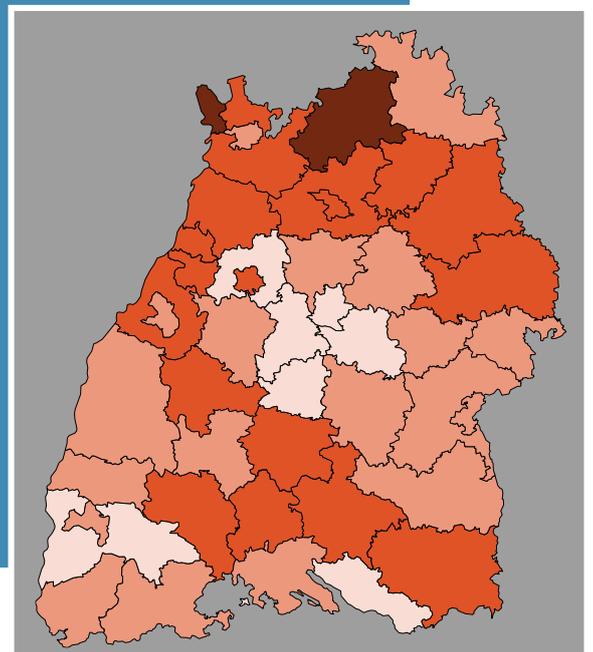
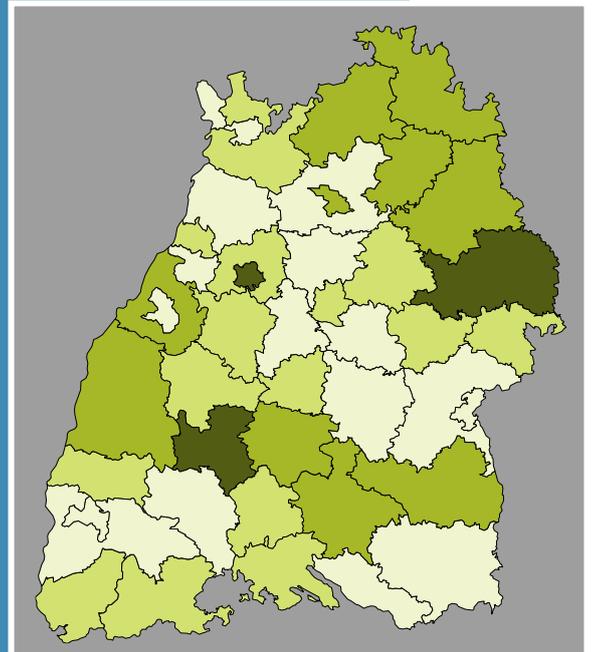
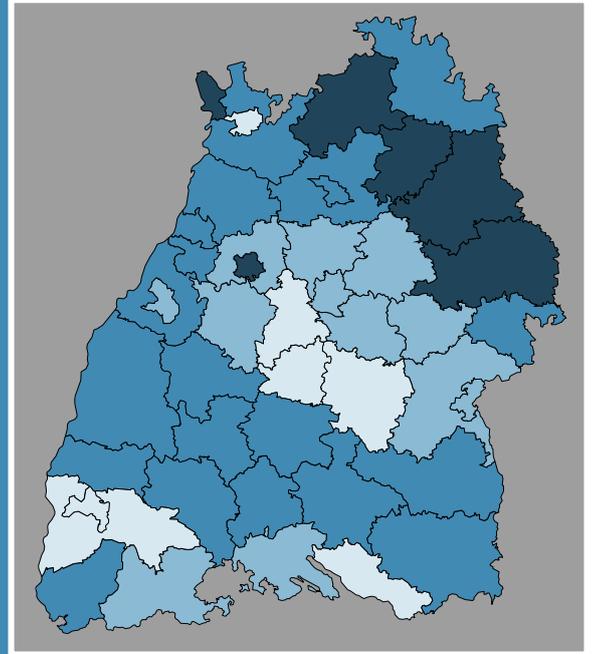


Jungen- und
Männergesundheit in
Baden-Württemberg 2015



Auftraggeber

Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie,
Frauen und Senioren Baden-Württemberg
Schellingstraße 15, 70174 Stuttgart

Projektleitung

Prof. Dr. med. Bertram Szagun MPH



Steinbeis-Transferzentrum
Gesundheits- und Sozialforschung

Hochschule Ravensburg-Weingarten
Leibnizstr. 10, 88250 Weingarten

Projektteam

Laura Arnold, Martin Dinges, Yvonne Frank, Birgit U. Keller, Gunter Neubauer,
Heinz-Peter Ohm, Fabian Schöck, Bertram Szagun und Reinhard Winter

Ausgabe

Weingarten, 15.04.2015



Sehr geehrte Leser und Leserinnen,

in der Medizin ist es seit langem bekannt, dass sich Männer und Frauen in Bezug auf Gesundheit und Krankheit unterscheiden. Symptome der gleichen Krankheit können z.B. bei Männern ganz anders in Erscheinung treten als bei Frauen.

Die Gesundheit von Männern und Frauen ist ein besonderes Anliegen der Landesregierung. Mit dem Auftrag zur Erstellung dieses Jungen- und Männergesundheitsberichts für Baden-Württemberg soll die Basis an Daten und Fakten zur Weiterentwicklung der Jungen- und Männergesundheit verbreitert werden.

Der vom Sozialministerium beim Steinbeis-Transferzentrum Gesundheits- und Sozialforschung in Weingarten unter der Leitung von Professor Bertram Szagun in Auftrag gegebene Bericht liegt nun vor.

Mit der Veröffentlichung können die Akteure im Gesundheitswesen und in den Kommunen den Bericht nutzen, um beispielsweise die Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention zielgruppenspezifisch weiterzuentwickeln.

Geschlechterspezifische Unterschiede beeinflussen die Entstehung und den Verlauf von Krankheiten, denn Männer und Frauen unterscheiden sich im Umgang mit Ihrem Körper, dem Gesundheitsverhalten und der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen.

Unterschiede zwischen Frauen und Männern werden jedoch nicht nur von biologisch-medizinischen Faktoren beeinflusst, sondern auch durch unterschiedliche Lebens- und Arbeitsbedingungen. So gibt es Hinweise darauf, dass der Gesundheitszustand und die Mortalität eng mit sozialen Faktoren wie Bildung und Einkommenssituation verknüpft sind.

Die Zahlen sprechen eine deutliche Sprache: Allen medizinischen Errungenschaften zum Trotz sterben Männer in Baden-Württemberg durchschnittlich 4,4 Jahre früher als Frauen. Sie vernachlässigen z. B. Arztbesuche, Vorsorgeuntersuchungen und den Impfschutz.

Diese Fakten legen nahe, dass wir uns aktiv um die besonderen Aspekte der Gesundheit von Männern kümmern müssen.

Ihre

A handwritten signature in blue ink that reads "Katrin Altpeter". The signature is written in a cursive, flowing style.

Katrin Altpeter MdL

Ministerin für Arbeit und Sozialordnung,

Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg

INHALTSVERZEICHNIS

Zusammenfassung	IV
Handlungsempfehlungen	V
1. Einleitung.....	1
1.1. <i>Männlichkeit und Gesundheit - gestern und heute.....</i>	2
1.2. <i>Übergeordnete Trends und das Land Baden-Württemberg</i>	5
1.3. <i>Was kann ein Bericht und was kann er nicht?.....</i>	6
<i>Literatur</i>	7
2. Gesundheitliche Lage von Jungen und Männern in Baden-Württemberg.....	8
2.1. <i>Methodisches Vorgehen und Datenquellen.....</i>	8
2.1.1. <i>Todesursachenstatistik</i>	8
2.1.2. <i>Krankenhausstatistik.....</i>	9
2.1.3. <i>Lebenserwartung</i>	10
2.1.3.1. <i>Situation in Deutschland</i>	12
2.1.3.2. <i>Situation in Baden-Württemberg</i>	14
2.2. <i>Regionale Sterblichkeitsunterschiede</i>	16
2.3. <i>Verlust an Lebensjahren (Potential Years of Life Lost - PYLL)</i>	19
2.4. <i>Krankheitsgruppen nach Todesursachen und Krankenhausbehandlungen</i>	20
2.4.1. <i>Herz-Kreislauf-Erkrankungen (I00-I99)</i>	20
2.4.1.1. <i>Ischämische Herzkrankheiten (I20-I25)</i>	24
2.4.1.2. <i>Hypertonie (I10-I15) und zerebrovaskuläre Erkrankungen (I60-I69)</i>	26
2.4.1.3. <i>Diskussion.....</i>	28
2.4.2. <i>Krebserkrankungen (C00-C97)</i>	29
2.4.2.1. <i>Krebserkrankungen der Verdauungsorgane (C15-C26).....</i>	34
2.4.2.2. <i>Krebserkrankungen der männlichen genitalorgane (C60-C63)</i>	36
2.4.2.3. <i>Diskussion.....</i>	37
2.4.3. <i>Diabetes mellitus (E10-E14).....</i>	39
2.4.4. <i>Psychische Störungen und Suizid (F00-F99, X60-X84)</i>	40
2.4.4.1. <i>Suizid (X60-X84).....</i>	41
2.4.4.2. <i>Depressionen (F3).....</i>	44
2.4.4.3. <i>Alkohol (F10-F10.9)</i>	46
2.4.4.4. <i>Exkurs Lebererkrankungen (K70-K77)</i>	49
2.4.4.5. <i>Rauchen und Lungenkrebs (F17-F17.9, C30-C39).....</i>	50
2.4.4.6. <i>Diskussion.....</i>	54
2.4.5. <i>Verletzungen, Vergiftungen und sonstige äußere Ursachen (S00-T98).....</i>	55
2.4.5.1. <i>Unfälle (V01-X59)</i>	57
2.4.5.2. <i>Verkehrsunfälle (V01-V99)</i>	59
2.4.5.3. <i>Stürze (W00-W19)</i>	62
2.4.5.4. <i>Diskussion.....</i>	64

2.4.6.	Jungengesundheit	65
2.4.6.1.	Vorsorgeuntersuchungen	66
2.4.6.2.	Übergewicht	67
2.4.6.3.	Impfungen (Masernimpfung)	68
2.4.6.4.	Schulvorläuferfertigkeiten	69
2.4.6.5.	Diskussion	70
	<i>Literatur</i>	72
3.	Soziale Rahmenbedingungen von Gesundheit	77
3.1.	<i>Einkommen in Baden-Württemberg</i>	81
3.2.	<i>Arbeitslosigkeit in Baden-Württemberg</i>	83
3.3.	<i>Bildung in Baden-Württemberg</i>	85
3.4.	<i>Migration in Baden-Württemberg</i>	86
3.5.	<i>Diskussion</i>	89
	<i>Literatur</i>	90
4.	Frühes und mittleres Erwachsenenalter mit besonderer Betrachtung der Männergesundheit in der Arbeitswelt	92
4.1.	<i>Arbeit und Gesundheit</i>	94
4.1.1.	Veränderungen in der Arbeitswelt	96
4.1.1.1.	Schichtarbeit, Abend-, Nacht- und Wochenendarbeit	96
4.1.1.2.	Atypische Beschäftigungsformen	97
4.1.1.3.	Mobilität	98
4.1.2.	Bedingungsfaktoren für den Erhalt von Arbeitsfähigkeit	99
4.1.3.	Betriebliches Gesundheitsmanagement	100
4.2.	<i>Zur Gesundheitlichen Lage von Männern in der Arbeitswelt</i>	101
4.2.1.	Erwerbsminderung und Rentenzugang	101
4.2.2.	Arbeitsunfähigkeit (AOK-Daten)	102
4.2.3.	Arbeitsunfälle	104
4.2.4.	Branchenspezifische Betrachtung des Krankheitsgeschehens	104
4.3.	<i>Diskussion</i>	106
	<i>Literatur</i>	110
	<i>Anhang</i>	113
5.	Gesundheitlicher Lebensstil, Wohlbefinden und Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen	114
5.1.	<i>Ernährung und Übergewicht</i>	116
5.2.	<i>Körperliche und Sportliche Aktivität</i>	119
5.3.	<i>Unfälle in Sport und Freizeit</i>	121
5.4.	<i>Gewalterfahrungen</i>	123
5.5.	<i>Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen</i>	125
5.5.1.	Gesundheits-Check-Up	126
5.5.2.	Prostatatakrebsvorsorge	127
5.5.3.	Darmkrebsvorsorge	127

5.6.	<i>Gesundheitliches Wohlbefinden</i>	130
5.7.	<i>Diskussion</i>	132
	<i>Literatur</i>	134
6.	Jungen- und männerbezogene Gesundheitsförderung und Prävention	137
6.1.	<i>Geeignete Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention</i>	137
6.1.1.	Fragestellungen und begriffliche Definitionen	137
6.1.2.	Salutogenese und Gesundheitsressourcen von Jungen und Männern	139
6.1.3.	Datengrundlage und Vorgehensweise	140
6.1.4.	Ergebnisse der Literaturrecherche	141
6.1.5.	Ergebnisse der Datenbankrecherche	144
6.1.6.	Ergebnisse der Recherche exemplarischer Maßnahmen und Projekte	145
6.1.7.	Exemplarische Projekte im deutschsprachigen Raum – außer Baden-Württemberg	146
6.1.8.	Perspektiven für eine „gute Praxis“ der Jungen- und Männergesundheitsförderung	148
6.1.9.	Differenzierungsbedarf der Jungen- und Männergesundheitsförderung	150
6.2.	<i>Strukturen, Programme und Projekte einer jungen- und männerbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention in Baden-Württemberg</i>	151
6.2.1.	Literatur- und Internetrecherche	151
6.2.2.	Ergebnisse der Recherche bei relevanten Akteuren	153
6.2.3.	Ergebnisse der Recherche in den Landkreisen	160
6.2.4.	Ergebnisse der Recherche bei / nach relevanten Projekten	164
6.2.4.1.	Die Programme, Projekte und Initiativen im Einzelnen	165
6.2.5.	Strukturen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention in Baden-Württemberg ...	170
6.2.6.	Diskussion und Bewertung	173
6.2.7.	Empfehlungen zur Jungen- und Männergesundheitsförderung in Baden-Württemberg	175
	<i>Literatur</i>	176
7.	Ausblick	178
7.1.	<i>Demografische Entwicklung</i>	178
7.2.	<i>Baden-Württemberg als Einwanderungsland</i>	180
7.3.	<i>Gleichheits- und Ungleichheitsentwicklung</i>	181
7.4.	<i>Männlichkeit und Gesundheit – in naher Zukunft</i>	182
	<i>Literatur</i>	185
Anhang	186
	<i>Abbildungslizenzen</i>	186
	<i>Abbildungsverzeichnis</i>	186
	<i>Tabellenverzeichnis</i>	193
	<i>Abkürzungsverzeichnis</i>	195
	<i>Datenquellen</i>	197
	<i>Autorenverzeichnis</i>	198

ZUSAMMENFASSUNG

Vor Ihnen liegt der erste Bericht zur gesundheitlichen Lage von Jungen und Männern in Baden-Württemberg. Als seine kürzestmögliche Quintessenz kann gelten: Die gesundheitliche Lage ist hierzulande im bundesweiten Vergleich weit überdurchschnittlich gut, und das gilt auch für Jungen und Männer.

Es gilt jedoch

1. *nicht für alle betrachteten Gesundheitsbereiche,*
2. *nicht für ganz Baden-Württemberg und*
3. *nicht etwa für alle Jungen und Männer gleichermaßen.*

Daraus ergibt sich Handlungsbedarf.

Die männliche Lebenserwartung bei Geburt beträgt aktuell 79,2 Jahre und ist damit die höchste bundesweit. Auch der Lebenserwartungsunterschied zwischen Jungen und Mädchen ist vergleichsweise gering, liegt jedoch immer noch bei 4,4 Jahren. Beides spiegelt v.a. die geringe Sterblichkeit an Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen wider und ist in erster Linie der guten sozialen Situation in Baden-Württemberg zu verdanken. Landesweit gegenüber Deutschland erhöht ist jedoch die männliche Sterblichkeit an Verletzungen, v.a. an Unfällen, ebenso wie seit Jahren die männliche Suizidsterblichkeit leicht überdurchschnittlich ist. Betroffen sind jeweils v.a. Männer in mittlerem bzw. höherem Lebensalter.

Soweit möglich, wurden Analysen bis auf Ebene der Stadt- und Landkreise durchgeführt. Dabei zeigten sich z.T. erhebliche regionale Unterschiede in der Jungen- wie Männergesundheit. Diese Unterschiede weisen auf lokalen Handlungsbedarf hin, der – bezogen auf die Jungen- und Männergesundheit – aktuell kaum gedeckt werden kann. Letzteres deswegen, weil Baden-Württemberg bisher äußerst wenige lokale Schwerpunkte aufweist, wo Jungen- und Männergesundheit explizit im Fokus steht. Dabei zeigen die Analysen für Deutschland und Baden-Württemberg, dass Jungen und Männer mit unspezifischen Maßnahmen i.d.R. deutlich schlechter erreicht werden. Um dieses Defizit zu beheben und eine umfassende lokale Verankerung spezifischer Kompetenzen zu erreichen, bieten sich u.a. Baden-Württembergs kommunale Gesundheitskonferenzen an. Sie sollten daher mit Blick auf die regionale gesundheitliche Lage entsprechend weiterentwickelt werden. Für wesentliche Handlungsfelder der Jungen- und Männergesundheit sollten über die Gesundheitskonferenzen auf kommunaler und Landesebene verschiedene wichtige Akteure aktiviert und im Sinne einer konzertierten Aktion eingebunden werden.

Auch für Baden-Württemberg zeigt sich für Jungen und Männer eine starke Sozillageabhängigkeit ihrer gesundheitlichen Lage wie auch ihres Gesundheitsverhaltens. Durch eine landesweite Mittelwertbetrachtung wird dieses Problem leider verdeckt, was Irrtümern über „männlichen“ Stereotypen Vorschub leisten kann. Junge ist nicht etwa gleich Junge und Mann nicht gleich Mann, im Gegenteil unterscheiden sich ihre Lebenslagen und ihr Mann- und Jungesein heute noch stärker als früher schon. Gerade als „typisch männlich“ betrachtete Risikoverhaltensweisen sind sehr von Männlichkeitsleitbildern, d.h. dem kulturellen Hintergrund und der Lebenssituation abhängig. Die Berücksichtigung dieser Unterschiedlichkeit auf Maßnahmenebene ist Schlüssel für deren Erfolg und findet bisher wenig statt, auch in Baden-Württemberg.

Gesundheit entsteht dort, wo Menschen leben, lieben, spielen und arbeiten, d.h. in der sie direkt umgebenden Lebenswelt. Um Jungen und Männer zu erreichen, sind etwa Lebensbereiche wie die Arbeitswelt oder Schulen von besonderer Bedeutung – wo Jungen und Männer aber deutlich häufiger spezifisch fokussiert werden müssten.

In den folgenden Handlungsempfehlungen sind die Bedarfslagen sowie die sich daraus ableitenden Empfehlungen näher dargestellt. Sie beziehen sich auf o.g. Auffälligkeiten und berücksichtigen in Baden-Württemberg schon etablierte gesundheitliche Zielsetzungen wie Strukturen. Näher eingegangen wird auf die Arbeitsfelder „Gesund aufwachsen“, „Gesund und aktiv älter werden“ und „Betriebliches Gesundheitsmanagement“. Dargelegt wird, welche Implikationen sich aus den Ergebnissen für die Strukturen auf kommunaler und Landesebene ergeben. Aufgrund der deutlich höheren vermeidbaren Sterblichkeit von Männern erhalten Prävention und Gesundheitsförderung besonderes Gewicht. Dies korrespondiert mit der langjährigen Schwerpunktsetzung und dem Gesundheitsleitbild Baden-Württembergs – und die zur Erreichung von Jungen und Männern wichtigen Spezifika werden im Folgenden aufgezeigt. Schließlich haben sich bei der Erstellung dieses Gesundheitsberichts auch schmerzliche Informationslücken gezeigt, die teils besonders für die Jungen- und Männergesundheit relevant erscheinen. Auch hierzu werden konkrete Empfehlungen gegeben.

HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

SCHWERPUNKTE FÜR DIE JUNGEN- UND MÄNNERGESUNDHEIT IN BADEN-WÜRTTEMBERG

Die gesundheitliche Lage der Jungen und Männer in Baden-Württemberg ist im bundesdeutschen Vergleich ausgesprochen gut. Davon unbenommen zeigt sich im Vergleich zu Mädchen und Frauen ein erheblicher Unterschied hinsichtlich Lebenserwartung und Krankheitslast. Die gesundheitliche Situation der Jungen und Männer in den Regionen Baden-Württembergs variiert teils stark und zeigt damit spezifischen Handlungsbedarf auf. Des Weiteren existieren auch negative Abweichungen vom positiven Gesamtbild der Männergesundheit in Baden-Württemberg, aus denen sich Handlungsbedarf ergibt.

Eine erhebliche Auffälligkeit, die sich bei den für diesen Bericht durchgeführten Analysen zeigte, ist die in Baden-Württemberg deutlich gegenüber dem Bundesdurchschnitt erhöhte Sterblichkeit von Männern an Verletzungen, darunter v.a. an Unfällen. Diese betrifft insbesondere alle Altersgruppen ab 65 Jahren. Dieses zunächst einmal Besorgnis erregende Ergebnis korrespondiert jedoch mit Befunden aus anderen Datenquellen, die zeigen, dass ältere Männer in Baden-Württemberg sportlicher sowie seltener pflegebedürftig sind als deutschlandweit. Bundesweite Vergleiche zeigen außerdem, dass Männer in Baden-Württemberg häufiger von Freizeitunfällen betroffen sind und dass Verunglückte im Straßenverkehr häufiger auf Fahrrad oder Motorrad unterwegs waren. D.h. es zeigt sich eine Befundlage, die darauf hindeuten könnte, dass ältere Männer in Baden-Württemberg insgesamt überdurchschnittlich aktiv sind und evtl. genau deswegen auch häufiger tödliche Unfälle erleiden. Diese Aktivität stellt aus gesundheitlicher Sicht zunächst einmal eindeutig ein großes Gesundheitspotential und eine wichtige Ressource dar. Das damit verbundene Risiko sollte – auch aufgrund der eingeschränkten Datenlage – vor Ort näher analysiert werden. Dies erfolgt am sinnvollsten in kommunalen Gesundheitskonferenzen (s.u.). Diese sollten möglichst breit besetzt sein, da sich vor Ort ganz unterschiedliche Ansatzpunkte etwa in den

Bereichen Verkehrssicherheit, Unfallschutz im Freizeitbereich oder auch der Optimierung von Rettungswegen ergeben können.

Die Suizidhäufigkeit von Männern in Baden-Württemberg ist gegenüber dem Bundesdurchschnitt seit Jahren leicht erhöht. 1998 bis 2010 betraf das v.a. die Altersgruppen von 45 bis 80 Jahren. Aktuelle Analysen von 2011 bis 2013 zeigen eine erhöhte Suizidhäufigkeit insbesondere in der Altersgruppe der 55 bis 60 Jahre alten Männer (+17,5%). Die v.a. in den letzten Jahren betroffene Altersphase ist bei Männern stark vom Ausscheiden aus dem Beruf oder der Aussicht darauf geprägt. Ursachen könnten daher am ehesten im Bereich der Funktion von Arbeit und beruflichen Rolle und Identität von Männern zu suchen sein. Handlungsansätze ergeben sich somit v.a. im Berufsfeld, d.h. im Interventionsbereich des betrieblichen Gesundheitsmanagements. Die große Bedeutung von Arbeit und Beruf für Männer und ihre Gesundheit ist lange bekannt. Die Ergebnisse könnten darauf hinweisen, dass diese – eigentlich ja durchaus positive – männliche Verbundenheit mit Arbeit in Baden-Württemberg noch stärker ausgeprägt ist, dadurch jedoch auch häufiger so stark, dass das Bevorstehen des altersbedingten Ausscheidens aus dem Beruf zu psychischen Problemen führt. Die Implementierung eines betrieblichen „psychischen Arbeitsschutzes“ erscheint demgegenüber als sinnvoller Handlungsansatz. Thematisch erscheint auf Basis der Ergebnisse v.a. die Auseinandersetzung mit einer „zu starken“ Verbundenheit mit Arbeit (Overcommitment) und Balance zwischen verschiedenen Lebensbereichen (Life-Domain-Balance) angezeigt. Das betriebliche Gesundheitsmanagement sollte dabei – wie im aktuellen Entwurf eines Präventionsgesetzes vorgesehen – koordiniert erfolgen, wobei in Baden-Württemberg auch die breit angelegten Bündnisse durch die kommunalen Gesundheitskonferenzen eine Rolle spielen sollten (s.u.).

GESUNDHEIT VON JUNGEN UND MÄNNERN – STRUKTUREN VOR ORT

Im Rahmen der Gesundheitsstrategie des Landes und Ihrer Weiterentwicklung durch den Zukunftsplan Gesundheit und den Gesundheitsdialog wurden in den meisten Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs kommunale Gesundheitskonferenzen eingerichtet. Diese dienen als Schnittstelle und Netzwerk regionaler Gesundheitskompetenz und können – auch durch ihre Ansiedlung an der Kreis- oder Stadtverwaltung – regionale Handlungsschwerpunkte setzen. Durch die Bündelung lokaler Kompetenz und Zuständigkeiten stellen sie darüber hinaus eine wichtige Koordinationsstruktur für konkrete Maßnahmen dar. Gesundheitskonferenzen haben damit beste Voraussetzungen, um regionale geschlechtsspezifische Problemlagen zu identifizieren, entsprechende Handlungsstrategien festzulegen und das Handeln verschiedener wichtiger Akteure zu koordinieren. Dabei sollten auch weitere für die Jungen- und Männergesundheit wesentliche Fachgremien wie Jugendhilfe-Ausschüsse, Trägerverbände und Gleichstellungsstellen sowie Kindergärten, Kindertagesstätten und Schulen informiert, aktiviert und ggf. eingebunden werden.

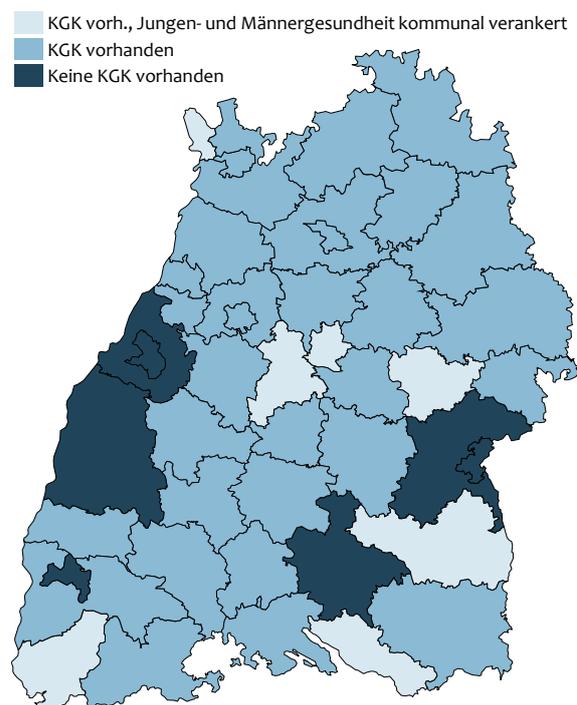
Eine für diesen Gesundheitsbericht durchgeführte Befragung zeigte auf, dass die Gesundheitskonferenzen in Baden-Württemberg bisher kaum mit Jungen- und Männergesundheit befasst sind. Die Gesundheitskonferenzen Baden-Württembergs sollten entsprechend gestärkt und weiterentwickelt werden, um regionale gesundheitspolitische Zielsetzungen auch mit spezifischem Fokus auf Jungen und Männer zu verabschieden, regionale Handlungskompetenzen zu bündeln bzw. aufzubauen und unter Einbindung und Aktivierung verschiedener wichtiger Akteure für die Jungen- und Männergesundheit geeignete Maßnahmen umzusetzen. Aufgrund des deutlich größeren Anteils vermeidbarer Erkrankungen und Todesfälle bei Jungen und Männern sollten Prävention und Gesundheitsförderung in Gesundheitskonferenzen prioritär berücksichtigt werden (s.u.).

Analysen des Landesgesundheitsamts Baden-Württemberg zeigen, dass sich die kommunalen Gesundheitskonferenzen bisher am häufigsten mit Themen der ärztlichen Versorgungssicherheit beschäftigen. Spezifische Themen der Prävention und Gesundheitsförderung werden dagegen deutlich seltener als Handlungsschwerpunkt benannt. Aufgrund des deutlich

größeren Anteils vermeidbarer Erkrankungen und Todesfälle sollten Prävention und Gesundheitsförderung in Gesundheitskonferenzen stärker als bisher berücksichtigt werden (s.u.).

Für das Themenfeld Jungen- und Männergesundheitsförderung ist in Baden-Württemberg bisher keine fachliche Zuständigkeit erkennbar. Die Gesundheitskonferenzen wären für diese Thematik und eine regionale gesundheitspolitische Zuständigkeit prädestiniert. Sie sollten entsprechend weiterentwickelt werden, sinnvollerweise unter Einbezug lokaler Kompetenzen wie etwa regionaler Akteure, Initiativen und Projekte, den Gleichstellungsbeauftragten sowie ggf. auch bestehender überregionaler Netzwerke zur Jungen- und Männergesundheit. Jungen- und Männer-spezifisch wären dabei v.a. die als Landesgesundheitsziele vereinbarten Themenschwerpunkte „Gesund und aktiv älter werden“ und „Gesund aufwachsen“ sowie der Themenschwerpunkt „Betriebliches Gesundheitsmanagement“ von Bedeutung.

Abb. 1 Gesundheitskonferenzen in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs 2015, bisherige kommunale Verankerung des Themas Jungen- und Männergesundheit (Daten: LGA BW 2015 und eigene Erhebung, eigene Darstellung)



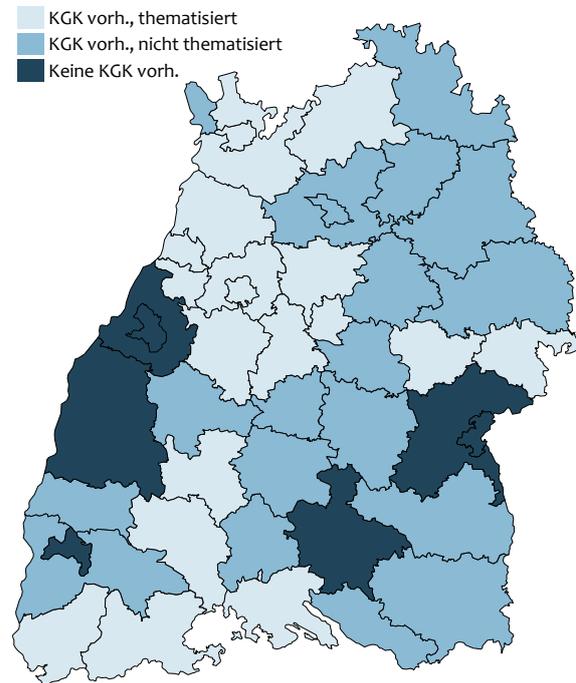
GESUND UND AKTIV ÄLTER WERDEN

Das Gesundheitsziel „Gesund und aktiv älter werden“ stellte 2014 in etwa der Hälfte der kommunalen Gesundheitskonferenzen einen Handlungsschwerpunkt dar (ohne männerspezifische Ausrichtung). Auf Basis

der Regionalauswertung zur Männergesundheit zeigten sich teils Auffälligkeiten der gesundheitlichen Lage, die es nahelegen, sich lokal mit diesem Gesundheitsziel zu beschäftigen – und dies auch männerspezifisch

auszurichten. Regionale Auffälligkeiten der gesundheitlichen Lage haben innerhalb Baden-Württembergs einen deutlichen Sozillagebezug. In der Stadt Ulm etwa zeigt sich eine überdurchschnittliche Sterblichkeit aufgrund von Krebserkrankungen und äußeren Todesursachen (etwa Verletzungen, ICD-10: S-T), im Landkreis Sigmaringen ebenfalls eine auffällig erhöhte Sterblichkeit durch o.g. äußere Todesursachen sowie Suizid. Aufgrund der v.a. aus Routine-Statistiken bestehenden Datenbasis können spezifische Maßnahmen für diese Regionen jedoch nicht Top-Down in einem Landesbericht wie diesem aufgezeigt werden. Empfohlen wird daher, sich bei Auffälligkeiten lokal mit diesen zu befassen und – wenn nicht bereits vorhanden – dafür eine kommunale Gesundheitskonferenz einzurichten. Zielsetzungen und Maßnahmen müssen durch die Expertise vor Ort und unter Berücksichtigung der lokalen Rahmenbedingungen, v.a. auch sozillagebezogen ermittelt und als konzertierte Aktionen verschiedener relevanter Akteure umgesetzt werden. Es wäre daher sinnvoll, auch in o.g. Regionen Gesundheitskonferenzen zu gründen und männerspezifisch mit dem Thema „Gesund älter werden“ zu befassen. In und außerhalb der kommunalen Gesundheitskonferenzen tragen dabei speziell Akteure der Altenhilfe, der ambulanten und stationären Versorgung sowie der Rettungsdienste eine besondere Verantwortung.

Abb. 2 „Gesund älter werden“ als Schwerpunktthema der kommunalen Gesundheitskonferenz (KGK) in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs 2015 (Daten: LGA BW 2015, eigene Darstellung)



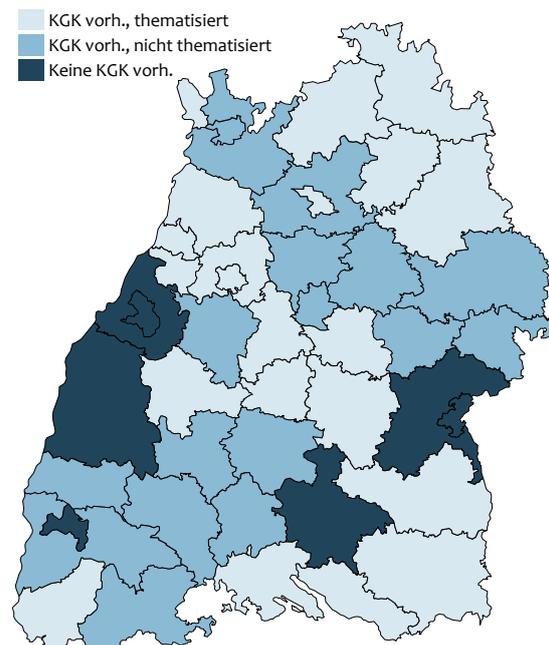
GESUND AUFWACHSEN

Anders als für die Männergesundheit gibt es zur Gesundheit der Jungen in Baden-Württemberg kaum Informationen, die einen bundesweiten Vergleich zulassen (s.u., Empfehlungen zur Datenlage). Die wenigen vorhandenen Datenquellen zeigen eine überdurchschnittlich gute Gesundheit auch für Jungen, jedoch wiederum mit regional erheblichen Unterschieden innerhalb Baden-Württembergs, die deutliche Bezüge zur sozialen Situation aufweisen.

Das Thema „Gesund aufwachsen“ ist Schwerpunktthema in 20 der 37 kommunalen Gesundheitskonferenzen Baden-Württembergs (57,1%). Analog zum Befund bzgl. „Gesund älter werden“ zeigen sich auch für die Jungengesundheit teils Auffälligkeiten bei gleichzeitigem Fehlen einer Gesundheitskonferenz. Dies trifft etwa für die Stadt Ulm zu, wo überdurchschnittlich viele Jungen eine auffälligen Sprachentwicklungsstand und Übergewicht aufweisen. Auch hier wären die Gründung einer Gesundheitskonferenz sowie eine auch jungenspezifische Ausrichtung derselben zu empfehlen. Spezifische Zielsetzungen und Maßnahmen für Regionen mit Auffälligkeiten bzgl. der Jungengesundheit sollten wiederum durch die Expertise vor Ort und unter Berücksichtigung der lokalen Rahmenbedingungen und des Sozillagebezugs festgelegt und umgesetzt werden. Von besonderer Bedeutung ist dabei die

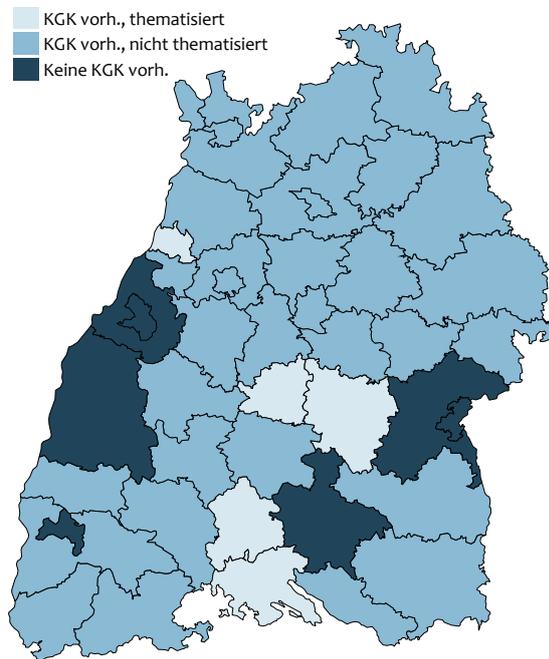
Einbindung und Aktivierung von Akteuren der Jugendhilfe, von Schulen, Kindergärten und Kindertagesstätten sowie der ambulanten Gesundheitsversorgung.

Abb. 3 „Gesund aufwachsen“ als Schwerpunktthema der kommunalen Gesundheitskonferenz (KGK) in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs 2015 (Daten: LGA BW 2015, eigene Darstellung)



BETRIEBLICHES GESUNDHEITSMANAGEMENT

Abb. 4 „Betriebliches Gesundheitsmanagement“ als Schwerpunktthema der kommunalen Gesundheitskonferenz (KGK) in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs 2015 (Daten: LGA BW 2015, eigene Darstellung)



Nur fünf kommunale Gesundheitskonferenzen in Baden-Württemberg befassen sich bisher mit dem Thema „Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM)“ (14,3%). Dies steht in erheblicher Diskrepanz dazu, dass gerade Männer zum einen in nahezu allen Lebensphasen bis zum Rentenbeginn über die Arbeitswelt erreicht werden können und zum anderen Beruf und Arbeit einen ganz wesentlichen Einfluss auf ihre Gesundheit haben. Um dieses Potential für die Männergesundheit zu nutzen, wäre eine flächendeckende Installation des Themas BGM in allen kommunalen Gesundheitskonferenzen Baden-Württembergs sinnvoll. Dass dies bisher so wenig der Fall ist, liegt auch daran, dass das Thema „Gesundheit am Arbeitsplatz“ den Kreis wesentlicher Akteure einer Gesundheitskonferenz nicht unerheblich erweitern würde, etwa auf Betriebsärzte, betriebliche Sozialberatungen und Führungskräfte der Region. Dies sollte gerade mit Perspektive auf das voraussichtlich 2016 in Kraft tretende Präventionsgesetz in den länderspezifischen Rahmenvereinbarungen für Baden-Württemberg geregelt werden (Deutsche Bundesregierung 17.12.2014). Mit Blick auf die Männergesundheit wäre eine kommunale Koordination auch des Betrieblichen Gesundheitsmanagements erforderlich sowie eine – über die kommunalen Gesundheitskonferenzen hergestellte – enge Schnittstelle zwischen regionalen betrieblichen und nichtbe-

trieblichen Gesundheitsthemen sowie Gesundheitsakteuren. Schwerpunkte des Betrieblichen Gesundheitsmanagements in Baden-Württemberg, die sich aus den Analysen dieses Berichts ergeben, sind v.a. die psychische Gesundheit sowie Muskel-Skelett-Erkrankungen.

Letztere verursachen bei männlichen AOK-Versicherten Baden-Württembergs am häufigsten Krankschreibungen und die meisten Fehltag. Gerade in Regionen mit einem hohen Anteil an verarbeitendem Gewerbe sind Muskel-Skelett-Erkrankungen als Fokus des BGM von potentiell erheblicher Bedeutung. Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung sollten branchenspezifisch ausgerichtet sein und Belastungen von Männern unterschiedlicher Alters- und Berufsgruppen integrieren. Zu empfehlen ist, dass innerbetriebliche wie auch freie Vertreter des Betrieblichen Gesundheitsmanagements und BGM-Vertreter der Krankenkassen den Bedarf an männerspezifischen Angeboten aufgreifen und geeignete zielgruppenspezifische Maßnahmen entwickeln.

Auch in Baden-Württemberg haben atypische Beschäftigungsformen zugenommen. Vor allem Männer befinden sich häufiger in Leiharbeitsverhältnissen, hierbei handelt es sich um eine besonders belastete Zielgruppe, die zukünftig bei betrieblichen Maßnahmen stärker berücksichtigt werden muss.

Der Schwerpunkt der psychischen Gesundheit ergibt sich einerseits aus übergeordneten Trends, die einen erheblichen Anstieg der durch psychische Störungen verursachten Krankschreibungen und mehr noch Frühberentungen aufzeigen. Diesen Trends kann sich auch Baden-Württemberg, trotz einer überdurchschnittlich guten Gesundheit der Männer, nicht entziehen. Datengestützt weist auf der anderen Seite auch die vergleichsweise hohe Suizidsterblichkeit in der Altersgruppe von 55 bis 60 Jahren auf landes- und männerspezifischen Bedarf hin (s.o.). Männer in Baden-Württemberg berichten häufiger von Stresssymptomen wie Schlafproblemen und Zeitdruck bei der Arbeit. Als männerspezifischer BGM-Fokus wären daher die Themenschwerpunkte Zeitdruck, Life-Domain-Balance und Overcommitment zu empfehlen, v.a. auch in der Lebensphase vor Eintritt ins Rentenalter, der von Männern in Baden-Württemberg evtl. häufiger als Verlust erfahren wird. Life-Domain-Balance muss schon vor der kritischen Lebensphase erworben werden und Betriebe können dazu beitragen. Neben altersgruppenübergreifenden Angeboten wären auch altersspezifische Maßnahmen für Arbeitnehmer in der zweiten Lebenshälfte sinnvoll.

GESUNDHEIT FÖRDERN BEI JUNGEN UND MÄNNERN

Die Stärkung von Gesundheitspotentialen erhöht die Lebensqualität und Resilienz gegen Belastungen, die Bekämpfung von Krankheitsursachen die Vermeidung von Erkrankungen. Diese Perspektive gegenüber einem einseitigen Fokus auf bereits eingetretene Erkrankungen zu stärken gilt als wichtige Zukunftsaufgabe Baden-Württembergs (SM-BW 2014; SM-BW 2009). Auch bundesweit wird das diesbezügliche Defizit und die dadurch notwendige gesetzliche Neuregelung zur Prävention und Gesundheitsförderung seit Jahren diskutiert. Die Aussichten stehen gut, dass 2016 ein bundesweites Präventionsgesetz in Kraft tritt (Deutsche Bundesregierung 17.12.2014). Den Bundesländern werden durch länderspezifische Rahmenvereinbarungen Freiheitsgrade zur Ausgestaltung in die Hand gegeben.

Jungen und Männer leiden und versterben häufiger durch vermeidbare Ursachen, sie sind daher eine wichtige und spezifische Zielgruppe für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention. Doch gerade Jungen und Männer werden durch aktuelle Maßnahmen meist sehr viel schlechter erreicht, gleichzeitig fehlt häufig – und dies nach den Befragungsergebnissen auch in Baden-Württemberg – eine fachliche Zuständigkeit für dieses Feld. Um dies zu ändern, sind zunächst ein Blick auf übergeordnete Strukturen sowie ein weiterer auf die Maßnahmenebene selbst, Zielgruppen und Bezüge zur sozialen Lage notwendig.

Landesebene: Auf Ebene des Landes Baden-Württemberg wird empfohlen, Zuständigkeiten für die Förderung der Jungen- und Männergesundheit zu schaffen. Eine Zuständigkeit für „Gender-Aspekte“ ist nicht ausreichend, da zu unspezifisch, um den differenzierten Anforderungen für jungen- und männerspezifische Problemlagen und Zugangswege gerecht zu werden. Zur Optimierung der Schnittstellen in die Regionen wird die Einrichtung einer koordinierenden und spezifische Kompetenzen vorhaltenden Zuständigkeit empfohlen. Bei der Weiterentwicklung des Gesundheitsleitbilds, der Gesundheitsziele sowie der Arbeit der Landesgesundheitskonferenz sollten über Gender-Aspekte hinaus auch spezifische Aspekte bzgl. Problemlagen und die Erreichung von Jungen und Männern aufgenommen werden. Um präventive und gesundheitsförderliche Zielsetzungen und Priorisierungen für das Land und seine Regionen zu ermöglichen, sollte die Landesgesundheitsberichterstattung verstetigt werden. Auf ihrer Basis sollten eine geschlechtsspezifische Betrachtung der gesundheitlichen Lage als Standard etabliert und mittelfristig konkrete, messbare jungen- und männerbezogene Gesundheitsziele festgelegt werden.

Gesundheitskonferenzen: Um die Gesunderhaltung der Menschen in Baden-Württemberg künftig in den Mittelpunkt stellen zu können, müssten zunächst auf

regionaler Ebene die kommunalen Gesundheitskonferenzen deutlich gestärkt werden (SM-BW 2014). Wesentlich wäre hierfür v.a. eine klare fachliche Zuständigkeit für lokale Belange der Gesundheitsförderung und Prävention, die übergeordnet, etwa in den landesspezifischen Rahmenvereinbarungen für das kommende Präventionsgesetz, verankert werden sollte. Entsprechend dieser klaren Aufgabenzuordnung sollten Gesundheitskonferenzen natürlich flächendeckend in Baden-Württemberg vorhanden sein. Mit o.g. allgemeinen Zuständigkeit verbunden werden sollte auch die spezifische Zuständigkeit für Aspekte der Jungen- und Männergesundheit sowie der dafür notwendige Kompetenzaufbau. Gesundheitskonferenzen sind ideal als lokale Kompetenzzentren für geschlechtsspezifische Aspekte der Prävention und Gesundheitsförderung geeignet und sollten hierzu ausgebaut werden.

Gesundheit und Krankheit entstehen, wie lange bekannt und im Leitbild Baden-Württembergs verankert, v.a. im täglichen Leben, d.h. dort, wo wir leben, arbeiten und unsere Freizeit verbringen. Die Förderung der Gesundheit stellt somit eine breite, genau genommen eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe dar. Entsprechend sollten etwa Akteure aus Betrieben (s.o.), Bildungsträgern, Vereinen sowie Bürgerinnen und Bürger selbst noch stärker als bisher in die Gesundheitskonferenzen einbezogen werden. Empfohlen wird somit eine stärker für präventive Belange geeignete Erweiterung der kommunalen Gesundheitskonferenzen, über den bisher empfohlenen Kern an Akteuren hinaus.

Zielgruppen und Sozillagebezug: Es gibt nicht „die Jungen“ oder „die Männer“, die Lebenslagen, Lebenswelten wie auch geschlechtsspezifischen und gesundheitsrelevanten Rollen von Jungen und Männern unterscheiden sich im Gegenteil sogar erheblicher voneinander als die Geschlechter selbst. Entsprechend sind sowohl die gesundheitliche Lage wie auch die Erreichbarkeit von verschiedenen Gruppen extrem unterschiedlich (Diversity). Besonders wichtig für die Jungen- und Männergesundheit ist etwa die soziale Situation, ebenso auch kulturell bedingt höchst unterschiedliche Leitbilder von Männlichkeit. Beides wirkt sich stark auf die männliche Lebenslage, den Lebensstil sowie das häufig sträflich stereotypisierte „männliche Risikoverhalten“ aus. Männliche Zielgruppen werden durch Gesundheitsangebote durchschnittlich schlechter erreicht, aber dies in starker Abhängigkeit von o.g. Unterschieden. Leider ist die Informationslage zu dieser Diversität innerhalb Baden-Württembergs unzureichend, weswegen empfohlen wird, diesen Wissensstand zu verbessern (s.u.). Die weiteren Empfehlungen müssen sich somit weitgehend auf übergeordnete Erkenntnisse stützen.

Aus vielen Untersuchungen ist bekannt, dass gerade eine schlechte soziale Situation für Jungen und Männer zu einerseits weit überproportional häufigen gesundheitlichen Problemen und einer andererseits schlechteren Erreichbarkeit für Gesundheitsangebote führt. Die zu Baden-Württemberg vorliegenden Analysen weisen darauf hin, dass dies auch hierzulande gilt. Empfohlen wird daher, bei der Maßnahmenplanung spezifisch auf sozial benachteiligte Zielgruppen, ihre Lebenslagen und Lebenswelten zu fokussieren. Besonders geeignet hierfür ist der auch im Leitbild Baden-Württemberg verankerte Lebensweltenansatz. Zu empfehlen sind prägende und gleichzeitig gestaltbare Lebenswelten wie beispielweise Kindertagesstätten, Schulen, Betriebe und Gemeinden. Dort gelingt einerseits der Zugang auch zu schwerer erreichbaren Gruppen, andererseits können alle gesundheitsrelevanten Aspekte dieser Lebenswelten weiterentwickelt werden. Zu empfehlen sind dabei gezielt an den vorhandenen Ressourcen und Bedingungen ansetzende befähigende Strategien (Empowerment). Die dafür notwendige geschlechtsspezifische Kompetenz kann durch geschulte Multiplikatoren hergestellt werden, etwa im Rahmen der Netzwerkarbeit der lokalen Gesundheitskonferenz. Wichtig und daher empfehlenswert für eine zielgenaue Problemanalyse und Umsetzung ist v.a. die Partizipation aller Zielgruppen der jeweiligen Lebenswelt. Nach aktuellem Kenntnisstand haben insbesondere auch Ungleichheitsbedingungen hohe gesundheitliche Relevanz. Ihnen sollte daher in allen Lebensweltenansätzen besondere Beachtung geschenkt werden.

Maßnahmen für die Gesundheit von Jungen und Männern: Jungen und Männer werden von Maßnahmen zur Gesunderhaltung meist sehr viel schlechter erreicht. Dies ist – soweit beurteilbar – auch in Baden-Württemberg der Fall (s.u.). Exemplarische Projekte im deutschsprachigen Raum zeigen jedoch, dass generell Bedarf an zielgruppen- und lebensweltbezogener Jungen- und Männergesundheitsförderung und Prävention besteht und solche Angebote auch angenommen werden. Neben der Implementierung spezifisch auf Jungen und Männer gerichteter Maßnahmen wird empfohlen, bei geschlechtsunspezifischen Interventionen der Prävention und Gesundheitsförderung als Standard deren geschlechtsspezifische Nutzung zu dokumentieren und evaluieren. In einem zweiten Schritt wird empfohlen, Mindestquoten für die Erreichung von Jungen und Männern festzulegen, um dadurch Anreize für eine entsprechende Weiterentwicklung der Maßnahmen zu setzen. Verankert werden könnte dies etwa in den landesspezifischen Rahmenvereinbarungen zum Präventionsgesetz (s.o.). Bisherige Qualitätskriterien für Gesundheitsförderung sollten darüber hinaus stärker auf eine geschlechterbezogene Praxis abgestimmt bzw. weiterentwickelt werden. Ziel sollte sein, auf Maßnahmenebene jungen- und männerbezogene konkrete und messbare Erfolgskriterien festzulegen. Aufgrund der auch in Baden-Württemberg starken Abhängigkeit der gesundheitlichen von der sozialen Situation sollten Maßnahmen zur männer- und jungenspezifischen Prävention und Gesundheitsförderung immer einen klaren Soziallagebezug aufweisen.

WISSEN ZUR GESUNDHEIT VON JUNGEN UND MÄNNERN

Bei den Recherchen und Analysen für diesen Bericht fielen diverse Informationslücken auf, die von erheblicher Bedeutung für eine jungen- und männerspezifische Gesundheitsberichterstattung wie auch die entsprechende Maßnahmenebene sind. Sie sind somit handlungsrelevant und auch für die Jungen- und Männergesundheit in Baden-Württemberg von Bedeutung. Daher werden hier zuletzt auch Empfehlungen bzgl. der Daten- und allgemeinen Wissenslage formuliert.

Empfehlungen zur Datenlage und Gesundheitsberichterstattung

► Epidemiologisches Krebsregister: Krebserkrankungen gehören zu den wichtigsten Ursachen für Leid und frühen Tod, sowohl bei Männern wie Frauen. Für diesen Gesundheitsbericht war es nicht möglich Informationen zur landesweiten Häufigkeit von Krebserkrankungen zu erhalten. Dies ist v.a. deswegen bemerkenswert, da Baden-Württemberg heute das einzige Bundesland ist, in dem immer noch keine epidemiologischen Informationen zur Krebshäufigkeit zur Verfügung gestellt werden

können. Ursächlich dafür ist, dass der erste Versuch des Aufbaus eines solchen Registers vor vielen Jahren – kurz bevor eine aussagekräftige Datenbasis vorhanden gewesen wäre – abgebrochen wurde. Durch diesen „Zweitversuch“ besteht in Baden-Württemberg aktuell ein erheblicher zeitlicher Rückstand, der ein Defizit sowohl für die Gesundheitsberichterstattung wie auch die spezifische Maßnahmenplanung darstellt. Es wird empfohlen, den Aufbau des Registers zu beschleunigen sowie die Schnittstellen zur Gesundheitsberichterstattung des Landes zu optimieren.

► Kassenärztliche Vereinigung: Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg hält mit Daten zu ambulanten Behandlungen potentiell ausgesprochen wichtige Informationen zur Jungen- und Männergesundheit vor. Leider wurden die Anfragen für diesen Bericht aus Datenschutzgründen negativ beschieden, obwohl es sich um hochaggregierte, anonyme Informationen handelte. Dies ist von besonderer Bedeutung gerade auch in Anbetracht potentieller zukünftiger Schiefen bzgl. der am-

bulanten ärztlichen Versorgung. Nicht nur die Gesundheitsberichterstattung, auch die regionale Lösung dieser Probleme, etwa durch Kreisstrukturgespräche und Gesundheitskonferenzen, sind durch dieses Informationsdefizit deutlich erschwert. Es wird daher empfohlen, den Zugang zu Informationen der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg durch eine landesweite Regelung zu verbessern.

- ▶ ICD-10-Codierung der „Auswirkungen äußerer Ursachen“ (ICD-10:S-T): Verletzungen und Vergiftungen sind, wie der Bericht zeigt, von ganz besonderer Bedeutung für die Jungen- und Männergesundheit in Baden-Württemberg. Um zielgerichtet handeln zu können, wäre jedoch wichtig zu wissen, wo in Baden-Württemberg wie häufig wegen welcher Ursachen behandelt wird (etwa Stürze, Transportmittelunfälle, Suizidversuche). Eine solche Ursachenangabe ist im Diagnose-Klassifikationssystem zwar vorgesehen (ICD-10:V-Y), wird jedoch nur im Rahmen der Todesursachenstatistik, nicht aber bei Behandlungen im Krankenhaus durchgeführt. Aufgrund der Relevanz dieser Ursachen für die Jungen- und Männergesundheit wird empfohlen, die Codierung der Ursachen von Verletzungen auch bei Behandlungsanlässen durchzuführen und der Gesundheitsberichterstattung so zugänglich zu machen, dass den Gesundheitskonferenzen auf Basis dieser Informationen eine spezifischere Maßnahmenplanung möglich ist.
- ▶ Daten zur Jungengesundheit in Baden-Württemberg: Es existieren kaum belastbare Daten, die einen Vergleich der Jungengesundheit in Baden-Württemberg und Deutschland ermöglichen würden. Sinnvoll und empfehlenswert wäre daher, dass sich Baden-Württemberg zukünftig in bundesweite Erhebungen zur Kinder- und Jugendgesundheit (z.B. KiGGS-Studie) so einbringt, dass auch für Baden-Württemberg repräsentative Daten erhoben und inklusive Soziallagebezug ausgewertet werden können. Als beispielhaft hierfür kann etwa die eng an die KiGGS-Studie angelehnte Jugendgesundheitsstudie Stuttgart gelten (die aufgrund des reinen Stuttgart-Bezugs aber keine Rückschlüsse auf die Situation in Baden-Württemberg ermöglicht).
- ▶ Einschulungsuntersuchungen: Die Einschulungsuntersuchungen stellen als einzige standardisierte Querschnittsuntersuchung im gesamten Lebenslauf, die jeweils einen kompletten Jahrgang erfasst, eine extrem wertvolle Informationsquelle zur Kinder- und eben auch Jungengesundheit dar. Sie können einerseits der Identifikation individueller Förderbedarfe, andererseits als kleinräumige Informationsbasis für die Maßnahmenplanung dienen (etwa den kommunalen Gesundheitskonferenzen).

Bisher liegen jedoch nicht für alle Stadt- und Landkreise standardisierte und damit vergleichbare Untersuchungsergebnisse vor. Empfohlen wird daher, die qualitätsgesicherte, standardisierte Erhebung der Befunde der Einschulungsuntersuchung auf alle Stadt- und Landkreise auszuweiten. Aufgrund des starken Soziallagebezugs der gesundheitlichen Situation wird eine standardmäßig streng anonymisierte soziallagebezogene Auswertung der Einschulungsuntersuchungen empfohlen, um auf diese Weise spezifische Zielgruppen innerhalb Baden-Württembergs besser als bisher identifizieren zu können.

- ▶ Daten zu Praxisprojekten: Bislang liegen in Baden-Württemberg kaum Daten vor über Angebote der jungen- und männerspezifischen Gesundheitsförderung und Prävention. Bei der Mehrheit der recherchierten Praxisprojekte spielt Geschlecht eine nachrangige Rolle, es existieren kaum Programme für die jungen- und männerbezogene Gesundheitsförderung. Auch für Praxisprojekte und –vorhaben im Feld der betrieblichen Gesundheitsförderung gibt es zwar Datenbanken, die verschiedene Maßnahmen (vor allem verhaltensbezogene) integrieren. Allerdings gibt es in Baden-Württemberg nur wenig zugängliche Befunde zu lebensweltbezogenen Projekten, die über die Verhaltensebene hinaus auch Arbeitsbedingungen (Verhältnisse) in den Blick nehmen. Empfohlen wird die Weiterentwicklung bestehender Praxisdatenbanken oder alternativ die Einrichtung einer Datenbank zur Prävention und Gesundheitsförderung in Baden-Württemberg, sodass zukünftig auch Aussagen zum geschlechtsspezifischen Nutzungsverhalten und Evaluationsergebnisse hinterlegt werden.

Forschungsbedarf zur Jungen- und Männergesundheit in Baden-Württemberg

- ▶ Jungen/ Männer werden nicht nur, aber auch in Baden-Württemberg weit weniger durch Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung erreicht. Sie wurden jedoch andererseits bislang kaum selbst zum Thema befragt. Hier besteht Forschungsbedarf, um lebenswelt- und lebenslagebezogene Bedarfe, Vorstellungen und Interessen von Jungen und Männern herausarbeiten sowie passgenaue Angebote entwickeln zu können.
- ▶ Ein Großteil der überdurchschnittlichen gesundheitlichen Lage in Baden-Württemberg kann auf die gute soziale Situation im Land zurückgeführt werden. Aus anderen Untersuchungen lässt sich schließen, dass etwa Arbeitslosigkeit bei insgesamt überdurchschnittlich guter Soziallage größere Auswirkungen auf männliches Wohlbefinden und Gesundheitszustand hat. Ob bestimmte Minderheitenzugehörigkeiten in Baden-Württemberg evtl. analog ein besonderes Gesundheitsrisiko

darstellen, lässt sich auf Basis der analysierten Daten nicht klären. Da dies einerseits nicht unwahrscheinlich ist und andererseits wichtig für die Zielgruppenbestimmung wäre, besteht hier Forschungsbedarf. Hilfreich dafür wäre eine stärkere Beteiligung Baden-Württembergs an bundesweiten repräsentativen Auswertungen, um detailliertere geschlechtsspezifische und sozillagebezogene Auswertungen für das Land zu ermöglichen.

- ▶ Die Analysen für diesen Bericht legen ein etwas höheres Suizidrisiko für Männer im mittleren Lebensalter nah, in den letzten Jahren v.a. in der Phase um den Eintritt in den Ruhestand. Dies könnte auf eine überdurchschnittliche und teils zu starke Verbundenheit mit und Identitätsfindung über den Beruf bei Männern in Baden-Württem-

berg hindeuten. Auf Basis der vorliegenden Informationen kann diese Vermutung nicht erhärtet werden, sie wäre jedoch ein wichtiger Untersuchungsgegenstand zur Zielgruppenspezifizierung und Maßnahmenplanung.

- ▶ Die Vereinbarkeitsproblematik am Arbeitsplatz ist ein auch in Baden-Württemberg bekanntes Problem, v.a. für Väter. Um sich dieser Problematik zu nähern, wäre es wichtig, die subjektiven Bedarfslagen betroffener Männer besser zu kennen, inkl. gemachter Erfahrungen. Daraus könnten Schlüsse auf Unterstützungsbedarfe durch die Personalabteilungen bzw. sinnvolle Strategien des „change managements“ abgeleitet werden. Interessant wäre in diesem Kontext auch, welche international bewährten Strategien evtl. auf Baden-Württemberg übertragbar sein könnten.

LITERATUR

- Deutsche Bundesregierung (17.12.2014): Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz). PrävG.
- SM-BW - Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg (2009): Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg. Stuttgart, 2009.
- SM-BW - Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg (2014): Gesundheitsleitbild Baden-Württemberg. Stuttgart, 2014.
- Schmedt M. (2015): Randnotiz: Selbst schuld. Dtsch Arztebl International 112 (1-2), 5. Online verfügbar unter <http://www.aerzteblatt.de/int/article.asp?id=167053>.

1. EINLEITUNG

Hier liegt er nun vor Ihnen, der erste Bericht zur Jungen- und Männergesundheit in Baden-Württemberg.

Zu erwarten ist, dass der Bericht oder mindestens die Berichterstattung über ihn komisch wird. Männergesundheit ist erfahrungsgemäß ein Thema mit hohem Unterhaltungswert, sehr dankbar für Cartoons und Video-Clips. Der kürzlich veröffentlichte erste Männergesundheitsbericht des Robert Koch-Instituts führte u.a. prompt zu einer Glosse im Ärzteblatt mit dem Titel „Selbst schuld“ (Schmedt 2015). Warum ist Männergesundheit so unterhaltsam? Der Witz entsteht durch die Spannung, die schon dem Begriff „Männergesundheit“ zu eigen ist, der gefühlten Paradoxie zwischen den Begriffen „Mann“ und „Gesundheit“. Und damit sind wir schon mitten im Thema, denn worum wird es im Folgenden gehen, was kommt auf Sie zu?

Gleich zu Anfang greift der Bericht das gerade Angesprochene auf, d.h. Mann sein, Männlichkeit und Männergesundheit. Diese Begriffe sind in stetem Wandel und heute anders besetzt als vor einigen Jahrzehnten sowie – aller Voraussicht nach – auch anders, als es in einigen Jahrzehnten der Fall sein wird (→ Kapitel 1.1). Denn Mann ist nicht etwa gleich Mann. Über die rein biologische Kategorie hinaus werden Männer und Frauen v.a. „gemacht“, geprägt durch Kultur, Gesellschaft und den ganz individuellen Kontext, in dem sie leben (West, Zimmerman 1987). Für dieses gesellschaftlich geprägte, soziale Geschlecht hat sich der Begriff „Gender“ etabliert, und es ist wichtiger für Gesundheit als die rein biologische, leicht zählbare Kategorie „Geschlecht“.

Nach einem kurzen Blick auf Trends und Methoden wird dann die gesundheitliche Lage von Jungen und Männern in Baden-Württemberg beschrieben (→ Kapitel 2). Dort wird u.a. auch sichtbar werden, was wir immer wieder sehen, nämlich der starke Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Situation. Deswegen wird sich das darauf folgende Kapitel mit wichtigen Rahmenbedingungen für die Jungen- und Männergesundheit beschäftigen (→ Kapitel 3). Ein genauerer Blick wird dann auf die Einflüsse der Arbeitswelt auf die Männergesundheit geworfen (→ Kapitel 4). Spezifischer eingehen werden wir daraufhin auf o.g. „Selbst schuld“, nämlich das Gesundheitsverhalten von Jungen und Männern (→ Kapitel 5). Und da vieles, was der Männergesundheit so wiederfährt, vermeidbar wäre, werden wir im Folgenden näher auf Prävention und Gesundheitsförderung in Baden-Württemberg eingehen (→ Kapitel 6). Zum Abschluss werden wir einen Ausblick darauf wagen, was zukünftige Herausforderungen für Männer und ihre Gesundheit sein könnten (→ Kapitel 7).

Geschrieben wurde dieser Bericht von einem Team von acht Autoren und Autorinnen. So wurde versucht, gesundheits- und sozialwissenschaftlichen Betrachtungsweisen, der historischen und pädagogischen Perspektive auf Gesundheit sowie der Theorie neben der Praxis ihren Raum zu geben. Wir hoffen, dass dies ansatzweise gelungen ist.

Nun aber zum Mann von heute, der ohne den Blick auf den Mann von gestern nicht zu verstehen ist. Ob Mann oder Frau, wir wünschen viel Freude beim Lesen!

Danksagung

Wir haben nicht etwa alle Informationen zusammentragen können, die wir gewollt hätten (→ Handlungsempfehlungen). Aber wir haben viel Unterstützung gefunden, für die wir danken möchten, denn ohne sie wäre der vorliegende Bericht nicht möglich gewesen. Wichtige Informationen erhielten wir von der AOK (Fehlzeitenstatistik und Informationen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement), der TK (Mitgliederbefragung) sowie dem Robert-Koch-Institut (GEDA-Studie), ihnen sei an dieser Stelle gedankt! Vom Volkshochschulverband Baden-Württemberg erhielten wir wertvolle Informationen und Daten zum Bereich Gesundheitsbildung. Ein besonderer Dank geht auch an das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg, das uns bei der Befragung der Stadt- und Landkreise zu Strukturen für die Jungen- und Männergesundheit unterstützte und von dem wir spezifische Informationen zu den Einschulungsuntersuchungen erhielten. Auch vor Ort erhielten wir dabei breite Unterstützung und detaillierte Informationen, insbesondere von den Fachkräften in den Gesundheitsämtern. Schließlich sei auch dem statistischen Landesamt Baden-Württemberg herzlich gedankt: Die für diesen Bericht notwendigen Informationen wurden nicht nur schnell zur Verfügung gestellt, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Amtes waren auch stets offen für Fragen oder sonstige Unterstützung. Wir danken auch all jenen, die wir hier nicht namentlich aufführen können.

1.1. MÄNNLICHKEIT UND GESUNDHEIT - GESTERN UND HEUTE

Martin Dinges

Die **Männer verändern sich**. Das traditionelle Rollenleitbild des ganztags beschäftigten Allein- oder Haupternährers der Familie wird zwar noch von vielen Männern erfüllt, aber von immer weniger Männern und vor allem Frauen angestrebt. Auch der Marlboro-Mann als Ausgeburt von Freiheit und Abenteuer passt - selbst als Tagtraum - nicht mehr zur Mehrheit der männlichen Zeitgenossen, die übrigens auch gar nicht mehr rauchen. Trotzdem sind noch viele der heute lebenden Männer durch ein Leitbild von Härte, Leistungsbereitschaft und vorrangiger Berufsorientierung geprägt, so dass man sich diese Orientierung zunächst vergegenwärtigen sollte. Man tut das am besten, indem man sich Generationen von Männern anschaut, die also zu etwa gleichen Zeitpunkten geboren und dann in der Kindheit und Jugend ganz ähnlich geprägt wurden. Diese frühen Erfahrungen wirken ein ganzes Leben hindurch weiter, auch wenn man in späteren Jahren immer wieder dazulernen kann und tatsächlich dazu gelernt wird.

Die **Kriegs- und Aufbaugeneration** der 1930 bis 1949 Geborenen ist heute 65 bis 85 Jahre alt und ist durch eine **aufgenötigte harte Männlichkeit** geprägt. Durch die Hitlerjugend extrem zur Härte erzogen, erlebte sie die Kriegsentbehungen, viele als Jungen auch Bombardierung und oft lang dauernde Vaterabwesenheit. Jeder vierte wuchs später ganz ohne Vater auf. Aus dem Krieg zurückkehrende Männer waren oft gebrochen und kompensierten nicht selten die Verunsicherung über ihr Männlichkeitsleitbild durch autoritäres Gehabe bis hin zur Gewalt oder durch Flucht in die Sucht. Ein knappes Fünftel der Jungen überstand Flucht und Vertreibung, alle ertrugen die Armut der direkten Nachkriegszeit und schulterten die großen Anstrengungen der Wiederaufbauzeit trotz schlechter Bildungschancen. Viel Zeit für die Frage nach dem Zustand des eigenen oft überforderten Körpers gab es nicht, Gefühle zu äußern war verpönt. Man(n) hatte nach dem Motto, „Was einen nicht umbringt, macht einen hart“, durchzuhalten.

Die **Aufbau- und Wohlstandsgeneration** der 1950 bis 1969 Geborenen ist heute 45 bis 65 Jahre alt und erlebte Zeiten wachsender Stabilität. Zwar noch durch Erzählungen von Mangel- und Kriegserlebnissen geprägt, waren sie z. B. als Jungarbeiter an der Wiederaufbauleistung beteiligt, partizipierten schon an der ersten Wohlstandswelle, erlebten aber als geburtenstarke Jahrgänge bereits die Überfüllung von Ausbildungsstätten und auf den Arbeitsmärkten. Ihr Männlichkeitsleitbild war die **entmilitarisierte harte Männlichkeit**, deren Leistungsimperative bruchlos auf den

wirtschaftlichen Aufbau umgepolt werden konnte. Lockerungen des Männlichkeitsleitbildes und ein etwas weniger rigides Verhältnis zum eigenen Körper entstanden durch den Einfluss des amerikanischen Lässigkeitsideals und die Konsumkultur. Als erwünschtes Geschlechterarrangement erlebten die Jungen noch die Allein- oder Hauptverdiener-Ehe, allenfalls mit phasenweiser Teilzeitbeschäftigung der Mütter. Die Bedeutung von Körperkraft für die Repräsentation von Männlichkeit nahm in der zunehmend technisierten Arbeitswelt bereits langsam ab. Allenfalls im noch kleinen universitären Milieu begannen Studenten über Körperlichkeit und Sexualität zu reflektieren sowie psychologische Deutungen individueller und gesellschaftlicher Pathologien zu diskutieren.

Die **etwas verunsicherte Wohlstandsgeneration** der 1970 bis 1989 Geborenen erlebte den Wohlstand als gegeben, wenn auch nach Ölpreiskrise und der Diskussion um die Grenzen des Wachstums als nicht mehr dauerhaft gesichert. In Ausbildung und Arbeitswelt nutzten die Mädchen und jungen Frauen erfolgreich die neuen Chancen und konnten immer mehr auch zu Konkurrenten der Männer werden. Geschlechterarrangements in Haushalt und Familie mussten neu ausgehandelt werden, da die Frauenberufstätigkeit weiter stieg. Männlichkeit, zuvor über Jahrhunderte kaum hinterfragt, war, auch durch pointierte Aussagen der Frauenbewegung und einiger männlicher Akteure, zu einem Gegenstand des öffentlichen Diskurses geworden. Während an einem großen Teil der (männlichen) Bevölkerung diese Diskussion wohl zunächst spur- und folgenlos vorbei ging, führte sie insbesondere im akademischen Milieu zu Veränderungen. Zunehmend veränderten die dortigen Männer ihr Selbstbild und dadurch langsam auch das gesellschaftliche Männerbild insgesamt; ‚weibliche Anteile‘ wurden zugelassen, ebenso wie der Ausdruck von Gefühlen. Die aggressiven Aspekte der Virilität wurden komplett negiert. Partnerschaft wurde mehr und mehr zur Verhandlungssache. Gleichzeitig stiegen die Scheidungsraten schnell an, was auch den Druck auf das klassische Modell lebenslanger Ehen zeigt. Vaterschaft wurde ebenfalls neu und bewusster angenommen. Selbstverständigung im Modus der Selbst- und Männlichkeitskritik entstand. Man kann also eine erhebliche Flexibilisierung des Männlichkeitsleitbildes feststellen, die aber noch überwiegend in überschaubaren Bildungsmilieus stattfand. Dies schuf Voraussetzungen für ein weniger leistungsfixiertes, körper- und gefühlsabweisendes Verständnis von **flexiblerer Männlichkeit**.

Die **Globalisierungsgeneration** der 1990 bis heute Geborenen erlebte vielfältige Kontrollverluste und eine noch **stärker verunsicherte Männlichkeit** und gab auf beides pragmatische Antworten. Mit von 30% auf 50%

(1990/2000) gestiegenen Scheidungsraten wuchs nun jedes fünfte Kind ohne eines der beiden ursprünglichen Elternteile, meist den Vater auf, was insbesondere Jungen stärker verunsichert haben dürfte. Patchworkfamilien erfordern erhebliche Anpassungsleistungen, nicht zuletzt der Kinder. Erfolgreiche Konkurrenz durch Mädchen und junge Frauen prägten den Schul- und Ausbildungsalltag von Anfang an und setzen sich auf den Arbeitsmärkten fort. Die Erwartungen junger Frauen an eine geschlechtergerechte Partizipation an den Berufschancen und eine entsprechende Aufteilung der Familienaufgaben gehen qualitativ und quantitativ weiter als die entsprechende Bereitschaft vieler junger Männer. In der globalisierten Arbeitswelt wurden lebenslange Arbeitsverhältnisse, die Männern einen Familien- oder Hauptnährerstatus ermöglichen, seltener, prekäre Arbeitsverhältnisse – auch für Männer – immer häufiger. Schließlich ist auch eine Pluralisierung der Männlichkeitsleitbilder, insbesondere durch den höheren Anteil muslimisch geprägter Jungen und junger Männer zu beobachten, die einen anderen Männlichkeitsstil manchmal auch demonstrativ als Alternative vorleben. Gleichzeitig stieg die gesellschaftliche Akzeptanz gegenüber Homosexuellen. Auch zeigt der überall präsente Blick auf den nackten männlichen Körper, insbesondere in der Konsumwerbung, dass damit der Männerkörper – wie früher der Frauenkörper – nun ebenfalls ständiger Begutachtung unterworfen wurde. Körperarbeit wird damit für viele Männer zu einem wichtigeren Teil der Identitätsbildung als früher, was sich u.a. in der Fitnesswelle zeigt. Je nach Weg ins Erwachsenendasein, Lebenslage und familiärer Situation ergibt sich eine neue Vielfalt von Männlichkeitsstilen.

Die Herausforderungen an Jungen und Männer sind also vielfältig und im letzten Vierteljahrhundert schnell gewachsen. Ein Großteil der Männer passt sich ihnen schrittweise an, manche gerne, viele zögerlich, aber der Wandel ist in Männerstudien deutlich ablesbar. Besonders verunsicherte Männer, überwiegend aus den Unterschichten, erhofften sich gewissermaßen im Gegenzug neue Sicherheit durch die Wiederbelebung „traditioneller“, „rauer“ oder auch patriarchalischer Männlichkeit: Widerstand gegen die Anforderungen einer angeblich „weiblich geprägten“ Schule, demonstrativ virile Männlichkeitsinszenierung, aber auch die Orientierung an autoritären, oft rechtsradikalen und antifeministischen Vorstellungen – bis hin zu Ehrenmorden in einem kleinen, besonders verunsicherten Teil des Migrantenumfeldes – sind Ausdrucksformen dieser sehr spezifischen Art einer Männlichkeitskrise.

Die große Mehrheit kann aber durch die Veränderungen der Rollenaufteilung zwischen Männern und Frauen eine gewisse Distanz zu einer früher oft sehr einseitigen Fixierung auf Leistung und Berufsaufstieg

entwickeln, muss sich aber in neue Familienrollen gewissermaßen einarbeiten. Insgesamt könnte dieses neue etwas egalitäre Geschlechterarrangement den Männern aber auch eine größere Reflexivität gegenüber der eigenen und der partnerschaftlichen Sexualität und gegenüber überzogenen Leistungsansprüchen an den eigenen Körper erlauben sowie eine größere Nähe zu Gesundheitsthemen (durch Erfahrungen als Vater oder Stiefvater) fördern. Insofern bietet sich hier innerhalb eines „modernisierten“ männlichen Rollenmodells und Habitus mehr Raum für Gesundheitsbewusstsein.

Auch die Männer der älter gewordenen Generationen haben im Lauf der folgenden Jahrzehnte ihres Lebens dazugelernt, wie die Repräsentativstudien zum Verhaltens- und Einstellungswandel der Männer deutlich zeigen. Dies ist z. B. gut zur tatsächlichen Beteiligung an den Familienaufgaben (Kinderbetreuung und Hausarbeit) sowie an der Einstellung zur Berufstätigkeit der Frauen zu belegen. Ob und wie sich ein in Kindheit und Jugend erlernter und verfestigter **generationspezifischer Gesundheitshabitus** im Lauf des Lebens weiterentwickelt, ist *wenig/nicht bekannt/erforscht*. Wir können also nicht genau wissen, ob und in wieweit sich eine besonders strenge Leistungsorientierung im Laufe eines Lebens je nach Zugehörigkeit, etwa zur Kriegs- und Aufbaugeneration bzw. zur Aufbau- und Wohlstandsgeneration verändert. Allerdings mahnen die (erhöhten) baden-württembergischen Selbstmordraten zum Zeitpunkt des Ausscheidens aus dem Beruf für die heute 55 bis 65-Jährigen zur Vorsicht. Es könnte sehr wohl sein, dass dies ein Hinweis auf eine durchgehend starke und wenig veränderte Orientierung am Berufserfolg und der überwiegenden Selbstverwirklichung in der Arbeit ist, die einem Modell früh erlernter harter und sehr leistungsorientierter Männlichkeit folgt.

Allerdings weiß man durchaus etwas über die typischen Veränderungen des **Gesundheitshabitus** von Männern in deren **Lebenslauf**. Das kann man beispielhaft an so wichtigen Parametern wie dem Bewegungsverhalten und der Inanspruchnahme medizinischer Angebote verdeutlichen. Der Bewegungsdrang von Jungen ist Zeichen von Lebendigkeit, wird von Kindergarten und Schule allerdings oft gebremst. Er bringt den Jungen allerdings auch häufiger Verletzungen ein. Ist heute aktive Sportbeteiligung Charakteristikum der Jugendphase beider Geschlechter, so bleiben geschlechterspezifisch beachtliche Unterschiede: Jungen wählen weiterhin die stärker konkurrenzorientierten Sportarten. Selbsterfahrung, auch in der Konkurrenz mit anderen jungen Männern, ist in dieser Phase wichtig. Der gleiche Wunsch steht auch hinter anderen risikoreichen Verhaltensweisen wie Risikosportarten, Rauchen, Drogenkonsum, exzessivem Alkoholkonsum oder einer gefährlicheren Fahrweise. Nach einem Jahr-

zehnt der Selbsterprobung zwischen Pubertät und festerer Paarbindung (ca. 13-23 Jahre) legt sich das bei den meisten Männern. Diese üben ansonsten ihr ganzes Leben mehr und kontinuierlicher Sport aus als Frauen. Das könnte und sollte – trotz der damit teilweise verbundenen Verletzungsgefahren – überwiegend als Gesundheitsressource gewürdigt werden. Junge Väter reduzieren allerdings ihre Sportbeteiligung, um mehr Zeit für die Kinder zu haben.

Werden heutzutage immer noch mehr Jungen als Mädchen dem Arzt vorgestellt, so ändert sich das in der Pubertät grundlegend. Mit Einsetzen der Menstruation beginnt bei jungen Frauen die Gewöhnung an den regelmäßigen Besuch beim Arzt bzw. Gynäkologen, was einen Habitus der Inanspruchnahme des Arztes und anderer medizinischer Angebote, durchaus mit dem Ziel der Vorsorge, wie z.B. der Verhütung einer Schwangerschaft, prägt. Sind Jungen anfangs der Pubertät noch eher als Mädchen bereit, den Arzt als externen Berater zu akzeptieren, sehen sie in der Folgezeit wenig Anlass, die Arztpraxen überhaupt aufzusuchen. Ausnahme sind die – bei ihnen häufigeren – Sportverletzungen. Der gelegentliche Arztbesuch dient also der je aktuellen Reparatur des verletzten Körpers, nicht der – regelmäßigen – Vorsorge.

Anlässe zum Arztbesuch entstehen bei Männern erst bei Beginn manifester gesundheitlicher Beschwerden, die in der vierten, manchmal erst fünften Lebensdekade einsetzen. Dann muss der Gang zum Arzt gewissermaßen mit verändertem Ziel erst wieder erlernt werden. Die von den Krankenkassen erstatteten Vorsorgemaßnahmen setzen für Männer erst viel später ein als für Frauen. Sie werden von den vierzig-/fünfzigjährigen Männern dann auch zunächst weniger wahrgenommen als von den Frauen, die seit der Pubertät sowohl einen Vorsorgehabitus entwickelt haben als auch an Untersuchungen des Intimbereichs und den Umgang mit Blut gewöhnt sind. Für Männer und Frauen gleichartige Beratungsangebote, etwa zur Darmkrebsvorsorge, treffen deshalb auf gänzlich unterschiedlich vorbereitete Adressaten. Nehmen Männer noch häufig an der Erstberatung teil, führen sie dann die Stuhlproben viel seltener als Frauen durch. Das Problem liegt deshalb offenbar weniger bei „den“ Männern als im unzureichend auf die Zielgruppe eingestellten Angebot. Interessant ist, dass Männer in den folgenden Lebensdekaden Vorsorgeangebote genau so häufig wie Frauen – die älteren sogar häufiger – annehmen, ihr Gesundheitshabitus also durchaus entwicklungsfähig ist.

Man sollte Männer also weder wegen ihrer risikoreichen Verhaltensweisen noch wegen der geringeren Inanspruchnahme ärztlicher und anderer medizinischer Angebote der „Gesundheitsidiotie“ zeihen. Vielmehr sollte man die entsprechenden Verhaltensweisen der jungen, pubertierenden Männer als entwicklungsbedingte Form männlicher Identitätsbildung verstehen

und dementsprechend zunächst als Bewältigungsstrategien für alterstypische Probleme deuten. Die überwiegende Alterstypik dieser Art der Problembewältigung zeigt sich schon darin, dass seit den 1990er Jahren pubertierende Mädchen ebenso viel zu rauchen begannen und später beim „Komasaufen“ ähnlich stark beteiligt waren wie Jungen.

Allerdings verweisen diese Verhaltensweisen gleichzeitig auf Defizite der (Gesundheits-)Erziehung, die hier in einem sehr weiten Sinn gemeint ist. Vermittlung von Risikokompetenz wäre das Gebot der Stunde, nicht ständige Zurückweisung von Bewegungsdrang und Sich-Ausprobieren-Wollen; Vermittlung von Reflexivität gegenüber einem unhinterfragten „männlichen“ Stärkehabitus, der das Ansprechen von Problemen wie Traurigkeit, Scheitern und Ungenügen gegenüber Anforderungen erschwert; Förderung der Einsicht, dass Gesundheit genauso eine „Männersache“ ist wie ein „Frauenthema“. Ernährungskompetenz ist nicht nur für Mädchen, die hübsch und schlank sein wollen, wichtig, sondern ebenso für Jungen, die stark, aber nicht dick werden wollen. Schließlich wäre zu vermitteln, dass die Inanspruchnahme von Hilfe, ggf. auch derjenigen eines Psychologen, nicht unmännlich oder „Weiberkram“ ist, denn Schwäche zu zeigen, kann geradezu Stärke sein.

Ein kurzer Rückblick in die Geschichte der **Entwicklung der männlichen Gesundheitsressourcen** hilft dabei, die derzeitige Situation besser zu verstehen. Im Lichte der soeben dargestellten entwicklungsspezifischen Bedarfe der Jungen und Männer, ist die Bilanz der letzten beiden Jahrhunderte Gesundheits- und Hygieneerziehung ernüchternd. Die Aufklärungsanthropologie erklärte Frauen zum naturnahen und vom Körper bestimmten, deshalb eher „kranken Geschlecht“, die Männer zum vernunftbegabten, starken, eher gesunden Gender. Später konzipierten die Ärzte „Depression“ als typische Frauenkrankheit. Seit dem Entstehen von „Gesundheitspolitik“ um 1800 ging es zunächst vorwiegend um die Sicherung gesunden Nachwuchses an Steuerzahlern und Rekruten, also um Verbesserung der Geburts- und Säuglingshygiene, das als gesundheitsförderlich erkannte Stillen sowie ggf. ersatzweise um die Bereitstellung keimfreier Milchprodukte; später stand zur Verhütung von Ungeziefer und Tuberkulose sowie anderer Volkskrankheiten die Hygiene im Haus im Vordergrund. In allen diesen Fällen wurden Frauen angesprochen und mit zusätzlichen Verantwortlichkeiten bei Säuglingspflege und Kindergesundheitserziehung sowie für die Reinlichkeit im Haushalt belastet. Lediglich bei den Geschlechtskrankheiten kamen die Rekruten und Männer – nachrangig gegenüber den Prostituierten – in den Blick der Gesundheitsämter und Militärverwaltungen. Die Präferenzen änderten sich auch bis nach dem Zweiten Weltkrieg nicht. Machte man einerseits seit 1800 Frauen

verantwortlicher und kompetenter für Gesundheit, führte die Trennung von Wohnung und Arbeitsplatz die Männer immer mehr aus dem Haus und aus den Familienaufgaben heraus. Gesundheitsbedarf und Gesundheitskompetenz wurden beide über lange Zeit als „weiblich“ markiert. Männer galten demgegenüber immer weniger als gesundheitskompetent.

Erst seit den 1970er Jahren änderte sich das ganz langsam. In der **Gesundheitsaufklärung** sprach man nun gelegentlich auch Männer eigenständig und geschlechtsspezifisch an. In der Psychiatrie schaltete man stärker auf die Vorstellung von Hilfsbedürftigkeit um, so dass auch Männer nicht mehr darauf verwiesen wurden, sich männlich „zusammenzureißen“. Die für Männer besonders einschlägige Suchtmedizin wurde ausgebaut, Verhaltensauffälligkeiten (ADHS) als medizinisches Problem und als behandlungsbedürftig ge- deutet. Bei der AIDS-Prävention entwickelte man ebenfalls geschlechtsspezifische Aufklärungsmodule.

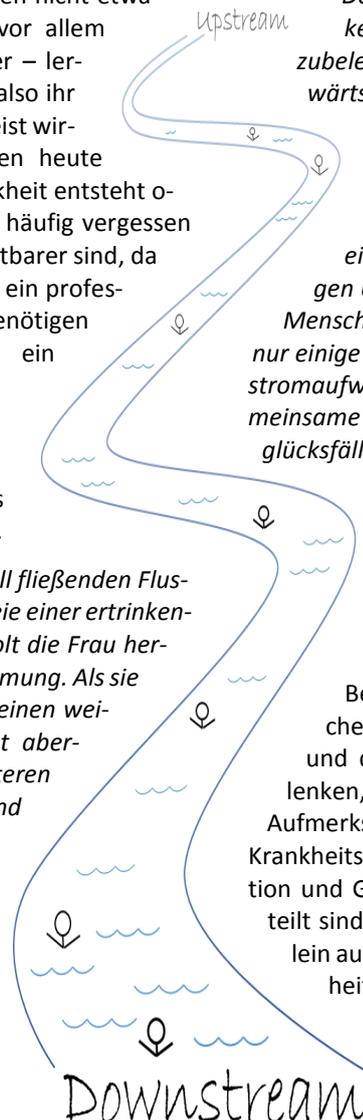
Schließlich fiel im neuen Jahrtausend immerhin auf, dass man Antirauchbroschüren für Jungen und Mädchen zumindest farblich und im Bildmaterial unterschiedlich gestalten müsste – auch wenn die geschlechterspezifisch ganz unterschiedlichen Gründe zu rauchen dort immer noch nicht genannt werden. Mädchen wollen vor allem schlank bleiben, Jungen erwachsen wirken. Es gab und gibt also weiterhin erste schwache Ansätze, auch die Gesundheitskompetenzen von Jungen und Männern zu entwickeln, während gleichzeitig die bevorzugte Entwicklung der Kompetenzen von Mädchen und Frauen dank der Initiativen der Frauengesundheitsbewegung weiterlief. Man wird also nicht umhinkommen, den öffentlichen Stellen ein weitgehendes Versagen hinsichtlich der Entwicklung der Gesundheitskompetenz von Jungen und Männern zu attestieren. Vor diesem Hintergrund erweist sich der Handlungsbedarf zur Förderung der Gesundheitsressourcen von Jungen und Männern als umso größer.

1.2. ÜBERGEORDNETE TRENDS UND DAS LAND BADEN-WÜRTTEMBERG

Gesundheit und Krankheit entstehen nicht etwa im Gesundheitssystem, sondern vor allem dort, wo Menschen – hier Männer – lernen, arbeiten, spielen und lieben, also ihr Leben führen (WHO 1986). Und meist wirken krankheitsauslösende Faktoren heute Jahre bis Jahrzehnte, bis eine Krankheit entsteht oder gar zum Tode führt. Dies wird häufig vergessen oder verkannt, da Krankheiten sichtbarer sind, da sie teils hilfsbedürftig machen und ein professionelles Gesundheitssystem benötigen (welches deswegen auch eher ein Krankheitssystem darstellt).

Um dies zu verdeutlichen bzw. hin und wieder daran zu erinnern hat sich ein Bild weit verbreitet, das Flussbild der Public Health Parabel.

„Ein Arzt steht am Ufer eines schnell fließenden Flusses und hört die verzweifelten Schreie einer ertrinkenden Frau. Er springt ins Wasser, holt die Frau heraus und beginnt die künstliche Beatmung. Als sie gerade anfängt zu atmen, hört er einen weiteren Hilfeschrei. Der Arzt springt abermals ins Wasser und holt einen weiteren Ertrinkenden, trägt ihn ans Ufer und beginnt mit der künstlichen Beatmung. Und als der gerade zu atmen anfängt, hört er einen weiteren Hilferuf... Das geht immer weiter und weiter in endlosen Wiederholungen.“



Der Arzt ist so sehr damit beschäftigt, ertrinkende Menschen herauszuholen und wiederzubeleben, dass er keine Zeit findet, stromaufwärts hinter der Biegung des Flusses nachzusehen, warum denn so viele Menschen ins Wasser stürzen und Angst, Schmerz, Not, Lebensgefahr und vielleicht auch den Tod erleiden. Vielleicht gibt es stromaufwärts eine Brücke ohne Geländer oder einen brüchigen Uferweg. Vielleicht bringt dort niemand den Menschen bei zu schwimmen. Vielleicht fehlen auch nur einige Warntafeln am Ufer. ... Fände der Arzt Zeit, stromaufwärts zu suchen, könnte er wahrscheinlich gemeinsame Ursachen für die vielen individuellen Unglücksfälle entdecken und diese möglicherweise verringern oder abstellen.“ (Rosenbrock 2001).

Diese Parabel wird häufig für die Ausbildung der Expertinnen und Experten für die Arbeit „oben am Fluss“ genutzt (die übrigens meist keine Ärzte sind). In diesem Bericht wird die Parabel dazu dienen, Ursache-Wirkungs-Beziehungen zu beschreiben und den Blick immer wieder stromaufwärts zu lenken, d.h. auf die Ursachen. Das ist sinnvoll, da Aufmerksamkeit und Mittel sehr ungleich zwischen Krankheitsbehandlung (unten am Fluss) und Prävention und Gesundheitsförderung (oben am Fluss) verteilt sind. Und es ist eine Herausforderung, da – allein aufgrund der Datenlage – auch dieser Gesundheitsbericht eigentlich eher ein Krankheits- und Todesfallbericht ist.

Auf Bundesebene ist momentan ein Präventionsgesetz in Planung, das u.a. auch gesundheitliche Gender-Unterschiede verringern soll. Verschiedene Gesetzesentwürfe sind schon gescheitert, doch diesmal könnte es gelingen, der Arbeit oben am Fluss etwas mehr Gewicht zu verleihen. In Baden-Württemberg würde dieses Gesetz begrüßt, doch hat das Land schon vor Jahren die Arbeit stromaufwärts zu seinem Schwerpunkt gemacht und dies ganz aktuell auch im Gesundheitsleitbild verdeutlicht (SM-BW 2009; SM-BW 2014). Die Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung ist oftmals sinnvoller, sie kann Krankheit oder frühen Tod vermeiden, Leid ersparen, evtl. auch Kosten. Im Laufe des Berichts wird deutlich werden, dass der Blick stromaufwärts gerade für Jungen und später Männer von größter Bedeutung ist, da sie deutlich häufiger von vermeidbaren Erkrankungen oder frühem Tod betroffen sind.

Das Gewicht einzelner Faktoren oben am Fluss verändert sich mit dem Krankheitsgeschehen. Letzteres ist davon geprägt, dass chronische, durch viele Faktoren gleichzeitig bedingte Leiden gegenüber den früher vorherrschenden übertragbaren Erkrankungen immer mehr Gewicht bekommen (Murray et al. 2012). Verursachen vor einem Jahrhundert noch die Infektionskrankheiten die größte Krankheitslast hierzulande (und tun es andernorts weiterhin), so gelten heute die

psychosozialen Faktoren und Stresserkrankungen als wesentlichste Herausforderung bei uns. Stress und die sich durch ihn summierende sogenannte „Allostatiche Last“ wirkt im Hintergrund bei den wichtigsten Risikofaktoren weltweit. Mit Bluthochdruck, Tabak- und Alkoholkonsum sind drei der fünf für die weltweite Krankheitslast wesentlichsten Faktoren eng mit Stressbelastung assoziiert. Die Bedeutung aller drei Krankheitsursachen hat zwischen 1990 und 2010 deutlich zugenommen (Lim et al. 2012), und jeder von ihnen spielt eine erhebliche Rolle für den durchschnittlich früheren Tod von Männern.

Es lohnt daher, besonders auf Stress zu schauen. Ihn einzudämmen gelingt am ehesten, wenn dort hingesehen wird, wo er entsteht. Wie einleitend beschrieben ist das dort, wo Menschen ihr tägliches Leben führen, in ihren sogenannten Lebenswelten (Settings). Der Arbeitsplatz ist eine solche entscheidende Lebenswelt, aber etwa auch Schule und Wohnumfeld gehören dazu. Hier sollten Prävention und Gesundheitsförderung ansetzen, indem diese Lebenswelten und ihre Verhältnisse so angepasst werden, dass mehr Gesundheit möglich wird. Dies soll ein Schwerpunkt des aktuellen Präventionsgesetzes werden und ist es bereits im Gesundheitsleitbild Baden-Württemberg (SM-BW 2014).

1.3. WAS KANN EIN BERICHT UND WAS KANN ER NICHT?

Junge ist nicht gleich Junge, Mann nicht gleich Mann und die Unterschiedlichkeit nimmt sogar zu. Dieser Bericht basiert jedoch weitgehend auf Routine-Daten und allein dadurch wird häufig das statistische Mittel betrachtet, nicht etwa die o.g. individuelle Unterschiedlichkeit. Die Unterschiede zwischen einzelnen Männern sind aber, wie wir wissen, sogar deutlich größer als der durchschnittliche Unterschied zwischen Männern und Frauen. Wo es möglich war, wurden Studienergebnisse zu wichtigen Untergruppen von Jungen und Männern einbezogen, um etwa Aussagen über sozillagebezogene Unterschiedlichkeiten von Jungen und Männern aufzeigen zu können. Dies war aufgrund der Datenlage aber nur übergeordnet möglich, nicht für die kleinräumigeren Analysen. Diese bleiben zwangsläufig „mittelwertorientiert“ und dieser Schwäche sind sich die Autoren und Autorinnen bewusst.

Wie für Gesundheitsberichte üblich, ist auch dieser eher ein Krankheitsbericht, denn Krankheit ist recht klar definiert. Die Krankheits- oder Todesfallhäufigkeit wird daher routinemäßig „gezählt“, Gesundheit hinge-

gen kaum. Somit nähern wir uns der Gesundheit in Baden-Württemberg über die Lebenserwartung, frühen Tod, Arbeitsunfähigkeits- und Behandlungshäufigkeiten. Die Weltgesundheitsorganisation definiert Gesundheit jedoch als umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden, eben nicht allein die Abwesenheit von Krankheit oder Gebrechen (WHO 1946). Wäre dies zu messen, würde sich evtl. ein anderes Bild der Jungen- und Männergesundheit in Baden-Württemberg ergeben, mindestens aber eine weitere, wichtige Facette. Auch dies engt die Perspektive dieses Berichts wie sämtlicher Gesundheitsberichte ein.

Diskussionen um Kultur und Gesellschaft sind immer auch Diskussionen um Geschlechterrollen, häufig sogar als Teilaspekt mit besonders hohem Konfliktpotential. Ziel eines Gesundheitsberichts ist es natürlich nicht, Antworten auf solche gesellschaftlichen Fragen geben, hier steht Gesundheit im Fokus. Der Bericht muss und wird jedoch immer wieder Teilaspekte von Geschlechtsrollen zur Sprache bringen, wo sie gesundheitsrelevant scheinen, und hier Stellung beziehen.

LITERATUR

- Lim S.S. et al. (2012): A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet* 380 (9859), 2224–2260. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)61766-8.
- SM-BW - Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg (2014): Gesundheitsleitbild Baden-Württemberg. Stuttgart.
- SM-BW - Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg (2009): Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg. Ministerium für Arbeit und Soziales (Hg.). Stuttgart.
- Murray C.J.L. et al. (2012): Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet* 380 (9859), 2197–2223. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)61689-4.
- Rosenbrock R. (2001): Was ist New Public Health? *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 44 (8), 753–762. DOI: 10.1007/s001030100231.
- Schmedt M. (2015): Randnotiz: Selbst schuld. *Dtsch Arztebl International* 112 (1-2), 5. Online verfügbar unter <http://www.aerzteblatt.de/int/article.asp?id=167053>.
- West, C.; Zimmerman, D. H. (1987): Doing Gender. In: *Gender & Society* 1 (2), S. 125–151.
- WHO (1946): Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference. Signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948. New York, 19.06.1946.
- WHO (1986): Ottawa-Charter for Health Promotion. In: WHO (Hg.). First international Conference on Health Promotion. Ottawa, 21.11.1986: World Health Organization.

