):500–504.
- 18 Penson DF, McLerran D, Feng Z, Li L, Albertsen PC, Gilliland FD, Hamilton A, Hoffman RM, Stephenson RA, Potosky AL, Stanford JL. 5-year urinary and sexual outcomes after radical prostatectomy: results from the Prostate Cancer Outcomes Study. *J Urol*. 2008;179(5 Suppl):S40–44.
- 19 Weber BA, Roberts BL, Resnick M, Deimling G, Zauszniewski JA, Musil C, Yarandi HN. The effect of dyadic intervention on self-efficacy, social support, and depression for men with prostate cancer. *Psycho-oncology*. 2004;13(1):47–60.
- 20 Phillips SM, Stampfer MJ, Chan JM, Giovannucci EL, Kenfield SA. Physical activity, sedentary behavior, and health-related quality of life in prostate cancer survivors in the health professionals follow-up study. *J Cancer Surviv*. 2015;9(3):500–11.
- 21 Roesch SC, Adams L, Hines A, Palmores A, Vyas P, Tran C, Pekin S, Vaughn AA. Coping with prostate cancer: a meta-analytic review. *J Behav Med*. 2005;28(3):281–93.
- 22 Isbarn H, Huland H, Graefen M. Results of radical prostatectomy in newly diagnosed prostate cancer—long-term survival rates in locally advanced and high risk cancers. *Dtsch Arztebl Int* 2013; 110(29–30): 497–503 [zitiert am 4.11.2015]. DOI: 10.3238/arztebl.2013.0497.

- 23 Arrington R, Cofrancesco J, Wu, AW. Questionnaires to measure sexual quality of life. *Quality of Life Research*. 2004;13(10):1643–1658.
- 24 Hedestig O, Sandman P, Tomic R, Widmark, A. Living after radical prostatectomy for localized prostate cancer: a qualitative analysis of patient narratives. *Acta oncologica*. 2005;44(7):679–686.
- 25 Fergus KD, Gray RE, Fitch MI. Sexual dysfunction and the preservation of manhood: experiences of men with prostate cancer. *Journal of health psychology*. 2002;7(3):303–316.
- 26 Arrington, MI. »I don't want to be an artificial man«: Narrative reconstruction of sexuality among prostate cancer survivors. *Sex Cult*. 2003;7(2):30–58.
- 27 Burns SM, Mahalik JR. Understanding how masculine gender scripts may contribute to men's adjustment following treatment for prostate cancer. *American journal of men's health*. 2007; (4):250–261.
- 28 Jowett A, Peel E. Chronic Illness in Non-heterosexual Contexts: An Online Survey of Experiences. *Feminism & Psychology*. 2009;19(4):454–474.
- 29 Drewes J. et al. (im Erscheinen). 50plusHIV. Psychosoziale Aspekte des Älterwerdens mit HIV und AIDS in Deutschland. Sachbericht.
- 30 Lee TK; Handy AB; Kwan W, Oliffe, JL, Brotto, LA, Wassersug, RJ, Dowsett, GW. Impact of Prostate Cancer Treatment on the Sexual Quality of Life for Men-Who-Have-Sex-with-Men. *The journal of sexual medicine*. 2015.
- 31 RKI – Robert Koch-Institut (Hrsg.). Angebote der Prävention – Wer nimmt teil?. *GBE kompakt*. 2012;(3). <http://www.rki.de/gbe-kompakt> (04.12.2012).