2. GESUNDHEITLICHE LAGE VON JUNGEN UND MÄNNERN IN BADEN-WÜRTTEMBERG

Laura Arnold, Bertram Szagun

In diesem umfangreicheren Kapitel wird die gesundheitliche Lage von Jungen und Männern in Baden-Württemberg beschrieben. Dazu werden im Folgenden repräsentative Daten zur jungen- und männerspezifischen Lebenserwartung und gesundheitlichen Situation auf Basis der aktuellsten amtlichen Statistiken betrachtet. Besondere Beachtung findet die vorzeitige Sterblichkeit von Männern gegenüber Frauen. Wo immer möglich, wird die gesundheitliche Lage von Jungen und Männern in Baden-Württemberg und bundesweit verglichen. Sofern auswertbare Daten vorliegen, werden darüber hinaus Analysen bis auf Stadt- und

Landkreisebene vorgenommen, um mögliche regionale Bedarfslagen aufzuzeigen. Nach einer kurzen Erläuterung der methodischen Vorgehensweise werden regionale Unterschiede der durchschnittlichen Lebenserwartung in Deutschland und Baden-Württemberg diskutiert. Um aufzuzeigen, durch welche Erkrankungen Jungen und Männer besonders viel an potenzieller Lebenszeit verloren geht, werden die für den Verlust von Lebenszeit wichtigsten Todesursachengruppen dargestellt. Dies bildet die Grundlage für die darauf folgende nähere Betrachtung einzelner Erkrankungsgruppen.

2.1. METHODISCHES VORGEHEN UND DATENQUELLEN

Dass Männer und Frauen ungleiche Gesundheitschancen haben ist seit Langem bekannt (Babitsch 2005: 65). Geschlechtsspezifische Unterschiede in der gesundheitlichen Lage zeigen sich im Zuge des demographischen Wandels auch in der unterschiedlichen Lebenserwartung von Männern und Frauen sowie der stärker ausgeprägten (vorzeitigen) Sterblichkeit von Männern. Durch eine Gegenüberstellung von Sterberaten, Krankenhausbehandlungsraten und verlorenen Lebensjahren werden in diesem Kapitel geschlechtsspezifische Unterschiede in Baden-Württemberg dargestellt.

Grundlage bilden aggregierte Daten der amtlichen Statistik des Statistischen Bundesamtes (DESTATIS) sowie des Statistischen Landesamtes Baden-Württembergs (STALA BW). Während ersteres vor allem Daten auf Bundes- und Länderebene dokumentiert, erfassen die statistischen Ämter der Länder auch kleinräumige Daten zur gesundheitlichen Lage auf Kreisebene (Swart et al. 2014: 439). Dadurch sind wertvolle Rückschlüsse auf die gesundheitliche Lage einzelner Stadt- und Landkreise möglich.

2.1.1. TODESURSACHENSTATISTIK

Differenzierte Aussagen zu Sterblichkeit, Lebenserwartung und Todesursachen sind auf Basis der amtlichen Todesursachen- und Bevölkerungsstatistik des Statistischen Landesamtes Baden-Württembergs möglich (AOLG 2003: 81). Die Todesursachenstatistik ist zur Ermittlung grundlegender Gesundheitsindikatoren wie Sterberaten, verlorene Lebensjahre und vermeidbare Sterbefälle von Bedeutung. Die jährliche Vollerhebung sämtlicher Todesfälle ist Basis zahlreicher Handlungs- und Strategieempfehlungen und kann durch entsprechend abgeleitete Maßnahmen langfristig dazu beitragen, die Lebenserwartung und Lebensqualität der Bevölkerung zu erhöhen (Schelhase, Weber 2007). Da durch den bundesweiten Datenaustausch über die Statistischen Landesämter alle verstorbenen Personen ihrem jeweiligen Hauptwohnsitz zugeordnet werden, erlaubt die Todesursachenstatistik regionale Vergleiche zwischen einzelnen Stadt- und Landkreisen (Schelhase 2006: 219). Sie zählt somit zu den wenigen Datenquellen, die überhaupt für regionale Analysen auf Kreisebene geeignet sind. Neben dem Wohnort sind die Daten der Todesursachenstatistik nach Alter und Geschlecht gegliedert und werden nach dreistelligen ICD-10-Positionen ausgewiesen (Wiesner, Bittner 2004: 267).

Im vorliegenden Bericht wurde stets eine möglichst kleinräumige Darstellung der gesundheitlichen Lage auf Kreisebene angestrebt. Aufgrund einer vergleichsweise geringen Anzahl von Todesfällen in jüngerem Lebensalter war es bei der geschlechtsdifferenzierten Betrachtung jedoch teilweise erforderlich, auf eine höhere Aggregationsebene auszuweichen. Einige Auswertungen wurden daher auf Ebene der zwölf Regionalverbände Baden-Württembergs durchgeführt. Da einzelne Jahre der Todesursachenstatistik starken Zufallsschwankungen ausgesetzt sein können, basieren, sofern nicht anders angegeben, alle Auswertungen auf dem aktuellsten vorliegenden Fünf-Jahres-Zeitraum von 2008-2012.

Die Daten der Todesursachenstatistik haben eine große Bedeutung für die nationale wie auch kommunale Gesundheitsberichterstattung, weisen zugleich aber auch einige Schwachstellen auf. So nimmt ihre Verlässlichkeit mit zunehmendem Alter der Verstorbenen deutlich ab. Dies wurde im vorliegenden Bericht insofern versucht zu berücksichtigen, als dass in die Analyse der meisten Todesursachen nur ausgewählte Altersgruppen eingingen. Orientiert wurde sich dabei an dem auch in der Gesundheitsberichterstattung der

Länder genutzten Konzept der vermeidbaren Sterblichkeit (AOLG 2003: 108). Aufgrund der deutlich häufigeren frühen Todesfälle von Männern ist dieser Indikator besonders geeignet, geschlechtsspezifische Unterschiede zu beschreiben.

Diagnose (ICD-10)	Alter
Bösartige Neubildungen (C00-C97)	0 bis u65
Neubildungen nach Tumorlokalisierung	15 bis u65
Psychische/Verhaltensstörungen (F00-F99)	0 bis u65
Störungen durch psychotrope Subst. (F10-F19)	15 bis u65
Herz-Kreislauf-Erkrankungen (I00-I99)	0 bis u65
Ischämische Herzkrankheiten (I20-I25)	35 bis u65
Hypertonie + zerebrov. Erkrankungen (I10-5+I6)	35 bis u65
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	
Chron. Krankheiten der u. Atemwege (J40-J47)	0 bis u65
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	
Krankheiten der Leber (K70-K77)	15 bis u75
Verletzungen, Vergiftungen etc. (S00-T98)	alle
Äußere Todesursachen (V01-Y98)	alle
Transportmittelunfälle (V01-V99)	alle
Unfälle (W00-X59)	alle
Suizide (X60-X84)	alle

Tab. 1 Ausgewählte Todesursachen der Gruppe der vermeidbaren Sterbefälle gemäß des Indikatorenansatzes für die Gesundheitsberichterstattung der Länder (AOLG 2003), Alter in Jahren (Eigene Darstellung in Anlehnung an Hellmeier 2008b)

Vorzeitige Sterbefälle entsprechen all denjenigen Todesursachen, die unter adäquaten Behandlungs- und Vorsorgemethoden für bestimmte Altersgruppen (i.d.R. 0-u65 Jahre) ganz oder zumindest teilweise vermeidbar gewesen wären (Hellmeier 2008a). Je nach Diagnose empfiehlt die AOLG die Verwendung unterschiedlicher Altersgruppen, wodurch einzelne Krankheiten von der üblichen Altersspanne von 0 bis unter 65 Jahren abweichen können. Tab. 1 gibt einen Überblick über die im vorliegenden Bericht dargestellten Todesursachen sowie die jeweiligen Altersgruppen.

Ein weiterer Kritikpunkt ist das systematische Außerachtlassen von Mehrfacherkrankungen durch die Nichterfassung von Krankheiten, die nicht zum Tod führen (LGL 2006: 15). Da nach deutscher Rechtsprechung jeder Todesfall durch einen Arzt bescheinigt werden muss, beruhen die Daten der Todesursachenstatistik auf den ärztlich ausgestellten Todesbescheinigungen. Im vertraulichen Teil der Todesbescheinigung

kann die Kausalkette vom Grundleiden zur unmittelbaren Todesursache festgehalten werden, später wird jedoch lediglich das jeweilige Grundleiden in die eigentliche Todesursachenstatistik eingetragen (Häring 2015). Dieses systematische Außerachtlassen von Mehrfacherkrankungen fällt je nach Erkrankungsart unterschiedlich aus und muss bei der Interpretation der folgenden Ergebnisse entsprechend berücksichtigt werden. Die Aussagekraft der Todesursachenstatistik ist somit nicht nur von der korrekten Ausfüllung der Todesbescheinigung abhängig sondern auch von der richtigen Kodierung des Grundleidens nach ICD-10 (Behrens et al. 2011). Dabei können regionale Unterschiede im Kodierverhalten die Qualität der Todesursachenstatistik beeinträchtigen.

Die meisten Erkrankungen sind stark altersabhängig. Die Altersstruktur einer Region spielt somit für die Häufigkeit einzelner Erkrankungen und Todesursachen eine große Rolle. Um die baden-württembergischen Stadt- und Landkreise trotz der mitunter erheblich unterschiedlichen Altersstrukturen inhaltlich sinnvoll miteinander vergleichen zu können, wurden alle Sterberaten altersstandardisiert (Kreienbrock et al. 2012: 34). Dies ist für den Vergleich notwendig, die altersstandardisierten Raten erlauben aber keine Rückschlüsse mehr auf die konkrete Anzahl an Todesfällen, die deswegen jeweils separat angegeben werden. Wie allgemein üblich werden sie in Raten pro 100.000 Personen angegeben. Sofern nicht anders angegeben, dient im vorliegenden Bericht die männliche Bevölkerung Baden-Württembergs 2008-2012 als Standardbevölkerung. Unter Einbezug der Altersstruktur kann die Todesursachenstatistik trotz der genannten Schwachstellen wertvolle Hinweise darüber liefern, welche tödlichen Erkrankungen oder Ereignisse regional vermehrt auftreten. Analysen der Sterblichkeit können jedoch keinen vollständigen Eindruck von der regionalen Krankheitslast vermitteln. Diese wird gerade in Industriestaaten stark durch chronische, dauerhaft bestehende und eben nichttödliche Erkrankungen bestimmt, für deren Charakterisierung weitere Kennzahlen wie ambulante und stationäre Behandlungsdaten hinzugezogen werden müssen.

2.1.2. KRANKENHAUSSTATISTIK

Der Analyse einzelner vermeidbarer Todesursachen der Todesursachenstatistik werden Analysen der Krankenhausstatistik des Statistischen Landesamtes Baden-Württembergs gegenübergestellt. Bei der Krankenhausstatistik handelt es sich um eine seit 1991 bundeseinheitlich durchgeführte jährliche Vollerhebung mit Auskunftspflicht in allen Krankenhäusern und Vorsorge- bzw. Rehabilitationseinrichtungen (Bölt, Graf 2012: 112). Erfasst werden neben zentralen Struktur- und Leistungsdaten auch differenzierte Informationen zum Morbiditätsgeschehen in der stationären Versor-

gung (Swart et al. 2014: 273). Die fallbezogene Diagnostik gibt Aufschluss über Anzahl und Ursache der stationären Behandlungen im entsprechenden Zeitraum. Analysiert werden Daten des aktuellsten zur Verfügung stehenden Jahres 2012. Wie auch die Todesursachenstatistik, dient die Krankenhausstatistik als Basis für zahlreiche gesundheitspolitische Entscheidungen des Bundes und der Länder und zählt zu den etablierten Datenquellen der nationalen wie kommunalen Gesundheitsberichterstattung (DESTATIS 2015). Neben der Diagnose erfasst die Krankenhausstatistik

auch demografische Merkmale wie Alter und Geschlecht. Die altersstandardisierten Behandlungsfälle werden in Raten pro 10.000 Einwohner angegeben. Als Standardbevölkerung diente die männliche Bevölkerung Baden-Württembergs 2012.

Die wohnortbezogene Statistik gibt Auskunft darüber, wie viele Bürgerinnen und Bürger der einzelnen Stadt- und Landkreise Baden-Württembergs deutschlandweit stationär behandelt wurden. Die Zuordnung erfolgt dabei nach der jeweils vergebenen Hauptdiagnose, wobei Mehrfachbehandlungen einzelner Personen auch mehrfach in die Statistik eingehen. Krankenhausstatistikdaten sind daher nicht mit behandelten Personen im Sinne einer „Pro-Kopf“-Wahrscheinlichkeit gleichzusetzen, da jeder ununterbrochene Krankenhausaufenthalt als ein Fall erfasst wird (Statistische Ämter 2010: 9). Dadurch kommen auf eine Person mehrere Fälle, wenn sie mehrfach im Jahr vollstationär behandelt worden ist. Dies trifft speziell in den höheren Altersklassen zu, da es dort aufgrund von Mehrfacherkrankungen häufig zu mehreren Krankenseinweisungen innerhalb eines Jahres kommen kann (ebd.). Die absoluten Zahlen der Krankenhausstatistik sind daher sehr vorsichtig zu bewerten. Auch wenn auf dieser Datenbasis eine grobe Einschätzung der akutstationären Krankheitslast erfolgen kann, muss die

Aussagekraft der Krankenhausstatistik kritisch betrachtet werden. So kann eine vergleichsweise niedrige Erkrankungsrate sowohl auf eine geringe Krankheitslast als auch auf eine Unterversorgung hinsichtlich stationärer Versorgungsangebote in einer bestimmten Region hinweisen. Es muss ferner berücksichtigt werden, dass Krankenhausstatistiken ausschließlich vollstationäre Behandlungen abbilden. Die Krankenhausbehandlungshäufigkeit kann somit auch durch die regionale Dichte und Qualität ambulanter Versorgungsangebote beeinflusst sein. Darüber hinaus treten auch regionale Unterschiede in der diagnostischen Einordnung der Krankheitsfälle auf.

Eine alleinige Betrachtung der Krankenhausstatistik ist daher nur wenig aussagekräftig. Durch eine parallele Betrachtung von fallbezogenen Erkrankungsdaten auf Basis der Krankenhausstatistik und statistischen Informationen zur Sterblichkeit auf Basis der Todesursachenstatistik sind jedoch teils differenziertere Aussagen zur Gesundheit der einzelnen Stadt- und Landkreise bzw. Regionen möglich. Die jeweilige Aggregations- und Analyseebene der ausgewählten Erkrankungen wurde entsprechend der Fallzahlen der Todesursachenstatistik gewählt, da letztere eine größere Aussagekraft als die Krankenhausdiagnosestatistik aufweist.

2.1.3. LEBENSERWARTUNG

Die Lebenserwartung gehört zu den wichtigsten Kennzahlen der Gesundheitsberichterstattung. Der Indikator dient v.a. der übergreifenden Beschreibung der gesundheitlichen Lage verschiedener Bevölkerungsgruppen (Lampert, Kroll 2014). Er eignet sich hervorragend für vergleichende Analysen regionaler Unterschiede (AOLG 2003: 100) und wird häufig für zusammenfassende Beurteilungen der gesundheitlichen Lage und der medizinischen Versorgung verwendet.

In den letzten 150 Jahren sind die Lebenserwartungen von Männern und Frauen in den industrialisierten Ländern nahezu linear angestiegen, wenn auch der Anstieg bei den Männern etwas geringer ausfiel (Vaupel, Kistowski 2005: 586). Ein Großteil dieses Anstiegs ist auf eine Veränderung des Gesundheits- und Krankheitspanoramas zurückzuführen (→ Kapitel 1): War es anfangs die erfolgreiche Eindämmung akuter Infektionskrankheiten sowie der deutliche Rückgang der Säuglings- und Kindersterblichkeit, spielen heute v.a. verbesserte Überlebenschancen hinsichtlich klassischer Zivilisationskrankheiten, wie Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen eine wichtige Rolle (Cutler et al. 2006: 99). Dabei erhöhte sich im Laufe der letzten Jahrzehnte nicht nur die Lebenserwartung bei Geburt sondern v.a. auch die fernere Lebenserwartung der über 65-Jährigen. Letzteres ist überwiegend auf den rapiden Rückgang der Sterblichkeit in den höheren

Altersgruppen zurückzuführen: Während das Sterberisiko der über 80-jährigen Männer in den frühen 1950er Jahren noch bei 14% lag, halbierte sich dieses Risiko innerhalb eines halben Jahrhunderts auf 7% (Christensen et al. 2009). Seit 1990 entfallen rund 79% des Anstiegs der Lebenserwartung auf die Altersgruppe der über 65-jährigen Männer (Doblhammer et al. 2012: 448).

Abb. 5 zeigt die weltweite Verteilung der durchschnittlichen Lebenserwartung neugeborener Jungen und Mädchen im Jahr 2012. Trotz eines relativ stetigen Anstiegs in nahezu allen Teilen der Welt, zeigen sich erhebliche Unterschiede in der Lebenserwartung und das sowohl länderübergreifend als auch innerhalb einzelner Länder (Christensen et al. 2009; Cutler et al. 2006). Länderübergreifend betrachtet haben neugeborene Jungen in Island (81,2J), der Schweiz (80,7J) und Australien (80,5J) die höchste Lebenserwartung. Bei den Mädchen liegt Japan mit weit über 80 Jahren an der Spitze (87,0J), gefolgt von Spanien (85,1J) und der Schweiz (85,1J). Mit teils deutlich unter 50 Jahren weisen v.a. Jungen und Mädchen aus afrikanischen Ländern südlich der Sahara die durchschnittlich niedrigste Lebenserwartung bei Geburt auf (WHO 2015b). Während die durchschnittliche Lebenserwartung neugeborener Mädchen 2012 weltweit 72,7 Jahre betrug, lag sie bei neugeborenen Jungen bei durchschnittlich

68,1 Jahren (WHO 2014: 42). Global betrachtet verfügen Frauen somit um eine 4,6 Jahre höhere Lebenserwartung als Männer. Innerhalb einzelner Länder kann dieser Geschlechterunterschied jedoch deutlich variieren. Quasi keine Geschlechterunterschiede zeigen sich in den afrikanischen Ländern Niger und Mali, wo neugeborene Jungen wie Mädchen 2012 eine Lebenserwartung von 57 Jahren aufwiesen (WHO 2014). Eine gleich hohe oder gar höhere Lebenserwartung von

Männern gegenüber Frauen ist jedoch am ehesten bei klarer gesellschaftlicher Benachteiligung von Frauen zu erwarten. Die weltweit größten Lebenserwartungsunterschiede zeigen sich v.a. in den Ländern der ehemaligen Sowjetunion. So weisen neugeborene Jungen in Russland, Weißrussland, der Ukraine sowie im Baltikum seit Jahrzehnten eine um mehr als zehn Jahre geringere Lebenserwartung auf als neugeborene Mädchen (ebd.).

Abb. 5 Lebenserwartung neugeborener Jungen (oben) und Mädchen (unten) weltweit 2012 (Entnommen aus: WHO 2014)

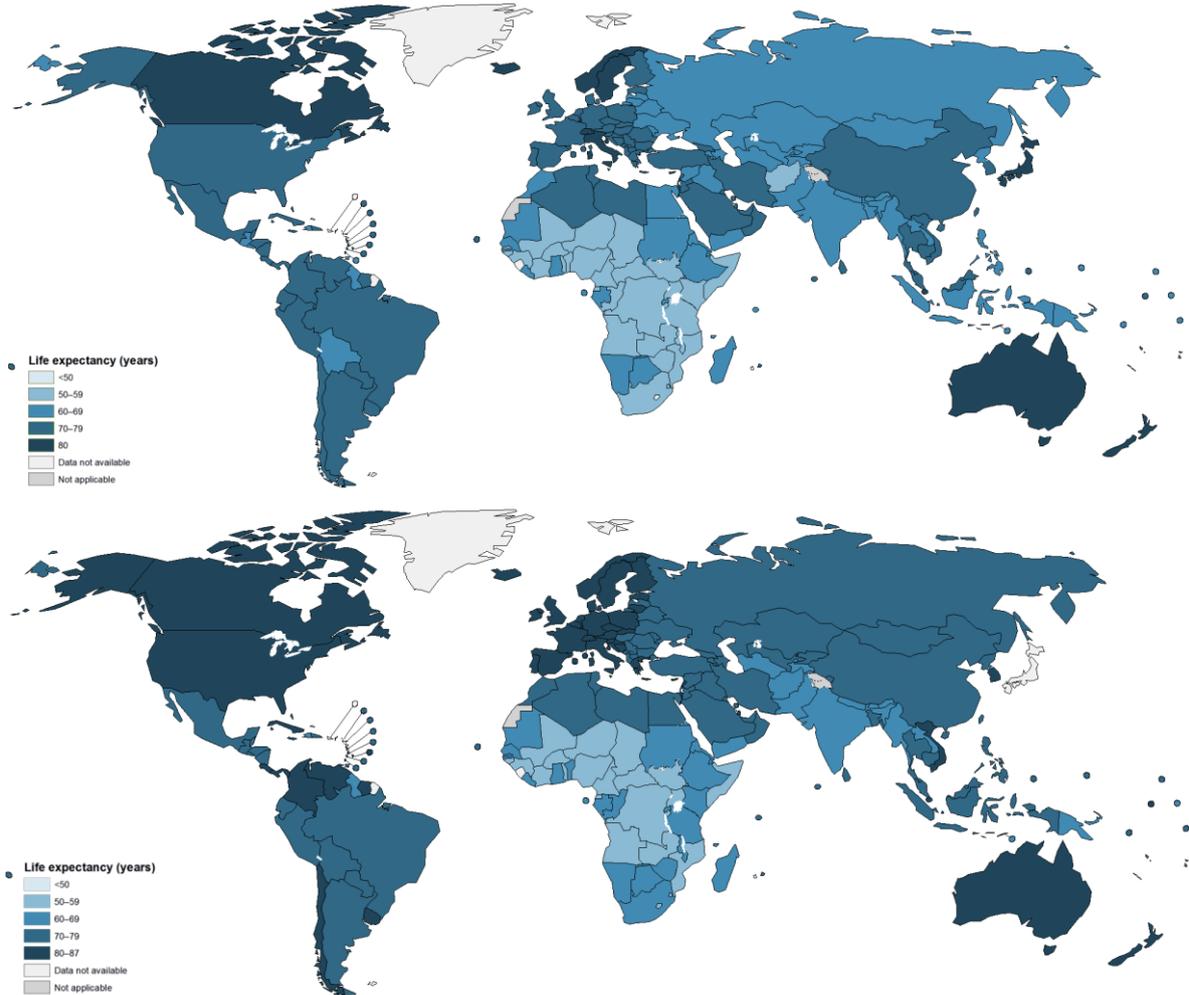
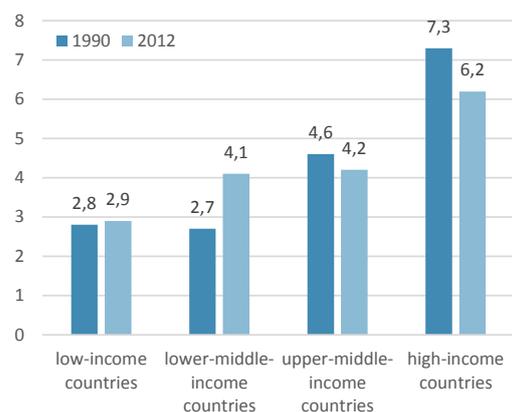


Abb. 6 zeigt, dass sich die Geschlechterunterschiede je nach Landeseinkommen im Verlauf der letzten Jahre sehr unterschiedlich entwickelt haben. Während sich der vergleichsweise stark ausgeprägte Geschlechterunterschied in den wohlhabenden Ländern langsam reduziert hat, stieg er in den Niedriglohnländern z.T. rapide an, auch wenn die Geschlechterdifferenzen nach wie vor deutlich unter denen wohlhabender Länder liegen. Während sich neugeborene Jungen in Hocheinkommensländern über eine Lebenserwartung von 75,8 Jahren freuen können, liegt die Lebenserwartung in Ländern mit geringem Einkommen bei 60,2 Jahren und fällt somit 15,6 Jahre geringer aus (WHO 2014: 44). Bei den Frauen beträgt die Differenz 18,9 Jahre.

Abb. 6 Geschlechterunterschied in der Lebenserwartung nach Landeseinkommen weltweit 1990-2012 (WHO 2014: 44)



Zusammenfassend lässt sich somit feststellen, dass die Unterschiede in der Lebenserwartung zwischen Männern und Frauen stark die soziale Situation der jeweiligen Länder widerspiegeln. Seit langem ist bekannt, dass sozial bedingte Unterschiede in der Lebenserwartung einen zentralen Aspekt gesundheitlicher Ungleichheit darstellen (Cutler et al. 2006: 98). Dabei variieren Sterblichkeit und Lebenserwartung stark in Abhängigkeit von der sozialen Lage, insbesondere dem sozio-ökonomischen Status (Marmot et al. 1984: 1003). Diese oft auch als sozialer Gradient bezeichnete Variation ist bei Männern deutlich stärker ausgeprägt als bei Frauen (DeCola 2012; Kroll, Lampert 2009). Bei schlechten sozialen Bedingungen verlieren Männer somit mehr Jahre an Lebenserwartung als Frauen (Stansfeld et al. 1999: 306). Wie in Kapitel 3 noch genauer erläutert wird, werden diesbezüglich neben geschlechtsspezifischen Stressreaktionen insbesondere auch kulturell wie sozialisationsgeprägte Rollenzuweisungen als mögliche Ursachen diskutiert. Besondere

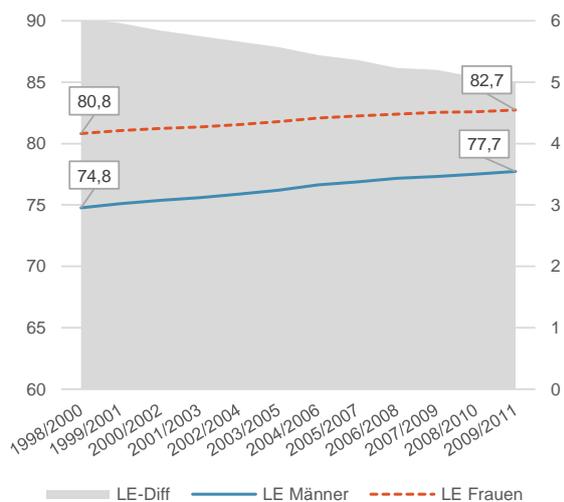
Aufmerksamkeit erhält dabei das traditionelle durch Härte, Leistungsorientierung und Konkurrenz geprägte Leitbild der sogenannten hegemonialen Männlichkeit (Dinges 2010). Denn auch wenn „Mann sein“ heute nicht mehr mit dem ganztags beschäftigten, karriereorientierten Familienoberhaupt gleichgesetzt wird, sind Leistungsbereitschaft und Erfolgsorientierung ebenso wie Konkurrenzkämpfe um beruflichen und sozialen Aufstieg Kennzeichen nach wie vor existierender Männlichkeitsleitbilder (→ Kapitel 1.1). Hinzu kommt eine häufig stärker ausgeprägte Empfindlichkeit hinsichtlich gesellschaftlicher Umbruchprozesse, womit gerade der bis heute wirksame Anstieg der Lebenserwartungsunterschiede in einigen Ländern der ehemaligen Sowjetunion erklärt wird (Watson 1995).

Gerade letzteres ist angesichts des beschleunigten gesellschaftlichen Wandels sowie zunehmender sozialer wie gesundheitlicher Ungleichheiten ein aktuelles Thema für die Jungen- und Männergesundheit.

2.1.3.1. SITUATION IN DEUTSCHLAND

Auch in Deutschland ist die mittlere Lebenserwartung kontinuierlich gestiegen (Christensen et al. 2009: 448). Nach den Sterbetafeln¹ des Statistischen Bundesamtes betrug die mittlere Lebenserwartung im Zeitraum 2009-2011 bei Frauen 82,7 Jahre, bei den Männern 77,7 Jahre (DESTATIS 2013). Im Vergleich zu 1998-2000 ist sie damit für Frauen um 1,9 Jahre, für Männer um 2,9 Jahre gestiegen (DESTATIS 2012).

Abb. 7 Entwicklung der Lebenserwartungsdifferenz von Jungen und Mädchen (rechte Skala) unter Berücksichtigung der mittleren Lebenserwartung (linke Skala) in Deutschland 1991-1993 bis 2009-2011 (Daten: GBE Bund 2014, eigene Berechnung)



Betrachtet man die zeitliche Entwicklung der Lebenserwartung von Männern und Frauen, zeigt sich, dass die mittlere Lebenserwartung der Männer in den letzten Jahrzehnten stärker angestiegen ist als die der Frauen (Abb. 7). Dieser Anstieg geht mit einem Rückgang der Lebenserwartungsdifferenz zwischen den beiden Geschlechtern einher. Wiesen Frauen 1991-1993 noch eine um 6,5 Jahre höhere Lebenserwartung auf, betrug die Differenz 2009-2011 noch 5,0 Jahre. Auch bei der ferneren Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren zeigt sich ein stärkerer Anstieg bei den Männern. Während bei den Männern seit Anfang der 1990er Jahre in Westdeutschland ein Anstieg um 3,1 Jahre auf 17,5 Jahre beobachtet wurde, stieg die fernere Lebenserwartung bei den Frauen um 2,7 Jahre auf 20,7 Jahre.

Es wird angenommen, dass der Geschlechterunterschied in der Lebenserwartung durch zahlreiche Faktoren beeinflusst wird, deren Zusammenspiel bis heute nicht vollständig geklärt ist. Neben biologischen Ursachen werden dabei vor allem verhaltens- bzw. verhältnisbedingte Ursachen als potentielle Erklärungsansätze diskutiert. Gegen eine rein biologische Betrachtungsweise sprechen u.a. die Ergebnisse von Luys Klosterstudien. Anhand von Sterbetafelanalysen bayrischer Klosterbevölkerungen konnte er zeigen, dass Mönche deutlich bessere Überlebenschancen aufwiesen als Männer der deutschen Vergleichsbevölkerung (Luy 2002). Da die Lebenserwartungsunterschiede innerhalb der Klosterbevölkerung über Jahrzehnte hinweg konstant zwischen 0 und 2 Jahren zugunsten der

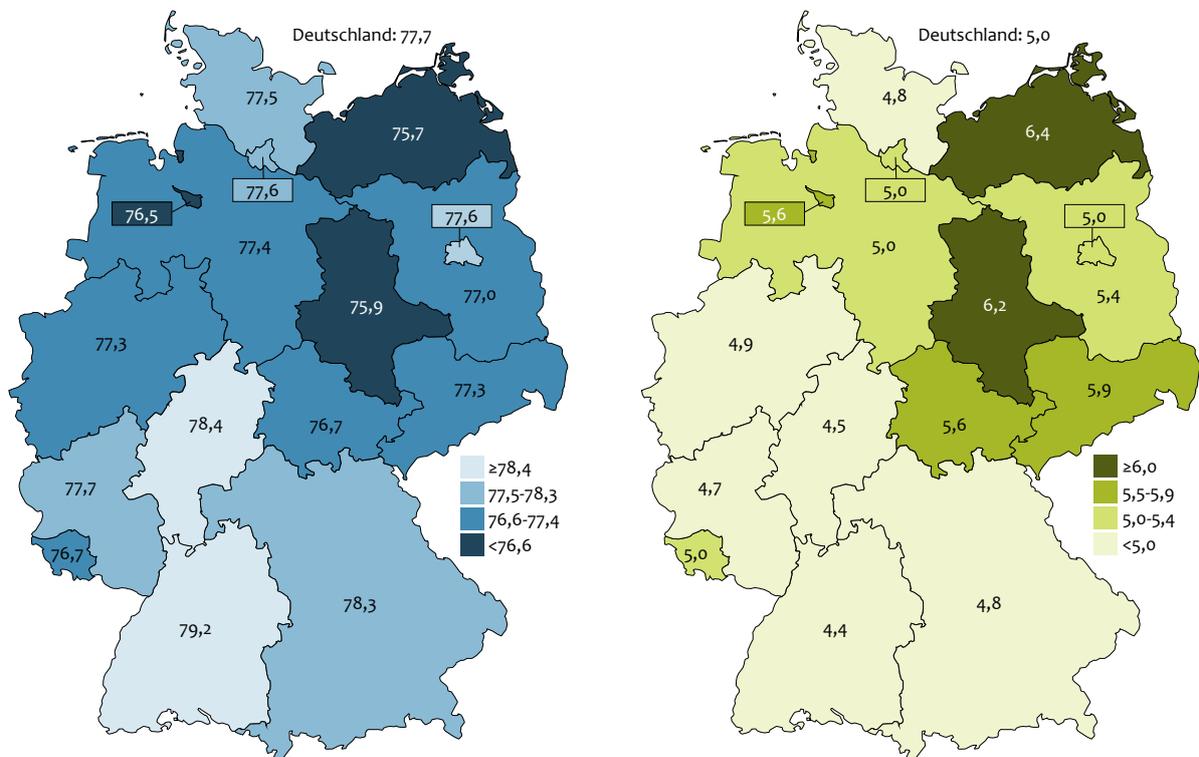
¹ Sterbetafeln ermöglichen eine zusammenfassende Beurteilung der Sterblichkeitsverhältnisse einer Bevölkerung unabhängig von ihrer Größe und Altersstruktur (DESTATIS 2012). Sie enthalten Angaben darüber, wie viele Personen einer bestimmten Bevölkerung aufgrund von Sterbewahrscheinlichkeiten in den einzelnen Altersjahren überleben und sterben werden.

Nonnen ausfielen, ist anzunehmen, dass biologische Gründe nicht mehr als ein bis maximal zwei Jahre des Geschlechterunterschieds erklären können (Dinkel, Luy 1999). Für die restlichen Jahre werden neben gesundheitsriskanten Verhaltensweisen, wie regelmäßigem Tabak- und Alkoholkonsum oder auch riskantem Verhalten im Straßenverkehr (Kolip 2008: 29), insbesondere auch verhältnisbedingte sowie psychosoziale Faktoren diskutiert (Mielck 2010: 235; Marmot et al. 1984). Analysen auf Basis des Sozio-ökonomischen Panels (SOEP) belegen, dass Männer aus armutsgefährdeten Haushalten und solche mit prekärem Einkommen durchschnittlich 5,0 Jahre kürzer leben als Männer aus wohlhabenden Haushalten (Kroh et al. 2012). Mit 3,5 Jahren fallen die Unterschiede bei den Frauen deutlich geringer aus. Während Kroh et al. die Unterschiede bei den Frauen v.a. auf psychische Belastungen durch finanzielle Knappheit sowie auf fehlende soziale Netzwerke und mangelnde Freizeitaktivitäten zurückführen, scheinen sich bei den Männern v.a. eine geringe Bildung und psychisch belastende Arbeitsverhältnisse negativ auf die fernere Lebenserwartung auszuwirken (Kroh et al. 2012; Roelfs et al. 2011).

Dass die soziale Lage bei Männern stärker „unter die Haut geht“ zeigt sich auch bei einer regionalen Betrachtung der Lebenserwartungsunterschiede. Die mit Abstand höchste Lebenserwartung haben Männer in den süddeutschen Bundesländern Baden-Württem-

berg (79,2J), Hessen (78,4J) und Bayern (78,3J). Auch bei den Frauen liegt Baden-Württemberg mit 83,6 Jahren an der Spitze, gefolgt von Sachsen (83,2J) und Bayern (83,1J). Die niedrigste Lebenserwartung zeigt sich sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern im Nordosten Deutschlands. Die Gegenüberstellung in Abb. 8 zeigt, dass sowohl die Verteilung der mittleren Lebenserwartung bei den Männern als auch die Geschlechterdifferenz zwischen Männern und Frauen sozialstrukturelle Muster aufweisen. Eine hohe Lebenserwartung geht mit einer vergleichsweise niedrigen Geschlechterdifferenz einher und ist v.a. in den süddeutschen Bundesländern vorzufinden, die durch Strukturstärke, eine geringe Arbeitslosigkeit und hohe Durchschnittseinkommen gekennzeichnet sind (Kibele 2011). Die Bundesländer Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt, Sachsen und Thüringen weisen hingegen eine niedrige Lebenserwartung und vergleichsweise hohe Geschlechterdifferenzen auf. Die schwierige wirtschaftliche Situation in einigen ostdeutschen Bundesländern geht mit hohen Arbeitslosenquoten und niedrigen Durchschnittseinkommen einher (→ Kapitel 3). Darüber hinaus sind manche Bundesländer von einer starken Abwanderung der Bevölkerung betroffen. Zusammenfassend lässt sich die regionale Verteilung der Lebenserwartung auf Bundesebene sowohl über ein klassisches Nord-Süd- als auch West-Ost-Gefälle beschreiben (Latzitis et al. 2011: 220).

Abb. 8 Durchschnittliche Lebenserwartung neugeborener Jungen (links) und Differenz der durchschnittlichen Lebenserwartung neugeborener Jungen und Mädchen (rechts) in Jahren nach Bundesländern, 2009-2011 (Daten: GBE Bund 2014, eigene Darstellung)



Hinsichtlich der Lebenserwartung zeigt sich folglich auch in Deutschland ein sozialer Gradient, der für Männer deutlich ausgeprägter ausfällt als für Frauen (Lampert, Kroll 2014; Lampert et al. 2007). Dies gilt sowohl für die Spannweite der mittleren Lebenserwartung als auch für die Differenz der durchschnittlichen Lebenserwartung bei der Geburt: Während sich die Lebenserwartung von Frauen zwischen den Bundesländern um maximal 1,9 Jahre unterscheidet (Saarland 81,7J zu Baden-Württemberg 83,6J), fällt die Differenz

bei den Männern mit 3,5 Jahren deutlich größer aus (Mecklenburg-Vorpommern 75,7J zu Baden-Württemberg 79,2J). Ein dementsprechendes Muster zeigt sich auch bei Differenz der durchschnittlichen Lebenserwartung von Männern und Frauen: Während Mecklenburg-Vorpommern mit 6,4 Jahren und Sachsen mit 6,2 Jahren die höchsten Lebenserwartungsdifferenzen zwischen Männern und Frauen aufweisen, zeigt Baden-Württemberg mit 4,4 Jahren die deutschlandweit geringste Differenz (Abb. 8).

2.1.3.2. SITUATION IN BADEN-WÜRTTEMBERG

Baden-Württemberg ist seit Jahrzehnten das Bundesland mit der höchsten Lebenserwartung in Deutschland. 2011-2013 konnten sich neugeborene Jungen über eine Lebenserwartung von 79,2 Jahren freuen, neugeborene Mädchen über 83,6 Jahre (STALA BW). Zeitlich betrachtet ging der kontinuierliche Anstieg der Lebenserwartung neugeborener Mädchen und Jungen mit einem langsamen, aber stetigen Rückgang der Lebenserwartungsdifferenz einher (Abb. 9). Während im Zeitraum 1998-2000 die Differenz der Lebenserwartung zwischen Jungen und Mädchen noch 5,7 Jahre betrug, lag sie 2009-2011 bei 4,4 Jahren. Vor dem Hintergrund der weltweit zunehmenden Lebenserwartung ist anzunehmen, dass sich dieser Trend auch in Baden-Württemberg fortsetzen wird. Ungeachtet dieses erfreulichen Trends bestehen innerhalb des Landes erhebliche Unterschiede (Cornelius 2011; Gaudecker 2005): So variierte die Lebenserwartung neugeborener Jungen 2011-2013 auf regionaler Ebene um 1,3 Jahre, bei den Mädchen um 0,8 Jahre. Auf Kreisebene betrug die Differenz bei den Jungen sogar 3,0 Jahre, bei den Mädchen 2,8 Jahre.

Abb. 9 Entwicklung der Lebenserwartungsdifferenz von Jungen und Mädchen (linke Skala) unter Berücksichtigung der mittleren Lebenserwartung (rechte Skala) in Baden-Württemberg 1998-2000 bis 2009-2011 (Daten: GBE Bund, eig. Berechnung)

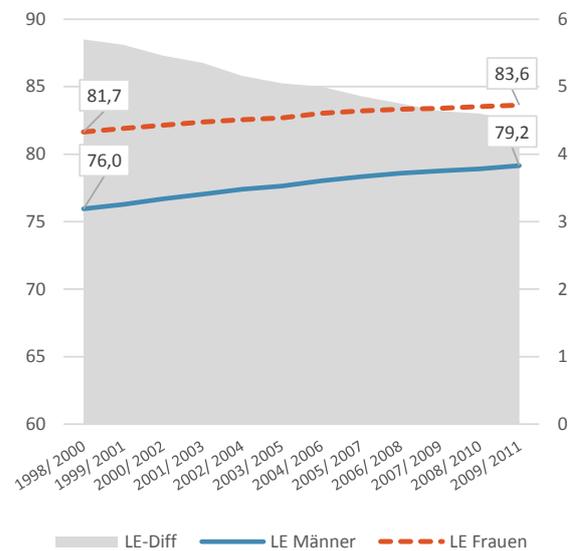
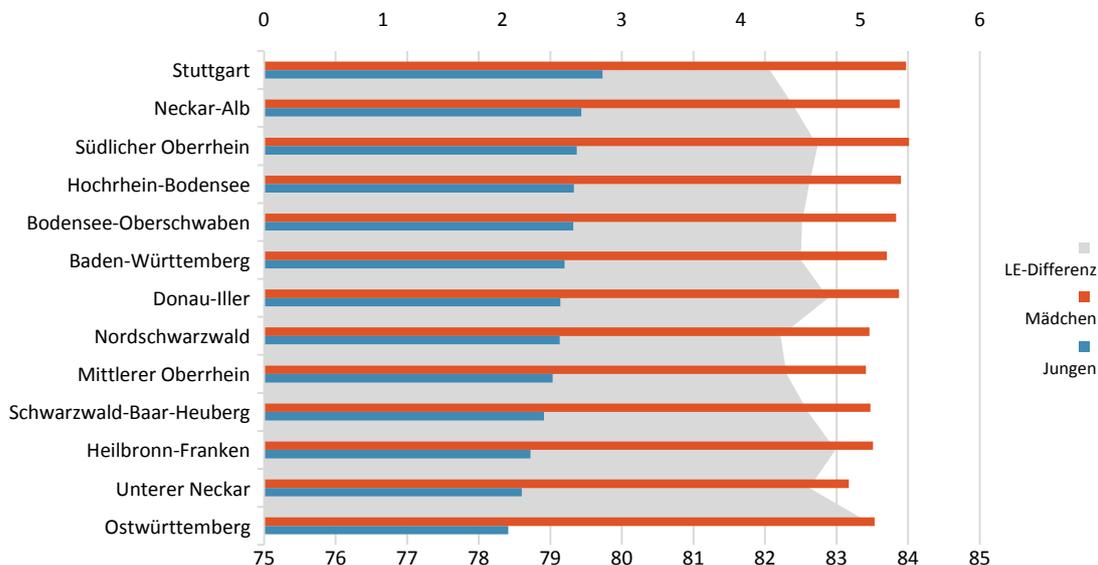


Abb. 10 Gegenüberstellung der Lebenserwartung bei Geburt (untere Skala) und Differenz der Lebenserwartung neugeborener Jungen und Mädchen in Jahren (obere Skala) in den Regionen Baden-Württembergs 2011-13 (Daten: STALA BW 2014, eigene Berechnungen)

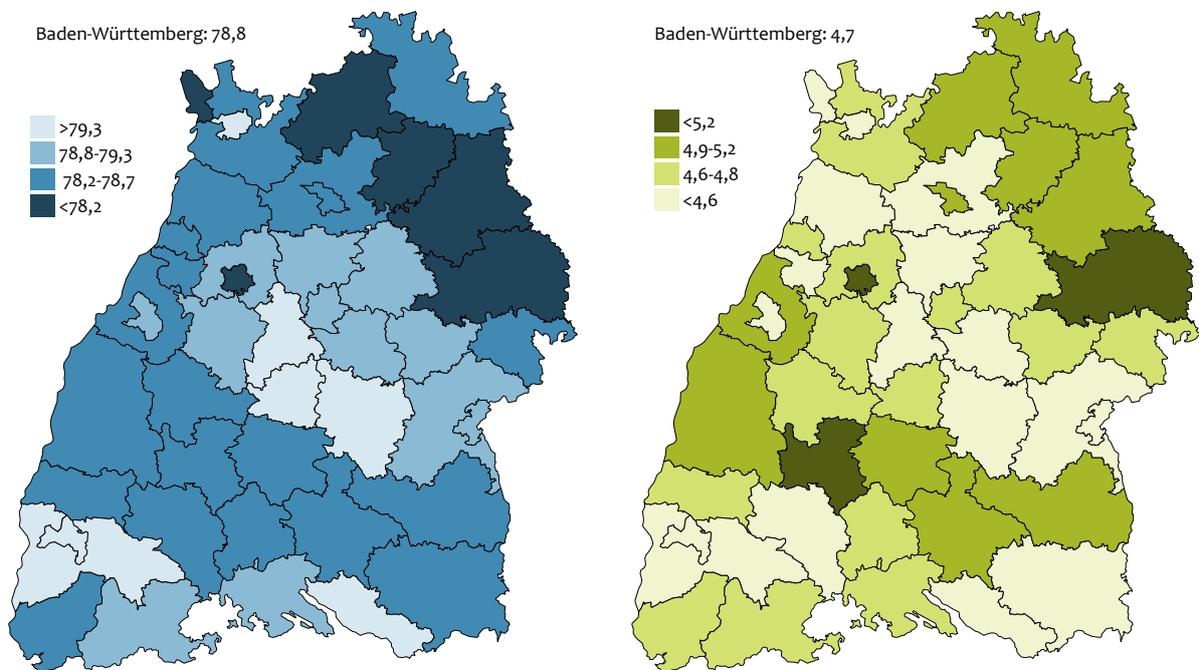


Stellt man die regionale Verteilung der Lebenserwartung Baden-Württembergs den vier Raumkategorien des Landesentwicklungsplans 2002² gegenüber, zeigen Jungen wie Mädchen die höchste Lebenserwartung und die geringste Lebenserwartungsdifferenz im Verdichtungsraum rund um Stuttgart (Cornelius 2011). Dieser ist gekennzeichnet durch großflächige Gebiete mit stark überdurchschnittlicher Siedlungsverdichtung und einer intensiven inneren Verflechtung (z.B. hinsichtlich Infrastruktur und Arbeitsplatzangebot).

Die geringste Lebenserwartung geht auch innerhalb Baden-Württembergs mit den höchsten Lebenserwartungsdifferenzen einher und zeigt sich bei den Jungen v.a. im ländlichen geprägten Nordosten (Abb. 11). Auch auf Kreisebene zeigen sich deutliche Geschlech-

terunterschiede: Unter den Stadt- und Landkreisen weisen neugeborene Jungen im Breisgau-Hochschwarzwald mit 79,9 Jahren die höchste Lebenserwartung auf. Mit 79,8 und 79,6 Jahren nehmen auch der Bodenseekreis und Tübingen eine Spitzenposition ein. Die geringste Lebenserwartung zeigt sich mit jeweils 77,6 Jahren im Neckar-Odenwald-Kreis und Mannheim. Ansonsten zeigen sich sehr ähnliche räumliche Muster zwischen Jungen und Mädchen: Auch bei den Mädchen liegen die Landkreise Breisgau-Hochschwarzwald (84,1J), Bodenseekreis (84,1J) und Tübingen (84,2J) an der Spitze, wenn auch in anderer Reihenfolge. Wie auch bei den Jungen haben neugeborene Mädchen die geringste Lebenserwartung in Mannheim (82,1J).

Abb. 11 Durchschnittliche Lebenserwartung neugeborener Jungen in Jahren (links) und Differenz der durchschnittlichen Lebenserwartung neugeborener Jungen und Mädchen in Jahren in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs 2005-2013³ (Daten: STALA BW 2015, eigene Darstellung)



Dass eine geringe Lebenserwartung mit vergleichsweise hohen Lebenserwartungsdifferenzen einhergeht, zeigt sich auch in der Korrelationsanalyse in Tab. 2. Für beide Geschlechter ergeben sich signifikante Zusammenhänge, bei den Jungen stärker ausgeprägt als bei den Mädchen ($r=-0.75 | p<.05$). Eine hohe Lebenserwartungsdifferenz zeigt sich somit v.a. dort, wo Jungen und Mädchen eine vergleichsweise geringere Lebenserwartung bei Geburt aufweisen.

	LE-Diff	LE Mädchen	LE Jungen
LE-Diff		-,350*	-,750**
LE Mädchen	-,350*		,882**
LE Jungen	-,750**	,882**	

Tab. 2 Korrelation der Lebenserwartung bei Geburt nach Geschlecht und der Lebenserwartungsdifferenz von Jungen und Mädchen in Baden-Württemberg 2005-13; * $p<0.05$ | ** $p<0.01$ (Daten: STALA BW 2014, eigene Berechnungen)

² Entsprechend den siedlungsstrukturellen Gegebenheiten weist der Landesentwicklungsplan 2002 Baden-Württemberg (LEP 2002) vier Raumkategorien aus: Verdichtungsräume, Randzonen um die Verdichtungsräume, Verdichtungsgebiete im ländlichen Raum und ländlicher Raum im engeren Sinne (WFW 2002: 15).

³ Um aussagekräftige Werte zu erlangen, wird die Lebenserwartung bei Geburt i.d.R. über drei Jahre gemittelt. Diese gemittelten 3-Jahres-Zeiträume sind wesentlich aussagekräftiger, da sie weniger durch kurzfristige, unsystematische Schwankungen beeinflusst werden (Gaudecker 2004). Da diese Schwankungen bei kleinräumigeren Betrachtungen stärker ins Gewicht fallen, wurden die Lebenserwartungsindikatoren auf Kreisebene über mehrere 3-Jahres-Zeiträume gemittelt: 2005/07 + 2008/10 + 2011/13 → 2005/13.

2.2. REGIONALE STERBLICHKEITSUNTERSCHIEDE

Die regionalen Analysen und Bewertungen dieses Berichts stützen sich im Wesentlichen auf Unterschiede der Sterblichkeit und teilweise der Einschulungsergebnisse. Diese Vorgehensweise wurde nicht etwa gewählt, weil sich aus diesen Daten hervorragend konkrete lokale Maßnahmen ableiten ließen, sondern weil diese Daten zum einen vorliegen und zum anderen noch am ehesten vergleichbar sind. Bestimmte Aussagen sind möglich, die Aussagekraft hat jedoch auch Grenzen, um beides soll es im Folgenden gehen.

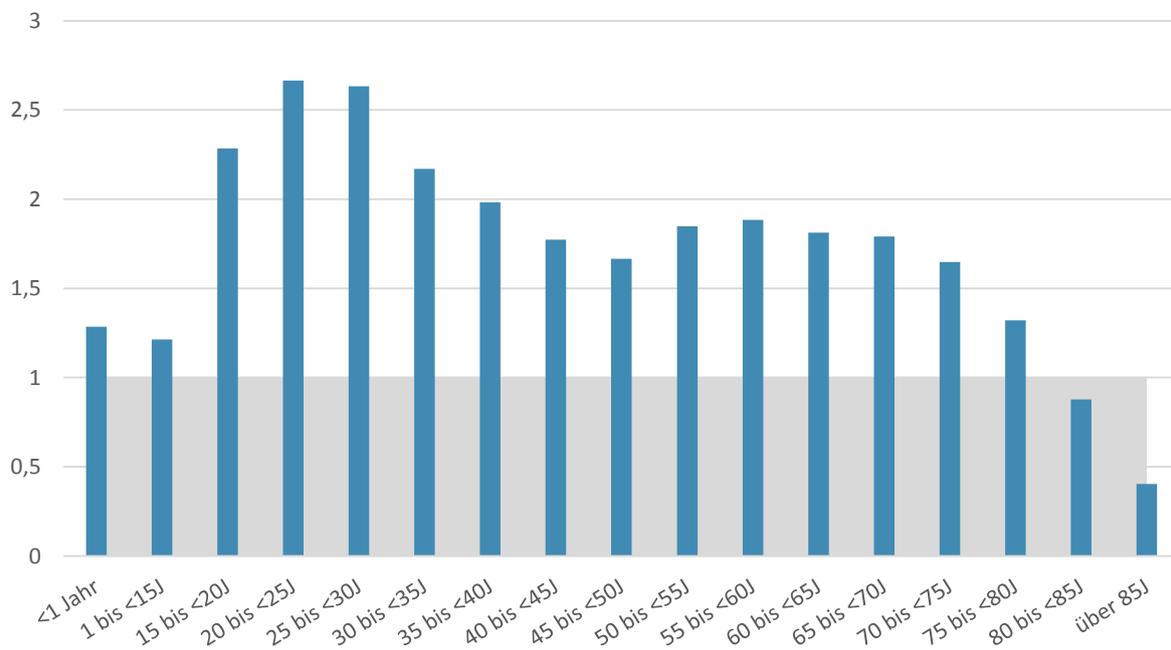
In Baden-Württemberg haben Jungen die bundesweit höchste Lebenserwartung. Dennoch zeigte sich im vorherigen Kapitel, dass sich die durchschnittliche Lebenserwartung und die Lebenserwartungsdifferenz zwischen Jungen und Mädchen in den Regionen Baden-Württembergs nicht unerheblich unterscheiden. Stellt man die Anzahl der Sterbefälle von Männern und Frauen ins Verhältnis zueinander, zeigt sich in nahezu allen Altersgruppen eine deutliche Übersterblichkeit von Jungen und Männern. Das in Abb. 12 dargestellte Verhältnis der Sterbefälle der Männer (blau) zu den Frauen (grau) wird auch als sex mortality ratio (SMR)

bezeichnet, ein SMR größer 1 bedeutet eine Übersterblichkeit der Männer. Besonders stark ist dies in der Altersgruppe der 15 bis 35-Jährigen ausgeprägt. Hier ist der Anteil der verstorbenen Jungen und Männer mehr als doppelt so hoch wie derjenige der Mädchen und Frauen.

Diese Übersterblichkeit wird als eine zentrale Ursache für die geringere Lebenserwartung von Jungen und Männern angesehen (Brachat-Schwarz 2010; Babitsch 2006: 272). Eine entscheidende Rolle kommt dabei der sogenannten vorzeitigen oder auch vermeidbaren Sterblichkeit zu. Sie umfasst alle diejenigen Todesursachen, die unter adäquaten Behandlungs- und Vorsorgemethoden für bestimmte Altersgruppen (i.d.R. unter 65 Jahre) ganz oder zumindest teilweise vermeidbar gewesen wären (Hellmeier 2008b).

Wie schon bei der Lebenserwartung existieren auch bei der vorzeitigen Sterblichkeit deutliche regionale Unterschiede sowohl zwischen als auch innerhalb einzelner Regionen bzw. Ländern. Unterschiede zeigen sich auch bei Männern und Frauen, allerdings sind sie bei Männern deutlich stärker ausgeprägt (Luy 2004).

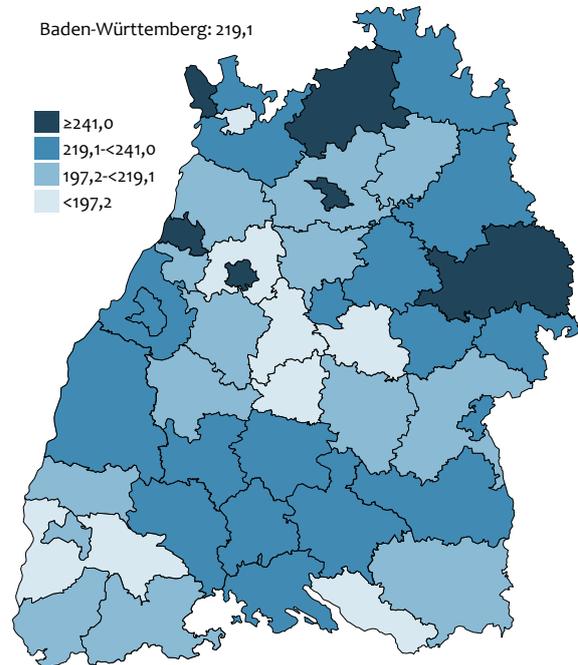
Abb. 12 Verhältnis der Anzahl an Sterbefällen (ICD-10: A00-T98) von Männern gegenüber Frauen nach Altersgruppen in Baden-Württemberg (Daten: STALA BW 2014, eigene Berechnungen)



Grundsätzlich hängt die vorzeitige Sterblichkeit stark mit der Lebenserwartung zusammen, so dass Männer in Süddeutschland erwartungsgemäß auch die geringsten Raten vorzeitiger Sterblichkeit aufweisen, während im Nordosten Deutschlands die höchsten Raten anzutreffen sind (GBE Bund 2014). Vereinfacht lässt sich somit auch das Muster der vorzeitigen Sterblichkeit zwischen den einzelnen Bundesländern als Nordost-Südwest-Gefälle beschreiben.

Auf regionaler Ebene können diese Muster wiederum sehr verschieden sein. So zeigt sich bei der Gegenüberstellung der einzelnen Stadt- und Landkreise Baden-Württembergs kein klassisches Nord-Süd-Gefälle dafür aber ein stark ausgeprägtes Stadt-Land-Gefälle (Abb. 13). Mit die höchste vorzeitige Sterblichkeit findet sich in den Stadtkreisen Mannheim, Pforzheim, Heilbronn und Karlsruhe. Und auch die restlichen Stadtkreise weisen durchweg höhere Raten auf als die sie umgebenden Landkreise. Darüber hinaus zeigen sich auch auffallend hohe Raten im Neckar-Odenwald-Kreis und Ostalbkreis, Landkreise in denen sich auch eine unterdurchschnittliche Lebenserwartung zeigte (→ Kapitel 2.1.3).

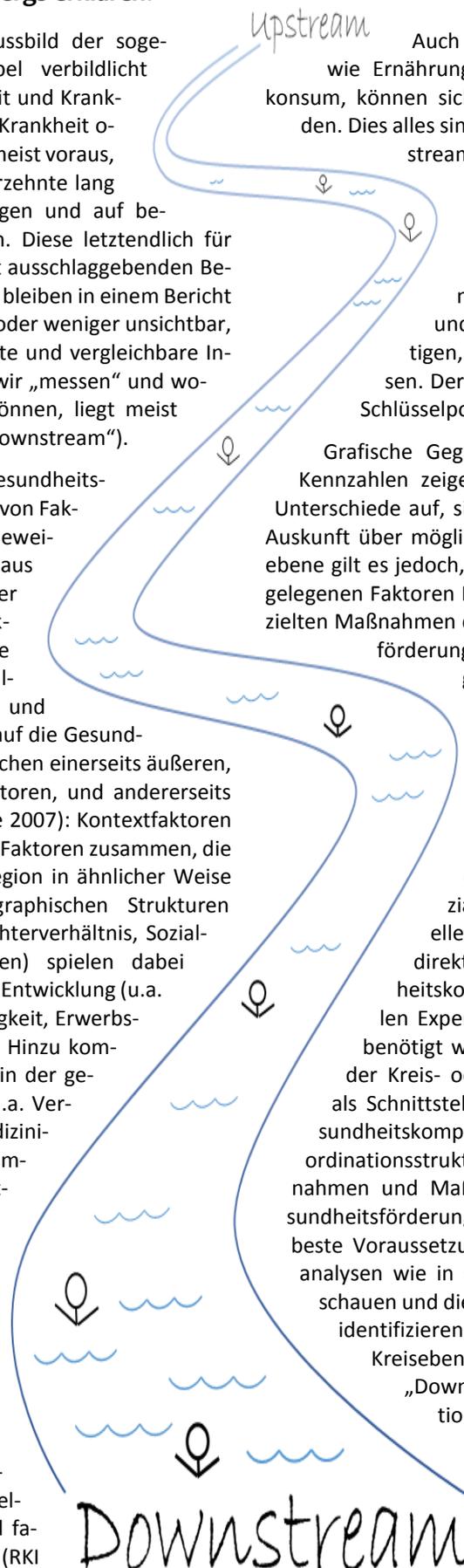
Abb. 13 Vorzeitige Sterblichkeit (A00-T98) in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs 2008-2012, Männer im Alter von 1 bis unter 65 Jahren pro 100.000 (Daten: STALA BW 2014, altersstandardisiert, eigene Berechnung)



Wie lassen sich die regionalen Unterschiede innerhalb Baden-Württembergs erklären?

Das Anfangs eingeführte Flussbild der sogenannten Public-Health-Parabel verbildlicht das Entstehen von Gesundheit und Krankheit über längere Zeiträume. Krankheit oder gar einem Todesfall geht meist voraus, dass Menschen Jahre bis Jahrzehnte lang unter bestimmten Bedingungen und auf bestimmte Weise gelebt haben. Diese letztendlich für Gesundheit und Krankheit oft ausschlaggebenden Bedingungen und Lebensweisen bleiben in einem Bericht wie diesem aber leider mehr oder weniger unsichtbar, da hierzu kaum übergeordnete und vergleichbare Informationen vorliegen. Was wir „messen“ und wovüber wir somit berichten können, liegt meist recht weit unten am Fluss („downstream“).

Regionale Unterschiede im Gesundheitszustand sind auf eine Vielzahl von Faktoren zurückzuführen, deren jeweilige Einflüsse darüber hinaus auch noch schwer voneinander zu trennen sind. Lokale Merkmale spielen dabei eine ebenso zentrale Rolle wie kulturell gewachsene Faktoren und individuelle Einflussfaktoren auf die Gesundheit. Unterschieden wird zwischen einerseits äußeren, den sogenannten Kontextfaktoren, und andererseits individuellen Faktoren (Kibele 2007): Kontextfaktoren setzen sich aus all denjenigen Faktoren zusammen, die auf alle Personen in einer Region in ähnlicher Weise wirken. Neben soziodemographischen Strukturen (u.a. Altersstruktur, Geschlechterverhältnis, Sozialstruktur, Migrationsgeschehen) spielen dabei auch wirtschaftliche Lage und Entwicklung (u.a. Branchenstruktur, Arbeitslosigkeit, Erwerbstätigkeit) eine wichtige Rolle. Hinzu kommen regionale Unterschiede in der gesundheitlichen Versorgung (u.a. Verfügbarkeit und Qualität medizinischer Behandlungen) und Umweltbedingungen (u.a. Luft- und Trinkwasserqualität). Wie stark regionale Gegebenheiten und Bedingungen die gesundheitliche Lage einzelner Personen beeinflussen, ist von zahlreichen individuellen Einflussfaktoren (Individualfaktoren), wie beispielsweise Bildungsstand, Einkommensverhältnissen, beruflicher Stellung, Wohnverhältnissen und familiärer Situation, abhängig (RKI 2011: 20).



Auch individuelle Verhaltensweisen, wie Ernährung, Rauchverhalten und Alkoholkonsum, können sich regional erheblich unterscheiden. Dies alles sind weiter oben am Fluss, also „upstream“, angesiedelte Faktoren; sie sind letztendlich ausschlaggebend für Sterblichkeit und Lebenserwartung. Bei der Analyse regionaler Unterschiede ist somit eine Vielzahl von Individual- und Kontextfaktoren zu berücksichtigen, die sich gegenseitig beeinflussen. Der sozialen Lage kommt dabei eine Schlüsselposition zu (→ Kapitel 3).

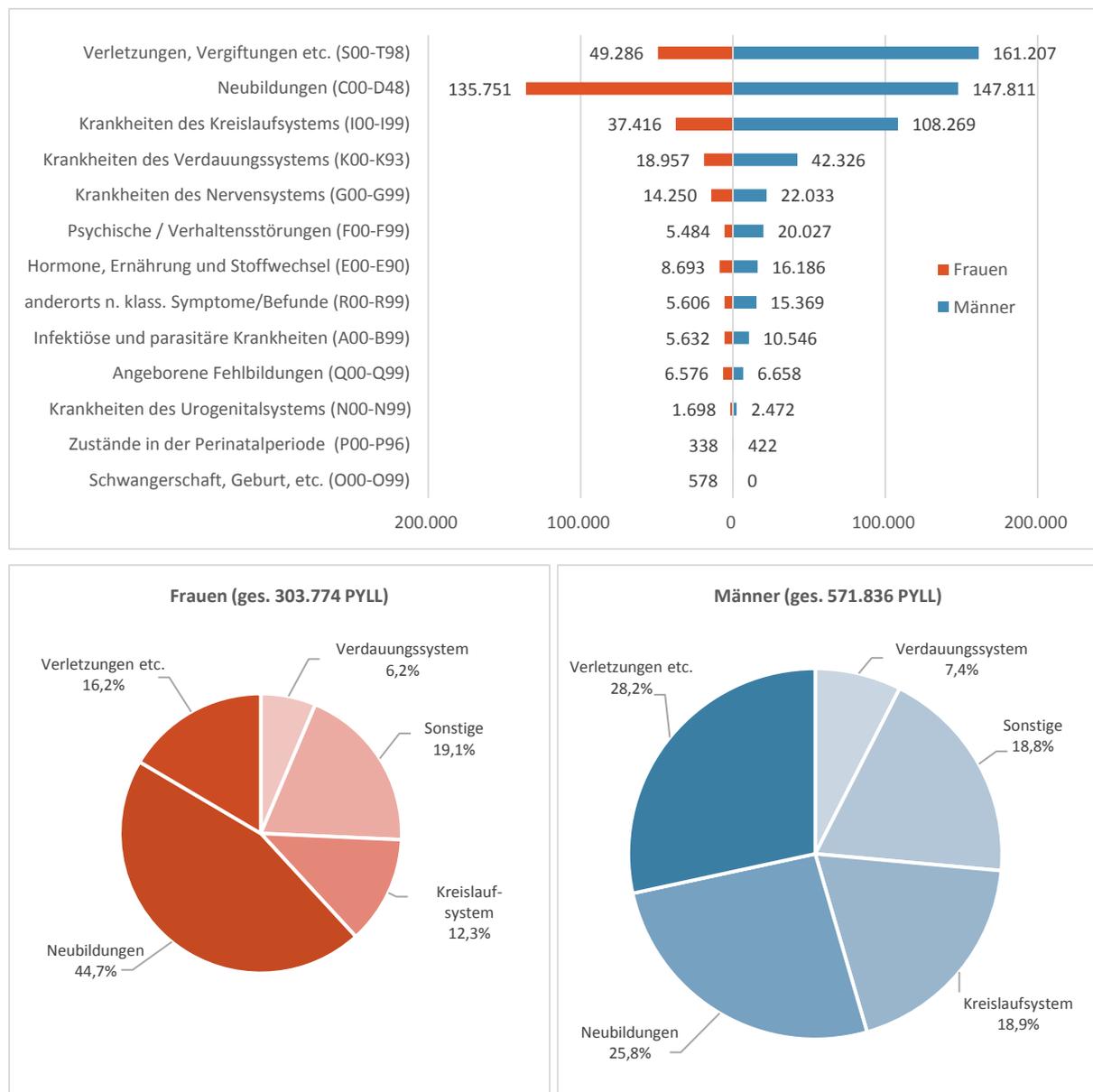
Grafische Gegenüberstellungen verschiedener Kennzahlen zeigen potentiell wichtige regionale Unterschiede auf, sie geben aber nur sehr begrenzt Auskunft über mögliche Ursachen. Auf Maßnahmenebene gilt es jedoch, gerade auf diese stromaufwärts gelegenen Faktoren Einfluss zu nehmen, etwa bei gezielten Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung. Es gilt somit der Komplexität gerecht zu werden, indem möglichst viele Einflussfaktoren berücksichtigt werden. Der vorliegende übergeordnete Bericht kann das nicht, denn hierfür wird lokales Wissen benötigt. Die regionalen Besonderheiten, die kulturelle und soziale Situation wie auch individuelle Faktoren kennt man am besten direkt vor Ort. Kommunale Gesundheitskonferenzen stellen genau die lokalen Expertengremien dar, die zur Lösung benötigt werden. Durch ihre Ansiedlung in der Kreis- oder Stadtverwaltung können sie als Schnittstelle und Netzwerk regionaler Gesundheitskompetenz und damit als zentrale Koordinationsstruktur für konkrete Präventionsmaßnahmen und Maßnahmen der kommunalen Gesundheitsförderung dienen. Sie verfügen somit über beste Voraussetzungen, um auf Basis von Datenanalysen wie in diesem Bericht flussaufwärts zu schauen und die lokal wichtigen Ansatzpunkte zu identifizieren. Sie können auf Basis der auf Kreisebene zur Verfügung gestellten „Downstream-Daten“ weitere Informationen einholen, lokale Expertise heranziehen und die sinnvollsten Handlungsstrategien auf lokaler Ebene ableiten (Szagun 2015).

2.3. VERLUST AN LEBENSJAHREN (POTENTIAL YEARS OF LIFE LOST - PYLL)

Eine gute Möglichkeit, regionale geschlechtsspezifische Problemlagen zu identifizieren, bietet das Konzept der verlorenen Lebensjahre (Potential Years of Life Lost - PYLL). Anhand dieses Indikators können diejenigen Erkrankungsgruppen identifiziert werden, die besonders stark zum vorzeitigen Versterben in einer Bevölkerung beitragen (AOLG 2003: 106). Wie allgemein üblich werden die verlorenen Lebensjahre für die Altersgruppe der 1- bis 64-jährigen Jungen und Männer berechnet, indem ausgehend von einer bestimmten Altersobergrenze (hier: unter 65 Jahre) alle nicht gelebten Lebensjahre summiert werden (LGL 2004: 24). Dadurch, dass der mittlerweile fest in der Gesundheitsberichterstattung etablierte Indikator das Alter,

in dem ein Todesfall eintritt, berücksichtigt wird er dem gesellschaftlichen und sozialen Verständnis gerecht, dass Todesfälle in jungen Jahren anders bewertet werden als Todesfälle in sehr hohem Lebensalter. Durch die PYLL-Berechnung erhalten Todesfälle im jüngeren Lebensalter mehr Gewicht. Für diesen Bericht wird hier der Frage nachgegangen, wodurch Jungen und Männer in Baden-Württemberg besonders viel an potentieller Lebenszeit verlieren. Dabei kann eine vergleichsweise seltene Todesursache, bei der das durchschnittliche Todesalter sehr gering ist, mit einem ähnlichen Verlust an Lebenszeit einhergehen wie häufige Todesursachen mit einem vergleichsweise hohen durchschnittlichen Sterbealter.

Abb. 14 Verlorene Lebensjahre (oben) und prozentualer Anteil verlorener Lebensjahre (unten) nach ausgewählten Todesursachen (Potential Years of Life Lost 1 bis <65 Jahre) für Männer (insgesamt 571.836 PYLL) und Frauen (insgesamt 303.774 PYLL) in Baden-Württemberg 2008-2012 | ICD-10 Diagnoseschlüssel in Klammern (Daten: STALA BW 2014, eigene Berechnungen)



Um die eigentlichen Hintergründe sogenannter nicht-natürlicher Todesursachen (ICD-10: S00-T98 - Verletzungen, Vergiftungen etc.) genauer bestimmen zu können, können äußere Ursachen, wie z.B. Transportmittelunfälle, Stürze oder Suizide, zusätzlich kodiert werden (V01-Y84) (Ärzteblatt 2011). Da bei Jungen und Männern in Baden-Württemberg die meisten verlorenen Lebensjahre unter 65 auf nichtnatürliche Todesursachen zurückzuführen sind, wurden die häufigsten Ursachen von Verletzungen und Vergiftungen in die PYLL-Berechnung mitaufgenommen. Im obigen Balkendiagramm ist daher zu beachten, dass verlorene Lebensjahre aufgrund von Transportmittelunfällen (V01-V99), Stürzen (W00-W19) und Suiziden (X60-X84) weit überwiegend bereits unter Verletzungen, Vergiftungen etc. (S00-T98) enthalten sind.

Insgesamt verloren Männer 2008-2012 mit 571.836 Jahren nahezu doppelt so viele Lebensjahre im Alter von 1 bis 64 Jahren als Frauen mit 303.774 Jahren. Prozentual heißt das, dass Jungen und Männer in Baden-Württemberg 88,2% mehr Jahre durch vorzeitige Todesfälle verlieren als Mädchen und Frauen. Ursache für diese große Diskrepanz ist die deutlich höhere Anzahl männlicher Todesfälle im jüngeren Lebensalter.

Abb. 14 zeigt, welche Todesursachen die meisten Auswirkungen auf die vorzeitige Sterblichkeit von Männern und Frauen nehmen. Da grundsätzlich ein enger Zusammenhang zwischen verlorenen Lebensjahren und der Lebenserwartung besteht, lässt sich daraus auch ableiten, welche Erkrankungen in Baden-Württemberg hauptsächlich für die geschlechtsabhängigen Unterschiede in der Lebenserwartung verantwortlich sind. Das Ranking nach verlorenen Lebensjahren zeigt, dass diese Reihenfolge der wichtigsten Todesursachen bei Männern und Frauen unterschiedlich ist.

Die meisten Lebensjahre verlieren Jungen und Männer in Baden-Württemberg im Alter von 1 bis unter 64 Jahren durch nichtnatürliche Todesursachen wie **Verletzungen und Vergiftungen** (ICD-10: S00-T98). Mit 28,2% aller verlorenen Lebensjahre ist dieser Anteil bei den Männern nahezu doppelt so hoch wie bei den Frauen mit 16,2%. Stellt man die Anzahl verlorener Lebensjahre von Männern und Frauen in Jahren gegenüber, wird die stärkere Betroffenheit von Jungen und Männern noch deutlicher: Während 2008-2012 Mädchen und Frauen 49.286 Lebensjahre durch Verletzungen und Vergiftungen verloren haben, fällt der Verlust bei den Jungen und Männern mit 161.207 verlorenen Lebensjahren mehr als dreimal so hoch aus. **Krebserkrankungen** (ICD-10: C00-D48) sind bei den Frauen die wichtigste Ursache für verlorene Lebensjahre (44,7%) und stehen bei den Männern an zweiter Stelle (25,8%). Betrachtet man die absolute Anzahl verlorener Lebensjahre zeigt sich auch hier, dass Männer mit 147.811 Jahren etwas mehr Lebensjahre durch Krebserkrankungen verloren haben als Frauen mit 135.751 Jahren. **Herz-Kreislauf-Erkrankungen** (ICD-10: I00-I99) stehen in Baden-Württemberg sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen an dritter Stelle. Dies obwohl Männer mit 108.269 Jahren fast dreimal mehr Lebensjahre verlieren als Frauen mit 37.416 Jahren.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Jungen und Männer in Baden-Württemberg wesentlich mehr Lebensjahre durch vermeidbare Erkrankungen verlieren als Frauen. Da deren Verlauf durch entsprechende Behandlungs- und Vorsorgemaßnahmen häufig beeinflussbar ist, eignet sich der Indikator verlorene Lebensjahre besonders gut um geschlechtergerechte Präventionsansätze und Maßnahmen der Gesundheitsförderung abzuleiten (Hellmeier 2008a).

2.4. KRANKHEITSGRUPPEN NACH TODESURSACHEN UND KRANKENHAUSBEHANDLUNGEN

Im Folgenden werden verschiedene Krankheitsgruppen durch eine Gegenüberstellung von Krankenhausbehandlungsraten, vermeidbaren Todesursachen und verlorenen Lebensjahren analysiert. Grundlage bilden aggregierte Daten der Todesursachenstatistik und der Krankenhausstatistik des Statistischen Landesamtes Baden-Württembergs (STALA BW). Spezifischere Aussagen zur Jungengesundheit basieren auf den standardisierten Daten der Einschulungsuntersuchungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Betrachtet werden

v.a. diejenigen Krankheitsgruppen, aufgrund derer Jungen und Männer in Baden-Württemberg die meisten Lebensjahre verloren haben (→ Kapitel 2.3). Dazu zählen neben nichtnatürlichen Todesursachen und Krebserkrankungen v.a. Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Da psychische Störungen diejenige Erkrankungsgruppe darstellen, deren Diagnosehäufigkeit in den letzten Jahren am stärksten zugenommen hat, werden diese im Folgenden ebenfalls genauer betrachtet.

2.4.1. HERZ-KREISLAUF-ERKRANKUNGEN (I00-I99)

Nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation waren Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Jahr 2010 die weltweit häufigste Todesursache (Lozano et al. 2012). Auch in Deutschland zählen Krankheiten des Kreislaufsystems seit Jahrzehnten zu den häufigsten Todesursachen bei Männern und Frauen (Deutsche Herzstif-

tung 2014). Sie sind hierzulande die häufigsten Ursachen vermeidbarer Todesfälle und stellen aufgrund ihrer individuellen wie gesellschaftlichen Auswirkungen eine zentrale Herausforderung für das deutsche Gesundheitssystem dar (Heuschmann et al. 2011). Darüber hinaus zählen sie zu den wesentlichen Ursachen

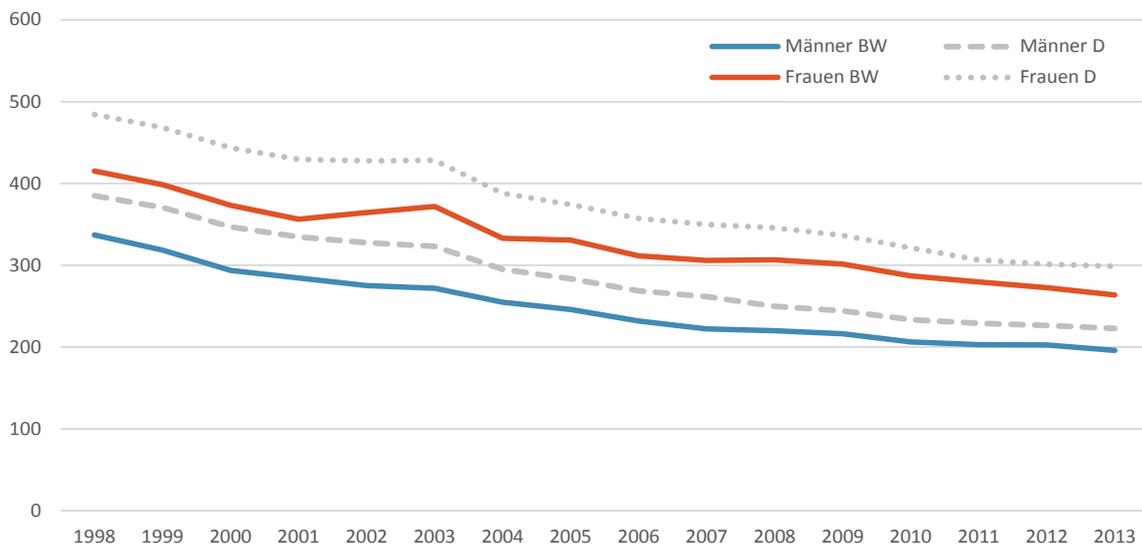
von Arbeitsunfähigkeit, Invalidität und Frühberentung und gehen für die Betroffenen häufig mit einem erheblichen Verlust an Lebensjahren und Lebensqualität einher (RKI 2014b: 22). Herz-Kreislauf-Erkrankungen gehören nicht nur zu den häufigsten Ursachen stationärer Behandlungen, sie verursachen auch die mit Abstand höchsten Krankheitskosten in Deutschland. 2008 entstanden in Deutschland für die Prävention, Behandlung, Rehabilitation und Pflege von Erkrankungen und Unfällen Kosten in Höhe von 254,3 Mrd. Euro (DESTATIS 2010: 37). Davon konnten insgesamt 16,5% auf Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems bei Jungen und Männern zurückgeführt werden.

Erkrankungen des Kreislaufsystems werden üblicherweise in Herzkrankheiten und Erkrankungen der Blutgefäßsysteme eingeteilt. Während Ersteres v.a. das Herz und die Blutgefäße betrifft, die den Herzmuskel versorgen, betreffen Krankheiten des Blutgefäßsystems v.a. die peripheren Blutgefäße in Armen, Beinen und Rumpf. Zu den Erkrankungen der Herzkranzgefäße zählt u.a. die weit verbreitete ischämische Herzkrankheit inkl. ihrer möglichen Folge, dem Herzinfarkt. Erkrankungen der Blutgefäße im Gehirn werden hingegen als zerebrovaskuläre Erkrankungen bezeichnet, sie umfassen u.a. den Schlaganfall (Beers 2005: 106).

Im Jahr 2013 sind deutschlandweit rund 150.000 Männer und mehr als 200.000 Frauen an Krankheiten des Kreislaufsystems verstorben, wobei die meisten Sterbefälle durch die ischämische Herzkrankheit verursacht wurden (Daten: GBE Bund 2015). Somit waren rund 40% aller Todesursachen auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen zurückzuführen und das obwohl die Sterblichkeit aufgrund dieser Erkrankungsgruppe auf Landes- wie Bundesebene seit Jahren rückläufig ist. Abb. 15 zeigt, dass die Herz-Kreislaufsterblichkeit von Männern und Frauen in Baden-Württemberg kontinuierlich niedriger ist als in Deutschland, wobei der Unterschied tendenziell kleiner wird. Prozentual ist die Sterblichkeit bei Männern in Baden-Württemberg von 1998-2013 mit 41,9% stärker zurückgegangen als bei den Frauen mit 36,5% (eigene Berechnungen nach GBE Bund 2015).

Bundesweit wie auch in Baden-Württemberg weisen Frauen durchweg höhere Sterblichkeitsraten an Krankheiten des Kreislaufsystems auf als Männer. 2008 bis 2012 belief sich dieser Geschlechterunterschied auf rund 30.000 mehr Todesfälle bei den Frauen (+35%), was z.T. über die deutlich früher geschehenen Todesfälle bei Männern erklärt werden kann (s.u.).

Abb. 15 Sterblichkeit an Krankheiten des Kreislaufsystems (100-199) von Männern und Frauen pro 100.000 in Baden-Württemberg (BW) und Deutschland (D), 1998-2013 (Daten GBE Bund 2015, altersstand. nach Standardbevölkerung Deutschland 1987, eig. Darstellung)



Gerade Herz-Kreislauf-Erkrankungen treten vor allem im mittleren Lebensalter auf und gewinnen mit zunehmenden Alter massiv an Bedeutung (Abb. 16). Die Deutung der Todesursachenstatistik wird mit zunehmenden Alter jedoch fehleranfälliger, da für jeden Todesfall nur eine einzige Todesursache erfasst wird und die Kausalkette vom maßgeblichen Grundleiden bis hin zur eigentlichen Todesursache nicht immer angemessen berücksichtigt wird (RKI 2011: 27) (→Kapitel 2.1.1). Dies gilt in besonderem Maße auch für Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Denn auch wenn letztendlich fast immer ein Herz-Kreislauf-Versagen zum Tode

führt, muss es sich dabei nicht zwangsläufig um die unmittelbare Todesursache handeln sondern kann auch die Folge einer anderen Erkrankung darstellen. Hinzu kommt, dass unklare Todesursachen gerade im höheren Lebensalter nicht selten einer Erkrankung des Kreislaufsystems zugeordnet werden, ohne dass dies wirklich der Fall sein muss. Da sich dieser Zusammenhang durch örtliche Unterschiede in der Kodierpraxis noch verstärken kann, müssen regionale Differenzen immer mit entsprechender Vorsicht interpretiert werden (Andersohn et al. 2011).

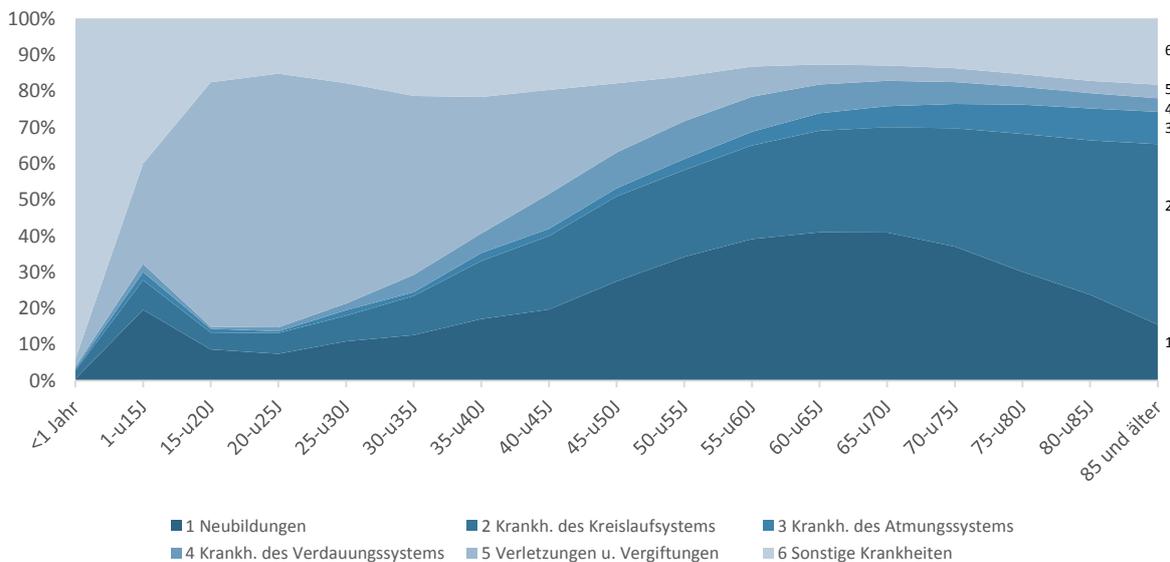
Eine Möglichkeit regionale Problemlagen trotz o.g. Verzerrungen zu identifizieren, bietet das Konzept der verlorenen Lebensjahre (→ Kapitel 2.3). Betrachtet man statt der absoluten Anzahl an Sterbefällen die verlorenen Lebensjahre, zeigt sich eine entgegengesetzte Geschlechterverteilung (Tab. 3): Im Alter von 1 bis 64 Jahren verloren Männer in Baden-Württemberg von 2008 bis 2012 nahezu dreimal so viele Lebensjahre durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie Frauen. Dieses zunächst paradox erscheinende Verhältnis von Todesfällen und verlorenen Lebensjahren ist v.a. darauf zurückzuführen, dass mehr Männer in jüngeren Jahren

an Herz-Kreislauf-Erkrankungen versterben und dadurch mehr „potentielle“ Lebenszeit verlieren.

	Männer	Frauen
Todesfälle insgesamt	85.443	115.652
PYLL (1-64 J.)	108.269	37.416
Gesamtanteil PYLL	18,9%	12,3%

Tab. 3 Anzahl Todesfälle und verlorene Lebensjahre im Alter von 1 bis 64 Jahren (PYLL) durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen (I00-I99) in Baden-Württemberg 2008-2012 nach Geschlecht (Daten: STALA BW 2014; eigene Berechnungen)

Abb. 16 Prozentuale Anteile der häufigsten Todesursachen an allen männlichen Sterbefällen nach Altersgruppen in Baden-Württemberg 2008-2012 (Daten: STALA BW 2014, eigene Berechnung)



Regionale wie zeitliche Unterschiede der Sterblichkeit sind eng an die Herz-Kreislauf-Sterblichkeit geknüpft. (RKI 2011: 35; Baumann 2009). Angesichts der vergleichsweise hohen Lebenserwartung sowie der geringen vorzeitigen Sterblichkeit (→ Kapitel 2.2) ist es daher nicht verwunderlich, dass Baden-Württemberg im bundesweiten Vergleich überdurchschnittlich gut abschneidet (Abb. 17). So weisen Männer in Baden-Württemberg eine deutlich geringere Sterblichkeit durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen auf als der bundesweite Durchschnitt (-19,2%). Deutlich unter dem Bundesdurchschnitt liegen ansonsten auch noch Hamburg (-15,8%) und Hessen (-13,0%). Erhöhte Sterblichkeitsraten zeigen sich u.a. in den neuen Bundesländern. Insgesamt schwankt die Herz-Kreislaufsterblichkeit zwischen den einzelnen Bundesländern von 51 Verstorbenen in Baden-Württemberg bis zu 102 Verstorbenen in Bremen (jeweils pro 100.000), d.h. um den Faktor zwei.

Neben einer größeren Verbreitung spezifischer Risikofaktoren wie z.B. Hypertonie und Adipositas, werden diesbezüglich v.a. sozio-ökonomische Faktoren als mögliche Ursachen für die regionalen Differenzen dis-

kutiert (Lampert et al. 2010). Ferner sind Umwelteinflüsse, genetische Faktoren, bestehende Versorgungsunterschiede wie auch administrative Aspekte zu berücksichtigen (Willich et al. 1999). Versorgungsunterschiede können sich in einer regionalen Unterversorgung, einem weniger effektiven Notarztsystem oder auch in einem längeren Zeitintervall vom Beschwerdebeginn bis zum Eintreffen in ein Krankenhaus (Prähospitalzeit) äußern (Mark et al. 2006). Unter administrative Aspekte fallen etwa o.g. Unterschiede im Kodierverhalten (Willich et al. 1999).

Zu den wichtigsten beeinflussbaren Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen zählen neben den sogenannten kardiometabolischen Erkrankungen, wie Hypertonie, Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörungen und Adipositas, gesundheitsbeeinträchtigende Verhaltensweisen, wie regelmäßiger Tabakkonsum, geringe körperliche Aktivität und ungesunde Ernährung (RKI 2015c; Barrett-Connor 2013). Da ein Großteil dieser Risikofaktoren beeinflusst werden kann, ergibt sich hieraus ein großes Präventionspotential für Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Abb. 18 ist zu entnehmen, wo Männer in Baden-Württemberg wie häufig an Herz-Kreislauf-Erkrankungen versterben oder deswegen in Behandlung sind. Die Karten zeigen teilweise Übereinstimmungen, aber auch Differenzen. Die Unterschiede zwischen Todesursachen- und Krankenhausstatistik können sowohl durch eine regional unterschiedliche Betroffenheit zustande kommen als auch dadurch, dass die Behandlungshäufigkeit durch die regionale Dichte und Qualität ambulanter Versorgungsangebote beeinflusst wird. Ferner ist nicht auszuschließen, dass sich die diagnostische Einordnung bei Krankenhausbehandlungen regional unterscheidet.

Während sich die Mehrheit aller Sterbefälle recht gleichmäßig um das Landesmittel von rund 51 Sterbefällen pro 100.000 Einwohner verteilt, weichen einzelne Stadt- und Landkreise davon ab. So weist Pforzheim als der Stadtkreis mit der mit Abstand höchsten Anzahl an Sterbefällen eine mehr als doppelt so hohe Sterberate auf wie der Bodenseekreis, der wiederum die geringste Sterblichkeit aufweist. Erhöhte Raten zeigen sich darüber hinaus in den Stadtkreisen Mannheim und Karlsruhe sowie dem Neckar-Odenwald-Kreis. Eine vergleichsweise geringe Betroffenheit zeigt sich hingegen im Südwesten und Südosten Baden-Württembergs sowie teilweise im Verdichtungsraum rund um Stuttgart. Bei den rechts abgebildeten Krankenhausbehandlungen zeigen sich geringere Unterschiede als bei den Sterberaten. Erhöhte Krankenhausbehandlungsraten aufgrund von Herz-Kreislauf-

Erkrankungen zeigen sich v.a. im Nordosten Baden-Württembergs sowie im Nordschwarzwald.

Abb. 17 Sterblichkeit durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen (I00-I99) im Bundesvergleich 2013, Männer pro 100.000 (0-u65J.) (Daten: GBE Bund 2014, altersstandardisiert, eigene Berechnung)

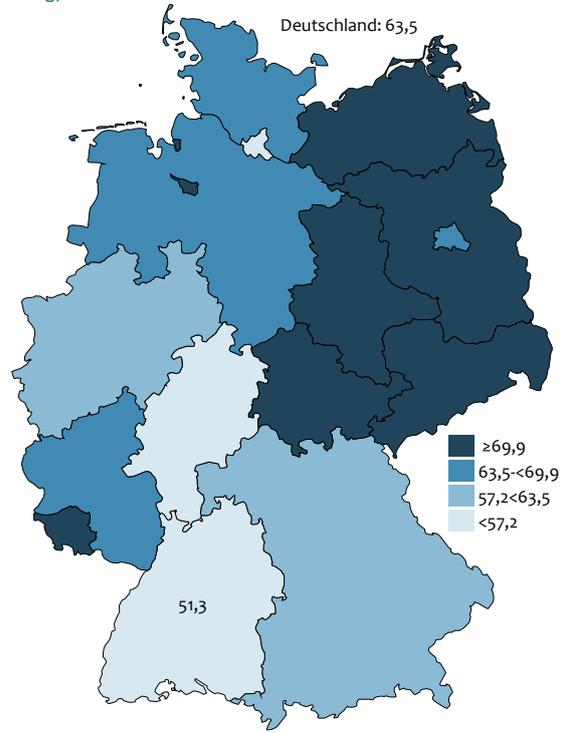
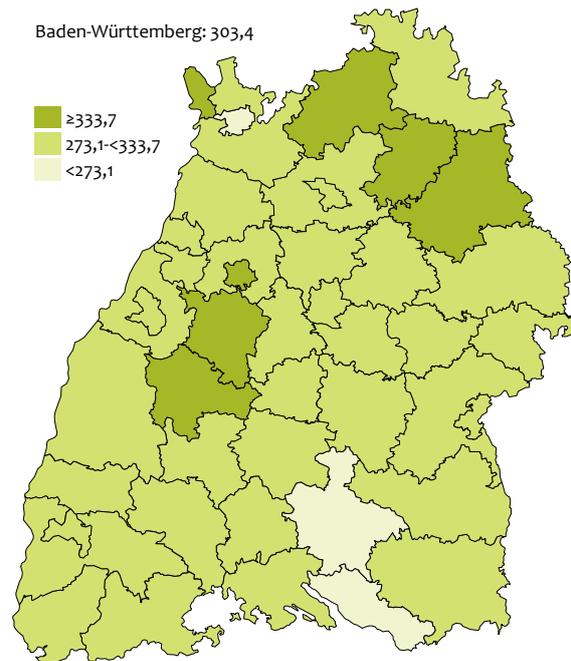
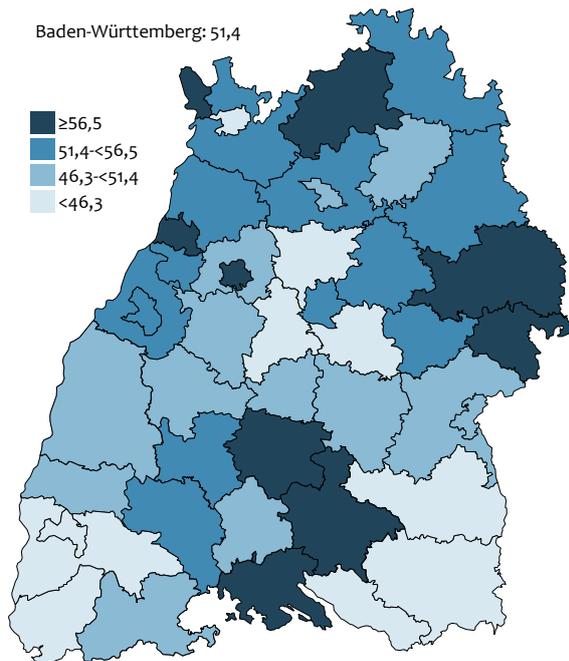


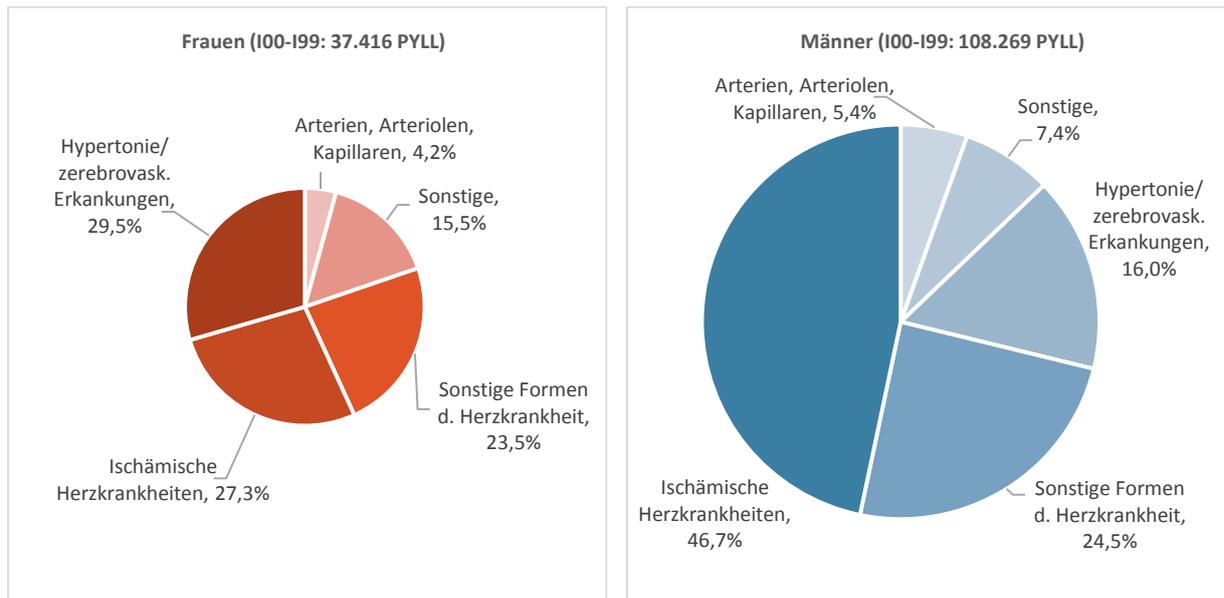
Abb. 18 Sterblichkeit 2008-2012 pro 100.000 (links, 0-u65J.) und Krankenhausfälle 2012 pro 10.000 (rechts) durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen (I00-I99) in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs, Männer (Daten: STALA BW 2014, altersstandardisiert, eigene Berechnung)



Wie eingangs beschrieben umfasst die dargestellte Diagnosekategorie ICD-10 I00-I99 alle Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems. Da sich die einzelnen Krankheitsbilder hinsichtlich Prävention, Behandlung und Kuration z.T. deutlich unterscheiden, soll im Folgenden ein differenzierterer Blick auf diejenigen Erkrankungen geworfen werden, aufgrund derer Männer in Baden-Württemberg die meisten Lebensjahre verloren haben. Dies entspricht gleichzeitig denjenigen Erkrankungen, die bei entsprechender Behandlung vermeidbar gewesen wären. Abb. 19 stellt den prozentualen

Anteil verlorener Lebensjahre durch einzelne Herz-Kreislauf-Erkrankungen für Männer und Frauen in Baden-Württemberg gegenüber. Demzufolge unterschieden sich Männer und Frauen nicht nur deutlich in der Anzahl verlorener Lebensjahre sondern auch im prozentualen Anteil der einzelnen Untergruppen. Die mit Abstand meisten Lebensjahre verloren Männer durch ischämische Herzkrankheiten gefolgt von Hypertonie und zerebrovaskulären Erkrankungen. Beides soll im Folgenden näher betrachtet werden.

Abb. 19 Prozentualer Anteil verlorener Lebensjahre durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen (ICD-10: I00-I99) in Baden-Württemberg 2008-2012 (Potential Years of Life Lost 1 bis <65 Jahre) nach Geschlecht (Daten: STALA BW 2014, eigene Berechnungen)



2.4.1.1. ISCHÄMISCHE HERZKRANKHEITEN (I20-I25)

	Männer	Frauen
Todesfälle insgesamt	37.274	34.267
PYLL (1-64 J.)	50.577	10.202
Gesamtanteil PYLL	8,8%	3,4%
Anteil PYLL an I00-I99	46,7%	27,3%

Tab. 4 Anzahl Todesfälle und verlorene Lebensjahre im Alter von 1 bis 64 Jahren (PYLL) durch Ischämische Herzkrankheiten (I20-I25) in Baden-Württemberg 2008-2012 nach Geschlecht (Daten: STALA BW 2014; eigene Berechnungen)

2008 bis 2012 verstarben nahezu gleich viele Männer wie Frauen in Baden-Württemberg an einer ischämischen Herzkrankheit, wobei Männer nahezu fünfmal so viele Lebensjahre im Alter von 1 bis 64 Jahren verloren haben wie Frauen (Tab. 4).

Ischämische Herzerkrankungen (oder auch koronare Herzkrankheiten) werden meist durch eine Verkalkung (Arteriosklerose) der Herzkranzgefäße verursacht, infolge derer es zu einer lebensbedrohlichen Mangel-durchblutung des Herzens kommen kann (Löwel 2006). Dabei spielt der Herzinfarkt (akuter Myokardin-

farkt, I21) als akute Komplikation der koronaren Herzkrankheit eine vorrangige Rolle. Auf ihn waren 2008 bis 2012 mit 17.590 verstorbenen Männer nahezu 50% aller Todesfälle infolge einer koronaren Herzkrankheit zurückzuführen. Lange Zeit galten koronare Herzkrankheiten und Herzinfarkte als typische „Manager-Krankheiten“. Heute weiß man, dass Personen in schlechter sozialer Situation deutlich häufiger betroffen sind als solche in guter. Aufgrund des deutlich höheren Risikos, vor dem 65. Lebensjahr einen Herzinfarkt zu erleiden, gilt dies v.a. für Männer (Euler 2012).

Die Überlebenswahrscheinlichkeit eines akuten Myokardinfarkts ist stark von Qualität und Zeitpunkt der Erstversorgung abhängig. In der Infarkt-Therapie spricht man diesbezüglich auch von der „goldenen ersten Stunde“, da in dieser Zeit die gestörte Durchblutung des Herzmuskels am ehesten behoben werden kann (RKI 2007). Vor diesem Hintergrund ist das Wissen um die spezifische Symptomatik einer koronaren Herzkrankheit besonders wichtig: Je schneller ein Herzinfarkt als solcher erkannt wird, desto besser kann er behandelt werden. Hier kommt erschwerend hinzu,

dass sich die klinische Manifestation einer koronaren Herzkrankheit bei Männern und Frauen z.T. deutlich unterscheidet. Dabei ist oftmals gerade das Wissen um die geschlechtsspezifische Herzinfarktsymptomatik von Bedeutung, wenn es darum geht rechtzeitig den Notarzt zu informieren (RKI 2014: 24). Untersuchungen zum Wissen dieser geschlechtsspezifischen Unterschiede haben gezeigt, dass mehr Männer als Frauen Herzinfarktsymptome nicht kannten und oft nicht ausreichend über die geschlechtsspezifischen Unterschiede informiert waren. Dies traf v.a. auf Männer aus vergleichsweise niedrigen Statusgruppen zu, woraus sich die Notwendigkeit verstärkter zielgruppenspezifischer Aufklärungsarbeit ableiten lässt (ebd.).

Da die koronare Herzkrankheit den größten Anteil der Herz-Kreislauf-Erkrankungen ausmacht, zeigen sich entsprechend ähnliche regionale Muster auf Bundes- wie Landesebene. So liegt Baden-Württemberg auch bei der Sterblichkeit infolge koronarer Herzkrankheiten mit knapp 50 Sterbefällen pro 100.000 Männer deutlich unter dem Bundesschnitt (-14,8%) (Abb. 20).

Auch innerhalb Baden-Württembergs zeigen sich hinsichtlich der Sterblichkeit an koronaren Herzkrankheiten ähnliche Muster wie schon bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen allgemein (Abb. 18, rechts). Eine überdurchschnittliche Betroffenheit zeigt sich in den Regionen Rhein-Neckar-Odenwald, Ostwürttemberg und im mittleren Oberrhein. Aber auch in den eher ländlich geprägten Regionen Nordschwarzwald, Heilbronn-Franken und Schwarzwald-Baar-Heuberg weisen Männer eine gegenüber den Landesschnitt leicht erhöhte

Sterblichkeit auf. Eine unterdurchschnittliche Betroffenheit zeigt sich in den Regionen Bodensee-Oberschwaben, Ludwigsburg-Rems-Murr und am südlichen Oberrhein. 2012 wurden 44.901 Jungen und Männer aufgrund einer koronaren Herzkrankheit im Krankenhaus behandelt, davon 35% infolge eines Herzinfarkts (I21) und 37% infolge einer Angina pectoris (I20).

Abb. 20 Sterblichkeit durch Ischämische Herzkrankheiten (I20-I25) im Bundesvergleich 2013, Männer pro 100.000 (35-u65J.) (Daten: GBE Bund 2014, altersstandardisiert, eigene Berechnung)

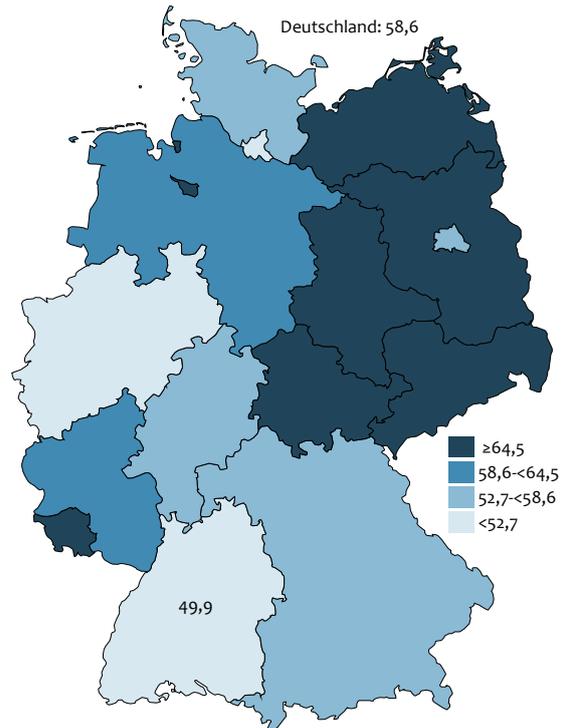
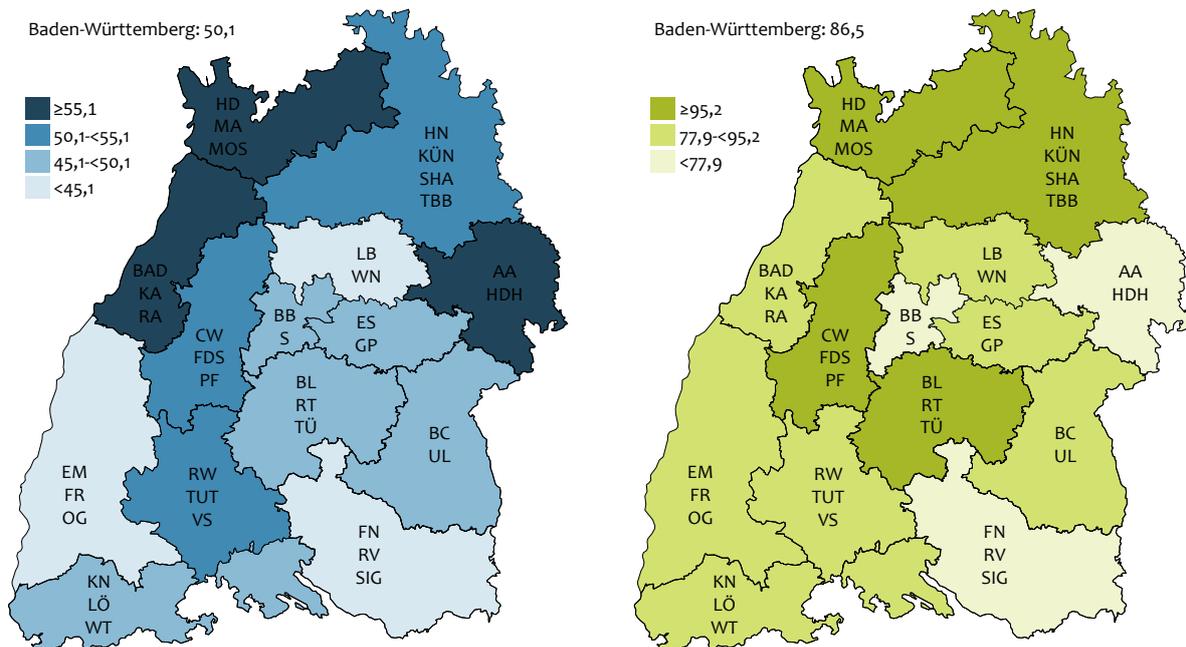


Abb. 21 Sterblichkeit 2008-2012 pro 100.000 (links, 0-u65J.) und Krankenhäuserfälle 2012 pro 10.000 (rechts) durch Ischämische Herzkrankheiten (I20-I25) in den Regionen Baden-Württembergs, Männer (Daten: STALA BW 2014, altersstandardisiert, eigene Berechnung)



Für die in Abb. 21 dargestellten regionalen Differenzen zwischen den Sterberaten und den Krankenhausbehandlungen kommen ähnliche Erklärungen wie schon bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen zum Tragen: So können die Unterschiede zum einen auf eine unterschiedliche Betroffenheit hinsichtlich koronarer Herzkrankungen hindeuten, zum anderen aber auch

durch Unterschiede in der regionale Dichte und Qualität ambulanter Versorgungsangebote beeinflusst sein. Gerade in Regionen mit vergleichsweise hoher Sterblichkeit und eher geringen Krankenhausbehandlungsraten sollten daher örtliche Versorgungsstrukturen bei der Interpretation der Fallzahlen berücksichtigt werden.

2.4.1.2. HYPERTONIE (I10-I15) UND ZEREBROVASKULÄRE ERKRANKUNGEN (I60-I69)

	Männer	Frauen
Todesfälle insgesamt	20.121	35.916
PYLL (1-64 J.)	17.335	11.041
Gesamtanteil PYLL	3,0%	3,6%
Anteil PYLL an I00-I99	16,0%	29,5%

Tab. 5 Anzahl Todesfälle und verlorene Lebensjahre im Alter von 1 bis 64 Jahren (PYLL) durch Hypertonie und zerebrovaskuläre Erkrankungen (I10-I15 u. I6) in Baden-Württemberg 2008-2012 nach Geschlecht (Daten: STALA BW 2014; eigene Berechnungen)

2008 bis 2012 starben deutlich weniger Männer in Baden-Württemberg an Hypertonie oder zerebrovaskulären Erkrankungen als Frauen. Allerdings sterben Männer i.d.R. deutlich früher an besagten Erkrankungen als Frauen (Schenck-Gustafsson 2012), was sich auch im Vergleich der zwischen 1 und 64 Jahren verlorenen Lebensjahre (PYLL) in Tab. 5 zeigt.

Abb. 22 Sterblichkeit an Hypertonie (I10-15) und zerebrovaskulären Erkrankungen (I60-69) von Männern pro 100.000 in Baden-Württemberg (BW) und Deutschland (D), 1998-2013 (Daten GBE Bund 2015, altersstandardisiert nach Standardbevölkerung Deutschland 1987, eigene Darstellung)

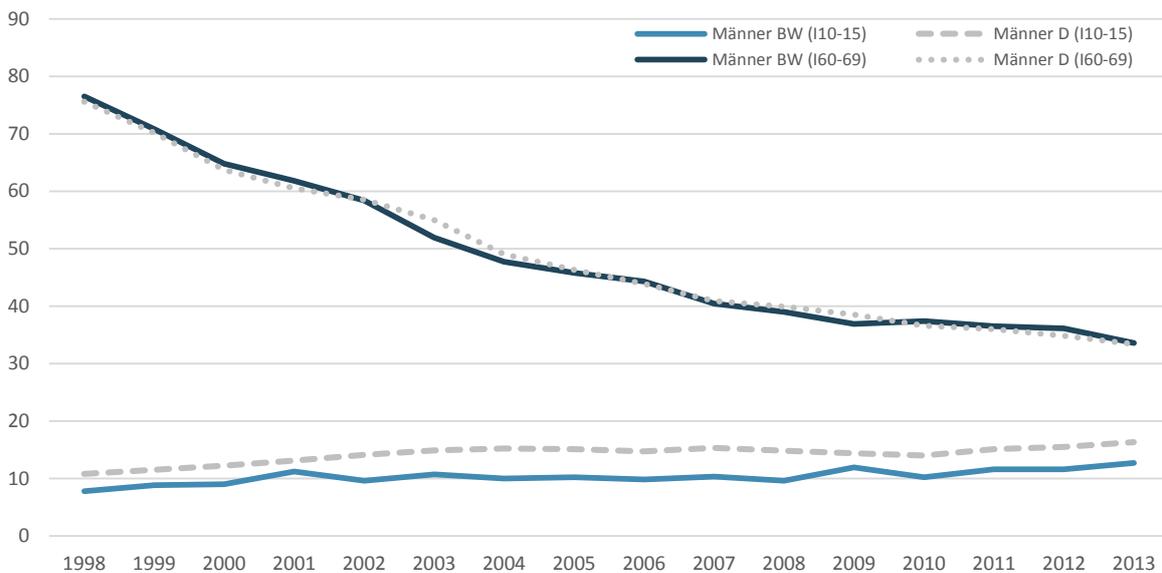


Abb. 22 zeigt die Entwicklung der Sterblichkeit an Hypertonie und zerebrovaskulären Erkrankungen von Männern in Baden-Württemberg im zeitlichen Verlauf: Während die Sterblichkeit an zerebrovaskulären Erkrankungen seit Jahren nahezu kontinuierlich zurückgegangen ist, ist bei der Sterblichkeit infolge einer Hypertonie tendenziell ein leichter Anstieg zu beobachten, wenn auch Baden-Württemberg hier kontinuierlich unter dem Bundesdurchschnitt liegt (Abb. 22).

Zerebrovaskuläre Erkrankungen (ICD-10: I60-69) umfassen alle diejenigen Erkrankungen, die auf eine krankhafte Veränderung der Gefäße des zentralen Nervensystems zurückgeführt werden können (RKI 2014B: 26). Es handelt sich somit um eine Erkrankung

der Arterien, die das Gehirn versorgen. 2008 bis 2012 verstarben in Baden-Württemberg 15.331 Männer und 24.016 Frauen infolge einer zerebrovaskulären Erkrankung. Davon waren bei den Männern 43,7% auf einen Schlaganfall (I64) zurückzuführen, bei den Frauen 48,9%. Bei einem Schlaganfall kommt es zu einer plötzlich auftretenden Durchblutungsstörung des Gehirns, die massive Auswirkungen auf Motorik, Sprache, Sinne und Bewusstsein haben kann. Etwa 80% aller Schlaganfälle werden durch einen Durchblutungs-mangel einer Hirnregion verursacht, die restlichen 20% durch eine Hirnblutung (Beers 2005: 486). Die Häufigkeit des Schlaganfalls steigt mit zunehmendem

Alter erheblich und tritt bei Männern wie Frauen v.a. jenseits des 60. Lebensjahres auf (RKI 2007: 27).

Einer der wichtigsten Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen allgemein aber auch zerebrovaskuläre Erkrankungen im speziellen, ist die Hypertonie bzw. der Bluthochdruck (I10-I15) (Steffel et al. 2011: 30; Janhsen et al. 2008). Häufig wird die Hypertonie durch das Zusammenwirken von Erbanlagen, Alter, Geschlecht sowie verschiedenen ungünstigen Ernährungs- und Lebensbedingungen, wie Übergewicht, hoher Kochsalz- oder Alkoholkonsum, Bewegungsmangel und Stress, begünstigt (RKI 2012a: 148).

2013 wiesen Männer in Baden-Württemberg die mit Abstand geringste Sterblichkeit durch Hypertonie (I10-I15) und zerebrovaskuläre Erkrankungen bundesweit auf (Abb. 23). Auch sonst zeigen sich sehr ähnliche Muster wie schon bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen allgemein und der koronaren Herzkrankheit im Speziellen (→ Abb. 17 und Abb. 20).

Im Gegensatz zum bisherigen Muster zeigt sich bei kleinräumiger Betrachtung auf Regionalverbandsebene die höchste Betroffenheit im Gebiet Hochrhein-Bodensee, gefolgt von der Region Bodensee-Oberschwaben (Abb. 24). Die mit Abstand geringsten Sterberaten durch Hypertonie und zerebrovaskuläre Erkrankungen zeigen Männer in der Region Ulm-Biberach. Hier muss berücksichtigt werden, dass die weit unterdurchschnittliche Betroffenheit Baden-Württembergs auch mit vergleichsweise geringen Fallzahlen in der Altersgruppe der 35 bis 64-Jährigen einhergeht, was eine kleinräumige Betrachtung selbst auf

Ebene der zwölf Regionalverbände erheblich erschwert und fehleranfällig macht. Dies ist bei der Interpretation der hier vorgestellten Ergebnisse zu berücksichtigen.

Abb. 23 Sterblichkeit durch Hypertonie (I10-I15) und zerebrovaskuläre Erkrankungen (I60-I69) im Bundesvergleich 2013, Männer pro 100.000 (35-u65J.) (Daten: GBE Bund 2014, altersstandardisiert, eigene Berechnung)

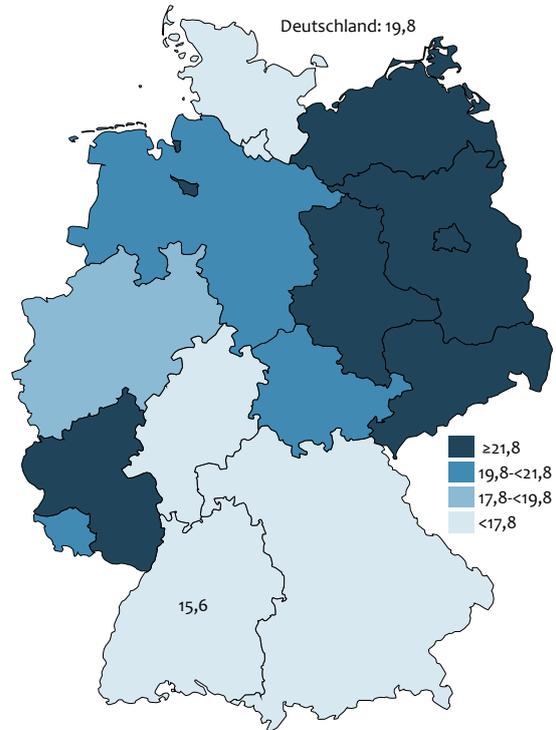
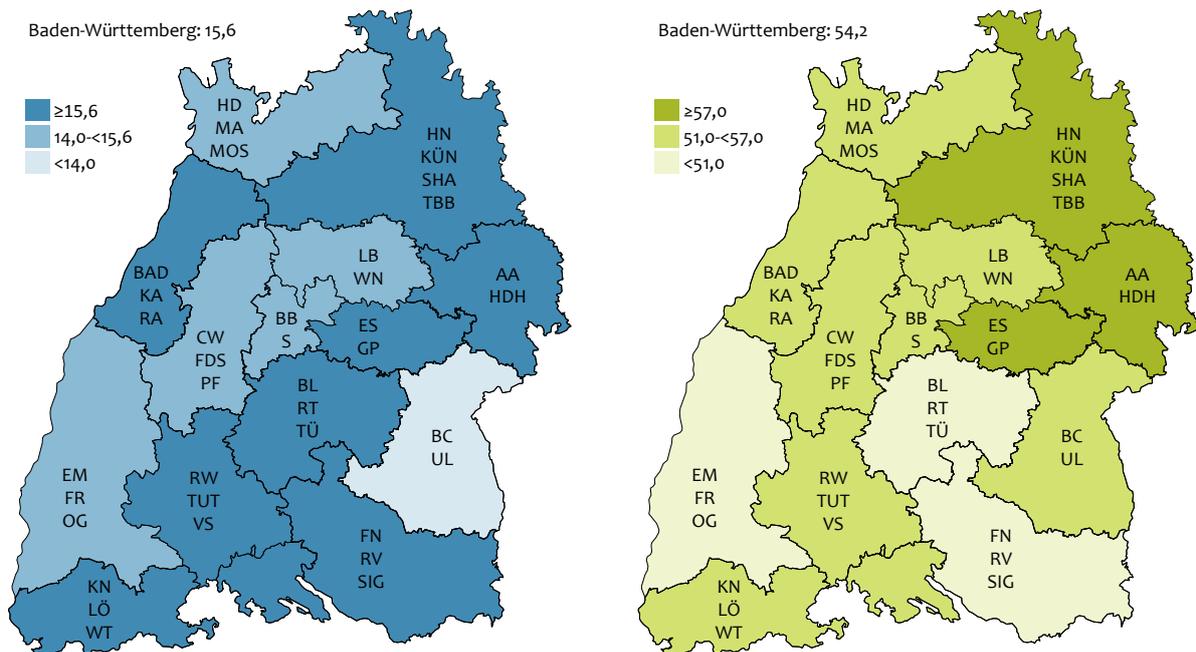


Abb. 24 Sterblichkeit 2008-2012 pro 100.000 (links, 35-u65J.) und Krankenhausfälle 2012 pro 10.000 (rechts) durch Hypertonie (I15-I10) und zerebrovaskuläre Erkrankungen (I60-I69) in den Regionen Baden-Württembergs, Männer (Daten: STALA BW 2014, altersstandardisiert, eigene Berechnung)



2.4.1.3. DISKUSSION

Im bundesweiten Vergleich zeigen Jungen und Männer in Baden-Württemberg eine weit unterdurchschnittliche Betroffenheit an Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Da Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Männern und Frauen die häufigste Todesursachengruppe darstellen, ist die geringe Betroffenheit wesentlich für die überdurchschnittlich hohe Lebenserwartung in Baden-Württemberg mitverantwortlich (Weiland et al. 2006).

Für diesen äußerst erfreulichen Befund kommt eine Vielzahl möglicher Erklärungen in Betracht. Da sozialstrukturelle Faktoren eng mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen verbunden sind, ist die gute soziale Situation in Baden-Württemberg sicher Teilursache für diesen Befund (→ Kapitel 3). Erklären lassen sich die sozialstrukturellen Muster u.a. über eine ungleiche Verteilung hinsichtlich „klassischer“ Risiko- und Lebensstilfaktoren (Rosenbach et al. 2014; RKI 2014b). Auch ungünstige sozioökonomische Bedingungen und psychosoziale Belastungsfaktoren, wie z.B. eine hohe berufliche Anforderung oder mangelnde soziale Unterstützung, gelten als Risikofaktoren von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Rensing 2007; Rosengren et al. 2004). Eine nicht weniger wichtige Rolle kommt der regionalen Versorgungsstruktur in Baden-Württemberg zu. Sowohl bei dem plötzlich auftretenden Herzinfarkt als auch beim Schlaganfall spielen die Qualität sowie der Zeitpunkt der Erstversorgung eine entscheidende Rolle für die Überlebenschancen. Seit dem 1999 vorgelegten Konzept zur Verbesserung der Schlaganfallversorgung in Baden-Württemberg setzt sich das Bundesland aktiv mit der Optimierung der Akutversorgung bei Schlaganfällen auseinander (SM-BW 1999). Um sicherzustellen, dass alle Schlaganfallpatienten eine der Art und dem Schweregrad ihrer Erkrankung angemessene, qualitativ gleichrangige Versorgung erhalten, wurde in Baden-Württemberg ein dreistufiges Versorgungssystem aufgebaut, das lokale Schlaganfallstationen und regionale wie überregionale Stroke Units umfasst (SM-BW 2011).

Auch wenn die Sterblichkeit an Herz-Kreislauf-Erkrankungen in den letzten Jahrzehnten deutlich zurückgegangen ist, ist im Zuge des demographischen Wandels anzunehmen, dass koronare Herzkrankheiten sowie zerebrovaskuläre Erkrankungen auch in 15 Jahren noch die Liste der weltweit häufigsten Todesursachen anführen werden (Mathers, Loncar 2006). Dies nicht zuletzt deswegen, weil Herz-Kreislauf-Erkrankungen vor allem im höheren Lebensalter massiv an Bedeutung gewinnen (RKI 2011: 32). In besonders betroffenen Regionen bietet sich daher eine genderspezifische Schwerpunktsetzung im Themenfeld „Gesund und aktiv älter werden“ in den kommunalen Gesundheitskonferenzen an.

Jungen- und männerspezifischer Handlungsbedarf ergibt sich aber insbesondere auch aus der deutlich

stärker ausgeprägten vorzeitigen Sterblichkeit von Jungen und Männern infolge von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, wobei sich durchaus regionale Unterschiede zeigen (→ Abb. 25). Da kardiovaskuläre Erkrankungen durch eine Vielzahl „vermeidbarer“ Risikofaktoren begünstigt werden, kommt der Prävention auch in Baden-Württemberg eine zentrale Rolle zu. Vor dem Hintergrund, dass Jungen und Männer durch unspezifische Präventionsmaßnahmen bislang weit unterproportional erreicht werden (→ Kapitel 6), sollten Maßnahmen eng auf die entsprechenden männlichen Zielgruppen zugeschnitten werden.

Angesichts des multifaktoriellen Geschehens von Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist es auf Basis der für diesen Bericht auswertbaren Daten nicht möglich, spezifische Handlungsempfehlungen für einzelne Stadt- und Landkreise auszusprechen. Neben sozialen Rahmenbedingungen sind hierfür v.a. Kenntnisse über die örtlichen Versorgungsstrukturen erforderlich. Da man beides am ehesten direkt vor Ort kennt, sollten etwaige Auffälligkeiten direkt in den kommunalen Gesundheitskonferenzen diskutiert werden. Sinnvoll ist hier gerade auch die Kooperation mit lokalen Experten aus dem Sozialwesen sowie Ansprechpartnern der medizinischen Erst- und Notfallversorgung.

Abb. 25 Sterblichkeit 2008-2012 durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen (I00-I99) in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs (Männer pro 100.000) nach Vorhandensein und Schwerpunktsetzung einer kommunalen Gesundheitskonferenz (Daten: STALA BW 2014, altersstand., eigene Berechnung)

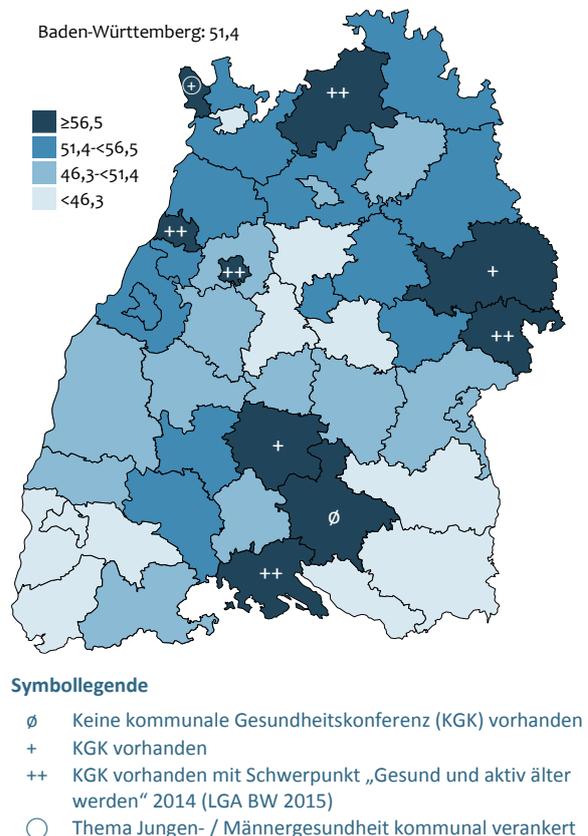


Abb. 25 zeigt dunkel eingefärbt nochmals die Stadt- und Landkreise Baden-Württembergs mit einer auffällig hohen männlichen Sterblichkeit infolge von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Extra gekennzeichnet wurden Angaben zur Existenz und Schwerpunktsetzung der kommunalen Gesundheitskonferenz. Darunter lassen sich für drei Gruppen von betroffenen Kreisen unterschiedliche Empfehlungen aussprechen:

1. Bisher existiert keine kommunale Gesundheitskonferenz (\emptyset): Empfohlen wird die Einrichtung einer Gesundheitskonferenz, die sich spezifisch mit der Thematik befasst.
2. Eine kommunale Gesundheitskonferenz existiert, das Thema „Gesund und aktiv älter werden“ (GÄW) war jedoch 2014 kein Themenschwerpunkt (+): Hier existieren

gute Ausgangsbedingungen für die Auseinandersetzung mit dem Befund. Empfohlen wird eine gender- und krankheitsspezifische Themenschwerpunktsetzung im Bereich „Gesund und aktiv älter werden“.

3. Eine kommunale Gesundheitskonferenz existiert, das Thema GÄW war 2014 Themenschwerpunkt (++): Hier existieren sehr gute Ausgangsbedingungen für die Auseinandersetzung mit dem Befund. Empfohlen wird eine gender- und krankheitsspezifische Ausrichtung des Themenschwerpunkts „Gesund und aktiv älter werden“.

Mit \bigcirc herausgehoben ist der Kreis Mannheim, in dem das Thema Jungengesundheit bereits kommunal verankert ist (\rightarrow Kapitel 6.2). Dadurch bestehen gute Ausgangsbedingungen, um sich zukünftig auch männer-spezifisch mit dem Befund zu befassen.

2.4.2. KREBSERKRANKUNGEN (C00-C97)

Unter der Bezeichnung ‚Krebs‘ versteht man eine bösartige Gewebeneubildung (Tumor), die entsteht, wenn eine Gruppe von Zellen durch den Verlust normaler Regulationsmechanismen unkontrolliert wächst (Beers 2005: 1025). Dabei kann grundsätzlich jedes Gewebe bzw. Organ des menschlichen Körpers betroffen sein. Tumore umfassen sowohl gutartige als auch bösartige Neubildungen, wobei die weit überwiegende Krankheitslast auf letztere zurückzuführen ist. Im alltäglichen Sprachgebrauch umfasst Krebs meist alle bösartigen Neubildungen verschiedener Lokalisationen (z.B. Verdauungsorgane oder Atmungsorgane) sowie Erkrankungen des blutbildenden Gewebes (z.B. Leukämien oder Lymphome).

2008 waren 7,1% aller Gesamtkrankheitskosten auf die Behandlung, Rehabilitation, Pflege und Prävention von Krebserkrankungen zurückzuführen. Verglichen mit den Ausgaben anderer Krankheitsarten lagen die Krankheitskosten somit eher im unteren Mittelfeld (DESTATIS 2010: 37). Zeitlich betrachtet zeigt sich je-

doch, dass die Krankheitskosten für bösartige Neubildungen von 2002 bis 2008 um mehr als 35% gestiegen sind, während der Anstieg aller Krankheitskosten im gleichen Zeitraum nur etwa 16% betrug (eigene Berechnungen DESTATIS 2010).

Krebserkrankungen sind nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen die zweithäufigste Todesursache bei Männern und Frauen in Deutschland. 2013 starben rund 120.000 Männer und rund 100.000 Frauen an einer bösartigen Neubildung (GBE Bund 2015). Gemäß Abb. 26 waren im Jahr 2010 die meisten männlichen Krebssterbefälle in Deutschland auf Krebserkrankungen der Lunge, des Darms und der Prostata zurückzuführen. Insgesamt waren diese drei Organe etwa für die Hälfte (47,1%) aller männlichen Krebssterbefälle verantwortlich, Lungenkrebs alleine für rund ein Viertel (24,9%). Bei den Frauen waren die meisten Krebssterbefälle auf Krebserkrankungen der Brustdrüse zurückzuführen, gefolgt von bösartigen Neubildungen der Lunge und des Darms.

Abb. 26 Prozentualer Anteil der 10 häufigsten Tumorlokalisationen an allen Krebssterbefällen von Männern und Frauen in Deutschland 2010, Sterbefälle an Krebs gesamt (C00-C97) ohne nicht-melanotischen Hautkrebs (C44) (Eigene Darstellung nach RKI 2013: 17)

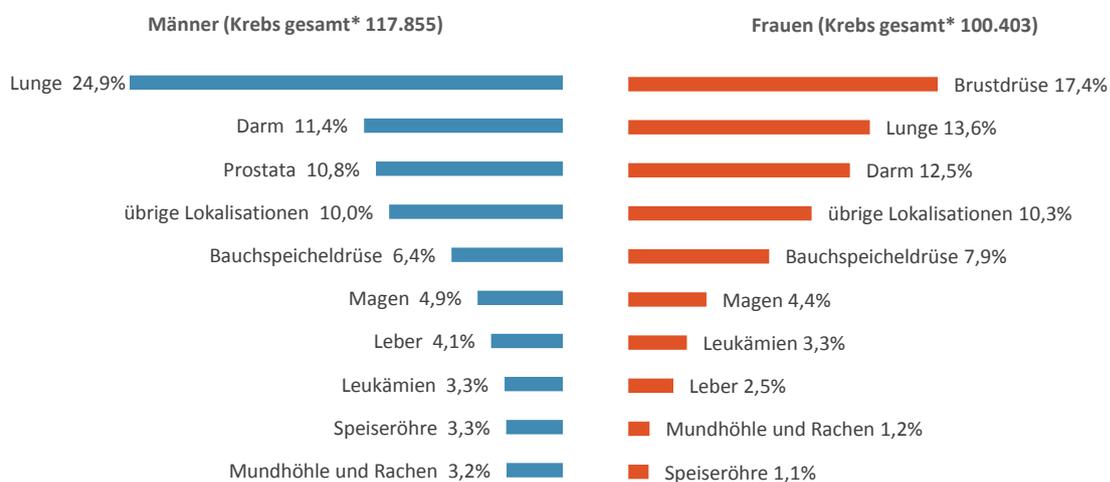


Abb. 27 Entwicklung der häufigsten Krebssterbefälle von Männern (oben) und Frauen (unten) pro 100.000 EW in Baden-Württemberg 1980-2013 (Daten: GBE Bund 2015, altersstandardisiert nach Deutschland 1987, Diagnose nach europäischer Kurzliste (TUS), eigene Darstellung)

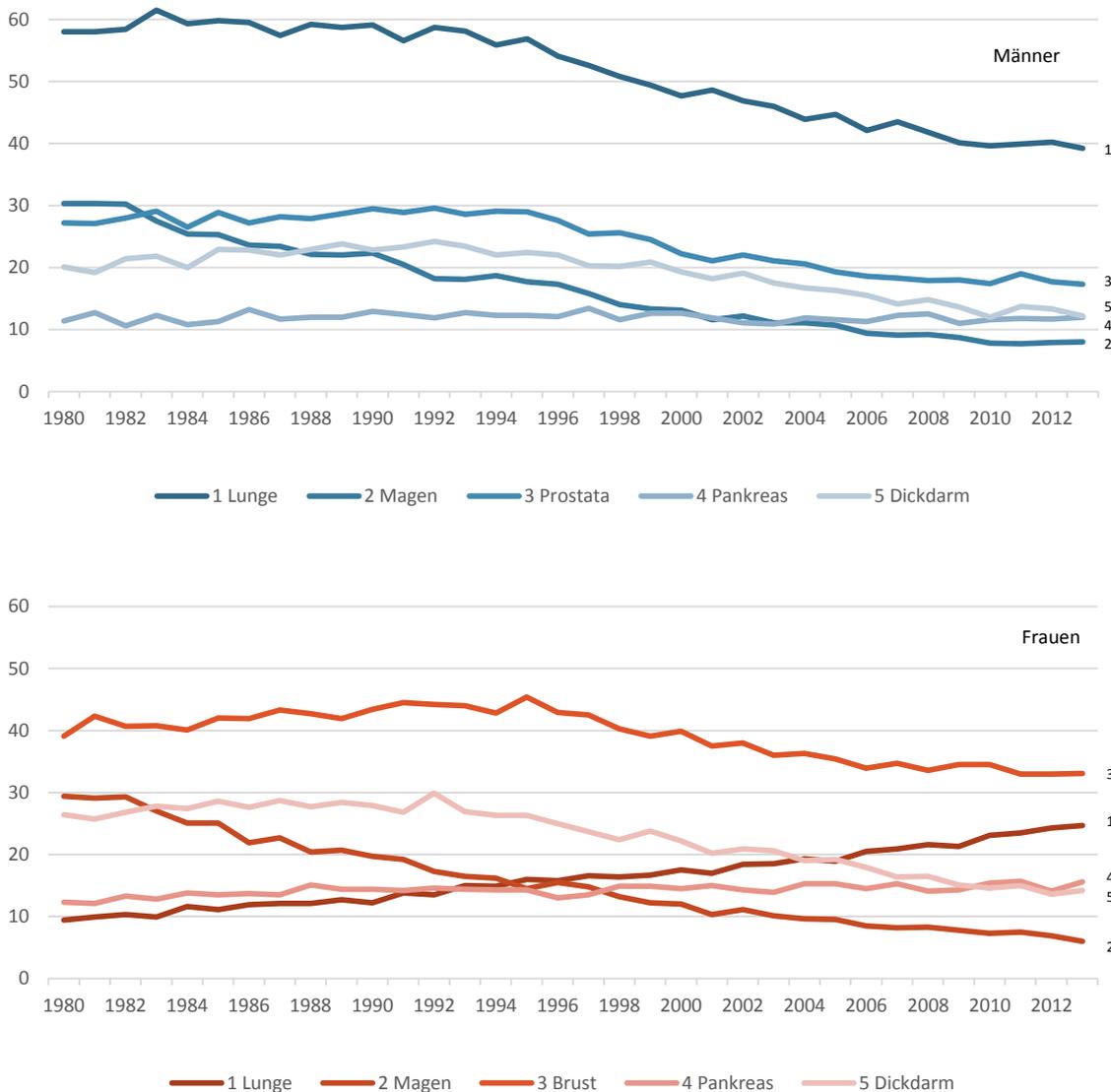


Abb. 27 verdeutlicht die Entwicklung der fünf häufigsten Krebstodesursachen in Baden-Württemberg von 1980 bis 2013. Dabei zeigen sich sowohl bzgl. der wesentlichen Erkrankungen als auch bei den jeweiligen Trends z.T. deutliche Geschlechterunterschiede.

Während Todesfälle aufgrund von Krebserkrankungen des Magens, des Darms, der Brustdrüse (Frauen) und der Prostata (Männer) z.T. deutlich zurückgehen, steigt die Anzahl an Todesfällen infolge eines Pankreaskarzinoms sowohl bei Männern als auch Frauen (Tab. 6). Krebserkrankungen der Lunge sind seit Jahrzehnten die mit Abstand häufigste Krebstodesursache bei Männern und gewinnen bei den Frauen zunehmend an Bedeutung. Während die Lungenkrebssterblichkeit der Männer von 1980 bis 2013 um mehr als 30% zurückgegangen ist, stieg sie bei den Frauen im gleichen Zeitraum rapide an (+160%), was v.a. über die starke Zunahme des Tabakkonsums von Mädchen und

Frauen in den letzten Jahrzehnten erklärt werden kann (→ Kapitel 2.4.4.5) (Payne 2001).

	Männer	Frauen
Bösartige Neubildungen	-46,5%	-38,5%
Lunge	-32,4%	162,8%
Magen	-73,6%	-79,6%
Prostata/Brust	-36,4%	-15,3%
Pankreas	5,3%	26,8%
Dickdarm	-39,3%	-46,2%

Tab. 6 Prozentuale Entwicklung der Krebssterbefälle in Baden-Württemberg 1980 zu 2013, nach Geschlecht (Daten: GBE Bund 2015; altersstandardisiert nach Deutschland 1987; Diagnose nach europäischer Kurzliste (TUS); eigene Berechnungen)

Da sich Krebserkrankungen hinsichtlich ihrer Entstehungsmechanismen, Risikofaktoren und Diagnosemöglichkeiten erheblich unterscheiden, ist es kaum möglich, die in Abb. 27 dargestellten Veränderungen auf einzelne gemeinsame Faktoren oder Ursachen zu-

rückzuführen (RKI 2015b). So kommt eine stärkere Exposition gegenüber einzelnen Risikofaktoren ebenso in Betracht, wie Veränderungen im Lebensstil oder auch verbesserte Diagnostikverfahren. Um Trends der Krankheitslast der einzelnen Krebsarten nachvollziehen zu können, ist somit eine Vielzahl an Faktoren zu berücksichtigen. Wichtige Hinweise liefert diesbezüglich auch die Häufigkeit von Krebsneuerkrankungen (Inzidenzen).

Um mögliche Ursachen der Krebsentstehung erforschen und Effekte von Früherkennungs- und Behandlungsmaßnahmen beurteilen zu können, ist eine detaillierte Beurteilung des aktuellen Krebsgeschehens, d.h. Wissen um Ort und Zeit des Auftretens, erforderlich (Pigeot, Kraywinkel 2014; Hentschel et al. 2011). Dies ist auf Datenbasis bevölkerungsbezogener (epidemiologischer) Krebsregister möglich, die kontinuierlich Daten über das Auftreten sowie die Häufigkeit von Krebserkrankungen erheben, speichern, verarbeiten und analysieren (RKI 2013).

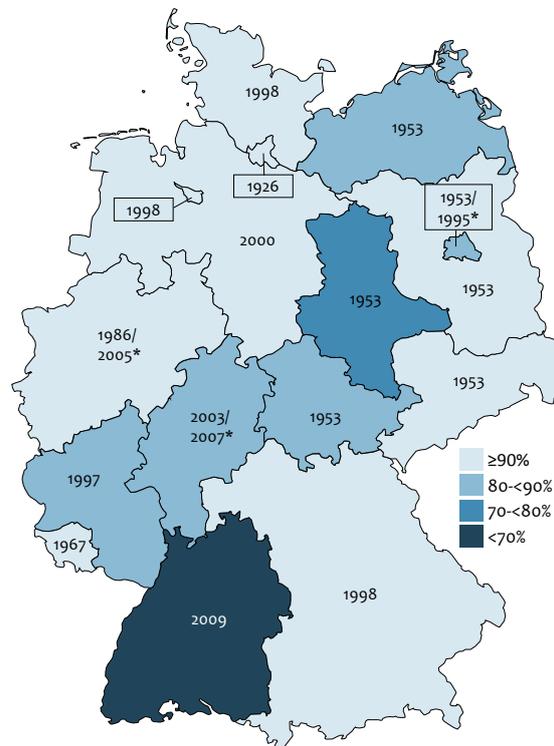
Auf Basis epidemiologischer Krebsregister lässt sich z.B. zeigen, dass oben aufgezeigter Rückgang der allgemeinen Krebssterblichkeit mit einer enormen Zunahme der absoluten Krebsneuerkrankungszahlen einhergeht. Dies wird v.a. durch den demographischen Wandel und den damit einhergehenden kontinuierlichen Anstieg der allgemeinen Lebenserwartung von Männern und Frauen erklärt (Kraywinkel 2014). Gerade Krebserkrankungen gelten als klassische altersassoziierte Erkrankungen, da das Erkrankungsrisiko mit zunehmenden Alter stark ansteigt (Klotz 2009: 141). Aktuelle Schätzungen gehen davon aus, dass 2011 482.600 Männer und Frauen an Krebs erkrankt sind, wobei Männer etwas häufiger betroffen waren als Frauen (RKI 2015b). 2011 war jede vierte Krebsneuerkrankung der Männer auf eine bösartige Neubildung der Prostata zurückzuführen (25,3%), gefolgt von Lungen- und Darmkrebs. Bei den Frauen waren rund 30% aller Krebsneuerkrankungen auf Brustkrebs, zurückzuführen, gefolgt von Darm- und Lungenkrebs (ebd.).

Bei entsprechender Berücksichtigung des Alters zeigt sich jedoch, dass die Erkrankungsraten seit nunmehr 15 Jahren vergleichsweise stabil sind - seit 2008 kann sogar eher von einem leichten Rückgang gesprochen werden (altersstandardisierte Rate) (RKI 2015b).

Von besonderer Bedeutung für die Gesundheitsberichterstattung ist, dass auf Basis epidemiologischer Krebsregister auch räumliche Verteilungen von Krebsneuerkrankungen analysiert werden können (Katalinic et al. 2006). Da Baden-Württemberg erst im Zuge des

Bundeskrebsregisterdatengesetzes 2009 in einem Zweitversuch mit dem Aufbau einer landesweiten Krebsregistrierung begonnen hat, liegen für viele Regionen bis heute keine aussagekräftigen Zahlen zur Krebshäufigkeit vor (Abb. 28). Da bis heute noch nicht alle Krebsneuerkrankungen an das Krebsregister Baden-Württemberg gemeldet werden, ist es derzeit noch nicht möglich, aussagekräftige Daten zur Häufigkeit von Krebserkrankungen in einzelnen Gebiet zu liefern (Auskunft Krebsregister BW 2015). Damit stellt Baden-Württemberg das Schlusslicht aller Bundesländer bzgl. des Aufbaus eines epidemiologischen Krebsregisters dar (Abb. 28).

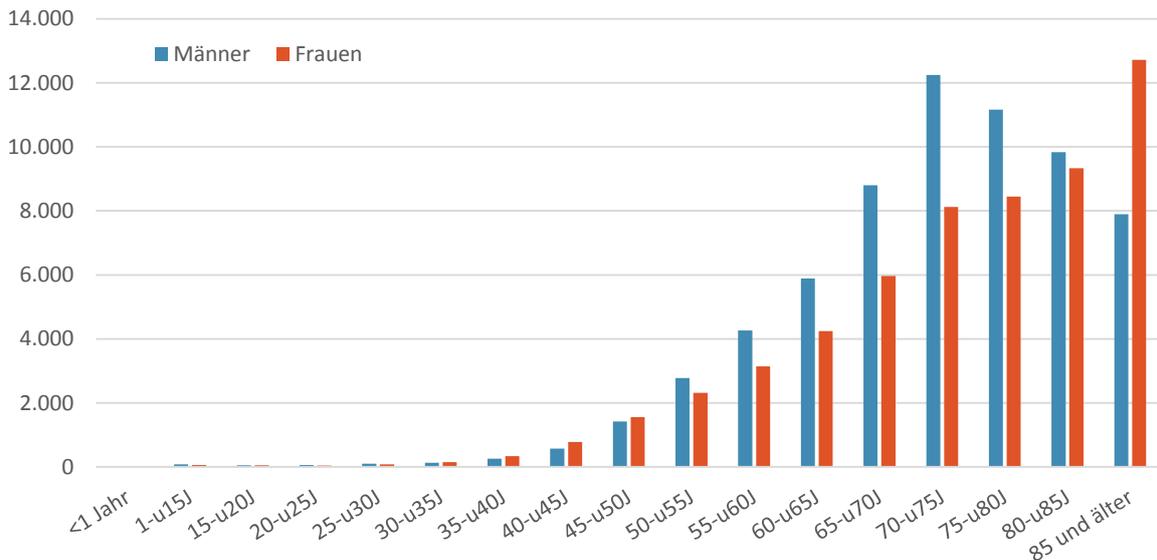
Abb. 28 Epidemiologische Krebsregister nach geschätzter Vollständigkeit (Flächenfärbung) und Jahreszahl der Registrierung in Deutschland 2010 (Eigene Darstellung nach RKI 2013: 11)



* 1953 Ost-Berlin, 1995 BE gesamt | 1986 R.-Bez. Münster, 2005 NRW gesamt | 2003 R.-Bez. Darmstadt, 2007 HE gesamt

Bis aussagekräftige regionale Auswertungen mit den Daten des Krebsregisters Baden-Württembergs möglich sind, wird es leider weitere Zeit in Anspruch nehmen. Die Aussagekraft dieses Berichts bzgl. Krebserkrankungen leidet darunter. Die folgenden regionalen Analysen zu Krebserkrankungen im vorliegenden Bericht beruhen daher ausschließlich auf den zur Verfügung stehenden Daten der amtlichen Todesursachen- und Krankenhausstatistik.

Abb. 29 Sterblichkeit durch Krebserkrankungen (C00-C97) in Baden-Württemberg 2008-2012, nach Alter und Geschlecht (Daten: STALA BW 2014, eigene Berechnung)



2008 bis 2012 waren die meisten männlichen Todesfälle in Baden-Württemberg in der Altersgruppe der 45 bis 74-Jährigen auf Krebserkrankungen zurückzuführen (→ Abb. 16). Entsprechend verlieren Männer durch bösartige Neubildungen besonders viel an potentieller Lebenszeit (→ Kapitel 2.3). Tab. 7 ist zu entnehmen, dass Männer im Alter von 1 bis 64 Jahren 143.971 Lebensjahre durch bösartige Krebserkrankungen verloren haben, Frauen 133.124 Jahre. Prozentual haben Jungen und Männer in Baden-Württemberg somit 8,1% mehr Jahre durch Krebserkrankungen verloren als Mädchen und Frauen. Dieser Geschlechterunterschied zeigt sich auch in der Gegenüberstellung der altersstandardisierten Sterblichkeit von Männern und Frauen in Abb. 29.

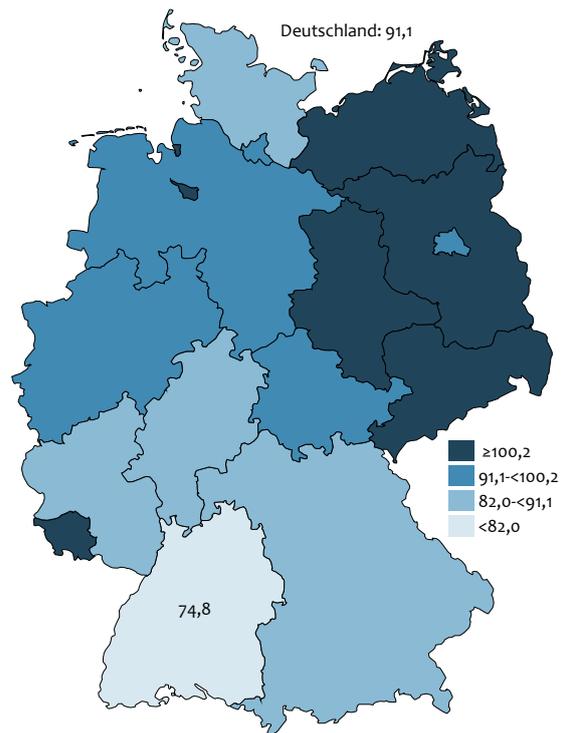
	Männer	Frauen
Todesfälle insgesamt	65.562	57.351
PYLL (1-64 J.)	143.971	133.124
Gesamtanteil PYLL	25,2%	43,8%

Tab. 7 Anzahl Todesfälle und verlorene Lebensjahre im Alter von 1 bis 64 Jahren (PYLL) durch Krebserkrankungen (C00-C97) in Baden-Württemberg 2008-2012 nach Geschlecht (Daten: STALA BW 2014; eigene Berechnungen)

Betrachtet man die regionale Verteilung der Krebssterblichkeit, schneidet Baden-Württemberg im bundesweiten Vergleich weit überdurchschnittlich gut ab (Abb. 30). Mit rund 75 Sterbefällen pro 100.000 Einwohner liegt die Sterblichkeit der Männer in Baden-Württemberg 19,2% unter der Bundesdurchschnitt und weist somit die mit Abstand geringste Rate auf. Erhöhte Sterblichkeitsraten zeigen sich v.a. in den neuen Bundesländern sowie im Saarland und in Bremen.

Abb. 31 zeigt die regionale Verteilung der Krebssterblichkeit und Krankenhausbehandlungen infolge von

Abb. 30 Sterblichkeit durch bösartige Neubildungen (C00-C97) im Bundesvergleich 2013, Männer pro 100.000 (0-u65J) (Daten: GBE Bund 2014, altersstandardisiert, eigene Berechnungen)

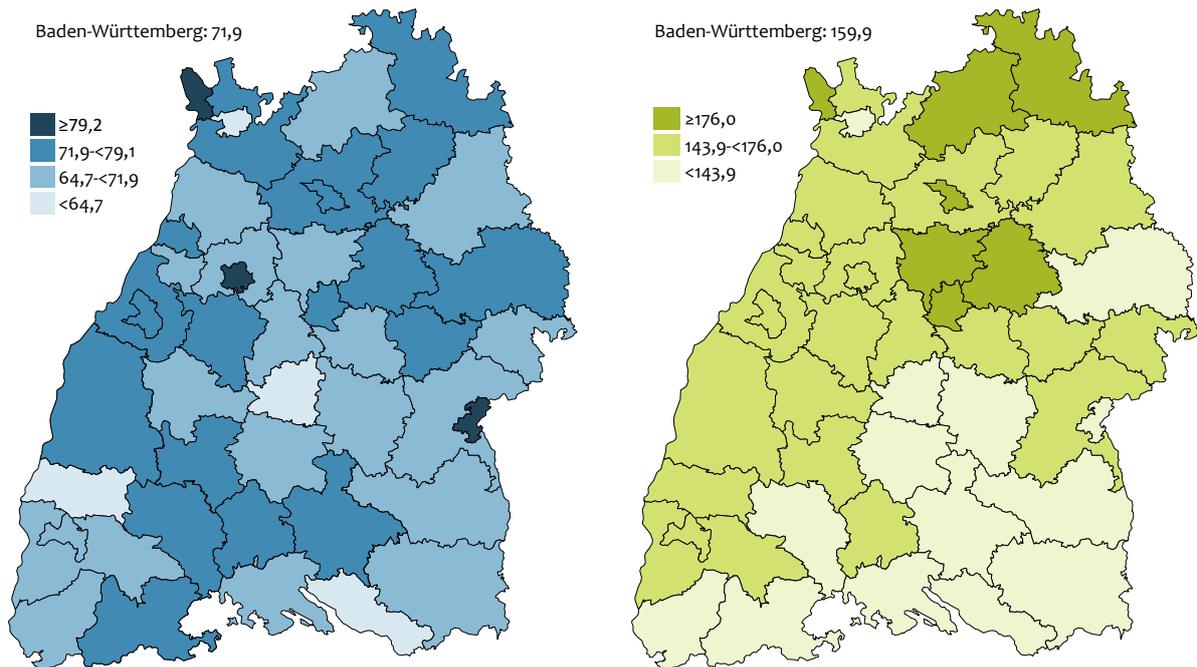


Krebserkrankungen in Baden-Württemberg. Die Gegenüberstellung zeigt z.T. Übereinstimmungen aber auch einige Differenzen, deren Ursachen auf Basis der vorliegenden Daten nicht endgültig geklärt werden können. So können die Unterschiede zwischen Todesursachen- und Krankenhausstatistik sowohl durch eine regional unterschiedliche Betroffenheit hervorgerufen werden als auch dadurch, dass die Behandlungshäufigkeit durch die regionale Dichte und Qualität ambulanter Versorgungsangebote beeinflusst wird.

Die mit Abstand höchste Anzahl an Sterbefällen zeigt sich in Mannheim und Pforzheim. Auch Ulm weist deutlich erhöhte Sterberaten infolge von Krebserkrankungen auf, wenn auch mit etwas größerem Abstand zu den genannten Städten. Die geringsten Belastungen zeigen sich im Stadtkreis Heidelberg, sowie den Landkreisen Bodenseekreis, Tübingen und Emmendingen. Vergleicht man die Stadt- und Landkreise mit der jeweils höchsten bzw. niedrigsten Betroffenheit, zeigt sich, dass Mannheim mit rund 90 Krebssterbefällen

pro 100.000 eine anderthalbfach so hohe Rate aufweist wie Heidelberg mit rund 60 Sterbefällen (pro 100.000). Bei den Krankenhausbehandlungszahlen fällt dieser Unterschied mit 213 Fällen in Stuttgart zu 118 Fällen im Bodenseekreis sogar noch größer aus (je pro 10.000). Eine erhöhte Anzahl an Krankenhausfällen infolge bösartiger Neubildungen zeigt sich ansonsten v.a. in den nördlichen Landkreisen Neckar-Odenwaldkreis und Main-Tauber-Kreis sowie teilweise im Verdichtungsraum rund um Stuttgart.

Abb. 31 Sterblichkeit 2008-2012 pro 100.000 (links, 0-u65J.) und Krankenhausfälle 2012 pro 10.000 (rechts) durch Krebserkrankungen (C00-C97) in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs, Männer (Daten: STALA BW 2014, altersstandardisiert, eig. Berechnung)



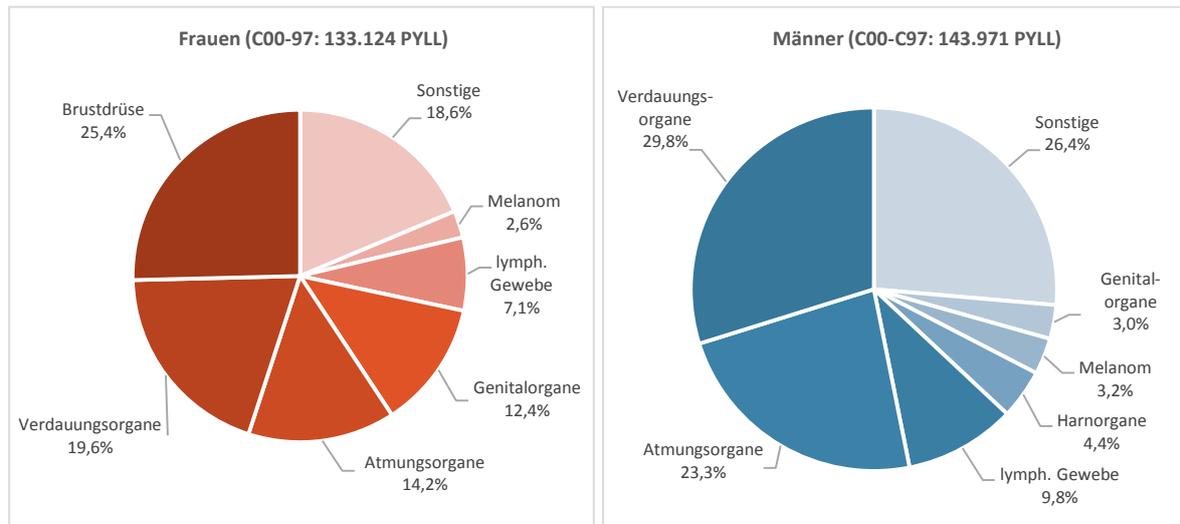
Wie eingangs beschrieben umfasst die dargestellte Diagnosekategorie ICD-10 C00-C97 alle bösartigen Neubildungen verschiedener Lokalisationen (z.B. Verdauungsorgane oder Atmungsorgane) sowie Erkrankungen des blutbildenden Gewebes (z.B. Leukämien oder Lymphome). Dabei bestehen zwischen den einzelnen Krebsarten deutliche Unterschiede bezüglich Prävention, Behandlung und Kuration, gleiches gilt für Risikofaktoren und Vermeidbarkeit. Es ist daher sinnvoll die Entwicklung der Krankheitslast einzelner Krebserkrankungen separat zu betrachten. Im Folgenden werden deshalb v.a. diejenigen Krebserkrankungen betrachtet, aufgrund derer Männer in Baden-Württemberg die meisten Lebensjahre verloren haben.

Abb. 32 stellt den prozentualen Anteil verlorener Lebensjahre durch bösartige Neubildungen für Männer

und Frauen in Baden-Württemberg gegenüber. Bei den Männern sind mehr als die Hälfte aller verlorenen Lebensjahre auf Krebserkrankungen der Verdauungsorgane sowie der Atmungsorgane zurückzuführen, bei den Frauen stehen Brustkrebserkrankungen an erster Stelle, gefolgt von bösartigen Neubildungen der Verdauungs- und Atmungsorgane.

Da Prostatakrebs fast ausschließlich im höheren Lebensalter auftritt, ist die Anzahl verlorener Lebensjahre vor dem 65. Lebensjahr geringer als bei anderen bösartigen Neubildungen. Da es sich bei Krebs der Prostata jedoch um die häufigste Krebserkrankung bei Männern handelt, soll im Folgenden auch auf ihn kurz eingegangen werden. Aufgrund der starken Assoziation zum Tabakkonsum wird Lungenkrebs in Kapitel 2.4.4.5 dargestellt.

Abb. 32 Prozentualer Anteil verlorener Lebensjahre durch bösartige Neubildungen (ICD-10: C00-C97) in Baden-Württemberg 2008-2012 (Potential Years of Life Lost 1 bis u65 Jahre) nach Geschlecht (Daten: STALA BW 2014, eigene Berechnungen)



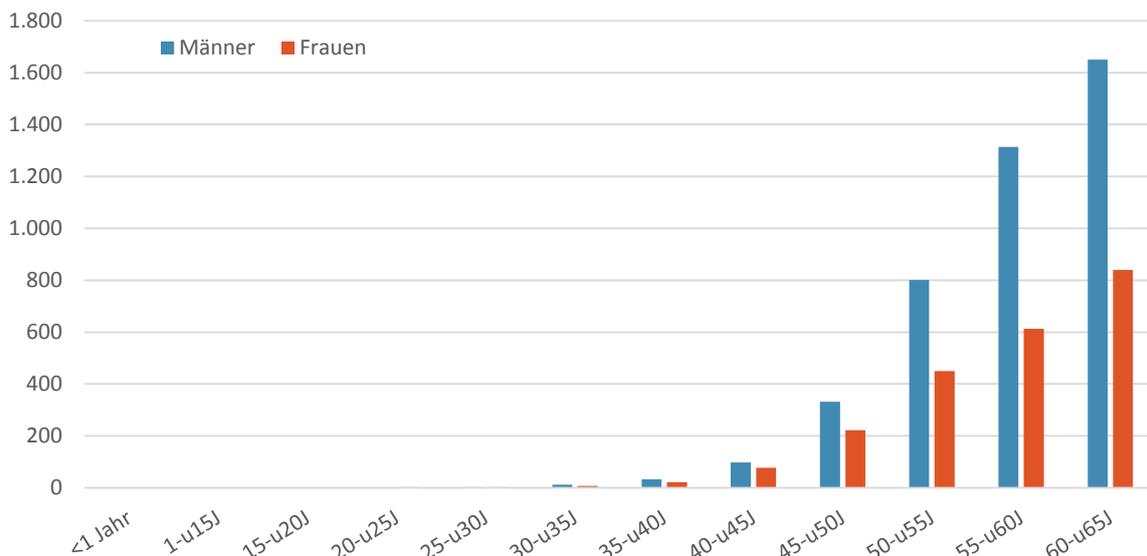
2.4.2.1. KREBSERKRANKUNGEN DER VERDAUUNGSORGANE (C15-C26)

	Männer	Frauen
Todesfälle insgesamt	22.126	18.029
PYLL (1-64 J.)	42.963	26.122
Gesamtanteil PYLL	7,5%	8,6%
Anteil PYLL an C00-C97	29,8%	19,6%

Tab. 8 Anzahl Todesfälle und verlorene Lebensjahre im Alter von 1 bis 64. Jahren (PYLL) durch Krebserkrankungen der Verdauungsorgane (C15-C26) in Baden-Württemberg 2008-2012 nach Geschlecht (Daten: STALA BW 2014; eigene Berechnungen)

2008 bis 2012 verstarben rund 22.000 Männer und 18.000 Frauen in Baden-Württemberg an bösartigen Neubildungen der Verdauungsorgane, wobei Männer deutlich mehr Lebensjahre im Alter von 1 bis 64 Jahren verloren haben als Frauen (Tab. 8), was v.a. auf die höhere vorzeitige Sterblichkeit der Männer zurückgeführt werden kann (Abb. 33). Insgesamt sind 7,5% aller verlorener Lebensjahre der Männer auf Krebserkrankungen der Verdauungsorgane zurückzuführen.

Abb. 33 Sterblichkeit durch bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane (C15-C26) von Männern und Frauen unter 65 Jahren in Baden-Württemberg 2008-2012 (Daten: STALA BW 2014, eigene Berechnung)



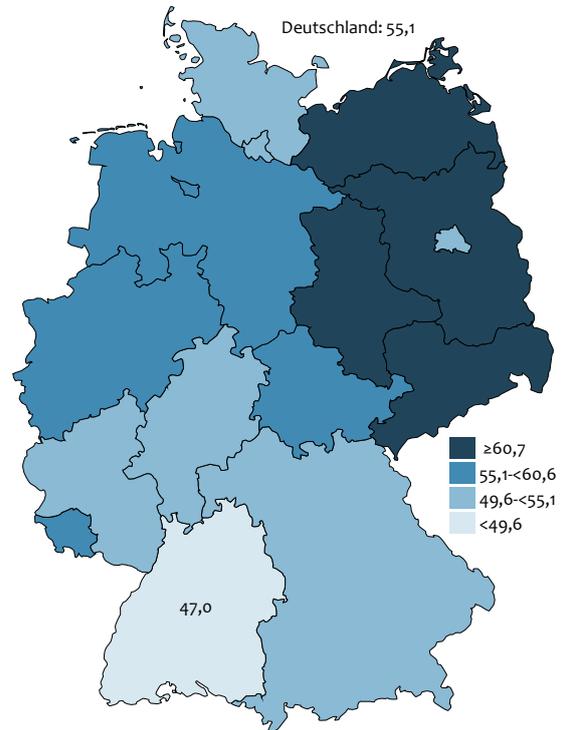
Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane umfassen u.a. Krebserkrankungen der Speiseröhre, des Magens und des Darms sowie die weiteren Verdauungsorgane Leber, Galle und Bauchspeicheldrüse. Dabei machen Darmkrebserkrankungen den mit Abstand

größten Anteil an bösartigen Neubildungen der Verdauungsorgane aus. Darmkrebs betrifft v.a. Dick- und Enddarm und tritt eher im höheren Lebensalter auf. Bundesweit ist Darmkrebs bei Männern die zweithäufigste Todesursache (→ Abb. 26) und insgesamt die

drithäufigste Krebserkrankung (RKI 2014b: 39). Neben Tabakkonsum und Übergewicht gelten v.a. auch eine kalorienreiche, ballaststoffarme Ernährung, erhöhter Alkoholkonsum und Bewegungsmangel als vermeidbare Risikofaktoren von Darmkrebs (RKI 2013: 36). Viele der genannten Lebensstilfaktoren sind bei Männern häufiger als bei Frauen. Da erste Erkrankungssymptome i.d.R. erst sehr spät auftreten, können Früherkennungsmaßnahmen eine wichtige Rolle spielen können (→ Kapitel 5.5). Analysen der bundesweiten epidemiologischen Krebsregister zeigen eine recht günstige Prognose für Darmkrebskrankungen, wonach zuletzt sogar ein Rückgang der Neuerkrankungszahlen beobachtet werden konnte (Kraywinkel 2014). Neben der Einführung bestimmter Früherkennungsmaßnahmen werden auch veränderte Ernährungsgewohnheiten als mögliche Ursachen diskutiert (RKI 2015b).

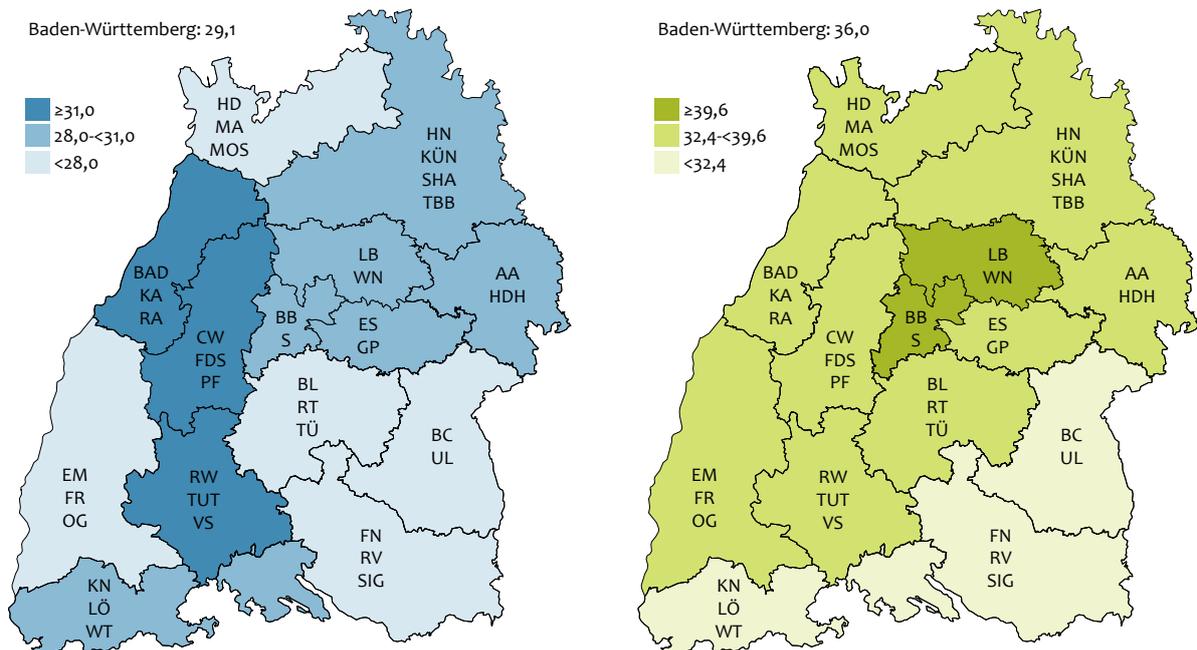
Da bei Männern ein Großteil der Krankheitslast durch Krebserkrankungen auf Darm- und Lungenkrebs zurückgeführt werden kann, zeigen sich entsprechend ähnliche regionale Muster zwischen bösartigen Neubildungen allgemein und Krebserkrankungen der Verdauungs- und Atmungsorgane (→ Kapitel 2.4.4.5). So weisen Männer in Baden-Württemberg auch bei der Sterblichkeit infolge bösartiger Neubildungen der Verdauungsorgane mit 47 Sterbefällen pro 100.000 Männer eine weit unterdurchschnittliche Betroffenheit auf (Abb. 34). Gleiches gilt für die Gegenüberstellung der Todesursachen und Krankenhausstatistik auf Regionalverbandsebene (Abb. 35). 2008 bis 2012 zeigte sich v.a. im mittleren Oberrhein sowie den Regionen Schwarzwald-Baar-Heuberg und Nordschwarzwald

Abb. 34 Sterblichkeit durch bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane (C15-C26) im Bundesvergleich 2013, Männer pro 100.000 (15-u65J.) (Daten: GBE Bund 2015, altersstandardisiert, eigene Berechnung)



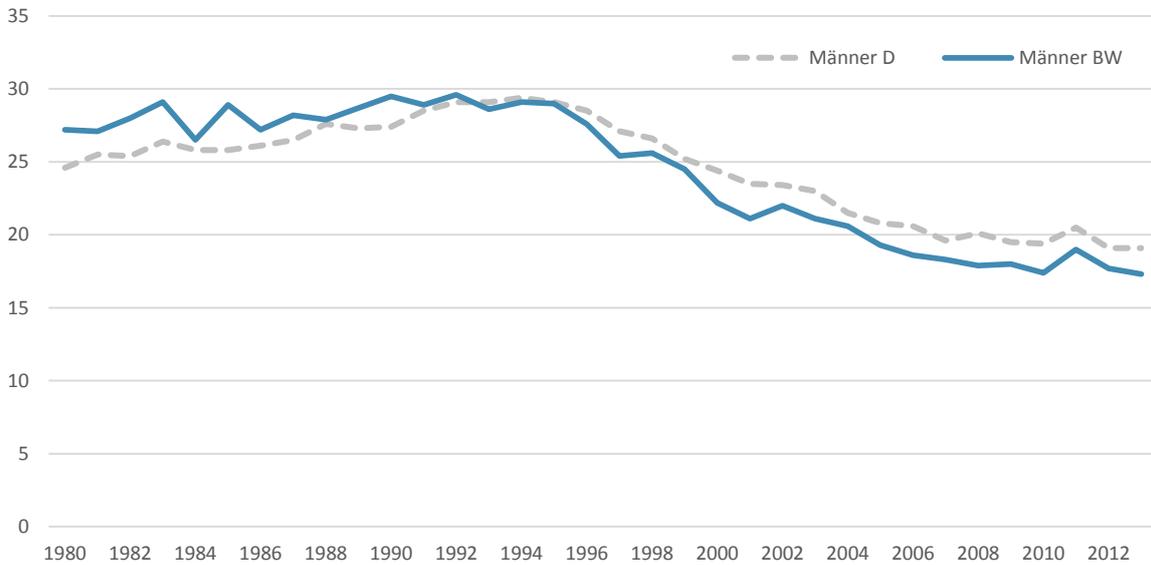
eine erhöhte Sterblichkeit, während die Regionen Bodensee-Oberschwaben und Rhein-Neckar-Odenwald deutlich weniger betroffen waren. Erhöhte Krankenhausbehandlungsraten zeigen sich v.a. im Ludwigsburg-Rems-Murr-Kreis sowie in der Region Stuttgart-Böblingen. Deutlich geringere Raten zeigen sich im Südosten Baden-Württembergs.

Abb. 35 Sterblichkeit 2008-2012 pro 100.000 (links, 15-u65J.) und Krankenhausfälle 2012 pro 10.000 (rechts) bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane (C15-C26) in den Regionen Baden-Württembergs, Männer (Daten: STALA BW 2014, altersstandardisiert, eigene Berechnung)



2.4.2.2. KREBSERKRANKUNGEN DER MÄNNLICHEN GENITALORGANE (C60-C63)

Abb. 36 Entwicklung der häufigsten Sterbefälle durch Krebserkrankungen der Prostata pro 100.000 Männer in Baden-Württemberg 1980-2013 (Daten: GBE Bund 2015, altersstandardisiert nach Deutschland 1987, Diagnose nach europäischer Kurzliste (TUS), eigene Darstellung)



Krebserkrankungen der männlichen Genitalorgane umfassen v.a. bösartige Neubildungen der Prostata, des Hodens und seltener des Penis. Weit überwiegend in dieser Gruppe ist Prostata-Krebs als mit Abstand häufigster Krebs und dritthäufigste Krebstodesursache bei Männern. Die Anzahl der Prostatakrebserkrankungen ist über die letzten Jahre kontinuierlich gestiegen, was v.a. mit der Alterung der Bevölkerung in Zusammenhang steht (RKI 2013: 88). Prostatakrebs tritt fast ausschließlich im höheren Lebensalter auf, weswegen die Anzahl an verlorenen Lebensjahren zwischen 1 und 64 Jahren vergleichsweise gering ist (Tab. 9).

weit. In Abb. 36 ist der deutliche Rückgang der altersstandardisierten Sterblichkeit an Prostatakrebs im Zeitraum von 1980-2013 dargestellt. Im gleichen Zeitraum haben, wie oben beschrieben, die Erkrankungszahlen deutlich zugenommen bzw. sind bei Berücksichtigung der Altersstruktur etwa gleich geblieben.

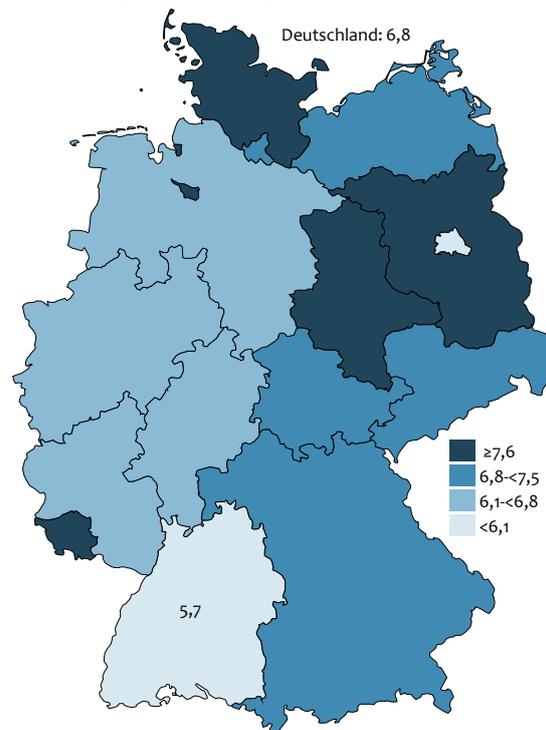
Männer	
Todesfälle insgesamt	7.612
PYLL (1-64 J.)	4.338
Gesamtanteil PYLL	0,8%
Anteil PYLL an C00-C97	3,0%

Tab. 9 Anzahl Todesfälle und verlorene Lebensjahre im Alter von 1 bis 64 Jahren (PYLL) durch Krebserkrankungen der männlichen Genitalorgane (C30-C39) in Baden-Württemberg 2008-2012 (Daten: STALA BW 2014; eigene Berechnungen)

Von Bedeutung ist daneben auch Hodenkrebs als Krebs des vorwiegend jungen Mannes. Er tritt jedoch vergleichsweise selten auf und gehört, auch weil er meist früh erkannt wird, zu den am besten heilbaren Krebsformen überhaupt. Todesfälle sind entsprechend vergleichsweise selten, deutschlandweit kam es 2010 zu 166 Todesfällen (RKI 2013: 92).

Die Sterblichkeit durch Krebserkrankungen der männlichen Genitalorgane in Baden-Württemberg vor dem 65. Lebensjahr ist deutlich geringer als deutschland-

Abb. 37 Sterblichkeit durch bösartige Neubildungen der männlichen Genitalorgane (C60-C63) im Bundesvergleich 2013, Männer pro 100.000 (15-u65J.) (Daten: GBE Bund 2014, altersstandardisiert, eigene Berechnung)



Die Häufigkeit von Prostatakrebsdiagnosen ist stark davon abhängig, wie häufig Früherkennungsverfahren angewandt werden. Eine Prostatakrebs-Früherkennung ist Teil des gesetzlichen Leistungskatalogs ab dem Alter von 45 Jahren und findet in Form der Erhebung eventueller Beschwerden, einer Tastuntersuchung und Beratung statt. Nicht Teil des gesetzlichen Leistungskatalogs ist die Blutuntersuchung auf das sogenannte prostataspezifische Antigen (PSA-Test). Der Nutzen des Tests ist umstritten, da er einerseits recht unspezifisch ist, andererseits für sogenannte Überdiagnosen und überflüssige Therapien verantwortlich gemacht wird (RKI 2014b: 42). Dieses Problem tritt auf, da Prostatakrebs einerseits eine im hohen Alter extrem häufige Krebsform bei Männern darstellt, die an-

dererseits meist sehr langsam voranschreitet. Ein großer Teil aller Prostatakarzinome wird daher nie entdeckt, wie man aus Obduktionsuntersuchungen an Männern, die aus anderen Gründen verstorben sind, weiß. Entsprechend kann eine „Überdiagnostik“ mehr schaden als nutzen, da sich nach dem Nachweis einer Erkrankung aufgrund der Unsicherheit nicht allzu selten auch dann Handlungsdruck entwickelt, wenn die Wahrscheinlichkeit eines bösen Verlaufs eigentlich vergleichsweise gering ist. Die notwendigen operativen Eingriffe sind jedoch recht schwerwiegend und ziehen nicht selten Komplikationen nach sich, welche die Lebensqualität nachhaltig beeinträchtigen (Robra et al. 2013).

2.4.2.3. DISKUSSION

Auch von Krebserkrankungen sind Jungen und Männer in Baden-Württemberg im Bundesvergleich weit unterdurchschnittlich betroffen. Da bösartige Neubildungen neben Herz-Kreislaufkrankungen zu den häufigsten Todesursachen zählen und wesentlich zum Verlust vorzeitig verlorener Lebensjahre beitragen, trägt die geringe Betroffenheit zur weit überdurchschnittlich hohen Lebenserwartung in Baden-Württemberg bei. Mit diesem erfreulichen Befund geht einher, dass die Krebssterblichkeit von Männern und Frauen in Baden-Württemberg in den letzten 25 Jahren zurückgegangen ist, auch wenn zwischen den einzelnen Tumorarten sowie zwischen den Geschlechtern z.T. deutliche Unterschiede bestehen (Tab. 6). Ursachen für diese Entwicklungen lassen sich kaum an einzelnen Faktoren festmachen, da sich die Entstehungsmechanismen, Risikofaktoren und Diagnosemöglichkeiten zwischen den verschiedenen Tumorarten deutlich unterscheiden (RKI 2015b). Hinzu kommt, dass sich nicht alle bekannten Auslöser auch entsprechend beeinflussen lassen und Präventionsstrategien nur für wenige Tumorarten greifen (RKI 2013: 19).

Dennoch geht die Weltgesundheitsorganisation (WHO) davon aus, dass sich in Summe mehr als 30% aller Krebserkrankungen verhindern lassen (WHO 2015a). Die WHO schätzt, dass jährlich 22% aller Krebssterbefälle weltweit tabakbedingt sind, so dass Rauchen als einer der wesentlichen vermeidbaren Risikofaktoren betrachtet werden kann. Des Weiteren zählen auch Übergewicht, erhöhter Alkoholkonsum, ballaststoffarme Ernährung mit hohem Anteil von rotem Fleisch sowie übermäßige UV-Strahlung zu den klassisch vermeidbaren Krebsrisikofaktoren (RKI 2013: 19).

Häufig - wenn auch nicht ausschließlich - wird das höhere Krebserkrankungsrisiko von Männern mit o.g. Lebensstilfaktoren in Verbindung gebracht (RKI 2014b: 40). Hieraus ergibt sich gerade bei denjenigen Krebserkrankungen, bei denen Jungen und Männer deutlich

mehr Lebenszeit durch frühen Tod verlieren, Handlungsbedarf. Dabei ist zu beachten, dass gerade gesundheitsbezogene Lebensstilfaktoren eng mit der sozialen Situation zusammenhängen, wodurch rein auf Verhaltensänderung oder Gesundheitsaufklärung angelegte Präventionsmaßnahmen kaum nachhaltige Effekte erzielen können (Mielck 2010) (→ Kapitel 5). Der Sozillagebezug besteht ebenso für die Inanspruchnahme von Krebsvorsorgeuntersuchungen, worauf in Kapitel 5.5 genauer eingegangen wird.

Einschränkend ist festzuhalten, dass auf Basis der für diesen Bericht auswertbaren Daten viele Fragen offen bleiben und es nicht möglich ist, konkrete Handlungsempfehlungen für einzelne Stadt- und Landkreise auszusprechen. So bleibt z.B. weitestgehend unklar, wo und wann es in Baden-Württemberg zu etwaigen Häufungen spezifischer Krebsneuerkrankungen kommt oder welchen Einfluss einzelne präventive bzw. kurative Maßnahmen haben. Um Fragen wie diese zu klären ist ein langjähriges Monitoring erforderlich. Dieses wird derzeit zwar in Form des Landeskrebsregisters aufgebaut, steht Baden-Württemberg aber als einzigem Bundesland aufgrund zu geringer Vollzähligkeit bislang noch nicht zur Verfügung (→ Abb. 28). Bis aussagekräftige regionale Auswertungen auf dieser Datenbasis möglich sind, wird weitere Zeit vergehen. Dieser Prozess sollte aufgrund der hohen Relevanz von Krebserkrankungen für die Krankheitslast beschleunigt werden.

Das Risiko einer Krebserkrankung ist insgesamt stark altersabhängig, das gilt auch für alle Krebserkrankungen mit besonderem Gewicht für die Männergesundheit. Daher ist es sinnvoll, sich dem Thema mit einem Bezug auf Männer höheren Lebensalter zu widmen. Dafür bietet sich der Baden-Württembergische Themenschwerpunkt „Gesund und aktiv älter werden“ an. Auch für Krebserkrankungen gilt – v.a. auch aufgrund des Fehlens aussagekräftiger Krebsregisterdaten –

dass auf Basis der hier ausgewerteten Routine-Daten keine konkreten Maßnahmenempfehlungen für besonders betroffene Stadt- und Landkreise gegeben werden können. Sinnvoll ist es daher, sich bei erhöhter Betroffenheit vor Ort unter Einbezug der lokalen Kompetenzen und eventuell möglicher tiefergehender Analysen näher mit der Thematik zu befassen.

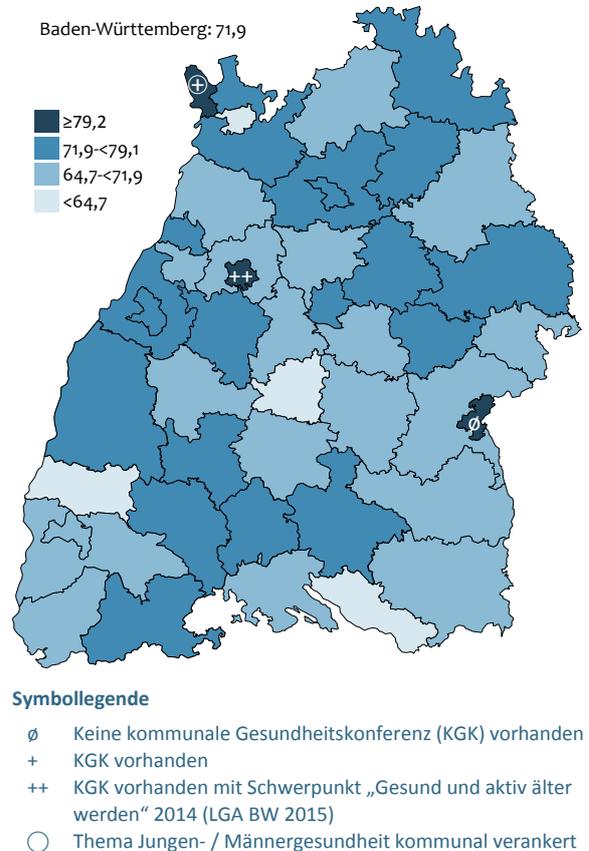
Abb. 38 zeigt dunkel eingefärbt nochmals die Stadt- und Landkreise Baden-Württembergs mit einer auffällig hohen männlichen Sterblichkeit infolge von Krebskrankungen. Extra gekennzeichnet wurden Angaben zur Existenz und Schwerpunktsetzung der kommunalen Gesundheitskonferenz. Darunter lassen sich für die drei besonders betroffenen Städte unterschiedliche Empfehlungen aussprechen.

In Ulm existiert bisher keine kommunale Gesundheitskonferenz: Die Einrichtung einer Gesundheitskonferenz, die sich spezifisch auch mit dieser Thematik befasst, wird empfohlen.

In Mannheim existiert eine kommunale Gesundheitskonferenz, das Thema „Gesund und aktiv älter werden“ (GÄW) war jedoch 2014 kein Themenschwerpunkt: Hier existieren gute Ausgangsbedingungen für die Auseinandersetzung mit dem Befund. Empfohlen wird eine gender- und krankheitsspezifische Themenschwerpunktsetzung im Bereich „Gesund und aktiv älter werden“. Das Thema Jungengesundheit ist bereits kommunal verankert (→ Kapitel 6.2). Dadurch bestehen gute Ausgangsbedingungen, um sich auch männerspezifisch mit dem Befund zu befassen.

In Pforzheim existiert eine kommunale Gesundheitskonferenz und das Thema GÄW war 2014 Themenschwerpunkt: Hier existieren sehr gute Ausgangsbedingungen für die Auseinandersetzung mit dem Befund. Empfohlen wird eine gender- und krankheitsspezifische Ausrichtung des Themenschwerpunkts „Gesund und aktiv älter werden“.

Abb. 38 Sterblichkeit 2008-2012 durch bösartige Neubildungen (C00-C97) in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs (Männer pro 100.000) nach Vorhandensein und Schwerpunktsetzung einer kommunalen Gesundheitskonferenz (Daten: STALA BW 2014, altersstandardisiert, eigene Berechnung)



2.4.3. DIABETES MELLITUS (E10-E14)

Die sogenannte Zuckerkrankheit oder Diabetes mellitus gilt als Verursacher einer modernen Epidemie in Europa (WHO 2015). Beim Diabetes mellitus werden zwei Erkrankungsformen unterschieden: Typ I ist durch Insulinmangel gekennzeichnet, tritt häufig früher auf und wurde daher lange auch als Jugendform bezeichnet. Bei Typ II ist die Insulinwirkung verändert, er tritt meist später auf und wurde daher früher auch Altersdiabetes genannt. Diabetes mellitus ist eine Störung des Zuckerstoffwechsels mit Wirkung v.a. auf den Blutzuckerspiegel und kann durch akute Über- und Unterzuckerung gefährlich werden. Besonders gefürchtet sind aber auch die Langzeitwirkungen des Diabetes, der etwa zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen, zur Erblindung, zu Nierenschäden bis zur Dialysepflicht sowie Amputationen führen kann (Icks 2005). Die epidemische Ausbreitung gerade des Diabetes mellitus Typ II wird von der demographischen Entwicklung begünstigt, aber v.a. auch auf Lebensstilfaktoren (speziell Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten) zurückgeführt und gilt somit als vermeidbar (WHO 2015). Der Anstieg von Diabetes-Erkrankungen wird teilweise auch mit den gerade stark im Fluss befindlichen Ernährungsparadigmen oder auch psychosozialen Stressoren in Verbindung gebracht (Bazzano et al. 2014; Worm 2004; Peters, Junge 2011; Prestele et al. 2003).

Die Senkung des Erkrankungsrisikos, die Früherkennung und -behandlung von Diabetes mellitus ist seit 2003 ein konsentiertes Bundesgesundheitsziel, das auch vom Land Baden-Württemberg übernommen wurde (GVG 2003; SM-BW 2011).

	Männer	Frauen
Todesfälle insgesamt	6.383	9.169
PYLL (1-64 J.)	8.072	3.454
Gesamtanteil PYLL	1,4%	1,1%

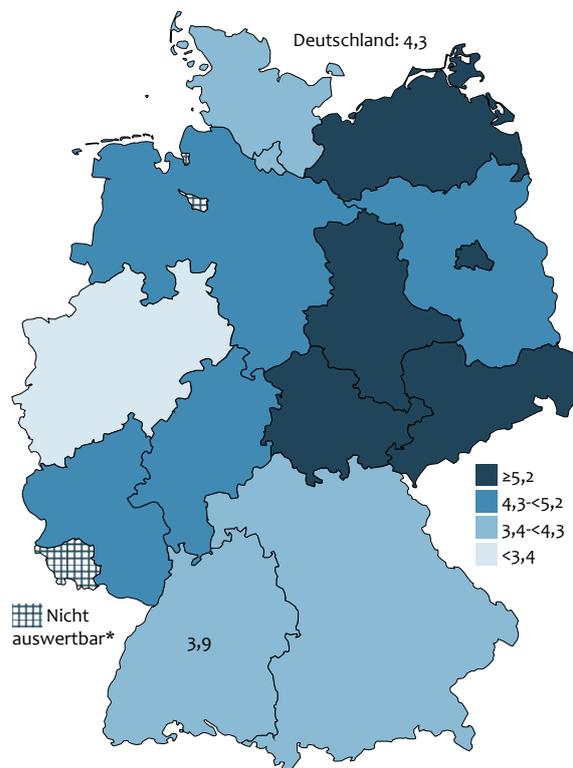
Tab. 10 Anzahl Todesfälle und verlorene Lebensjahre im Alter von 1 bis 64 Jahren (PYLL) durch Diabetes mellitus (E10-E14) in Baden-Württemberg 2008-2012 nach Geschlecht (Daten: STALA BW 2014; eigene Berechnungen)

Männer erkranken im jüngeren und mittleren Lebensalter häufiger an Diabetes mellitus. Sie verlieren daher auch in Baden-Württemberg mehr als doppelt so viele Lebensjahre im Alter von 1 bis 64 Jahre durch einen frühen diabetesbedingten Tod wie Frauen (Tab. 10).

Im bundesweiten Vergleich ist die männliche Sterblichkeit an Diabetes mellitus in Baden-Württemberg erniedrigt (Abb. 39). Diabetes mellitus ist mit Lebensstilfaktoren assoziiert, die abhängig von der sozialen Situation unterschiedlich häufig vorkommen (Icks 2005). Für Baden-Württemberg ist eine sichtbar niedrigere Krankheitslast daher auch zu erwarten. Die Sterblichkeit an Diabetes mellitus bei Männern unter 65 Jahren ist selbst auf Ebene der Bundesländer nur

grenzwertig auswertbar, sodass die Zahlen vorsichtig interpretiert werden müssen. Nach Modellrechnungen des Robert Koch-Instituts ist die regionale Häufigkeit von Diabetes-Erkrankungen in Baden-Württemberg im bundesweiten Vergleich weit unterdurchschnittlich (Kroll, Lampert). Eine regionale Auswertung für die Stadt- und Landkreise Baden-Württembergs ist aufgrund der vergleichsweise geringen Zahlen nicht möglich.

Abb. 39 Sterblichkeit durch Diabetes mellitus (E10-E14) vor dem 65. Lebensjahr im Bundesvergleich 2013, Männer pro 100.000 (Daten: GBE Bund 2015, altersstandardisiert, eigene Berechnung)



Eine hochspezifische Prävention von Diabetes mellitus gibt es insofern nicht, da Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten auf verschiedene Erkrankungen gleichzeitig erheblichen Einfluss haben (Naci, Ioannidis, J. P. A. 2013). Aufgrund der klaren Sozillageabhängigkeit der Diabeteshäufigkeit sollte dieser Zielgruppenbezug bei Präventionsmaßnahmen berücksichtigt werden.

Die Früherkennung und -behandlung von Diabetes mellitus ist nicht unumstritten. Diskussionen haben v.a. Studienergebnisse hervorgerufen, die für eine strenge Blutzuckereinstellung eine höhere Herz-Kreislauf-Sterblichkeit zeigen konnten (Chiasson, Le Lorier 2014). Des Weiteren sind auch die Leitlinien zur Diabetes-Behandlung wegen der Nähe wichtiger Fachgesellschaften zu den Arzneimittelherstellern in der Diskussion (Schurig 2014).

2.4.4. PSYCHISCHE STÖRUNGEN UND SUIZID (F00-F99, X60-X84)

Psychische Störungen sind die Erkrankungsgruppe, deren Diagnosehäufigkeit in den letzten Jahren am stärksten zugenommen hat. Ob sich dadurch eine tatsächliche Zunahme an Erkrankungsfällen zeigt oder ausschließlich eine Entstigmatisierung, d.h. eben größere Offenheit und Sensibilisierung gegenüber psychischen Erkrankungen, ist umstritten. Im letzteren Fall wäre der Anstieg ein durchaus gutes Zeichen. Gleichzeitig würde sich dadurch jedoch ein lange Zeit sträflich unterschätztes Ausmaß der Krankheitslast durch psychische Störungen zeigen. Unabhängig davon sind psychische Störungen auch heute noch teilweise stigmatisiert, dies jedoch einerseits abhängig von der Diagnose selbst, andererseits vom jeweiligen Kontext sowie auch vom Geschlecht.

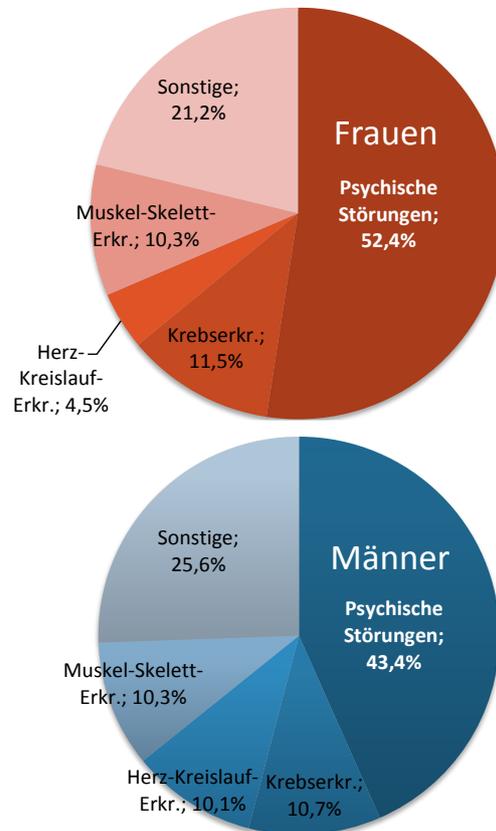
Das Spektrum psychischer Störungen unterliegt weltweit einer gewissen Dynamik, u.a. bedingt dadurch, dass sich Diagnosekriterien ändern, neue Diagnosen hinzukommen und teils auch bisherige wegfallen. Dies wird auch kritisch diskutiert, da psychische Störungen vielfach medikamentös behandelt werden und neue Diagnosen zur Medikalisierung großer Bevölkerungsgruppen beitragen können (so wurde z.B. aus Schüchternheit die „Soziale Phobie“, die heute medikamentös behandelt wird).

In vielen Bereichen dominieren psychische Störungen die Krankheitsstatistiken. So sind sie die mit Abstand am häufigsten zu Frühberentungen führende Diagnosegruppe und stellen nach Untersuchungen der Barmer GEK drei der fünf zu den meisten Krankenhausaufnahmen beitragenden Diagnosen (s.u., Abb. 46). In Abb. 40 dargestellt ist der Anteil verloreener voller Erwerbstätigkeitsjahre im Jahr 2012 durch verschiedene Diagnosegruppen. Der durch psychische Störungen verursachte Anteil betrug bei Frauen mehr als 50%, bei Männern waren es mit 43,4% nicht viel weniger. Die dabei wichtigsten Krankheitsgruppen sind mit großem Abstand Depressionen und dann absteigend Suchterkrankungen, sog. neurotische oder Somatisierungsstörungen und Schizophrenie.

Frauen leiden insgesamt etwas häufiger an psychischen Störungen, jedoch treten Suchterkrankungen deutlich und Schizophrenien etwas häufiger bei Männern auf. Beim Vergleich der Häufigkeiten psychischer Störungen müssen noch stärkere Unsicherheiten berücksichtigt werden als bei anderen Erkrankungen. So ist einerseits die Diagnostik psychischer Störungen schwieriger zu standardisieren als die anderer Gesundheitsprobleme, was dazu führt, dass die Zuordnung international oder aber auch kleinräumig etwas unterschiedlich ist. Zum anderen spielt aufgrund o.g. Stigmatisierung psychischer Störungen nicht selten auch die Akzeptanz der jeweiligen Diagnose eine Rolle. So wird vielfach etwa die (umstrittene) Diagnose Burnout als weniger kränkend erlebt als die einer Depression,

was dann bei der Beurteilung von zeitlichen Trends der Diagnosehäufigkeit berücksichtigt werden muss.

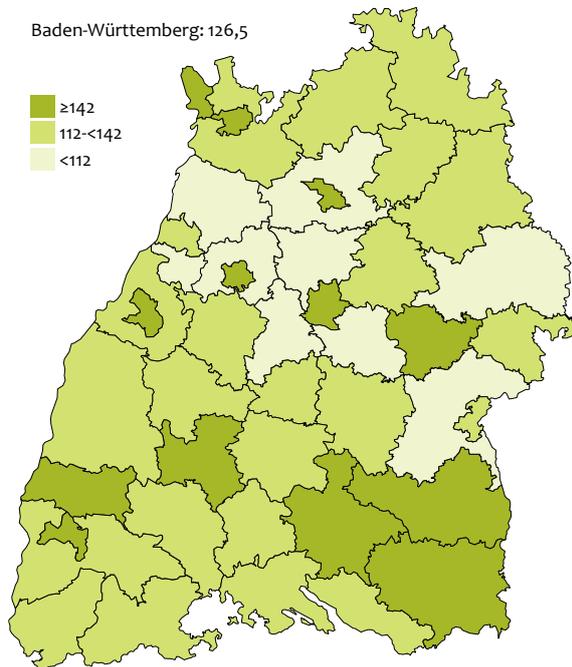
Abb. 40 Anteil verlorener voller Erwerbstätigkeitsjahre nach ICD-10-Diagnosegruppen durch frühzeitigen Rentenzugang 2012, Renten nach SGB VI, Grenzalter 65J. (Daten: GBE Bund 2013, eigene Berechnungen,)



Durch oben beschriebene Stigmatisierung psychischer Störungen kann über lange Zeiträume v.a. von einer Unterdiagnose und Unterschätzung der Zahl psychischer Störungen ausgegangen werden. Von besonderer Bedeutung für Männer ist dies evtl. bei der Diagnose Depression (→ Kapitel 2.4.4.2). Daneben besteht aber einerseits durch die Ausweitung von Diagnosekriterien, zum anderen durch diagnostische „Moden“ auch die Gefahr von Überdiagnosen, d.h. einer Überschätzung der Häufigkeit psychischer Störungen. So konnte für die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) eine Überdiagnose, also zu häufige Diagnosestellung, gezeigt werden, dies v.a. bei jung eingeschulten Kindern und bei Jungen (Morrow et al. 2012; Bruchmüller et al. 2012).

Stationäre Behandlungen aufgrund psychischer Störungen sind bei Männern insgesamt etwas seltener als bei Frauen. Abb. 41 zeigt die regionale Häufigkeit von Krankenhausaufnahmen von Männern aufgrund psychischer Störungen in Baden-Württemberg. Dabei zeigt sich ein ausgeprägtes Stadt-Land-Gefälle, das v.a. die Häufigkeit von Krankenhausaufnahmen aufgrund von Suchtproblematiken widerspiegelt (→ Kapitel

Abb. 41 Krankenhausfälle wegen psychischer Störungen (F00-99) in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs 2012, Männer pro 10.000 (Daten: STALA BW 2014, altersstandardisiert, eigene Berechnung)



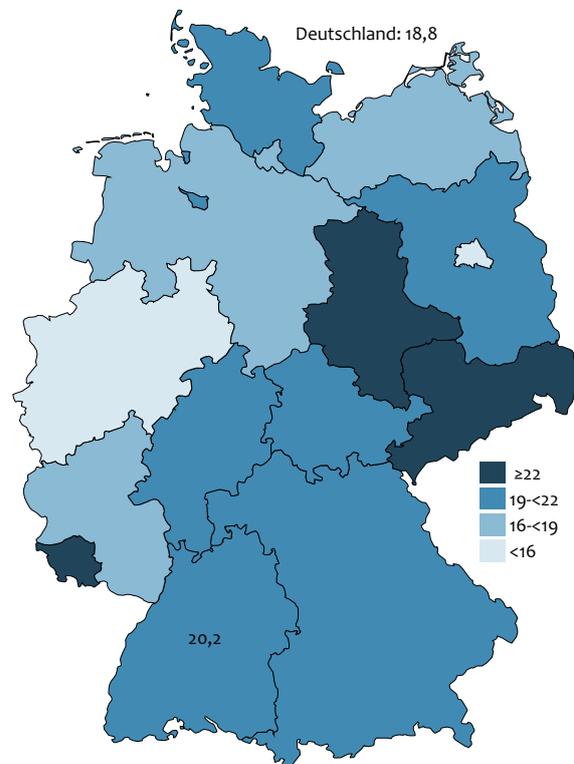
2.4.4.3). Letztere sind mit Abstand am häufigsten Ursache für stationäre Aufnahmen von Männern aufgrund von psychischen Störungen.

Im Folgenden wird auf Suizid und die häufigsten psychischen Störungen bei Männern eingegangen. Dies sind Depressionen und Suchterkrankungen, die beide gleichzeitig eine häufige Ursache für männliche Suizide darstellen. Des Weiteren hier behandelt wird Tabakkonsum. Er wird ebenfalls zu den psychischen Störungen durch sogenannte „psychotrope Substanzen“ gezählt, stellt jedoch v.a. einen der wichtigsten Risikofaktoren für Krankheit und frühen Tod dar. Zwei der folgenden beschriebenen psychischen Störungen stellen auch abgestimmte Gesundheitsziele für Baden-Württemberg dar. Dies sind „Depressive Erkrankungen und Folgen der Chronifizierung vermindern“ und „Reduzierung des Konsums legaler Suchtmittel“ (SM-BW 2011).

2.4.4.1. SUIZID (X60-X84)

Einen Suizid zu begehen bedeutet, sich bewusst selbst das Leben nehmen. Abgegrenzt wird dies vom Suizidversuch, eben einem Versuch, dies zu tun, dem aber weniger häufig eine feste Tötungsabsicht zugrunde liegt. Die Suizidhäufigkeit ist international sehr unterschiedlich, wofür kulturelle Unterschiede eine zentrale Rolle spielen (Calliess et al. 2007). Männer nehmen sich sehr viel häufiger das Leben als Frauen, während Frauen sehr viel häufiger Suizidversuche unternehmen. Diese zunächst paradox wirkende Konstellation ergibt sich daraus, dass Männer deutlich häufiger sogenannte „harte“, das heißt gewalttätige und endgültige Wege wählen, sich das Leben zu nehmen (Strangulation, Sturz o.ä.). Dass sie dies tun, wird u.a. damit erklärt, dass sie sich in der meist zugrundeliegenden Krisensituation weniger auf Hilfe einlassen können und ihnen in dieser Situation evtl. sogar besonders wichtig ist, dass diese letzte Tat „gelingt“ (Wolfersdorf 2010). Auslöser für einen männlichen Suizid sind v.a. Verlassens- und Ablehnungserfahrungen, d.h. Kränkungen (Lindner 2008). Der weit überwiegende Teil aller Suizide steht in engem Zusammenhang mit psychischen Ausnahmesituationen, die grundsätzlich bewältigt- oder auch behandelbar sind. Mit anderen Worten, der Großteil aller Suizide wäre vermeidbar. Auf den Zusammenhang zwischen männlichem Suizid und psychischen Problemlagen und Störungen wird unten näher eingegangen.

Abb. 42 Sterblichkeit durch Vorsätzliche Selbstschädigung (X60-X84) im Bundesvergleich 2013, Männer pro 100.000 (Daten: GBE Bund 2015, altersstandardisiert, eigene Berechnung)



In Abb. 42 ist die Suizidsterblichkeit für Männer im bundesweiten Vergleich für das Jahr 2013 dargestellt. Die Karte zeigt, dass männliche Suizide in Baden-Württemberg geringfügig häufiger sind als im bundesweiten Durchschnitt (+7,1%). Die Raten in Berlin und Nordrhein-Westfalen sind über 20% niedriger als im Bundesdurchschnitt, die Suizidraten in Sachsen und Sachsen-Anhalt um mehr als 25% erhöht.

	Männer	Frauen
Todesfälle insgesamt	5.040	1.677
PYLL (1-64 J.)	70.290	19.620
Gesamtanteil PYLL	12,3%	6,5%

Tab. 11 Anzahl Todesfälle und verlorene Lebensjahre im Alter von 1 bis 64 Jahren (Potential Years of Life Lost, PYLL) durch Vorsätzliche Selbstschädigung (X60-X84) in Baden-Württemberg 2008-12 nach Geschlecht (Daten: STALA BW 2014; eigene Berechnungen)

Bei der Analyse von Suizidsterbezahlen muss berücksichtigt werden, dass es eine große Zahl nicht als solche erkannte Suizide gibt (Dunkelziffer), was vor allem im höheren Lebensalter zu einer deutlichen Unterschätzung der Sterbefälle führt.

Tab. 11 zeigt, dass in Baden-Württemberg 2008-2012 mehr als 5.000 Männer und damit ziemlich genau dreimal so viele Männer wie Frauen an einem Suizid verstarben (Vorsätzliche Selbstschädigung, ICD-10:X60-84). Männer verloren durch Suizide mehr als 12% aller vor dem 65. Lebensjahr verlorenen Jahre. Das macht Suizid zu einer der wesentlichsten Ursachen für die vorzeitige Sterblichkeit und die verringerte Lebenserwartung von Männern (Szagun, Preuß 2005).

Bei der Bewertung ist zu berücksichtigen, dass die Sterblichkeit durch Suizide in Deutschland über die letzten Jahrzehnte bei Männern wie Frauen stark gesunken ist. Abb. 43 zeigt diesen Verlauf für beide Geschlechter im Vergleich zwischen Baden-Württemberg und Deutschland. Sichtbar ist, dass die Suizidsterblichkeit in Baden-Württemberg über den Zeitraum der letzten zehn Jahre leicht über dem Bundesdurchschnitt liegt. Allein aus dieser eher geringen Abweichung lassen sich aber keine Schlüsse auf Besonderheiten in Baden-Württemberg ziehen, weswegen die Suizidsterblichkeit im Folgenden im Altersverlauf betrachtet wird.

Abb. 43 Suizidsterblichkeit von Männern und Frauen im Zeitverlauf: Baden-Württemberg und Deutschland 1980-2013, pro 100.000 (Daten GBE Bund 2015, altersstandardisiert, eigene Darstellung)

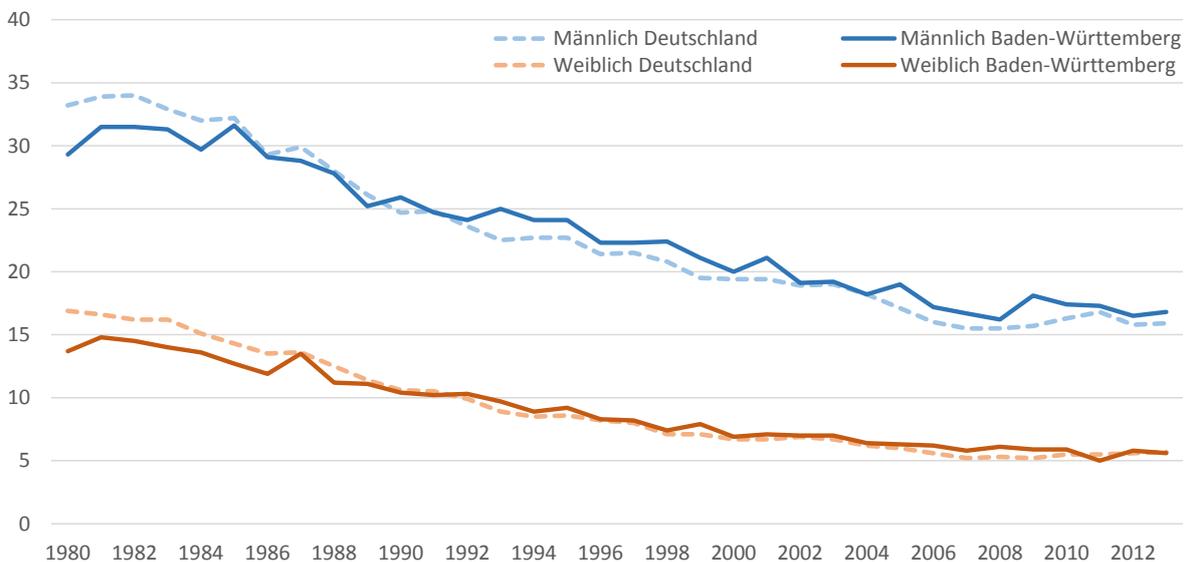


Abb. 44 Sterblichkeit durch Suizid bei Männern nach Alter 2011-2013, Deutschland und Baden-Württemberg, pro 100.000 (Daten GBE Bund 2015, eigene Darstellung)

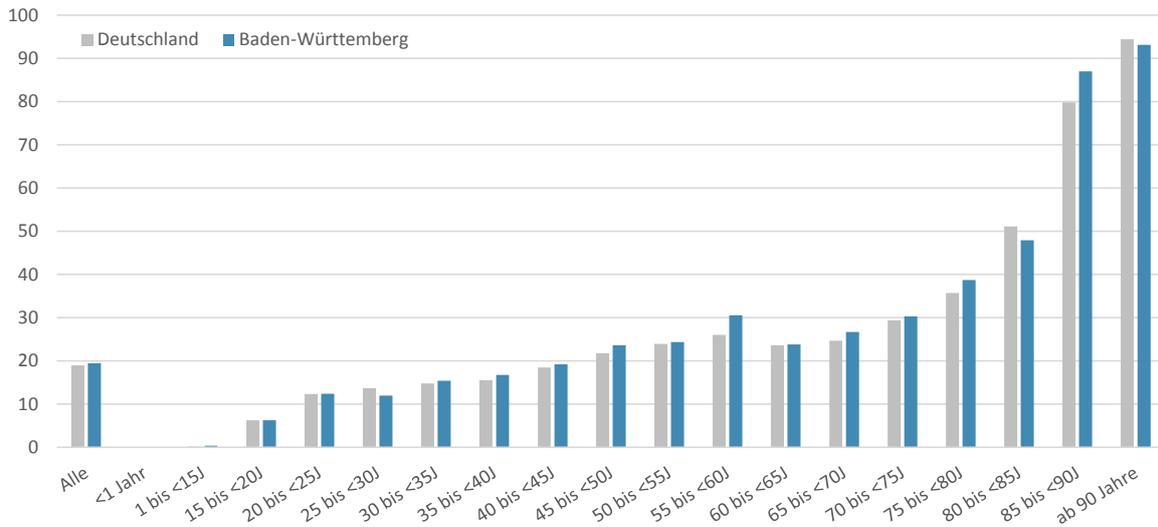


Abb. 44 zeigt die Suizidsterblichkeit von Männern in Baden-Württemberg und Deutschland über die Jahre 2011-2013. Für die Altersgruppenbetrachtung wurde ein Dreijahreszeitraum gewählt, um Zufallsschwankungen weniger Gewicht zu geben.

Zunächst macht die Abbildung deutlich, dass sich hinsichtlich des grundsätzlichen Altersverlaufs zwischen Baden-Württemberg und Deutschland keine erheblichen Abweichungen zeigen. In Baden-Württemberg wie bundesweit nimmt das Suizidrisiko mit dem Alter deutlich zu, wobei noch einbezogen werden muss, dass diese Zunahme wahrscheinlich erheblich dadurch unterschätzt wird, dass Alterssuizide deutlich schwerer erkannt und somit seltener als Todesursache kodiert werden.

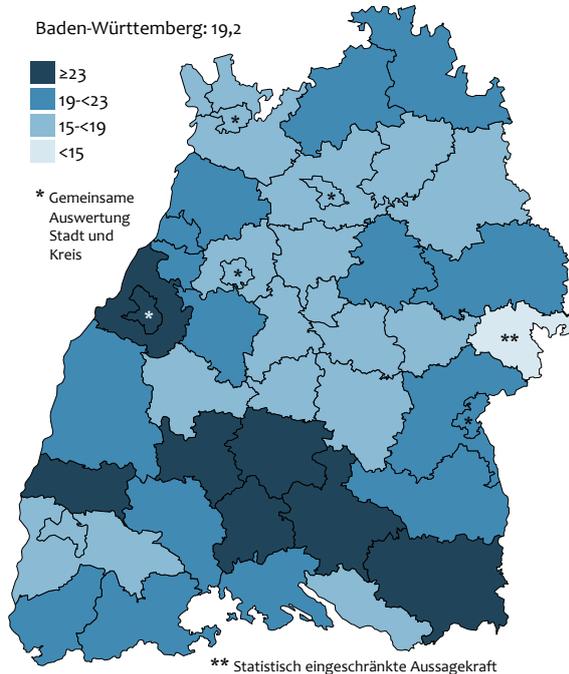
In fast allen Altersgruppen liegen die Raten Baden-Württembergs und Deutschlands 2011-2013 nah beieinander, die Abweichung Baden-Württembergs gegenüber Deutschland beträgt maximal 9% nach oben. Einzig die Altersgruppe der 55 bis 60 Jahre alten Männer zeigt mit +17,5% eine fast doppelt so starke Abweichung. Hierbei kann auch der Zufall eine Rolle spielen, was aber nicht sonderlich wahrscheinlich ist, da es sich in Baden-Württemberg um eine hohe Zahl von 312 Suizidsterbefällen in dieser Altersgruppe handelt. Die erhöhte Rate bedeutet somit fast 50 Fälle mehr, als zu erwarten gewesen wären. Zu berücksichtigen ist, dass die männliche Suizidrate in den Jahren 1998-2010 durchschnittlich deutlicher gegenüber der bundesweiten erhöht war. Allerdings wichen in diesem Zeitraum nicht nur die Altersgruppe von 55 bis 60 Jahren erheblich vom Bundesdurchschnitt ab, sondern alle Altersgruppen von 45 bis 80 Jahren. 2011-2013 sind deutliche Abweichungen noch für die eine, o.g. Altersgruppe erkennbar. Sinnvoll scheint daher eine engmaschige Beobachtung der weiteren Entwicklung der altersspezifischen Suizidsterblichkeit in Baden-Württemberg.

Für die hohe Suizidhäufigkeit von Menschen in höherem Lebensalter werden diverse Gründe verantwortlich gemacht. Schwere psychosoziale Belastungen wie etwa Verluste von Angehörigen, schwere Erkrankungen, gesundheitliche Einschränkungen oder Vereinsamung treten in hohem Lebensalter häufiger als in anderen Altersphasen auf und gelten als wichtige Auslöser von Altersdepressionen (Bruce 2002). Einen besonderen Stellenwert als Suizidmotiv haben dabei v.a. schwere gesundheitliche Probleme, welche gleichzeitig die Gefahr des tödlichen Ausgangs eines Suizidversuchs vergrößern. Im höheren Lebensalter werden Suizide häufiger mit harten, sicher tödlichen Methoden begangen und weniger Hilfe in Anspruch genommen. Es scheint somit häufiger eine vergleichsweise sichere, endgültige Entscheidung getroffen worden zu sein. Die Pole zwischen einem v.a. krankhaften, Hilfebedarf implizierenden Geschehen einerseits und der freien Willensentscheidung andererseits (Bilanzsuizid) sind daher immer wieder Gegenstand gesellschaftlicher Diskussion (Teising 2001). Besondere Bedeutung für die Suizidprävention im höheren Lebensalter wird der Aufrechterhaltung sozialer Netzwerke beigemessen (Schaller 2008).

Die 2011-2013 auffällige Altersphase von 55 bis 60 Jahren ist besonders von der Aussicht auf den nahenden Ruhestand oder nicht selten auch dem Eintritt in denselben geprägt. Die damit nicht selten einhergehenden Problemlagen sind häufig stark arbeitsplatzbezogen und werden in Kapitel 4 diskutiert.

Abb. 45 zeigt die männliche Sterblichkeit durch Suizid in den Jahren 2008-2012 in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs. Eine kleinräumige Auswertung ist aufgrund der zugrundeliegenden Zahlen an der Grenze des Möglichen, weswegen Stadt- und Landkreise teilweise gemeinsam ausgewertet werden mussten.

Abb. 45 Sterblichkeit durch Suizid (X60-84) in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs 2008-2012, Männer pro 100.000 (Daten: STALA BW 2014, altersstandardisiert, eigene Darstellung)

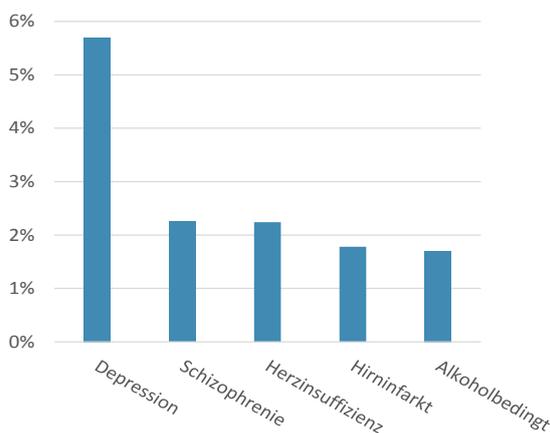


Eine vergleichsweise geringe männliche Suizidsterblichkeit zeigt sich im Raum Stuttgart und Teilen des nördlichen Baden-Württembergs. Überdurchschnittlich häufig geschehen Suizide in einem Streifen, der sich von Oberschwaben nach Westen erstreckt. Aufgrund der zugrundeliegenden Zahlen sind Zufallsschwankungen nicht auszuschließen, regional auffällige Befunde sollten daher lokal diskutiert und ggf. auch unter Berücksichtigung zeitlicher Trends betrachtet werden.

Durkheim hatte vor über 100 Jahren männliche Suizidhäufigkeiten teils über die Verteilung der Konfessionen erklärt sowie v.a. auch eine allgemeine Desorientiertheit in Zeiten strukturellen und gesellschaftlichen Wandels als Risiko für Selbsttötungen aufgezeigt (Anomie) (Durkheim 1983 (1897)). Während der konfessionelle Einfluss seither geringer geworden ist, scheint sich letzterer Anomie-Faktor immer wieder zu zeigen, etwa auch während des rapiden Wandels nach dem Zerfall der Sowjetunion vor einigen Jahrzehnten (Watson 1995). Erklärt wird dies v.a. über psychosoziale Belastungen durch den Verlust sozialer Integration (Berkman et al. 2000). Solche Prozesse sind auch für Baden-Württemberg von Bedeutung, etwa ein beschleunigter Strukturwandel, der mit phasenweiser Entwertung älterer Arbeitnehmer einhergehen kann.

2.4.4.2. DEPRESSIONEN (F3)

Abb. 46 Häufigste Diagnosen in stationärer Behandlung: Anteil Krankenhaustage in Prozent 2010 (Barmer GEK, Bitzer et al. 2011)



Depressionen sind nicht nur die häufigste Ursache für Suizide (Bertolote 2004; Bertolote et al. 2004), sie sind auch die psychische Störung, die weltweit für die größte Krankheitslast verantwortlich gemacht wird (Murray et al. 2012). Auf Depressionen sind nach Analysen der Barmer GEK die mit Abstand meisten Krankenhaustage zurückzuführen (Abb. 46, Bitzer et al. 2011). Die Krankheitslast durch Depressionen ergibt sich aus dem starken Leidensdruck und der häufig massiven Einschränkung im Alltag, die durch sie bewirkt werden. Die Anzahl an Diagnosen depressiver

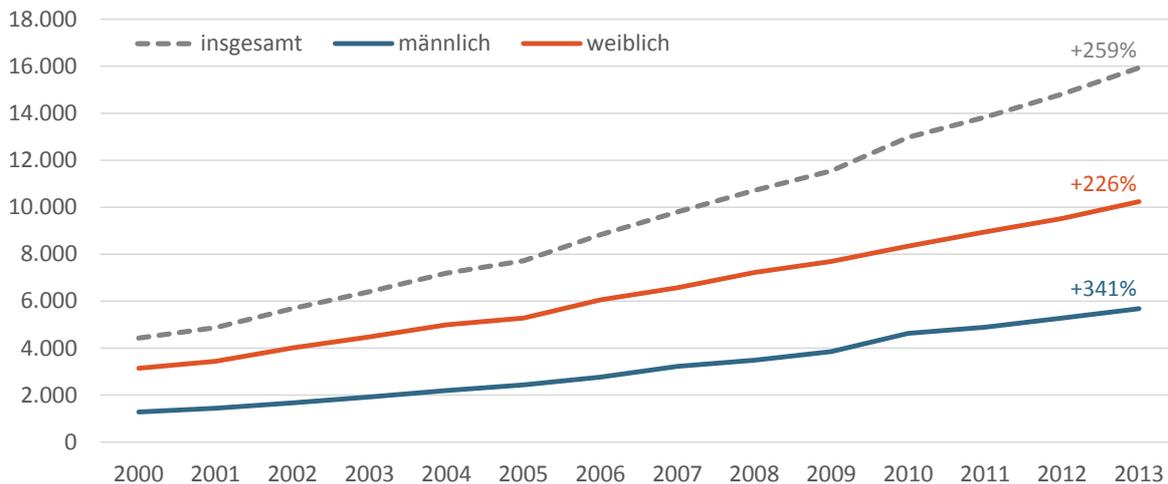
Störungen hat in den letzten Jahrzehnten weltweit massiv zugenommen, dies auch in Deutschland. Wie eingangs bereits erläutert ist unklar, ob dies eine ansteigende Häufigkeit von Depressionen widerspiegelt oder eher auf eine Entstigmatisierung psychischer Störungen und daher häufigere Diagnosestellung zurückzuführen ist (Ehrenberg 2008; Wittchen et al. 2011). Am ehesten dürfte es eine Kombination von tatsächlich häufigerer Diagnosestellung und paralleler Veränderungen psychosozialer Belastungen und Lebensstile sein, die diesen Anstieg begründet (Hidaka 2012). Ein weiterer – in der Fachwelt höchst kritisch diskutierter Aspekt – ist, dass die Diagnosekriterien für Depressionen mit der Zeit niedrigschwelliger geworden sind. Kritisch diskutiert wird dies, da damit potentiell „Gesundes“ wie etwa die Trauer nach einem Verlust möglicherweise als krank erklärt werden kann. Eine niedrigschwelligere Diagnosestellung kann darüber hinaus zur Medikalisierung der Gesellschaft beitragen (Horwitz, Wakefield 2007; Frances 2014).

Die höhere Krankheitslast durch Depressionen zeigt sich hierzulande nicht nur bei den Krankenhausbehandlungen, sondern auch bei Krankheitsfehlzeiten und ganz besonders den Frühberentungen. Der Anteil der durch psychische Störungen bedingten frühzeitigen Rentenzugänge ist in den letzten Jahren massiv angestiegen, und dies v.a. durch Depressionen (BPTK 2013).

Dass Depressionen so häufig zu Frühberentungen führen, zeigt gleichzeitig die Schwere der Erkrankung auf. Für Depressionen existieren zwar verschiedene Behandlungsoptionen, von denen die wichtigsten die Psychotherapie und medikamentöse Behandlung darstellen. Depressionen stellen jedoch eine chronische,

heute sogar tendenziell häufiger chronisch werdende Erkrankung dar (Bauer 2011). Nach Befragungen der Barmer GEK-Versicherten leiden knapp 60% der stationär behandelten Patienten ein Jahr nach Entlassung weiterhin an erheblichen Depressionen (Bitzer et al. 2011).

Abb. 47 Stationäre Aufnahmen wegen wiederkehrender Depressionen (F33) in Baden-Württemberg, absolute Fallzahlen (Daten: GBE Bund 2015, eigene Darstellung)



Frauen leiden häufiger als Männer an Depressionen, und dies gilt weltweit (Möller-Leimkühler 2010). Abb. 47 verdeutlicht einerseits diesen typischen Geschlechtsunterschied, andererseits auch oben beschriebene starke Zunahme von Depressionen über einen vergleichsweise kurzen Zeitraum. Dargestellt ist die Häufigkeit wiederkehrender Depressionen bei Männern und Frauen in Baden-Württemberg, die Abb. zeigt somit auch oben beschriebenes Problem einer zunehmenden Chronifizierung von Depressionen. Deutlich wird jedoch gleichzeitig, dass der massive Anstieg über den dargestellten Zeitraum zwar beide Geschlechter betrifft, aber Männer (+341%) sogar noch stärker als Frauen (+226%). Das kann auf eine langsame Angleichung der Häufigkeit zwischen Männern und Frauen hindeuten, evtl. auch durch eine allmähliche Veränderung von Geschlechterrollen und Männlichkeitsleitbildern bedingt (s.u.).

Dennoch bleibt ein starker Geschlechterunterschied bestehen. Gleichzeitig nehmen sich Männer – weltweit wie in Baden-Württemberg – deutlich häufiger das Leben als Frauen. Deswegen wird schon seit vielen Jahren die Frage der Unterdiagnostizierung von männlichen Depressionen diskutiert. In schweren Belastungssituationen reagieren Männer und Frauen „durchschnittlich“ unterschiedlich. Männer neigen eher zu einer nach außen gerichteten und aggressiveren Stressreaktion als Frauen („fight or flight“), dies teilweise biologisch („geschlechtsbedingt“), zu einem großen Teil aber auch aufgrund von Rollenmodellen und

Männlichkeitsleitbildern („gender-bedingt“). Diskutiert wird daher, ob die Beschreibung einer männlichen Depression („Male Depression“) sowie die Diagnose derselben nicht andere Symptome berücksichtigen müsste.

Abb. 48 Male Depression als typische Symptomkonstellation, die Betroffene gefährdet und die Hilfesuche erschwert (eigene Darstellung nach Möller-Leimkühler 2003)

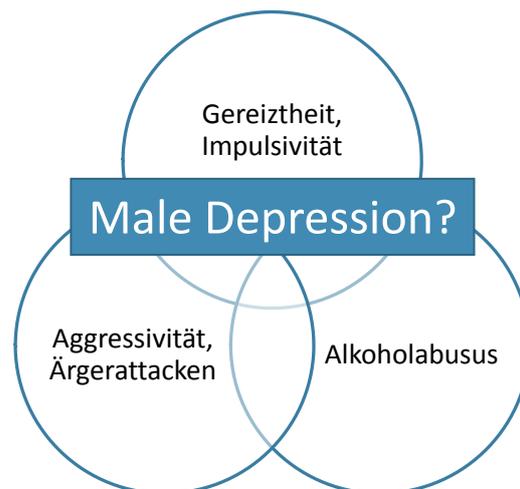


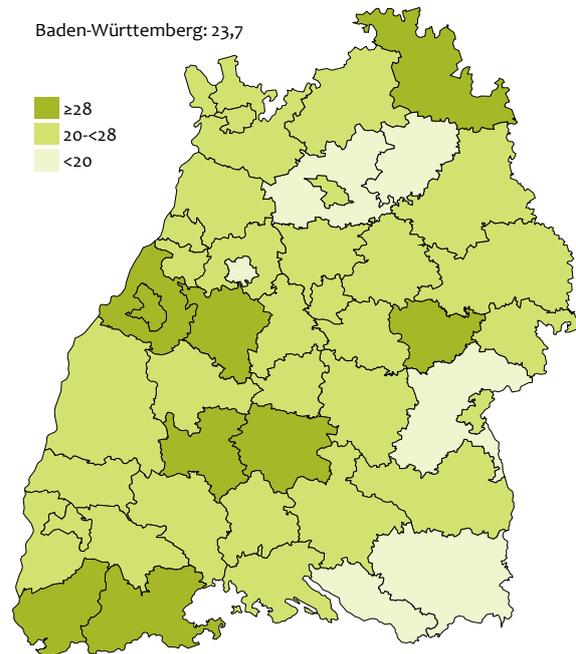
Abb. 48 zeigt die v.a. mit männlichen Depressionen in Zusammenhang gebrachten Symptome. Würden diese stärker in diagnostische Verfahren einbezogen, könnte durch frühere Erkennung der Problematik evtl. ein Teil der männlichen Suizide verhindert werden (Möller-Leimkühler 2003).

Männliche Depressionen werden nicht nur mit dem starken Übergewicht männlicher Suizide, sondern darüber hinaus auch mit der erheblich größeren Häufigkeit männlicher Gewalttaten und Alkoholproblematiken sowie der allgemein erhöhten Sterblichkeit von Männern in Zusammenhang gebracht (Möller-Leimkühler 2003).

Aus den vielen beschriebenen Faktoren, die auf die Diagnosehäufigkeit von Depressionen einwirken und die nochmals besonderen Bedingungen für eine männliche Diagnose ergibt sich, dass die regionale Häufigkeit von Krankenhausdiagnosen schwer interpretierbar ist. Faktoren, die auf die regionale Häufigkeit männlicher Depressions-Diagnosen im Krankenhaus wirken können, sind etwa die regionale ambulante Versorgung psychischer Störungen, der Grad der Entstigmatisierung psychischer Störungen bei Männern, eine tatsächlich unterschiedliche regionale Krankheitslast und weitere mehr.

Abb. 49 zeigt diese regionale Verteilung von Krankenhausbehandlungen aufgrund affektiver Störungen in Baden-Württemberg. Sogenannte „affektive Störungen“ umfassen auch manische Erkrankungen, sind aber fast immer auch mit Depressionen vergesellschaftet. Die regionale Verteilung zeigt nur geringe Übereinstimmungen mit der regionalen Suizidhäufigkeit und kann aus einem Bündel an Ursachen entstehen, sie ist daher kaum interpretierbar.

Abb. 49 Krankenhausfälle aufgrund affektiver Störungen (F3) in Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs 2012, Männer pro 10.000 (Daten: STALA BW 2014, altersstandardisiert, eigene Berechnung)



2.4.4.3. ALKOHOL (F10-F10.9)

Diagnosen im Zusammenhang mit dem Konsum von Suchtmitteln, sogenannter „psychotroper Substanzen“, führen von allen Gruppen psychischer Störungen am häufigsten zu stationären Behandlungen. Von den 40.719 suchtmittelbedingten Krankenhausaufnahmen in Baden-Württemberg 2012 fielen dabei 71,8% auf Männer (eigene Berechnung). Letztere insgesamt 29.232 stationäre Aufnahmen entsprechen einem Anteil von 44,5% aller stationären Behandlungsfälle aufgrund psychischer Störungen bei Männern, d.h. annähernd der Hälfte. Bei Frauen sind nur knapp 19% der Aufnahmen suchtmittelbedingt, d.h. andere Diagnosen spielen eine größere Rolle. Von o.g. knapp 30.000 männlichen Behandlungsfällen entfielen wiederum 22.937 auf alkoholbezogene Diagnosen, d.h. der mit großem Abstand überwiegende Anteil (78,5%).

Alkohol gilt als die älteste Droge der Menschheit und ist auch heute Teil unserer Kultur. In Maßen konsumiert ist Alkohol zwar weniger gesundheitsschädlich, eine gesundheitsförderliche Wirkung, die dem abendlichen Glas Rotwein zugeschrieben wurde, ist wissenschaftlich eher eine Legende (Semba et al. 2014). Riskanter Alkoholkonsum zählt in den Industrieländern zu den fünf häufigsten Ursachen für vorzeitige Sterblich-

Unter Mitarbeit von Birgit U. Keller

keit und in Krankheit verbrachte Lebenszeit (Lim et al. 2012: 2245). Dem übermäßigen Konsum alkoholischer Getränke werden hohe Gesundheitskosten zugeschrieben, er gilt darüber hinaus als Risikofaktor für Krebs- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen (ebd.). 18,5% aller Krebserkrankungen bei Männern in Deutschland werden auf riskanten Alkoholkonsum zurückgeführt, bei Frauen sind es im Vergleich nur 4,6% (RKI 2014b: 62).

In Deutschland konsumieren 9,5 Mio. Menschen Alkohol in gesundheitsgefährdendem Maße, 1,3 Mio. Menschen gelten als alkoholabhängig. Jährlich sterben in Deutschland 74.000 Menschen an den direkten und indirekten Folgen von Alkoholmissbrauch (Eckelt 2014; Bucksch et al. 2015). Über die erheblichen gesundheitlichen Folgen hinaus steht Alkoholkonsum in Verbindung mit zahlreichen weiteren psychischen und sozialen Problemen (siehe auch Tab. 12): So geschehen Gewalt- und Straftaten aber auch tödliche Verkehrsunfälle häufig unter dem Einfluss von Alkohol. Weitere Auswirkungen von riskantem Alkoholkonsum sind familiäre Probleme und Probleme am Arbeitsplatz (RKI 2014b: 62; Singer, Teyssen 2001).

Sowohl in Deutschland wie in Baden-Württemberg konsumieren deutlich mehr Männer als Frauen in riskanter Maße Alkohol. In der Literatur ist in diesem Zusammenhang sogar von „Männersüchten“ die Rede (Klingemann 2009). Riskanter Alkoholkonsum wird kulturell zum Teil als Zeichen von Männlichkeit bzw.

männlicher Stärke und Robustheit betrachtet und findet dadurch teilweise auch ritualisiert statt (Jacob, Stöver 2009). Bedeutung hat riskanter Alkoholkonsum daneben auch als männliches Bewältigungsmuster als Reaktion auf schwerwiegende Belastungen (→ Kapitel 2.4.4.2, „Male Depression“).

Folgeschäden von Alkoholabhängigkeit		
Körperlich	Psychisch	Sozial
Entzugserscheinungen	Aggressive Entgleisungen	Partnerschaftskonflikte
Krampfanfälle	Verringeres Selbstwertgefühl	Trennung/Scheidung
Erhöhtes Krebsrisiko	Selektive Wahrnehmung	Schulden
Verstärkte Infektanfälligkeit	Distanzlosigkeit	Konflikte am Arbeitsplatz
Sexuelle Funktionsstörungen	Gefühlsschwankungen	Arbeitsplatzverlust
Gelenkschmerzen	Konzentrationschwierigkeiten	Verlust der Fahrerlaubnis
Pankreatitis	Gedächtnisstörungen	Straftaten
Kardiomyopathie	Depression	Wohnungsverlust
Bluthochdruck	Delirium tremens	Verwahrlosung
Polyneuropathie	Alkoholhalluzinose	Rückzug von Freunden
Traumen	Suizidalität	Haftstrafen
Fettleber	Soziale Ängste	
Leberentzündung	Panikanfälle	
Leberzirrhose	Chronische Eifersucht	

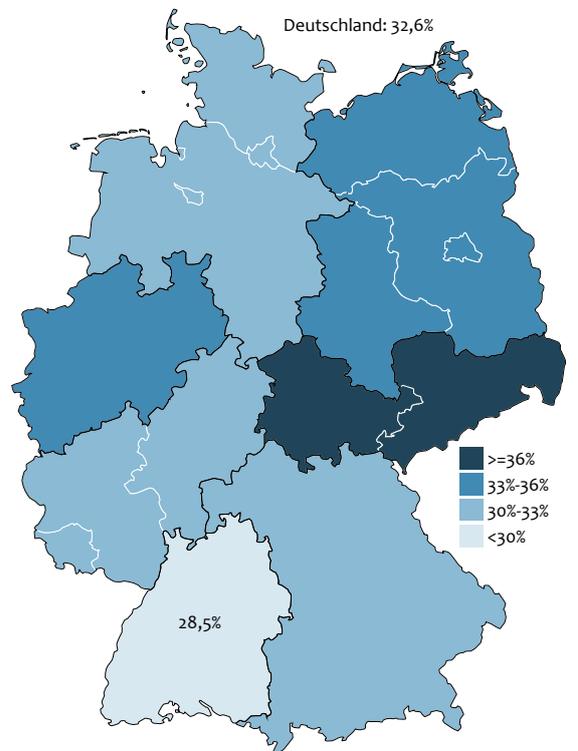
Tab. 12 Folgeschäden von Alkoholabhängigkeit (eigene Darstellung nach Lindenmeyer 2011:746)

Alkohol ist ein Zellgift und wie für viele Giftstoffe liegt auch für Alkohol das Gift in der Dosis. Ausschlaggebend für die Wahrscheinlichkeit körperlicher Folgeschäden ist daher die Alkohol-Trinkmenge (Rist, Demmel 2005). Die in der Literatur genannten Grenzwerte hinsichtlich eines risikoarmen Alkoholkonsums werden kontrovers diskutiert. Es besteht jedoch weitgehender Konsens, dass für Männer ab einer Konsummenge von über 24g pro Tag (das entspricht 0,25l Wein oder 0,6l Bier) von einem riskanten Konsum gesprochen werden kann (Kraus et al.).

In der bundesweiten GEDA-Befragung des Robert-Koch Instituts berichten 32,6% der erwachsenen Männer von einem riskanten Alkoholkonsum. Bundesweit zeigt sich ein gewisses Ost-West-Gefälle des riskanten Konsums. In Baden-Württemberg ist es mit 28,5% der bundesweit geringste Anteil an Männern, der einen riskanten Alkoholkonsum angibt (GEDA 2010) (Abb. 50). Für gesundheitsriskante Verhaltensweisen zeigen sich häufig deutliche Unterschiede nach sozialer Lage. So rauchen sozial benachteiligte Männer wesentlich häufiger als Männer höherer Berufs- und Bildungsgruppen. Für riskanten Alkoholkonsum zeigt sich jedoch ein anderes Muster: Riskanter Alkoholkonsum kommt in allen Statusgruppen vor, teils zeigen sich sogar vor allem in höherer sozialer Lage übermäßige Konsummengen (Kibele 2007).

Abb. 51 zeigt das oben beschriebene soziale Muster für ganz Deutschland, jedoch nicht für Baden-Württemberg. Recht unabhängig von der sozialen Situation konsumieren in Baden-Württemberg knapp 30% der befragten Männer Alkohol in riskanten Mengen.

Abb. 50 Riskanter Alkoholkonsum der befragten Männer in Deutschland nach Nielsen-Regionen (Daten: Public-Use-File GEDA 2010, Robert Koch-Institut Berlin 2012, eigene Darstellung bzw. eigene Berechnung)

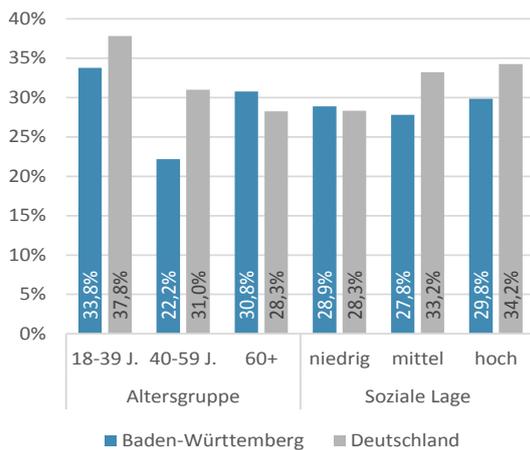


Bekannt ist aus anderen Studien der Zusammenhang zwischen sozialer Situation und bevorzugten Getränken: Wein und Sekt werden häufiger in der höheren sozialen Lage konsumiert, hochprozentige Alkoholika und Bier dagegen eher von sozial schlechter gestellten

Männern (Max Rubner-Institut, Bundesforschungsinstitut für Ernährung und Lebensmittel 2008: 67). Bei den täglichen Konsummengen von Wein und Sekt liegen die Männer in Baden-Württemberg im bundesweiten Vergleich mit durchschnittlich knapp 70g nach Rheinland-Pfalz auf dem zweiten Platz (Max Rubner-Institut, Bundesforschungsinstitut für Ernährung und Lebensmittel 2008), in Passung zur überdurchschnittlich guten sozialen Situation Baden-Württembergs und dem verbreiteten Weinanbau.

Vor allem Männer von 18-39 Jahren fallen durch riskanten Alkoholkonsum auf, sowohl bundesweit wie auch in Baden-Württemberg (Abb. 51). An zweiter Stelle stehen in Baden-Württemberg – anders als bundesweit – Männer der Altersgruppe 60 Jahre und älter. Die Rate riskanter Alkoholkonsumenten im mittleren Alter (40-59J) liegt in Baden-Württemberg mit 22,2% deutlich unter dem Bundesdurchschnitt.

Abb. 51 Riskanter Alkoholkonsum der Männer in Baden-Württemberg und Deutschland nach Altersgruppe und sozialer Lage (Daten: Public Use File GEDA 2010, Robert Koch-Institut 2012, eigene Berechnung)



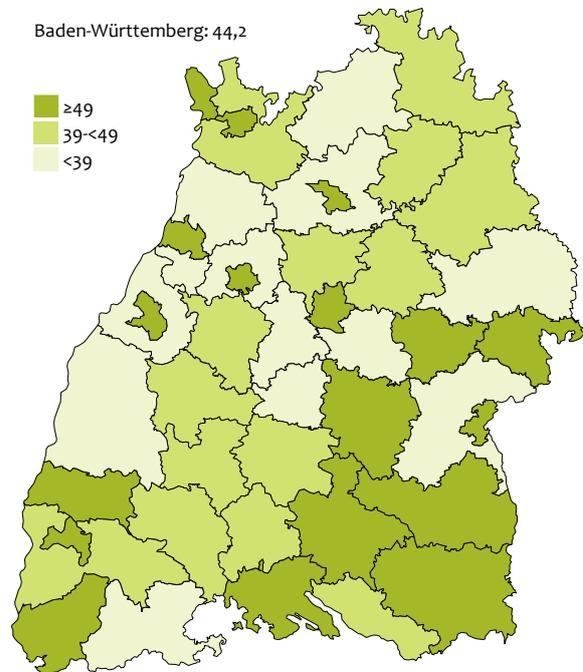
Die Motive für das Trinken von Alkohol sind vielschichtig und variieren je nach Lebensphase und Lebenssituation. Nach Studienlage sind die Motive häufig eher sozial geprägt wie „Feiern ohne Alkohol ist nicht vorstellbar“ oder „Trinken macht munter und beschwingt“. Daneben können aber auch persönliche Motive eine Rolle spielen, u.a. das Bekämpfen negativer Gefühle, etwa „die Bewältigung von Ärger“, „das Ertragen von Belastungen“ und das „Hinweghelfen über Niedergeschlagenheit und Depression“ (Rist, Demmel 2005). In einer Studie der Techniker Krankenkasse (2013) berichten Männer häufiger als Frauen davon, Alkohol zu konsumieren um Stress abzubauen und zu entspannen (Techniker Krankenkasse 2013). Konkurrenz, Eintönigkeit, Schichtarbeit und mangelnde Wertschätzung sind berufliche Belastungen, die mit vermehrtem Alkoholkonsum assoziiert sind (Feuerlein 2005). Berufsgruppen, die mit einer höheren Alkoholgefährdung verbunden sind, sind stark von

Männern geprägte Gruppen wie Bau- und Metallberufe, alkoholnahe Berufe, die mit der Produktion und dem Vertrieb alkoholischer Getränke zu tun haben (u.a. Gastronomie) und sogenannte „Durstberufe“ wie Koch oder Gießer (Feuerlein 2005).

Seit den 1970er Jahren geht der durchschnittliche Alkoholkonsum in Deutschland zurück. Obwohl durchschnittlich weniger getrunken wird, trinken bestimmte Gruppen deutlich mehr, vor allem Trinkexzesse bei Jugendlichen haben zugenommen (Lindenmeyer 2011). Für die letzten 10 Jahre zeigt sich nach Analysen der BZgA ein Rückgang v.a. des riskanten Konsums bei unter 15-Jährigen, jedoch kein stabiler Trend für ältere Jugendliche und junge Erwachsene (BZgA 2014; Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2014).

Neben Depressionen spielen Alkoholerkrankungen bei Männern eine zentrale Rolle für das vorzeitige Ausscheiden aus dem Berufsleben (BPtK 2013). Von 100.000 aktiv Rentenversicherten in Baden-Württemberg sind im Jahr 2012 mit 14,8 jedoch deutlich weniger Männer in Baden-Württemberg aufgrund einer alkoholbezogenen Störung vorzeitig in den Rentenstand eingetreten als deutschlandweit (27/100.000). Wie die Zahl von Erwerbsminderungsrenten aufgrund psychischer Störungen allgemein, so steigen auch die Raten für alkoholbedingte Frühverrentungen bei Männern seit den 1990er Jahren an.

Abb. 52 Alkoholbedingte Krankenhaufälle (F10) in den Stadt- und Landkreisen 2012, Männer pro 10.000 (Daten: STALA BW 2014, altersstandardisiert, eigene Berechnung)



Alkohol ist die häufigste Ursache für einen auf einer psychischen Störung beruhenden Krankenhausaufenthalt. Im Jahr 2012 kam es in Baden-Württemberg zu durchschnittlich 44,2 alkoholbedingten Krankenhausaufenthalten pro 10.000 Männer.

behandlungsfällen pro 100.000 Männer (Abb. 52). Höhere Behandlungsraten zeigen sich im oberschwäbischen Raum und im Südwesten des Landes (Emmendingen, Lörrach). Darüber hinaus zeigt sich ein deutliches Stadt-Land-Gefälle in der Form, dass nicht nur Städte stärker betroffen sind, sondern gleichzeitig die sie umgebenden Landkreise unterdurchschnittlich viele alkoholbezogene Krankenhausfälle aufweisen. Dieses Muster ist am ehesten durch Wanderungsbewegungen zu erklären in der Form, dass Städte Menschen mit schwerer Suchtproblematik aus verschiedenen Gründen anziehen. Bekannt ist darüber hinaus,

dass Großstadtleben einen Stressor darstellt mit Auswirkungen auf die psychische Gesundheit (Ankowitsch 2013).

Die grundsätzlichen Probleme bei der Interpretation von Krankenhausbehandlungshäufigkeiten sind bei alkoholbedingten Behandlungen noch ausgeprägter, da Alkoholprobleme stark stigmatisiert sind und somit eine hohe Dunkelziffer nicht erkannter und behandelter Problemlagen besteht. Eine hohe Behandlungsrate kann somit auch durch eine verringerte Dunkelziffer entstehen, sie wäre dann eher als positiv zu werten.

2.4.4.4. EXKURS LEBERERKRANKUNGEN (K70-K77)

	Männer	Frauen
Todesfälle insgesamt	6.482	3.243
PYLL (1-64 J.)	31.120	13.269
Gesamtanteil PYLL	5,4%	4,4%

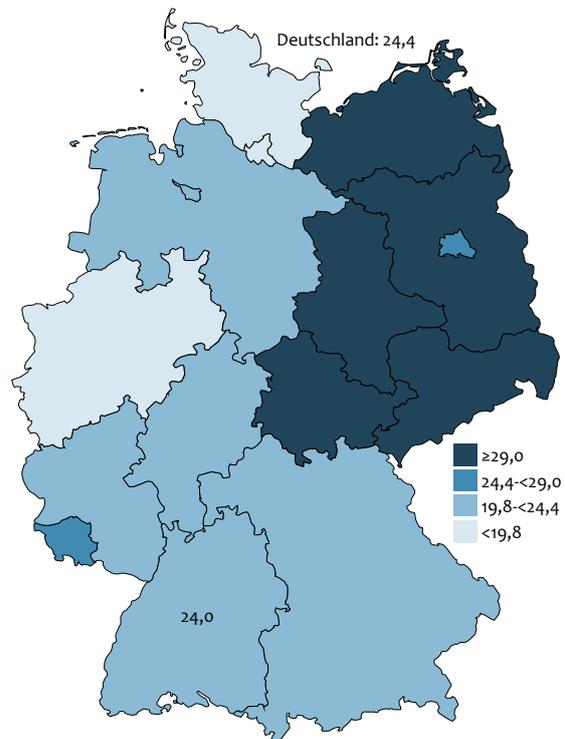
Tab. 13 Anzahl Todesfälle und verlorene Lebensjahre im Alter von 1 bis 64 Jahren (PYLL) durch Krankheiten der Leber (K70-K77) in Baden-Württemberg 2008-2012 nach Geschlecht (Daten: STALA BW 2014; eigene Berechnungen)

Die Leber ist als dem Darmtrakt nachgeschaltetes Entgiftungsorgan auch für die Entgiftung von Alkohol zuständig und besonders sensibel gegenüber hohen Alkoholmengen. Bei einem riskanten Konsum von mehr als o.g. 24g Alkohol pro Tag steigt die Gefahr alkoholbedingter Lebererkrankungen. So kann es zu einer chronischen alkoholbedingten Leberentzündung, einer Fettleber, dem fibrotischen Umbau der Leber und als Endzustand zu einer Zirrhose der Leber kommen (Bloomfield et al. 2008; Ehrenberg 2008). Eine Leberzirrhose bedeutet einen narbigen Umbau der Leber, d.h. den endgültigen Verlust von Lebergewebe. Die Leber verliert mit dem Fortschreiten ihre lebenswichtige Funktion und wird gleichzeitig zum Hindernis für den Durchstrom der großen Blutmenge aus dem Darmtrakt, was zu schwersten, tödlichen Blutungen führen kann. Die Leberzirrhose ist deswegen die häufigste zum Tode führende alkoholbedingte Erkrankung. Tödliche Lebererkrankungen sind bei Männern häufiger und treten darüber hinaus früher auf. Durch sie verlieren Männern daher etwa zweieinhalb Mal mehr Lebensjahre vor dem Alter 65 als Frauen (Tab. 13). Auch in Baden-Württemberg gehören alkoholische Lebererkrankungen bei Männern zu den häufigsten Todesursachen vor dem 65. Lebensjahr (LGA BW 2015).

Abb. 53 zeigt die männliche Sterblichkeit durch Lebererkrankungen im Jahr 2013 im Bundesvergleich. Diese wird von der alkoholbedingten Sterblichkeit an Lebererkrankungen dominiert. Es zeigt sich ein deutliches Ost-West-Gefälle mit einer in Baden-Württemberg knapp unter dem Bundesdurchschnitt liegenden Sterblichkeit. Im Vergleich der westlichen Bundeslän-

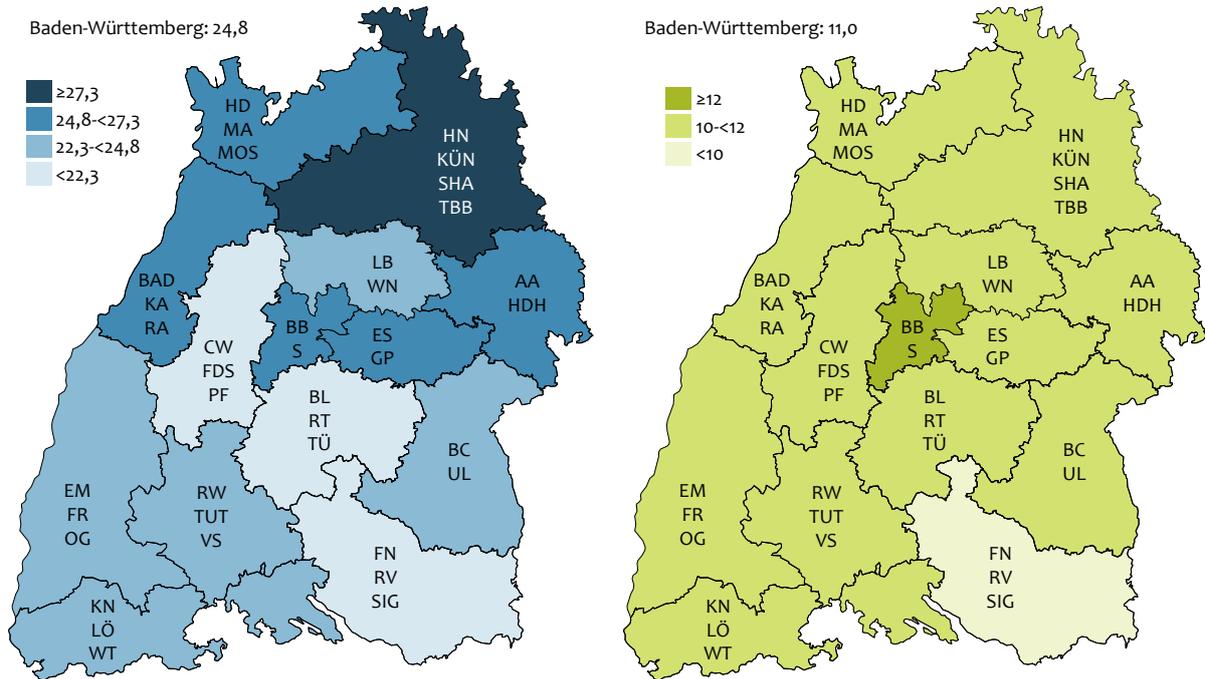
der ist die männliche Sterblichkeit durch Lebererkrankungen in Baden-Württemberg leicht überdurchschnittlich (+5,8%).

Abb. 53 Sterblichkeit durch Krankheiten der Leber (K70-K77) 2013 nach Bundesländern, Männer 15-75J pro 100.000 (Daten: GBE Bund 2015, altersstandardisiert, eigene Berechnung)



Unterhalb der Landesebene ist aufgrund einer vergleichsweise kleinen Zahl an Todesfällen durch Lebererkrankungen nur eine Auswertung bis auf Ebene der Regionen Baden-Württembergs möglich. Die linke Karte der Abb. 54 zeigt eine höhere Sterblichkeit an Lebererkrankungen in der Region Heilbronn-Franken und eine vergleichsweise geringe Betroffenheit in den Regionen Bodensee-Oberschwaben, Neckar-Alb und Nordschwarzwald. Die Krankenhausbehandlungsraten aufgrund von Lebererkrankungen streuen nur geringfügig innerhalb Baden-Württembergs und zeigen nur schwach ausgeprägte Parallelen zur regionalen Sterblichkeit.

Abb. 54 Männliche Sterblichkeit 2008-2012 (links, Alter 15-75J, pro 100.000) und Krankenhausfälle 2012 (rechts, pro 10.000) durch Lebererkrankungen (K70-K77) in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs (Daten: STALA BW 2014, altersstandardisiert, eigene Berechnung)



2.4.4.5. RAUCHEN UND LUNGENKREBS (F17-F17.9, C30-C39)

Unter Mitarbeit von Birgit U. Keller

Tabakkonsum ist wie der Konsum von Alkohol oder illegalen Drogen im Diagnose-System ICD-10 unter den „Psychischen Störungen“ kategorisiert. Rauchen führt allerdings anders als die o.g. Suchterkrankungen weniger zu sozialen Folgeschäden. Dafür ist Tabakkonsum jedoch einer der schwerwiegendsten Risikofaktoren für Krankheit und Tod weltweit (Lim 2012: 2245). Herz-Kreislauf-Erkrankungen und vor allem Krebserkrankungen können häufig auf das Rauchen zurückgeführt werden und Raucher haben gegenüber Nichtrauchern ein doppelt so hohes Risiko einen Schlaganfall zu erleiden. Lungenkrebs ist mit 26% die häufigste tödliche Krebsursache bei Männern (RKI 2012b) und 9 von 10 Lungenkrebserkrankungen sind auf das Rauchen zurückzuführen. Rund 20% der Todesfälle bei Männern ab 35 Jahren gelten als tabakbedingt (Pötschke-Langer et al. 2009).

Beim Rauchen gelangen zahlreiche Schadstoffe in die Lunge und werden schnell vom Körper aufgenommen, wodurch das Rauchen fast jedes Organ schädigt

(Pötschke-Langer et al. 2009). Im Tabakrauch ist neben Nikotin u.a. Kohlenmonoxid enthalten, welches u.a. zu Gefäßerkrankungen führen kann. Ruß, Benzol und andere Schwermetalle erhöhen das Krebsrisiko. Zu den häufigsten mit Rauchen in Verbindung stehenden Lungenerkrankungen zählen Lungenkrebs, chronische Bronchitis und die Überblähung der Lunge, das Lungenemphysem.

Am engsten ist der Zusammenhang zwischen Rauchen und Lungenkrebs. Letzterer stellt auch daher eine so häufige Krebstodesursache dar, da vergleichsweise geringe Heilungschancen bestehen (RKI 2013). Abb. 55 zeigt die deutschlandweite Lungenkrebssterblichkeit für Männer unter 65 Jahren im Jahr 2013. Es zeigt sich ein erhebliches Ost-West- und gleichzeitiges Nord-Süd-Gefälle. Baden-Württemberg weist die geringste Lungenkrebssterblichkeit aller Bundesländer auf. Die Ergebnisse decken sich recht gut mit nebenstehender Abb. 56, welche die Raucherquoten nach der bundesweiten GEDA-Studie zeigt.

Abb. 55 Sterblichkeit unter 65J. durch bösartige Neubildungen der Lunge (C30-C39) 2013 im Bundesvergleich, Männer pro 100.000
(Daten: GBE Bund, altersstandardisiert, eigene Berechnung)

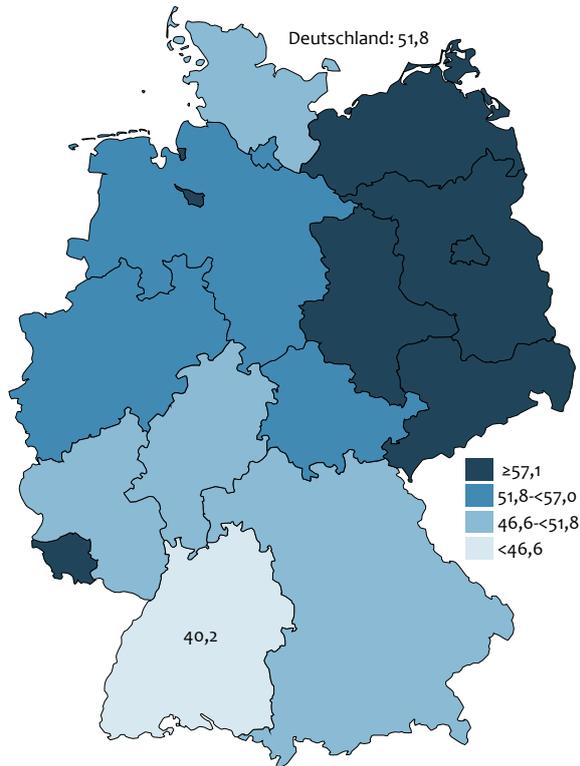
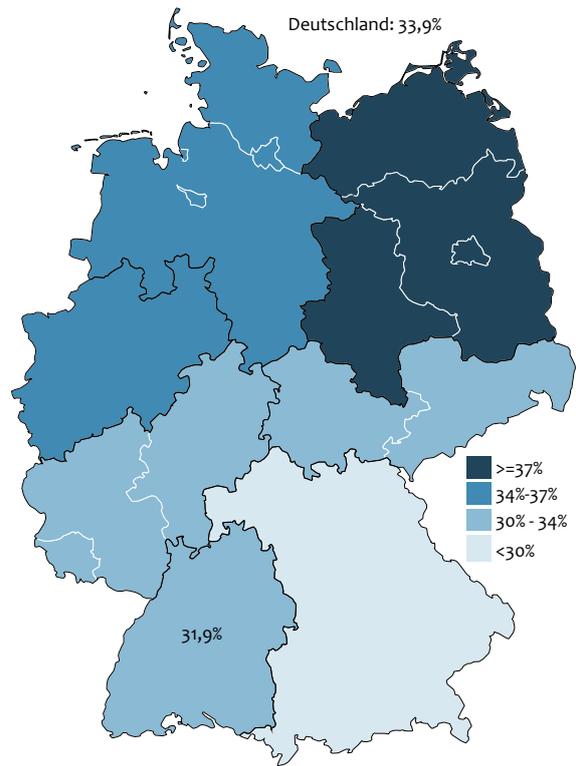


Abb. 56 Raucherquote der Männer in Deutschland nach Nielsen-Regionen (Daten: Public-Use-File GEDA 2010, Robert Koch-Institut Berlin 2012, eigene Berechnung)



Die für das Land Baden-Württemberg günstigen Ergebnisse beider Abbildungen sind nicht unerwartet, da Tabakkonsum stark sozillageabhängig ist.

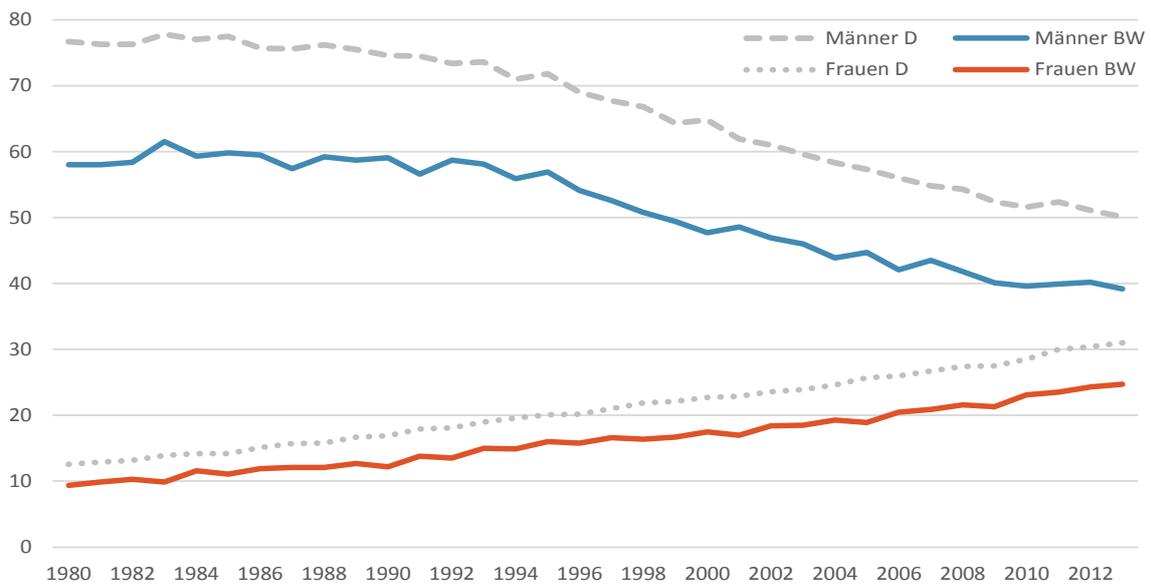
Gegenüber deutschlandweit 33,9% und in Baden-Württemberg 31,9% Männern rauchen nach der GEDA-Studie 26,2% der Frauen bundesweit, in Baden-Württemberg 23,1%. Männer rauchen somit insgesamt etwas häufiger, der Abstand zwischen Männern und Frauen hat sich jedoch deutlich verringert (Dinges 2012). Ebenso gleicht sich die Häufigkeit rauchbedingter Erkrankungen mehr und mehr an (RKI 2013). Besonders deutlich zeigen sich diese Trends beim Lungenkrebs (Abb. 57). Über die letzten Jahrzehnte ist die Lungenkrebssterblichkeit von Männern deutlich gesunken, während die Sterblichkeit der Frauen erheb-

lich anstieg. Das Geschlechterverhältnis bei diesen Todesfällen hat sich in Baden-Württemberg von ca. sechs (1980) auf unter 1,6 (2013) verringert. Auch das Geschlechterverhältnis der im Alter von 1 bis 64 Jahren verlorenen Lebensjahre ist mittlerweile unter zwei (Tab. 14).

	Männer	Frauen
Todesfälle insgesamt	15.200	6.965
PYLL (1-64 J.)	33.522	18.933
Gesamtanteil PYLL	5,9%	6,2%
Anteil PYLL an C00-C97	23,3%	14,2%

Tab. 14 Anzahl Todesfälle und verlorene Lebensjahre im Alter von 1 bis 64 Jahren (PYLL) durch Krebserkrankungen der Atmungsorgane (C30-C39) in Baden-Württemberg 2008-2012 nach Geschlecht (Daten: STALA BW 2014; eigene Berechnungen)

Abb. 57 Sterblichkeit an Krebserkrankungen der Lunge von Männern und Frauen im Zeitverlauf: Baden-Württemberg und Deutschland, pro 100.000 (Daten GBE Bund 2015, altersstandardisiert, eigene Darstellung)



Aufgrund geringer Zahlen war es nicht möglich, die männliche Lungenkrebssterblichkeit allein auf Ebene von Stadt- und Landkreisen darzustellen. Um dennoch eine kleinräumige Darstellung zu ermöglichen, wurde die ebenfalls stark durch das Rauchen beeinflusste Sterblichkeit durch chronische Krankheiten der unteren Atemwege (J40-J47) hinzugenommen.

Abb. 58 zeigt die v.a. durch das Rauchen bedingte vorzeitige Sterblichkeit in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs, wobei Städte und umliegende

Kreise teils gemeinsam ausgewertet werden mussten. Am auffälligsten sind die weitgehend durch das Rauchen bedingte Sterblichkeit in der Stadt Mannheim, sie ist dort gegenüber dem Mittelwert Baden-Württembergs um 65,7% erhöht (39,7/100.000). In Abb. 59 sind die männlichen stationären Behandlungsraten aufgrund von Lungenkrebs auf Ebene der Stadt- und Landkreise dargestellt. Diese zeigt nur teilweise, etwa für die Stadt Mannheim, Übereinstimmungen mit Abb. 58.

Abb. 58 Sterblichkeit unter 65J. durch weitgehend durch das Rauchen verursachte Lungenerkrankungen (C30-9+J40-7) in Baden-Württemberg 2008-2012, Männer pro 100.000 (Daten: STALA BW 2014, altersstandardisiert, eigene Berechnung)

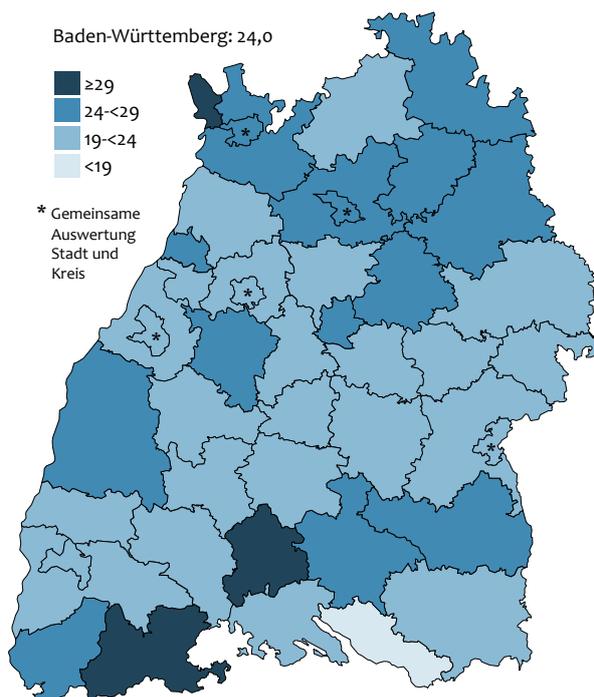
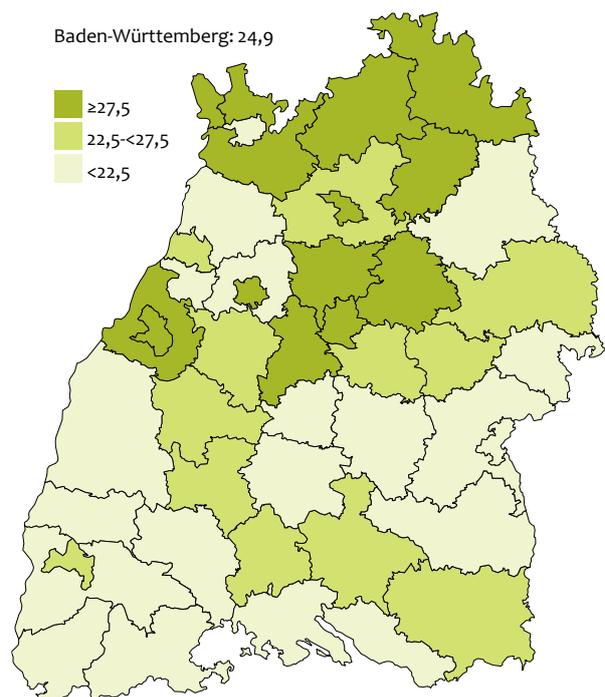


Abb. 59 Krankenhausfälle aufgrund von bösartigen Neubildungen der Atmungsorgane (C30-C39) in Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs 2012, Männer pro 10.000 (Daten: STALA BW 2014, altersstandardisiert, eigene Berechnung)



Wie das erste Glas Alkohol im Kreise der Peergroup den Moment des - jedenfalls gefühlten - Erwachsenseins markieren kann, galt die Zigarette bis in die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts als gängiger Initiationsritus für den Eintritt in die Männerwelt (RKI 2014b). Beim Rauchen handelt es sich somit nicht nur um eine „schlechte Angewohnheit“, es trägt eine potentiell identitätsstiftende Funktion in sich, die mit Vorstellungen von Männlichkeit und Unabhängigkeit verknüpft ist. Entsprechend wurde das Rauchen für Frauen seit den 1960er Jahren zu einem Symbol für Emanzipation und für die Abkehr von tradierten weiblichen Rollenvorstellungen (RKI 2014b; Hofmeister et al. 2015). Auch diese kulturelle Funktion kann teilweise erklären, warum – trotz eindeutiger Studienlage zur schädigenden Wirkung von Tabakkonsum – immer noch eine beträchtliche Anzahl von Menschen zur Zigarette greift sowie warum bestimmte Alters- und Bevölkerungsgruppen häufiger mit dem Rauchen beginnen als andere. Die symbolische Kraft der Zigarette ist aber nicht der alleinige Grund, warum Rauchen weiterhin verbreitet ist. Kaum ein anderes Gift erzeugt eine höhere Abhängigkeit als Nikotin, auf körperlicher und psychischer Ebene.

In den letzten Jahren wenden sich Männer mit mittlerem und hohem Sozialstatus zunehmend vom Rauchen als Lebensstilsymbol ab, weniger jedoch Männer mit geringem Bildungsstand und hohen beruflichen Belastungen. Vor allem belastende Lebenslagen, die von Perspektivlosigkeit und Zukunftsängsten geprägt sind, scheinen das Rauchrisiko zu erhöhen. Rauchen kann wie Alkoholkonsum eine Form der Problembewältigung darstellen und in diesem Zusammenhang spielt die psychische Abhängigkeit eine zentrale Rolle (RKI 2014b). Mit den GEDA-Daten aus dem Jahr 2010 ist es möglich den Raucheranteil in einzelnen Bevölkerungsgruppen genauer zu betrachten (Abb. 60). Wie bundesweit ist auch in Baden-Württemberg der Anteil der Raucher in der Gruppe jüngerer Männer mit 45% am höchsten. Im mittleren Erwachsenenalter rauchen in Baden-Württemberg 34% der Männer, in der Gruppe von Männern ab 60 Jahren sind es 12%. Der geringere Raucheranteil unter Männern in Baden-Württemberg ist hauptsächlich auf die Altersgruppen ab 40 Jahren zurückzuführen. Für jüngere Männer liegt die Raucherquote auf dem gleichen Niveau wie bundesweit. Die Raucherquoten sinken mit dem Alter u.a. deswegen, weil Männer höheren Alters aufgrund gesundheitlicher Beschwerden teils aufhören zu rauchen. Ein weiterer Grund liegt jedoch auch in der deutlich höheren vorzeitigen Sterblichkeit der Raucher.

Abb. 60 zeigt sowohl für Deutschland wie Baden-Württemberg eine ausgeprägte Sozillageabhängigkeit des Tabakkonsums. Rauchende Männer niedriger und mittlerer sozialer Lage rauchen in Baden-Württemberg durchschnittlich rund 13 Zigaretten täglich, in hoher sozialer Lage im Durchschnitt zwei Zigaretten weniger

(GEDA-2010). Nicht nur das Rauchen an sich ist somit sozial ungleich verteilt, auch die Anzahl der täglich gerauchten Zigaretten ist in sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen höher. Hinzu kommt, dass sozial schlechter gestellte Männer im Durchschnitt zwei Jahre früher mit Rauchen beginnen als Männer mittlerer und höherer sozialer Lage.

Rauchen zählt zu den emotionsorientierten Bewältigungsstrategien (RKI 2012a; Tempel, Jung 2013). Die psychotrope Wirkung des Nikotins wird als stimulierend und antidepressiv sowie konzentrationsfördernd wahrgenommen (Vullhorst 2007). Rauchen ist somit auch eine Bewältigungsstrategie in belastenden Lebenslagen. Zukunftsängste und Perspektivlosigkeit kommen in schlechter sozialer Situation häufiger vor, sie erhöhen das Stressempfinden, parallel fehlt es häufiger an sonstigen Bewältigungsressourcen.

Abb. 60 Raucherquoten der Männer in Baden-Württemberg und Deutschland nach Altersgruppe und sozialer Lage (Daten: Public Use File GEDA 2010, Robert Koch-Institut 2012, eigene Berechnung)

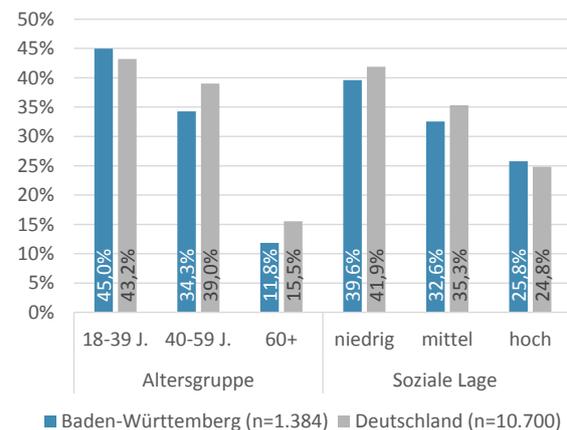
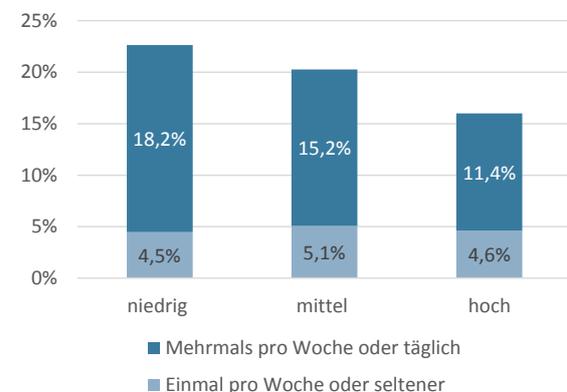


Abb. 61 Raucherquote der Jungen (11-17 Jahre) nach sozialer Lage in Deutschland (Daten: Public-Use-File KiGGS 2005, Robert Koch-Institut Berlin 2008, eigene Berechnung)



Für Baden-Württemberg liegt das durchschnittliche Einstiegsalter für den Tabakkonsum bei 17,2 Jahren. Das Einstiegsalter hat sich über die vergangenen Jahrzehnte vorverlagert. Männer über 60 Jahren berichten durchschnittlich im Alter von knapp 19 Jahren das Rau-

chen begonnen zu haben, Männer mittleren Alters griffen mit 17 Jahren zum ersten Mal zur Zigarette und die Männer bis 39 Jahren haben im Alter von 16 Jahren begonnen. Für sozial benachteiligte Männer liegt das Einstiegsalter mit durchschnittlich knapp 16 Jahren knapp zwei Jahre früher als für Männer der höheren Sozialstatusgruppe.

Für das Kindes- und Jugendalter liegen zum Rauchen leider keine Informationen für Baden-Württemberg vor. Bundesweit rauchen im Alter von 11 bis 13 Jahren knapp 4% der Jungen, die Hälfte davon mehrmals pro Woche oder täglich. Heranwachsende von 14 bis 17 Jahren haben mit 30% die gleiche Raucherquote wie erwachsene Männer. Sozial benachteiligte Jungen rauchen bundesweit deutlich häufiger als Jungen mittlerer und hoher sozialer Lage (Abb. 61).

Schon nach kurzer „rauchfreier“ Zeit sinkt das Risiko für Herzinfarkte und Schlaganfälle, daher ist es nie zu spät, das Rauchen aufzugeben (Stallmann et al. 2015; Olias 2015). Von den im Rahmen der GEDA 2010-Studie befragten männlichen Rauchern in Baden-Württemberg hat jeder Fünfte die Absicht das Rauchen aufzugeben, die Hälfte der Männer denkt darüber nach. Vor allem für langjährige Raucher kann die Unterstützung durch ein Raucherentwöhnungsprogramm hilfreich sein (Roelfs et al. 2011), da nicht allein körperliche Entzugssymptome zu überwinden sind, sondern vor allem Handlungsalternativen im Umgang mit Stresssituationen gefunden werden müssen.

2.4.4.6. DISKUSSION

Psychische Störungen sind die Erkrankungsgruppe, deren Krankheitslast deutschlandweit und darüber hinaus am stärksten wächst. Diesen Trends kann sich auch Baden-Württemberg nicht entziehen, spürbar ist dies etwa bei den Frühberentungen, den Krankschreibungen oder stationären Behandlungen. Inwieweit dieser Zuwachs „echt“ oder aber gänzlich einer sich verringernden Dunkelziffer geschuldet ist, ist umstritten, aber für den Umgang mit dem Phänomen nicht gar so wichtig. Die durch psychische Störungen verursachte Krankheitslast ist unbestritten hoch, sie wird gegenüber sonstigen Gesundheitsproblemen mehr und mehr dominant und verlangt nach Lösungen, die wir heute scheinbar weniger haben als für andere Erkrankungen.

Die Lösungen sind am ehesten dort zu suchen, wo psychosozialer Stress als ihr Hauptrisikofaktor entsteht. Jener Stress entsteht im normalen Alltag, im Miteinander, in den sozialen Lebenswelten, in denen wir uns aufhalten. Für Männer ist dabei u.a. die Arbeitswelt von großer Bedeutung, für Jungen etwa die Schule. Dort gilt es Einfluss zu nehmen auf Stressfaktoren wie Konkurrenz, starke Ungleichheit oder Zeitdruck genauso wie auf protektive Faktoren wie sozialen Zusammenhalt, Ruhe- oder Bewegungsräume.

Übergeordnet lässt sich für Jungen und Männer in Baden-Württemberg keine überdurchschnittliche Belastung durch psychische Störungen feststellen. Allerdings ist eine sichere Aussage – der Datenlage geschuldet – kaum möglich. Psychische Störungen werden erfahrungsgemäß meist untererfasst, im Einzelfall, wie ADHS bei Jungen, aber auch zu häufig diagnostiziert.

Das erschwert die Beurteilung räumlicher Verteilungen psychischer Störungen. Befragungsdaten zeigen für Männer Baden-Württembergs teils unterdurchschnittliche, teils überdurchschnittliche Belastungsangaben, letzteres etwa bei Schlafproblemen und dem Abschalten nach der Arbeit (→ Kapitel 4).

Die Suizidhäufigkeit von Männern in Baden-Württemberg ist leicht gegenüber dem Bundesdurchschnitt erhöht, in den letzten Jahren v.a. in der Altersgruppe, die kurz vor oder nach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben steht. Dies gilt es aufmerksam zu beobachten, denn eine denkbare Ursache könnte in der Arbeitswelt bzw. deren Bedeutung für Männer hierzulande liegen. Maßnahmen zur Suizidprävention in Baden-Württemberg sollten unter Beobachtung der weiteren Entwicklung sowie alters- und geschlechtsspezifisch erfolgen (LtD BW 2013). Bisher werden Männer von Maßnahmen zur Suizidprävention weniger erreicht als Frauen (→ Kapitel 6.2).

Besondere Aufmerksamkeit muss sicher depressiven Störungen zuteilwerden. Sie haben besonders stark zugenommen, ihre Therapie gestaltet sich weiterhin schwierig und es besteht keine Einigkeit über zugrundeliegende Risikofaktoren. Männliche Depressionen werden eher zu selten diagnostiziert, da sie häufig als sogenannte „männliche Depression“ maskiert sind und sich dann eher in Risiko- und Suchtverhalten oder Aggressivität zeigen. Dies stärker bei der Diagnostik zu berücksichtigen könnte evtl. manch männlichen Suizid verhindern und zur Erreichung des Baden-Württembergischen Gesundheitsziels „Depressive Erkrankungen und Folgen der Chronifizierung vermindern“ beitragen.

Alkoholprobleme scheinen in Baden-Württemberg etwa so häufig oder etwas seltener zu sein wie andernorts in Deutschland. Doch auch hier ist die Dunkelziffer so hoch, dass sichere Aussagen kaum möglich sind. Als erheblicher Risikofaktor für Suizide wie auch für die in Baden-Württemberg deutlich gegenüber dem Bundeschnitt erhöhten Verletzungs- und speziell Unfallsterblichkeit sollte der Suchtprävention bei Jungen und Männern daher besondere Aufmerksamkeit zukommen. Die Befragungsdaten zum riskanten Alkoholkonsum weisen auf eine verstärkte Belastung der Altersgruppen ab 60 Jahren hin, was in bemerkenswerter Übereinstimmung zu den Altersgruppen steht, für welche die Unfall- und Suizidzahlen in Baden-Württemberg auffällig sind. Dabei gilt es bei der Spezifizierung von Zielgruppen zu beachten, dass gerade für Alkoholkonsum andere Sozillagebezüge bestehen. Alkoholprobleme oder aber psychische Problemlagen dieser männlichen Altersgruppen wären als eine gemeinsame Ursache denkbar. Die Trends in diesen miteinander korrespondierenden Bereichen sollten daher aufmerksam beobachtet werden.

Tabakkonsum gilt als einer der stärksten auf Gesundheit wirkenden Risikofaktoren überhaupt. Bundesweit wie auch in Baden-Württemberg zeigt sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen Sozillage und männlichem Rauchen. Entsprechend sind die männlichen Raucherquoten wie auch die auf das Rauchen zurückgehende Sterblichkeit in Baden-Württemberg deutlich unterdurchschnittlich. Tabakprävention ist aufgrund der starken Betroffenheit spezifischer Gruppen auch in Baden-Württemberg von Bedeutung und sollte eng auf die männlichen Zielgruppen zugeschnitten werden.

Besonderes Augenmerk verdient, dass Suchtproblematiken sehr viel häufiger bei Jungen und Männern auftreten, dass diese bisher aber seltener fokussiert sowie weit unterproportional erreicht werden (→ Kapitel 6.2). Dies zu ändern wäre eine wichtige Vorbedingung, um das Landesgesundheitsziel „Reduzierung des Konsums legaler Suchtmittel“ zu erreichen.

2.4.5. VERLETZUNGEN, VERGIFTUNGEN UND SONSTIGE ÄUßERE URSACHEN (S00-T98)

	Männer	Frauen
Todesfälle insgesamt	14.101	9.440
PYLL (1-64 J.)	161.207	49.286
Gesamtanteil PYLL	28,2%	16,2%

Tab. 15 Anzahl Todesfälle und verlorene Lebensjahre im Alter von 1 bis 64 Jahren (PYLL) durch Verletzungen, Vergiftungen und sonstige äußere Ursachen (S00-T98) in Baden-Württemberg 2008-12 nach Geschlecht (Daten: STALA BW 2014; eigene Berechnungen)

Unter den Kategorien S00-T98 im Diagnose-Klassifikationssystem ICD-10 werden Verletzungen, aber auch Vergiftungen, Erfrierungen und andere Gesundheitsfolgen sogenannter „äußerer Ursachen“ beschrieben. Im Folgenden wird zur besseren Lesbarkeit meist nur von „Verletzungen“ gesprochen. Für die „äußeren Ursachen“ selbst ist im Diagnose-System eine Doppelcodierung vorgesehen, dadurch lassen sich auch die Ursachen für diese Ereignisse beschreiben (V01-Y98, meist mit einer S00-T98-Diagnose gekoppelt). In der Todesursachenstatistik wird diese Doppelcodierung vorgenommen, wodurch für Todesfälle durch Transportmittelunfälle, Stürze und Suizid relativ detaillierte Auswertungen für Baden-Württemberg möglich sind. Leider erfolgt o.g. Doppelcodierung aber nicht bei Krankenhausbehandlungen, wodurch sich dieses Kapitel weitgehend allein auf die Todesursachenstatistik stützt.

Im internationalen Vergleich sind Todesfälle durch Verletzungen in Deutschland deutlich seltener (RKI 2011). Die Sterblichkeit durch sie ist in Deutschland zwischen 1980 und 2013 um 56,7% gesunken (eigene Berechnung nach GBE Bund 2015). Die relative Bedeutung von Verletzungen und Vergiftungen gegenüber anderen möglichen Todesursachen nimmt mit dem Alter ab (RKI 2014b). Das größte Risiko, an einer Verletzung zu versterben, haben dennoch ältere Menschen, etwa durch tödliche Stürze oder auch die häufigeren Selbsttötungen.

Verletzungen und Vergiftungen gehören zu den häufigen Ursachen für ambulante und stationäre Behandlungen. Sie verursachen etwa 12% der jährlichen Arbeitsunfähigkeitstage und ein Fünftel der verlorenen Erwerbstätigkeitsjahre, etwa 2% der Deutschen sind ihretwegen im Jahr in stationärer Behandlung (RKI 2010; Varnaccia et al. 2014). Verletzungen verursachten im Jahr 2008 bei Männern deutschlandweit 5,3% der Krankheitskosten (Destatis 2010). Wie sie verlaufen, etwa auch die Wahrscheinlichkeit eines tödlichen Ausgangs, ist entsprechend auch von der Qualität der medizinischen Versorgung, etwa den Rettungswegen, abhängig (Nolte et al. 2002).

Männer erleiden häufiger und schwerere Verletzungen und Unfälle als Frauen, dies v.a. in den jüngeren Altersgruppen (RKI 2014b). Durch verletzungs- oder vergiftungsbedingte Todesfälle verloren Männer 2008-2012 161.207 Lebensjahre vor dem 65. Lebensjahr, d.h. mehr als durch Herz-Kreislauf- oder Krebserkrankungen (Tab. 15). Dies sind mehr als dreimal so viele verlorene Lebensjahre wie bei Frauen, bei v.a. Krebserkrankungen einen entsprechend größeren Anteil ausmachen. Somit sind Verletzungen und die ihnen zugrundeliegenden Ereignisse ein zentrales Thema der Jungen- und Männergesundheit.

Die besondere Bedeutung von Verletzungen für die Männergesundheit in Baden-Württemberg ergibt sich darüber hinaus aus Abb. 62. Während Männer in Baden-Württemberg von Krebs- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen deutlich weniger als bundesweit betroffen sind, versterben sie in Baden-Württemberg häufiger durch jene „Folgen äußerer Ursachen“. Bei der Kartendarstellung wurde in diesem Kapitel deswegen die jeweilige Abweichung von Baden-Württemberg farblich berücksichtigt, d.h. helle Regionen sind auch im bundesweiten Vergleich eher weniger betroffen und dunkle Regionen überdurchschnittlich stark.

Abb. 62 Sterblichkeit durch Verletzungen, Vergiftungen und sonstige Äußere Ursachen (S00-T98) im Bundesvergleich 2013, Männer pro 100.000 (Daten: GBE Bund 2015, altersstandardisiert, eigene Berechnung)

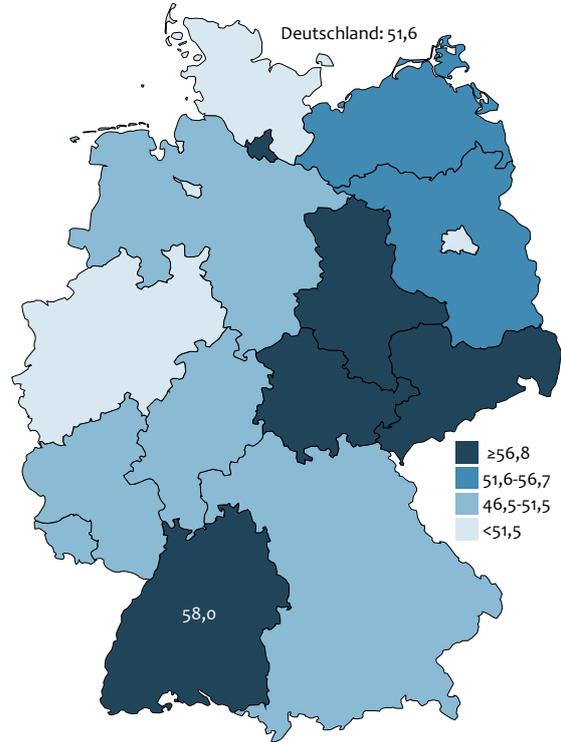
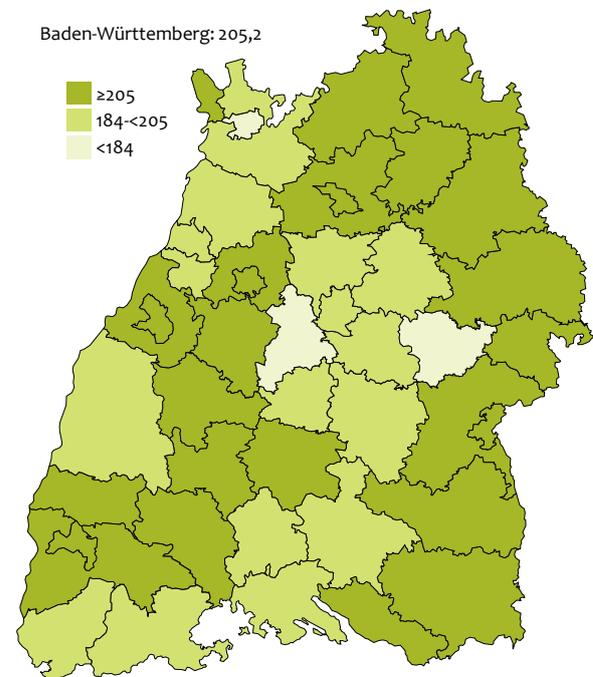
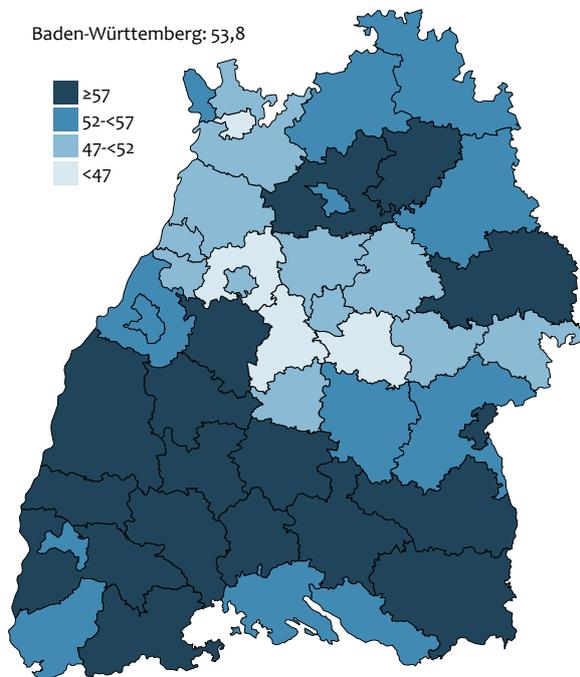


Abb. 63 Männliche Sterblichkeit 2008-2012 (links, pro 100.000) und Krankenhausfälle 2012 (rechts, pro 10.000) durch Verletzungen, Vergiftungen und sonstige sog. Äußere Ursachen (S00-T98) in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs (Daten: STALA BW 2014, altersstandardisiert, eigene Berechnung)



Wo Männer in Baden-Württemberg wie häufig tödliche Verletzungen erleiden und deswegen in Krankenhausbehandlung sind, ist Abb. 63 zu entnehmen. Die Karten zeigen teilweise Übereinstimmungen, aber

auch Differenzen. Die Unterschiede zwischen Todesursachen- und Krankenhausstatistik können durch regional evtl. unterschiedliche Häufigkeiten leichterer Verletzungen zustande kommen, ebenso aber auch

dadurch, dass die Krankenhausbehandlungshäufigkeit durch die regionale Dichte und Qualität ambulanter Versorgungsangebote beeinflusst wird. Eine mögliche Ursache kann aber auch sein, dass sich die diagnostische Einordnung bei Krankenhausbehandlungen regional etwas unterscheidet.

Bezüglich tödlicher Verletzungen zeigt sich für Männer in Baden-Württemberg eine vergleichsweise geringe Betroffenheit im Verdichtungsraum um Stuttgart und in den Regionen Mittlerer Oberrhein und Rhein-Neckar. Besonders häufig zu tödlichen Unglücken kommt es bei Männern in einem breiten Streifen im südlichen Baden-Württemberg, der den südlichen Oberrhein, den Schwarzwald, den Bodenseeraum, Oberschwaben und die Stadt Ulm umfasst. Am stärksten betroffen sind die Landkreise Tuttlingen, Sigmaringen und Ravensburg (Sterblichkeit >67/100.000). Ein weiterer Schwerpunkt zeigt sich nördlich vom Raum Stuttgart in Teilen der Region Heilbronn-Franken und im Ostalbkreis.

2.4.5.1. UNFÄLLE (V01-X59)

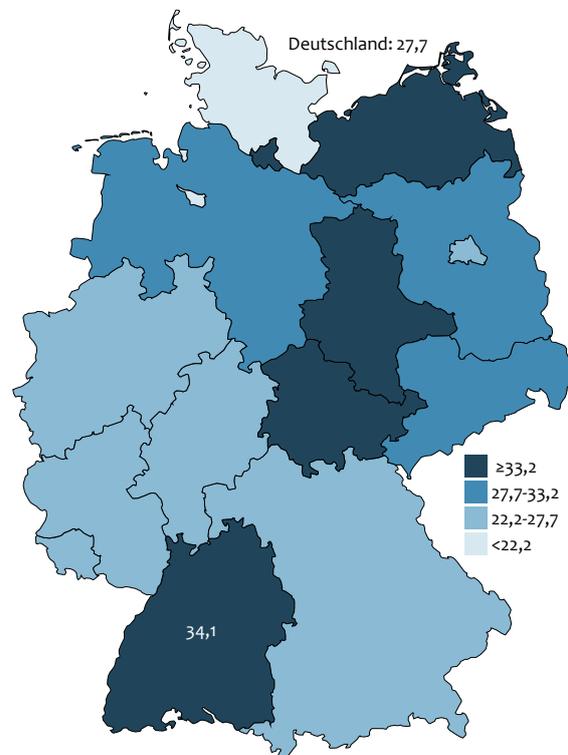
Unfälle waren in Baden-Württemberg 2011-2013 für 58% der oben beschriebenen äußerlich bedingten Todesfälle verantwortlich (in Deutschland 53%). In Abgrenzung zu Gewalttaten an sich oder anderen geschehen sie unbeabsichtigt. Sie sind bei Männern häufiger, durchschnittlich schwerer, geschehen aber vor allem früher als bei Frauen (Varnaccia et al. 2014). Dadurch entfallen in Deutschland drei von vier vor dem 65. Lebensjahr durch Unfälle verlorenen Lebensjahren auf Männer (RKI 2014b). Im Jugend- und jungen Erwachsenenalter sind Unfälle die Ursache für etwa jeden dritten Todesfall bei Jungen und Männern. Gleichzeitig sind Unfälle weitgehend vermeidbar und damit eines der wichtigsten Themen der Männergesundheit. Die Sterblichkeit durch Unfälle ist in Deutschland zwischen 1980 und 2013 um 58,4% gesunken (eigene Berechnung nach GBE Bund 2015).

Unfälle treten in abnehmender Häufigkeit im häuslichen Umfeld, in der Freizeit, bei der Arbeit und im Straßenverkehr auf (Varnaccia et al. 2014). Männer erleiden dabei sehr viel häufiger Arbeits- und Freizeitunfälle, dies wiederum auch in Abhängigkeit von der sozialen Situation: In schlechter sozialer Lage erleiden Männer häufiger Arbeitsunfälle, in guter sozialer Lage häufiger Freizeitunfälle (Varnaccia et al. 2014). Im Jahre 2010 erlitt deutschlandweit jeder fünfte Mann zwischen 18 und 29 Jahren einen Unfall, mit steigender Tendenz (RKI 2012a). Schwere, tödliche Unfälle treten mit zunehmendem Alter deutlich häufiger auf. Ab dem Alter von 65 Jahren erleiden Frauen etwas häufiger Unfälle als Männer. Bei Männern in Baden-Württemberg ist die Häufigkeit tödlicher Unfälle gegenüber Deutschland 2013 deutlich erhöht (+23,1%,

Wie beschrieben erlaubt die dargestellte Diagnose-Kategorie S-T keine Zuordnung zu Ursachen. Sie summiert einen Großteil möglicher Ursachen und erlaubt dadurch die dargestellte geschlechtsspezifische statistische Auswertung bis auf Stadt- oder Kreisebene. Für die Maßnahmenplanung ist es aber wichtig, diese Ursachen zu kennen. Die häufigsten „äußeren Ursachen“ für Verletzungen, Vergiftungen und andere ähnliche Gesundheitsfolgen sind verschiedene Formen von Unfällen und Suizide. Sie alle treten häufiger bei Männern auf. Unfälle allgemein und speziell durch Transportmittel und Stürze werden im Folgenden beschrieben. Suizide treten meist im Zusammenhang mit psychischen Störungen auf und werden daher auch dort behandelt. Die glücklicherweise deutlich selteneren Todesfälle durch Gewalttaten werden in Kapitel 5.4 erörtert. Alle gerade genannten Todesursachen können fallzahlbedingt allerdings nicht mehr geschlechtsspezifisch bis auf Kreisebene ausgewertet werden.

siehe Abb. 64) Abb. 65 unten zeigt, dass die Unfallsterblichkeit in Baden-Württemberg seit 2007 kontinuierlich höher ist als in Deutschland, mit tendenziell wachsender Abweichung.

Abb. 64 Sterblichkeit durch Unfälle (V01-X59) im Bundesvergleich 2013, Männer pro 100.000 (Daten: GBE Bund 2015, altersstandardisiert, eigene Berechnung)



Betrachtet man den Altersverlauf des tödlichen Unfallgeschehens über die Jahre 2011 bis 2013 (Abb. 66, Abb. 67), so zeigt sich einerseits die sowohl bundesweit wie auch in Baden-Württemberg bestehende starke Altersabhängigkeit tödlicher Unfälle. Daneben zeigt sich aber auch, dass die überdurchschnittliche Sterblichkeit in Baden-Württembergs v.a. ältere Männer betrifft. Am stärksten weicht die Rate an tödlichen Unfällen in der ältesten Altersgruppe der mindestens 90-Jährigen ab (+36,8%). Unfälle sind zu einem großen Teil vermeidbar und damit ein wichtiger Präventions-

schwerpunkt. Hierfür spielen Gesundheits- und Risikoverhalten eine wesentliche Rolle (→ Kapitel 5). Die Häufigkeit von tödlichen Unfällen von Männern und Frauen lässt sich für Baden-Württemberg bisher leider nicht auf Stadt- und Landkreisebene auswerten, ebenso wenig wie die Häufigkeit von Krankenhausbehandlungen aufgrund von Unfällen. Was aber möglich ist, ist die regionale Auswertung zweier wichtiger differenzierterer Ursachen tödlicher Unfälle, nämlich für Transportmittelunfälle und Stürze. Diese werden im Folgenden beschrieben.

Abb. 65 Unfallsterblichkeit von Männern 1980-2013: Baden-Württemberg und Deutschland, pro 100.000 (Daten: GBE Bund 2015, altersstandardisiert, eigene Darstellung)

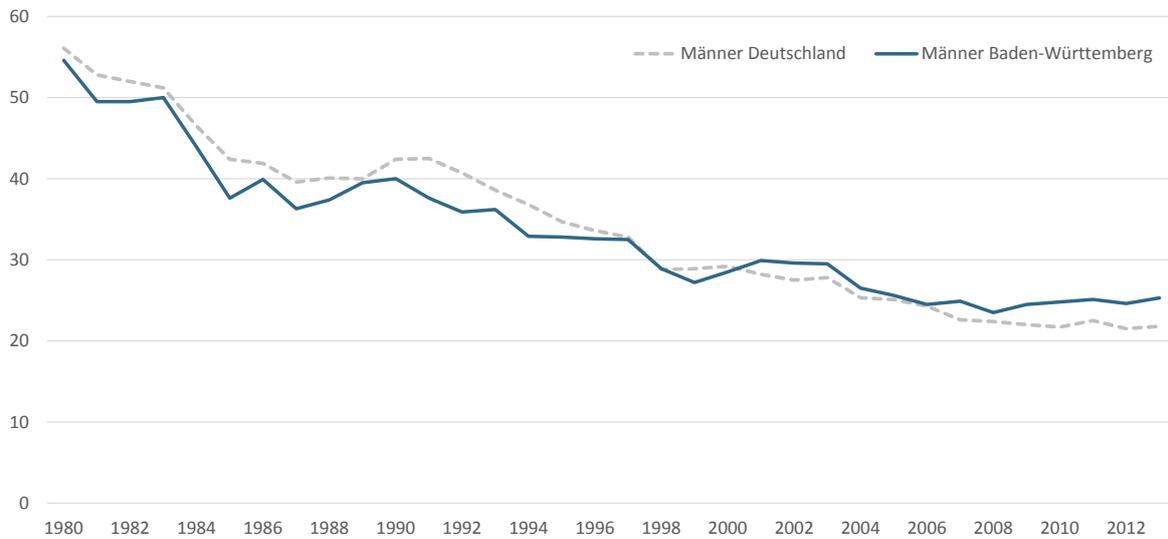


Abb. 66 Sterblichkeit durch Unfälle (V01-X59) bei Männern bis 65 Jahre, nach Alter 2011-2013, Deutschland und Baden-Württemberg, pro 100.000 (Daten: GBE Bund 2015, altersstandardisiert, eigene Berechnung)

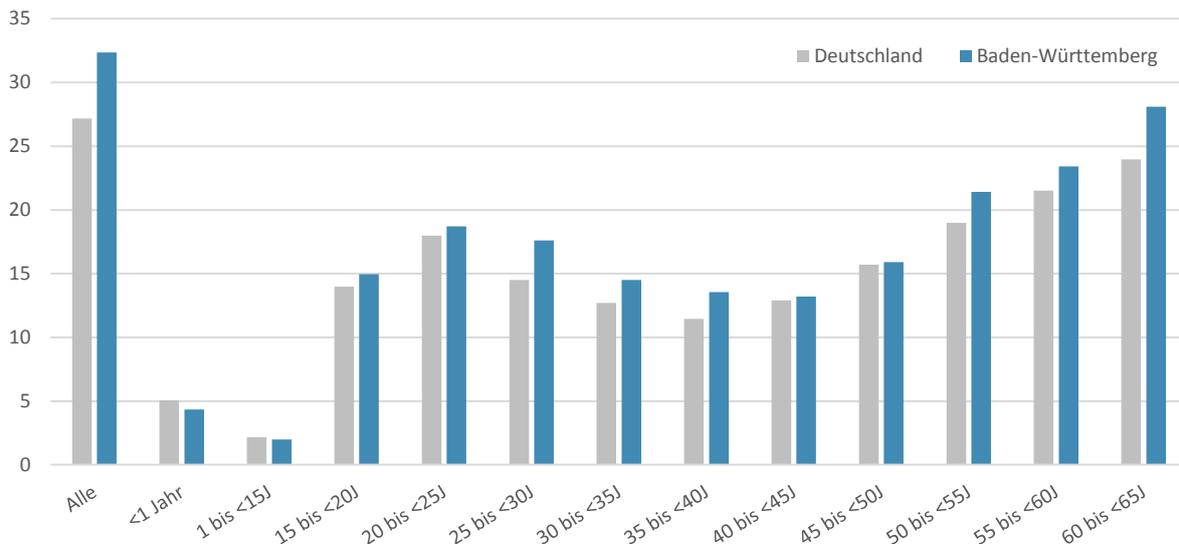
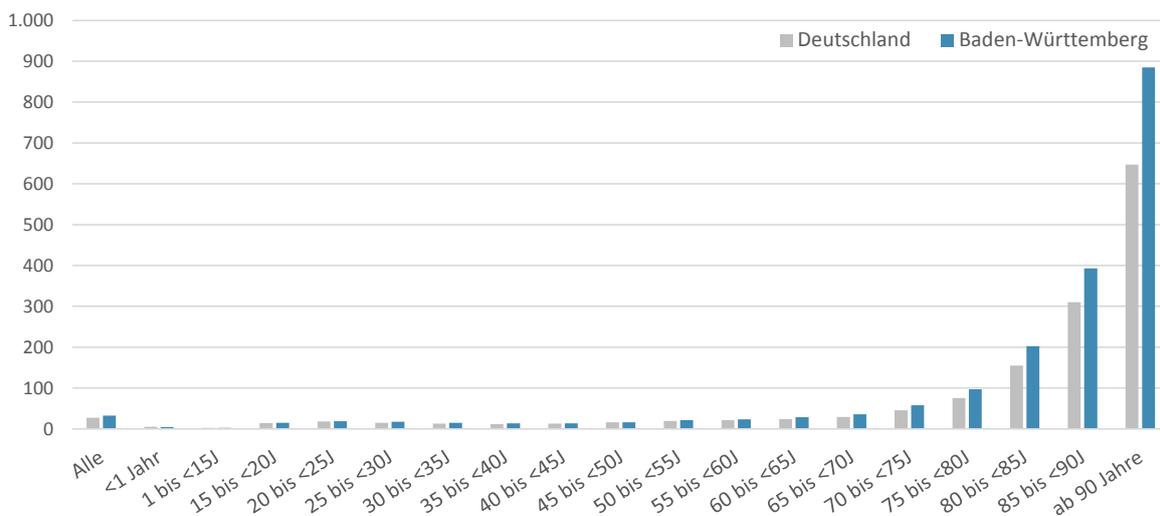


Abb. 67 Sterblichkeit durch Unfälle (V01-X59) bei Männern aller Altersgruppen, nach Alter 2011-2013, Deutschland und Baden-Württemberg, pro 100.000 (Daten: GBE Bund 2015, altersstandardisiert, eigene Berechnung)

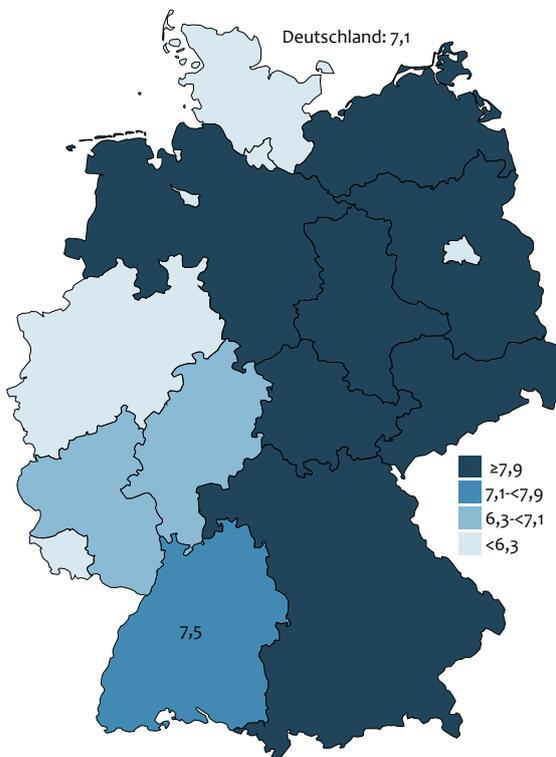


2.4.5.2. VERKEHRSUNFÄLLE (V01-V99)

Verkehrsunfälle (ICD-10: V01-99: „Transportmittelunfälle“) können zu Land, Luft oder Wasser geschehen, am weitest häufigsten sind sie jedoch im Straßenverkehr. Unter den Verkehrsunfällen mit tödlichem Ausgang dominieren solche mit Personenkraftwagen, Fußgängern, Motorrädern und Fahrrädern. International gehören Verkehrsunfälle zu den wichtigsten Verursachern von globaler Krankheitslast und stellen die zehntwichtigste Ursache für den Verlust von Lebensjahren und Lebensqualität dar, bei zunehmender globaler Bedeutung (Murray et al. 2012). In Deutschland sind etwa ein Viertel der tödlichen Unfälle Verkehrsunfälle. Ihre Häufigkeit ist zwischen 1980 und 2013 um mehr als 75%, also ganz erheblich gesunken (Abb. 69).

Dieses Geschlechterverhältnis ist bekannt und hat viele Ursachen. So fahren Männer durchschnittlich nicht unerheblich mehr Kilometer als Frauen, sie fahren darüber hinaus aber auch anders, wettbewerbs- und risikofreudiger sowie häufiger unter Alkoholeinfluss (RKI 2014b).

Abb. 68 Sterblichkeit durch Transportmittelunfälle (V01-V99) im Bundesvergleich 2013, Männer pro 100.000 (Daten: GBE Bund 2015, altersstandardisiert, eigene Berechnung)



	Männer	Frauen
Todesfälle insgesamt	2.132	729
PYLL (1-64 J.)	45.913	13.641
Gesamtanteil PYLL	8,0%	4,5%

Tab. 16 Anzahl Todesfälle und verlorene Lebensjahre im Alter von 1 bis 64 Jahren (PYLL) durch Transportmittelunfälle (V01-V99) in Baden-Württemberg 2008-2012 nach Geschlecht (Daten: STALA BW 2014; eigene Berechnungen)

Männer sind deutlich häufiger von schweren Verkehrsunfällen betroffen als Frauen. In Baden-Württemberg verstarben 2008 bis 2012 insgesamt 2.132 Männer in Verkehrsunfällen, d.h. fast dreimal mehr als Frauen (729 Todesfälle, siehe Tab. 16). Der Geschlechterunterschied bei den verlorenen Lebensjahren vor dem 65. Lebensjahr von 45.913 bei Männern und 13.641 bei Frauen ist noch deutlicher und spiegelt wider, dass Männer v.a. in jüngeren Lebensjahren betroffen sind. Entsprechend sind Verkehrsunfälle für 8% und damit einen nicht unerheblichen Anteil aller vor dem Alter 65 verlorenen Lebensjahre bei Männern verantwortlich.

Entsprechend zeigt sich für Männer in Deutschland wie auch in Baden-Württemberg die aus vielen Untersuchungen bekannte Häufung tödlicher Unfälle zwischen 15. und 30. Lebensjahr (Abb. 70). Diese wird auf die gerade in dieser Altersspanne häufigere riskante Fahrweise und Selbstüberschätzung zurückgeführt. Dieser Gipfel der Altersverteilung in jungen Jahren ist in Baden-Württemberg ebenso stark ausgeprägt wie in Deutschland. Ausschlaggebend für die in Baden-Württemberg insgesamt leicht erhöhte Sterblichkeit an Verkehrsunfällen ist dagegen, dass Männer nach dem 65. Lebensjahr in allen Altersgruppen häufiger tödlich im Verkehr verunglücken als deutschlandweit. Die Häufig-

keit tödlicher Verkehrsunfälle bei Männern war in Baden-Württemberg 2013 gegenüber Deutschland um 7% erhöht (Abb. 68). Der Deutschlandkarte ist gleichzeitig zu entnehmen, dass ihre Häufigkeit ein ausgeprägtes Land-Stadt-Gefälle aufweist. So sind die Stadtstaaten und sonstige Verdichtungsräume vergleichsweise wenig betroffen, in ländlichen Räumen treten tödliche Verkehrsunfälle deutlich häufiger auf. Ursache für dieses sich immer wieder zeigende Muster sind die höheren Durchschnittsgeschwindigkeiten auf Landstraßen etwa gegenüber städtischen Verkehrswegen.

Abb. 69 Sterblichkeit an Transportmittelunfällen von Männern 1980-2013: Baden-Württemberg und Deutschland, pro 100.000 (Daten GBE Bund 2015, altersstandardisiert, eigene Darstellung)

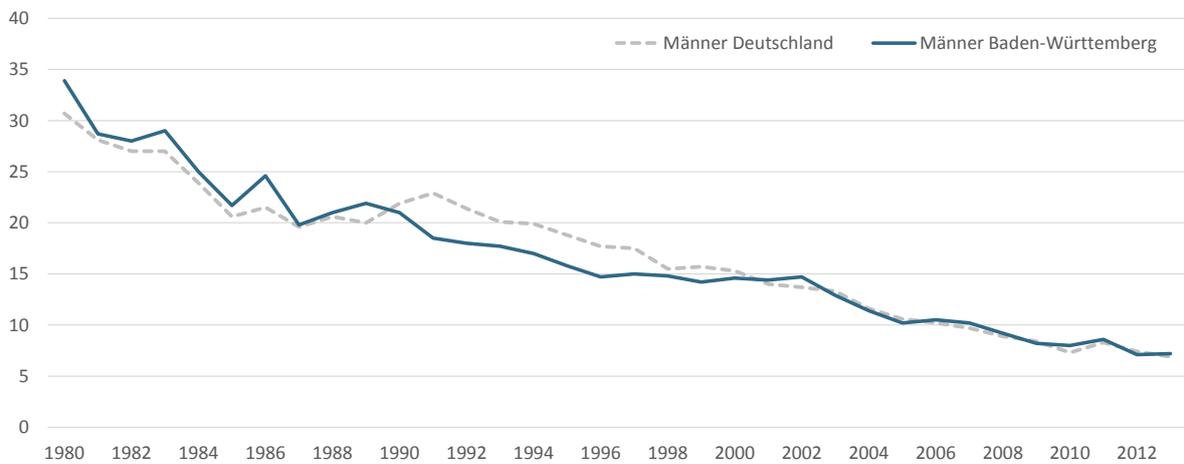
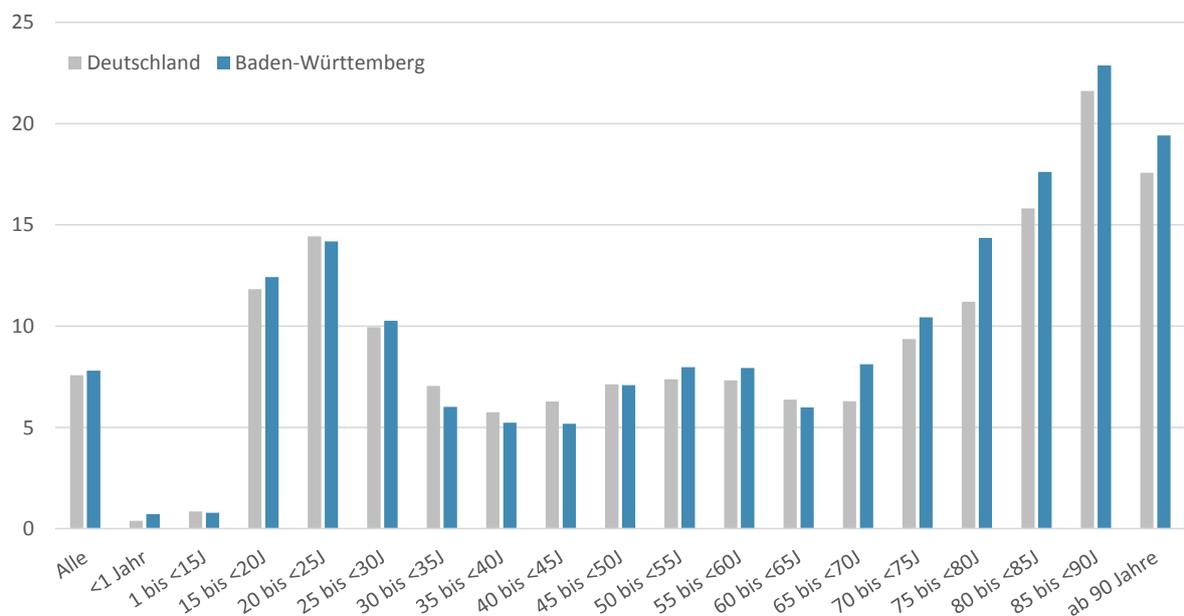


Abb. 70 Sterblichkeit durch Transportmittelunfälle bei Männern nach Alter 2011-2013, Deutschland und Baden-Württemberg, pro 100.000 (Daten GBE Bund 2015, eigene Darstellung)

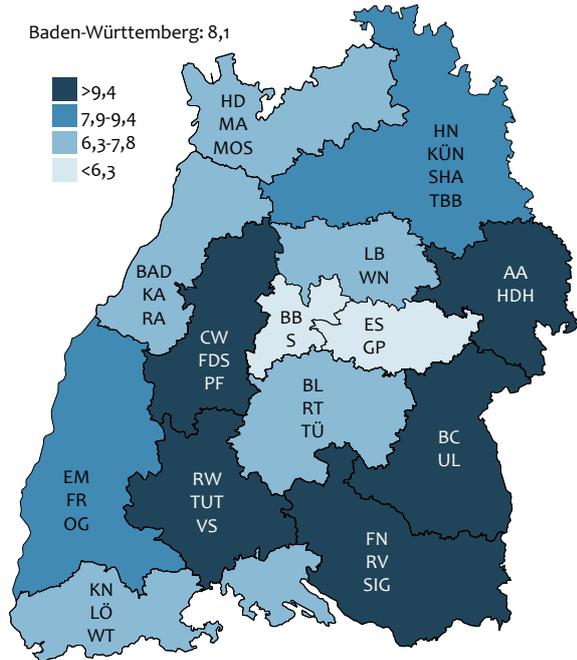


Aufgrund der glücklicherweise geringen Anzahl tödlicher Verkehrsunfälle ließen sich für diesen Bericht keine geschlechts- und gleichzeitig kreispezifischen

Analysen durchführen. Möglich war aber eine Auswertung der Sterblichkeit für die Regionen Baden-Württembergs, wobei die Region Stuttgart in drei Teilregion-

nen analysiert werden konnte. Abb. 71 zeigt, dass innerhalb Baden-Württembergs der Stuttgarter Raum sowie die Regionen Mittlerer Oberrhein, Rhein-Neckar und Hochrhein-Bodensee vergleichsweise wenig betroffen sind. Deutlich überdurchschnittlich viele männliche Verkehrstote sind im Schwarzwald und den Regionen Bodensee-Oberschwaben, Donau-Iller und Ostwürttemberg zu beklagen.

Abb. 71 Sterblichkeit durch Transportmittelunfälle (V01-V99) in den Regionen Baden-Württembergs 2008-2012, Männer pro 100.000 (Daten: STALA BW 2014, altersstandardisiert, eigene Berechnung)

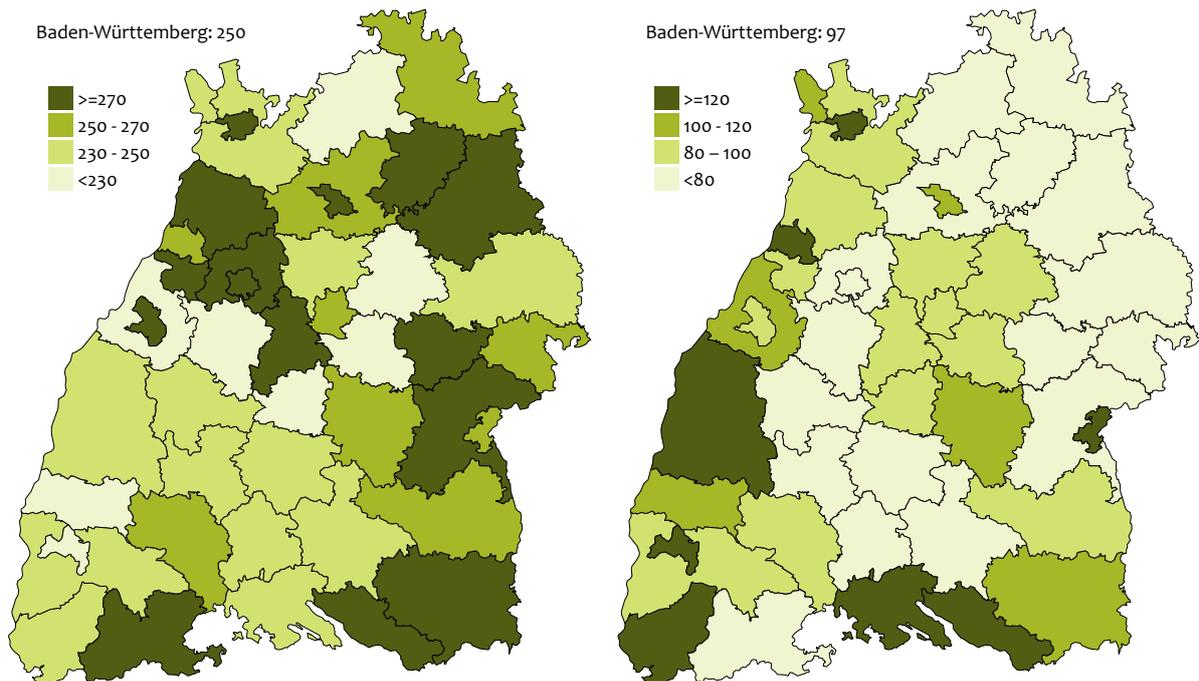


Das o.g., auch bundesweit sichtbare Land-Stadt-Gefälle der Sterblichkeit durch Verkehrsunfälle ist auf Regionalebene nur teilweise erkennbar (Abb. 71 unten). Frühere, geschlechtsübergreifende Analysen zur Sterblichkeit durch Verkehrsunfälle zeigten dieses Muster jedoch auch für Baden-Württemberg (Bodenseekreis 2001).

Neben der Todesursachenstatistik steht für Analysen zu Verkehrsunfällen die polizeiliche Straßenverkehrsunfallstatistik zur Verfügung. Aufgrund der sehr viel höheren Zahl an aufgenommenen Unfällen kann diese auch auf Kreisebene ausgewertet werden. Diese Statistik wird jedoch nicht auf den Wohnort, sondern auf den Unfallort bezogen geführt, wodurch stark durch Pendel- oder Reiseverkehr betroffene Kreise deutlich höhere Zahlen aufweisen. Die allgemeine regionale Betroffenheit durch Verkehrsunfälle kann dabei sehr von der Häufigkeit tödlicher Unfallereignisse abweichen, da Unfallschwerpunkte nicht automatisch auch Schwerpunkte für schwere Unfälle darstellen müssen.

Die linke Karte in Abb. 72 zeigt die männlichen PKW-Unglücksschwerpunkte der Straßenverkehrsunfallstatistik. Für den Bodensee-, den Alb-Donau- und Enzkreis, die Stadt Pforzheim und den Kreis Ravensburg zeigt sich eine gewisse Deckung mit der männlichen Verkehrsunfallsterblichkeit aus Abb. 71. Die rechte Karte der Abb. 72 zeigt Fahrradunglücke bei Jungen und Männern. Sie geschehen überdurchschnittlich häufig in einigen Großstädten, Teilen der Rheinebene und rund um den Bodensee. Dies spiegelt v.a. die Häufigkeit der Fahrradnutzung wider, etwa durch regionale studentische oder touristische Prägung.

Abb. 72 Verunglückte Männer bei Straßenverkehrsunfällen mit dem PKW (links) und dem Fahrrad (rechts) in Baden-Württemberg 2013 pro 100.000 Einwohner nach Unfallort (Daten: STALA BW 2015, eigene Berechnung)



2.4.5.3. STÜRZE (W00-W19)

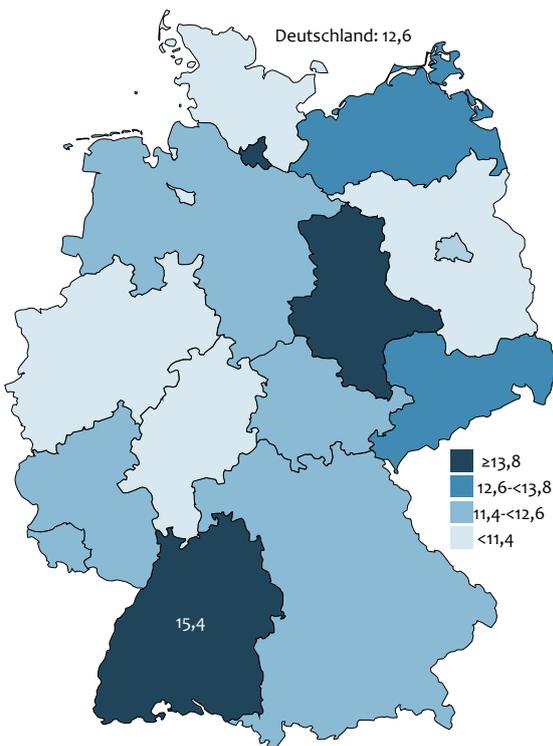
Stürze als wesentliche spezifische Unfallart gehören weltweit zu den wichtigsten 20 Ursachen für die globale Krankheitslast, mit steigender Bedeutung zwischen 1990 und 2010 (Murray et al. 2012). Auch in Deutschland zeigt sich in den letzten Jahren ein Anstieg der Zahl der Stürze (DESTATIS 06.12.2012). Unter den hierzulande ärztlich behandelten Unfällen sind Stürze die häufigste Ursache (Varnaccia et al. 2014). Gleichzeitig gehören Stürze zu den weitgehend vermeidbaren Ereignissen.

	Männer	Frauen
Todesfälle insgesamt	3.347	3.624
PYLL (1-64 J.)	8.966	2.640
Gesamtanteil PYLL	1,6%	0,9%

Tab. 17 Anzahl Todesfälle und verlorene Lebensjahre im Alter von 1 bis 64 Jahren (PYLL) durch Stürze (W00-W19) in Baden-Württemberg 2008-12 nach Geschlecht (Daten: STALA BW 2014; eigene Berechnungen)

Stürze stellen in Deutschland die zweithäufigste nicht-natürlich Todesursache dar. Tödliche Stürze geschehen bei Frauen etwas häufiger als bei Männern, bei denen sie jedoch durchschnittlich erheblich früher auftreten. Dadurch verlieren Männer sehr viel mehr Lebensjahre vor dem 65. Lebensjahr durch Stürze, in Baden-Württemberg mit knapp 9.000 Jahren mehr als das Dreifache von Frauen (Tab. 17). Der weitaus

Abb. 73 Sterblichkeit durch Stürze (W00-W19) im Bundesvergleich 2013, Männer pro 100.000 (Daten: GBE Bund 2015, altersstandardisiert, eigene Berechnung)



größte Teil aller Stürze tritt jedoch im höheren Lebensalter auf und führt dann häufig zu Hüftverletzungen (Rapp et al. 2012). Ältere Menschen sind somit auch die primäre Zielgruppe der Sturzprävention.

Die Sterblichkeit der Männer in Baden-Württemberg durch Stürze war 2013 gegenüber Deutschland erheblich, nämlich um 22,8% erhöht (Abb. 73). Die altersspezifische Analyse in Abb. 75 und Abb. 76 auf der nächsten Seite zeigen einerseits die starke Altersabhängigkeit tödlicher Stürze. Zu anderen machen sie deutlich, dass das in Baden-Württemberg überdurchschnittliche Risiko tödlicher Stürze insbesondere ältere Männer betrifft.

Stürze im Alter geschehen aus unterschiedlichen Gründen. Unterschieden werden müssen vor allem Stürze im und außer Haus, da sie zwei gegensätzlich zu charakterisierende Gruppen betreffen. Stürze im Haus sind bei Frauen häufiger und betreffen (bei beiden Geschlechtern) häufiger Personen mit deutlichen gesundheitlichen Einschränkungen und Gebrechlichkeit. Stürze außer Haus sind bei Männern häufiger und geschehen eher Älteren mit überdurchschnittlich guter Gesundheit und Mobilität (Kelsey et al. 2010). Aufgrund der vorliegenden Daten lässt sich nicht sagen, ob in Baden-Württemberg eher gebrechliche oder eher vergleichsweise gesunde ältere Männer häufiger durch einen Sturz zu Tode kommen.

Abb. 74 Sterblichkeit durch Stürze (W00-W19) in Regionen Baden-Württembergs 2008-2012, Männer pro 100.000 (Daten: STALA BW 2014, altersstand., eigene Darstellung)

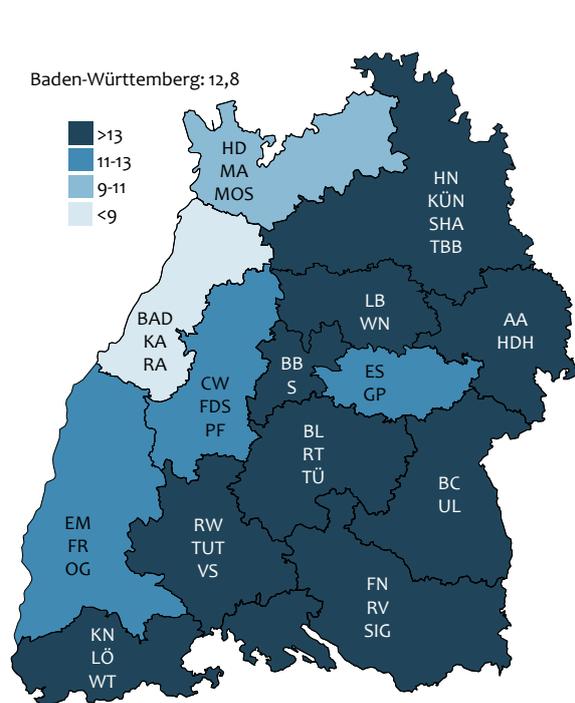


Abb. 74 zeigt die männliche Sterblichkeit an Stürzen 2008-2012 in den Regionen Baden-Württembergs (Kreisauswertung fallzahlbedingt nicht möglich). Die Abweichung von Baden-Württemberg gegenüber Deutschland wurde in die Darstellung einbezogen, wodurch die Mehrzahl Regionen dunkel eingefärbt ist. Mit Abstand am höchsten ist die Sterblichkeit in der Region Schwarzwald-Baar-Heuberg (19,3). Einzig die Regionen Rhein-Neckar und Mittlerer Oberrhein sind unterdurchschnittlich betroffen.

Andere hinzugezogene Datenquellen zeigen, dass ältere Männer in Baden-Württemberg körperlich eher

überdurchschnittlich aktiv und seltener pflegebedürftig sind (→ Kapitel 5 und 7). Dies passt auch zur höheren Lebenserwartung von Männern in Baden-Württemberg, da mit ihr wahrscheinlich ein überdurchschnittlich guter Gesundheitszustand in fast allen Altersgruppen zu erwarten wäre. Bundesweite Befragungen zeigen auch, dass der Anteil von Freizeitunfällen in Baden-Württemberg höher ist als bundesweit (→ Kapitel 5). Insofern weisen einige Befunde darauf hin, dass es sich in Baden-Württemberg eher um ein Mehr an Stürzen vergleichsweise gesunder und aktiver Älterer handelt.

Abb. 75 Sterblichkeit durch Stürze bei Männern nach Alter 2011-2013, Deutschland und Baden-Württemberg, pro 100.000 (Daten GBE Bund 2015, altersstandardisiert, eigene Darstellung)

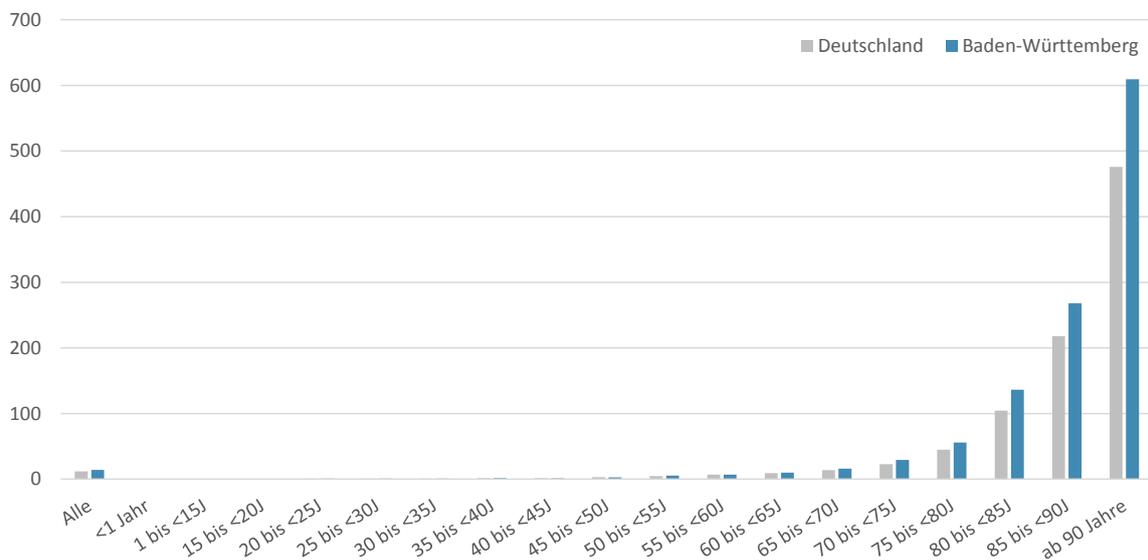
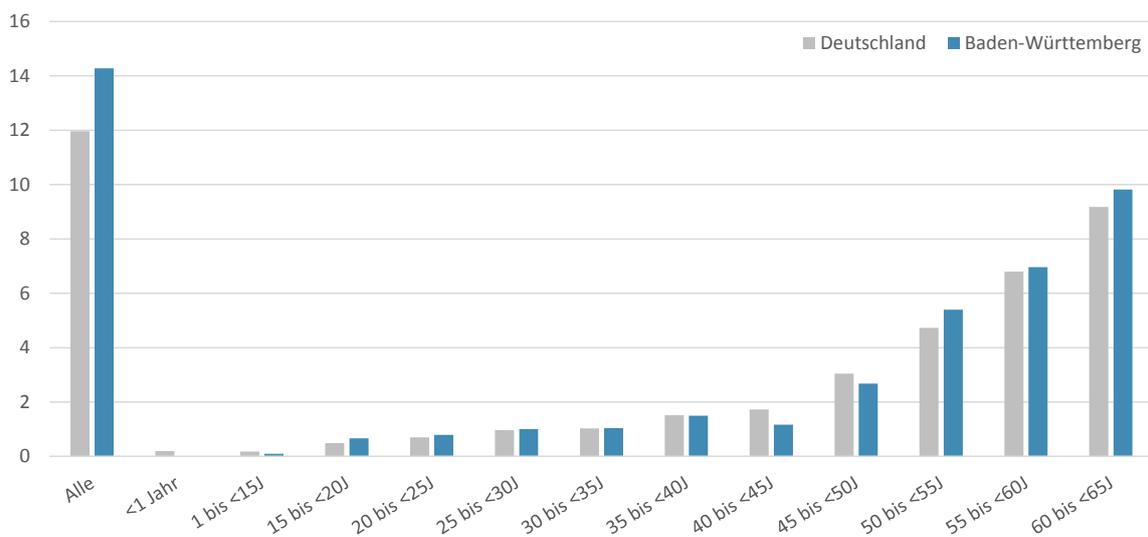


Abb. 76 Sterblichkeit durch Stürze bei Männern bis 65 Jahre, nach Alter 2011-2013, Deutschland und Baden-Württemberg, pro 100.000 (Daten GBE Bund 2015, altersstandardisiert, eigene Darstellung)



2.4.5.4. DISKUSSION

Für Baden-Württemberg zeigt sich eine gegenüber Deutschland erhöhte männliche Sterblichkeit an Verletzungen und anderen Folgen sogenannter äußerer Ursachen. Erheblich gegenüber dem Bundesschnitt erhöht ist dabei v.a. die Sterblichkeit durch Unfälle, und dies insbesondere für Männer im höheren Lebensalter.

Tieferegehende Analysen zeigen eine im bundesweiten Vergleich leicht erhöhte Sterblichkeit an Verkehrsunfällen, dies v.a. in den Altersgruppen ab 65 Jahren. Wie auf Bundesebene zeigt die Sterblichkeit an Verkehrsunfällen auch in Baden-Württemberg ein Land-Stadt-Gefälle, bedingt durch die höheren Durchschnittsgeschwindigkeiten und erhöhte Gefahr schwerer Verkehrsunfälle gerade auf Landstraßen. Insbesondere für ländlichere Regionen kann eine Schwerpunktsetzung in diesem Themenfeld daher sinnvoll sein.

Eine deutlich gegenüber dem Bundesschnitt erhöhte männliche Sterblichkeit zeigt sich in Baden-Württemberg für Stürze, wiederum v.a. für ältere Männer. Das Risiko, tödlich zu stürzen, ist auch bundesweit stark altersabhängig, in Baden-Württemberg ist dies jedoch v.a. für Männer ab 65 Jahren noch stärker ausgeprägt. Schwere Stürze im Alter können aus fast gegensätzlichen Gründen geschehen, einerseits durch Immobilität, Sturzängste oder Gebrechlichkeit (häufig im Haus), andererseits auch durch vergleichsweise gute Mobilität, evtl. gekoppelt mit einer gewissen Selbstüberschätzung trotz gewisser altersbedingter Einschränkungen. Auf Basis der zur Verfügung stehenden Daten lässt sich nicht sagen, wodurch die häufigeren tödlichen Stürze in Baden-Württemberg geschehen.

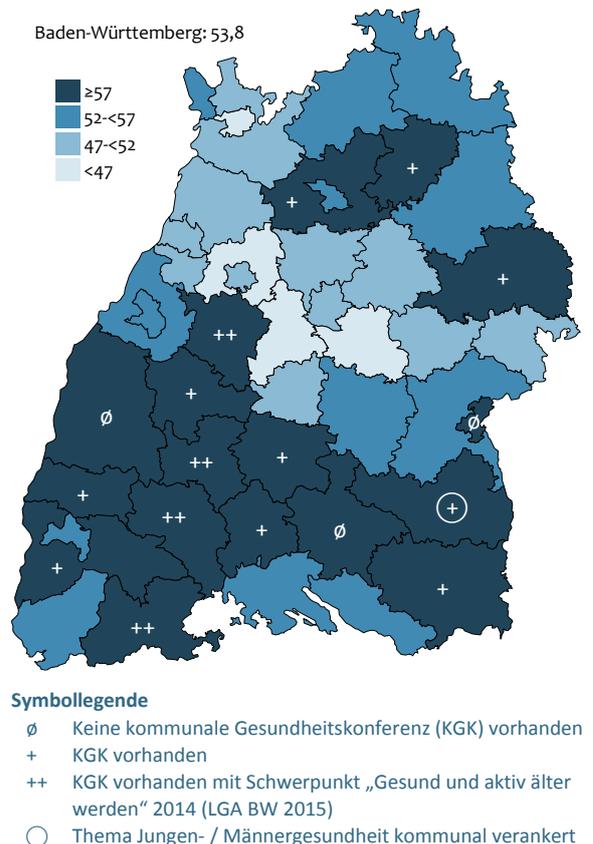
O.g. Ergebnisse korrespondieren jedoch damit, dass ältere Männer in Baden-Württemberg durchschnittlich sportlicher sowie seltener pflegebedürftig sind als deutschlandweit (→ Kapitel 5 und 7). Des Weiteren zeigen bundesweite Studien, dass Männer in Baden-Württemberg häufiger von Freizeitunfällen betroffen sind und dass Verunglückte im Straßenverkehr häufiger auf Fahrrad oder Motorrad unterwegs waren. D.h. es bestehen einige Anhaltspunkte für die Annahme, dass Männer in Baden-Württemberg überdurchschnittlich aktiv sind und evtl. genau deswegen auch häufiger tödliche Unfälle erleiden.

Die Datenlage lässt jedoch Fragen offen und kreisspezifische Auswertungen waren wegen möglicher Zufallsschwankungen nicht durchgängig möglich. Auch wegen der Vielzahl möglicher Einflussfaktoren sollte die konkrete Deutung und eventuelle Maßnahmenplanung auf lokaler Ebene erfolgen (→ Kapitel 2.2). Die ideale Struktur dafür sind die kommunalen Gesundheitskonferenzen, um unter Einbezug lokaler Expertise Fachdiskussionen durchzuführen sowie ggf. gezielt Maßnahmen auf Stadt- oder Kreisebene zu planen.

Da v.a. erwachsene und ältere Männer betroffen sind, ist den Gesundheitskonferenzen in besonders betroffenen Regionen eine genderspezifische Schwerpunktsetzung im Themenfeld „Gesund und aktiv älter werden“ zu empfehlen. Handlungsschwerpunkte sollten dabei möglichst auf einer vertieften Gesundheitsberichterstattung vor Ort basieren. Daraus können sich unterschiedliche Themenschwerpunkte ergeben, etwa in den Bereichen der häuslichen, Arbeits-, Freizeit- oder Verkehrsunfälle. Basierend auf der gemeinsamen Analyse der lokalen Ausgangslage und o.g. Themenschwerpunkte sind auch unterschiedliche Maßnahmenschwerpunkte denkbar. Diese können sich v.a. auf die Unfallprävention im häuslichen Bereich, der Freizeit, in den Betrieben und dem Straßenverkehr beziehen. Ebenso kann sich aber auch eine Schwerpunktsetzung auf die Notfallversorgung und die Optimierung der Rettungswege ergeben, da diese entscheidende Bedeutung für den Verlauf schwerer Unfälle haben.

Abb. 77 zeigt dunkel eingefärbt nochmals die Kreise mit einer auffällig hohen Sterblichkeit durch Verletzungen und Vergiftungen (ICD-10: S00-T98) bei Männern im Zeitraum 2008 bis 2012.

Abb. 77 Sterblichkeit 2008-2012 durch Verletzungen, Vergiftungen und sonstige Äußere Ursachen (S00-T98) in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs (Männer pro 100.000) nach Vorhandensein und Schwerpunktsetzung einer kommunalen Gesundheitskonferenz (Daten: STALA BW 2014, altersstandardisiert, eigene Berechnung)



Darunter lassen sich für drei Gruppen von betroffenen Kreisen unterschiedliche Empfehlungen aussprechen:

1. Bisher existiert keine kommunale Gesundheitskonferenz (∅): Empfohlen wird die Einrichtung einer Gesundheitskonferenz, die sich spezifisch mit der Thematik befasst.
2. Eine kommunale Gesundheitskonferenz existiert, das Thema „Gesund und aktiv älter werden“ (GÄW) war jedoch 2014 kein Themenschwerpunkt (+): Hier existieren gute Ausgangsbedingungen für die Auseinandersetzung mit dem Befund. Empfohlen wird eine gender- und verletzungsspezifische Themenschwerpunktsetzung im Bereich GÄW.

3. Eine kommunale Gesundheitskonferenz existiert, das Thema GÄW war 2014 Themenschwerpunkt (++): Hier existieren sehr gute Ausgangsbedingungen für die Auseinandersetzung mit dem Befund. Empfohlen wird eine gender- und verletzungsspezifische Ausrichtung des Themenschwerpunkts GÄW.

Mit ○ herausgehoben ist der Kreis Biberach, in dem das Thema Jungen- und Männergesundheit bereits kommunal verankert ist (→ Kapitel 6.2). Dadurch bestehen besonders gute Ausgangsbedingungen, um sich männerspezifisch mit dem Befund zu befassen.

2.4.6. JUNGENGESUNDHEIT

Ebenso wenig wie es den „Mann“ gibt, gibt es den „Jungen“. Jungen unterscheiden sich stark je nach sozialem Kontext und kulturellem Hintergrund, in dem sie aufwachsen. Im Mittel sind Jungen jedoch über alle Altersphasen deutlich gefährdeter als Mädchen, durch schwerwiegende körperliche Erkrankungen oder gesundheitliche Probleme einen frühen Tod zu erleiden. Manche dieser „gemittelten Gesundheitsprobleme“ von Jungen sind eng mit ihrem Verhalten, gerade auch mit dem sogenannten „jungentypischem Risikoverhalten“, gekoppelt. Näher wird auf diese Aspekte in Kapitel 5 eingegangen.

In Baden-Württemberg ist die Datenlage zur Jungengesundheit leider schlechter als zur Männergesundheit. Anders als für Erwachsene sind die bundesweiten Studien des Robert Koch-Instituts zur Kinder- und Jugendgesundheit nicht für Baden-Württemberg auswertbar, da keine repräsentative Stichprobe für das Land befragt wurde. Somit fehlt für viele gesundheitsrelevante Aspekte bisher der bundesweite Vergleich. Möglich ist dieser Vergleich jedoch für Todesfälle unter Jungen, ein solcher wird daher im Folgenden dargestellt. Eine wertvolle Datenquelle für Vergleiche der Kindergesundheit innerhalb Baden-Württembergs stellt die Einschulungsuntersuchung dar. Auf ihr basiert der darauf folgende Großteil dieses Kapitels.

	Jungen	Mädchen
Säuglingssterblichkeit (0-1J)	813	633
Todesfälle 1 bis u20J	981	585
PYLL (0 bis u20J)	22.135	16.960
Gesamtanteil PYLL	3,9%	5,6%

Tab. 18 Anzahl Todesfälle und verlorene Lebensjahre vor dem 20. Lebensjahr (PYLL) insgesamt (A00-T98) in Baden-Württemberg 2008-12 nach Geschlecht (Daten: STALA BW 2014; eigene Berechnungen)

Tab. 18 zeigt, dass zwischen 2008 und 2012 in Baden-Württemberg 813 Jungen im ersten Lebensjahr verstorben sind (sogenannte Säuglingssterblichkeit). Dies sind 180 mehr Jungen als Mädchen (+28,4%). Im ersten Lebensjahr zum Tode führen können bei beiden Geschlechtern v.a. Geburtsprobleme oder angeborene Fehlbildungen. Im späteren Lebensalter, zwischen 1 und 20 Jahren war das Sterberisiko von Jungen gegenüber Mädchen um 59,1% erhöht. Die bei den Jungen und Heranwachsenden mit Abstand häufigste Todesursache in dieser Altersgruppe stellen Verletzungen, Vergiftungen oder ähnliche Ereignisse dar (ICD-10: S00-T98). Durch sie verlieren Jungen fast doppelt so viele Lebensjahre wie Mädchen. Auf diese Krankheitsgruppe wird in Kapitel 2.4.5 und 5 näher eingegangen.

Abb. 78 Säuglingssterblichkeit (links, pro 1.000) und Sterblichkeit von Jungen und männlichen Jugendlichen von 1 bis 20 Jahren (rechts, pro 100.000, altersstandardisiert) in den Nielsen-Regionen Deutschlands 2011-2013 (Daten: GBE Bund 2015, eigene Berechnung)

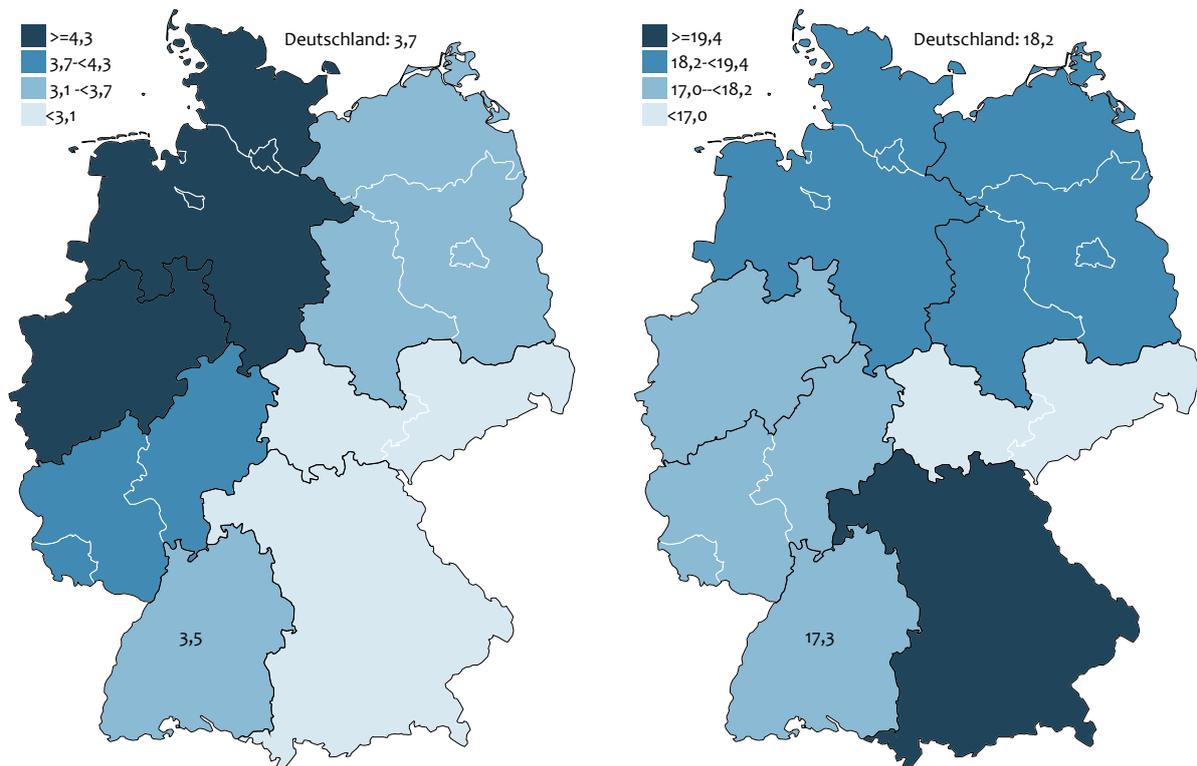


Abb. 78 zeigt, dass sowohl die Säuglingssterblichkeit wie auch die Sterblichkeit von Jungen zwischen 1 bis unter 20 Jahren in Baden-Württemberg unter dem bundesweiten Durchschnitt liegen. Da die Kindergesundheit ebenso wie diejenige der Erwachsenen eng mit der sozialen Situation assoziiert ist, war dieser positive Befund zu erwarten. Insgesamt versterben glücklicherweise wenige Kinder. Deswegen mussten selbst für eine Auswertung auf Ebene der Bundesländer aus statistischen Gründen mehrere Jahre und z.T. auch Bundesländer zusammengefasst werden (Nielsen-Regionen⁴). Eine Regionen- oder kreisspezifische Auswertung war aus diesem Grund nicht möglich.

Besonders für die Säuglingssterblichkeit spielt die Güte der gesundheitlichen Versorgung eine zentrale Rolle. Im internationalen Vergleich zeigen sich daher extreme Unterschiede, d.h. die Säuglingssterblichkeit in Deutschland ist demgegenüber insgesamt sehr niedrig. Die vergleichsweise geringen Unterschiede innerhalb Deutschlands ergeben sich einerseits aus den sozialen Bedingungen, andererseits aus der Inanspruchnahme von Betreuungsangeboten für Mütter und Neugeborene. Diese Angebote erreichen Familien mit Migrationshintergrund häufig schlechter (Razum 2011), weswegen gerade die Säuglingssterblichkeit auch mit dem Bevölkerungsanteil mit Migrationshintergrund assoziiert ist.

2.4.6.1. VORSORGEUNTERSUCHUNGEN

Die durch den öffentlichen Gesundheitsdienst durchgeführte Einschulungsuntersuchung stellt (außer den Untersuchungen direkt um die Geburt) die einzige Gesundheitsuntersuchung dar, die wirklich nahezu jedes Kind durchläuft. Gleichzeitig ist diese Untersuchung in vieler Hinsicht so standardisiert, dass vergleichende regionale Analysen sowie Verlaufsbeobachtungen über die Zeit möglich sind. Da fast jedes Kind an ihnen teilnimmt, ist deren Anzahl so groß, dass auch regionale Auswertungen auf Kreisebene möglich sind. Das macht die Einschulungsuntersuchung zu einer der

wertvollsten Quellen für die regionale Beurteilung der Kinder- und eben auch Jungengesundheit (Szagun, Starke 2005). In Baden-Württemberg wird die Einschulungsuntersuchung durch die kinder- und jugendärztlichen Dienste der Gesundheitsämter bei Kindern im Alter von 4 bis 5 Jahren durchgeführt. Die Informationen aus den Untersuchungen werden anonymisiert zusammengeführt, durch das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg analysiert und der Öffentlichkeit im Gesundheitsatlas zur Verfügung gestellt (www.gesundheitsatlas-bw.de). In vielen Städten und Kreisen erfol-

⁴ Sofern Bundesländer zusammengefasst werden mussten, wurden die aus der Marktforschung stammenden sogenannten „Nielsen-Regionen“ genutzt. Baden-Württemberg kann dabei als einzelne Region (IIIb) betrachtet werden.

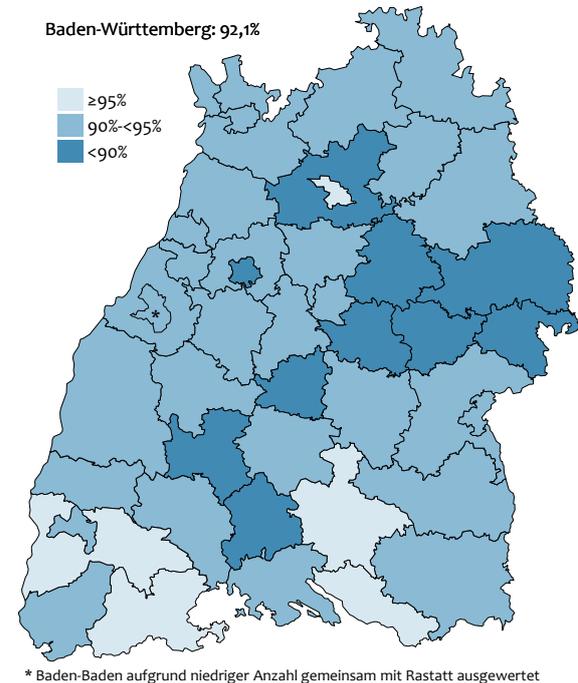
gen weitere, differenziertere Analysen, die eine wichtige Basis für die Arbeit der kommunalen Gesundheitskonferenzen darstellen.

Kinder und Jugendliche durchlaufen viele Entwicklungsschritte, die sich entscheidend auf das spätere Leben auswirken können. Werden gesundheitliche Probleme und entsprechender Behandlungs- oder Förderbedarf frühzeitig erkannt, kann dies entscheidend dazu beitragen, späteren Folgeproblemen zuvorzukommen. Deswegen ist eine ganze Reihe von Gesundheitsuntersuchungen für bestimmte Altersstufen vorgesehen, die von den Krankenkassen übernommen werden und zum Großteil zuzahlungsfrei sind. Die Untersuchungen U1-U11 sollen bei Kindern von kurz nach der Geburt bis zum 10. Lebensjahr stattfinden, die Jugenduntersuchungen J1-J2 vom 13. bis 18. Lebensjahr (Gemeinsamer Bundesausschuss 12.03.2011).

Die ersten dieser Untersuchungen im Lebenslauf werden von fast allen Eltern für ihre Kinder in Anspruch genommen, da sie kurz nach der Geburt in der nachgeburtlichen Betreuung stattfinden. Für spätere Untersuchungen zeigt sich ein zunehmender Abfall der Teilnehmeraten. Eine geringere Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen wird bei Kindern in schlechter sozialer Lage beobachtet (RKI 2015a). Die Teilnehmeraten zwischen Jungen und Mädchen unterscheiden sich hingegen nicht. Aufgrund des häufigeren Förderbedarfs von Jungen dürfte durch Nichtteilnahme bei Jungen jedoch mehr Förder- oder Behandlungsbedarf unentdeckt bleiben, mit teils erheblichen späteren Konsequenzen.

Die Kindervorsorgeuntersuchung U8 sollte kurz vor Vollendung des vierten Lebensjahrs stattfinden, sie ist daher ein guter Indikator für die regionale Inanspruchnahme der kindlichen Vorsorge zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung. Sie umfasst eine umfassende Erhebung der Vorgeschichte und körperliche Untersuchung, etwa der Beweglichkeit und Koordination. Zur Einschulungsuntersuchung bringen knapp 95%, d.h. fast alle Eltern die Vorsorge-Hefte für ihre Kinder mit,

Abb. 79 Anteil Jungen mit durchgeführter Vorsorgeuntersuchung U8 in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs bei den Einschulungsuntersuchungen 2013 (Daten: LGA BW 2014, eigene Darstellung)



sodass die Teilnahme dokumentiert werden kann. In ganz Baden-Württemberg wurde die U8 bei 91,2% aller Kinder und exakt dem gleichen Anteil bei Jungen und Mädchen durchgeführt. Dies liegt eher im oberen Bereich der bundesweiten Schätzungen, die aktuell auf Basis der KiGGS-Studie des Robert Koch-Instituts durchgeführt wurden (RKI 2015a).

Abb. 79 zeigt die regionale Häufigkeit der Inanspruchnahme der Kindervorsorgeuntersuchung U8 bei Jungen in Baden-Württemberg. Vergleichsweise geringe Teilnehmeraten zeigen sich mit unter 89% in den Landkreisen Heilbronn, Tübingen und Rottweil sowie dem Ostalbkreis. Die mit mindestens 96% höchsten Teilnehmeraten ergaben sich in der Stadt Heilbronn und im Bodenseekreis.

2.4.6.2. ÜBERGEWICHT

Übergewicht und Fettleibigkeit (Adipositas) nehmen weltweit besorgniserregend zu (Ng et al. 2014). Die Länder der Welt sind dabei sehr unterschiedlich betroffen, am bedrohlichsten stellt sich die Lage in den USA und Mexiko dar. Ein deutlich zu hohes Körpergewicht gilt als Risikofaktor für verschiedene schwere Erkrankungen (Pi-Sunyer 2009). Über die Gültigkeit dieser pauschalen Aussage besteht allerdings ein intensiver wissenschaftlicher Diskurs. Neuere Untersuchungen weisen darauf hin, dass Übergewicht auch durch psychosozialen Stress entsteht und – noch wichtiger –

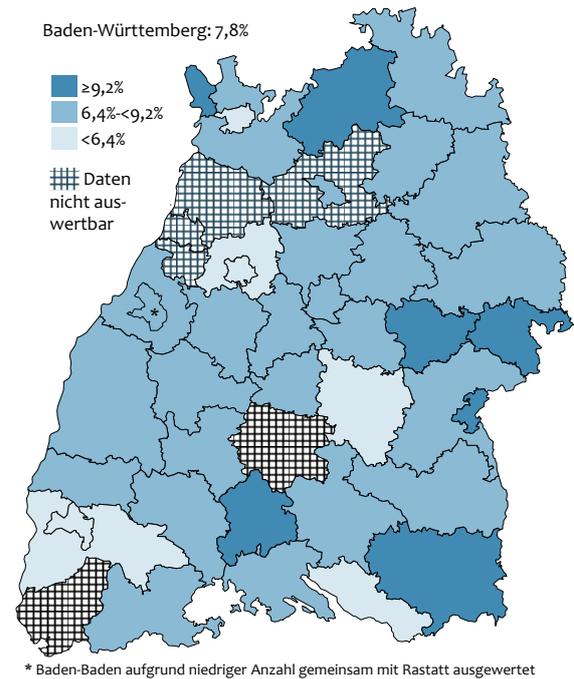
nicht etwa immer schädlich sein muss. In nicht wenigen Situationen kann Übergewicht wahrscheinlich sogar einen Schutzfaktor darstellen, jedoch in Abhängigkeit von der Körperfettverteilung (Peters, Junge 2013). Teilursache der epidemische Ausmaße annehmenden Übergewichtigkeit kann somit sein, dass unser bisheriges Wissen zu ihren Ursachen Schwächen aufweist. Wir erleben aktuell einen drastischen Paradigmenwechsel bzgl. der Ernährungsempfehlungen, bis dahingehend, dass Regeln, die Jahrzehnte Geltung hatten, plötzlich in Frage gestellt werden (Bazzano et al. 2014).

Übergewicht ist kein spezifisches Jungenproblem und auch kindliches Übergewicht hängt deutlich vom sozialen Kontext ab (Kolip 2004; RKI 2015). Mit zunehmendem Alter steigert sich der Anteil übergewichtiger Kinder – v.a. ab Eintritt ins Schulalter – bis zur Pubertät und nimmt dann zunächst wieder ab (Kurth, Schaffrath Rosario 2007). Die Häufigkeit von Übergewicht ist bundesweit deutlich von der sozialen Situation abhängig (RKI 2010). Dies wie auch für das Gewicht maßgebliche Verhaltensfaktoren wie etwa Bewegung, Ernährung und Medienkonsum werden in Kapitel 5 erörtert.

Bei der Einschulungsuntersuchung werden die Kinder gewogen und ihre Körpergröße gemessen, sodass der Body Mass Index (BMI) berechnet werden kann. Die BMI-Werte werden nach altersbezogenen Grenzwerten eingestuft, sodass der Anteil unter-, normal- und übergewichtiger Kinder ermittelt werden kann. Es zeigt sich, dass Übergewichtigkeit auch in Baden-Württemberg kein spezifisches Jungenproblem ist. Bei den Einschulungsuntersuchungen 2013 waren insgesamt 8,1% der Kinder, 7,8% der Jungen und 8,4% der Mädchen, übergewichtig.

Abb. 80 zeigt den Anteil übergewichtiger Jungen in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs bei den Einschulungsuntersuchungen 2013. Mit 5,3% am wenigsten übergewichtige Jungen zeigten sich im Landkreis Reutlingen. Fast doppelt so häufig war Übergewicht bei Jungen im Landkreis Göppingen sowie im Neckar-Odenwald-Kreis. Für die Landkreise Heilbronn und Lörrach, den Stadt- und Landkreis Karlsruhe so-

Abb. 80 Anteil übergewichtiger Jungen in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs bei den Einschulungsuntersuchungen 2013 (Daten LGA BW 2014, eigene Darstellung)



wie den Zollernalbkreis standen keine auswertbaren Angaben zur Verfügung. Neben den regionalen Differenzen sind bei der Gewichtsmessung auch Untersuchungsunterschiede nicht ganz auszuschließen, etwa durch die verwendeten Waagen oder sonstige Rahmenbedingungen.

2.4.6.3. IMPFUNGEN (MASERNIMPFUNG)

Schutzimpfungen gehören zu den wirksamsten und effizientesten Präventionsmaßnahmen. Sie bieten nicht nur dem geimpften Kind Schutz, sondern auch der Allgemeinheit, da sich Infektionskrankheiten bei einem hohen Anteil Immunisierter nicht mehr ausbreiten können (sogenannte Herdenimmunität). Die Impfeempfehlungen werden jährlich von der Ständigen Impfkommission (STIKO) herausgegeben und aktualisiert (RKI 2014a). Impfungen sind in Deutschland freiwillig und z.T. Gegenstand intensiver, auch weltanschaulich geprägter Auseinandersetzungen. Seine Kinder nicht impfen zu lassen, kann auf Vergessen bzw. einem erschwerten Zugang zu Versorgungsleistungen oder aber auf aktiver Impfgegnerschaft beruhen. In Baden-Württemberg ist die Durchimpfung im bundesweiten Vergleich deutlich unterdurchschnittlich (Weigel et al. 2014).

Impfungen sind unterschiedlich umstritten. Von besonderer und überregionaler Bedeutung ist es, wenn Impfungen gegen Erkrankungen, die durch einen hohen Durchimpfungsgrad ganz eliminierbar wären, wenig Akzeptanz aufweisen. Was vor Jahrzehnten für die Pocken gelang, nämlich ihre gänzliche Ausrottung,

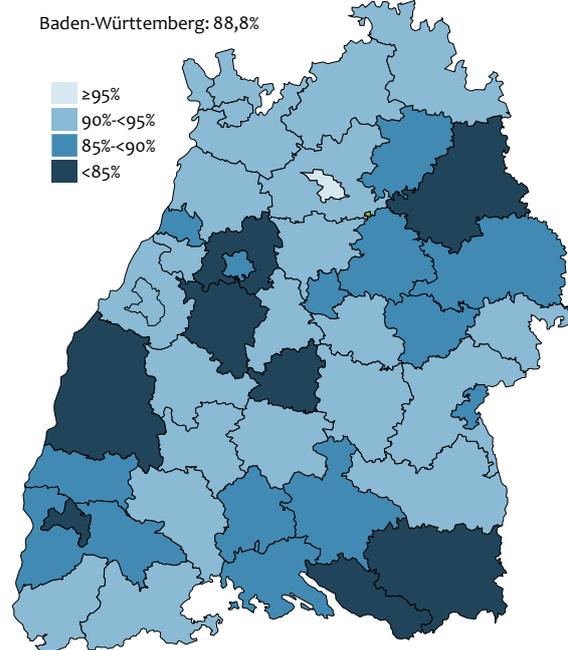
wäre grundsätzlich auch für die Kinderlähmung (Polio) und Masern möglich. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) verfolgt das Ziel, diese Erkrankungen durch eine weltweit ausreichend hohe Durchimpfung auszurotten.

Für Masern trifft genau oben Beschriebenes zu. Es ist einerseits übergeordnetes Ziel und möglich, sie weltweit zu eliminieren, andererseits ist die Impfung teils heftig umstritten. Obwohl die Masern durch ihre recht hohe Komplikationsrate weltweit zu schwerwiegenden Folgen, Behinderungen und sehr vielen Todesfällen führen, werden Masern teils noch als harmlose bis sogar notwendige Kinderkrankheit angesehen. Diese Diskrepanz führt, gerade in Anbetracht der aktuellen Masernausbrüche in Deutschland und der Gefahr, dass weltweite Gesundheitsziele aufgrund deutscher Sonderwege nicht erreicht werden, zu intensiven Diskussionen auch über eine einzuführende Impfpflicht (aerzteblatt.de 2013; SPIEGEL online 2015).

Wegen dieser übergeordneten Bedeutung werden die Masernimpfung und die Durchimpfung in Baden-Württemberg hier exemplarisch behandelt. Dies stellt kein spezifisches Problem der Jungengesundheit dar, nicht einmal ein auf Kinder beschränktes, da auch viele Jugendliche und Erwachsene erkranken (RKI 2015d). Ebenso wie für andere Impfungen ist auch der Impfschutz gegen Masern in Baden-Württemberg weit schlechter (Weigel et al. 2014). Damit eine sichere Herdenimmunität erreicht werden kann, d.h. sich Masern auch in Baden-Württemberg nicht mehr ausbreiten können, müsste ein Durchimpfungsgrad von etwa 95% erreicht werden.

Abb. 81 zeigt den Anteil gegen Masern grundimmunisierter Jungen bei der Einschulungsuntersuchung 2013. Sie zeigt auch, dass in Baden-Württemberg einzig in der Stadt Heilbronn die o.g. notwendigen 95% erreicht werden. In der Stadt Freiburg, den Landkreisen Ravensburg, Tübingen, Calw und Schwäbisch Hall und dem Bodenseekreis werden nicht einmal 85% erreicht, im Enz- und Ortenaukreis sind es sogar unter 80%. Masernausbrüche sind dort begünstigt, was die Stadt- und Landkreise zu Problemregionen bzgl. der Ausrottung der Masern macht.

Abb. 81 Anteil gegen Masern grundimmunisierter Jungen in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs bei den Einschulungsuntersuchungen 2013 (Daten: LGA BW 2014, eigene Darstellung)



2.4.6.4. SCHULVORLÄUFERFERTIGKEITEN

Die Einschulungsuntersuchungen dienen unter anderem auch der frühen Erkennung von potentiell schulrelevanten Gesundheitsproblemen, damit Kinder rechtzeitig spezifisch gefördert werden können. Die visuomotorische Koordination zwischen Auge und Bewegungsapparat ist eine entscheidende Voraussetzung für das Lernen von Lesen und Schreiben. Sowohl Sprachentwicklung wie Visuomotorik haben somit eine große Bedeutung für den späteren schulischen Lernerfolg (Breuer, Weuffen 2005). Die visuomotorische Koordination wird mittels der standardisierten Breuer-Weuffen-Differenzierungsprobe geprüft. Bei allen Kindern untersucht wird u.a. die kindliche Fähigkeit, unbekannte Zeichen abzumalen. Bei der optionalen ärztlichen Folgeuntersuchung wird die Fähigkeit geprüft, ähnlich klingende Worte zu unterscheiden, das Aussprechen unbekannter Worte sowie der für die Sprachentwicklung wichtige Stand des Rhythmus- und Melodiegefühls (Breuer, Weuffen 2005).

Jungen haben dabei insgesamt deutlich häufiger Förderbedarf als Mädchen. Erhebliche Unterschiede zeigten sich 2013 etwa für die grobmotorische Entwicklung, die über die Fähigkeit zum Einbeinhüpfen abgeschätzt wird. Von den 5-Jährigen waren 2013 35,1% der Jungen und 19,7% der Mädchen auffällig.

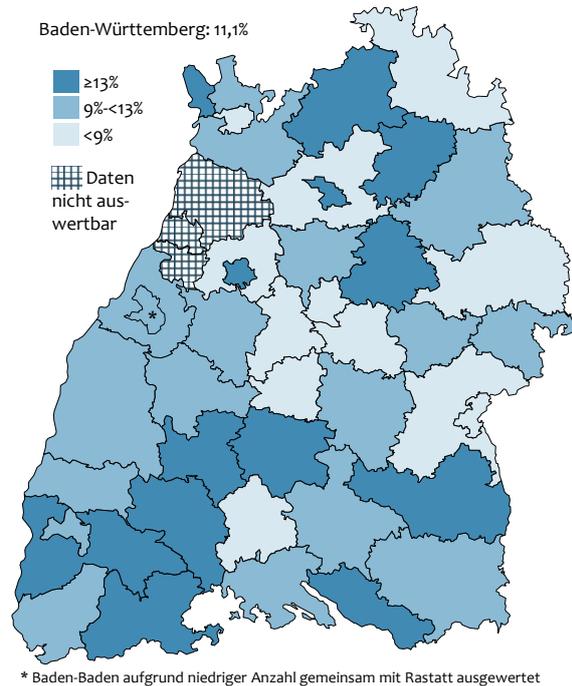
Ebenso zeigte sich 2013 bei 30,9% der Jungen ein intensiver Förderbedarf der Sprachentwicklung gegen-

über 25,1% der Mädchen. Bei der Visuomotorik zeigten mit 11,1% sogar mehr als doppelt so viele Jungen Störungen wie Mädchen (4,9%).

Nicht auszuschließen ist aufgrund von Studienergebnissen zu anderen Untersuchungsanlässen, dass gerade bei Jungen eine Überschätzung der Störungshäufigkeit auftreten kann, sofern die jungentypische Bewegungsfreude und ein gewisser Reiferückstand pathologisiert werden (Morrow et al. 2012). Des Weiteren ist bekannt, dass gerade für die Verhaltenseinschätzung auch Geschlechterstereotypen eine Rolle spielen und zu Überdiagnosen führen können (Bruchmüller et al. 2012).

Abb. 82 zeigt, wo in Baden-Württemberg Jungen wie häufig visuomotorische Auffälligkeiten zeigten. Am häufigsten finden sich in der Stadt Mannheim auffällige Befunde (21,7% der Jungen). Insgesamt zeigt sich ein gewisses Stadt-Land-Gefälle der Befundhäufigkeit. Zu berücksichtigen ist, dass selbst für weitgehend standardisierte Untersuchungen wie z.B. die hier durchgeführte Breuer-Weuffen-Differenzierungsprobe erfahrungsgemäß mit gewissen regionalen Abweichungen aufgrund von Unterschieden zwischen den Untersuchern zu rechnen ist.

Abb. 82 Anteil Jungen mit auffälliger Visuomotorik in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs bei den Einschulungsuntersuchungen 2013 (Daten: LGA BW 2014, eigene Darstellung)



Ähnlich stellt sich die Situation für die Untersuchungen zur Grobmotorik und Sprachentwicklung dar. Ein besonders hoher Anteil an Jungen mit sprachlichem Förderbedarf (>39%) fand sich 2013 in den Städten Mannheim, Ulm und Pforzheim, dem Ortenaukreis und dem Landkreis Göppingen (SM-BW, LGA-BW 2015). Grobmotorische Auffälligkeiten wurden besonders häufig (>40%) in den Landkreisen Göppingen, Heidenheim, Freudenstadt, Tuttlingen, Reutlingen sowie im Ostalbkreis, im Enz- und im Zollernalbkreis festgestellt.

V.a. die soziale Lage hat erheblichen Einfluss auf oben beschriebene Auffälligkeiten, etwa durch die familiären Rahmenbedingungen, mehr oder weniger fördernde Kontexte oder auch mittelbar durch den Medienkonsum. Wegen des engen Zusammenhangs sollte eine nähere, auch kleinräumigere Betrachtung und Maßnahmenplanung unter Einbezug lokaler Akteure v.a. auch aus dem Sozial- und Jugendhilfebereich in den kommunalen Gesundheitskonferenzen erfolgen.

2.4.6.5. DISKUSSION

Die gesundheitliche Situation von Jungen in Baden-Württemberg ist im Ländervergleich aufgrund der schlechten Datenlage auf Ebene der Bundesländer schwer einzuschätzen. Da auch die Kindergesundheit stark von der sozialen Lage abhängig ist, ist aufgrund der weit überdurchschnittlich guten sozialen Situation in Baden-Württemberg zu erwarten, dass auch die Kindergesundheit vergleichsweise gut ist. Die durchgeführten Analysen zur Säuglingssterblichkeit und Sterblichkeit von Jungen und Männern bestätigen genau dies.

„Gesund aufwachsen“ ist eines der abgestimmten Gesundheitsziele Baden-Württembergs und damit auch ein Handlungsschwerpunkt in der Mehrzahl der kommunalen Gesundheitskonferenzen. Der Großteil der hier beschriebenen Kennzahlen zur Jungengesundheit ist eng mit der sozialen Situation assoziiert. Darüber hinaus spielen weitere lokale Einflussfaktoren eine wesentliche Rolle. Es ist daher nicht möglich, auf Basis der für diesen Bericht auswertbaren Daten spezifische Handlungsempfehlungen für einzelne Städte oder Kreise auszusprechen.

Sinnvoll ist es aber, sich bei Vorliegen von Auffälligkeiten intensiver in der kommunalen Gesundheitskonferenz vor Ort mit ihnen zu beschäftigen. Dabei gilt es aufgrund der deutlichen Sozillageabhängigkeit die soziale Lage und das umfangreiche lokale Wissen mit einzubeziehen. Sinnvoll ist daher gerade auch die Koope-

ration mit lokalen Experten aus dem Sozialwesen und der Jugendhilfe.

In diesem Kapitel wurden ganz unterschiedliche Kennzahlen zur Jungengesundheit dargestellt. Abschließend werden die auffälligen Kennzahlen der einzelnen Stadt- und Landkreise summiert und wiederum in einer Karte dargestellt, um mögliche Handlungsschwerpunkte aufzeigen zu können (Abb. 83). Hierdurch sollen Regionen identifiziert werden, in denen es besonders sinnvoll erscheint, dass sich die kommunalen Gesundheitskonferenzen geschlechtsspezifisch mit dem Themenfeld „Gesund aufwachsen“ beschäftigen. In Abb. 83 fließen die kartographisch dargestellten Auffälligkeiten bzgl. Vorsorgeuntersuchungen (U8), Masernimpfung, Übergewicht und Visuomotorik sowie darüber hinaus der Grobmotorik und eine Häufung notwendigen Sprach-Förderbedarfs bei Jungen ein. Da nicht für alle Kennzahlen festgelegte Grenzwerte existieren, wurde als Auffälligkeit gewertet, wenn ein Stadt- oder Landkreis für eine Kennzahl zu den schlechtesten 10% innerhalb Baden-Württembergs gehörte. Für die Masernimpfung wurde, da schon Baden-Württemberg eine im bundesweiten Vergleich unterdurchschnittliche Durchimpfung aufweist, eine Durchimpfung von unter 85% als Auffälligkeit gewertet (etwa 20% der Stadt- und Landkreise). Berücksichtigt werden muss, dass für einige Kreise nicht durchgängig auswertbare Informationen vorlagen. Dadurch

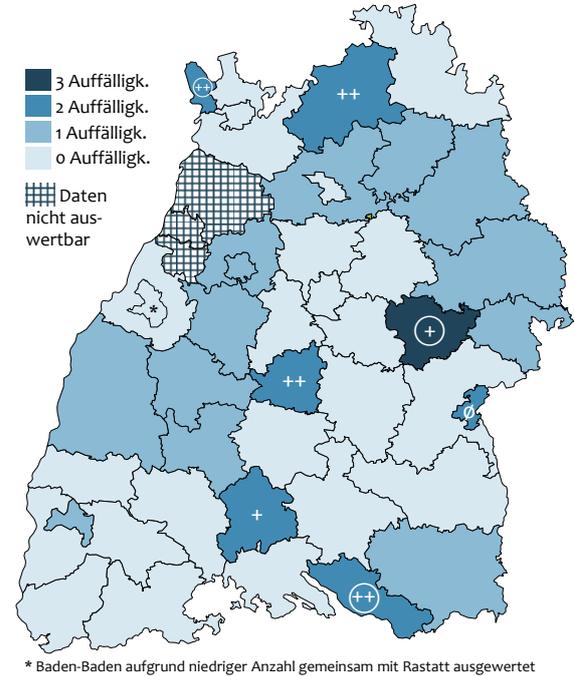
kann die Anzahl an dargestellten Auffälligkeiten für einige Kreise unterschätzt werden. Da für Stadt- und Landkreis Karlsruhe kaum Kennzahlen zur Verfügung standen, konnten sie nicht in die Bewertung einbezogen werden.

Abb. 83 zeigt die Stadt- und Landkreise Baden-Württembergs abhängig von der Anzahl an Auffälligkeiten zur Jungengesundheit unterschiedlich dunkel eingefärbt. Dazu finden sich für die Stadt- und Landkreise mit mindestens zwei Auffälligkeiten Angaben zur Existenz und Schwerpunktsetzung der kommunalen Gesundheitskonferenz. Damit lassen sich für drei Gruppen von Kreisen unterschiedliche Empfehlungen aussprechen:

- ▶ Bisher existiert keine kommunale Gesundheitskonferenz (\emptyset): Empfohlen wird die Einrichtung einer Gesundheitskonferenz, die sich spezifisch mit der Thematik befasst.
- ▶ Eine kommunale Gesundheitskonferenz existiert, das Thema „Gesund aufwachsen“ (GA) war jedoch 2014 kein Themenschwerpunkt (+): Hier existieren gute Ausgangsbedingungen für die Auseinandersetzung mit den Befunden. Empfohlen wird eine genderspezifische Themenschwerpunktsetzung im Bereich GA.
- ▶ Eine kommunale Gesundheitskonferenz existiert, das Thema GA war 2014 Themenschwerpunkt (++) : Hier existieren sehr gute Ausgangsbedingungen für die Auseinandersetzung mit den Befunden. Empfohlen wird eine genderspezifische Ausrichtung des Themenschwerpunkts GA.

Mit \bigcirc herausgehoben sind die Stadt Mannheim, der Bodenseekreis und der Kreis Göppingen, in denen das Thema Jungen- und Männergesundheit bereits kommunal verankert ist (\rightarrow Kapitel 6.2). Dadurch bestehen besonders gute Ausgangsbedingungen, um sich jungenspezifisch mit den Befunden zu befassen.

Abb. 83 Anteil auffälliger Kennzahlen zur Jungengesundheit in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs bei den Einschulungsuntersuchungen 2013 nach Vorhandensein und Schwerpunktsetzung einer kommunalen Gesundheitskonferenz (Daten: LGA BW 2014, eigene Berechnung)



Symbollegende

- \emptyset Keine kommunale Gesundheitskonferenz (KGK) vorhanden
- +
- ++ KGK vorhanden mit Schwerpunkt „Gesund aufwachsen“ 2014 (LGA BW 2015)
- \bigcirc Thema Jungen- / Männergesundheit kommunal verankert

LITERATUR

- aerzteblatt (2011): Mehrfachkodierung – Wenn ein Kode nicht ausreicht. Fortbildung: Ambulante Kodierrichtlinien. *Deutsches Ärzteblatt* 108 (12), A645-A648.
- aerzteblatt.de (2013): Ein Pro und Contra zur Impfpflicht. Online verfügbar unter <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/55073/Ein-Pro-und-Contra-zur-Impfpflicht>, zuletzt geprüft am 10.03.2015.
- Andersohn F. et al. (2011): Kodierungsprobleme in der deutschen Todesursachenstatistik am Beispiel ischämischer Herzkrankheiten. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 73 (7), 416-422. DOI: 10.1055/s-0030-1254176.
- Ankowitsch E. (2013): Stress in der Großstadt: Stadtplanung für gesunde Psyche. *Dtsch Arztebl International* 12 (10), -0441. Online verfügbar unter <http://www.aerzteblatt.de/int/article.asp?id=147517>.
- AOLG - Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (2003): Indikatorenset für die Gesundheitsberichterstattung der Länder. Düsseldorf, 2003.
- Babitsch B. (2005): Soziale Ungleichheit, Geschlecht und Gesundheit. Bern: Huber.
- Babitsch B. (2006): Die Kategorie Geschlecht. Implikationen für den Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit. In: Richter, M. (Hg.): *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Barrett-Connor E. (2013): Gender differences and disparities in all-cause and coronary heart disease mortality: Epidemiological aspects. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism* 27 (4), 481-500. DOI: 10.1016/j.beem.2013.05.013.
- Bauer J. (2011): Das Gedächtnis des Körpers. Wie Beziehungen und Lebensstile unsere Gene steuern. 17. Aufl. München, Zürich: Piper.
- Baumann L. (2009): Krankheiten des Kreislaufsystems – Todesursache Nummer eins. *Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg* (11), 5-12.
- Bazzano L.A. et al. (2014): Effects of low-carbohydrate and low-fat diets: a randomized trial. *Annals of internal medicine* 161 (5), 309-318. DOI: 10.7326/M14-0180.
- Beers M.H. (2005): MSD-Manual Handbuch Gesundheit. Medizinisches Wissen und ärztlicher Rat für die ganze Familie. 2., völlig neue und erw. Ausg. München: Goldmann (Ärztewissen für Patienten). Online verfügbar unter <http://www.gbv.de/dms/fazrez/FD120050930374988.pdf>.
- Behrens T. et al. (2011): Nationales Mortalitätsregister. *Dtsch Arztebl Int (Deutsches Ärzteblatt international)* 108 (6), 96; author reply 97-8. DOI: 10.3238/arztebl.2011.0096b.
- Berkman L.F. et al. (2000): From social integration to health. *Durkheim in the new millennium. Social science & medicine* 51 (6), 843-857.
- Bertolote J.M. (2004): Suicide prevention: at what level does it work? *World Psychiatry* 3 (3), 147-151.
- Bertolote J.M. et al. (2004): Psychiatric diagnoses and suicide: revisiting the evidence. *Crisis* 25 (4), 147-155.
- Bitzer E.M.; Grobe T.G.; Neusser S. et al. (2011): Barmer GEK Report Krankenhaus 2011 (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse), 2011 (9).
- Bloomfield K.; Kraus L.; Soyka M. (2008): Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen. Berlin: Robert Koch-Institut (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 40).
- Bodenseekreis (2001): Gesundheit im Bodenseekreis. Lebenserwartung und Todesursachen. Friedrichshafen, 2001.
- Bölt U.; Graf T. (2012): 20 Jahre Krankenhausstatistik. In: Statistisches Bundesamt (Hg.): *Wirtschaft und Statistik*. Wiesbaden, 112-139.
- BPTK (2013): BPTK-Studie zur Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit. Psychische Erkrankungen und gesundheitsbedingte Frühverrentung. Berlin, 2013.
- Brachat-Schwarz W. (2010): Die Lebenserwartung der baden-württembergischen Bevölkerung. *Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg* (7), 10-14.
- Breuer H.; Weuffen M. (2005): Lernschwierigkeiten am Schulanfang. Lautsprachliche Lernvoraussetzungen und Schulerfolg; eine Anleitung zur Einschätzung und Förderung lautsprachlicher Lernvoraussetzungen. 6. Aufl. Weinheim [u.a.]: Beltz (Beltz-Taschenbuch Pädagogik, 157).
- Bruce M.L. (2002): Psychosocial risk factors for depressive disorders in late life. *Biological Psychiatry* 52 (3), 175-184. DOI: 10.1016/S0006-3223(02)01410-5.
- Bruchmüller K. et al. (2012): Is ADHD diagnosed in accord with diagnostic criteria? Overdiagnosis and influence of client gender on diagnosis. *Journal of consulting and clinical psychology* 80 (1), 128-138. DOI: 10.1037/a0026582.
- Bucksch J. et al. (2015): HBSC-Studie als Instrument der Gesundheitsberichterstattung im Kindes- und Jugendalter - Potenziale und Grenzen. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*. DOI: 10.1055/s-0034-1396892.
- BZgA (2014): Der Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2012. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends. Köln, 2014.
- Callies I.T. et al. (2007): Suizidalität im Kulturvergleich. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie* 75 (11), 653-664.
- Chiaesson J.-L.; Le Lorier J. (2014): Glycaemic control, cardiovascular disease, and mortality in type 2 diabetes. *The Lancet* 384 (9958), 1906-1907. DOI: 10.1016/S0140-6736(14)60884-9.
- Christensen K. et al. (2009): Ageing populations: the challenges ahead. *The Lancet* (274), 1196-1208.
- Cornelius I. (2011): Regionale Unterschiede in der Lebenserwartung in Baden-Württemberg. *Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg* (9), 11-15.
- Cutler D. et al. (2006): The Determinants of Mortality. *Journal of Economic Perspectives* 20 (3), 97-120. DOI: 10.1257/jep.20.3.97.
- DeCola P. (2012): Gender Effects on Health and Healthcare. In: Schenck-Gustafsson, K., DeCola, P. und Pfaff, D.; Pisetsky, D. S. (Hg.): *Handbook of clinical gender medicine*. Basel, New York: Karger, 10-17.
- DESTATIS - Statistisches Bundesamt (06.12.2012): Todesfälle 2011 leicht rückläufig – häufigste Todesursache Herz-/Kreislaufkrankungen.
- DESTATIS - Statistisches Bundesamt (2010): Krankheitskosten. 2002, 2004, 2006 und 2008 (Fachserie 12), 2010 (Reihe 7.2).
- DESTATIS - Statistisches Bundesamt (2012): Berechnung von Periodensterbetafeln. Methodische Erläuterungen zur Berechnung von Periodensterbetafeln für Deutschland. 1871/81 bis 2009/11. Wiesbaden, 2012. Online verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Sterbefaelle/AktuellPeriodensterbetafeln.html;jsessionid=A0FDE59E472039814FC08921C1D47719.cae2>, zuletzt geprüft am 16.01.2015.
- DESTATIS - Statistisches Bundesamt (2012): Periodensterbetafeln für Deutschland. Allgemeine Sterbetafeln, abgekürzte Sterbetafeln und Sterbetafeln. 1871/1881 bis 2008/2010. Wiesbaden, 2012.
- DESTATIS - Statistisches Bundesamt (2013): Sterbefälle. Durchschnittliche weitere Lebenserwartung nach Altersstufen. Wiesbaden, 05.09.2013. Online verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Sterbefaelle/Sterbefaelle.html>.

- DESTATIS - Statistisches Bundesamt (2015): Krankenhausstatistik. Wiesbaden. Online verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Methoden/Krankenhausstatistik.html;jsessionid=F4B7B9BEB91B57BBD4A12D09913BC20C.cae4>.
- Deutsche Herzstiftung (Hg.) (2014): Deutscher Herzbericht 2013. Sektorenübergreifende Versorgungsanalyse zur Kardiologie und Herzchirurgie in Deutschland. 25. Bericht. Unter Mitarbeit von Thomas Meinertz, Christian Hamm, Konstantinos Papoutsis, Eckart Fleck, K. Bestehorn, M. Bestehorn et al. Frankfurt am Main: Deutsche Herzstiftung.
- Dinges M. (2010): Männlichkeit und Gesundheit. Aktuelle Debatte und historische Perspektiven. In: Bardehle, D. und Stiehler, M. (Hg.): Erster Deutscher Männergesundheitsbericht. Ein Pilotbericht. München: Zuckschwerdt, 2-16.
- Dinges M. (2012): Rauchen: gesundheitsgefährdend – und typisch „männlich“? Zum historischen Wandel geschlechtsspezifischer Zuschreibungen. In: Baader, M., Bilstein, J. und Tholen, T. (Hg.): Erziehung, Bildung und Geschlecht. Männlichkeiten im Fokus der Gender-Studies ; [Jahrestagung 2009 der Kommission "Pädagogische Anthropologie" in der Deutschen Gesellschaft für Erziehungswissenschaft]. Wiesbaden: Springer VS, 129-145.
- Dinkel R.; Luy M. (1999): Natur oder Verhalten? Ein Beitrag zur Erklärung der männlichen Übersterblichkeit durch einen Vergleich von Kloster- und Allgemeinbevölkerung. *Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft* 24 (2), 105-132.
- Doblhammer G. et al. (2012): Gewonnene Lebensjahre. Langfristige Trends der Sterblichkeit nach Todesursachen in Deutschland und im internationalen Vergleich. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 55 (4), 448-458. DOI: 10.1007/s00103-012-1455-x.
- Durkheim E. (1897): Der Selbstmord. Sinzheim: Suhrkamp.
- Eckelt J. (2014): Zensus 2011: Was uns der Zensus über die Erwerbs-situation in Baden-Württemberg verrät. Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg (11), 20-25.
- Ehrenberg A. (2008): Das erschöpfte Selbst. Depression und Gesellschaft in der Gegenwart. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Euler M. (2012): Stroke. In: Schenck-Gustafsson, K., DeCola, P. und Pfaff, D.; Pisetsky, D. S. (Hg.): Handbook of clinical gender medicine. Basel, New York: Karger, 133-142.
- Feuerlein W. (2005): Individuelle, soziale und epidemiologische Aspekte des Alkoholismus. In: Teyssen, S. und Singer, M. (Hg.): Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten. Grundlagen - Diagnostik - Therapie. 2., vollständig überarb. und aktualisierte Aufl. Heidelberg: Springer, 42-53.
- Frances A. (2014): DSM und die Psychotherapie. *Psychotherapeut* 59 (6), 461-463. DOI: 10.1007/s00278-014-1084-y.
- Gaudecker H.-M. von (2004): Lebenserwartung in den Kreisen: bis zu drei Jahre Unterschied. *Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg* (7), 3-7.
- Gaudecker H.-M. von (2005): Regionale Mortalitätsunterschiede in Baden-Württemberg. *Statistisches Bundesamt - Wirtschaft und Statistik* (2), 164-167.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2011): Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres. Kinder-Richtlinien. *Bundesanzeiger*, 12.03.2011 (40).
- GVG (2003): gesundheitsziele.de. Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland. Köln, 14.03.2003.
- Häring F. (2015): Von der Todesbescheinigung zur Todesursachenstatistik. Verfahrensablauf in Baden-Württemberg. *Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg* (3), 18-22.
- Hellmeier W. (2008a): Gesundheit von Jungen und Männern in Nordrhein-Westfalen - Erkrankungshäufigkeit, Risikoverhalten und präventive Potentiale. Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW (Hg.), 2008.
- Hellmeier W. (2008b): Vermeidbare Sterbefälle in Nordrhein-Westfalen. LIGA.NRW (Hg.) (Gesundheit in NRW, kurz und informativ), 2008.
- Hentschel S. et al. (2011): Epidemiologische Krebsregistrierung in Deutschland. *Onkologie* 17 (2), 97-106. DOI: 10.1007/s00761-010-1939-y.
- Heuschmann P.U. et al. (2011): Entwicklung von Mortalität und Morbidität vaskulärer Erkrankungen. Unterschiede zwischen koronarer Herzerkrankung und Schlaganfall. *Der Nervenarzt* 82 (2), 145-6, 148-50, 152. DOI: 10.1007/s00115-010-3110-9.
- Hidaka B.H. (2012): Depression as a disease of modernity. explanations for increasing prevalence. *Journal of affective disorders* 140 (3), 205-214. DOI: 10.1016/j.jad.2011.12.036.
- Hofmeister C. et al. (2015): Regionale Deprivation in Deutschland: Bundesweite Analyse des Zusammenhangs mit Mortalität unter Verwendung des 'German Index of Multiple Deprivation (GIMD)'. Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)). DOI: 10.1055/s-0034-1390421.
- Horwitz A.V.; Wakefield J.C. (2007): The Loss of Sadness. How Psychiatry Transformed Normal Sorrow Into Depressive Disorder. Oxford, New York: Oxford University Press.
- Icks A. (2005): Diabetes mellitus. Berlin: Robert Koch-Institut (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 24).
- Jacob, J.; Stöver, H. (Hg.) (2009): Männer im Rausch. Konstruktionen und Krisen von Männlichkeiten im Kontext von Rausch und Sucht. Bielefeld: Transcript (Studien interdisziplinäre Geschlechterforschung, 2). Online verfügbar unter http://deposit.d-nb.de/cgi-bin/dokserv?id=3108839&prov=M&dok_var=1&dok_ext=htm.
- Janhns K.; Strube H.; Starker A. (2008): Hypertonie. Robert Koch-Institut (Hg.). Berlin (Gesundheitsberichterstattung des Bundes), 2008 (43).
- Katalinic A. et al. (2006): Krebsregistrierung in Deutschland. *Onkologie* 12 (11), 1084-1093. DOI: 10.1007/s00761-006-1129-0.
- Kelsey J.L. et al. (2010): Indoor and outdoor falls in older adults are different: the maintenance of balance, independent living, intellect, and Zest in the Elderly of Boston Study. *Journal of the American Geriatrics Society* 58 (11), 2135-2141. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2010.03062.x.
- Kibe E. (2007): Determinanten von regionalen Mortalitätsunterschieden in der Rentnerbevölkerung. Regionale Mortalitätsunterschiede in Deutschland. DRV-Schriften Band 55, 143-156.
- Kibe E. (2011): Regionale Demografie in Deutschland: Der Süden erwartet mehr vom Leben. Max-Planck-Institut für demografische Forschung (Hg.). München (Forschungsbericht 2011), 18.01.2015. Online verfügbar unter http://www.mpg.de/1247457/Demografie_Lebenserwartung.
- Klingemann H. (2009): Sucht, Männergesundheit und Männlichkeit - ein neu entdecktes Thema. In: Jacob, J. und Stöver, H. (Hg.): Männer im Rausch. Konstruktionen und Krisen von Männlichkeiten im Kontext von Rausch und Sucht. Bielefeld: Transcript (Studien interdisziplinäre Geschlechterforschung, 2), 33-76.
- Klotz T. (2009): Prävention von Krebsleiden. In: Hurrelmann, K., Klotz, T. und Haisch, J. (Hg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 2. Aufl. Bern: Huber, Hans (Lehrbuch Gesundheitswissenschaften), 141-154.
- Kolip P. (2004): Der Einfluss von Geschlecht und sozialer Lage auf Ernährung und Übergewicht im Kindesalter. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 47 (3), 235-239. DOI: 10.1007/s00103-003-0790-3.
- Kolip P. (2008): Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 51 (1), 28-35.
- Kraus L. et al.: Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2012. Tabellenband: Prävalenz des Alkoholkonsums, episodischen Rauschtrinkens und alkoholbezogener Störungen nach Geschlecht und Alter im Jahr 2012. Online verfügbar unter <http://www.ift.de/index.php?id=429>, zuletzt geprüft am 01.09.2014.

- Kraywinkel K. (2014): Aktuelle epidemiologische Daten zu Krebs in Deutschland. In: Deutsche Krebsgesellschaft e.V. und Deutsche Krebshilfe e. V. (Hg.): Auftakt des 31. Deutschen Krebskongresses. Intelligente Konzepte in der Onkologie – der Mensch im Mittelpunkt. Pressemitteilung, Berlin.
- Kreienbrock L.; Pigeot I.; Ahrens W. (2012): Epidemiologische Methoden. 5. Aufl. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Kroh M. et al. (2012): Menschen mit hohem Einkommen leben länger. *DIW Wochenbericht* 38, 1-14.
- Kroll L.E.; Lampert T. (2009): Soziale Unterschiede in der Lebenserwartung. *Methoden - Daten - Analysen* 3 (1), 3-30.
- Kroll L.E.; Lampert T.: Regionale Unterschiede in der Gesundheit am Beispiel von Adipositas und Diabetes mellitus. Online verfügbar unter http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/Geda2010/kapitel_regionale_unterschiede.pdf;jsessionid=DB42E2A8209D02EE4A6B2F080A1F882A.2_cid372?__blob=publicationFile.
- Kurth B.M.; Schaffrath Rosario A. (2007): Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 50 (5-6), 736-743. DOI: 10.1007/s00103-007-0235-5.
- Lampert T. et al. (2007): Soziale Ungleichheit in der Lebenserwartung in Deutschland. *APuZ* 42, 11-18.
- Lampert T. et al. (2010): Gesundheitliche Trends in Ost- und Westdeutschland. *APuZ* 45 (8), 32-39.
- Lampert T.; Kroll L.E. (2014): Soziale Unterschiede in der Lebenserwartung. Robert Koch-Institut (Hg.). Berlin (GBE kompakt), 2014 (5(2)).
- Latzitis N. et al. (2011): Regionale Unterschiede der Lebenserwartung in Deutschland auf Ebene der Kreise und kreisfreien Städte und deren möglichen Determinanten. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 73 (4), 217-228. DOI: 10.1055/s-0030-1252035.
- LGL - Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (2006): Datenquellen der Gesundheitsberichterstattung für die Landkreise und kreisfreien Städte Bayerns. Erlangen (GBE-Praxis: Handlungshilfen für die Gesundheitsberichterstattung), 2006 (Handlungshilfe: GBE-Praxis 3).
- LGA BW – Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (2015): Alters- und geschlechtsspezifische Mortalitätsraten in Baden-Württemberg 2010
- LGL - Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (2004): Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung. Begriffe, Methoden, Beispiele. Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hg.). Erlangen (Handlungshilfe: GBE-Praxis), 2004 (2).
- Lim, S.S.; Vos, T.; Flaxman, A.D.; Danaei, G.; Shibuya, K.; Adair-Rohani, H. et al. (2012): A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet* 380 (9859), 2224-2260.
- Lindemeyer J. (2011): Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit. In: Wittchen, H.-U. und Hoyer, J. (Hg.): *Klinische Psychologie & Psychotherapie*. 2., überarb. und erw. Aufl. Heidelberg: Springer-Medizin (Springer-Lehrbuch), 744-765.
- Lindner R. (2008): Männersuizid - psychodynamische Aspekte. *Blickpunkt der Mann* 6 (1), 32-36.
- Löwel H. (2006): Koronare Herzkrankheit und akuter Myokardinfarkt. Robert Koch-Institut (Hg.). Berlin (Gesundheitsberichterstattung des Bundes), 2006 (33).
- Lozano R. et al. (2012): Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet* 380 (9859), 2095-2128. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)61728-0.
- LtD BW (2013): Suizidprävention bei Jugendlichen. Stuttgart, 16.01.2013.
- Luy M. (2002): Die geschlechtsspezifischen Sterblichkeitsunterschiede -Zeit für eine Zwischenbilanz. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 35 (5), 412-429. DOI: 10.1007/s00391-002-0122-5.
- Luy M. (2004): Verschiedene Aspekte der Sterblichkeitsentwicklung in Deutschland von 1950 bis 2000. *Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft* 29 (1), 3-62.
- Mark B. et al. (2006): Stetige Zunahme der Prähospitalzeit beim akuten Herzinfarkt. Eine Analyse der Entwicklung im bundesweiten Infarktregister (MITRAplus). *Deutsches Ärzteblatt* 103 (20), A1378-1383.
- Marmot M.G. et al. (1984): Inequalities in death - Specific explanations of an general pattern. *The Lancet* 323 (8384), 1003-1006.
- Mathers C.D.; Loncar D. (2006): Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS medicine* 3 (11), e442. DOI: 10.1371/journal.pmed.0030442.
- Max Rubner-Institut, Bundesforschungsinstitut für Ernährung und Lebensmittel (2008): Nationale Verzehrs Studie II. Ergebnisbericht, Teil 2; Die bundesweite Befragung zur Ernährung von Jugendlichen und Erwachsenen, 2008.
- SM-BW - Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg, AG Standortfaktor Gesundheit des Gesundheitsforums Baden-Württemberg (2011): AG Standortfaktor Gesundheit. Bericht der Projektgruppe "Gesundheitsziele". Stuttgart (Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg), 2011.
- SM-BW; LGA-BW (2015): Gesundheitsatlas Baden-Württemberg. Unter Mitarbeit von Anna Leher. Stuttgart. Online verfügbar unter <http://www.gesundheitsatlas-bw.de/>, zuletzt geprüft am 11.03.2015.
- Mielck A. (2010): Sozial-epidemiologische und ethische Ansätze zur Bewertung der gesundheitlichen Ungleichheit. *Ethik Med* 22 (3), 235-248. DOI: 10.1007/s00481-010-0082-z.
- Möller-Leimkühler A.M. (2003): The gender gap in suicide and premature death or: why are men so vulnerable? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 253 (1), 1-8. DOI: 10.1007/s00406-003-0397-6.
- Möller-Leimkühler A.-M. (2010): Depression bei Männern. Eine Einführung. *Journal für Neurologie Neurochirurgie und Psychiatrie* 11 (3), 11-20.
- Morrow R.L. et al. (2012): Influence of relative age on diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Canadian Medical Association Journal* 184 (7), 755-762.
- Murray C.J.L. et al. (2012): Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet* 380 (9859), 2197-2223. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)61689-4.
- Naci H.; Ioannidis, J. P. A. (2013): Comparative effectiveness of exercise and drug interventions on mortality outcomes. *metaepidemiological study*. *BMJ (Clinical research ed)* 347 (oct01 1), f5577-f5577. DOI: 10.1136/bmj.f5577.
- Ng M. et al. (2014): Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet* 384 (9945), 766-781. DOI: 10.1016/S0140-6736(14)60460-8.
- Nolte E. et al. (2002): The contribution of medical care to changing life expectancy in Germany and Poland. *Social Science & Medicine* 55 (11), 1905-1921. DOI: 10.1016/S0277-9536(01)00320-3.
- Olias G. (2015): Gesunder Lebensstil vermindert Risiko. *Panorama. Gesundheitswesen* 77, 4.
- Payne S. (2001): 'Smoke like a man, die like a man?': A review of the relationship between gender, sex and lung cancer. *Social science & medicine* 53, 1067-1080.
- Peters A.; Junge S. (2011): Das egoistische Gehirn. Warum unser Kopf Diäten sabotiert und gegen den eigenen Körper kämpft. 4. Aufl. Berlin: Ullstein. Online verfügbar unter <http://www.social-net.de/rezensionen/isbn.php?isbn=978-3-550-08854-4>.

- Peters A.; Junge S. (2013): Mythos Übergewicht. Warum dicke Menschen länger leben. 3. Aufl. München: Bertelsmann.
- Pigeot I.; Kraywinkel K. (2014): Epidemiologische Krebsregistrierung in Deutschland. Eine beeindruckende Forschungsressource. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 57 (1), 5-6. DOI: 10.1007/s00103-013-1885-0.
- Pi-Sunyer X. (2009): The medical risks of obesity. *Postgraduate Medicine* 121 (6), 21.
- Pötschke-Langer M.; Mons U.; Schaller K. et al. (2009): Tabakatlas Deutschland 2009. Heidelberg: Steinkopff-Verlag Darmstadt.
- Prestele S. et al. (2003): Die HPA-Achse als mögliches Bindeglied zwischen Depression, Diabetes mellitus und kognitiven Störungen. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie* 71 (1), 24-36. DOI: 10.1055/s-2003-36684.
- Rapp K. et al. (2012): Primärprävention von sturzbedingten Hüftfrakturen bei Bewohnern von Pflegeheimen in Bayern. *Public Health Forum* 20 (1), 34.e1. DOI: 10.1016/j.phf.2011.12.016.
- Rensing L. (2007): Psychosozialer Stress und Herz-Kreislauf-Risiken. Neue Einsichten in komplexe Wirkungsmechanismen. *Blickpunkt der Mann* 5 (1), 12-18.
- Rist F.; Demmel R. (2005): Alkohol und Psychologie. In: Teyssen, S. und Singer, M. (Hg.): Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten. Grundlagen - Diagnostik - Therapie. 2., vollständig überarb. und aktualisierte Aufl. Heidelberg: Springer, 489-495.
- RKI - Robert Koch-Institut (2007): Gesundheit in Deutschland. 2. Aufl. Berlin (Gesundheitsberichterstattung des Bundes), 2007.
- RKI - Robert Koch-Institut (2010a): Armut und Gesundheit. Berlin, 2010 (5).
- RKI - Robert Koch-Institut (2010b): Unfälle in Deutschland. Ergebnisse des telefonischen Gesundheitssurveys »Gesundheit in Deutschland aktuell« (GEDA) 2009. Berlin (GBE kompakt), 2010.
- RKI - Robert Koch-Institut (2011): Sterblichkeit, Todesursachen und regionale Unterschiede. Berlin (Gesundheitsberichterstattung des Bundes), 2011 (52).
- RKI - Robert Koch-Institut (2012a): Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell 2010". Berlin (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes), 2012.
- RKI - Robert Koch-Institut (2012b): Krebs in Deutschland 2007/2008. Eine gemeinsame Veröffentlichung des Robert Koch-Instituts und der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e. V. 8. Aufl. Berlin, 2012.
- RKI - Robert Koch-Institut (2013): Krebs in Deutschland 2009/2010. Eine gemeinsame Veröffentlichung des Robert Koch-Instituts und der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e. V. 9. Aufl. Berlin, 2013.
- RKI - Robert Koch-Institut (2014a): Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut. Stand: August 2014. *Epidemiologisches Bulletin* (34).
- RKI - Robert Koch-Institut (2014b): Gesundheitliche Lage der Männer in Deutschland. Berlin (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes), 2014.
- RKI - Robert Koch-Institut (2015a): Gesund aufwachsen – Welche Bedeutung kommt dem sozialen Status zu? Berlin, 2015.
- RKI - Robert Koch-Institut (2015b): Krebserkrankungen in Deutschland – Wie sieht die aktuelle Entwicklung aus? *Epidemiologisches Bulletin* (6), 41-42.
- RKI - Robert Koch-Institut (2015c): Schwerpunktthema: Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Berlin. Online verfügbar unter http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Chronische_Erkrankungen/HKK/HKK_node.html.
- RKI - Robert Koch-Institut (2015d): Überblick über die Epidemiologie der Masern in 2014 und aktuelle Situation in 2015 in Deutschland. *Epidemiologisches Bulletin* (10).
- Robra B.-P. et al. (2013): Überdiagnose und Übertherapie des Prostata-Karzinoms – ein unterschätztes Problem. In: Klauber, J. (Hg.): Mengendynamik. Mehr Menge, mehr Nutzen? Stuttgart: Schattauer (Krankenhaus-Report, 2013).
- Roelfs D.J. et al. (2011): Losing life and livelihood: a systematic review and meta-analysis of unemployment and all-cause mortality. *Social science & medicine* (1982) 72 (6), 840-854. DOI: 10.1016/j.socscimed.2011.01.005.
- Rosenbach F. et al. (2014): Sozioökonomischer Status und inflammatorische Biomarker für Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Wie wirken Bildung, Beruf und Einkommen? *Herz*. DOI: 10.1007/s00059-013-4040-7.
- Rosengren A. et al. (2004): Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11119 cases and 13648 controls from 52 countries (the INTERHEART study). case-control study. *Lancet* 364 (9438), 953-962. DOI: 10.1016/S0140-6736(04)17019-0.
- Schaller S. (2008): Multimodales Erklärungsmodell der Suizidalität im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 41 (1), 14-21. DOI: 10.1007/s00391-008-0518-y.
- Schelhase T. (2006): Die Todesursachenstatistik der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder. In: Madea, B. (Hg.): Die ärztliche Leichenschau. Rechtsgrundlagen, praktische Durchführung, Problemlösungen ; mit 59 Tabellen. 2., vollst. überarb. und aktualisierte Aufl. Heidelberg: Springer, 217-225.
- Schelhase T.; Weber S. (2007): Die Todesursachenstatistik in Deutschland. Probleme und Perspektiven. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 50 (7), 969-976. DOI: 10.1007/s00103-007-0287-6.
- Schenck-Gustafsson K. (2012): Coronary Heart Disease. In: Schenck-Gustafsson, K., DeCola, P. und Pfaff, D.; Pisetsky, D. S. (Hg.): Handbook of clinical gender medicine. Basel, New York: Karger, 190-205.
- Schurig N. (2014): Wess' Brot ich ess des Lied ich sing ... Deutsches Ärzteblatt (Hg.). Online verfügbar unter <http://www.aerzteblatt.de/archiv/153201/Therapie-des-Diabetes-mellitus-Typ-2>, zuletzt geprüft am 03.04.2015.
- Semba, R.D.; Ferrucci, L.; Bartali, B.; Uрпи-Sarda, M.; Zamora-Ros, R.; Sun, K. et al. (2014): Resveratrol Levels and All-Cause Mortality in Older Community-Dwelling Adults. *JAMA Intern Med* 174 (7), 1077
- Singer M.; Teyssen S. (2001): Alkoholassoziierte Organschäden. Befunde in der Inneren Medizin, Neurologie und Geburtshilfe/Neonatologie. *Deutsches Ärzteblatt* 98 (33).
- SM-BW - Sozialministerium Baden-Württemberg (1999): Konzept zur Verbesserung der Schlaganfallversorgung in Baden-Württemberg. - Beratungsergebnis des Landeskrankenhause Ausschusses vom 19. Oktober 1999. Stuttgart, 1999.
- SM-BW - Sozialministerium Baden-Württemberg (2011): Schlaganfallkonzeption Baden-Württemberg. Stuttgart, 2011.
- SPIEGEL online (2015): Masern-Ausbruch in den USA: Alarm im magischen Königreich. Hamburg, 06.02.2015. Online verfügbar unter <http://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/masern-ausbruch-in-den-usa-gefaehrliche-kinderkrankheit-zurueck-a-1017044.html>, zuletzt geprüft am 09.02.2015.
- STALA BW - Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2014): Alkoholbedingte Krankenhausbehandlungen bei Kindern und Jugendlichen gehen im Südwesten weiter deutlich zurück. Pressemitteilung 391/2014. Stuttgart, 21.02.2015. Online verfügbar unter <http://www.statistik-bw.de/Pressemitt/2014391.asp>, zuletzt geprüft am 29.03.2015.
- Stallmann C. et al. (2015): Individuelle Datenverknüpfung von Primärdaten mit Sekundär- und Registerdaten in Kohortenstudien: Potenziale und Verfahrensvorschläge. Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)). DOI: 10.1055/s-0034-1396805.
- Stansfeld S. et al. (1999): Work characteristics predict psychiatric disorder: prospective results from the Whitehall II study. *Occup Environ Med* 56, 302-307. DOI: 10.1136/oem.56.5.302.

- Statistische Ämter - Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2010): Demografischer Wandel in Deutschland. Statistisches Bundesamt (Hg.). Wiesbaden, 2010 (2).
- Steffel, J.; Lüscher, T.F.; Brunnhorst, C. (Hg.) (2011): Herz-Kreislauf. Heidelberg: Springer.
- Swart E.; Gothe H.; Ihle P.; Matusiewicz D. (2014): Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven. 2., vollst. überarb. u. erw. Aufl. Bern: Verlag Hans Huber.
- Szagon B. (2015): Kommunale Gesundheitsberichterstattung als Grundlage für die Gesundheitsförderung. In: Kuhn, J. und Heyn, M. (Hg.): Gesundheit fördern mit dem ÖGD: Huber.
- Szagon B.; Preuß S. (2005): Genderspezifische Gesundheitsberichterstattung im Bodenseekreis. Zukunftsthema "Gesundheit von Jungen und Männern". Das Gesundheitswesen 67, 862-868.
- Szagon B.; Starke D. (2005): Prävention und Gesundheitsberichterstattung im ÖGD – Bedingungen und Chancen. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 48, 1125-1129.
- Techniker Krankenkasse (2013): Bleib locker, Deutschland! TK-Studie zur Stresslage der Nation. 10/2013. Meusch, D. (Hg.). Hamburg: Techniker Krankenkasse.
- Teising M. (2001): Suizid im Alter: Symptom oder Bilanz? Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie 14 (1), 36-43. DOI: 10.1024//1011-6877.14.1.36.
- Tempel G.; Jung F. (2013): Die Gesundheit von Männern ist nicht die Gesundheit von Frauen. Unter Mitarbeit von Carsten Schröder. Gesundheitsamt Bremen (Hg.). Bremen (e), 2013.
- Varnaccia G. et al. (2014): Das Unfallgeschehen bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Befragung "Gesundheit in Deutschland aktuell" 2010. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 57 (6), 604-612. DOI: 10.1007/s00103-014-1961-0.
- Vaupel J.W.; Kistowski K.G. (2005): Der bemerkenswerte Anstieg der Lebenserwartung und sein Einfluss auf die Medizin. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 48 (5), 586-592. DOI: 10.1007/s00103-005-1043-4.
- Vullhorst U. (2007): Arbeitslosigkeit und Inflation in Baden-Württemberg. Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg (7), 38-41.
- Watson P. (1995): Explaining rising mortality among men in eastern Europe. *Social science & medicine* 41 (7), 923-934. DOI: 10.1016/0277-9536(94)00405-1.
- Weigel M. et al. (2014): Immunization rates at the school entry in 2012. *Deutsches Ärzteblatt international* 111 (46), 788-794. DOI: 10.3238/arztebl.2014.0788.
- Weiland S.K. et al. (2006): Zunahme der Lebenserwartung. Größenordnung, Determinanten und Perspektiven. *Deutsches Ärzteblatt* 103 (16).
- WFW - Wirtschaftsministerium - Ministerium für Finanzen und Wirtschaft Baden-Württemberg (2002): Landesentwicklungsplan 2002 Baden-Württemberg. LEP 2002. Stuttgart, 2002.
- WHO - World Health Organization (2014): World Health Statistics 2014. Geneva: World Health Organization. Online verfügbar unter <http://gbv.ebib.com/patron/FullRecord.aspx?p=1741840>.
- WHO - World Health Organization (2014): World: Life expectancy at birth, males and females 2012. Source : Global Health Observatory, WHO, 2014. Online verfügbar unter <http://gamapservr.who.int/mapLibrary/app/searchResults.aspx>, zuletzt geprüft am 16.03.2015.
- WHO - World Health Organization (2015): Cancer prevention. Cancer Control Programme, Department of Chronic Diseases and Health Promotion (CHP) (Hg.). Geneva. Online verfügbar unter <http://www.who.int/cancer/prevention/en/>, zuletzt geprüft am 05.04.2015.
- WHO - World Health Organization (2015): Die Diabetes-Epidemie in der Europäischen Region, 12.03.2015. Online verfügbar unter <http://www.euro.who.int/de/health-topics/noncommunicable-diseases/diabetes/news/news/2011/11/diabetes-epidemic-in-europe>, zuletzt geprüft am 03.04.2015.
- WHO - World Health Organization (2015): Life expectancy at birth, 2015. Online verfügbar unter http://gamapservr.who.int/gho/interactive_charts/mbd/life_expectancy/atlas.html, zuletzt geprüft am 07.01.2015.
- Wiesner G.; Bittner E.K. (2004): Lebenserwartung, vorzeitig verlorene Lebensjahre und vermeidbare Sterblichkeit im Ost-West-Vergleich. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 47 (3), 266-278. DOI: 10.1007/s00103-003-0793-0.
- Willich S.N. et al. (1999): Regionale Unterschiede der Herz-Kreislauf-Mortalität in Deutschland. *Deutsches Ärzteblatt* 96 (8).
- Wittchen H.U. et al. (2011): The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European neuropsychopharmacology: the journal of the European College of Neuropsychopharmacology* 21 (9), 655-679. DOI: 10.1016/j.euroneuro.2011.07.018.
- Wolfersdorf M. (2010): Männersuizid: Anmerkungen zur Psychodynamik bei öffentlich bekannten Männern. *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie* 11 (3), 36-41.
- Worm N. (2004): Syndrom X oder Ein Mammut auf den Teller! mit Steinzeitdiät aus der Wohlstandsfalle. 6. Aufl. Lünen: Systemed.

3. SOZIALE RAHMENBEDINGUNGEN VON GESUNDHEIT

Laura Arnold

“The key message [...] is that the circumstances in which people are born, grow, live, work and age are the fundamental drivers of health, and health inequality.”

(Michael Marmot 2008 zit. nach Franke 2012: 219)

In den vorherigen Kapiteln hat sich gezeigt, dass die Beschreibung der gesundheitlichen Situation im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung immer auch sozialstrukturelle Muster aufweist. So haben vergleichsweise strukturschwache Bundesländer höhere Raten vorzeitiger Sterblichkeit und eine geringere Lebenserwartung bei der Geburt als Bundesländer, die durch Strukturstärke, eine geringe Arbeitslosigkeit und hohe Durchschnittseinkommen gekennzeichnet sind (→ Kapitel 2.1.3.1). Zusammenhänge zwischen der sozialen und der gesundheitlichen Situation bestehen diesbezüglich nicht nur zwischen sondern auch innerhalb der einzelnen Länder. Auch in Baden-Württemberg zeigen sich trotz der ausgesprochen guten gesundheitlichen Gesamtsituation nicht unerhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen Stadt- und Landkreisen sowie zwischen Männern und Frauen.

Es ist bekannt, dass der Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Lage bei Jungen und Männern deutlich stärker ausgeprägt ist als bei Mädchen und Frauen (DeCola 2012: 12; Kroll, Lampert 2009). Dies zeigt sich auch auf kommunaler Ebene, wie beispielsweise eine Analyse regionaler Unterschiede in Bayern belegt (Kuhn et al. 2006). Demzufolge können rund 50% der regionalen Sterblichkeitsunterschiede auf sozioökonomische Faktoren zurückgeführt werden, wobei die Sterblichkeitsunterschiede bei Jungen und Männern deutlich stärker ausgeprägt sind. Eine Untersuchung der aktuellen Entwicklung der Sterblichkeit zeigt vergleichbare Ergebnisse für Baden-Württemberg (Brachat-Schwarz 2010). Auch bei den eigens für diesen Bericht durchgeführten Analysen zeigen Jungen und Männer in Regionen mit eher guter sozialer Situation eine höhere Lebenserwartung und geringere Raten vorzeitiger Sterblichkeit (→ Kapitel 2.1.3.2).

Jungen und Männer weisen somit nicht nur eine geringere Lebenserwartung und höhere Raten vorzeitiger Sterblichkeit auf als Mädchen und Frauen, sie scheinen darüber hinaus auch empfindlicher auf schlechte soziale Bedingungen zu reagieren. Gemäß des anfangs eingeführten Flussbilds der Public-Health-Parabel, geht den meisten Erkrankungen oder gar Todesfällen voraus, dass Menschen Jahre bis Jahrzehnte lang unter bestimmten sozialen Bedingungen und auf bestimmte Weise gelebt haben. Für die Jungen- und Männer-

gesundheit sind dabei gerade soziale Rahmenbedingungen, unterschiedliche Lebenslagen sowie Lebenswelten von zentraler Bedeutung. Bevor diese so wichtigen Rahmenbedingungen für Gesundheit und Krankheit differenzierter dargestellt werden, soll zunächst geklärt werden, warum die soziale Situation überhaupt einen so entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit hat. Des Weiteren soll erörtert werden, warum schlechte soziale Bedingungen bei Männern „stärker unter die Haut gehen“ als bei Frauen.

In den letzten 30 Jahren haben zahlreiche internationale wie nationale Studien belegt, dass soziale Rahmenbedingungen hinsichtlich der Entstehung von Gesundheit und Krankheit eine zentrale Rolle spielen (Mackenbach 2006; Marmot 2005). Sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen (z.B. Personen mit einer vergleichsweise niedrigen Bildung, einer geringen beruflichen Stellung und/oder einem niedrigen Einkommen) sind dabei besonders großen gesundheitlichen Risiken ausgesetzt und weisen ein höheres Erkrankungs- und Sterberisiko auf (Richter, Hurrelmann 2007; Judge et al. 2006). Sie sind häufiger von Multimorbidität betroffen und schätzen ihren eigenen Gesundheitszustand oft schlechter ein als sozial besser gestellte Personen. Darüber hinaus können viele Erkrankungen und gesundheitliche Beeinträchtigungen früher eintreten und bei schlechten sozialen Bedingungen einen ungünstigeren Verlauf nehmen (Lampert et al. 2007). Nur sehr wenige Ausnahmen, wie beispielsweise bestimmte Allergien, sind ungeachtet der sozialen Ausgangsposition gleich häufig verteilt oder gar bei guter sozialer Lage häufiger anzutreffen. Bei der weit überwiegenden Mehrheit aller Erkrankungen und gesundheitlichen Beschwerden zeigen sich somit starke soziale Ungleichheiten.

Im alltäglichen Sprachgebrauch versteht man unter sozialer Ungleichheit zumeist eine Unterscheidung nach Bildung, beruflicher Stellung und Einkommen, dem sogenannten Sozio-ökonomischen Status (Kroll, Lampert 2009). Sie stellt somit eine vertikale hierarchische Gesellschaftsgliederung dar, die zwischen sozial besser gestellten und sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen differenziert (Mielck, Helmert 2012: 494). Der Zusatz ‚vertikal‘ verdeutlicht, dass die genannten Merkmale eine Gesellschaft in „oben und unten“ teilen. Darüber hinaus wird soziale Ungleichheit aber auch durch zahlreiche querliegende („horizontale“) Faktoren, wie z.B. Geschlecht, Alter, Familienstand, Konfession und Wohnort, bestimmt. Gerade weil es nicht „die Jungen“ oder „die Männer“ gibt, sondern sich die Lebenslagen, Lebenswelten wie auch geschlechtsspezifische und gesundheitsrelevante Rollen von Jungen und Männern erheblich unterscheiden,

dürfen die Merkmale der vertikalen sowie horizontalen sozialen Ungleichheit nicht als einzelne, voneinander unabhängig auf die Gesundheit wirkende Strukturmerkmale betrachtet werden. Sie sind vielmehr als sich gegenseitig ergänzende und einander bedingende Konstrukte zu verstehen.

Abb. 84 Determinanten der Gesundheit und gesundheitlichen Ungleichheit (Dahlgren, Whitehead 1993 nach Franke 2012: 227)

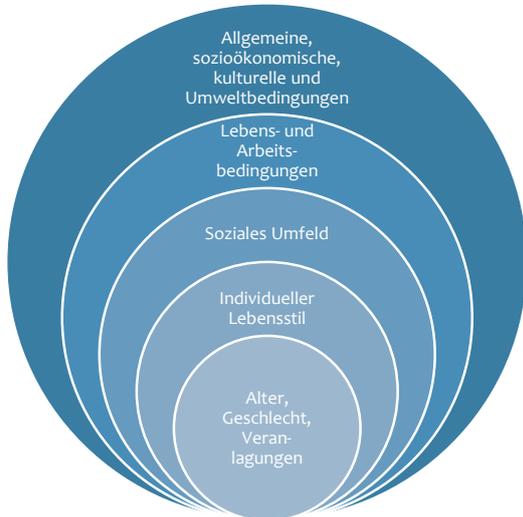


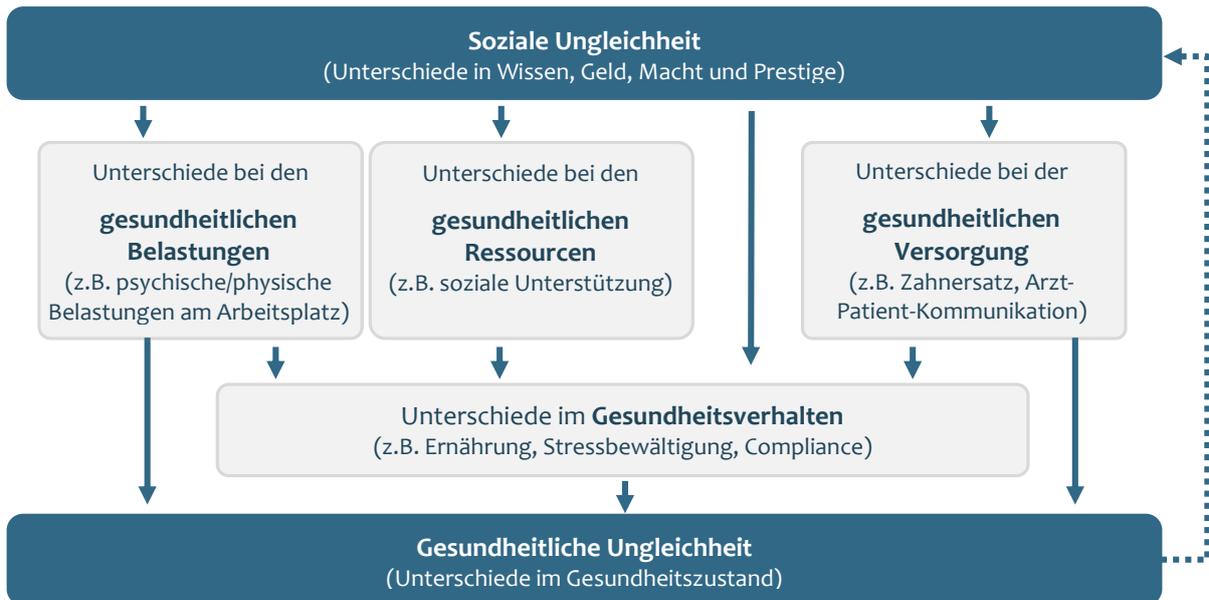
Abb. 84 verdeutlicht, wie wichtig es ist, zielgruppenspezifische Präventionsmaßnahmen und Maßnahmen der Gesundheitsförderung an den individuellen Lebenslagen und Lebenswelten auszurichten. Um ungleiche Gesundheitsrisiken zu minimieren und gesundheitliche Lebenschancen langfristig zu verbessern, müssen daher v.a. diejenigen Jungen und Männer in den Blick genommen werden, bei denen die sozialen und gesundheitlichen Belastungen besonders groß sind. Dies gelingt am ehesten, wenn bekannt ist, in welcher Altersgruppe, bei welcher Familienkonstellation, mit welchem Bildungshintergrund, bei welcher Nationalität (etc.) die soziale Benachteiligung der Jungen und Männer am höchsten ist (Mielck, Helmert 2012: 495). Je detaillierter besonders belastete Gruppen beschrieben werden können, desto besser können gesundheitsfördernde Maßnahmen zielgruppengerecht implementiert werden (Bauer, Bittlingmayer 2012: 693).

Bis heute gibt es keine abschließende Erklärung für den Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit. Man weiß jedoch, dass die komplexe wechselseitige Beziehung durch zahlreiche materielle wie psychosoziale Faktoren beeinflusst wird: Neben sozioökonomischen Unterschieden (wie Einkommen, Bildung und berufliche Stellung) sind Lebensbedingungen (z.B. Arbeitsbedingungen und gesundheitliche Versorgung), gesundheitsrelevante Verhaltensweisen (Ernährung, Rauchen, Compliance) und der individuelle Gesundheitszustand (Erkrankungshäufigkeit und Sterblichkeit) von Bedeutung (Abb. 85). Darüber hinaus nehmen psychosoziale Faktoren eine Schlüsselposition ein (Marmot 2004).

Angesichts der in Abb. 84 dargestellten Fülle von Gesundheitsfaktoren ist es nicht verwunderlich, dass es auch eine Vielzahl an Erklärungsmodellen zum Zusammenhang von sozialer und gesundheitlicher Situation gibt (Franke 2012: 227). In Deutschland recht weit verbreitet ist das Erklärungsmodell zur gesundheitlichen Ungleichheit von Mielck (2000), dargestellt in Abb. 85. Das Modell verdeutlicht, dass nicht nur die gesundheitliche Belastung per se sondern insbesondere das Zusammenwirken von gesundheitlicher Belastung einerseits und Bewältigungsressourcen und Erholungsmöglichkeiten andererseits den individuellen Gesundheitszustand beeinflussen (Mielck 2011). Dabei ist hervorzuheben, dass die Beziehung zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit wechselseitig ist. D.h., dass schlechte soziale Rahmenbedingungen den Gesundheitszustand beeinträchtigen können („Armut macht krank“), ebenso wie Erkrankungen zu einer Verschlechterung der sozialen Situation beitragen können („Krankheit macht arm“) (Mielck, Helmert 2012: 506). Letzteres gerät bei der Diskussion um den Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit oft in den Hintergrund. Praktisch ist es jedoch von großer Bedeutung und stark vom sozialstaatlichen Leistungsniveau abhängig, inwieweit Krankheit zum Armutrisiko werden kann.

Lange Zeit wurde der Lebenserwartungsunterschied zwischen Männern und Frauen auf das stark stereotypisierte „männliche Risikoverhalten“ zurückgeführt. In den Anfängen des Männergesundheitsdiskurses wurden Männer als „gesundheitliche Sanierungsfälle“ und „Gesundheitsidioten“ dargestellt, denen gesundheitsriskantes Verhalten und unzureichende Körpersensibilität vorgehalten wurde (Dinges 2010: 2). Heute weiß man, dass Unterschiede im Gesundheitsverhalten, seien es nun schlechte Ernährungsgewohnheiten, Rauchen, erhöhter Alkoholkonsum oder riskantes Verhalten im Straßenverkehr, maßgeblich von den sozialen, ökonomischen sowie kulturellen Rahmenbedingungen abhängen. Rein auf Verhaltensänderung angelegte Präventionsmaßnahmen können somit kaum zur nachhaltigen Verbesserung der gesundheitlichen Lage beitragen (Mielck 2010). Denn ohne Berücksichtigung der jeweiligen Lebenslage sowie der individuell zur Verfügung stehenden Ressourcen und Risiken besteht die Gefahr, dass es zu unangemessenen Schuldzuschreibungen kommt (ebd.). Diese sind unrechtmäßig, weil unterstellt wird, dass das individuelle Gesundheitsverhalten stets frei gewählt wird, was, wie zahlreiche Studienergebnisse bestätigen, so nicht unreflektiert unterstellt werden kann. Gerade sozial benachteiligte Männer und Frauen weisen aus ganz unterschiedlichen – und größtenteils nicht selbst zu verantwortenden – Gründen nicht die gleiche Flexibilität hinsichtlich ihres Gesundheitsverhaltens auf wie Personen aus guter sozialer Lage (→ Kapitel 2.1.3).

Abb. 85 Modell zur Erklärung sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit (Eigene Darstellung nach Mielck 2011)



Kapitel 2.2 zeigt, dass die Unterschiede in der Lebenserwartung von Männern und Frauen v.a. auf nichtnatürliche Todesursachen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, bösartige Neubildungen und Atemwegserkrankungen zurückzuführen sind. Darüber hinaus zeigen sich auch bei den psychischen Störungen stärkere soziallagebedingte Unterschiede bei den Männern (Klose, Jacobi 2004; Schneider et al. 2005). Unterschiede zwischen Männern und Frauen zeigen sich somit v.a. bei Erkrankungen, für die psychosozialer Stress ein Risikofaktor darstellt. Dies ist deshalb so bedeutsam, da Stressreaktionen ganz wesentlich zur Entstehung zahlreicher körperlicher wie psychischer Erkrankungen beitragen (Badura, Knesebeck 2012: 199). Belastende Lebensumstände, andauernde Sorgen, Unsicherheit, geringe Selbstachtung, soziale Vereinsamung und fehlende Möglichkeiten der Selbstbestimmung können ebenso langfristig Stress hervorrufen wie ein belastendes Familienleben (Marmot, Wilkinson 2003: 13).

Männer reagieren dabei wesentlich empfindlicher auf belastende Lebensereignisse als Frauen und das, obwohl Frauen wesentlich häufiger über subjektive Stresserfahrungen berichten (Kudielka, Kirschbaum 2005: 116). Eine mögliche Erklärung dieser stärkeren männlichen Stressempfindlichkeit liefern die tendenziell verschiedenen Stressreaktionen von Frauen und Männern (McEwen 2010): Während Frauen eher zu sogenannten ‚tend and befriend‘-Reaktionen neigen, bei denen fürsorgliche und soziale Aktivitäten im Vordergrund stehen, tendieren Männer eher zu klassischen ‚fight or flight‘-Verhaltensweisen, die durch aggressive Impulse und Erregungszustände gekennzeichnet sind (Kudielka, Kirschbaum 2005).

Viel Aufmerksamkeit hat in diesem Zusammenhang das Konstrukt des Statusunbehagens erfahren, wo-

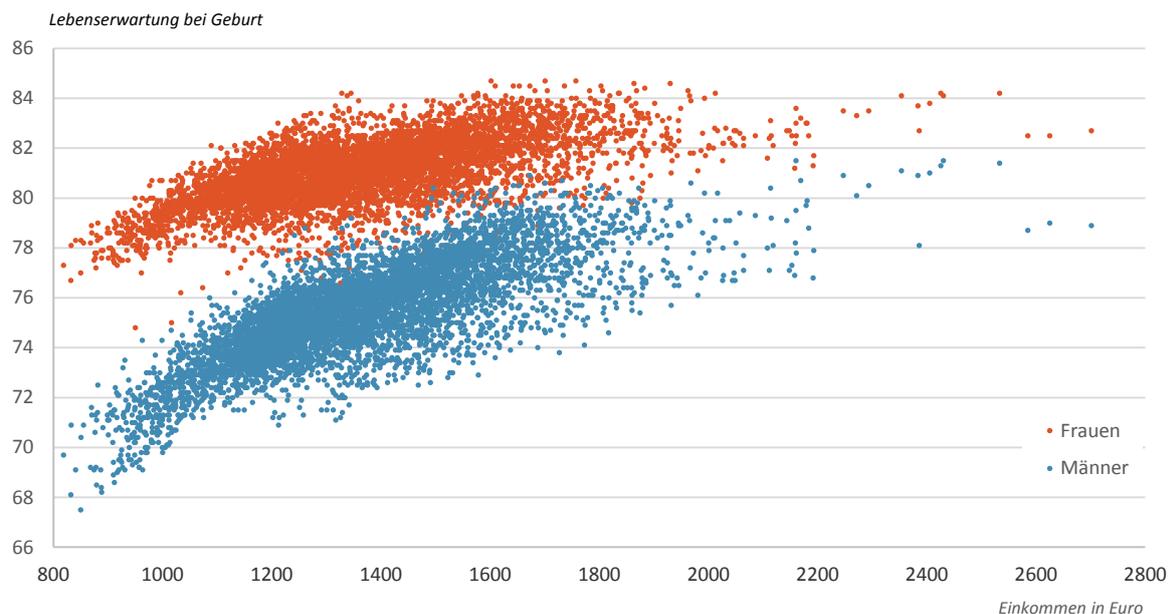
nach soziale Vergleichsprozesse das individuelle Wohlbefinden beeinflussen und als wesentliche Risikofaktoren für verschiedene Erkrankungen angesehen werden (Delhey 2012: 11). Im Mittelpunkt dieses Konstrukts steht die Angst, Geringschätzung und Respektlosigkeit zu erfahren. Auslöser einer solchen Herabwürdigung können Vergleiche hinsichtlich oben genannter sozio-ökonomischer Statusparameter wie geringes Gehalt, niedrige berufliche Stellung oder auch mangelnde Bildung sein. Gemäß dem Motto „mein Haus, mein Auto, mein Boot“, können v.a. negativ wahrgenommene soziale Bewertungs- und Vergleichsprozesse belastend wahrgenommen werden (Dickerson, Kemeny 2004: 378), was v.a. bei dauerhaftem Bestehen mit starken gesundheitlichen Beeinträchtigungen einhergeht.

Auf die Frage, warum Männer stärker auf soziallagebedingte psychosoziale Belastungen reagieren als Frauen, liefern aber neben den o.g. geschlechtsspezifischen Stressreaktionen auch kulturell wie sozialisationsgeprägte Rollenzuweisungen mögliche Antworten: So gehen Klotz und Hurrelmann beispielsweise davon aus, dass die Bewältigung männlicher Rollenerwartungen ebenso wie das Bemühen ihnen gerecht zu werden Stress erzeugen kann (Klotz et al. 1998). In der Einleitung wurde bereits darauf hingewiesen, welcher zentralen Stellenwert Männlichkeitsleitbilder in diesem Kontext einnehmen. Denn auch wenn „Mann sein“ heute nicht mehr dem traditionellen hegemonialen Selbstverständnis entsprechen muss, prägen Härte sowie Leistungs- und Erfolgsorientierung nach wie vor oft das männliche Rollenverständnis (→ Kapitel 1.1). Damit scheint einherzugehen, dass Männer aus Angst vor sozialer Stigmatisierung häufiger an einem funktionalen Gesundheitskonzept und stereotypen Rollennormen festhalten als Frauen (Möller-Leimkühler 2005). Und da v.a. Männer auf leistungsbezogene

Stressfaktoren reagieren, kommt Gefühlen der sozialen Unterordnung ebenso wie der Angst vor sozialem Versagen eine mindestens ebenso große, wenn nicht sogar bedeutsamere Rolle zu (Szagun, Cohrs 2014). Gleiches gilt für langandauernde Unzulänglichkeitsgefühle, wie sie v.a. in herabsetzenden sozialen Vergleichsprozessen gegeben sind (Dickerson, Kemeny 2004). Es spricht somit vieles dafür, dass der subjektiv wahrgenommene soziale Status – also wo sehe ich mich im Vergleich zu anderen – eine sehr wesentliche

Rolle hinsichtlich Gesundheit und Krankheit spielt. Zusammenfassend lässt sich somit sagen, dass gesundheitliche Ungleichheit kein Randgruppenphänomen sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen darstellt, sondern sich vielmehr als sozialer Gradient durch ganze Gesellschaften zieht. Negative gesundheitliche Auswirkungen sozialer Benachteiligung zeigen sich folglich nicht nur bei den ärmsten und sozial am stärksten benachteiligten Bevölkerungsgruppen sondern quer durch alle Sozialschichten (Lampert, Kroll 2014).

Abb. 86 Zusammenhang zwischen mittlerer Lebenserwartung bei Geburt und mittlerem Haushaltsnettoeinkommen auf der Ebene der Kreise und kreisfreien Städte Deutschlands 1995 bis 2009 nach Geschlecht (n=6.180); auf Datenbasis von INKAR 2012 und BBSR 2012 (Eigene Darstellung nach Lampert, Kroll 2014: 7)



Wie eingangs bereits erläutert und in obiger Abbildung des Robert Koch-Instituts veranschaulicht, zeigt sich der Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Lage auch auf kommunaler Ebene. Abb. 86 beschreibt den Zusammenhang zwischen dem mittleren Haushaltsnettoeinkommen und der Lebenserwartung bei der Geburt auf Ebene der 412 Stadt- und Landkreise Deutschlands (1995-2009). Stellt man die Kreise mit dem jeweils niedrigsten und höchsten Einkommen gegenüber, beträgt die Differenz der mittleren Lebenserwartung bei den Frauen rund 7 Jahre, bei den Männern nahezu 10 Jahre (Lampert, Kroll 2014). Bei kleineräumigeren Betrachtungen zeigen sich somit stärkere Unterschiede zwischen der sozialen und gesundheitlichen Situation als z.B. auf Bundesebene (ebd.).

Gerade auf kommunaler Ebene sollten daher besonders belastende sowie potentiell stressauslösende Bedingungen stärker in den Blick genommen werden. Um der in Abb. 84 aufgezeigten Komplexität gesundheitlicher Ungleichheit gerecht zu werden, ist diesbezüglich eine Vielzahl an Einflussfaktoren zu berücksichtigen. Dies ist im Rahmen des vorliegenden, übergeordneten Berichts nur bedingt möglich, da hierfür v.a. lokales Wissen um regionale Besonderheiten benötigt wird.

Wenn es darum geht, Handlungsstrategien zur langfristigen Reduktion sozialer Ungleichheit zu erarbeiten, ist ein kontinuierliches, regional verankertes Monitoring unter Einbezug lokaler Expertise unumgänglich. Kommunale Gesundheitskonferenzen bieten hierzu eine mögliche, wenn sicherlich auch nicht die einzige, Schnittstelle.

Aus Kapitel 2 ist bekannt, dass die gesundheitliche Lage der Jungen und Männer in Baden-Württemberg im bundesdeutschen Vergleich ausgesprochen gut ist. Jungen und Männer aus Baden-Württemberg erfreuen sich einer sehr hohen Lebenserwartung und weisen vergleichsweise geringe Sterberaten auf. Aktuelle Studienergebnisse belegen, dass Sie ferner auch auf gute soziale wie gesundheitliche Rahmenbedingungen zurückgreifen können, wobei sich nicht zu unterschätzende regionale Unterschiede zwischen den einzelnen

Stadt- und Landkreisen zeigen (Hofmeister et al. 2015). Anhand von Bildungsstand, Einkommen und Erwerbstätigkeit soll im Folgenden ein kurzer Überblick über die sozialen Rahmenbedingungen von Jungen und Männern in Baden-Württemberg gegeben werden. Da Baden-Württemberg seit Jahren starke Bevölkerungszuwächse durch Zuwanderung verzeichnen kann, wird außerdem einen Blick auf das aktuelle Migrationsgeschehen geworfen.

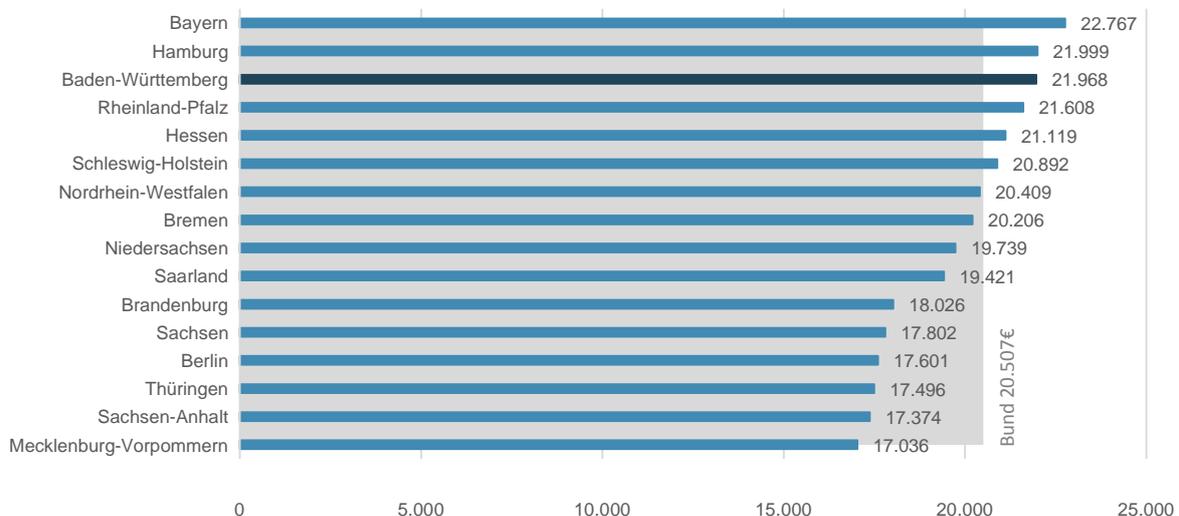
3.1. EINKOMMEN IN BADEN-WÜRTTEMBERG

Die individuelle Einkommenslage spielt eine zentrale Rolle für den Gesundheitszustand von Männern und Frauen. Ein regelmäßiges Einkommen eröffnet den Zugang zu den meisten Bedarfs- und Gebrauchsgütern und stellt eine wesentliche Voraussetzung für die Befriedigung zahlreicher Grundbedürfnisse dar (RKI 2005: 21). Ein niedriges Einkommen oder gar Einkommensarmut ist dementsprechend mit erheblichen Nachteilen und Belastungen in den verschiedensten Lebensbereichen assoziiert (Lichtenberger 2013). Neben verringerten Konsummöglichkeiten alltäglicher Bedarfs- und Gebrauchsgüter kann es zu eingeschränkten Möglichkeiten der sozialen Teilhabe sowie der sozialen Integration kommen (Voges, Groh-Samberg 2011). Die Einkommensverteilung in einer Gesellschaft gibt Auskunft darüber, ob und inwieweit einzelne Bevölkerungsgruppen von der gesellschaftlichen Teilhabe ausgeschlossen sind bzw. von einem Ausschluss bedroht sind (Goebel et al. 2013: 186). Es ist somit nicht verwunderlich, dass die Einkommenslage als Ausdruck der materiellen Lebensbedingungen einen ganz wesentlichen Einfluss auf Gesundheit und

Wohlbefinden von Männern und Frauen hat (Lichtenberger 2013; Kroh et al. 2012; Kroll, Lampert 2008).

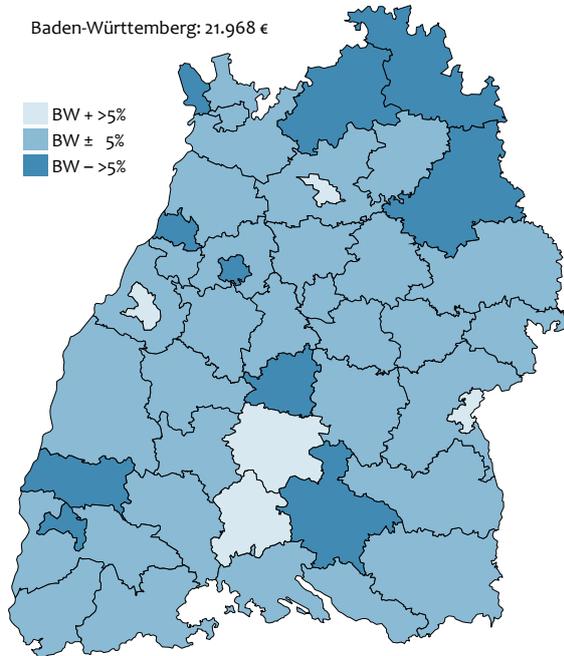
Eine schlechte Einkommenssituation wirkt sich dabei stärker auf die Gesundheit von Männern als von Frauen aus. So zeigen Analysen auf Basis des Sozio-ökonomischen Panels aus dem Jahr 2012, dass Männer und Frauen aus vergleichsweise wohlhabenden Haushalten im Alter von 65 Jahren eine deutlich höhere fernere Lebenserwartung aufweisen als Personen mit einer entsprechend niedrigen Einkommensposition, jedoch fallen die Differenzen mit bis zu fünf Jahren bei den Männern deutlich größer aus als bei den Frauen mit bis zu drei Jahren (Kroh et al. 2012). Die bereits im vorherigen Kapitel vorgestellten Analysen auf Basis der Datenbank INKAR (Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung in Deutschland und Europa) des Bundesinstituts für Bau- Stadt- und Raumforschung (BBSR) zeigen außerdem, dass auch ein regional geringeres Durchschnittseinkommen stärkere Auswirkungen auf die Männer- als auf die Frauengesundheit hat (→ Abb. 86) (Lampert, Kroll 2014).

Abb. 87 Verfügbares Einkommen der privaten Haushalte je Einwohner in Deutschland 2012, nach Bundesländern, in Euro (Daten: AK VGR 2014, eigene Darstellung)



Bundesweit zählt Baden-Württemberg zu den einkommensstärksten Ländern. Lediglich Bayern und Hamburg weisen, gemessen am verfügbaren Einkommen, höhere Haushaltseinkommen auf (Abb. 88).

Abb. 88 Prozentuale Abweichung des verfügbaren Einkommens der privaten Haushalte je Einwohner in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs 2012 zum Landesdurchschnitt, in Euro (Daten: AK VGR 2014, eigene Darstellung)



Das verfügbare Einkommen der privaten Haushalte (VEK) entspricht dem Einkommen, das nach Abzug von Sozialabgaben sowie Einkommen- und Vermögensteuern für den privaten Gebrauch zur Verfügung steht und für Konsum- und Sparzwecke verwendet werden kann (STALA BW 2013). Der aus der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung (VGR) stammende Indikator ist besonders aussagekräftig für den (monetären) Wohlstand der Bevölkerung. Dadurch dass die Wohnbevölkerung als Bezugsgröße dient, ist der Indikator für Regionalvergleiche geeignet, differenziert jedoch nicht nach Haushaltsgröße oder Zusammensetzung (AK VGRdL 2014: 26).

Regional betrachtet kann man an der überwiegend gleichmäßigen Flächenfärbung in Abb. 88 erkennen, dass in den meisten Stadt- und Landkreisen das verfügbare Haushaltseinkommen etwa dem Landesschnitt entspricht ($\pm 5\%$). Allerdings zeigen sich zwischen den einkommensstärksten und den einkommensschwächsten Regionen mitunter erhebliche Unterschiede. Gemessen am verfügbaren Einkommen zählen Heilbronn und Baden-Baden zu den mit Abstand einkommensstärksten Stadtkreisen. Mit 39.524€ je Einwohner wies Heilbronn 2012 das mit Abstand höchste verfügbare Haushaltseinkommen bundesweit auf (Datenquelle: AK VGR 2014). Und auch Baden-Baden zählte mit 26.718€ pro Einwohner zu den deutschen Spitzenrei-

tern. Bereits 2004 bis 2007 zählten die beiden Stadtkreise zu den einkommensstärksten Regionen Baden-Württembergs, wobei v.a. überdurchschnittlich hohe Spitzeneinkommen für die hohen Durchschnittswerte verantwortlich waren (Payk 2012; Loidl-Stuppi 2009). Mit unter 20.000€ zeigten sich die geringsten verfügbaren Haushaltseinkommen in den Stadt- und Landkreisen Neckar-Odenwald-Kreis, Freiburg und Mannheim. Vergleichsweise geringe Haushaltseinkommen (VEK) zeigen sich darüber hinaus auch in den eher ländlichen Kreisen Main-Tauber-Kreis, Schwäbisch Hall, Sigmaringen und Emmendingen sowie in den Stadtkreisen Pforzheim und Karlsruhe. Heilbronn weist dabei als einkommensstärkste Region Baden-Württembergs ein mehr als doppelt so hohes Haushaltseinkommen (VEK) auf als die drei einkommensschwächsten Regionen Neckar-Odenwald-Kreis, Freiburg und Mannheim.

Diese Einkommensdiskrepanzen sind vor allem vor dem Hintergrund der seit Mitte der 1980er Jahre zu beobachtenden Zunahme der Einkommensungleichheit im OECD-Raum, speziell auch in Deutschland, von Bedeutung (OECD 2014). Einkommensungleichheit wird mittlerweile als ein wichtiger Einflussfaktor auf Gesundheit sowie zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit betrachtet (Franke 2012: 234). Bekannt wurde hierbei der Ansatz der Spirit Level Theory von Wilkinson und Pickett, wonach der Gesundheitszustand moderner Industriegesellschaften entscheidend durch die Schere zwischen den oberen und unteren Einkommensgruppen determiniert ist (Wilkinson, Pickett 2010). Ein guter Gesundheitszustand zeigt sich demzufolge nicht in den Ländern mit dem höchsten Wohlstandsniveau im Sinne eines hohen Pro-Kopf-Einkommens, sondern v.a. in denjenigen Regionen mit den geringsten Einkommensungleichheiten (RKI 2005: 21).

Obwohl in Deutschland der allgemeine Lebensstandard, das Durchschnittseinkommen sowie das Bildungsniveau in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich gestiegen sind, wirken sich die o.g. Trends auch hier aus. So haben angesichts der schwierigen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen sowie der anhaltend hohen Arbeitslosigkeit Ungleichheit und Armutsrisiken bundesweit tendenziell eher zu- als abgenommen. Aktuelle Analysen bestätigen diesen Trend auch für Baden-Württemberg (Payk 2012). Angesichts der o.g. Sensitivität von Jungen und Männern hinsichtlich soziallagebedingter Einkommensungleichheit ergibt sich hieraus ein zentrales Thema für die Jungen und Männergesundheit. Denn gerade bei einer Fortschreibung der genannten Trends ist mit einer noch stärkeren Differenzierung der gesundheitlichen Situation von Jungen und Männern zu rechnen.

3.2. ARBEITSLOSIGKEIT IN BADEN-WÜRTTEMBERG

2012 betrug die durchschnittliche Wochenarbeitszeit in Deutschland nach Angaben des Statistischen Bundesamtes 36 Stunden. An einem regulären Werktag verbrachten Männer und Frauen somit einen Großteil der wachen Zeit „auf Arbeit“ (Lenhardt, Rosenbrock 2009: 295). Es ist daher nicht verwunderlich, dass Arbeits- und Berufsbedingungen einen großen Einfluss auf den gesamten Tagesrhythmus sowie die individuellen Lebensbedingungen haben (Hurrelmann 2006: 42). Wie genau Erwerbsarbeit, Arbeitsbedingungen und betriebliche Kontextfaktoren die Gesundheit von Männern und Frauen fördern bzw. beeinträchtigen wird in Kapitel 4 noch umfassend erläutert.

Das Vorhandensein eines Arbeitsplatzes stellt eine ganz wesentliche Gesundheitsressource dar. Was aber passiert, wenn dieses sinnstiftende Element plötzlich wegfällt? Arbeitsplatzunsicherheit und noch stärker Arbeitslosigkeit sind eng mit psychosozialen Belastungen assoziiert und stellen einen zentralen Risikofaktor für gesundheitliches Wohlbefinden sowie Gesundheit im Allgemeinen dar. Im Folgenden soll daher ein kurzer Blick auf die gesundheitlichen Folgen (langjähriger) Arbeitslosigkeit und die aktuelle Situation in Baden-Württemberg geworfen werden.

Bis Anfang der 1970er Jahre herrschte in Deutschland nahezu Vollbeschäftigung. Das Thema Arbeitslosigkeit spielte lange Zeit keine Rolle für die öffentliche Diskussion. Erst infolge der Ölpreisschocks 1973 und 1981 sowie der 1992/1993 einsetzenden Rezession kam es zu einer gravierenden Zunahme der Arbeitslosigkeit (Grobe, Schwartz 2003: 5). Spätestens seit den Untersuchungen von Jahoda, Lazarsfeld und Zeisel („Die Arbeitslosen von Marienthal“, 1933) weiß man um die fatalen Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit. Die soziographische Untersuchung beschäftigte sich erstmals mit den sozialen, psychischen und gesundheitlichen Folgen von langandauernder Arbeitslosigkeit infolge der Weltwirtschaftskrise 1929-1930 und stellte teils erhebliche geschlechtsspezifische Unterschiede im Umgang mit der Arbeitslosigkeit fest. Speziell der Zerfall der zeitlichen Tagesstruktur durch Langzeitarbeitslosigkeit war bei Männern deutlich stärker.

Auch heute noch führt Arbeitslosigkeit zu direkt fassbaren materiellen Einschränkungen (Grobe, Schwartz 2003: 8). Der Eintritt in die Arbeitslosigkeit geht i.d.R. mit erheblichen Veränderungen in der alltäglichen Lebensführung der betroffenen Männer und Frauen einher (Kroll, Lampert 2012). Neben dem Verlust eines beträchtlichen Teils des Einkommens sind hier die einzuhaltenden verbindlichen Vorgaben der Arbeitsagen-

tur zu nennen. Ferner wird auch heute noch der Verlust fester Zeitstrukturen diskutiert sowie der Abbau arbeitsplatzgebundener sozialer Kontakte (ebd.). Darüber hinaus ist Arbeitslosigkeit häufig mit verstärkten psychosozialen Belastungen sowie einem verringerten Selbstwertgefühl und dem Verlust des an den Beruf gebundenen Sozialprestiges assoziiert.

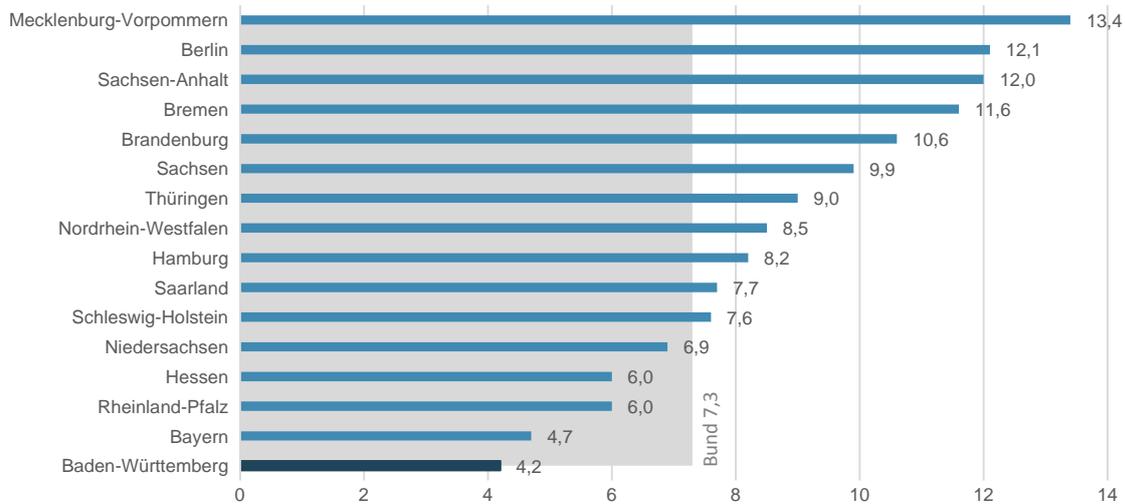
All diese mit Arbeitslosigkeit einhergehenden Belastungen können psychosozialen Stress erzeugen und dadurch gesundheitsriskantes Verhalten sowie das Auftreten zahlreicher Erkrankungen begünstigen. Dabei nehmen die gesundheitlichen Beeinträchtigungen bei den Männern mit voranschreitender Dauer der Arbeitslosigkeit eher zu, während Frauen bei Kurzzeitarbeitslosigkeit stärker beeinträchtigt sind als bei Langzeitarbeitslosigkeit (RKI 2007: 87)

Des Weiteren weisen arbeitslose Männer wie Frauen ein höheres Sterberisiko auf, wobei Männer deutlich stärker betroffen sind als Frauen (Roelfs et al. 2011). Unterschiede zeigen sich auch hinsichtlich des Alters sowie hinsichtlich der Dauer der Arbeitslosigkeit. Die höchsten Sterberaten zeigen sich aktuellen Studienergebnissen zufolge bei Männern wie Frauen in den jüngeren (<40J) und mittleren Altersgruppen (40-u50J) sowie innerhalb der ersten 10 Jahre der Arbeitslosigkeit (ebd.).

Geschlechtsspezifische Betrachtungen zeigen ferner, dass sich arbeitslose Männer und Frauen auch hinsichtlich der psychischen Gesundheit unterscheiden. So zeigen verheiratete Männer bzw. Männer in eheähnlicher Gemeinschaft meist ein höheres Risiko für eine schlechtere psychische Gesundheit als alleinstehende Männer, während der Zusammenhang bei den Frauen genau umgekehrt ist (Artazcoz et al. 2004). Es wird vermutet, dass der Verlust des Arbeitsplatzes für Männer in klassischen Rollenteilungen mit größeren Belastungen einhergeht, da das sonst eher mit Bestätigung und Stabilität einhergehende Selbstbild in Frage gestellt wird (RKI 2014: 157). Jedoch bleibt abzuwarten, inwiefern sich diese These angesichts sich wandelnder Lebens- und Familienformen als haltbar erweisen wird (ebd.).

Dabei darf nicht vergessen werden, dass auch gesundheitliche Probleme und Beeinträchtigungen zu prekären Arbeitsbedingungen und Arbeitslosigkeit führen können. So berichteten in der GEDA-Studie 2010 rund 16% der befragten Männer und 15% der befragten Frauen, dass der Arbeitsplatzverlust auch mit dem eigenen Gesundheitszustand zusammenhing (Kroll, Lampert 2012).

Abb. 89 Arbeitslosenquoten der Männer nach Bundesländern im Januar 2015, bezogen auf alle zivilen Erwerbspersonen (Daten: BA 2015, eigene Darstellung)



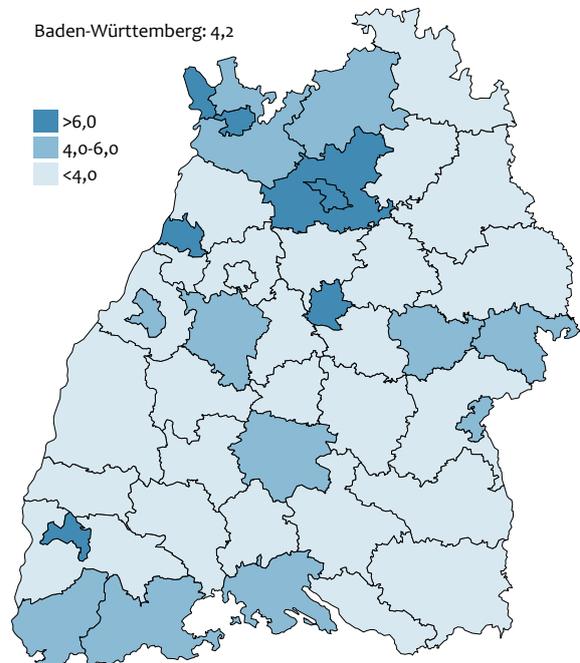
Amtliche Zahlen über die Situation am Arbeitsmarkt liefert neben dem Statistischen Bundesamt auch die Bundesagentur für Arbeit (BA). Während ersteres v.a. Daten zum erwerbsstatistischen Gesamtsystem verwaltet (z.B. die Zahl der Erwerbstätigen und Erwerbslosen), stellt die Bundesagentur vorwiegend Verwaltungsdaten, die im Zusammenhang mit ihren Aufgaben der Arbeitsvermittlung und Leistungserbringung für Arbeitslose und Kurzarbeiter anfallen, zur Verfügung (Schüller, Wingerter 2013: 115).

Anfang des Jahres waren rund 3 Mio. Menschen in Deutschland arbeitslos gemeldet, mit knapp 1,7 Mio. deutlich mehr Männer als Frauen mit 1,3 Mio. (Daten: BA 2015). Bundesweit lag die Arbeitslosenquote⁵ im Januar bei 7,0% (M=7,3%, F=6,7%), wobei sich zwischen den einzelnen Bundesländern deutlich Unterschiede zeigen (Abb. 89). Die mit Abstand höchsten Arbeitslosenquoten sind in Mecklenburg-Vorpommern zu finden. Mit 13,4% ist die Arbeitslosenquote hier mehr als dreimal so hoch wie in Baden-Württemberg. Letzteres lag mit 4,2% deutlich unter dem Bundesdurchschnitt und wies die mit Abstand geringsten Quoten bundesweit auf. Die regionale Verteilung der Arbeitslosenquoten lässt sich daher sowohl über ein klassisches Nord-Süd- als auch West-Ost-Gefälle beschreiben und zeigt deutliche Parallelen zur regionalen Verteilung der Lebenserwartung in Deutschland (→ Kapitel 2.1.3.1).

Auch innerhalb Baden-Württembergs zeigen sich Unterschiede zwischen den einzelnen Stadt- und Landkreisen, wenn auch nicht ansatzweise in den Ausmaßen der Variation auf Bundesebene (Abb. 90): Die mit Abstand höchsten Arbeitslosenquoten zeigen sich in

Stuttgart, Freiburg, Mannheim, Heilbronn und Pforzheim, wobei jedoch nur letztgenanntes über dem Bundeschnitt liegt. In den ländlich geprägten Landkreisen Biberach und Alb-Donau-Kreis sowie den Verdichtungsräumen Enzkreis, Tuttlingen und Rottweil sind die Quoten am geringsten. Ansatzweise zeigt sich somit ein Stadt-Land-Gefälle.

Abb. 90 Arbeitslosenquote der Männer in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs im Januar 2015, bezogen auf alle zivilen Erwerbspersonen (Daten: BA 2015, eigene Darstellung)



⁵ Arbeitslosenquoten entsprechen dem Verhältnis von (registrierten) Arbeitslosen zu Erwerbspersonen (EP = Erwerbstätige + Arbeitslose). Als Bezugsgröße dienen entweder alle zivilen Erwerbspersonen (Summe aus den abhängigen zivilen Erwerbstätigen sowie den Selbständigen und mithelfenden Familienangehörigen) oder alle abhängigen zivilen Erwerbspersonen (Summe aus sozialversicherungspflichtig Beschäftigten, geringfügig Beschäftigten, Personen in Arbeitsgelegenheiten, Beamten und Grenzpendlern) (Frank, Schade 2009: 4).

Die erfreulich geringen Quoten Baden-Württembergs sollten aber nicht als allgemeine Entwarnung missverstanden werden. Je weniger Menschen arbeitslos sind, desto eher besteht die Gefahr, dass diese Gruppe aus dem Blickfeld der Öffentlichkeit gerät (Kroll, Lampert 2012), was v.a. angesichts der vergleichsweise geringen Quoten in den überwiegend ländlich geprägten Kreisen problematisch sein kann. Bei niedriger allgemeiner Arbeitslosigkeit kann diese für Betroffene noch belastender sein, da der gesellschaftliche Druck, den eigenen Lebensunterhalt zu bestreiten, besonders hoch ist (sog. norm-induzierte Effekte) (Clark et al.

2008). Dies wäre für Baden-Württemberg nicht unwahrscheinlich, ist aber aus den vorliegenden Daten nicht zu beurteilen.

Darüber hinaus stellt ‚Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen‘ seit 2011 ein abgestimmtes Gesundheitsziel in Baden-Württemberg dar. Im Mittelpunkt steht dabei die Erhöhung des Problembewusstseins für gesundheitliche Risikofaktoren, die Förderung von Bewältigungsstrategien sowie die Schaffung gesundheitlicher Voraussetzungen für den Wiedereintritt in das Erwerbsleben (SM-BW 2011).

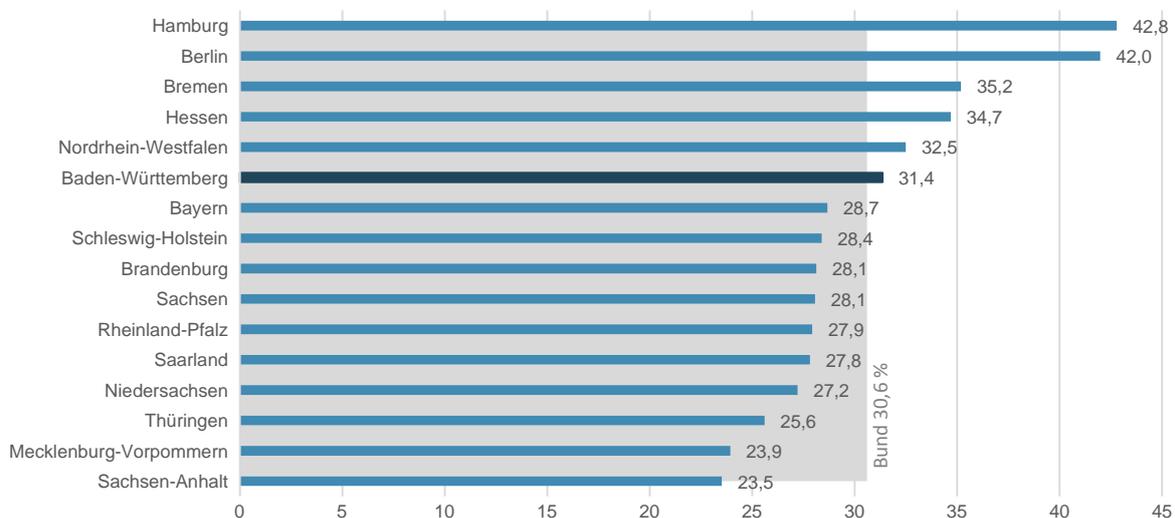
3.3. BILDUNG IN BADEN-WÜRTTEMBERG

Neben dem verfügbaren Einkommen stellt auch Bildung eine wesentliche Voraussetzung für die Teilhabe am sozialen, kulturellen und politischen Leben dar (Babitsch 2005: 45). Je umfassender der Bildungsstand von Männern und Frauen, desto leichter fällt die Bewältigung der zunehmend an Komplexität gewinnenden gesellschaftlichen Anforderungen, der Orientierung und Positionierung in sozialen Beziehungsgefügen sowie der Umgang mit herausfordernden Lebenssituationen und Schicksalsschlägen (RKI 2005: 37). Bildung dient der Persönlichkeitsentwicklung und dem Erlernen sozialer Kontakte, was sich wiederum auf die individuelle Lebenszufriedenheit und Lebensqualität auswirkt (Wulfhorst 2002 zit. nach Hurrelmann 2006). Ökonomisch betrachtet ist Bildung mit einer Investition in das eigene Leistungs- und Arbeitsvermögen gleichzusetzen und hat dadurch einen zentralen Einfluss auf die Stellung im Beruf sowie die eigene berufliche Perspektive (Hurrelmann 2006: 39). Beispielhaft sei hier neben dem Erwerbseinkommen auch die Aussicht auf Beförderung sowie berufliche Entlohnung im Sinne von Gratifikationen genannt. Sie ist dadurch

maßgeblich mit der Verfügbarkeit materieller wie immaterieller Güter, wie z.B. dem verfügbaren Einkommen, Gestaltungsspielräumen, sozialer Anerkennung und den damit einhergehenden Lebenschancen, assoziiert. Darüber hinaus stellt Bildung durch die Vermittlung von Wissen frühzeitig die Weichen für die gesundheitliche Entwicklung von Kindern und Jugendlichen, was bis ins hohe Erwachsenenalter mit einem Gesundheitsgewinn verbunden ist (Leopold, Engelhardt 2010).

Bildung ist somit in vielerlei Hinsicht für das individuellen Gesundheitsverhalten sowie den allgemeinen Gesundheitszustand relevant. Neben dem bereits genannten Zugang zu ökonomischen Ressourcen verringert sie körperliche Arbeitsbelastungen. Ferner geht ein hohes Bildungsniveau mit einem wesentlich breiteren und differenzierten Wissen über Gesundheit allgemein sowie den speziellen Strukturen des Gesundheitssystems einher mit entsprechenden Auswirkungen auf Gesundheitsverhalten und die Inanspruchnahme von gesundheitlicher Versorgung (→ Kap. 5.5).

Abb. 91 Anteil männlicher (Fach-)Hochschulabgänger an allen Schulabgängen nach Bundesländern 2011, in Prozent (Daten: Zensus 2011, eigene Berechnung)

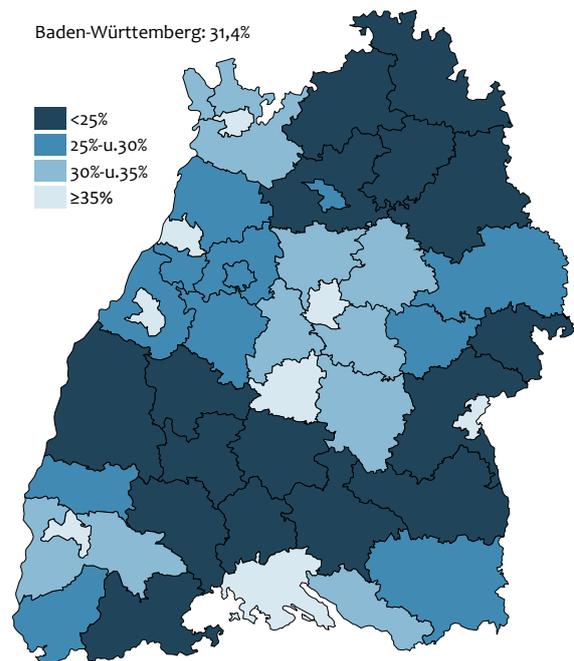


Zahlreiche Untersuchungsergebnisse zeigen, dass Bildung einen entscheidenden Einfluss auf die individuellen Gesundheitschancen von Männern und Frauen hat. Ganz allgemein gilt: „Je höher das Bildungsniveau, desto besser die Gesundheit und desto geringer das Erkrankungs- und Sterberisiko“ (Hurrelmann 2006: 41). Im telefonischen Gesundheitssurvey 2003 geben 40% der Männer mit Volks- oder Hauptschulabschluss gegenüber 30% der Männer mit Abitur Gesundheitsbeschwerden an (RKI 2005: 40). Der Einfluss der Schulbildung zeigte sich darüber hinaus auch in der Erkrankungswahrscheinlichkeit: Im Vergleich zur höchsten Bildungsgruppe weisen Männer mit niedriger Bildung deutlich höhere Erkrankungsrisiken an Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen, Bronchitis, Arthrose, Arthritis, Rückenschmerzen und Schwindel auf (ebd.). Bei der subjektiven Einschätzung der eigenen Gesundheit ist der Bildungsgradient sogar noch stärker ausgeprägt als im Krankheits- und Sterbegeschehen, wobei die Auswirkung der Bildungsunterschiede bei den Männern im mittleren Lebensalter am stärksten ausgeprägt sind und mit zunehmenden Lebensalter tendenziell eher zurückgehen.

Betrachtet man den Anteil männlicher (Fach-)Hochschulabgänger an allen Schulabgängen liegt Baden-Württemberg mit 31,4% knapp über dem Bundesdurchschnitt (30,6%) und somit im oberen Mittelfeld (Abb. 91). Die mit Abstand höchsten Quoten zeigen sich in Stadtstaaten Hamburg, Berlin und auch Bremen, was auf einer starken Bildungswanderung in die drei Stadtstaaten beruht (Sunder et al. 2008). Hinzu kommt, dass Flächenländer im Gegensatz zu den Stadtstaaten auch durch viele Gemeinden, die keine Hochschulstandorte sind, geprägt sind (Wolf 2012).

Dementsprechend zeigen sich auch innerhalb Baden-Württembergs die höchsten Anteile an (Fach-) Hochschulabgängern in den Universitätsstädten Heidelberg, Freiburg, Karlsruhe, Tübingen, Konstanz, Stuttgart und Ulm (Abb. 92). Je ländlicher die Kreise, desto geringer die Anteile an (Fach-) Hochschulabgängern an allen Schulabgängen. Zwischen dem Stadtkreis mit dem höchsten Anteil an (Fach-)Hochschulabgängern und dem Landkreis mit dem geringsten Anteil liegen rund 40% (HD=60,3% zu TUT=21,1%). Die Differenz fällt somit nahezu doppelt so hoch aus wie auf Bundesebene mit rund 20% (HH=42,8% zu SA=23,5%).

Abb. 92 Anteil männlicher (Fach-)Hochschulabgänger an allen Schulabgängen in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs 2011, in Prozent (Daten: Zensus 2011, eigene Berechnung)



3.4. MIGRATION IN BADEN-WÜRTTEMBERG

Seit dem ersten Anwerbeabkommen für „Gastarbeiter“ aus Italien Mitte der 1950er Jahre befindet sich Deutschland auf dem Weg zu einem modernen Einwanderungsland (Geissler 2014: 40). Zu- und Abwanderung prägen die Gesellschaft in der Bundesrepublik und das kollektive Zusammenleben schon seit Jahrzehnten entscheidend. Im Zuge des demographischen Wandels und des perspektivisch damit einhergehenden Fachkräftemangels gewinnt die Zuwanderung zunehmend an Bedeutung und stellt Politik wie Gesellschaft vor neue Herausforderungen (BMI, BAMF 2013: 9). Heute leben über 16 Mio. Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland (DESTATIS 2014: 36). Bei rund 80 Mio. Einwohnern entspricht das einem Anteil von rund 20 Prozent. Demzufolge ist jede fünfte Person in Deutschland entweder selbst zugewandert oder stammt in erster, zweiter bzw. dritter Generation

von zugewanderten Personen ab. Im Kindes- und Jugendalter (unter 20 Jahren) fällt dieser Anteil mit über 30% sogar noch höher aus (RKI 2015c). Was aber unterscheidet Menschen mit und ohne Migrationshintergrund voneinander? Das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge spricht von (internationaler) Migration, wenn eine Person ihren Lebensmittelpunkt über Staatsgrenzen hinweg räumlich verlegt (BMI, BAMF 2013: 12). Dabei ist Migration nicht nur über eine etwaige persönliche Migrationserfahrung zu definieren, sondern ggf. ist die Migrationserfahrung der Eltern bzw. Großeltern zu berücksichtigen (Geiger, Razum 2012: 611). Denn auch für die zweite oder dritte Einwanderergeneration kann der Migrationshintergrund eine wichtige Rolle für die eigenen Lebensumstände spielen (RKI 2005: 127). Migration umfasst somit nicht nur einen Ortswechsel von einem Land in ein anderes

sondern betont insbesondere auch den damit einhergehenden Kulturwechsel. Sie ist als einschneidendes Ereignis zu verstehen, das die eigene Biographie ebenso wie die familiäre Entwicklung über mehrere Generationen ganz entscheidend prägt und mitgestaltet (Geiger, Razum 2012: 615).

Dabei ist ein Kulturwechsel nicht mit einer Assimilation an die Kultur des jeweiligen Einwanderungslandes gleichzusetzen. Ganz im Gegenteil geht die internationale Identitätsforschung davon aus, dass gerade Bikulturalität, also die Verknüpfung der Elemente zweier verschiedener Kulturen, die gesellschaftliche Integration begünstigt (Geissler 2014: 50).

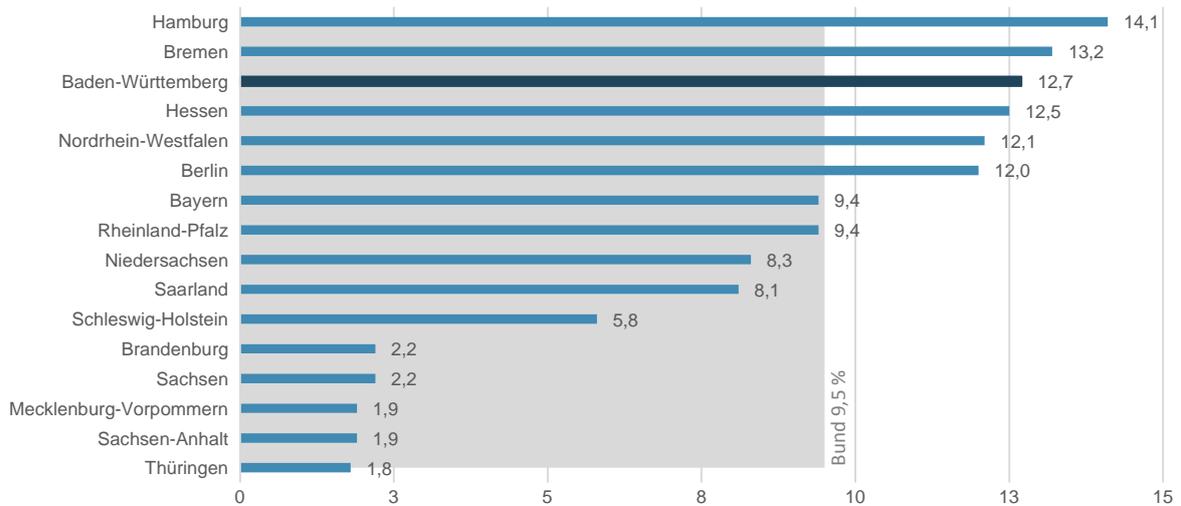
Neben den vielfältigen kulturellen wie sozialen Unterschieden in der Lebensweise spielen die individuellen Zuwanderungsmotive ebenso wie der oftmals besondere Rechtsstatus eine entscheidende Rolle für die gesellschaftlichen Teilhabechancen von Migrantinnen und Migranten (RKI 2005: 127). Im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung weisen Menschen mit Migrationshintergrund oftmals ein geringeres Bildungs- und Einkommensniveau auf und sind häufiger von Arbeitslosigkeit oder Arbeitsplatzunsicherheit betroffen (Borde, Blümel 2011: 256). Hier ist allerdings hervorzuheben, dass sich die Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund erheblich unterscheiden. Unterschiede bestehen nicht nur nach Alter, Geschlecht und sozialer Situation sondern darüber hinaus auch nach migrationspezifischen Faktoren, wie Herkunftsland, kulturellem Hintergrund, Staatsangehörigkeit, rechtlichem Aufenthaltsstatus, Aufenthaltsdauer und Sprachkenntnissen (ebd.). Auch der Zeitpunkt der Migration im Lebenszyklus spielt diesbezüglich eine wichtige Rolle. Die Gruppe der Bevölkerung, die durch Migrationsbewegungen nach Deutschland gekommen ist und heute hier lebt ist somit außerordentlich heterogen (RKI 2005: 127). Denn ebenso wenig wie es „den Mann“ oder „die Frau“ gibt, gibt es „den Migranten“ oder „die Migrantin“.

Fragt man nach dem Zusammenhang von Migration und Gesundheit, können Migrationserfahrungen nicht pauschal mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen gleichgesetzt werden. So zeigen Untersuchungen zur gesundheitlichen Situation bzw. zum Gesundheitsverhalten von Migranten und Migrantinnen zum Teil günstigere, zum Teil ungünstigere Befunde im Vergleich zur Bevölkerung ohne Migrationshintergrund (Borde, Blümel 2011: 256): Gemessen an der körperlichen Gesundheit schneiden Menschen mit Migrationshintergrund tendenziell oft besser ab. Dieser auch als ‚healthy migrant effect‘ bezeichnete Zusammenhang zeigt sich bei nahezu allen Gesundheitskriterien und wird z.T. darüber erklärt, dass v.a. relativ junge, erwerbsfähige Männer und Frauen aus den Heimatländern auswandern (Hurrelmann 2006: 47). Dieser Effekt

wurde dadurch noch verstärkt, dass von 1955 bis 1973 v.a. Gastarbeiter aus südeuropäischen und nordafrikanischen Ländern angeworben wurden, die zu einem überwiegenden Teil in den jeweiligen Herkunftsländern eine Gesundheitsprüfung auf körperliche Gesundheit durchlaufen mussten (Kohls 2008: 18). Andere Ansätze gehen davon aus, dass Migranten und Migrantinnen im Einwanderungsland geringeren psychopathologischen Risiken ausgesetzt sind (Migration in günstigere Lebensbedingungen oder Umgebungen), und somit über einen besseren Gesundheitszustand verfügen (Kirkcaldy et al. 2006).

Andererseits ist es aufgrund der oftmals schlechteren beruflichen und sozialen Rahmenbedingungen nicht verwunderlich, dass bestimmte Erkrankungen bzw. Gesundheitsverhaltensweisen je nach Arbeits- und Lebenskontext häufiger auftreten (RKI 2005: 134). So weisen Menschen mit Migrationshintergrund häufiger Erkrankungen des Bewegungsapparates, des Herzkreislauf-Systems, Diabetes, Atemwegserkrankungen und (Arbeits-)Unfälle auf (Borde, Blümel 2011: 257). Hier ist zu beachten, dass nicht der Migrationshintergrund als solcher krank macht, sondern vielmehr die damit einhergehenden veränderten Lebens- und Arbeitsbedingungen (Razum et al. 2008: 129). Nur wenige Veränderungen, die ein Mensch im Laufe seines Lebens erfährt, sind so umfassend wie diejenigen, die mit dem Migrationsprozess einhergehen (Kirkcaldy et al. 2006). Migration wird daher mitunter auch als kritisches Lebensereignis charakterisiert, das nicht nur die bis dato erworbenen Anpassungsfähigkeiten sondern auch vorhandene Bewältigungs- und Problemlösungsstrategien massiv beeinträchtigen kann (ebd.). Häufig werden dabei die eigenen Kompetenzen und Normen in Frage gestellt, woraus sich wiederum spezifische psychosoziale Gesundheitsrisiken ergeben können (Borde, Blümel 2011: 257). Wirtschaftliche und berufliche Belastungen, wie z.B. die Tatsache, dass mitgebrachte berufliche Qualifikationen nicht anerkannt werden, können ebenso stressauslösend sein wie veränderte soziale und familiäre Situationen. Entwurzelung, Trennung von der Familie und Distanzierung von traditionellen Werten sind ebenso Teil des Migrationsprozesses wie die Anpassung an neue soziale, gesellschaftliche und kulturelle Rahmenbedingungen (Kirkcaldy et al. 2006). Hieraus ergibt sich v.a. für Migranten mit traditionellen Männlichkeitsleitbildern und Geschlechterrollenverteilungen ein potentiell erhöhtes Gesundheitsrisiko. So kann eine sozial randständige Position in Beruf und Nachbarschaft in der Wahrnehmung münden, von vielen Lebensvollzügen ausgeschlossen zu sein (Hurrelmann 2006: 47). Abschottung und demonstrative Orientierung an Werten und Lebensgewohnheiten der alten Heimat sind mögliche Gegenreaktionen (David et al. 1999 zit. nach Hurrelmann 2006: 47).

Abb. 93 Anteil der Männer mit Migrationshintergrund 2011 nach Bundesländern, in Prozent (Daten: ZENSUS 2011; eigene Darstellung)

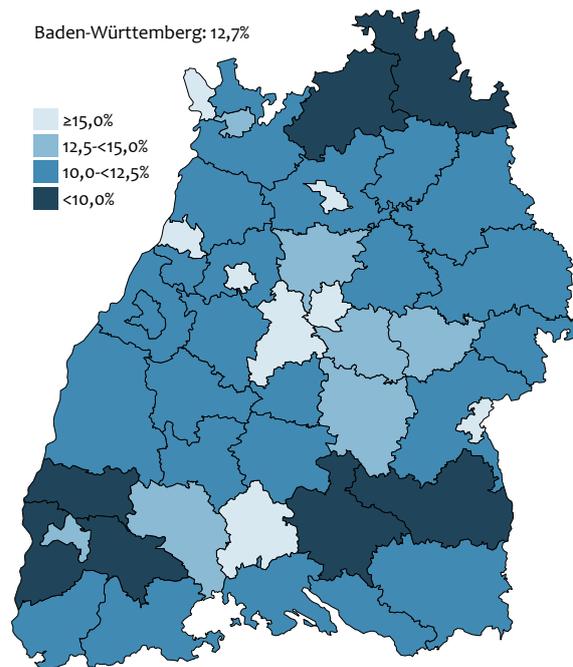


2011 lebten rund 1,3 Mio. Männer mit Migrationshintergrund in Baden-Württemberg. Abb. 93 zeigt, dass Baden-Württemberg mit 12,7% den bundesweit höchsten Anteil männlicher Migranten unter den Flächenländern aufwies. Lediglich die beiden Stadtstaaten Hamburg und Bremen lagen mit 14,1% und 13,2% noch höher. Die mit Abstand geringsten Migrationsanteile zeigen sich in den neuen Ländern. Aber auch unter den Ländern im alten Bundesgebiet zeigen sich deutliche Unterschiede: In Schleswig-Holstein beispielsweise ist der Anteil an Männern mit Migrationshintergrund mit knapp 6% nicht einmal halb so groß wie in Hamburg, Bremen oder Baden-Württemberg (STALA BW 2012).

Auf regionaler Ebene zeigt sich, dass der Anteil an Männern mit Migrationshintergrund lediglich in fünf Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs unter dem bundesweiten Durchschnitt liegt. Dabei fällt auf, dass sich die geringsten Quoten in den eher ländlich geprägten Kreisen Emmendingen, Main-Tauber-Kreis, Breisgau-Hochschwarzwald, Neckar-Odenwald-Kreis, Biberach und Sigmaringen zeigen (Abb. 94). Die höchsten Quoten zeigen sich in den Stadtkreisen Pforzheim, Heilbronn, Stuttgart, Mannheim, Ulm und Karlsruhe sowie in den Landkreisen Böblingen und Tuttlingen.

Abb. 94 gibt keine Auskunft darüber, wie es um die gesundheitliche Situation der Migranten in Baden-Württemberg bestellt ist. Als klassisches Einwanderungsland ist Baden-Württemberg durch immense kulturelle wie soziale Vielfalt geprägt (Meier-Braun, Weber 2006). Migrationsbewegungen werden im Zuge des

Abb. 94 Anteil der Männer mit Migrationshintergrund in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs (Daten: ZENSUS 2011, eigene Darstellung)



demographischen Wandels auch in Zukunft eine zentrale Rolle für Baden-Württemberg spielen. Um ein differenzierteres Bild von der gesundheitlichen Situation von Jungen und Männern mit Migrationshintergrund geben zu können, muss jedoch die oben beschriebene Vielfalt Berücksichtigung finden. Eine spezifischere Erhebung des kulturellen und Migrationshintergrunds würde es ermöglichen, gesundheitliche Bedarfslagen und Zielgruppen weit besser zu beschreiben, als es für diesen Bericht möglich ist.

3.5. DISKUSSION

Schlechte soziale Rahmenbedingungen, wie geringes Einkommen, niedriger Bildungsstand und Arbeitslosigkeit, haben neben belastenden Lebensereignissen, wie sie z.B. im Rahmen von Migration stattfinden, einen entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit von Männern und Frauen. Sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen sind deutlich häufiger gesundheitlichen Risiken ausgesetzt, weisen ein höheres Erkrankungs- und Sterberisiko auf und können oft schlechter auf gesundheitliche Ressourcen, wie z.B. soziale Unterstützung, zurückgreifen (Mielck, Helmert 2012; Richter, Hurrelmann 2007). Dabei reagieren gerade Jungen und Männer aus ganz unterschiedlichen Gründen teils deutlich stärker auf sozillagebedingte psychosoziale Belastungen und kritische Lebensereignisse als Mädchen und Frauen (DeCola 2012: 12; Kroll, Lampert 2009).

Das Kapitel hat aufgezeigt, dass die „durchschnittliche“ soziale Situation von Jungen und Männern in Baden-Württemberg im Bundesvergleich weit überdurchschnittlich gut ist. Neben einem überdurchschnittlich hohen verfügbaren Haushaltseinkommen, weist Baden-Württemberg die bundesweit geringste Arbeitslosenquote auf und liegt auch beim Anteil männlicher (Fach-)Hochschulabgänger im oberen Mittelfeld. Nicht zuletzt aufgrund dieser äußerst guten Arbeits- und Lebensbedingungen ist der Südwesten seit Jahrzehnten ein beliebtes Einwanderungsland (Meier-Braun, Weber 2006: 13). Allerdings zeigen kleinräumigere Betrachtungen, dass sich die sozialen Rahmenbedingungen zwischen den einzelnen Stadt- und Landkreisen z.T. deutlich unterscheiden. Dies trifft sowohl auf die Einkommensverteilung, die Arbeitslosenquote, das Bildungsniveau als auch auf den Anteil der Bevölkerungsgruppe mit Migrationshintergrund zu. Die vier Indikatoren liefern zwar Hinweise auf die regionale Verteilung sozialstruktureller Faktoren; um die sozialen Rahmenbedingungen in Baden-Württemberg jedoch wirklich differenziert betrachten zu können, wäre darüber hinaus eine Vielzahl weiterer Faktoren zu berücksichtigen. Denn neben den allgemeinen sozioökonomischen und kulturellen Bedingungen spielen

die individuellen Lebens- und Arbeitsbedingungen ebenso wie das soziale Umfeld und der Lebensstil eine entscheidende Rolle (→ Abb. 84). Da hierfür v.a. lokales Wissen um regionale Besonderheiten benötigt wird, ist dies im Rahmen des vorliegenden übergeordneten Berichts nur bedingt möglich gewesen.

Langfristig wird sich gesundheitliche Ungleichheit in den einzelnen Stadt- und Landkreisen nur durch ein breites Spektrum aufeinander abgestimmter Maßnahmen verringern lassen (Lampert, Mielck 2008: 14). Diese müssen sich sowohl auf die Reduktion sozialer Ungleichheiten beziehen als auch die gezielte Förderung benachteiligter Bevölkerungsgruppen ermöglichen. Dies setzt jedoch eine genaue Kenntnis der Lebenslagen der benachteiligten Jungen und Männer voraus (Kolip 2011). Darüber hinaus müssen regionale Besonderheiten ebenso wie kulturelle und soziale Rahmenbedingungen vor Ort berücksichtigt werden. Nach andernorts gewonnen Studienergebnissen zeigt sich, dass sozial benachteiligte Gruppen gerade dort, wo die allgemeine soziale Lage sehr gut ist, besonders belastet sein können (→ Kapitel 3.2) Dies wäre auch für Baden-Württemberg möglich, ließ sich mit den vorliegenden Daten jedoch nicht überprüfen.

Regelmäßig verfügbare Daten, die sowohl gesundheitsbezogene wie sozialstrukturelle Problemlagen kenntlich machen, sind eine wesentliche Voraussetzung für die Planung, Umsetzung und Evaluation politischer Maßnahmen und Praxisprojekte (RKI 2005; BZgA 2011). Dies gelingt auf kommunaler Ebene am ehesten, wenn die regionale Verteilung sozialer wie gesundheitlicher Faktoren bekannt ist. Hierzu bedarf es einer kontinuierlichen kommunalen Gesundheits- und Sozialplanung unter Einbezug lokaler Expertise. Die kommunalen Gesundheitskonferenzen sind mit ihrer Anbindung an die Kommunalverwaltung prädestiniert für eine solche integrierte Planung.

LITERATUR

- AK VGRdL - Arbeitskreis „Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen der Länder“ im Auftrag der Statistischen Ämter der 16 Bundesländer, des Statistischen Bundesamtes und des Bürgeramtes, Statistik und Wahlen, Frankfurt a. M. (2014): Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen der Länder. Zusammenhänge, Bedeutung und Ergebnisse. Frankfurt am Main, 2014.
- Artazcoz L. et al. (2004): Unemployment and Mental Health: Understanding the Interactions Among Gender, Family Roles, and Social Class. *American Journal of Public Health* 94 (1), 82-88.
- Babitsch B. (2005): Soziale Ungleichheit, Geschlecht und Gesundheit. Bern: Huber.
- Badura B.; Knesebeck O. von dem (2012): Soziologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann, K. (Hg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. 5., vollst. überarb. Aufl. Weinheim: Beltz, 187-221.
- Bauer U.; Bittlingmayer U.H. (2012): Zielgruppenspezifische Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, K. (Hg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. 5., vollst. überarb. Aufl. Weinheim: Beltz, 693-728.
- BMI, BAMF - Bundesministerium des Innern | Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2013): Migrationsbericht des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge im Auftrag der Bundesregierung. Berlin, 2013.
- Borde T.; Blümel S. (2011): Gesundheitsförderung und Migrationshintergrund. In: Blümel, S., Franzkowiak, P. und Kaba-Schönstein, L. (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Neuausg. 2011, 5. Aufl. Werbach-Gamburg: Verl. für Gesundheitsförderung, 255-262.
- Brachat-Schwarz W. (2010): Die Lebenserwartung der baden-württembergischen Bevölkerung. *Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg* (7), 10-14.
- BZgA - Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (2011): Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Ansatz - Beispiele - weiterführende Informationen. 5., erw. und überarb. Aufl. Köln (Gesundheitsförderung konkret, 5), 2011.
- Clark A. et al. (2008): Unemployment as a Social Norm in Germany. *SOEPpapers on Multidisciplinary Panel Data Research* (132).
- David et al. (1999): Migration und Gesundheit. Frankfurt: Mabuse-Verlag.
- DeCola P. (2012): Gender Effects on Health and Healthcare. In: Schenck-Gustafsson, K., DeCola, P. und Pfaff, D.; Pisetsky, D. S. (Hg.): Handbook of clinical gender medicine. Basel, New York: Karger, 10-17.
- Delhey J. (2012): Gleichheit fühlt sich besser an. Statusunbehagen und Wohlbefinden in europäischen Gesellschaften. *ISI* 47, 8-11.
- DESTATIS - Statistisches Bundesamt (2014): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2013. Wiesbaden, 2014.
- Dickerson S.S.; Kemeny M.E. (2004): Acute Stressors and Cortisol Responses: A Theoretical Integration and Synthesis of Laboratory Research. *Psychol Bull* 130 (3), 355-391. DOI: 10.1037/0033-2909.130.3.355.
- Dinges M. (2010): Männlichkeit und Gesundheit. Aktuelle Debatte und historische Perspektiven. In: Bardehle, D. und Stiehler, M. (Hg.): Erster Deutscher Männergesundheitsbericht. Ein Pilotbericht. München: Zuckschwerdt, 2-16.
- Frank T.; Schade M.-T. (2009): Arbeitslosenstatistik: Erweiterung der Berichterstattung über Arbeitslosenquoten. Bundesagentur für Arbeit (Hg.). Nürnberg, 2009.
- Franke A. (2012): Modelle von Gesundheit und Krankheit. 3., überarb. Aufl. Bern: Huber (Verlag Hans Huber: Programmbereich Gesundheit).
- Geiger I.K.; Razum O. (2012): Migration und Gesundheit. In: Hurrelmann, K. (Hg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. 5., vollst. überarb. Aufl. Weinheim: Beltz, 609-637.
- Geissler R. (2014): Migration und Integration. In: Bundeszentrale für politische Bildung (Hg.): Sozialer Wandel in Deutschland (Informationen zur politischen Bildung, 324), 40-53.
- Goebel J. et al. (2013): Einkommensentwicklung - Verteilung, Angleichung, Armut und Dynamik. In: Bundeszentrale für politische Bildung (Hg.): Datenreport 2013. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Bonn.
- Grobe T.G.; Schwartz F.W. (2003): Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Berlin: Robert Koch-Inst. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, H. 13).
- Hofmeister C. et al. (2015): Regionale Deprivation in Deutschland: Bundesweite Analyse des Zusammenhangs mit Mortalität unter Verwendung des 'German Index of Multiple Deprivation (GIMD)'. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*. DOI: 10.1055/s-0034-1390421.
- Hurrelmann K. (2006): Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. 6., völlig überarb. Aufl. Weinheim, München: Juventa-Verl (Grundlagentexte Soziologie).
- Judge K.; Platt S.; Costongs C.; Jurczak K. (2006): Health Inequalities. A Challenge for Europe. An independent, expert report commissioned by the UK Presidency of the EU. Department of Health (Hg.). London, 2006.
- Kirkcaldy B. et al. (2006): Migration und Gesundheit. Psychosoziale Determinanten. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 49 (9), 873-883. DOI: 10.1007/s00103-006-0021-9.
- Klose M.; Jacobi F. (2004): Can gender differences in the prevalence of mental disorders be explained by sociodemographic factors? *Archives of Women's Mental Health* 7 (2), 133-148. DOI: 10.1007/s00737-004-0047-7.
- Klotz T. et al. (1998): Der frühe Tod des starken Geschlechts. *Dt Arztebl* 95 (9), 460-464.
- Kolip P. (2011): Lebenslagen und Lebensphasen. In: Blümel, S., Franzkowiak, P. und Kaba-Schönstein, L. (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Neuausg. 2011, 5. Aufl. Werbach-Gamburg: Verl. für Gesundheitsförderung, 361-364.
- Kroh M. et al. (2012): Menschen mit hohem Einkommen leben länger. *DIW Wochenbericht* 38, 1-14.
- Kohls M. (2008): Healthy-Migrant-Effect, Erfassungsfehler und andere Schwierigkeiten bei der Analyse der Mortalität von Migranten. Eine Bestandsaufnahme. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hg.). Nürnberg (Working Paper der Forschungsgruppe des Bundesamtes), 2008 (15).
- Kroll L.E.; Lampert T. (2008): Soziale Unterschiede in der Lebenserwartung. Möglichkeiten auf Basis des Sozio-oekonomischen Panels. *SOEPpapers on Multidisciplinary Panel Data Research* 112, 1-36.
- Kroll L.E.; Lampert T. (2009): Soziale Unterschiede in der Lebenserwartung. *Methoden - Daten - Analysen* 3 (1), 3-30.
- Kroll L.E.; Lampert T. (2012): Arbeitslosigkeit, prekäre Beschäftigung und Gesundheit. Robert Koch-Institut (Hg.). Berlin (GBE kompakt), 2012.
- Kudiellka B.M.; Kirschbaum C. (2005): Sex differences in HPA axis responses to stress: a review. *Biological psychology* 69 (1), 113-132. DOI: 10.1016/j.biopsycho.2004.11.009.
- Kuhn J. et al. (2006): Regionale Sterblichkeitsunterschiede in Bayern. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 68 (8-9), 551-556. DOI: 10.1055/s-2006-926988.

- Lampert T. et al. (2007): Soziale Ungleichheit in der Lebenserwartung in Deutschland. *APuZ* 42, 11-18.
- Lampert T.; Kroll L.E. (2014): Soziale Unterschiede in der Lebenserwartung. Robert Koch-Institut (Hg.). Berlin (GBE kompakt), 2014 (5(2)).
- Lampert T.; Mielck A. (2008): Gesundheit und soziale Ungleichheit. Eine Herausforderung für Forschung und Politik. *GGW* 8 (2), 7-16.
- Lenhardt U.; Rosenbrock R. (2009): Prävention und Gesundheitsförderung in Betrieben und Behörden. In: Hurrelmann, K., Klotz, T. und Haisch, J. (Hg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 2. Aufl. Bern: Huber, Hans (Lehrbuch Gesundheitswissenschaften).
- Leopold L.; Engelhardt H. (2010): Bildung und Gesundheitsungleichheit im Alter Divergenz, Konvergenz oder Kontinuität? Eine Längsschnittuntersuchung mit SHARE. Otto-Friedrich-Universität Bamberg (Professur für Bevölkerungswissenschaften - Discussion Papers), 2010 (3).
- Lichtenberger V. (2013): Der Einfluss des Einkommens auf die Gesundheit. *Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg* 7.
- Loidl-Stuppi J. (2009): Wie sieht das Durchschnittseinkommen in Baden-Württemberg aus? Erkenntnisse aus der Einkommensteuerstatistik 2004. *Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg* (7), 39-42.
- Mackenbach J.P. (2006): Health Inequalities. Europe in Profile. An independent, expert report commissioned by the UK Presidency of the EU (February 2006). Department of Health (Hg.). London, 2006.
- Marmot M.G. (2004): The status syndrome. How social standing affects our health and longevity. New York: Owl Books.
- Marmot M.G. (2005): Social determinants of health inequalities. *Lancet* 365, 1099-1104.
- Marmot M.G.; Wilkinson R.G. (2003): Social determinants of health. The Solid Facts. 2. Aufl. Copenhagen: World Health Organization.
- McEwen B.S. (2010): Stress, sex, and neural adaptation to a changing environment: mechanisms of neuronal remodeling. *Annals of the New York Academy of Sciences* 1204, 38-59. DOI: 10.1111/j.1749-6632.2010.05568.x.
- Meier-Braun K.-H.; Weber R. (2006): Kulturelle Vielfalt. Baden-Württemberg als Einwanderungsland. 2. Aufl. Stuttgart (Schriften zur politischen Landeskunde Baden-Württembergs), 2006 (32).
- SM-BW - Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg, AG Standortfaktor Gesundheit des Gesundheitsforums Baden-Württemberg (2011): AG Standortfaktor Gesundheit. Bericht der Projektgruppe "Gesundheitsziele". Stuttgart (Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg), 2011.
- Mielck A. (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Bern, Seattle: Verlag Hans Huber.
- Mielck A. (2010): Sozial-epidemiologische und ethische Ansätze zur Bewertung der gesundheitlichen Ungleichheit. *Ethik Med* 22 (3), 235-248. DOI: 10.1007/s00481-010-0082-z.
- Mielck A. (2011): Soziale Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit. In: Blümel, S., Franzkowiak, P. und Kaba-Schönstein, L. (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Neuausg. 2011, 5. Aufl. Werbach-Gamburg: Verl. für Gesundheitsförderung, 510-515. Online verfügbar unter <http://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/soziale-ungleichheit-und-gesundheit-krankheit/>, zuletzt geprüft am 08.03.2015.
- Mielck A.; Helmert U. (2012): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: Hurrelmann, K. (Hg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. 5., vollst. überarb. Aufl. Weinheim: Beltz, 493-515.
- Möller-Leimkühler A.M. (2005): Geschlechtsrolle und psychische Erkrankung. *J Neurol Neurochir Psychiatr* 3, 29-35.
- OECD (2014): Income Inequality Update. Rising inequality: youth and poor fall further behind. Insights from the OECD Income Distribution Database, June 2014, 2014. Online verfügbar unter <http://www.oecd.org/social/OECD2014-Income-Inequality-Update.pdf>, zuletzt geprüft am 26.03.2015.
- Payk B. (2012): Freiheit – Ungleichheit – Brüderlichkeit? Zur Struktur und Verteilung der Einkommen in Baden-Württemberg Teil II. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (Hg.) (Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg, 7), 2012 (7), 30-40.
- Razum O.; Meesmann U.; Bredehorst M. et al. (2008): Migration und Gesundheit. Unter Mitarbeit von Hannelore Neuhauser. Robert Koch-Institut (RKI) (Hg.). Berlin, 2008.
- Richter M.; Hurrelmann K. (2007): Warum die gesellschaftlichen Verhältnisse krank machen. *APuZ* 42, 3-10.
- RKI - Robert Koch-Institut (2005): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin (Gesundheitsberichterstattung des Bundes), 2005.
- RKI - Robert Koch-Institut (2007): Gesundheit in Deutschland. 2. Aufl. Berlin (Gesundheitsberichterstattung des Bundes), 2007.
- RKI - Robert Koch-Institut (2014): Gesundheitliche Lage der Männer in Deutschland. Berlin (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes), 2014.
- RKI - Robert Koch-Institut (2015c): Schwerpunktthema: Migration und Gesundheit. Berlin, 2015c. Online verfügbar unter http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Migration/migration_node.html, zuletzt geprüft am 25.03.2015.
- Roelfs D.J. et al. (2011): Losing life and livelihood: a systematic review and meta-analysis of unemployment and all-cause mortality. *Social Science & Medicine* 72 (6), 840-854. DOI: 10.1016/j.socscimed.2011.01.005.
- Schneider S. et al. (2005): Schichtspezifische Unterschiede im Vorkommen psychischer Störungen. *Gesundheitswesen* 67 (07). DOI: 10.1055/s-2005-920623.
- Schüller F.; Wingerter C. (2013): Arbeitsmarkt. In: Bundeszentrale für politische Bildung (Hg.): Datenreport 2013. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Bonn, 113-126.
- STALA BW - Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2012): Bevölkerung mit Migrationshintergrund in Baden-Württemberg. Stuttgart (Statistik aktuell), 2012.
- STALA BW - Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2013): Einkommen der privaten Haushalte in den kreisfreien Städten und Landkreisen der Bundesrepublik Deutschland 2000 bis 2012. Stuttgart (Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung der Länder), 2013 (Reihe 2, Band 3). Online verfügbar unter <http://www.vgrdl.de/VGRdL/tbls/home.asp>, zuletzt geprüft am 13.03.2015.
- Sunder M. et al. (2008): Aktuelle Trends. Brain Gain und Brain Drain: Brain Gain and Brain Drain: Hochschul-Bildungswanderung im föderalen Deutschland. *Wirtschaft im Wandel* (10), 375.
- Szagon B.; Cohrs S. (2014): Mann und Rang - die Rolle von Konkurrenz für die Männergesundheit. *Gesundheitswesen* 76, 127-134.
- Voges W.; Groh-Samberg O. (2011): Der Einfluss von Einkommenslage und Lebenslage auf das Mortalitätsrisiko. Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) Universität Bremen. Abteilung Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung (Hg.). Bremen (GAZESSE), 2011 (11). Online verfügbar unter http://www.zes.uni-bremen.de/abteilungen/gesundheitsoekonomie-gesundheitspolitik-und-versorgungsforschung/gazesse/2011_01/mortalitaetsrisiko/, zuletzt geprüft am 26.02.2015.
- Wilkinson R.G.; Pickett K. (2010): The spirit level. Why equality is better for everyone. publ. with a new postscript. London [u.a.]: Penguin Books (Penguin sociology).
- Wolf R. (2012): Bildungsindikatoren auf Ebene der Bundesländer. *Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg* (10), 11-15.

4. FRÜHES UND MITTLERES ERWACHSENENALTER MIT BESONDERER BETRACHTUNG DER MÄNNERGESUNDHEIT IN DER ARBEITSWELT

Yvonne Frank, Birgit U. Keller

Im Erwachsenenalter sind die Entwicklungsprozesse im Vergleich zum Kindesalter nicht so offensichtlich, dennoch verändern sich auch in dieser Lebensphase bestimmte Persönlichkeitsmerkmale, Kompetenzen, Einstellungen und Verhaltensstile. Gerade das Alter der Erwerbsfähigkeit ist von neuen oder wiederkehrenden, erfreulichen und traurigen Ereignissen geprägt, wie die Heirat, die Geburt des eigenen Kindes, der Tod eines Elternteils, der Einstieg in und der Ausstieg aus dem Berufsleben. Diese Erfahrungen hinterlassen positive wie negative Spuren, die es erfordern, in jeder Altersphase neue Kompetenzen zu erwerben, Kommunikationsfähigkeit zu erweitern, Werteeinstellungen zu überprüfen und ggf. zu modifizieren (Faltermaier et al. 2014). Folglich stellt sich die Frage, welche besonderen Entwicklungsaufgaben das frühe und mittlere Erwachsenenalter für Männer mit sich bringt.

Frühes Erwachsenenalter

Auch nach der Pubertät wird der junge Erwachsene mit konkreten Entwicklungsanforderungen konfrontiert. Die Gründung eines eigenen Haushalts, die Bildung einer festen Partnerschaft, Berufsfindung, Familiengründung wie auch die Übernahme staatsbürgerlicher Verantwortung oder auch eine Lebensgestaltung nach ganz eigenen Maßstäben, sind die zentralen Herausforderungen, die es in dieser Zeit zu meistern gilt (Havighurst 1991). Bei Erreichen der Volljährigkeit tritt der junge Mensch rechtlich gesehen in das Erwachsenenalter ein. Soziale Rollenübergänge – wie Berufseinstieg, finanzielle Unabhängigkeit und Auszug aus dem Elternhaus – erfolgen heutzutage zunehmend später (Papastefanou 2008; Weick 2002). In diesem Zusammenhang zeigt sich, dass bis zum 30. Lebensjahre viel mehr junge Frauen ein familiäres Zusammenleben mit Partner und Kindern realisieren als die gleichaltrigen Männer (Gille et al. 2006: 278). Für viele junge Männer ist in dieser Lebensphase vor allem die Berufswahl entscheidend, um einen Platz in der Erwachsenenwelt zu finden, eng verbunden mit gesellschaftlicher Anerkennung, Integration, Zugehörigkeit und ökonomisch tragfähigen Lebensbedingungen (Eickelpasch, Rademacher 2010: 30–31).

Das Alter der Erwerbsfähigkeit erstreckt sich vom frühen Erwachsenenalter (20 bis 40 Jahre) bis ins mittlere Erwachsenenalter (40 bis 65 Jahre). Das frühe Erwachsenenalter stellt die überhaupt gesündeste Lebensphase dar. Infektionskrankheiten treten seltener auf, degenerative Erkrankungen sind eher ungewöhnlich und junge Männer verfügen in dieser Lebensphase meist über ein Höchstmaß an Leistungsfähigkeit (Furlong, Cartmel 2007; Kuntz et al. 2013). Die Daten zu

Verletzungen, Unfällen, Suiziden und psychischen Störungen zeigen allerdings, dass die frühe Erwachsenenphase nicht frei von Gesundheitsrisiken ist (Furlong, Cartmel 2007; Blum, Nelson-Mmari 2004: 402). Vor allem in der Altersgruppe 15 bis 45-Jähriger stiegen die Diagnoseraten psychischer Belastungen deutlich an (Deutsches Ärzteblatt 2010; DAK 2010; Hurrelmann 2002). So gilt das junge Erwachsenenalter auch als äußerst vulnerable Lebensphase, da es häufig von Gefühlen der Orientierungslosigkeit und Haltlosigkeit gekennzeichnet ist. Eine Fülle von Übergangsaufgaben muss bewältigt werden und biographisch prägende Entscheidungen müssen getroffen werden. In keinem anderen Lebensabschnitt finden so viele „Life-Marker-Events“ (Heirat, Elternschaft, etc.) in kürzester Zeit statt. Psychische und physische Gesundheit sind dabei in jungen Jahren bereits eng miteinander verwoben, etwa weil junge Männer auf psychosoziale Belastungen häufiger mit gesundheitsbezogenem Risikoverhalten wie Tabakkonsum oder anderweitigen Substanzkonsum reagieren (Prince et al. 2007: 864).

Eine wesentliche Entwicklungsaufgabe stellt für junge Männer die Identitätsfindung dar, und auch hier spielt die Arbeitswelt eine wesentliche Rolle. Die heute ins Arbeitsleben tretende sogenannte „Generation Y“ sieht Arbeit weniger ausschließlich als Erwerbsarbeit. Arbeit soll Erfüllung bringen, Lebenszufriedenheit erhöhen und mit Interessen und Talenten vereinbart werden (Arnett 2010; Honneth 2010; Demmer 2013; Karschnik 2013). Das sind mitunter hohe Anforderungen an die berufliche Tätigkeit, die vor allem für sozial benachteiligte junge Männer häufig schwerer zu realisieren sind. Soziale Herkunft und Bildung werden hier zu Schlüsselvariablen für einen sicheren und gelingenden Übergang in das Erwachsenenleben (Gille et al. 2006: 289).

Einmal im Erwerbsleben angekommen, stellt die Arbeitswelt für junge Männer eine bedeutungsvolle Lebenswelt dar, nicht zuletzt weil hier die meiste Zeit dieser Lebensphase verbracht wird. Die Arbeitswelt hat damit auch entscheidenden Einfluss auf die männliche Gesundheit. Bereits in der Berufseinstiegsphase stehen Arbeit und Gesundheit in einer wechselseitigen Beziehung zueinander. Übermäßige Belastungen am Arbeitsplatz – die physischer, psychischer und sozialer Natur sein können – wirken sich langfristig auf den Gesundheitszustand aus (Badura et al. 2010). Vor allem eine hohe Stressbelastung, die sich aus quantitativ hohen beruflichen Anforderungen, aber auch aus ungünstigen Bedingungen für die Vereinbarkeit von Familie und Beruf ergeben kann, ist mit Risiken verbunden (Lohmann-Haislah 2012). Bewältigungsstile von

Männern sind „durchschnittlich“ weniger gesundheitsförderlich: Abhängig von Leitbildern von Männlichkeit können sich dysfunktionale Bewältigungsmuster wie sozialer Rückzug und riskantes oder Suchtverhalten etablieren (→ Kapitel 5). Dies kann in der Berufseinstiegsphase geschehen und langfristig bestehen bleiben (Faltermajer 2008; Faltermajer et al. 2014).

In der zweiten Hälfte des frühen Erwachsenenalters hat die Familiengründung einen hohen Stellenwert. Männer und Frauen sind heute verstärkt gefordert Rollenverteilungen auszuhandeln, und für sich passende Formen der Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu finden. Zunehmend stellt die Vereinbarkeit von Familie und Beruf auch für Männer eine besondere Herausforderung dar. Wenn sich auch Rollenverteilungen zwischen Männern und Frauen immer mehr verändern, so zeigen Umfragedaten, dass derzeit immer noch mehr als zwei Drittel der Männer sich in der Verantwortung sehen, die traditionelle „Ernährerrolle“ zu übernehmen. Gleichzeitig können sich nach Umfragen ebenfalls zwei Drittel dieser Männer vorstellen zu Gunsten der Familien- und Erziehungszeit weniger zu arbeiten. Fast die Hälfte der befragten Männer würde gerne Elternzeit nehmen, und ein Großteil der befragten Väter würde gern die Arbeitszeit reduzieren (SM-BW 2014). Mit Blick auf die Erwerbstätigenstatistik zeichnet sich eine scheinbare Diskrepanz zwischen Wunsch und Wirklichkeit vieler Männer ab: Rund 81% der Männer in Baden-Württemberg sind erwerbstätig, davon 90% in Vollzeit. Bei den Frauen sind 70% erwerbstätig und davon etwa die Hälfte in Teilzeit. 10% der Männer in Baden-Württemberg sind in Teilzeit beschäftigt, dieser Anteil hat sich seit den 1990er Jahren in etwa verfünffacht (STALA BW2013a). Dennoch sind Väter weitaus häufiger in Vollzeit beschäftigt als Männer, die keine Kinder haben. Darüber hinaus zeigt sich, dass Väter im Durchschnitt die längsten Arbeitszeiten leisten und die Mehrzahl der Väter angibt, dass ihnen die Vereinbarkeit von Familie und Beruf weniger gut gelingt (SM-BW 2014).

Der Wunsch vieler Männer ein „neuer und moderner Vater“ sein zu wollen, kollidiert daher mit den wachsenden Anforderungen in der Arbeitswelt und den bestehenden Strukturen, wie z.B. der ungleichen Bezahlung von Männern und Frauen (STALA BW2013a). So kann das Einkommen für Männer bereits bei der Familienplanung eine zentrale Rolle spielen (SM-BW 2014). Wenn auch der Wunsch besteht, mehr Familienzeit aufbringen zu können, so zeigt die momentane Realität vieler Väter, dass sie auch aus finanziellen Gründen mehr arbeiten, als Männer ohne familiäre Verantwortung. Väter im Alter von 25 bis 39 Jahren arbeiten durchschnittlich zwei Stunden mehr pro Woche, Väter im Alter von 40 und 59 Jahren arbeiten etwa fünf Stunden mehr als Männer gleichen Alters ohne Kinder (ebd.).

Mittleres Erwachsenenalter

Zentrale Lebensthemen des mittleren Erwachsenenalters sind neben der Familie auch die Gesundheit und der Beruf. Im Bereich der Familie steht in dieser Lebensphase meist der Auszug der Kinder aus dem Elternhaus an, womit häufig Rollenveränderungen in der Partnerschaft einhergehen. Auch die Pflege der eigenen Eltern gewinnt in diesem Lebensabschnitt an Bedeutung und führt häufig zu Vereinbarkeitsproblemen von Beruf und Familienleben (Faltermajer et al. 2014: 210–225). Im Vergleich zum jungen Erwachsenenalter machen sich im mittleren Erwachsenenalter körperliche Abbauprozesse bemerkbar. Vorher ungewohnte Grenzen der körperlichen und psychischen Leistungsfähigkeit werden spürbar und erfordern Anpassungsleistungen. In dieser Lebensphase zeigt sich häufig gleichzeitig eine zunehmende Sensibilisierung für Gesundheitsthemen und eine steigende Motivation, mehr für die eigene Gesundheit zu tun (ebd.: 221-225).

Auch im mittleren Lebensalter ist der Alltag vieler Männer stark durch die Berufswelt geprägt. Mit zunehmendem Alter rückt dann der nahende Ausstieg aus der Erwerbstätigkeit ins Blickfeld. Dieser kann als bedrohlich erlebt werden, mit Gefühlen von Sinn- und Identitätsverlust, aber auch mit ökonomischen Sorgen einhergehen. Die im Zuge der Industrialisierung entwickelte Vorstellung von hegemonialer Männlichkeit, die hauptsächlich auf lebenslange, kontinuierliche und die materielle Existenz sichernde Erwerbsarbeit ausgerichtet ist, kann dabei zum Problem werden (→ Kapitel 5). Im Falle von unsicheren Beschäftigungsverhältnissen, mit parallel steigenden Anforderungen und gleichzeitigen altersbedingten Leistungseinschränkungen, neigen Männer möglicherweise stärker zu Reintegrationsbemühungen durch Überengagement, um Identitätsverlust zu vermeiden (Dörre 2012: 51–52; Lanz 2010: 51; Lohmann-Haislah 2012: 16–17). Dadurch stellen Männer Arbeit häufiger über ihre Gesundheit (Lehner 2004) und der bevorstehende Austritt aus dem Erwerbsleben ist in manchen Fällen einer gravierenden Verlusterfahrung gleichzusetzen. Einhergehend mit weiteren Konsequenzen z.B. dem Verlust sozialer Anbindung innerhalb der Arbeitswelt und finanziellen Einbußen, kann so - und dies häufiger bei Männern – ein zentraler Identitätspfeiler wegbrechen (Meuser, Scholz 2012: 28; Volz 2012). Ein verfrühtes Ende der Erwerbstätigkeit ist dabei nicht immer einer Berufsunfähigkeit geschuldet. Wirtschaftskrisen und Umstrukturierungen im Unternehmen sind ebenfalls Anlässe, die Männer teils abrupt und übergangslos treffen (Hammer 2012: 192–193). Die Entberuflichung kann für Männer somit nicht selten eine Krise darstellen, auf die sie nicht vorbereitet sind. Je früher, unfreiwilliger und plötzlicher sich diese Lebensveränderung vollzieht, desto eher besteht das Risiko einer solchen ausgelösten inneren Krise und desto gesundheitsbe-

lastender ist sie für Männer im mittleren Erwachsenenalter (ebd.: 192). Wird diese bevorstehende Veränderung zudem verdrängt, braucht es mehr Zeit, um das Leben neu zu organisieren. Wie krisenhaft diese Zeit tatsächlich erlebt wird, hängt stark davon ab, ob andere wichtige Lebensbereiche außerhalb des Berufes bestehen (ebd.: 192–193). Besonders bedeutsam ist hierbei das soziale Netzwerk unabhängig des Berufslebens, also tragfähige Beziehungen innerhalb von Familie, Partnerschaft und dem Freundeskreis. Männer suchen bei privaten oder beruflichen Belastungen seltener soziale Unterstützung als Frauen. Sie erhalten diese häufiger nahezu exklusiv innerhalb der Partnerschaft (Faltermeier 2011: 32–38). Hier fällt es ihnen häufiger leichter sich anzuvertrauen und soziale Unterstützung anzunehmen, als innerhalb anderer tragfähiger sozialer Beziehungen. Ist eine Partnerschaft jedoch nicht, oder – im Falle einer Trennung – nicht mehr vorhanden, bleiben Männer oft mit ihren Problemen für sich. Dabei gilt soziale Unterstützung im Hinblick auf die psychische Gesundheit als höchst wichtiger Schutzfaktor, dessen sich Frauen durchschnittlich selbstverständlicher bedienen (RKI 2012: S.41; Kaluza 2011: 40–42). Tradierte Männlichkeitsnormen, nach denen Männer Schwierigkeiten selbstverantwortlich lösen und Herausforderungen meist autonom meistern sollen, können es Männern schwermachen, die Ressource eines sozialen Netzes effektiv zu nutzen (Möller-Leimkühler 2013: 92; Kienle et al. 2006: 111–112). Eine stabile Partnerschaft scheint daher gerade für die Männergesundheit eine wichtige Ressource zu sein.

Trennung und Scheidung sind für Männer wiederum häufig mit einem Verlust vielfältiger sozialer Unterstützungsressourcen verbunden (Teuber 2011). In Baden-Württemberg liegt die Scheidungsquote⁶ bei etwa 40%, mit deutlichen regionalen Unterschieden. Im Jahre 2012 waren die Scheidungsraten in den Stadtkreisen Mannheim, Baden-Baden und Pforzheim sowie im Landkreis Konstanz am höchsten. Insgesamt liegt die Scheidungshäufigkeit in den Großstädten und den stärker verdichteten Gebieten höher als in den eher ländlich strukturierten Kreisen. Vor allem in Regionen mit vergleichsweise hohen Arbeitslosenquoten, liegen die Scheidungszahlen über dem Landesdurchschnitt (Brachat-Schwarz, Cornelius 2014). Eine Kombination aus fehlender Integration in die Arbeitswelt und dem Verlust sozialer Unterstützung ist für Männer damit in mehrfacher Hinsicht mit psychosozialen Belastungen verbunden. So gilt rasche Desintegration durch Scheidung und Arbeitslosigkeit für viele Männer als ganz besonderer Risikofaktor bspw. für die Entstehung von Depressionen (Teuber 2011; Schulte-Wefers, Wolfersdorf 2006; Yan et al. 2011).

Dieser einleitende Überblick zu den lebensphasenspezifischen Anforderungen von Männern im frühen und mittleren Erwachsenenalter bildet bereits die zentrale Bedeutung der Arbeitswelt ab. Im Folgenden werden Erwerbstätigkeit und damit verbundene Risiko- und Schutzfaktoren für die Männergesundheit in Baden-Württemberg näher betrachtet.

4.1. ARBEIT UND GESUNDHEIT

Arbeits- und Berufsanforderungen stellen im Erwerbsalter elementare Bedingungsfaktoren für die Gesundheit dar (Hurrelmann, Richter 2013: 43). Erwerbstätigkeit bestimmt den Tagesrhythmus, unterstützt die gesellschaftliche Teilhabe, fördert Prestige und finanzielle Sicherheit und beeinflusst damit in einem hohen Maße die Lebensbedingungen. Arbeit wirkt sich somit zunächst einmal positiv auf die Gesundheit aus (RKI 2012: 151; Hasselhorn, Portuné 2010: 362).

Spezifische Arbeitsanforderungen und -verhältnisse können sich jedoch sowohl physisch, psychisch als auch sozial gesundheitsschädigend auswirken. Überbeanspruchung und Belastungen durch die Arbeitswelt zeigen sich meist als erstes in geringerer Leistungsfähigkeit und Arbeitsmotivation. Zeitlich andauernde Belastungen führen zu krankheitsbedingten Fehlzeiten und hohen Arbeitsunfallraten (Badura et al. 2010: 11–18; RKI 2012: 151). In Folge treten vermehrt berufsbedingte Erkrankungen und Behinderungen auf, nicht selten mit der Konsequenz von Berufsunfähigkeit

und Erwerbsminderung. Hierdurch zeichnen sich gravierende ökonomische und soziale Folgen ab, welche die gesundheitliche Lage der Erwerbsbevölkerung stark beeinflussen (Rehfeld 2006: 7). Auch wenn Arbeitsunfähigkeit nicht allein von berufsbedingten Faktoren verursacht wird, so können berufliche Belastungen, wie bspw. das Tragen von Lasten, Luftverschmutzung, Hitze, Kälte oder Schicht- und Akkordarbeit gesundheitliche Beeinträchtigungen und Erkrankungen fördern (Bödeker, Barthelmes 2011: 13; Rothe, Berrmann 2014: 179). Dabei sind gerade Männer sehr viel häufiger in Tätigkeitsfeldern mit höheren körperlichen Anforderungen anzutreffen (Bödeker, Barthelmes 2011: 94). Zusätzlich zeigen sich in der Arbeitswelt für viele Männer andere Empfindlichkeiten. Vor allem fehlende Wertschätzung bei gleichzeitig hoher Verausgabung ist für Männer vermehrt mit größeren gesundheitlichen Gefährdungen verbunden (Möller-Leimkühler 2005). Konkurrenz, Herabsetzung und Statusverlust setzen sie besonders unter Stress (Szagun, Cohrs 2014).

⁶ von Ehen die seit den 1990er Jahren geschlossen wurden

Abb. 95 zeigt die Ergebnisse einer bundesweiten Befragung zu Stress in Beruf und Alltag der Techniker Krankenkasse von 2013 (TK Meinungspuls Gesundheit: „Stress 2013“, eigene Berechnung). Männer, die hier von Konkurrenz und Konflikten mit Kollegen als Belastung im Arbeitsalltag berichten, geben vermehrt zugleich geringeres Wohlbefinden an.

Von einer insgesamt hohen Stressbelastung im Alltag und Beruf berichten 63% der Befragten aus Baden-Württemberg, wie auf der Deutschlandkarte (Abb. 96) zu erkennen ist. Von den befragten Männern in Baden-Württemberg machen 64% die Angabe „häufig unter Druck zu stehen“, bei den Frauen sind es mit 61% etwas weniger. Insgesamt liegt der Anteil von Befragungsteilnehmern, die sich häufig gestresst fühlen, in Baden-Württemberg damit über dem bundesweiten Durchschnitt von 57%. Von den eintausend Studienteilnehmerinnen und -Teilnehmern leben 130 in Baden-Württemberg (65 davon Männer). Die Aussagekraft dieses Ergebnisses ist aufgrund der geringen Anzahl baden-württembergischer Männer begrenzt. Dennoch liefern die Ergebnisse Hinweise dahingehend, dass regionale Unterschiede im alltäglichen Erleben von Stress bestehen (TK Meinungspuls Gesundheit: „Stress 2013“, eigene Berechnung).

In den Gesundheitswissenschaften existieren verschiedene Erklärungsansätze zu arbeitsbezogenen Belastungen, die sich in deutlichem Stresserleben äußern und psychische Erkrankungen begünstigen. Besonders zentral scheint das Missverhältnis aus hohen Anforderungen und geringeren Gestaltungs- und Kontrollmöglichkeiten (Anforderungs-Kontroll-Modell). Geringe Handlungs- und Entscheidungsspielräume bei gleichzeitig hohen Arbeitsmengen haben für Beschäftigte besonders hohes Stresspotential. So dient in Zeiten großer Arbeitsbelastung die eigene Einfluss- und Kontrollmöglichkeit als wesentlicher Schutzfaktor (Lohmann-Haislah 2012: 14).

Auch die Bedeutung beruflichen Überengagements für die Gesundheit ist nicht zu unterschätzen (Overcommitment). Eine Kombination aus individuell gesteigerter Verausgabungsneigung, hohen Anforderungen verbunden mit fehlender Anerkennung, kann sich in ausgeprägten Stressreaktionen widerspiegeln (Gratifikationskrise). Ursächlich hierfür ist das andauernde Ungleichgewicht aus hoher Leistungsanforderung und Zeitdruck, bei fehlender angemessener Belohnung z.B. in Form von persönlicher Wertschätzung und Anerkennung, Stellensicherheit oder beruflichen Aufstiegschancen, sowie einem finanziellem Ausgleich. Die Neigung, sich übermäßig für die Arbeit einzusetzen, kann das Ungleichgewicht zwischen Leistung und Belohnung fördern und langfristig aufrechterhalten (Lanz 2010: 51; Lohmann-Haislah 2012: 16–17).

Geschlechterdifferenziert betrachtet zeigt sich für das vermeintlich „starke Geschlecht“ zudem ein anderer

Abb. 95 Arbeitsplatzbezogene Belastungen, die für Männer in Deutschland mit einer negativen Gesundheitseinschätzung in Verbindung stehen (% Anteil von Männern, die von einer Gesundheit schlechter als gut berichten \bar{x} =28,8%, n=320, Mehrfachnennungen möglich) (Daten: „Bleib locker, Deutschland! TK-Studie zur Stresslage der Nation“, Techniker Krankenkasse 2013, eigene Darstellung und eigene Berechnung)

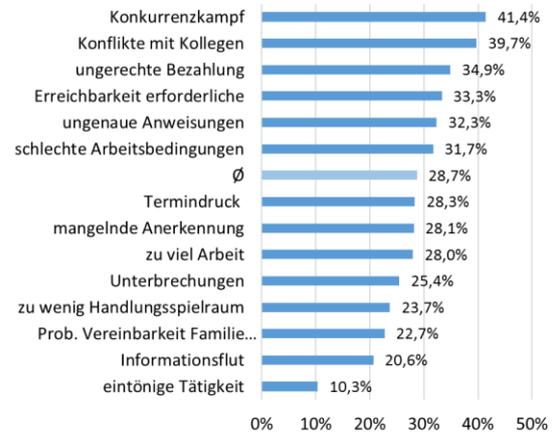
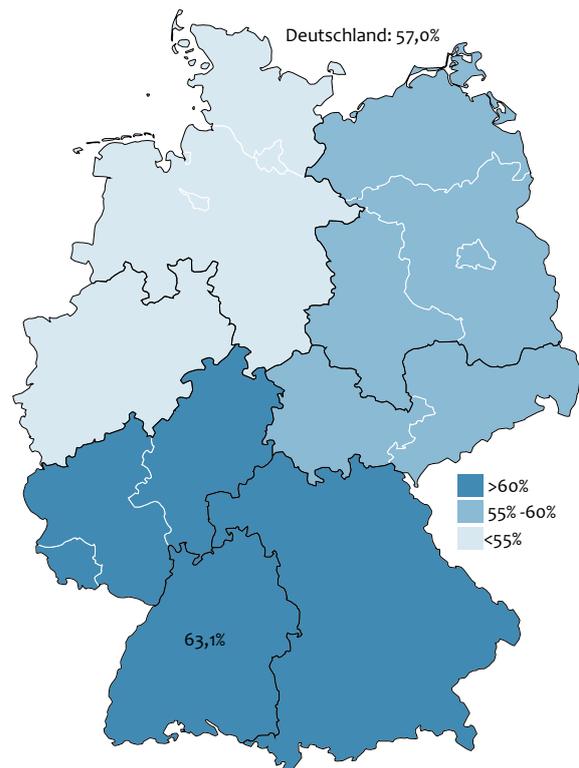


Abb. 96 „Wie häufig fühlen Sie sich gestresst?“ Männer und Frauen in Deutschland nach Nielsen-Regionen (n=998) (Daten: „Bleib locker, Deutschland! TK-Studie zur Stresslage der Nation“, Techniker Krankenkasse 2013, eigene Darstellung und eigene Berechnung)



Umgang mit stressbelastenden Situationen, denn Männer neigen in Belastungssituationen vermehrt zu riskanten Verhaltensweisen (→ Kapitel 5). Vor allem sozialer Stress im Beruf ist für viele Männer mit stärkeren psychischen und biologischen Stressreaktionen verbunden. Zur Bewältigung neigen sie häufiger zu gesundheitsschädlichen Verhaltensweisen wie z.B. Alkoholkonsum (→ Kapitel 2.4.4.3) (Möller-Leimkühler 2009; Rübenaach 2007: 30).

Dabei kommt dem Beruf und der Erwerbstätigkeit für Männer eine besonders hohe Bedeutung zu. Für viele Männer ist die Erwerbsarbeit die zentrale und häufig einzige Tätigkeit, während sich Frauen häufiger auf weitere Lebensbereiche konzentrieren können oder müssen. Damit ist Arbeit für viele Männer ein beson-

ders stark, manchmal fast exklusiv sinnstiftender Identitätspfeiler, aus welchem sie Status und gesellschaftliche Anerkennung ziehen. Zudem beschränken sich die sozialen Kontakte von Männern häufig ausschließlich auf die Berufswelt (Hammer 2012: 192–195).

4.1.1. VERÄNDERUNGEN IN DER ARBEITSWELT

Die rasanten und starken Entwicklungen und Veränderungen in der heutigen Zeit wirken sich besonders innerhalb der Arbeitswelt aus. Demographische Veränderungen, technischer Fortschritt und neue ökonomische Trends sind für die Erwerbsbevölkerung mit komplexen Anforderungen verbunden. Durch neue Informations- und Kommunikationstechnologien ist insbesondere in der beruflichen Lebenswelt eine Beschleunigung des Lebens zu spüren. Hohe Informationsmengen, neue technische Entwicklungen über die Möglichkeiten des Multitasking (z.B. während eines Telefonats noch eine E-Mail beantworten, in der Straßenbahn das bevorstehende Meeting vorbereiten) führen zu einer Verdichtung von Arbeit und einer permanenten Erreichbarkeit bis in den Feierabend und ins Wochenende hinein (Rump et al. 2014: 3–8). Das Risiko der Entgrenzung von Arbeit wächst zunehmend, wodurch das Privatleben bedroht werden kann. Hohe Flexibilitäts- und Mobilitätsanforderungen, stetig neue technische Anforderungen, zunehmender Leistungsdruck, aber auch unsichere Beschäftigungsverhältnisse wirken sich auf das physische, psychische und soziale

Wohlbefinden der Mitarbeiter aus (Lohmann-Haislah 2012: 11). So ist in den vergangenen Jahren eine Zunahme von Krankheitsbildern zu beobachten, die sich als „neue Morbidität“ beschreiben lassen (Hjort 1994 in Waller 2007: 48–49). Darunter finden sich vor allem chronische und psychische Erkrankungen, welche u.a. im Zusammenhang mit der Arbeitswelt und den dort veränderten Tätigkeitsprofilen und Anforderungen stehen können (Voss, Weiss 2013: 29). Mittlerweile gibt es fundierte Belege für Zusammenhänge zwischen hoher Arbeitsintensität und einem verstärkten Auftreten von Depressivität und ebenso zwischen psychischer Belastung und Muskel-Skelett- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Lohmann-Haislah 2012: 12).

Dies macht die Gesunderhaltung der Beschäftigten zu einem wichtigem betriebspolitischen Thema (Hauser 2010: 187). Nachfolgend werden mänderspezifische Herausforderungen der Arbeitswelt beschrieben, die mit hohen Gesundheitseinbußen in Verbindung stehen können.

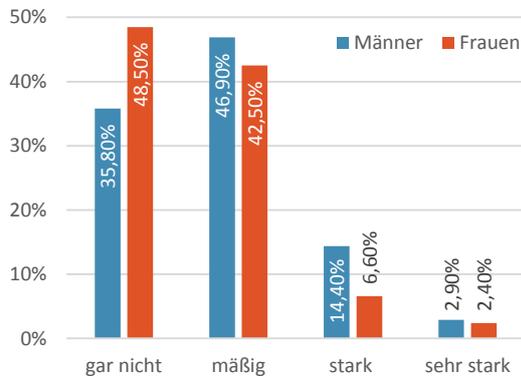
4.1.1.1. SCHICHTARBEIT, ABEND-, NACHT- UND WOCHENENDARBEIT

Im Jahr 2011 arbeiteten 58 Prozent aller Berufstätigen innerhalb von Arbeitszeitmodellen, die mit Spät-Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdiensten oder Schichtdiensten und Wechselschichten verbunden sind (Leser et al. 2013). Schichtarbeit ist in vielerlei Hinsicht häufiger körperlich, psychisch aber auch sozial belastend (Paridon et al. 2012: 12). Gerade Nachtschichtarbeit kann für Erwerbstätige neben der ausgeübten Tätigkeit einen zusätzlichen Belastungsfaktor darstellen. Nicht selten führt dauerhafte Schicht- und Nachtarbeit zu Schlaf- und Leistungsstörungen, Störungen des vegetativen Nervensystems, Magen- und Darm-Problemen sowie zu Herz-Kreislauf-Beschwerden. Ebenso kann es durch die normabweichenden Beschäftigungszeiten zu nicht unerheblichen sozialen Folgen im Privatbereich kommen. Auch ist das Unfallrisiko der Nacht- und Schichtarbeitenden höher (Lohmann-Haislah 2012: 117–118, 122; Paridon et al. 2012: 3, 12, 88, 127). Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes (Stand 2010) arbeiten mehr als drei Millionen Menschen in Deutschland ständig oder regelmäßig in der Nacht. Männer nehmen dabei mit über zwei Dritteln den größeren Anteil der nachts arbeitenden

Bevölkerungsgruppe ein. In Schichtarbeit sind vermehrt Männer mit Haupt- und Realschulabschluss sowie Leiharbeitsbeschäftigte tätig. Dies lässt sich dadurch erklären, dass Nachtarbeit gerade in Wirtschaftszweigen ausgeübt wird, in denen hauptsächlich Männer, Leiharbeiter und weniger hochqualifizierte Personen beschäftigt werden (Puch 2010). Der überwiegende Anteil von Wechselschichtarbeitern ist im verarbeitenden Gewerbe und im Bergbau tätig. Auch die Zahl älterer Erwerbstätiger nimmt bei der Ausübung von Wechselschichten zu. Für die Altersgruppe der über 50-Jährigen verdoppelte sich der Anteil der in Wechselschicht Beschäftigten seit 1998. In der Altersgruppe 20- bis 35-jähriger Männer arbeiten 18% in Wechselschicht (Leser et al. 2013).

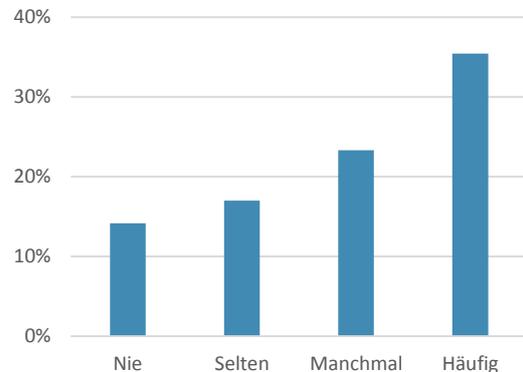
Aus dem „Stressreport Deutschland 2012“ geht hervor, dass Männer häufiger als Frauen von Anforderungen resultierend aus der Arbeitszeitorganisation betroffen sind. So gaben 16% der erwerbstätigen Männer an im Schichtdienst zu arbeiten, 70% an Samstagen und 41% an Sonn- und Feiertagen (BIBB / BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2012) (Lohmann-Haislah 2012: 57).

Abb. 97 „Glauben Sie, dass Ihre Gesundheit durch Ihre Arbeit gefährdet ist?“ Männer und Frauen in Baden-Württemberg (n=1.713) (Daten: Public-Use-File GEDA 2010, Robert Koch-Institut Berlin 2012, eigene Darstellung bzw. eigene Berechnung)



Im Rahmen der bevölkerungsrepräsentativen GEDA-Studie 2010 (RKI 2012) wurden Männer und Frauen in Deutschland und Baden-Württemberg zu Arbeitsbelastungen befragt. In Abb. 97 ist zu sehen, dass insgesamt mehr als 17% der Männer in Baden-Württemberg von einer starken bis sehr starken Gesundheitsgefährdung durch ihre Arbeit berichten. Dem gegenüber steht ein deutlich geringerer Anteil von Frauen, die Gesundheitsgefährdungen am Arbeitsplatz berichten (9%). Etwa 36% der Männer geben an, gar keinen gesundheitlichen Gefährdungen durch ihre Arbeit ausgesetzt zu sein (GEDA 2010, eigene Berechnung).

Abb. 98 Selbsteinschätzung arbeitsplatzbezogener Gesundheitsgefährdung (sehr stark bis stark) nach Häufigkeit von Schichtarbeit von Männern in Deutschland (n=12.890) (Daten: Public-Use-File GEDA 2010, Robert Koch-Institut Berlin 2012, eigene Darstellung bzw. eigene Berechnung)



Dass zwischen Gesundheitsgefährdung und Schichtarbeit ein Zusammenhang besteht zeigt Abb. 98. Männer, die angeben regelmäßig im Schichtdienst zu arbeiten⁷, berichten häufiger zugleich von arbeitsplatzbezogenen Gesundheitsgefährdungen (35%) (GEDA 2010, eigene Berechnung).

Wie Schichtarbeit ist auch Leiharbeit am häufigsten im verarbeitenden Gewerbe vorzufinden. Vor allem in der männlich geprägten Berufsgruppe „Metallerzeugung und Gießereiberufe“ arbeiten 44% im Schichtdienst (Lohmann-Haislah 2012: 57–59). Das verarbeitende Gewerbe stellt in der Mehrheit aller Stadt- und Landkreise in Baden-Württemberg den beschäftigungsintensivsten Wirtschaftszweig dar (STALA BW 2013b).

4.1.1.2. ATYPISCHE BESCHÄFTIGUNGSFORMEN

Mehr als 20% aller Erwerbstätigen in Deutschland befinden sich in atypischen Beschäftigungsformen worunter befristete und geringfügige Beschäftigungen, Leiharbeit, freie Mitarbeit und Teilzeitbeschäftigungen zu verstehen sind. 7 von 10 Leiharbeitsstellen entfallen dabei auf Männer (Statistisches Bundesamt 2013; IAW 2014: 111). Atypische Beschäftigungsformen in jüngeren und mittelalten Jahrgängen senken die Rentenansprüche und sind sowohl kurz- als auch langfristig mit einem höheren Armutsrisiko verbunden (Kistler et al. 2013: 22). Nach Angaben der Bundesagentur für Arbeit hat sich der Anteil der Leiharbeiter in den letzten 10 Jahren in Deutschland fast verdreifacht (Bundesagentur für Arbeit 2014).

Auf Datenbasis des IAB Betriebspanels, einer repräsentativen Arbeitgeberbefragung zu betrieblichen Bestimmungsgrößen der Beschäftigung, zeigt sich, dass auch in Baden-Württemberg atypische Beschäftigungsverhältnisse zwischen 2000 und 2012 zugenom-

men haben (IAW 2014: 1). Nach Angaben der Bundesagentur für Arbeit gab es im Jahr 2013 in Baden-Württemberg insgesamt 98.690 in Leiharbeit Beschäftigte, 66,7% davon Männer. Im Zeitverlauf von 2007 bis 2013 stieg der Anteil der in Leiharbeit beschäftigten Männer um 8% an, zwischenzeitlich waren 2011 23% mehr Männer in Leiharbeitsverhältnissen beschäftigt als 2007 (Bundesagentur für Arbeit 2013; Conrads et al. 2013, Kistler et al. 2013: 12–13). In Teilzeit sind in Baden-Württemberg 5% der Männer beschäftigt, bei den Frauen liegt die Quote bei 36%. Bei den befristeten Arbeitsverhältnissen ist kaum ein Geschlechterunterschied vorhanden (Kistler et al. 2013: 8; Conrads et al. 2013, IAW 2014: 1). Gegenwärtig sind es in Baden-Württemberg v.a. Erwerbspersonen im jüngeren und mittleren Lebensalter, die von atypischen Beschäftigungsformen und den damit häufig einhergehenden prekären Arbeitsbedingungen betroffen sind (Rauch 2014).

⁷ 10% in Nachtarbeit, 45% Wechselschicht mit Nachtarbeit, 44% Wechselschicht ohne Nachtarbeit

66,2% aller Leiharbeiter sind im Wirtschaftszweig des verarbeitenden Gewerbes tätig. An zweiter Stelle steht der Dienstleistungssektor. Hier arbeiten 11,9% der Leiharbeiter (IAW 2014: 45–46). Leiharbeitsverhältnisse weisen unter den atypischen Beschäftigungsformen vermehrt prekäre Arbeitsbedingungen auf. Die berufliche Planungsunsicherheit dieser Beschäftigungsform geht im Vergleich zu der Kernbelegschaft meist mit einer schlechteren Bezahlung - im Schnitt nur etwa die Hälfte des branchenüblichen Lohns - und einer gewissen Außenseiterrolle einher. Dies zeigt sich auch dadurch, dass Beschäftigte in Leiharbeit zwar häufig Tätigkeiten mit höheren gesundheitlichen Belastungen ausführen, jedoch seltener bei Maßnahmen des Gesundheitsschutzes oder der Betrieblichen Gesundheitsförderung mit einbezogen werden (Ahlers

2014: 40; Kistler et al. 2013: 12–13). Von flexibel Beschäftigten wird vermehrt von Müdigkeit, Muskel- und Rückenschmerzen berichtet und es zeigen sich mehr krankheitsbedingte Ausfallzeiten (Vahle-Hinz, Plachta 2014: 104; Techniker Krankenkasse 2009).

Die höhere Anzahl der Fehltagelässt sich zum Teil durch das Berufsspektrum von Männern in Leiharbeit erklären. Unter den Versicherten der Techniker Krankenkasse war der Leiharbeitsanteil mit 20,4 Prozent in Berufen der Metallbearbeitung am höchsten (Grobe 2013: 17; 45; 66–67). Leiharbeiter bekamen darüber hinaus häufiger Antidepressiva und Antidiabetika verschrieben als Normalbeschäftigte (ebd.: 46). Beschäftigungsformen wie Leih- und Zeitarbeit werden als eine mögliche Ursache für die Zunahme von psychischen Störungen angesehen (Ulich, Wiese 2011: 66–67).

4.1.1.3. MOBILITÄT

Zu viel berufliche Flexibilität schadet vor allem der psychischen Gesundheit (Fehlzeitenreport 2012). Hierzu zählen u.a. ständige Erreichbarkeit, häufige Überstunden, Arbeitsortwechsel und lange Arbeitswege. Die Beschäftigungsbefragung des wissenschaftlichen Instituts (WidO) der AOK zeigt, dass berufliches Pendeln, egal ob täglich, oder nur am Wochenende, einen hohen Belastungsfaktor darstellt, der sich in Symptomen wie Erschöpfung oder Niedergeschlagenheit auswirken kann.

Nach der letzten Pendlerberechnung zeigt sich für Baden-Württemberg seit 2005 ein deutlicher Anstieg der Pendlerzahlen. Im Land pendelten 2011 demnach von ca. 5,2 Millionen Erwerbstätigen nahezu 3 Millionen zur Arbeit (Winkelmann 2013: 25; Winkelmann 2014: 32; STALA BW 2013c). Auch der Mikrozensus 2012 zeigt im Zeitverlauf der letzten 30 Jahre einen merklichen Anstieg der Pendlerzahlen. Gerade längere Pendlerdistanzen haben im Land stark zugenommen, und vor allem Männer gehören dabei zu den Langstreckenpendlern (Ballreich 2015).

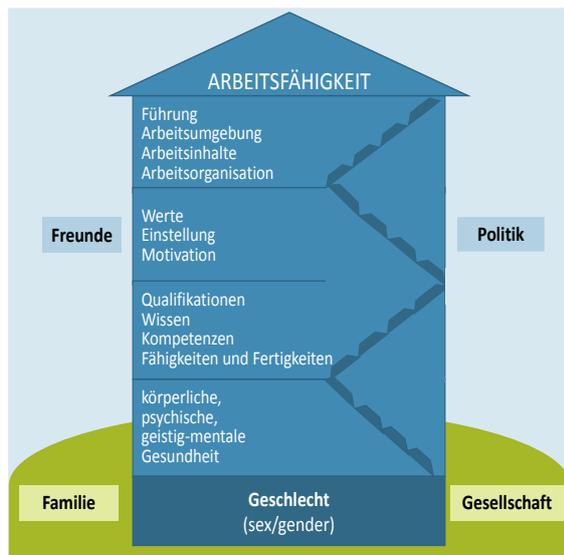
Auch bei den Fehlzeitenanalysen der AOK-Versicherten konnte ein Zusammenhang zwischen der Entfernung zur Arbeitsstätte und psychischen Erkrankungen hergestellt werden. Bei Erwerbstätigen ab einem Arbeitsweg von 30 km zeigten sich sowohl erhöhte Krankheitsfälle als auch längere Krankheitsdauern. Das größte psychische Gesundheitsrisiko liegt nach dieser Untersuchung bei Langstreckenpendlern (WidO 2012).

Die Wahrscheinlichkeit mobil zu sein variiert über das Geschlecht hinaus stark nach Alter und Bildungsstand. Gerade jüngere Männer im Alter zwischen 25 und 34 Jahren und hoch gebildete Männer sind wesentlich häufiger beruflich mobil. Unabhängig von der Wahl des Verkehrsmittels wird vor allem die investierte Zeit als belastend erlebt. Darüber hinaus sind gerade Staus, dicht gedrängte öffentliche Verkehrsmittel, Umsteige-häufigkeiten und -zeiten für Beschäftigte besonders stressintensiv (Hupfeld et al. 2013: 11–12). Auch in der Befragung der Techniker Krankenkasse zu Stress im Alltag und Beruf nennen Männer überdurchschnittlich häufig Fahrten mit öffentlichen Verkehrsmitteln (TK-Studie „Stress 2012“).

4.1.2. BEDINGUNGSFAKTOREN FÜR DEN ERHALT VON ARBEITSFÄHIGKEIT

Der mittlerweile geläufige Begriff „Work-Life-Balance“ beschreibt ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Arbeit und Privatbereich. Jedoch ist die Übersetzung irreführend, da gerade die Erwerbstätigkeit einen großen zeitlichen Raum unseres Lebens einnimmt. Zudem enthält das Leben außerhalb des ausgeübten Berufes ebenso Bereiche, in denen Arbeit verrichtet wird (Hausarbeit, Erziehungsarbeit etc.). Deshalb wird hier der präzisere Begriff „Life-Domain-Balance“ von Ulich (2011) eingeführt, welcher das Wechselspiel von Anspannung und Entspannung meint, insbesondere aber das Vereinbaren und Balancieren von verschiedenen Lebensbereichen. Dabei besteht eine gute „Life-Domain-Balance“, wenn sich Menschen einerseits durch die unterschiedlichen Bereiche ihres Lebens bereichert fühlen, und auf Dauer keiner der Bereiche übermäßig dominiert und es andererseits zu möglichst wenigen Konflikten zwischen den einzelnen Lebensbereichen kommt. Da sich die Anforderungen lebensphasenspezifisch verändern, muss auch die Balance immer wieder neu hergestellt werden. Die betreffenden Ausgleichsbereiche integrieren über Erwerbsarbeit und Hausarbeit auch die Gestaltung der Partnerschaft, die Kindererziehung, Beziehung zur Herkunftsfamilie und Pflege sonstiger sozialer Kontakte sowie Hobbys und Gesundheitspflege. Alle diese Bereiche können dabei je nach Qualität und Lebensphase sowohl einen positiven Einfluss auf das Wohlbefinden haben sich aber auch belastend auswirken (Ulich, Wiese 2011: 16, 41; Hessenmöller et al. 2014: 54).

Abb. 99 „Haus der Arbeitsfähigkeit“ erweitert um die Dimension **Geschlecht (sex und gender)** (eigene Darstellung nach Ilmarinen 2011: 21; Kloimüller 2014:54)



Einen besonders stabilisierenden „Gesundheitspfeiler“ für Männer stellen soziale Beziehungen außerhalb der Arbeitswelt dar: Integriert zu sein in ein soziales Netz, ganz besonders aber auch Partnerschaft und Familie, sind wichtig für das gesundheitliche Wohlbefinden (Hammer 2012: 192,195). So gewinnt der Wunsch nach guter Vereinbarkeit von Familie und Beruf zunehmend auch für Männer in bestimmten Lebensphasen an Bedeutung.

Deutschland liegt im europäischen Mittel bezüglich der Vereinbarkeit von beruflichen und privaten Verpflichtungen. Dennoch berichtet ein beträchtlicher Bevölkerungsanteil von Problemen in der Vereinbarkeit. Laut dem Stressreport haben 44% der Männer (und damit 5% mehr als Frauen) Vereinbarkeitsprobleme, verursacht durch den Konflikt in Vollzeit tätig zu sein bei gleichzeitigem Wunsch genügend Zeit in der Familie verbringen zu können. So sehen sich gerade mittlere Altersgruppen mit der Herausforderung konfrontiert, Familien- und Berufsleben in Balance zu halten. Dabei werden überlange Arbeitszeiten unabhängig von der Tätigkeit oder dem Beruf vor allem von männlichen Beschäftigten berichtet (Lohmann-Haislah 2012).

Die Bedeutsamkeit der Balance einzelner Lebensbereiche für die Arbeitsfähigkeit ist im Schaubild von Ilmarinen dargestellt (Abb. 99) (Ilmarinen 2011:21). Körperliche und psychische Gesundheit, Kompetenzen, Werte, Einstellungen und Arbeitsbedingungen stellen hier Stockwerke dar. Je gesundheitsförderlicher die Stockwerke dar, desto stabiler sind sie und desto eher ist die Arbeitsfähigkeit gewährleistet. Dabei nehmen das biologische wie auch das soziale Geschlecht Einfluss auf die einzelnen Ebenen des Hauses. Männer haben bspw. eine andere körperliche Konstitution (z.B. Hormonhaushalt) oder erleben z.B. Konkurrenzsituationen als besonders stressauslösend (Asendorpf 2007: 387). Diese Beispiele machen deutlich, dass für eine umfassende Betrachtung der Arbeitsfähigkeit die Erweiterung des Modells um die Dimension „Geschlecht“ notwendig ist. Im Sinne der „Life-Domain-Balance“ sind Umweltbedingungen wie Familie und soziales Netzwerk für die Arbeitsfähigkeit von Männern bedeutsam, aber auch Politik und Gesellschaft nehmen Einfluss auf die Stabilität jedes Stockwerks (Ilmarinen 2011). Das „Haus der Arbeitsfähigkeit“ veranschaulicht so die Ebenen, die bei der Planung und Konzeption betrieblichen Gesundheitsmanagements berücksichtigt werden müssen, damit die Erhaltung von Gesundheit und Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz gelingen kann (Conrad 2014: 10–12).

4.1.3. BETRIEBLICHES GESUNDHEITSMANAGEMENT

Im Zuge des demographischen Wandels und der Veränderungen in der Arbeitswelt, in der die Beschäftigungsfähigkeit bis ins Renteneintrittsalter zunehmend an Bedeutung gewinnt, hat sich auch der Stellenwert des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) stark erhöht. Angebote zur Gesundheitsförderung sind für Arbeitgeber mittlerweile notwendige Bestandteile einer guten Personalpolitik, um ihre Wettbewerbsfähigkeit durch qualifizierte Mitarbeiter langfristig erhalten zu können. Betriebliches Gesundheitsmanagement ist ein strategisches Gesamtkonzept, das sowohl verhaltensbezogene (Ernährung, Bewegung, Umgang mit Stress etc.) als auch verhältnisbezogene Gesundheitsmaßnahmen (Unternehmenskultur und Leitbild, Arbeitszeitgestaltung, Betriebsklima, Führungsstile) umfasst (Conrad 2014: 10–12; Walter et al. 2006). Das übergeordnete Ziel ist dabei, die Belastungen für Beschäftigte zu reduzieren und ihre Ressourcen zu stärken (Altgeld 2014: 300).

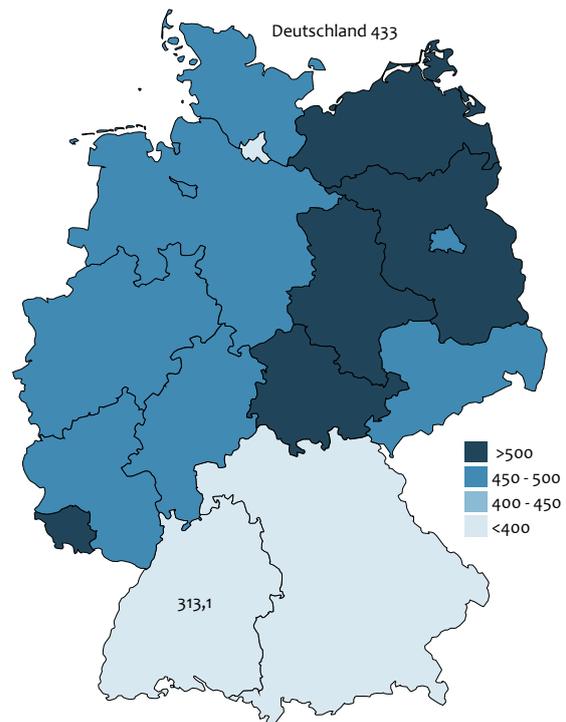
Aufgrund der guten Erreichbarkeit stellt BGM für die Gesundheitsförderung von Männern das zentrale Handlungsfeld dar. Wichtig ist, dass die unterschiedlichen Lebenssituationen und Interessen von Männern Berücksichtigung finden. Da es nicht „den erwerbstätigen Mann“ gibt, müssen Unterschiede in Alter, sozialer Lage, Bildung, ethnischer Zugehörigkeit und eben auch „sex“ und „gender“ in die Planung einbezogen werden. Demnach müssen Konzepte für BGM-Maßnahmen geschlechterdifferenziert gedacht werden (Ritter et al. 2008: 193–194; Altgeld 2014: 307).

Auch in den Betrieben und Unternehmen Baden-Württembergs nehmen die Aktivitäten zur betrieblichen Gesundheitsförderung stetig zu. Ein umfassendes Betriebliches Gesundheitsmanagement findet sich jedoch seltener und gerade kleinen und mittleren Unternehmen (KMU) fällt dies aufgrund fehlender struktureller Ressourcen besonders schwer (BMG 2014). Einen Einblick in bereits bestehende Aktivitäten verschiedenster Unternehmen im Land bietet zum einen das Bundesministerium für Gesundheit (BMG 2011) und zum anderen der Öffentliche Gesundheitsdienst Baden-Württemberg (ÖGD BW 2015). Darüber hinaus finden sich ausgewählte Best-Practice-Berichte bspw. nach Branchen und Regionen gefiltert auf den Seiten der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA).

Auffällig ist jedoch, dass die überregionalen Netzwerkaktivitäten für den Praktiker, der nach Ansätzen und Kooperationspartnern sucht, um gesundheitsförderliche Maßnahmen ganz speziell in seinem Unternehmen einzurichten, sehr unübersichtlich scheinen. Die parallel eingerichteten Aktivitäten verschiedener Netzwerke und Zusammenschlüsse für Maßnahmen des

Betrieblichen Gesundheitsmanagement erschweren eine schnelle Orientierung (Altgeld 2014: 304). Geschlechter differenzierte betriebliche Gesundheitsmanagementansätze sind unter den Best-Praxis-Beispielen dementsprechend noch weniger zu finden.

Abb. 100 Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in der GRV 2013 in Deutschland pro 100.000 aktiv versicherte Männer (Daten: Statistik des Rentenzugangs, Deutsche Rentenversicherung Bund, GBE Bund, eigene Berechnung)



	D	BW
F00-F99 Psychische und Verhaltensstörungen	158,9	110,6
M00-M99 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems...	59,3	42,0
I00-I99 Krankheiten des Kreislaufsystems	57,1	37,1
C00-D48 Neubildungen	52,9	41,7
S00-T98 Verletzungen, Vergiftungen ...	9,8	7,3
Sonstige	94,6	74,4
Gesamt	432,6	313,1

Tab. 19 Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit der Männer in Baden-Württemberg (BW) und Deutschland (D) nach ausgewählten Diagnosegruppen pro 100.000 aktiv Versicherte 2013 (Daten: Statistik des Rentenzugangs, Deutsche Rentenversicherung Bund, GBE-Bund, eigene Berechnung)

Im Folgenden wird anhand arbeitsbezogener Gesundheitsindikatoren ein Überblick zu bestimmten männlichen Belastungsgruppen in Baden-Württemberg gegeben.

4.2. ZUR GESUNDHEITLICHEN LAGE VON MÄNNERN IN DER ARBEITSWELT

Als Gesundheitsindikatoren zur Arbeitsfähigkeit der Männer in Baden-Württemberg werden Daten der gesetzlichen Rentenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung sowie der Arbeitsunfähigkeitsstatistik

der AOK (AU-Daten) vorgestellt. Nach Möglichkeiten werden Daten für Baden-Württemberg berichtet, andernfalls wird auf bundesweite Ergebnisse zurückgegriffen.

4.2.1. ERWERBSMINDERUNG UND RENTENZUGANG

Anspruch auf eine Rente wegen Erwerbsminderung besteht dann, wenn gesetzlich Rentenversicherte wegen Krankheit oder Behinderung nicht mehr oder nur noch eingeschränkt dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen. Es handelt sich dabei um einen soliden Indikator, um Erwerbsunfähigkeit im Ländervergleich abzubilden und die Gesamtentwicklung der gesundheitsbedingten Frührenten zu betrachten (BPTK 2013: 7–8).

Im Jahr 2013 gab es im Durchschnitt bundesweit 438 neue Rentenzugänge pro 100.000 aktiv versicherter Männer und Frauen aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit. Bei den Männern waren es 432,6 und bei den Frauen 444,5 neue Rentenzugänge. Wie in der Deutschlandkarte (Abb. 100) zu sehen ist, liegt der Anteil von Erwerbsminderungsrenten bei Männern in Baden-Württemberg mit 313,1 (Frauen 332,6) pro 100.000 aktiv Versicherter deutlich unter dem Bundesdurchschnitt. Auch hieran zeigt sich die überdurchschnittlich gute gesundheitliche Lage der Männer in Baden-Württemberg (Tab. 19).

Dennoch sind im Jahr 2013 über 8.000 Männer in Baden-Württemberg krankheitsbedingt aus dem Berufsleben ausgeschieden. Wie in Abb. 101 veranschaulicht entfielen rund 35% dieser Rentenzugänge auf **psychische und Verhaltensstörungen**. Diese Krankheitsgruppe stellt damit inzwischen den Hauptgrund für Frühverrentungen bei Männern in Baden-Württemberg dar.

Meist handelt es sich dabei um Depressionen, die bei Männern häufiger in Verbindung mit einer Suchterkrankung – vor allem Alkoholabhängigkeit – stehen können. Das Thema alkoholbedingte Störungen bei Männern wird in Kapitel 2.4.4.3 in diesem Bericht ausführlicher beschrieben (BPTK 2013: 14).

Der Anteil psychischer Störungen an Erwerbsminderungsrenten war nicht immer so hoch. 1993 betrug der Anteil an Erwerbsminderungsrenten aufgrund psychischer Störungen bei Männern in Deutschland 12,5% (GBE Bund). In den letzten 30 Jahren hat er bundesweit stark zugenommen, parallel dazu hat der Anteil an Erwerbsminderungsrenten durch Muskel-Skeletterkrankungen (MSE) deutlich abgenommen. Diese Veränderungen im Rentenzugangsgeschehen lassen sich zu einem gewissen Teil mit den eingangs beschriebenen Veränderungen der Arbeitswelt erklären, die vor allem mit höheren psychosozialen Belastungen verbunden sind. Gerade Zeit- und Leistungsdruck, verstärkt durch die mediale Beschleunigung der Arbeitswelt, wirken stark belastend (BPTK 2013: 30–31, Lohmann-Haislah 2012: 107). Deutliche Hinweise bestehen für einen Zusammenhang zwischen weniger gesellschaftsintegrierenden und unsicheren Leiharbeitsverhältnissen sowie darüber hinaus Belastungen durch Nacht- und Wechselschichten als Einflussfaktoren auf steigende psychischen Erkrankungszahlen bei Männern (Grobe 2013; Harrington 2001, Virtanen 2004).

Abb. 101 Anteil an Rentenzugängen aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit der Männer in der GRV 2013 in Baden-Württemberg nach Diagnosehauptgruppen (Daten: Statistik des Rentenzugangs, DRV Bund, GBE Bund, eigene Berechnung)

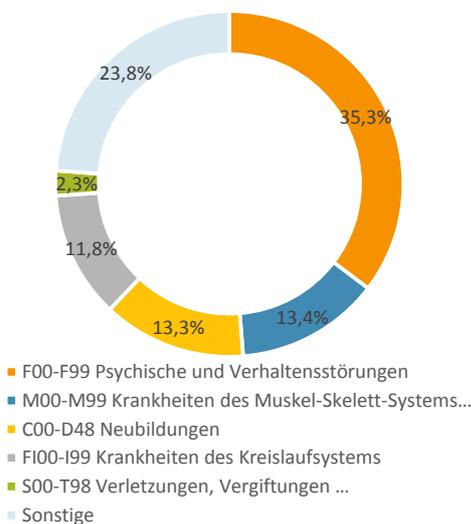
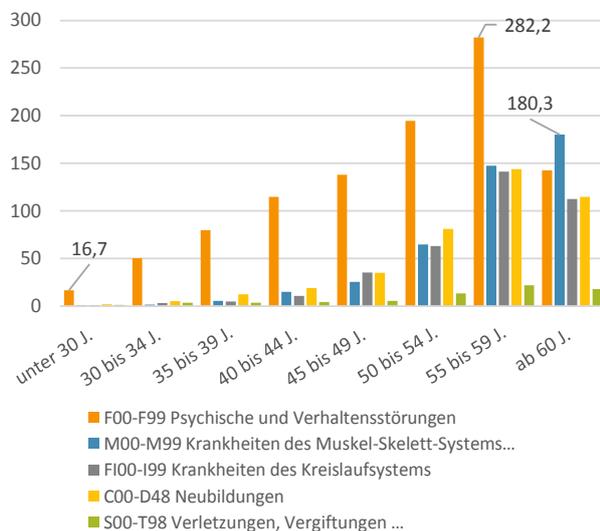


Abb. 102 Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit der Männer in Baden-Württemberg nach ausgewählten Diagnosegruppen und Altersgruppen pro 100.000 aktiv Versicherte 2013 (Daten: Statistik des Rentenzugangs, DRV Bund, GBE Bund, eigene Berechnung)



Diese Arbeitsbedingungen finden sich für Männer überproportional häufig im verarbeitenden Gewerbe wieder, in dem Männer häufiger tätig sind als Frauen und welches in Baden-Württemberg den stärksten Wirtschaftszweig darstellt (STALA BW 2013b).

Muskel-Skelett-Erkrankungen sind aber nach wie vor ebenfalls ein häufiger Grund für eine vorzeitige Rente bei Männern. Hierunter sind hauptsächlich Rückenleiden und Gelenkbeschwerden zu verorten (GBE Bund).

Allerdings ist der Anteil an allen Rentenzugängen bundesweit für Muskel-Skelett-Erkrankungen von früheren 30% auf 14,4% gesunken (GBE Bund). In Baden-Württemberg sind mit 13,4% etwas weniger Rentenzugänge auf Muskel-Skelett-Erkrankungen zurückzuführen. Krebserkrankungen stellen heute bei Männern in Baden-Württemberg den dritthäufigsten Grund für eine Erwerbsminderungsrente dar, gefolgt von Krankheiten des Kreislaufsystems (Abb. 101). Frühverrentungen kommen in jüngeren Altersgruppen zwar ä-

berst selten vor, sind dann allerdings mit besonders hohen Einbußen verbunden (BPtK 2013). In jüngeren Altersgruppen sind vor allem vergleichsweise hohe Neuerkrankungsraten an von psychischen Störungen festzustellen. In der männlichen Altersgruppe unter 40 Jahren erfolgen 2 von 3 Erwerbsminderungsrenten aufgrund einer solchen Diagnose. Mit zunehmendem Alter steigen die Erwerbsminderungsrenten an. In der Altersgruppe 55 bis 60 Jahre liegen die krankheitsbedingten Rentenzugänge am höchsten (932,3 pro 100.000 aktiv versicherte Männer in Baden-Württemberg im Jahr 2013). Wie Abb. 102 zeigt, sind bis zu diesem Alter psychische Störungen der Hauptgrund für eine Erwerbsminderungsrente. In der ältesten Gruppe ab 60 Jahren stellen Muskel-Skelett-Erkrankungen die Hauptursache einer Erwerbsminderungsrente bei Männern in Baden-Württemberg dar. In dieser Altersgruppe machen Muskel-Skelett-Erkrankungen sie fast ein Drittel aller Erwerbsminderungsrenten aus.

4.2.2. ARBEITSUNFÄHIGKEIT (AOK-DATEN)

Die Arbeitsunfähigkeitsstatistiken der AOK liefern Anhaltspunkte für krankheitsbedingte Fehlzeiten der männlichen Erwerbstätigen im Land. Mit einem Marktanteil von 43% versichert die AOK einen Großteil der Bevölkerung in Baden-Württemberg (AOK 2013). Aufgrund ihrer historischen Funktion als Basiskasse weist die AOK jedoch einen überdurchschnittlich hohen Anteil an Versicherten auf, die im gewerblichen Bereich

tätig sind. Angestellte sind dagegen eher unterrepräsentiert (Meyer et al. 2014: 325). Repräsentative Aussagen für die Bevölkerung im Land sind aus den AOK-Daten somit nicht abzuleiten. Aufgrund einer fehlenden routinemäßigen Zusammenführung aller Krankenkassendaten ist die Datenbasis für die Gesundheitsberichterstattung auf Landes- und Kreisebene daher äußerst eingeschränkt.

Abb. 103 Prozentualer Anteil an allen AU-Fällen und AU-Tagen von männlichen AOK-Mitgliedern (15 bis 64 J.) nach Krankheitsgruppe in Baden-Württemberg 2013 (Daten: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), eigene Berechnung)

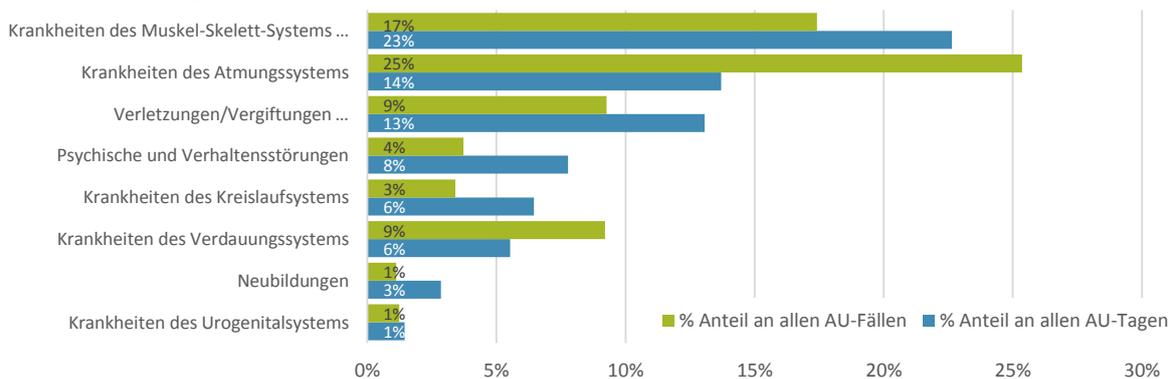


Abb. 104 AU-Tage je Fall von männlichen AOK-Mitgliedern (15 bis 64 J.) nach Krankheitsgruppe in Baden-Württemberg 2013 (Daten: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), eigene Berechnung)

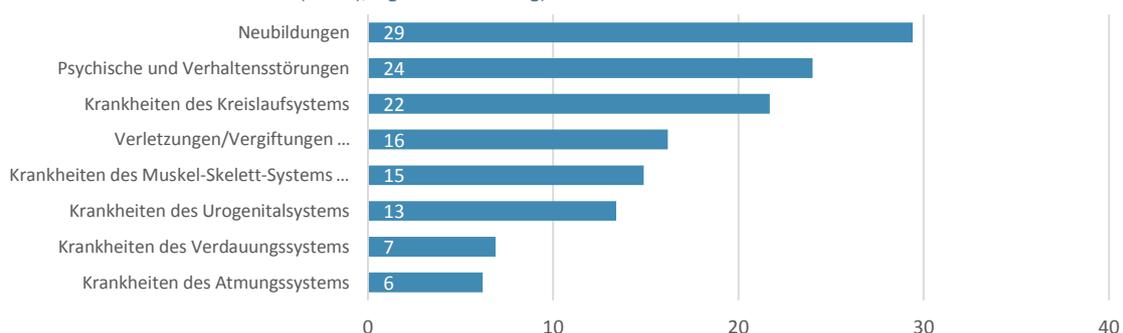


Abb. 105 AU-Tage und AU-Fälle je 100 männliche AOK-Mitglieder (Mgl.) (15 bis 64 J.) für Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems in Baden-Württemberg nach Altersgruppe 2013 (Daten: Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO), altersstandardisiert, eigene Berechnung)

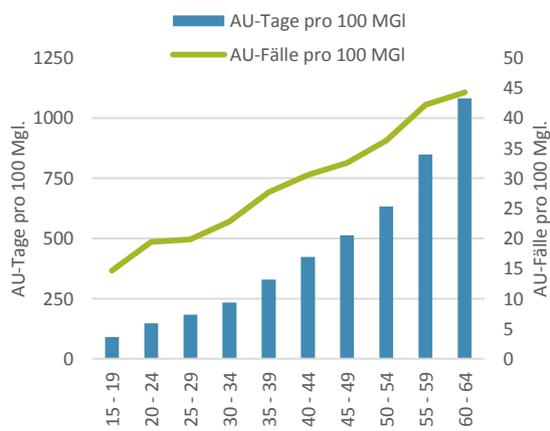


Abb. 106 AU-Tage und AU-Fälle je 100 männliche AOK-Mitglieder (Mgl.) (15 bis 64 J.) für Verletzungen und Vergiftungen und andere äußere Ursachen in Baden-Württemberg nach Altersgruppe 2013 (Daten: Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO), altersstandardisiert, eigene Berechnung)

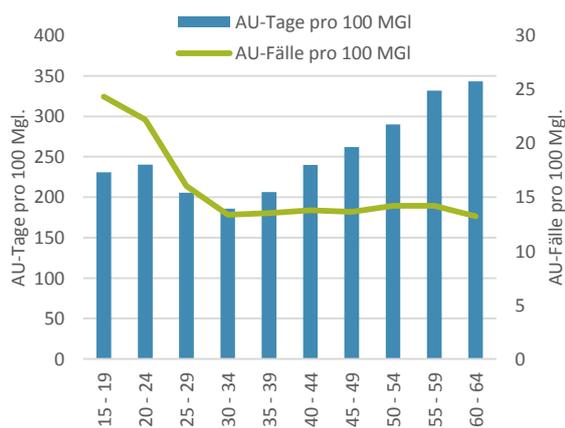
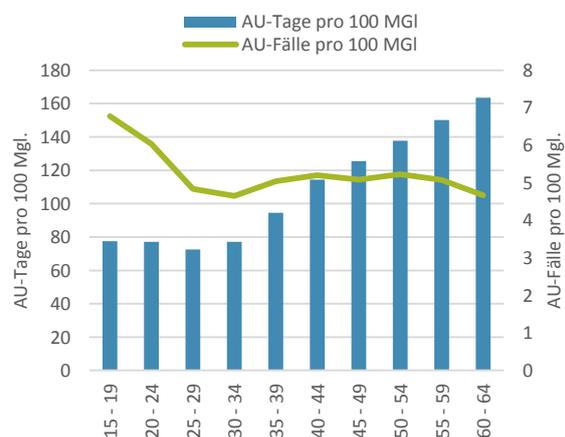


Abb. 107 AU-Tage und AU-Fälle je 100 männliche AOK-Mitglieder (Mgl.) (15 bis 64 J.) für Arbeitsunfälle in Baden-Württemberg nach Altersgruppe 2013 (Daten: Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO), altersstandardisiert, eigene Berechnung)



Betrachtet werden im Folgenden Arbeitsunfähigkeitsdaten (AU-Daten) der männlichen Altersgruppe von 15 bis 64 Jahren in Baden-Württemberg. Die AU-Daten der AOK erlauben bedingt regionale Analysen nach AOK-Bezirken. Darüber hinaus ist es möglich, Unterschiede in krankheitsbedingten Fehlzeiten nach Wirtschaftszweigen darzustellen. Die AU-Daten werden in „Fälle pro 100 männliche AOK-Versicherte in Baden-Württemberg“, in „AU-Tagen pro 100 männliche AOK-Versicherte in Baden-Württemberg“ und in „AU-Tagen pro Krankheitsfall“ berichtet. Für die einfachere Lesbarkeit wird im Folgenden von „AU-Tagen pro 100 Mitglieder (Mgl.)“ und „AU-Fällen pro 100 Mitglieder“ gesprochen.

Ein Viertel aller AU-Fälle geht auf Krankheiten des Atmungssystems zurück (Abb. 103). Hierunter fallen vorwiegend akute Infektionen der oberen Atemwege, wobei es sich meist um eher harmlose Erkältungskrankheiten oder grippale Infekte handelt. Aufgrund der durchschnittlich kürzesten Falldauer (6 AU-Tage pro Krankheitsfall Abb. 104) steht diese Krankheitsgruppe bei der quantitativen Betrachtung der AU-Tage mit einem Anteil von 14% erst an zweiter Stelle bei den AU-Tagen. Bis zum Alter von Mitte 30 erfolgen Krankenschreibungen bei männlichen AOK-Mitgliedern am häufigsten aufgrund von Atemwegserkrankungen, in höheren Altersgruppen dann wegen Rücken- und Gelenksbeschwerden. **Muskel-Skelett-Erkrankungen** haben, wie Abb. 103 zeigt, für krankheitsbedingte Fehlzeiten von AOK-versicherten Männern in Baden-Württemberg die höchste Relevanz. Ein Krankheitsfall fordert hier im Durchschnitt 15 AU-Tage (Abb. 104). Bei 6% aller Muskel-Skelett-Erkrankungen handelt es sich um Langzeitfälle, die länger als 42 Tage andauern. Den höchsten prozentualen Anteil an Langzeitfällen haben allerdings Krebserkrankungen (16%), gefolgt von psychischen Störungen (12%).

Da Krankheitsfälle aufgrund **psychischer Erkrankungen** eine hohe durchschnittliche Falldauer aufweisen (24 AU-Tage pro Fall Abb. 104), sind sie mit besonders hohen direkten und indirekten Kosten für den Betrieb verbunden. So gewinnt die Prävention psychischer Störungen auch im Unternehmen zunehmend an Bedeutung, vor allem da inzwischen ausreichend Befunde vorliegen, dass psychischen Erkrankungen eng mit arbeitsbedingten Belastungen verbunden sind. Auch Muskel-Skelett-Erkrankungen, Arbeitsunfälle und Verletzungen stehen mit Arbeitsbedingungen und Anforderungen in Zusammenhang (Rothe, Beermann 2014). Die AU-Daten der AOK zeigen unterschiedlich hohe Ausprägungen nach Altersgruppen. Mit zunehmendem Alter sind sowohl ein Anstieg der Fallhäufigkeit wie auch eine Zunahme an Fehltagen aufgrund einer Muskel-Skelett-Erkrankung bei Männern ersichtlich (Abb. 105). Anders verhält es sich mit **Verletzungen, Vergiftungen und Arbeitsunfällen** (Abb. 106 und Abb. 107). In Baden-Württemberg entfallen 13% aller

AU-Tage von männlichen AOK-Mitgliedern auf Verletzungen und Vergiftungen. Die Fallhäufigkeit ist hier in den Altersgruppen 15 bis 30 Jahren weitaus höher als in den älteren Gruppen von männlichen Versicherten. In höheren Altersgruppen treten Verletzungen und

Unfälle zwar seltener auf, fordern aber dennoch mehr Krankheitstage. Dies liegt vor allem an der Schwere der Verletzungen und länger andauernden Heilungsprozessen (Varnaccia et al. 2013; Meyer et al. 2014: 324–325).

4.2.3. ARBEITSUNFÄLLE

Ein Großteil der hohen Verletzungszahlen bei Männern ist auf Arbeitsunfälle zurückzuführen (Meyer et al. 2014: 325). In diesem Zusammenhang ist die Betrachtung des Arbeitsunfallgeschehens in Baden-Württemberg interessant. Ein wesentlicher aufschlussgebender Marker für die gesundheitliche Lage von Männern in der Arbeitswelt sind hierzu die Statistiken der gesetzlichen Unfallversicherung. Neben Kranken- und Rentenversicherungen ist diese Versicherung ebenso ein Bestandteil der sozialen Sicherung in Deutschland (Varnaccia et al. 2013).

2013 haben sich in Baden-Württemberg 135.877 meldepflichtige Arbeits- und Wegeunfälle ereignet. Dabei sind 70% der Arbeitsunfälle auf Männer zurück zu führen und 30% auf Frauen. Bei Wegeunfällen waren Männer nur mit einem Anteil von 11% betroffen, Frauen dagegen mit 30%. Insgesamt ereigneten sich 2013 in Baden-Württemberg 101 tödliche Arbeitsunfälle. An 88 dieser tödlichen Unfälle verstarben Män-

ner. Diese geschlechterspezifische Erhöhung bei Männern lässt sich durch verschiedene Faktoren erklären. Einerseits bilden Männer die größere Gruppe der Vollzeitbeschäftigten und haben schon allein durch höhere Wochenarbeitsstunden ein erhöhtes Risiko für Arbeitsunfälle gegenüber Frauen (Standke 2014: 35–36). Andererseits arbeiten Männer nach wie vor häufiger in Berufsfeldern mit einem erhöhten Unfallrisiko wie bspw. der Bauwirtschaft und in der Herstellung von Metallerzeugnissen (RKI 2014; Standke 2014). Vor allem Männer ungelernter und angelernter Berufsgruppen erleiden mehr Arbeitsunfälle, da sie sich häufiger in weitaus gefährlicheren Tätigkeitsfeldern bewegen (Varnaccia et al. 2013: 5; BAuA 2012a; RKI 2013).

Aus diesem Grund werden im Folgenden Arbeitsunfälle (Unfallstatistik) und Arbeitsunfähigkeitsdaten der AOK für Baden-Württemberg branchenspezifisch betrachtet.

4.2.4. BRANCHENSPEZIFISCHE BETRACHTUNG DES KRANKHEITSGESCHEHENS

Der beschäftigungsintensivste Wirtschaftszweig in Baden-Württemberg ist das verarbeitende Gewerbe u.a. mit den Branchen Maschinenbau, Herstellung von KFZ und Metallerzeugnissen. Der zweitgrößte Wirtschaftszweig in Baden-Württemberg ist der Handel mit und ohne KFZ gefolgt vom Dienstleistungssektor. Die Daten der Arbeitsunfallstatistik der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung aus dem Jahr 2013 ermöglichen eine Einschätzung der meldepflichtigen Arbeitsunfälle nach Wirtschaftszweig⁸.

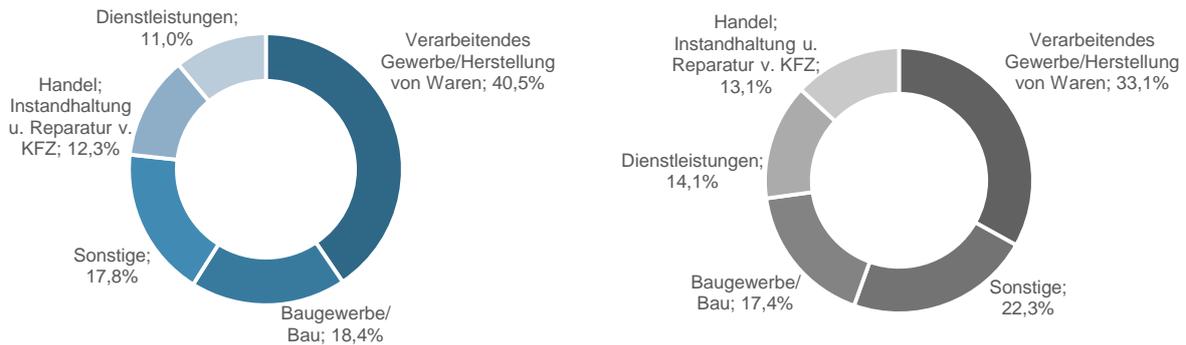
Der besonderen Bedeutung des verarbeitenden Gewerbes entsprechend ereignen sich in Baden-Württemberg 40,5% der Arbeitsunfälle in diesen Branchen (Abb. 108). Davon betrafen etwa ein Viertel der Unfälle Männer, die in der Herstellung von Metallerzeugnissen und 13% Männer, die im Maschinenbau tätig waren. Im bundesweiten Vergleich liegt der Anteil für meldepflichtige Arbeitsunfälle in diesem Wirtschaftszweig mit 7% (40,5%) etwas über dem Anteil in Deutschland (33,1%).

Wirtschaftszweig	Versicherte	Anteil
Verarbeitendes Gewerbe (u.a. Maschinenbau)	398.385	36%
Dienstleistungen (u.a. Gesundheits- und Sozialwesen, wirtschaftliche Dienstleistungen und Gastgewerbe)	296.236	27%
Handel, Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen	132.731	12%
Baugewerbe	98.329	9%
Sonstige	176.041	16%

Tab. 20 Prozentualer Anteil an AOK-versicherten Männern in Baden-Württemberg 2013 nach Branchen (Daten: Wissenschaftliches Institut der AOK (WidO), eigene Berechnung)

⁸ Versicherungsträger: gewerbliche Berufsgenossenschaft, Verteilung der Arbeitsunfälle bei einer betrieblichen Tätigkeit

Abb. 108 Anteil meldepflichtiger Arbeitsunfälle (an allen Arbeitsunfällen) von Männern 2013 nach Wirtschaftszweigen in Baden-Württemberg (blau) und Deutschland (grau) (Daten: Arbeitsunfallstatistik der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, gewerbliche Berufsgenossenschaften, eigene Berechnung)



Der branchenspezifische Blick auf die Arbeitsunfähigkeitsdaten der männlichen AOK-Versicherten in Baden-Württemberg gibt Hinweise auf konkrete arbeitsplatzbezogene Gesundheitsrisiken. Wie Tab. 20 zeigt, sind AOK-versicherte Männer im Land mit einem Anteil von 36% in Branchen des verarbeitenden Gewerbes tätig (vor allem im Maschinenbau). 27% arbeiten in dienstleistungsbezogenen Branchen (u.a. Sozial- und Gesundheitswesen), 12% in Handel und Instandhaltung und 9% im Baugewerbe. Das verarbeitende Gewerbe und Handel und Dienstleistungen zählen in Baden-Württemberg zu den beschäftigungsintensiv-

ten Wirtschaftszweigen (STALA BW 2013b). Vier männergesundheitsrelevante Krankheitsgruppen werden im Folgenden hinsichtlich Häufigkeit und Erkrankungsdauer in den Blick genommen: Muskel-Skelett-Erkrankungen, Verletzungen und Vergiftungen, Psychische Störungen sowie Krankheiten des Kreislaufsystems. Im Jahr 2013 entfallen im Baugewerbe insgesamt 55% aller AU-Tage von AOK-versicherten Männern auf diese vier Krankheitsgruppen, im verarbeitenden Gewerbe, Handel und Instandhaltung sowie Dienstleistungen sind es etwa 50%.

Abb. 109 AU-Tage je 100 männlichen AOK-Mitgliedern (Mgl.) (15 bis 64 J.) nach ausgewählten Krankheitsgruppen in vier ausgewählten Wirtschaftszweigen in Baden-Württemberg 2013 (Daten: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), eigene Berechnung)

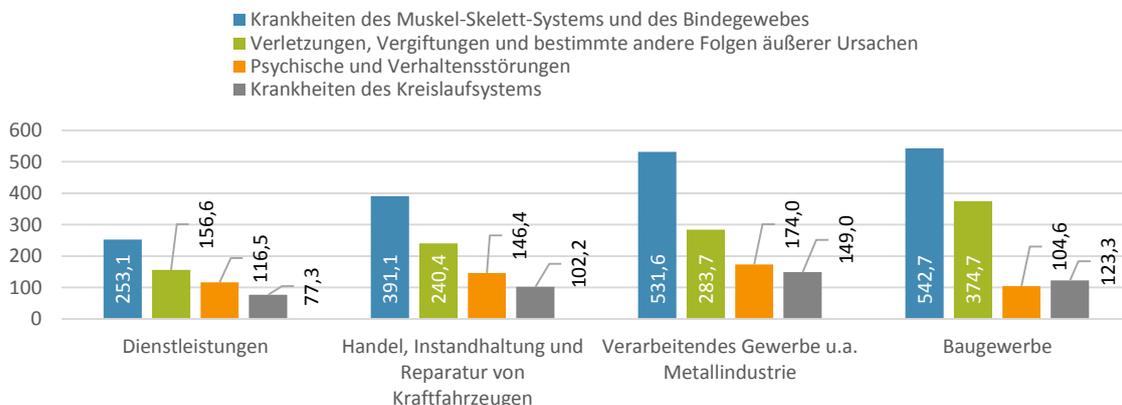
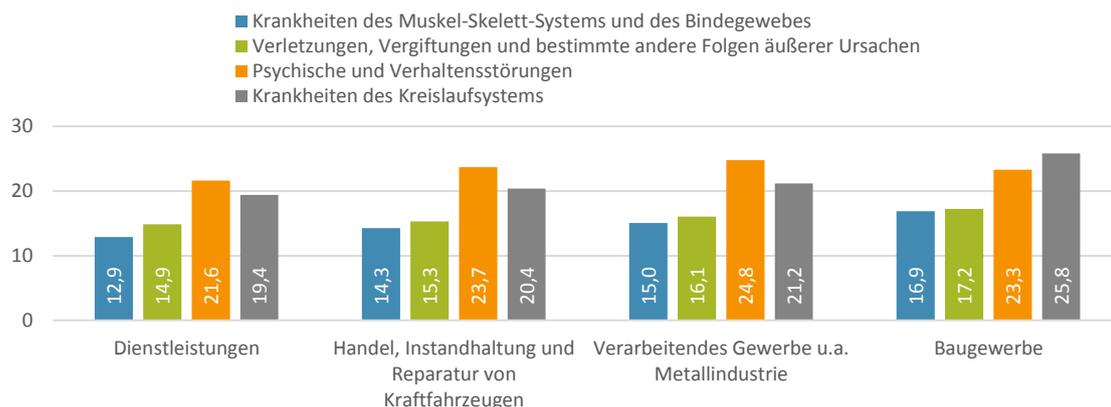


Abb. 110 AU-Tage je Fall von männlichen AOK-Mitgliedern (Mgl.) (15 bis 64 J.) nach ausgewählten Krankheitsgruppen in vier ausgewählten Wirtschaftszweigen in Baden-Württemberg 2013 (Daten: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), eigene Berechnung)



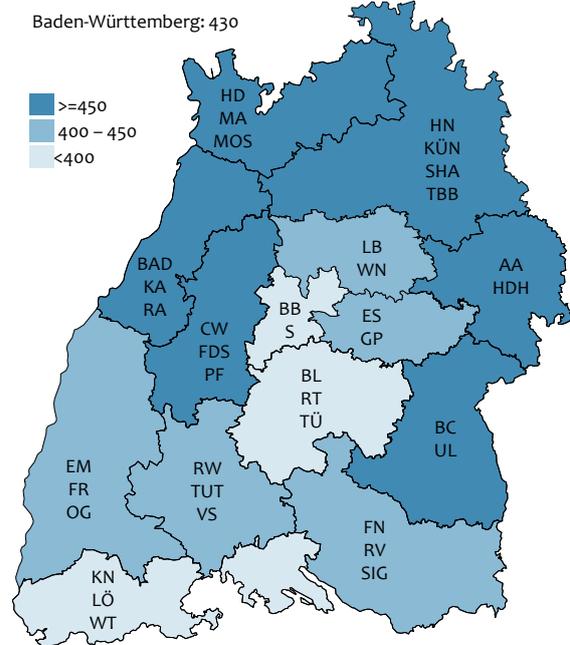
In allen ausgewählten Wirtschaftszweigen kommt den **Muskel-Skelett-Erkrankungen** die höchste Bedeutung hinsichtlich der Fehltag zu. Die höchste Anzahl von AU-Tagen für diese Krankheitsgruppe tritt mit über 500 AU-Tagen pro 100 Mitgliedern im verarbeitenden und im Baugewerbe auf, und macht in diesen Wirtschaftszweigen somit einen Anteil von 26% bzw. 23% an allen AU-Tagen unter den AOK-versicherten Männern aus (Abb. 109). An zweiter Stelle stehen **Verletzungen und Vergiftungen**, die mit 375 AU-Tagen pro 100 Mitgliedern im Baugewerbe am häufigsten auftreten und dort knapp ein Fünftel aller AU-Tage ausmachen.

Auf **psychische Störungen** entfallen in den Dienstleistungsberufen, dem verarbeitenden Gewerbe und dem Handel knapp 10% aller AU-Tage. Im Baugewerbe liegt der Anteil psychischer Erkrankungen bei 5% (Abb. 109). In allen hier aufgeführten Wirtschaftszweigen liegt die durchschnittliche Falldauer einer psychischen Störung bei über 20 Fehltagen unter den AOK-versicherten Männern. Kreislaufkrankungen fordern im Baugewerbe durchschnittlich 26 Tage pro Krankheitsfall, Muskel-Skelett-Erkrankungen und Verletzungen dauern im Durchschnitt pro Fall 15 Tage (Abb. 110).

Abb. 111 zeigt die regionale Verteilung der Fehlzeiten bei Männern aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen. Durchschnittlich treten bei AOK-versicherten Männern in Baden-Württemberg 430 AU-Tage pro 100 Mitglieder wegen Muskel-Skelett-Erkrankungen auf.

Über diesem Landesdurchschnitt liegen jedoch die nördlichen AOK-Bezirke, darunter das Rhein-Neckar-Gebiet, der Nordschwarzwald, mittlere Oberrhein, Ostwürttemberg, Biberach-Ulm und Heilbronn-Franken.

Abb. 111 AU-Tage (Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, je 100 Mitglieder (Mgl.) AOK-Versicherte Männer (15 bis 64 J.) in Baden-Württemberg (Daten: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), altersstandardisiert (AOK-versicherte Männer in Baden-Württemberg), eigene Berechnung)



4.3. DISKUSSION

Allgemein zeigt sich die gute gesundheitliche Lage der Baden-Württemberger im Bundesvergleich auch in den arbeitsbezogenen Gesundheitsindikatoren der Männer. Die Erwerbsminderungsrenten liegen in Baden-Württemberg für jede Krankheitsgruppe unter dem bundesweiten Durchschnitt. Bei den Arbeitsunfähigkeitsdaten der AOK-Versicherten ergeben sich keine herausragenden Abweichungen zu den krankheitsbedingten Fehlzeiten der Männer in Deutschland. Insgesamt lassen sich aus den AOK-Daten zur Arbeitsunfähigkeit von Männern in Baden-Württemberg neben den Verletzungen und Arbeitsunfällen v.a. Muskel-Skelett-Erkrankungen und psychische Störungen als bedeutsame Krankheitsgruppen, lebensphasenspezifisch und nach Tätigkeitsfeld, bestimmen. Allerdings ist die Aussagekraft dieser Datenbasis eingeschränkt. Deshalb wäre eine zukünftige routinemäßige Zusammenführung von Krankenkassendaten, für die Gesundheitsberichterstattung auf Landes und auf Kreisebene wünschenswert.

Zusammenfassung der Ergebnisse

Verletzungen und Arbeitsunfälle

Männer haben ein wesentlich höheres Risiko einen Arbeitsunfall zu erleiden. Dies betrifft vor allem Männer, die im verarbeitenden Gewerbe tätig sind (hauptsächlich Maschinenbau und Metallerzeugnisse). Das verarbeitende Gewerbe bildet in Baden-Württemberg zugleich mit den Branchen Maschinenbau, Herstellung von Kraftfahrzeugen und Kraftwagenteilen und Herstellung von Metallerzeugnissen den beschäftigungsintensivsten Wirtschaftszweig. Dies zeigt sich sowohl landesweit als auch in einem Großteil der Stadt- und Landkreise (STALA BW2013b) (Tabelle s. Anhang).

Im bundesweiten Vergleich zeigt sich für Männer in Baden-Württemberg für diesen Wirtschaftszweig daher ein höherer Anteil meldepflichtiger Arbeitsunfälle. Verletzungen und Vergiftungen sowie Unfälle fordern im Baugewerbe den höchsten Anteil an AU-Tagen. Häufige Gründe für Verletzungen und Unfälle sind Überlastungssituationen der Beschäftigten, die durch Stress und Zeitdruck im Betrieb entstehen können (Ah-

lers 2014: 39). Die Unfallprävention stellt damit in Baden-Württemberg - besonders im verarbeitenden Gewerbe und Baugewerbe - ein wichtiges Arbeitsfeld für die Männergesundheit dar.

Muskel-Skelett-Erkrankungen

Insgesamt zeigt sich ein deutlicher Rückgang der Erwerbsminderungen aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen, dennoch stehen sie an zweiter Stelle der Krankheitsursachen. Muskel-Skelett-Erkrankungen nehmen mit dem Alter zu und sind ab dem Alter von 60 Jahren mit 26% der Hauptgrund für eine krankheitsbedingte Erwerbsminderung. Auch die durch sie bedingten AU-Fälle und AU-Tage steigen mit zunehmendem Alter. Der Rückgang der Muskel-Skelett-Erkrankungen ist sicher zu einem Teil durch die Bemühungen und Verbesserungen des Arbeitsschutzes in den jeweiligen Betriebsstätten zu erklären. Dennoch zeigt eine Auswertung der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, dass in einigen physisch belastenden Berufen deutlich häufiger Muskel-Skelett-Erkrankungen auftreten (Liebers, Caffier 2009). Zudem gibt es Hinweise darauf, dass Muskel-Skelett-Erkrankungen mit psychischen Erkrankungen korrelieren. Durch die heute bessere Akzeptanz von, und Sensibilität für psychische Erkrankungen könnte sich ein Teil des Rückgangs auch durch eine Verlagerung der bisher als Muskel-Skelett-Erkrankungen diagnostizierten auf psychische Erkrankungen erklären lassen (Meyer et al. 2014: 349; Genz, Jacobi 2014; BpTK 2013: 30-32). Aufgrund der derzeit dennoch hohen Fallzahlen in Baden-Württemberg ist die Prävention von Muskel-Skelett-Erkrankungen nach wie vor ein zentrales Thema für den Arbeitsschutz und die betriebliche Gesundheitsförderung. Vor allem im verarbeitenden Gewerbe und Baugewerbe ergibt sich für Männer ein Präventionsbedarf, da hier die Zahlen der AU-Tage für Muskel-Skelett-Erkrankungen besonders hoch liegen. Außerdem ist ein Großteil der Männer in Baden-Württemberg gerade in diesen Branchen beschäftigt.

Psychische Störungen

Psychische Störungen haben einen hohen Anteil an Langzeiterkrankungen und fordern daher vergleichsweise viele AU-Tage pro Krankheitsfall. Gleichzeitig treten sie in jeder Branche auf. Bei AOK-versicherten Männern in Baden-Württemberg treten AU-Tage aufgrund psychischer Störungen am häufigsten im verarbeitenden Gewerbe auf. Allgemein zeigt sich in den letzten Jahrzehnten ein Anstieg von Erwerbsminderungsrenten aufgrund psychischer Störungen. Bis zum Alter von 40 Jahren treten wenige Erwerbsminderungsfälle auf. Kommt es dennoch zu einer Erwerbsminderung, so entfallen 2 von 3 auf psychische Erkrankungen. Bis zum Alter von 60 Jahren verursachen psychische Störungen - auch in Baden-Württemberg - den

Hauptanteil an Erwerbsminderungsrenten. In der Altersgruppe 55 bis 60 Jahre liegen die krankheitsbedingten Rentenzugänge bei Männern⁹ am höchsten. Dies zeigt eine auffällige Parallele zu den Selbsttötungen, die in dieser Altersklasse in Baden-Württemberg über dem Bundesdurchschnitt liegen (→ Kapitel 2.4.4.1). Mögliche Teilerklärungen hierfür ließen sich in den lebensphasenspezifischen Herausforderungen dieser Altersphase finden. Diese zeichnet sich dadurch aus, dass der Austritt aus der Arbeitswelt unmittelbar bevorsteht oder sich bereits durch Erwerbsminderung oder vorzeitige Entlassung aus dem Betrieb vollzogen hat. Gesellschaftliche Teilhabe, Integration, materieller Wohlstand und soziale Sicherheit werden auch durch Erwerbsarbeit bestimmt, daher stellt das Ausscheiden aus dem Berufsleben ein potentiell kritisches Lebensereignis dar (Dörre 2012: 51; Hammer 2012: 192; Volz 2012).

In Industrieländern identifiziert sich die Erwerbsbevölkerung noch stärker über Arbeit (Eickelpasch, Rademacher 2010: 30). Evtl. ist diese Identifikation in einem wirtschaftsstarken Bundesland wie Baden-Württemberg noch stärker gegeben. Männer in Baden-Württemberg berichten etwas häufiger von kreisenden Gedanken um Arbeitsprobleme, von Schlafproblemen in Verbindung mit Arbeit und von Schwierigkeiten, nach der Arbeit abzuschalten (eigene Analysen, SOEP 2012). Diese Befunde können Indizien für vermehrtes Überengagement im Beruf darstellen, woraus sich landesspezifischer Forschungsbedarf v.a. für Männer vor dem Ausscheiden aus dem Beruf ableiten lässt.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass durch psychische Belastungen und Erkrankungen besonders hohe direkte und indirekte Kosten für Unternehmen und Betriebe entstehen. Auch deshalb gewinnt die Prävention psychischer Störungen in der Arbeitswelt zunehmend an Stellenwert. Zudem liegen inzwischen ausreichend Befunde vor, dass psychische Erkrankungen eng mit arbeitsbedingten Belastungen verbunden sind. Darüber hinaus stehen Muskel-Skelett-Erkrankungen, Arbeitsunfälle und Verletzungen im Zusammenhang mit belastenden Arbeitsbedingungen und Anforderungen. So wächst die Bedeutung der Implementierung eines „psychischen Arbeitsschutzes“ als Präventionsansatz (Paridon 2013). Da bei Männern eine Frühverrentung aufgrund von psychischen Störungen häufig auch in Verbindung mit einer Suchterkrankung steht, sind Suchtberatungsangebote innerhalb der Arbeitswelt eine sinnvolle Investition (BpTK 2013: 14). Für die drei Top-Branchen (verarbeitendes Gewerbe; Handel, Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen und Dienstleistungen) im Land, in denen Schichtarbeit und Leiharbeit stark vertreten sind, besteht erhöhter Präventionsbedarf. Mögliche Ansätze werden im Folgenden näher erläutert.

⁹ Aktiv GRV-Versicherte

Betriebliche Maßnahmen zur Gesundheitsförderung

Der Ansatz des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) ist – etwa im Sinne des Modells „Haus der Arbeitsfähigkeit“ – umfassend zu verstehen. Wirkames BGM muss über einzelne Gesundheitsförderungsmaßnahmen hinausgehen, indem es klar als Unternehmens- und Führungsaufgabe verstanden wird, gesundheitsförderliche Strukturen in der täglichen Arbeit zu schaffen. Um die Gesundheit männlicher Erwerbstätiger in Baden-Württemberg zu fördern, sind die Themen „Life-Domain-Balance“, Wertschätzung und Anerkennungskultur – auch im Führungsverhalten – von Bedeutung. In diesem Sinne hat auch die Vereinbarkeit von Familie und Beruf einen hohen Stellenwert, gerade für Männer mit der Doppelbelastung durch Vollzeitbeschäftigung und dem Wunsch am Familienleben teilzuhaben (SM-BW 2014). Für Aufbau und Pflege der vor übermäßiger Verausgabung schützenden sozialen Netzwerke werden zeitliche Kapazitäten benötigt. Arbeitgeber tragen hier Mitverantwortung, evtl. besonders in Baden-Württemberg, wo sich mentalitätsbedingt eine überdurchschnittliche berufliche Verausgabungsneigung zeigen könnte.

Aufgrund der stetig steigenden Zahlen an psychischen Erkrankungen, etwa bei Arbeitsunfähigkeiten und noch brisanter bei Erwerbsminderungszugängen, kommt den psychischen Belastungen in der Arbeitswelt – auch in Baden-Württemberg – die größte Bedeutung zu. Darüber hinaus korrespondieren psychische Belastungen stark mit Arbeitsunfällen und Muskel-Skelett-Erkrankungen. So müssen gerade diese Belastungsrisiken branchenspezifisch und regional für Maßnahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements in den Blick genommen werden.

Um die hohen Flexibilitätsanforderungen der gegenwärtigen Arbeitswelt mit den Bedürfnissen von Mitarbeitern zu vereinbaren, können in manchen Branchen technische Kommunikationsmöglichkeiten genutzt werden. So kann z.B. das Arbeiten von zu Hause aus ermöglicht und damit gleichzeitig die Mobilitätsbelastung reduziert werden. Dies muss jedoch individuell gegen die Gefahr der Entgrenzung von Berufstätigkeit in das Privatleben hinein abgewogen werden (Lanz 2010: 165).

Die Krankheitslast durch Muskel-Skelett-Erkrankungen ist zwar zurückgegangen, dennoch behält der Ausbau von Arbeitsschutzmaßnahmen eine hohe Relevanz. Häufig können schon durch geringe Änderungen in den Herstellungs- und Produktionsabläufen ergonomische Belastungen reduziert werden. Hierzu können Fachkräfte des Arbeitsschutzes, mit Unterstützung der Akteure des Betrieblichen Gesundheitsmanagements, betriebsindividuelle Anpassungen vornehmen. Hierbei haben Partizipationsmöglichkeiten der betroffenen Mitarbeiter einen hohen Stellenwert. Einerseits sind es die Mitarbeiter, die unter den jeweiligen Bedingun-

gen arbeiten müssen, und andererseits können sie die physischen Belastungsquellen für ihren Arbeitsort am besten benennen. Eine grundsätzliche Beteiligung der Mitarbeiter an Prozessen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements erhöht darüber hinaus die Wirksamkeit der Maßnahmen.

Besondere Bedeutung für die Unterstützung von Unternehmen bei deren Gesundheitsaktivitäten hat die Gemeinsame deutsche Arbeitsschutzstrategie (GDA) des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales. Bund, Länder und Unfallversicherung haben ein gemeinsames Arbeitsprogramm angelegt, dessen Ziel es u.a. ist betriebliche Akteure (Unternehmer, Führungskräfte, Personalvertretungen und Verantwortliche für Arbeits- und Gesundheitsschutz) umfassend zu informieren und zu qualifizieren. Im Zentrum stehen die Themenfelder „Verbesserung der Organisation des betrieblichen Arbeitsschutzes“, „Verringerung von arbeitsbedingten Gesundheitsgefährdungen und Erkrankungen im Muskel-Skelett-Bereich“ und „Schutz und Stärkung der Gesundheit bei arbeitsbedingter psychischer Belastung“. Mittels verschiedener Beratungsangebote, der Bereitstellung von Handlungshilfen für die betriebliche Praxis und im Besonderen durch die Empfehlungen zur Umsetzung der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen, soll die Präventionskultur in Unternehmen unterstützt und gestärkt werden. Auf dem GDA-Portal findet sich hierzu beispielsweise ein Online-Tool zur anonymen Selbstbewertung, um Schwachstellen innerhalb des eigenen Arbeitsschutzes im Betrieb aufzudecken (GDA 2014).

Besonders belastete Gruppen

Schichtarbeit ist besonders stark in den dominierenden Wirtschaftszweigen Baden-Württembergs vorzufinden und als physischer wie auch psychischer Belastungsfaktor anerkannt. Eine verstärkte Auseinandersetzung mit den bestehenden Schichtarbeitsmodellen der Betriebe im Land wird deshalb angeraten. Hierzu können bereits erarbeitete Konzepte für neue Modelle und Präventionsmaßnahmen als Anregung und Unterstützung für Betriebe und Unternehmen herangezogen werden (bspw. die Handlungshilfe der IG-Metall der Bezirksdirektion Baden-Württemberg, der Report der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung oder der Leitfaden der Techniker Krankenkasse) (Satzler, Holm 2011; Paridon et al. 2012; Techniker Krankenkasse 2014). Die Maßnahmen sollten zielgruppenspezifisch verschiedene Altersgruppen, besonders belastete Arbeitnehmergruppen und die verschiedenen Berufs- und Geschlechterrollen berücksichtigen.

Leiharbeitsverhältnisse haben in den vergangenen 10 Jahren auch in Baden-Württemberg deutlich zugenommen und Männer sind in dieser Beschäftigungsform überrepräsentiert. Leiharbeitskräfte sind häufiger in stark belasteten Arbeitsfeldern tätig und durch ihre unsicheren Beschäftigungsverhältnisse zusätzli-

chen Risiken ausgesetzt. Sie sollten daher standardmäßig in betriebliche Gesundheitsförderungsmaßnahmen integriert werden, sodass Arbeitgeber ihrer Fürsorgepflicht - insbesondere auch für diese Arbeitnehmergruppe - nachkommen. Hierfür ist eine Verantwortlichkeitsklärung zwischen Firmen der Arbeitnehmerüberlassung und den Betrieben, in die sie ihre Mitarbeiter entsenden, notwendig.

Kommunale Strukturen

Im März 2015 wurde das Bündnis „Arbeit und Gesundheit in Baden-Württemberg“ von der Landesregierung und dem Arbeitgeberverband des Landes, Krankenkassen, Unfallkassen, Berufsgenossenschaften, Rentenversicherung und weiteren wesentlichen Partnern unterzeichnet (SM BW 2015). Ein wesentlicher Bestandteil der elf Leitsätze ist die Verankerung der Unterstützung der Unternehmen durch die Projektpartner bei der Maßnahmenentwicklung von betrieblicher Gesundheitsförderung im Land. Arbeit und Gesundheit soll demnach zukünftig im Gesundheitsdialog Baden-Württemberg kommunal thematisiert werden (ÖGD BW 2015). Hier kann eine geeignete Austauschplattform für regionale BGM-Akteure unter Bürgerbeteiligung entstehen. Einbezogen werden sollten u.a. örtliche Krankenkassen und Unfallversicherungsvertreter, Führungskräfte, Betriebs- und Personalräte, Betriebsärzte, Betriebliche Sozialberatungen, Vertreter der Industrie und Handelskammer IHK und Berufsverbände.

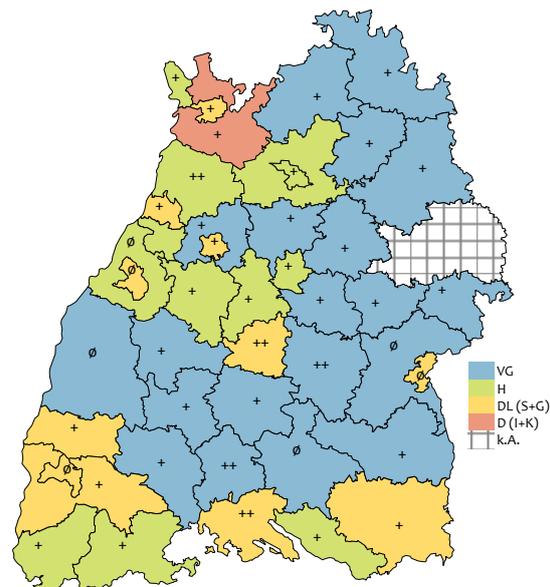
Besonders kleine und mittlere Unternehmen (KMU) haben aufgrund fehlender Ressourcen und Strukturen Bedarf an Unterstützung und Beratung, wenn es um Maßnahmenimplementierungen geht. So zeigt der Abschlussbericht einer Initiative im Nordschwarzwald, dass gerade für die Beratung von KMU einer Region ein langfristig tragfähiges Netzwerk notwendig ist. Netzwerkpartner waren in dem vorgestellten Kompetenz-Center bspw. Vertreter der Krankenkassen, die Agentur für Arbeit, Gesundheitsdienstleister und Unternehmen der Region. Weitere Projektpartner stellten Vertreter der Industrie- und Handelskammer (IHK), das Berufsförderungswerk und die Wirtschaftsförderung der Region dar (Borgelt et al. 2011: 6).

Zunächst wäre es hierfür unabdingbar das Thema Betriebliche Gesundheitsförderung und -management in

die kommunalen Gesundheitskonferenzen aufzunehmen. Bis Ende 2014 hatten lediglich 5 der 44 Stadt- und Landkreise (Landkreis Karlsruhe, Tübingen, Reutlingen, Tuttlingen, Konstanz), einen solchen thematischen Schwerpunkt eingerichtet (in Abb. 112 durch ++ markiert). Speziell mit dem Fokus auf Männergesundheit sollten regionale männer- und branchenspezifische Themen aufgenommen werden. In Zusammenarbeit mit den Gesundheitsdialogen „Arbeit und Gesundheit“ können sich so tragfähige Netzwerke und damit eine bedeutsame Beratungsinstanz für die betriebliche Gesundheitsförderung in der jeweiligen Region entwickeln.

Abb. 112 Die TOP-Branchen in den Stadt- und Landkreisen in Baden-Württemberg nach Vorhandensein und Schwerpunktsetzung einer kommunalen Gesundheitskonferenz (Eigene Darstellung nach STALA BW 2013b)

VG= Verarbeitendes Gewerbe (Maschinenbau, Herstellung von Metallerzeugnissen, Herstellung von KFZ/-Teilen etc.), H=Handel, Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen, Großhandel und Einzelhandel. DL(S+G)=Dienstleistungen: Gesundheitswesen (und Sozialwesen), DL(I+K)= Dienstleistungen: Information und Kommunikation, k.A.= keine Angaben



Symbollegende

- ∅ Keine kommunale Gesundheitskonferenz (KGK) vorhanden
- + KGK vorhanden
- ++ KGK vorhanden mit Schwerpunkt „BGM“ 2014 (LGA BW 2015)

LITERATUR

- Ahlers E. (2014): Möglichkeiten und Grenzen Betrieblicher Gesundheitsförderung aus Sicht einer arbeitnehmerorientierten Wissenschaft. In: Badura, B. und Ducki, A. (Hg.): Erfolgreiche Unternehmen von morgen - gesunde Zukunft heute gestalten. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft; mit 222 Tabellen. Berlin [u.a.]: Springer (Fehlzeiten-Report, 2014), 35-43.
- Altgeld T. (2014): Zukünftiger Stellenwert des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. In: Badura, B. und Ducki, A. (Hg.): Erfolgreiche Unternehmen von morgen - gesunde Zukunft heute gestalten. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. Berlin [u.a.]: Springer (Fehlzeiten-Report, 2014), 299-309.
- Arnett J.J. (2010): Oh, Grow Up!: Generational Grumbling and the New Life Stage of Emerging Adulthood--Commentary on Trzesniewski & Donnellan (2010). *Perspectives on Psychological Science* 5 (1), 89-92.
- AOK (2013): AOK Baden-Württemberg in der Region Schwarzwald-Baar-Heuberg auf Wachstumskurs AOK-Geschäftsbericht 2012: 319 Millionen Euro Überschuss im Land erwirtschaftet. Pressemitteilung. Online verfügbar unter https://www.aok.de/assets/media/baden-wuerttemberg/sbh_Geschaeftsbericht_Tuttlingen_20131018.pdf, zuletzt geprüft am 31.03.2015.
- Asendorpf J.B. (2007): Geschlechtsunterschiede. In: Asendorpf, J. (Hg.): Psychologie der Persönlichkeit: Springer.
- Badura, B.; Hehlmann, T.; Walter, U. (Hg.) (2010): Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation. 2., vollständig überarb. Aufl. Heidelberg [u.a.]: Springer.
- Ballreich S. (2015): Pendler in Baden-Württemberg 2012. Statistisches Landesamt (Hg.), 2/2015. Online verfügbar unter http://www.statistik-bw.de/Veroeffentl/Monatshefte/PDF/Beitrag15_02_03.pdf.
- Blum R.W.; Nelson-Mmari K. (2004): The health of young people in a global context. *J Adolesc Health* 35 (5), 402-418.
- Bödeker W.; Barthelmes I. (2011): Arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren und Berufe mit hoher Krankheitslast in Deutschland. Synopse des wissenschaftlichen Kenntnisstandes und ergänzende Datenanalysen. Unter Mitarbeit von BKK BV, DGUV, AOK-BV. iga (Hg.) (iga.Report), 2011 (22).
- Borgelt J.; Kocks A.; Hoffmann K. (2011): Kompetenz-Center für Gesundheitsmanagement in KMU. Abschlussbericht, 2011.
- BpTK (2013): BpTK-Studie zur Arbeits- und Erwerbsfähigkeit. Psychische Erkrankungen und gesundheitsbedingte Frühverrentung. Bundes Psychotherapeuten Kammer (Hg.), 2013.
- Brachat-Schwarz W.; Cornelius I. (2014): Scheidung in Baden-Württemberg 2012. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (Hg.) (Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg) (2/2014). Online verfügbar unter http://www.statistik.baden-wuerttemberg.de/Veroeffentl/Monatshefte/PDF/Beitrag14_02_04.pdf#search=scheidung, zuletzt geprüft am 31.03.2015.
- Bundesagentur für Arbeit (2013): Statistik der Bundesagentur für Arbeit. Arbeitnehmerüberlassung, Leiharbeiter und Verleihbetriebe. Bundesagentur für Arbeit (Hg.). Nürnberg, Juli 2014.
- Bundesagentur für Arbeit (2014): Arbeitsmarktberichterstattung. Der Arbeitsmarkt in Deutschland - Zeitarbeit - Aktuelle Entwicklungen. Bundesagentur für Arbeit (Hg.). Nürnberg, Juli 2014.
- BMG - Bundesministerium für Gesundheit (2011): Projekte im Bereich Gesundheitsmanagement. Best Practice Baden-Württemberg. BMG (Hg.). Online verfügbar unter <http://www.bmg.bund.de/themen/praevention/betriebliche-gesundheitsfoerderung/best-practice-baden-wuerttemberg/projekte-gesundheitsmanagement.html>, zuletzt geprüft am 19.03.2015.
- BMG - Bundesministerium für Gesundheit (2014): Betriebliche Gesundheitsförderung. Förderung der psychischen Gesundheit und des Wohlbefindens am Arbeitsplatz. Bundesministerium für Gesundheit (Hg.), 24.04.2014. Online verfügbar unter <http://www.bmg.bund.de/praevention/betriebliche-gesundheitsfoerderung/seelische-gesundheit.html>, zuletzt geprüft am 06.11.2014.
- Conrad G. (2014): Aktuelle Trends und Themen betrieblicher Gesundheitsförderung. Schwerpunkt Arbeitswelt. BGF-Ansätze, Methoden und Projekte. *Journal Gesundheitsförderung* 2 (1), 10-15.
- Conrads R.; Kistler, E.; Kozaczek A.; Kühn D. (2013) Prekäre Beschäftigung in Baden-Württemberg. Ausmaß, Folgen und Handlungsempfehlungen. Gutachten des Internationalen Instituts für Empirische Sozialökonomie (INIFES) im Auftrag des DGB-Bezirks Baden-Württemberg. DGB-Bezirk Baden-Württemberg (Hg.). DGB-Report. Stuttgart.
- DAK (2010): Psychische Krankheiten steigen bei Jüngeren überdurchschnittlich stark an DAK-Gesundheitsreporate zeigen alarmierende Entwicklung. Presse Server (Hg.). Hamburg, 12.07.2010.
- Demmer C. (2013): "Arbeit muss Sinn und Spaß machen". Erwartungen der Generation Y. Süddeutsche Zeitung, 2013. Online verfügbar unter <http://www.sueddeutsche.de/karriere/erwartungen-der-generation-y-arbeit-muss-sinn-und-spas-machen-1.1647812>, zuletzt geprüft am 31.03.2015.
- Deutsches Ärzteblatt (2010): Psychische Krankheiten bei jungen Erwachsenen immer häufiger. *Deutsches Ärzteblatt* 8 (August).
- Dörre K. (2012): Prekäre Arbeit und gesellschaftliche Integration – Empirische Befunde und integrationstheoretische Schlussfolgerungen. In: Heitmeyer, W. und Imbusch, P. (Hg.): Desintegrationsdynamiken. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 29-55.
- Eickelpasch R.; Rademacher C. (2010): Identität. Bielefeld: transcript-Verl.
- Faltermaier T. (2008): Geschlechterspezifische Dimensionen im Gesundheitsverständnis und Gesundheitsverhalten Faltermaier 2008. In: Badura, B., Schröder, H. und Vetter, C. (Hg.): Fehlzeiten-Report 2007. Arbeit, Geschlecht und Gesundheit. Geschlechteraspekte im betrieblichen Gesundheitsmanagement. Heidelberg: Springer, 35-45.
- Faltermaier T.; Leplow B.; Selg H. (2014): Entwicklungspsychologie des Erwachsenenalters. 3. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
- Faltermeier T. (2011): Männliche Identität und Gesundheit. Bedarf, theoretische Perspektiven und Ansätze für eine männerspezifische Gesundheitsförderung. In: BZgA (Hg.): Gesundheit von Jungen und Männern. Hintergründe, Zugangswege und Handlungsbedarfe für Prävention und Gesundheitsförderung, Bd. 14. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Gesundheitsförderung konkret), 29-43.
- Furlong, A.; Cartmel, F. (Hg.) (2007): Young people and social change. New perspectives. Unter Mitarbeit von A. Warde und N. Crossley. 2. Aufl. Maidenhead: McGraw-Hill/Open University Press (Sociology and social change).
- GDA - Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (2014): Arbeitsprogramme 2013 – 2018. Online verfügbar unter <http://www.gda-portal.de/de/Arbeitsprogramme/Arbeitsprogramme.html>, zuletzt geprüft am 19.07.2015
- Genz A.; Jacobi F. (2014): Nehmen psychische Störungen zu? In: Angerer, P., Angerer, Glaser, Letzel, Nowak et al. (Hg.): Psychische und psychosomatische Gesundheit in der Arbeit. Wissenschaft, Erfahrungen und Lösungen aus Arbeitsmedizin, Arbeitspsychologie und Psychosomatischer Medizin. Heidelberg, Hamburg: Ecomed Medizin Verl.-Gruppe Hüthig Jehle Rehm, 39-45.
- Gille M. et al. (2006): Zusammenfassung und Bilanz. In: Gille, M. (Hg.): Jugendliche und junge Erwachsene in Deutschland. Lebensverhältnisse, Werte und gesellschaftliche Beteiligung 12- bis 29-Jähriger. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften (Schriften des Deutschen Jugendinstituts 3), 277-292.
- Grobe T. (2013): Gesundheitsreport 2013. Berufstätigkeit, Ausbildung und Gesundheit. Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der TK. Techniker Krankenkasse (Hg.). Hamburg (Band 28), 2013.
- Harrington J.M. (2001): Health effects of shift work and extended hours of work. *Occupational and Environmental Medicine* 58 (1), 68-72.

- Hammer E. (2012): Schlaglichter auf eine Politik für alte(rnde) Männer. In: Theunert, M. (Hg.): Männerpolitik. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 187-212.
- Hasselhorn H.M.; Portuné R. (2010): Stress, Arbeitsgestaltung und Gesundheit. In: Badura, B., Hehlmann, T. und Walter, U. (Hg.): Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation. 2., vollständig überarb. Aufl. Heidelberg [u.a.]: Springer, 361-376.
- Hauser F. (2010): Unternehmenskultur, Gesundheit und wirtschaftlicher Erfolg in den Unternehmen in Deutschland. Ergebnisse eines Forschungsprojekts des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales. In: Badura, B., Schröder, H. und Vetter, C. (Hg.): Fehlzeiten-Report 2008. Kosten und Nutzen (German Edition). Dordrecht: Springer (Fehlzeiten-Report 2008), 187-193.
- Havighurst R. (1991): Developmental Tasks and Education. 3. Aufl. New York: Longman.
- Hessenmöller A.; Panger B.; Pieper C. et al. (2014): iga.Barometer 4. Welle 2013: Die Arbeitssituation in Unternehmen. Eine repräsentative Befragung der Erwerbsbevölkerung in Deutschland. Flexibilität, Life-Domain-Balance und Gesundheit; Auswirkungen von Erwerbslosigkeitserfahrung. 1. Aufl. BKK DV, DGUV, AOK-BV, vdek 2014 (Hg.). Berlin (iga.Report 27).
- Höhne A.; Knesebeck v.O. (2010): Bildung und Gesundheit. In: Badura, B., Hehlmann, T. und Walter, U. (Hg.): Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation. 2., vollständig überarb. Aufl. Heidelberg [u.a.]: Springer, 350-359.
- Honneth A. (2010): Das Ich im Wir. Studien zur Anerkennungstheorie. 1. Aufl. Berlin: Suhrkamp.
- Hupfeld J.; Broderson S.; Herdegen R. (2013): Arbeitsbedingte räumliche Mobilität und Gesundheit. BKK BV, DGUV, AOK-BV, vdek (Hg.) (iga.Report 25), 2013.
- Hurrelmann, K.; P (Hg.) (2002): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. Bern: Huber.
- Hurrelmann K.; Richter M. (2013): Gesundheits- und Medizinsoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung. 8. Aufl. s.l: Beltz (Soziologie).
- IAW – Institut für Angewandte Wirtschaftsforschung (2014): Nutzung atypischer Beschäftigungsformen in Baden-Württemberg. Abschlussbericht an das Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg. IAW, Tübingen (Hg.). Tübingen, 31.03.2014.
- Ilmarinen J. (2011): Arbeitsfähig in die Zukunft. In: Giesert, M. (Hg.): Arbeitsfähig in die Zukunft. Willkommen im Haus der Arbeitsfähigkeit! 1. Aufl. Hamburg: VSA-Verl, 20-29.
- INQA: Zukunft sichern, Arbeit gestalten. Interaktive INQA Karte. Top 100 - Gute Unternehmenspraxis. Online verfügbar unter <http://www.inqa.de/DE/Lernen-Gute-Praxis/Top-100-Gute-Unternehmenspraxis/inhalt.html>, zuletzt geprüft am 19.03.2015.
- Kaluza G. (2011): Stress – was ist das eigentlich? – Wissenschaftliche Stresskonzepte. In: Kaluza, G. (Hg.): Stressbewältigung. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 11-48.
- Karschnik R. (2013): Es menschtelt in der Arbeitswelt. *Die Zeit (online)*, 2013 (08.08.2013). Online verfügbar unter <http://www.zeit.de/studium/hochschule/2013-08/generation-y-arbeitswelt>, zuletzt geprüft am 19.03.2015.
- Kienle R. et al. (2006): Soziale Ressourcen und Gesundheit: soziale Unterstützung und dyadische Bewältigung. In: Renneberg, B. und Hammelstein, P. (Hg.): Gesundheitspsychologie. Heidelberg: Springer Medizin (Springer-Lehrbuch), 107-122.
- Kistler E.; Scholz J.; Ruth J. (2013): Baden-Württemberg - Musterland guter Arbeit? Befunde zur Prekarisierung der Arbeit in Baden-Württemberg und gewerkschaftliche Forderungen Baden-Württemberg. Deutscher Gewerkschaftsbund, Bezirk Baden-Württemberg (Hg.). Stuttgart, 2013.
- Kloimüller, I. (2014): Der Arbeitsbewältigungs-Index Plus™ Ein Screening- und Evaluierungsinstrument zur ganzheitlichen Erfassung der Arbeitsfähigkeit. *Journal Gesundheitsförderung* 2 (2), 54-59.
- Kuntz B. et al. (2013): Endlich erwachsen – unendlich gesund?! Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. *Impulse für Gesundheit* (1), 2-3.
- Lanz C. (2010): Burnout aus ressourcenorientierter Sicht im Geschlechtervergleich. Eine Untersuchung im Spitzenmanagement in Wirtschaft und Verwaltung. 1. Aufl. Wiesbaden: VS, Verl. Sozialwiss.
- Lehner E. (2004): "Männer stellen Arbeit über die Gesundheit". Männliche Lebensinszenierung und Wunschrollenbilder. In: Altgeld, T. (Hg.): Männergesundheit. Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention. Weinheim: Juventa (Juventa Materialien), 49-66.
- Leser S.; Tisch A.; Tophoven S. (2013): IAB-Kurzbericht. Schichtarbeit und Gesundheit. Beschäftigte an der Schwelle zum höheren Erwerbsalter. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) der Bundesagentur für Arbeit (Hg.). Nürnberg (Aktuelle Analysen aus dem IAB), 2013 (21).
- Liebers F.; Caffier G. (2009): Berufsspezifische Arbeitsunfähigkeit durch Muskel-Skelett-Erkrankungen in Deutschland. Dortmund, u.a.: Bundesanst. für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Lohmann-Haislah A. (2012): Stressreport Deutschland 2012. Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hg.). Dortmund/Berlin/Dresden, 2012.
- Meuser M.; Scholz S. (2012): Herausgeforderte Männlichkeit. Männlichkeitskonstruktionen im Wandel von Erwerbsarbeit und Familie. In: Baader, M., Bilstein, J. und Tholen, T. (Hg.): Erziehung, Bildung und Geschlecht. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 23-40.
- Meyer M.; Modde J.; Glushanok, I. (2014): Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2013. In: Badura, B. und Ducki, A. (Hg.): Erfolgreiche Unternehmen von morgen - gesunde Zukunft heute gestalten. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft; mit 222 Tabellen. Berlin [u.a.]: Springer (Fehlzeiten-Report, 2014), 323-512.
- Möller-Leimkühler A.M. (2013): Komorbidität psychischer und somatischer Erkrankungen bei Männern - ein Problemaufriss. In: Weißbach, L. und Stiehler, M. (Hg.): Männergesundheitsbericht 2013. Bern: Verlag Hans Huber, 83-101.
- Möller-Leimkühler A.M. (2009): Geschlechtsspezifische Unterschiede bei Depression und Suizidalität. *Blickpunkt der Mann* 7 (2), 22-27.
- Möller-Leimkühler A.M. (2005): Geschlechtsrolle und psychische Erkrankung. *J Neurol Neurochir Psychiatr* 3, 29-35.
- ÖGD – Öffentlicher Gesundheitsdienst Baden-Württemberg (2015): Gesundheitsthemen/Gesundheitsförderung/ Neuakzentuierung der Prävention. ÖGD Baden-Württemberg (Hg.). Online verfügbar unter <http://www.gesundheitsamt-bw.de/oegd/Gesundheitsthemen/Gesundheitsfoerderung/Seiten/Neuakzentuierung-der-Praevention.aspx>, zuletzt geprüft am 19.03.2015.
- ÖGD – Öffentlicher Gesundheitsdienst Baden-Württemberg (2015): Gesundheitsdialog BW. Online verfügbar unter <http://www.gesundheitsamt-bw.de/oegd/Netzwerke/GesundheitsdialogBW/Seiten/default.aspx>, zuletzt geprüft am 22.03.2015.
- Papastefanou C. (2008): Kevin noch immer zu Haus: Von Nesthockern im jungen Erwachsenenalter. In: Rietzke, T. (Hg.): Lebensalter und soziale Arbeit. Baltmannsweiler: Schneider Hohengehren (Basiswissen Soziale Arbeit), 51-69.
- Paridon H. (2013): IAG Report 1/2013 Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen - Tipps zum Einstieg. 1., neue Ausg. Berlin: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung.
- Paridon H.; Ernst S.; Harth V.; Nickel P. (2012): Schichtarbeit. Rechtslage, gesundheitliche Risiken und Präventionsmöglichkeiten. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (Hg.). Berlin: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV-Report, 2012,1), 1/2012.
- Prince M. et al. (2007): No health without mental health. *The Lancet* 370 (9590), 859-877.
- Puch K. (2010): Arbeiten, wenn andere schlafen. Statistisches Bundesamt (Destatis) (Hg.), 2010. Online verfügbar unter

- https://www.destatis.de/DE/Publikationen/STATmagazin/Arbeitsmarkt/2010_04/2010_04PDF.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 19.03.2015.
- Rauch C. (2014) Zeitarbeit in Baden-Württemberg. Beschäftigung, Arbeitslosigkeit und Stellenangebot. Bundesagentur für Arbeit (Hg.). Arbeitsmarkt-Dossier 2014 (4)
- Rehfeld U.G. (2006): Gesundheitsbedingte Frühberentung. Berlin: Robert Koch-Inst (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 30).
- Ritter M. et al. (2008): Projekt „Gender Mainstreaming in der betrieblichen Gesundheitsförderung“. In: Badura, B., Schröder, H. und Vetter, C. (Hg.): Fehlzeiten-Report 2007. Arbeit, Geschlecht und Gesundheit. Geschlechteraspekte im betrieblichen Gesundheitsmanagement. Heidelberg: Springer, 193-210.
- RKI - Robert Koch-Institut (2012): Gesundheitsschädigende Arbeitsbedingungen. In: Robert Koch-Institut (RKI) (Hg.): Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell 2010". Unter Mitarbeit von Cornelia Lange. Berlin (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes), 151-153.
- RKI - Robert Koch-Institut (2012): Psychische Gesundheit bei Erwachsenen in Deutschland. In: Robert Koch-Institut (RKI) (Hg.): Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell 2010". Unter Mitarbeit von Cornelia Lange. Berlin (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes), 39-50.
- Rothe I.; Beermann B. (2014): Arbeitsschutz: Zukünftige Herausforderungen. In: Badura, B. und Ducki, A. (Hg.): Erfolgreiche Unternehmen von morgen - gesunde Zukunft heute gestalten. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft; mit 222 Tabellen. Berlin [u.a.]: Springer, Fehlzeiten-Report, 177-186.
- Rübenach S.P. (2007): Die Erfassung alkoholbedingter Sterbefälle in der Todesursachenstatistik 1980 bis 2005. *Statistisches Bundesamt, Wirtschaft und Statistik* 3, 278-290.
- Rump J. et al. (2014): Die Lebensphasenorientierte Personalpolitik. Grundlagen und Gestaltungstipps aus der Praxis für die Praxis. In: Rump, J. und Eilers, S. (Hg.): Lebensphasenorientierte Personalpolitik. Strategien, Konzepte und Praxisbeispiele zur Fachkräftesicherung. Berlin, Heidelberg: Springer Gabler, 3-69.
- Satzer R.; Holm M. (2011): Arbeiten ohne Ende - höchste Zeit für Gesundheit. Handlungshilfen für Betriebsräte und Vertrauensleute. IG Metall Bezirksleitung Baden-Württemberg (Hg.). Stuttgart.
- Schulte-Wefers H.; Wolfersdorf M. (2006): Suizidalität bei Männern. *Blickpunkt der Mann* (4), 10-18.
- SM-BW - Sozialministerium Baden-Württemberg (2015): Bündnis Arbeit und Gesundheit in Baden-Württemberg. Online verfügbar unter http://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Anhang_PM/Buendnistext.pdf, zuletzt geprüft am 22.03.2015.
- SM-BW - Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg (2014): Familien in Baden-Württemberg. Väter. Stuttgart, 2014.
- Standke W. (2014): Arbeitsunfallgeschehen. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) Spitzenverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften und der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand (Hg.). München (Statistik – Makrodaten, Arbeits- und Schülerunfälle), 2014.
- Statistisches Bundesamt (2013): Atypische Beschäftigung sinkt 2012 bei insgesamt steigender Erwerbstätigkeit. Unter Mitarbeit von Christian Wingerter. Wiesbaden, 2013. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2013/08/PD13_285_132.html, zuletzt geprüft am 04.03.2015.
- STALA BW – Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2013a): Erwerbstätigkeit von Frauen und Männern in Baden-Württemberg. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (Hg.). Stuttgart (Statistik aktuell). Online verfügbar unter http://www.statistik-bw.de/Veroeffentl/Statistik_AKTUELL/803413008.pdf, zuletzt geprüft am 31.03.2015.
- STALA BW – Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2013b): Statistik Aktuell - Branchenspiegel für die Stadt- und Landkreise in Baden-Württemberg. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (Hg.). Stuttgart.
- STALA BW – Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2013c): Berufspendler in Baden-Württemberg. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (Hg.). Statistik Aktuell. Stuttgart.
- Szagan B.; Cohrs S. (2014): Mann und Rang - die Rolle von Konkurrenz für die Männergesundheit. *Gesundheitswesen* 76, 127-134.
- Techniker Krankenkasse (2009): Gesundheitsreport Auswertungen 2009. Arbeitsunfähigkeiten und Arzneiverordnungen Schwerpunkt: Gesundheit von Beschäftigten in Zeitarbeitsunternehmen, 2009 (21).
- Techniker Krankenkasse (2014): Schichtarbeit. 2. Aufl. Hamburg.
- Techniker Krankenkasse (2013): Bleib locker, Deutschland! TK-Studie zur Stresslage der Nation. 10/2013. Meusch, D. (Hg.). Hamburg: Techniker Krankenkasse.
- Teuber N. (2011): Das Geschlecht der Depression. "Weiblichkeit" und "Männlichkeit" in der Konzeptualisierung depressiver Störungen. Bielefeld: Transcript (Gender Studies).
- Ulich E.; Wiese B.S. (2011): Life Domain Balance. Konzepte zur Verbesserung der Lebensqualität. 1. Aufl. Wiesbaden: Gabler (uniscope).
- Vahle-Hinz T.; Plachta A. (2014): Flexible Beschäftigungsverhältnisse. In: Badura, B. und Ducki, A. (Hg.): Erfolgreiche Unternehmen von morgen - gesunde Zukunft heute gestalten. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft; mit 222 Tabellen. Berlin [u.a.]: Springer (Fehlzeiten-Report, 2014), 103-111.
- Varnaccia G.; Rommel A.; Saß A.-C. (2013): Das Unfallgeschehen bei Erwachsenen in Deutschland – Ergebnisse des Unfallmoduls der Befragung "Gesundheit in Deutschland aktuell 2010". Robert Koch-Institut (Hg.). Berlin, 2013.
- Virtanen M. (2004): Temporary employment and health: a review. *International Journal of Epidemiology* 34 (3), 610-622.
- Volz R. (2012): Arbeit ist sein (ganzes) Leben? – Männer und Erwerbsarbeit. In: Theunert, M. (Hg.): Männerpolitik. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 237-258.
- Voss G.; Weiss C. (2013): Burnout und Depression - Leiterkrankungen des subjektivierten Kapitalismus oder: Woran leidet der Arbeitskraftunternehmer? In: Neckel, S. und Wagner, G. (Hg.): Leistung und Erschöpfung. Burnout in der Wettbewerbsgesellschaft. 1. Auflage. Berlin: Suhrkamp, 29-57.
- Waller H. (2007): Sozialmedizin: Grundlagen und Praxis. 6. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.
- Walter U. et al. (2006): Betriebliches Gesundheitsmanagement als Erfolgsfaktor. *Praktische Arbeitsmedizin* 5, 20-21.
- Weick S. (2002): Auszug aus dem Elternhaus, Heirat und Elternschaft werden zunehmend aufgeschoben. Verlaufsdatenanalyse zu Ereignissen des Familienzyklus in Deutschland. *Informationsdienst Soziale Indikatoren (ISI)* 27, 11-14.
- Winkelmann U. (2013): Berufspendler in Baden-Württemberg: Mobilitätsanstieg verlangsamt? Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (Hg.), 2013 (11). Online verfügbar unter https://www.statistik-bw.de/Veroeffentl/Monatshefte/PDF/Beitrag13_11_05.pdf, zuletzt geprüft am 19.03.2015.
- Winkelmann U. (2014) Berufspendler in Baden-Württemberg. Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg (Hg.), 2014 (5). Online verfügbar unter https://www.statistik-bw.de/Veroeffentl/Monatshefte/PDF/Beitrag14_05_06.pdf, zuletzt geprüft am 29.05.2015
- WIdO -Wissenschaftliches Institut der AOK (2012): Fehlzeiten-Report 2012. Zu viel berufliche Flexibilität schadet der Psyche. Berlin. Online verfügbar unter http://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/presse/pressemitteilungen/archiv/2012/04_wido_presseinfo.pdf, zuletzt geprüft am 09.03.2015.
- Yan X.Y.; Huang, S.M.; Huang, C.Q.; Wu, W.H.; Qin, Y. (2011): Marital status and risk for late life depression: a meta-analysis of the published literature. *J. Int. Med. Res.* 39, 1142-1154.

ANHANG

Stadt- und Landkreise	TOP-Wirtschaftszweig	1 Branche	2 Branche	3 Branche
Stuttgart	Handel	Herstellung KFZ	Gesundheitswesen	Maschinenbau
Böblingen	Handel	Herstellung KFZ	Großhandel (ohne KFZ)	Einzelhandel (ohne KFZ)
Esslingen	VG	Maschinenbau	Herstellung KFZ	Großhandel (ohne KFZ)
Göppingen	VG	Maschinenbau	Herstellung von Metallerz	Einzelhandel (ohne KFZ)
Ludwigsburg	VG	Maschinenbau	Einzelhandel (ohne KFZ)	Großhandel (ohne KFZ)
Rems-Murr-Kreis	VG	Maschinenbau	Einzelhandel (ohne KFZ)	Großhandel (ohne KFZ)
Heilbronn Stadt	H	Einzelhandel (ohne KFZ)	Gesundheitswesen	Großhandel (ohne KFZ)
Heilbronn	H	Herstellung KFZ	Maschinenbau	Großhandel (ohne KFZ)
Hohenlohenkreis	VG	Maschinenbau	Großhandel (ohne KFZ)	Herstellung von Metallerz.
Schwäbisch Hall	VG	Maschinenbau	Baubranche	Einzelhandel (ohne KFZ)
Main-Tauber-Kreis	VG	Maschinenbau	Gesundheitswesen	Einzelhandel (ohne KFZ)
Heidenheim	VG	Maschinenbau	Herstellung Elektr. Ausrüstungen	Großhandel (ohne KFZ)
Ostalbkreis	k.A.	Herstellung KFZ	Herstellung von Metallerz	Einzelhandel (ohne KFZ)
Baden-Baden	D	Gesundheitswesen	Rund-Funk	Einzelhandel (ohne KFZ)
Karlsruhe Stadt	D	Gesundheitswesen	Einzelhandel (ohne KFZ)	Erziehung und Unterricht
Karlsruhe	H	Großhandel (ohne KFZ)	Einzelhandel (ohne KFZ)	Herstellung Elektr. Ausrüstungen
Raststatt	H	Herstellung KFZ	Einzelhandel (ohne KFZ)	Herstellung Elektr. Ausrüstungen
Heidelberg	D	Gesundheitswesen	Erziehung und Unterricht	Einzelhandel (ohne KFZ)
Mannheim	H	Großhandel (ohne KFZ)	Gesundheitswesen	Einzelhandel (ohne KFZ)
Neckar-Odenwald-Kreis	VG	Maschinenbau	Heime ohne Erholungs- und Ferienheim	Herstellung von Metallerz.
Rhein-Neckar-Kreis	D	DL Informationstechnik	Einzelhandel (ohne KFZ)	Maschinenbau
Pforzheim	VG	Einzelhandel (ohne KFZ)	Herstellung von Metallerz	Gesundheitswesen
Calw	H	Gesundheitswesen	Einzelhandel (ohne KFZ)	Großhandel (ohne KFZ)
Enzkreis	VG	Herstellung von Metallerz	Maschinenbau	Großhandel (ohne KFZ)
Freudenstadt	VG	Maschinenbau	Einzelhandel (ohne KFZ)	Gesundheitswesen
Freiburg	D	Gesundheitswesen	Einzelhandel (ohne KFZ)	Erziehung und Unterricht
Breisgau-Hochschwarzwald	D	Gesundheitswesen	Einzelhandel (ohne KFZ)	Baubranche
Emmendingen	D	Gesundheitswesen	Einzelhandel (ohne KFZ)	Herstellung Elektr. Ausrüstungen
Ortenaukreis	VG	Maschinenbau	Einzelhandel (ohne KFZ)	Herstellung von Metallerz.
Rottweil	VG	Herstellung von Metallerz	Maschinenbau	Gesundheitswesen
Schwarzwald-Baar-Kreis	VG	Maschinenbau	Herstellung von Metallerz	Gesundheitswesen
Tuttlingen	VG	Herstellung von sonst. Waren	Herstellung von Metallerz	Maschinenbau
Konstanz	D	Gesundheitswesen	Einzelhandel (ohne KFZ)	Großhandel (ohne KFZ)
Loerrach	H	Einzelhandel (ohne KFZ)	Maschinenbau	Großhandel (ohne KFZ)
Waldshut	H	Einzelhandel (ohne KFZ)	Gesundheitswesen	Baubranche
Reutlingen	VG	Maschinenbau	Einzelhandel (ohne KFZ)	Gesundheitswesen
Tübingen	D	Gesundheitswesen	Erziehung und Unterricht	Einzelhandel (ohne KFZ)
Zollernalbkreis	VG	Maschinenbau	Einzelhandel (ohne KFZ)	Herstellung von Metallerz.
Ulm	VG	Gesundheitswesen	Großhandel (ohne KFZ)	Einzelhandel (ohne KFZ)
Alb-Donau-Kreis	VG	Maschinenbau	Einzelhandel (ohne KFZ)	Herstellung KFZ
Biberach	VG	Maschinenbau	Herstellung Pharma	Gesundheitswesen
Bodenseekreis	H	Herstellung KFZ	Maschinenbau	Einzelhandel (ohne KFZ)
Ravensburg	D	Gesundheitswesen	Einzelhandel (ohne KFZ)	Maschinenbau
Sigmaringen	VG	Maschinenbau	Herstellung von Metallerz	Gesundheitswesen

Tab. 21 Die TOP-Wirtschaftszweige mit den drei beschäftigungsintensivsten Branchen in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württemberg (Eigene Darstellung nach STALA BW 2013)

VG= Verarbeitendes Gewerbe (Maschinenbau, Herstellung von Metallerzeugnissen etc.), H=Handel, Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen, Großhandel und Einzelhandel. DL(S+G)=Dienstleistungen: Gesundheitswesen (und Sozialwesen), DL(I+K)= Dienstleistungen: Information und Kommunikation, k.A.= keine Angaben

5. GESUNDHEITLICHER LEBENSSTIL, WOHLBEFINDEN UND INANSPRUCHNAHME VON VORSORGEUNTERSUCHUNGEN

Birgit U. Keller

Riskantes Gesundheitsverhalten wird häufig als Ursache für die durchschnittlich kürzere Lebenserwartung von Männern herangezogen. Abgesehen davon, dass Männer sportlich aktiver sind als Frauen, ist die Datenlage nach wie vor recht eindeutig: Männer rauchen häufiger als Frauen, konsumieren vermehrt alkoholische Getränke (→ Kapitel 2.4.4.3), ernähren sich weniger ausgewogen, und gehen seltener zum Arzt. Kurz gesagt: Männer zeigen im Durchschnitt einen weniger gesunden und meist riskanteren Lebensstil als Frauen (Abel et al. 2006; Babitsch 2006).

Liegt es am immer noch dominanten männlichen Rollenvorbild à la James Dean „live fast, die young“, dem Jungen nach wie vor häufig vermittelten Lebensmotto „ein Indianer kennt keinen Schmerz“ oder fehlt es Männern tatsächlich nur häufiger an Gesundheitswissen, weil nach wie vor - gemäß der traditionellen Rollenverteilung – Frauen bzw. Mütter für die Gesunderhaltung der Familie mehr zuständig sind? Oder wird Jungen über die gesamte Sozialisation hinweg einfach weniger Gesundheitswissen vermittelt? An einer einzelnen Ursache lässt sich die gesundheitliche Ungleichheit zwischen Mann und Frau nicht festmachen. Die Antwort liegt in der Vielfältigkeit und den teils stark geschlechtsspezifischen Anforderungen, Erwartungen und vor allem auch gesellschaftlichen Rollenvorstellungen sowie damit verbunden kulturellen Prägungen. Ein reiner Appell an die männliche Bevölkerung, mehr auf die eigene gesundheitliche Befindlichkeit zu achten, greift daher viel zu kurz. Denn wie sich ein Mensch verhält, wird stark davon beeinflusst, was in einer Gesellschaft als normal angesehen wird. Auch wenn sich in den letzten Jahrzehnten die starren Rollenbilder von Mann und Frau aufweichen ließen, so muss zugleich beachtet werden, dass sich die über Jahrhunderte geprägten Normvorstellungen nicht innerhalb einiger Jahrzehnte vollständig verändern lassen.

Von der erwarteten Geschlechterrolle abzuweichen wird von Männern und Frauen tendenziell als belastend erlebt und kann Stress auslösen z.B. durch soziale Ausgrenzung (Franke 2012: 208). Rollenkonform neigen Männer dann dazu Schmerzen zu ignorieren und zu bagatellisieren, psychische und soziale Probleme eher mit Alkohol zu kurieren und bei gesundheitlichen Beschwerden keine Hilfe zu suchen (was übrigens durchaus auch einen Schutzfaktor gegen Medikalisierung darstellen kann) (Faltermayer 2004: 27–28).

Vor allem in sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen sind Männlichkeitsideale wie Härte, Überlegenheit und Konkurrenzorientierung häufiger vertreten

(BMFSFJ 2014: 22), was auch in Zusammenhang mit der abverlangten und vermehrten körperlichen Verausgabung von Männern in bestimmten Berufsgruppen steht. Denn in hoch körperlich belasteten Berufen, die überwiegend von Männern ausgeübt werden, ist extremer Köpereinsatz gefordert, der zugleich eine weniger schutzvolle Beziehung zum eigenen Körper verlangt. Gesundheitsverschleiß wird daher eher als normal empfunden. Täglich ist der schwer körperlich arbeitende Mann gefordert über die eigenen Grenzen zu gehen, und muss das Bedürfnis verdrängen, den Körper schonen zu wollen. Daraus resultiert mit der Zeit Abhärtung (Helfferich 1993: 49). Gesundheitsrisiken werden deswegen in besonders in niedriger sozialer Lage von Männern vermehrt bagatellisiert, vor allem dann, wenn Männer ihre Arbeit als sehr bedeutsam einschätzen oder Risiken für kontrollierbar halten (Faltermayer 2004: 24).

Wohlbefinden und Gesundheitsverhalten von Männern und Frauen unterliegen somit stark den gesellschaftlichen Normvorstellungen, die wiederum innerhalb sozialer Milieus und auch zwischen Altersgruppen variieren. Denn „nicht alle Männer, sondern insbesondere junge Männer nach der Pubertät und vor der Paarbildung „leben risikoreicher“ (Dinges 2009: 19). Relevant scheinen hierbei der Loslösungsprozess vom Elternhaus, das Erproben von Leistungsfähigkeit wie auch das Konkurrieren mit anderen Männern. Riskantes Gesundheitsverhalten ist also typisch für bestimmte Lebensphasen und dient in bestimmten Entwicklungsabschnitten dazu „Männlichkeit zu üben“ (Dinges 2009: 19; Konrad et al. 2013).

Besonders der Übergang vom Jugend- ins frühe Erwachsenenalter stellt eine verletzliche Lebensphase dar, da viele Übergangsaufgaben bewältigt werden müssen und der Eintritt in Ausbildung und Berufsleben vor allem für sozial benachteiligte Jugendliche mit hohen Anforderungen verbunden ist (Sacker, Cable 2010: 310). Dass sich innerhalb kürzester Zeit nahezu alle Aspekte des Lebens verändern, kann zu Unsicherheit und Haltlosigkeit führen und sich auf das Gesundheitsverhalten auswirken. Dieses hat wiederum langfristige Auswirkungen auf die gesamte Lebensspanne (Schulenberg et al. 2004; Leyk et al. 2012). So zeigt sich bereits bei jungen Menschen ein Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität und kardiovaskulären Risikofaktoren wie Übergewicht und Tabakkonsum. Je mehr Risikoverhaltensweisen vorliegen, desto geringer die körperliche Fitness junger Männer (Furlong, Cartmel 2007).

Gesundheitsriskante Verhaltensweisen können unterschieden werden in Konsum von Suchtmitteln wie Alkohol und Tabak (Kapitel 2.4.4.3 und 2.4.4.5) und in den Bereich waghalsiger Verhaltensweisen wie riskantes Fahrverhalten im Straßenverkehr. Ein Großteil dieser Verhaltensweisen ist im Jugendalter durch die Peergroup motiviert und soll u.a. den Status in der Gruppe stabilisieren. Riskantes Gesundheitsverhalten passiert demnach nicht aus Unvorsichtigkeit oder gar Unwissenheit, sondern hat vor allem im Jugendalter die Funktion Gruppenzugehörigkeit herzustellen und zu sichern. Die substanzbezogenen Verhaltensweisen sind zusätzlich von psychosozialen Belastungen in Familie und Schule abhängig. Jungen mit belastenden Sozialisationsbedingungen neigen daher eher dazu, Alkohol in riskantem Maße zu konsumieren oder vermehrt regelmäßig zu rauchen (Raithel 2001: 151; Konrad et al. 2013).

Eine weitere Erklärung, warum Jungen und Männer vermehrt zu riskanten Verhaltensweisen neigen, liegt an der Art und Weise wie sie mit Stress umgehen, denn sie reagieren auf Stressbelastung anders als Frauen. Vor allem sozialer Stress im Beruf oder sozialer Ausschluss ist bei Jungen und Männern mit stärkeren psychischen und biologischen Stressreaktionen verbunden (Möller-Leimkühler 2009). Zur Bewältigung von Belastungssituationen reagieren Jungen und Männer dann vermehrt mit aggressiven und nach außen gerichteten Verhaltensweisen, die wiederum mit Risiken der Selbst- und Fremdverletzung verbunden sind (Möller-Leimkühler 2009). Exzessiver Suchtmittelkonsum stellt ein typisches Symptom männlicher Depression dar („Male Depression“) und dient der Abwehr und Bewältigung von belastenden Gefühlen gleichermaßen (Flaake 2009: 30).

Ungleiche Gesundheitsbedingungen für Männer und Frauen, aber auch unterschiedliche soziale und ökonomische Lebenslagen beeinflussen den Prozess der Entstehung von Gesundheit und Krankheit. In den vorangestellten Kapiteln wurden regionale Gesundheitsunterschiede anhand von Routinedaten untersucht. Mit Blick auf die Public-Health-Parabel konnten so vor allem Gesundheitsindikatoren stromabwärts (Lebenserwartung und Sterblichkeit) analysiert werden (Kapitel 2.2). Um Einflussfaktoren zu untersuchen, die am oberen Ende des Flusses auf Gesundheit wirken, liegen für bundesweite Analysen zwar große Datensätze aus Bevölkerungsbefragungen vor, auf Landesebene sind sie jedoch



nur bedingt aussagekräftig. Auf Kreisebene sind datengestützte Aussagen zu Gesundheitsverhaltensweisen von Männern derzeit nicht möglich. Exemplarisch werden daher teilweise Ergebnisse der JUGS-Studie und des Stuttgarter Alterssurveys 2012 berichtet, die Ergebnisse sind jedoch ausschließlich für die Stuttgarter Bevölkerung aussagekräftig.

Datenbasis	Stichproben- größe Männer (D) / (BW)	Auswer- tungs- ebene	Gesundheits- themen
GEDA 2010 Robert Koch- Institut 2012	D: 10.702 BW: 1.384	BW	Ernährung, körperliche Aktivität, Sport, subjektive Gesundheit etc.
KiGGS (Basiserhebung) Robert Koch- Institut 2008	D: 3.950 (11 – 17 J.)	D	Ernährung, körperliche Aktivität, Sport, subjektive Gesundheit etc.
SOEP 1986 – 2012 (DIW)	D: 11.916 BW: 1.427	BW	Ernährung
AOK- Fehlzeitendaten (WIDO)	AOK- versicherte Männer	BW	Arbeitsunfähigkeit wegen Unfällen
AOK-Daten Vorsorge	D: 6.360.532 BW: 1.103.542		Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen
DEGS 1 (Schlack et al. 2013)	Ergebnisbericht zu Gewalterfahrung von Männern (D)		
Nationalen Ver- zehrstudie II (MRI 2008: 1)	Ergebnisse zu Ernährungsgewohnheiten von Männern in Baden-Württemberg (D)		
JUGS (Galante-Gott- schalk, Erb 2007)	Ergebnisse zu riskantem Gesundheitsverhalten und subjektiver Gesundheit von Jungen im Jugendalter in Stuttgart, Jungen im Alter von 13 bis 17 Jahren (n=271)		
Alterssurvey Stuttgart 2012 (Erb et al. 2013)	Ergebnisse zur subjektiven Gesundheit von Männern im Alter ab 50 Jahren in Stuttgart		

Tab. 22 Datenquellen zu Risiken und Ressourcen im Gesundheitsverhalten von Jungen und Männern in Baden-Württemberg und Deutschland

Im folgenden Kapitel werden verschiedene Bereiche des männlichen Gesundheitsverhaltens näher betrachtet. Hierzu zählen Ernährung, Übergewicht, körperliche und sportliche Aktivität, Unfälle in Sport und Freizeit sowie Gewalterfahrungen von Jungen und Männern. Darüber hinaus werden Teilnahmequoten zur Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen in Baden-Württemberg berichtet. Abschließend werden Unterschiede im gesundheitlichen Wohlbefinden von Männern verschiedenen Alters und sozialer Lage beschrieben. Der riskante Konsum von Alkohol und Tabak wird in Kapitel 2.4.4) ausführlich beleuchtet.

Auf Basis der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2010“ (GEDA 2010) werden Unterschiede in gesundheitsförderlichem und –riskantem Verhalten von Männern verschiedenen Alters und gesellschaftlicher Statusgruppen in Baden-Württemberg berichtet. Es handelt sich dabei um Befragungsdaten einer großen Bevölkerungsumfrage des Robert Koch-Instituts. Insgesamt haben über 22.000 Personen in Deutschland

an der Telefonbefragung zu Gesundheitsthemen teilgenommen, knapp 11.000 Männer im Alter von 18 bis 99 Jahren konnten befragt werden. 1.384 der befragten Männer lebten zum Befragungszeitpunkt in Baden-Württemberg.

Die soziale Lage der Männer wird aus Bildungsstand, Einkommen und der beruflichen Stellung ermittelt. Daraus wurden drei Sozialstatusgruppen eingeteilt, wodurch in Baden-Württemberg 16% der befragten

Männer der niedrigen, 59% der mittleren und 25% der hohen Sozialstatusgruppen zugeordnet wurden.

Einbezogen werden außerdem Ergebnisse der KiGGS-Studie (RKI 2008), des Sozioökonomischen Panels (SOEP 2012) und der Arbeitsunfähigkeitsstatistik der AOK aus dem Jahr 2013. Zusätzlich werden Ergebnisse aus bereits veröffentlichten Studien ergänzend dargestellt (u.a. JUGS-Studie, Stuttgarter Alterssurvey 2012, Nationale Verzehrstudie II und DEGS 1) (Tab. 22).

5.1. ERNÄHRUNG UND ÜBERGEWICHT

Eine ausgewogene Ernährung zeichnet sich durch ausreichend vitamin-, mineral- und ballaststoffreiche Nahrungsmittel aus. Obst und Gemüse sind hierzu besonders geeignet und senken nebenbei noch das Risiko für ernährungsbedingte Erkrankungen. Nach Angaben der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e.V. sollten täglich fünf Portionen Gemüse und Obst verzehrt werden. Eine gesunde Ernährung zeigt sich darüber hinaus in einem höheren Verzehranteil von Milchprodukten und Vollwertwaren (DGE 2013; RKI 2012). Zurzeit erleben wir gleichzeitig einen drastischen Paradigmenwechsel hinsichtlich der Jahrzehnte geltenden Ernährungsempfehlungen was zu allgemeiner Verunsicherung führt. Ein Umdenken zeigt sich z.B. darin, dass zunehmend eher kohlenhydratarme Ernährungsweisen zur Gewichtsreduktion und zur Senkung kardiovaskulärer Risiken empfohlen werden (Bazzano et al. 2014; Bürgel 2007).

Männer präferieren energiereiche Produkte. Frauen wählen dagegen häufiger Salate und leichte Gerichte (Setzwein 2004). Dass Männer andere Lebensmittel wie Frauen bevorzugen ist teils biologischen und genetischen Ursachen geschuldet. Zu nennen sind hier ihr durchschnittlich höheres Körpergewicht und ein höherer Anteil von Muskelmasse wodurch Männer vor allem energie- und proteinreiche Nahrungsmittel wie Fleisch bevorzugen (RKI 2014). Übermäßiger Fleisch- und Wurstkonsum erhöht jedoch das Risiko für verschiedenste Erkrankungen (Micha et al. 2010; Knasmüller 2014). Gleichzeitig gilt Fleisch aber auch als typisch männliches Nahrungsmittel. Das liegt nicht nur an geschmacklichen Präferenzen der Männer, es hat auch historische Wurzeln. Vor allem im Zuge der Industrialisierung ist der tägliche Energieumsatz der Männer rasant gestiegen. Mit Fleisch ließ sich dieser Mehrbedarf in damaliger Zeit gut kompensieren. Da Fleisch ab Mitte des letzten Jahrhunderts zunehmend kostengünstiger erworben werden konnte, ließ dies den Konsum immer weiter ansteigen (Fischer 2015). Durchschnittlich verzehren Männer heute doppelt so viel Fleisch und Wurst wie Frauen (MRI 2008).

Zu den Ernährungspräferenzen der Geschlechter gibt es aber noch eine ganze Reihe weiterer Erklärungsansätze. Warum zum Beispiel manche Lebensmittel eher Männlichkeit oder Weiblichkeit symbolisieren, liegt nicht zuletzt an gesellschaftlichen Ideal- und Normvorstellungen (Seebauer 2009; RKI 2014: 97).

So achten Frauen insgesamt vermehrt auf eine ausgewogene Ernährung, haben aber bereits in jungen Jahren schon wesentlich häufiger als Jungen und Männer Erfahrungen mit Diäten zur Gewichtsreduktion gemacht (Bürgel 2007; Setzwein 2004). So ist die stärkere Fokussierung der Frauen auf Ernährungsthemen nicht nur positiv zu betrachten, da ihr Ziel häufig nicht Gesundheit, sondern das Erreichen von Schlankheitsnormen ist. Dies macht Frauen andererseits zur Hauptrisikogruppe für Essstörungen (Gransee 2008), von denen Männer nur 5-10% der Fälle stellen (Herpertz et al. 2011).

Ernährungsgewohnheiten werden darüber hinaus über Sozialisation und Erfahrungen in Kindheit und Jugend erworben. Bereits früh lernen Jungen und Mädchen typisch männliche und weibliche Ernährungsvorlieben kennen. So beeinflussen Wahrnehmungen, Einstellungen und Überzeugungen in hohem Maße das individuelle Essverhalten (RKI 2014). Hinzu kommen im Erwachsenenleben traditionelle Rollenverteilungen: Frauen kümmern sich nach wie vor häufiger um den Haushalt und setzen sich insbesondere in Schwangerschafts- und Stillzeiten, aber auch bei der Betreuung der Kinder, vermehrt mit gesunden Lebensweisen auseinander. Obwohl im Zuge der Emanzipation starre Rollenmuster aufgebrochen werden, bleiben gängige Verantwortlichkeiten von Männern und Frauen häufig traditionell bestimmt (Mensink 2004).

Um einen Eindruck zu erlangen, inwieweit das Thema Ernährung für Männer in Baden-Württemberg wichtig ist und welche Nahrungsmittel sie häufig konsumieren, können wie eingangs beschrieben Befragungsdaten hinzugezogen werden.

Abb. 113 Obstverzehr (nie und seltener als einmal pro Woche) von Männern in Deutschland (Daten: Public-Use-File GEDA 2010, Robert Koch-Institut Berlin 2012, eigene Berechnung)

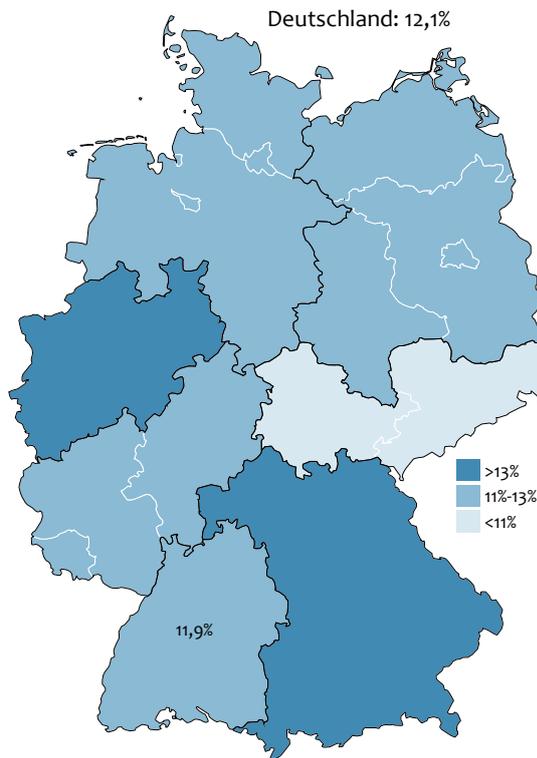
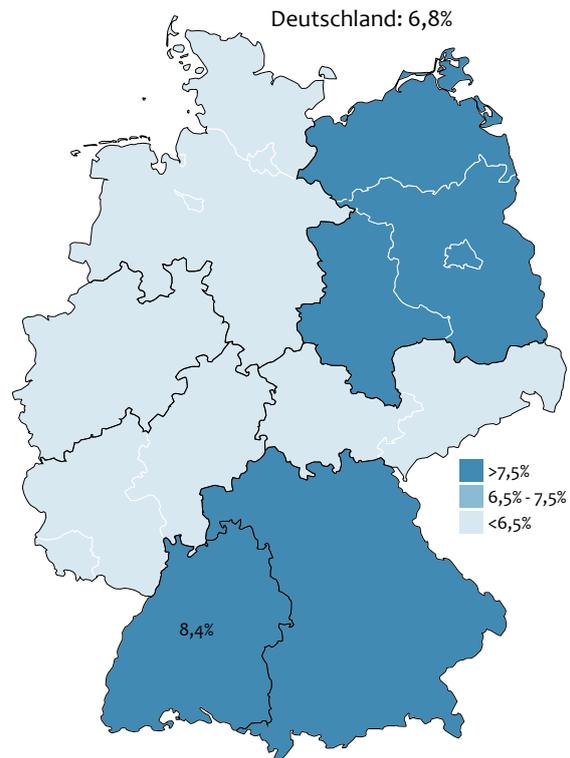


Abb. 114 Gemüseverzehr (nie und seltener als einmal pro Woche) von Männern in Deutschland (Daten: Public-Use-File GEDA 2010, Robert Koch-Institut Berlin 2012, eigene Berechnung)

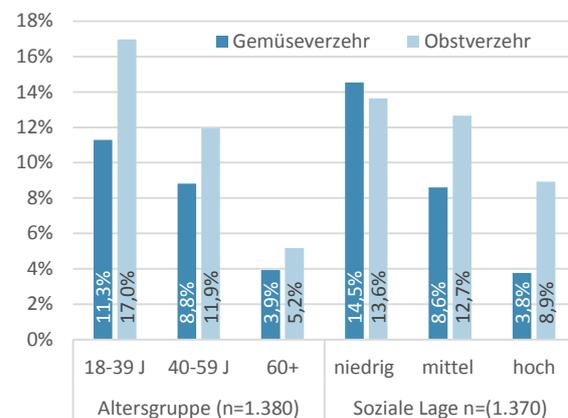


Ein Drittel der Baden-Württemberger berichtet in hohem Maße auf die Ernährung achtzugeben, 60% verneinen dies (eigene Berechnung, SOEP 2012). Ein Viertel der männlichen Befragten in Baden-Württemberg geben an, mehrmals pro Woche Gemüse und zu konsumieren. Gut die Hälfte der befragten Männer isst regelmäßig Obst. Wie häufig Männer weitestgehend auf Gemüse und Obst verzichten, zeigen Abb. 113 und Abb. 114 (GEDA 2010). Im Bundesvergleich ist der Anteil von Männern, die selten Obst essen, etwas geringer. Höher ist dagegen mit 8,4% der Anteil von Männern, die sehr selten Gemüse verzehren. Bundesweit machen 6,8% diese Angabe (GEDA 2010).

Sowohl das Interesse für das Thema Ernährung als auch der Konsum von gesunden Lebensmitteln wie Obst und Gemüse zeigt unterschiedliche Ernährungsgewohnheiten in den Altersgruppen. Jüngere Männer im Alter von 18 bis 39 Jahre achten in geringerem Maße auf ihre Ernährung (eigene Berechnung, SOEP 2012). Der Anteil von Obst- und Gemüseverweigerern ist verglichen mit Männern mittleren und höheren Alters überdurchschnittlich hoch. Wie in Abb. 115 zu sehen, isst etwa jeder zehnte Mann unter 49 Jahren kaum Gemüse und 17% essen selten Obst (GEDA 2010).

Im Bundesvergleich konsumieren Männer in Baden-Württemberg vermehrt Backwaren und Getreideprodukte. Was den Konsum von Fleisch, Obst und Milch anbelangt, liegen Baden-Württembergs Männer im bundesweiten Mittelfeld, während Fisch seltener auf

Abb. 115 Gemüse- und Obstverzehr (seltener als einmal pro Woche) von Männern in Baden-Württemberg nach Altersgruppe und sozialer Lage (Daten: Public-Use-File GEDA 2010, Robert Koch-Institut Berlin 2012, eigene Berechnung)



dem Speiseplan steht. Ihr Bierkonsum liegt im bundesweiten Durchschnitt, sie trinken jedoch vergleichsweise viel Wein und Sekt (Nationale Verzehrstudie II). Dies zeigt sich vor allem bei Männern höherer sozialer Lage. Bei sozial benachteiligten Männern überwiegt eher der Konsum von harten Alkoholika und Bier (MRI 2008: 67; MRI 2008: 92).

Für die Ernährungsgewohnheiten der männlichen Bevölkerung spielt die soziale Lage eine entscheidende Rolle. Je höher ihr Bildungsstand, desto häufiger berichten Männer aus Baden-Württemberg von einer gesundheitsbewussten Ernährung (eigene Berechnung,

SOEP 2012). Seltener Gemüse- und Obstverzehr wird ebenfalls vor allem von sozial benachteiligten Männern berichtet (Abb. 115, GEDA 2010)

Die Ursachen für die schlechtere Ernährungsqualität in niedriger sozialer Lage sind komplex miteinander verflochten. Ungesunde Lebensmittel (hoher Kalorienanteil pro Gewichtseinheit) sind meist preisgünstiger, im Extrem kann es auch zu armutsbedingter Lebensmittelknappheit kommen. Fehlerernährung in niedriger sozialer Lage ist zudem häufig stressbedingt. So sind Langzeitarbeitslosigkeit und eine niedrige Berufsausbildung bei Männern mit hoher psychosozialer Belastung verbunden. Der Konsum von energiedichten Lebensmitteln stellt nach heutigem Kenntnisstand eine Bewältigungsstrategie dar (Muff, Weyers 2010). Diese Annahme wird durch Studienergebnisse aus der Hirnforschung untermauert, wonach Stress in direktem Zusammenhang mit Übergewicht stehen könnte. Adipositas und Übergewicht entstehen dieser Theorie nach nicht primär durch ein Versorgungsüberangebot, sondern eher durch einen stressbedingten Engpass in der Versorgung (Peters 2010).

Ein unausgewogener Ernährungsstil - insbesondere in Kombination mit fehlender körperlicher und sportlicher Aktivität - erhöht das Risiko für Übergewicht und Adipositas und damit für zahlreiche weitere Erkrankungen (Suttermöller 2004; RKI 2014). Neuere Untersuchungen stellen diese pauschale Aussage allerdings in Frage. Übergewicht muss demnach nicht per se schädlich sein. Ob es gesundheitsschädigende oder nicht sogar schützende Funktion hat, liegt u.a. an der Körperfettverteilung (Peters, Junge 2013; Ahima, Lazar 2013).

Zur Einteilung des Körpergewichts wird häufig der Body-Maß-Index (BMI) herangezogen. Dieser errechnet sich aus dem Körpergewicht in kg dividiert durch die Körpergröße im Quadrat (Garrouste-Orgeas et al. 2004).

	BMI	Kategorie
$BMI = \frac{\text{Körpermasse (kg)}}{\text{Körpergröße (m)}^2}$	< 18,5	Untergewicht
	18,5 bis 25	Normalgewicht
	25 bis 30	Übergewicht
	> 30	Adipositas

Der BMI wird meist als Indikator für gesundheitsgefährdendes Übergewicht genutzt, da er sehr leicht ermittelt werden kann. Allerdings handelt es sich dabei um ein Maß, das Gewicht in Abhängigkeit der Körpergröße erfasst und weder Muskelmasse noch Körperfettverteilung des Menschen berücksichtigt. Ein Bodybuilder könnte daher problemlos einen BMI von über 30 aufweisen, obwohl Muskelmasse in keiner Weise gesundheitsschädlich ist (Ahima, Lazar 2013). Auf Basis des neueren Kenntnisstandes zu Übergewicht und Adipositas, müssen Ergebnisse auf Basis des BMI immer mit Vorsicht gedeutet werden.

Abb. 116 Body-Maß-Index (BMI >=30 Adipositas) der Männer in Deutschland (Daten: Public-Use-File GEDA 2010, Robert Koch-Institut Berlin 2012, eigene Berechnung)

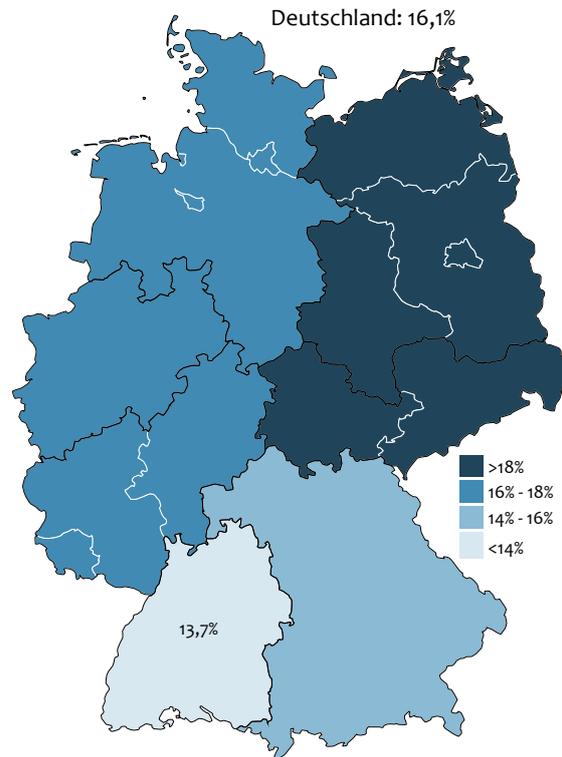
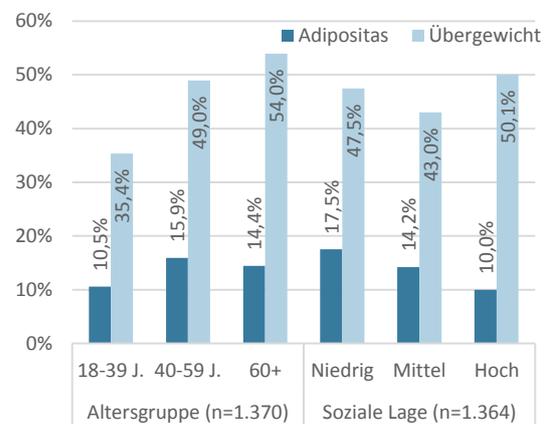


Abb. 117 Body-Maß-Index (>=30 Adipositas, >=25 bis 30 Übergewicht) der Männer in Baden-Württemberg nach Altersgruppe und sozialer Lage (Daten: Public-Use-File GEDA 2010, Robert Koch-Institut Berlin 2012, eigene Berechnung)



Bundesweit können 16% der befragten Männer als adipös kategorisiert werden. In Baden-Württemberg liegt dieser Anteil, wie in Abb. 116 zu sehen ist, bei knapp 14%. In der Altersgruppe jüngerer Männer bis 39 Jahren kann für gut 10% Adipositas (BMI≥30) berichtet werden, in den älteren Gruppen liegt dieser Anteil mit rund 15% etwas höher. Sozial benachteiligte Männer sind mit 17% häufiger schwer übergewichtig als Männer mittlerer (14%) und hoher (10%) sozialer Lage.

Auch der Anteil von übergewichtigen Männern (BMI≥25 bis 30) nimmt mit dem Alter zu. Ein etwas

anderes Bild ergibt sich allerdings für Unterschiede nach sozialer Lage: Die hellblauen Säulen in Abb. 117 zeigen den Anteil übergewichtiger Männer in Baden-Württemberg nach sozialer Lage. Mit 50,1% liegt der Anteil von Übergewicht in hoher sozialer Lage über dem Wert der niedrigen und mittleren Statusgruppen (GEDA 2010).

Von den Stuttgarter Jungen waren in der JUGS-Studie 15,3% übergewichtig und damit etwas weniger als im bundesweiten Durchschnitt (17,1% KiGGS-Studie). 6,4% der befragten Jungen in Stuttgart sind extrem übergewichtig (adipös). Vor allem Jugendliche der Förder- und Hauptschulen leiden häufiger unter Übergewicht. In Verbindung mit dem Gewichtsstatus dieser Jungen stehen u.a. falsche Ernährung, wenig Bewegung und erhöhter Fernsehkonsum (Galante-Gottschalk, Erb 2007). Für Stuttgart konnte gezeigt werden, dass diese Jungen in besonders hohem Maße lebensstilbedingten Gesundheitsrisiken ausgesetzt sind. Während sich Übergewicht in Baden-Württemberg et was häufiger bei Männern in höherer sozialer Lage zeigt, kommt Adipositas häufiger bei sozial benachtei-

ligten Jungen und Männern vor (Abb. 117) Adipositas ist dabei in höherem Maße als Übergewicht mit zahlreichen gesundheitlichen Risiken verbunden (Meißner 2007).

Um das Ernährungsverhalten von sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen positiv zu verändern, gilt es soziokulturell und traditionsgeprägte Verhaltensweisen zunächst zu erkennen und darauf günstig Einfluss zu nehmen. Hierzu ist es notwendig, Präventionsmaßnahmen auf verschiedenen Ebenen anzubahnen, Ernährungsgewohnheiten zu reflektieren und unter Einbeziehung der jeweiligen Zielgruppe realisierbare Ernährungsweisen zu etablieren. Interventionen sind dabei am erfolgversprechendsten wenn sie die individuellen Lebenszusammenhänge und Rahmenbedingungen berücksichtigen (Pudel 2006:96; Gesundheitliche Chancengleichheit 2015; IN FORM 2011). So sollten Veränderungen im Ernährungsstil nicht isoliert betrachtet werden, da beispielsweise Ernährung, Bewegungsmangel und hoher Medienkonsum eng miteinander verbunden sind (Müller et al. 2007; Kolip 2004).

5.2. KÖRPERLICHE UND SPORTLICHE AKTIVITÄT

Körperliche Aktivität und Sport fördern Gesundheit und Wohlbefinden. Regelmäßige körperliche Aktivität verringert zudem das Risiko zahlreicher Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Darmkrebs, Diabetes mellitus Typ II sowie Osteoporose und erhöht dadurch die Lebenserwartung (Dunlop et al. 2014; Cooper et al. 2014).

Je nach Lebensphase haben Sport und körperliche Aktivität verschiedene Funktionen für den Menschen. Im Kindes- und Jugendalter spielt Bewegung eine wichtige Rolle für die Entwicklung, im mittleren Lebensalter kann Sport ein Ausgleich zum beruflichen Alltag darstellen und im höheren Lebensalter hilft er, aktiv zu bleiben. Geringe körperliche Aktivität im Alter führt zu einem Abbau der Skelettmuskulatur, daher ist Ausdauertraining gerade auch im höheren Alter sehr wichtig (Mensink 2003). Sportliche Aktivität steht in Verbindung mit einem insgesamt gesünderen Lebensstil. Vor allem in Kombination mit unausgewogener Ernährung steigt bei wenig körperlicher Aktivität das Risiko für Übergewicht und Adipositas (→ Kapitel 2.4.6.2). Wer häufiger sportlich aktiv ist, raucht darüber hinaus seltener, konsumiert weniger Alkohol und ernährt sich meist gesünder (Leyk et al. 2012; Mensink 2003; Schneider, Diehl 2014: 65–66).

Nach Empfehlung der WHO soll jeder Mensch zur Gesunderhaltung an fünf Tagen pro Woche 30 Minuten mäßige, oder an drei Tagen die Woche 20 Minuten intensive körperliche Betätigung ausüben. Zusätzlich an 2 bis 3 Tagen pro Woche sollte ein Training zum Muskelaufbau und zur Erhöhung der Ausdauer erfolgen

(WHO 2010). Neuere Studienerkenntnisse zeigen allerdings, dass bereits regelmäßige moderate körperliche Aktivität (vor allem im Freien und bei hoher Sonnenlichtintensität) mit hohen Gesundheitsgewinnen verbunden ist. Dies betrifft u.a. auch ältere Menschen, die bereits unter körperlichen Einschränkungen wie Arthritis leiden (Dunlop et al. 2014; Cooper et al. 2014).

Vor allem Jungen haben viel Freude an Bewegung. Sich im Spiel mit anderen zu erproben, Kräfte zu messen und Schnelligkeit zu trainieren, scheint ihnen evolutionsbiologisch in die Wiege gelegt. Für Jungen zählt Sport zu den wichtigsten Aktivitäten, womit er eine zentrale gesundheitliche Ressource darstellt (Neuber, Blomberg 2015; Hinz 2015). Denn Sport wirkt sich in vielerlei Hinsicht positiv auf Körper und Geist aus. Beweglichkeit, Koordination, Ausdauer und Kraft werden erhöht und diese spürbaren Effekte sportlicher Aktivität sind mit physiologischen Veränderungen, z.B. des Bewegungsapparates oder des Herz-Kreislauf- und Atmungssystems verbunden. Positive Auswirkungen hat Sport auch auf die Psyche indem Selbstbewusstsein und Selbstwirksamkeit gestärkt werden und die Zufriedenheit mit dem eigenen Körper steigt. Vor allem regelmäßige sportliche Aktivität erhöht die Problemlösefähigkeit (u.a. Stressbewältigung), damit verbunden die Impulskontrolle und Frustrationstoleranz. Positiv für die Entwicklung von Jungen ist darüber hinaus die Integration in ein Team und das damit verbundene Erlernen von Normen und Werten (Schneider, Diehl 2014: 65–66; Neuber, Blomberg 2015).

In Baden-Württemberg berichten, wie in Abb. 118 dargestellt, 27,1 % der Männer pro Woche mehr als 4 Stunden sportlich aktiv zu sein. Die Baden-Württemberger sind demnach sportlich aktiver als Männer im bundesweiten Durchschnitt, was sich bei der altersspezifischen Betrachtung in Abb. 120 hauptsächlich für Männer ab 60 Jahren zeigt (→ Kapitel 2.4.5).

Demgegenüber steht, dass durchschnittlich ein Drittel der Männer in Baden-Württemberg von keinerlei körperlicher Aktivität berichten (bundesweit 36%). Dieser Anteil nimmt mit steigendem Alter zu.

In Baden-Württemberg sind Männer niedriger sozialer Lage häufiger sportlich inaktiv als Männer mittlerer und höherer sozialer Lage. Umgekehrt ist der Anteil von Männern, die mehr als 4 Stunden pro Woche aktiv sind, bei besser gestellten Männern höher (Abb. 119).

Ein etwas anderes Gesamtbild ergibt sich für die Baden-Württemberger bei Betrachtung der körperlichen Aktivität nach WHO-Empfehlung. Junge Männer bis 39 Jahre sind in Baden-Württemberg nicht nur häufiger sportlich, sie sind auch sonst körperlich aktiver als Männer mittleren und höheren Alters (Abb. 121).

Männer niedriger sozialer Lage berichten etwas häufiger von körperlicher Aktivität, dieser Unterschied ist bundesweit wesentlich größer als in Baden-Württemberg. In diesem Zusammenhang muss beachtet werden, dass körperliche Aktivität nach WHO-Empfehlung auch die physisch anstrengende Tätigkeit am Arbeitsplatz erfasst. Männer niedriger sozialer Lage leisten häufiger berufsbedingt schwere körperliche Arbeit, die zwar als körperliche Aktivität gelten kann, aber nicht mit sportlicher gleichzusetzen ist. Nicht selten handelt es sich dabei um einseitige Belastungen oder Bewegungen, die Verschleißerkrankungen begünstigen (Krug et al. 2013). Ob körperliche Aktivität nach WHO-Kriterien in dieser Befragung bei Männern niedriger sozialer Lage als gesundheitsförderlich eingestuft werden kann, bleibt unklar. Ein körperlich fordernder Berufsalltag senkt zudem möglicherweise die Motivation für weitere körperliche Aktivität im Feierabend (Mensink 2003: 9).

Die Stuttgarter-Jungen sind im Alter von 13 bis 17 Jahren wesentlich häufiger sportlich aktiv als die gleichaltrigen Mädchen (JUGS-Studie). Über ein Viertel der Jungen berichten von täglicher Aktivität im Vergleich dazu berichten dies 10% der Mädchen. Zwei Drittel der Jungen sind mehrmals wöchentlich sportlich aktiv, Gymnasiasten und Realschüler deutlich häufiger als Haupt- und Förderschüler (Galante-Gottschalk, Erb 2007). Erklärt wird dies durch unterschiedliche finanzielle und strukturelle Rahmenbedingungen, denn für das Ausüben bestimmter Sportarten sind teils beträchtliche finanzielle Ressourcen erforderlich (Mensink 2003).

Abb. 118 Sportliche Aktivität mehr als 4 Stunden pro Woche, Männer (Daten: Public-Use-File GEDA 2010, Robert Koch-Institut Berlin 2012, eigene Berechnung)

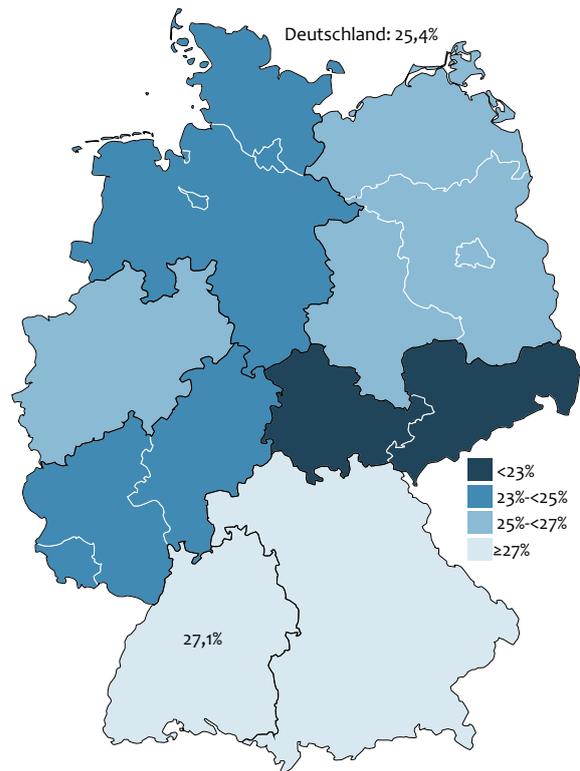


Abb. 119 Sportliche Aktivität pro Woche von Männern in Baden-Württemberg nach Altersgruppe und sozialer Lage (Daten: Public-Use-File GEDA 2010, Robert Koch-Institut Berlin 2012, eigene Berechnung)

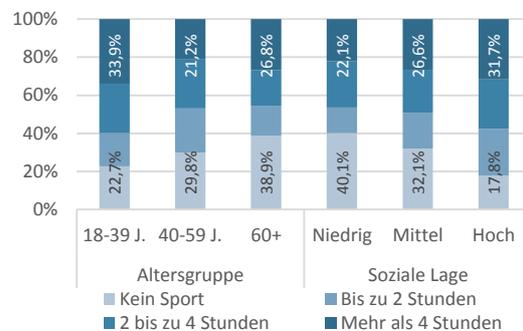
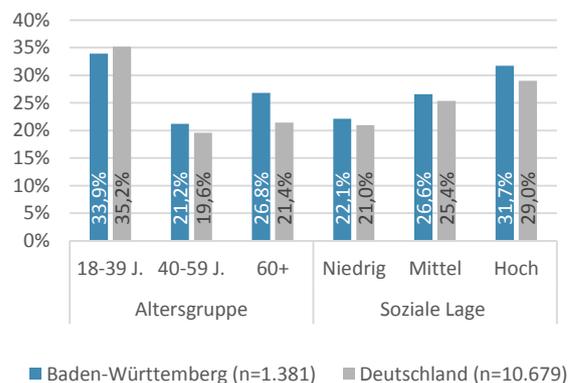


Abb. 120 Sportliche Aktivität (mehr als 4 Std. pro Woche) von Männern in Baden-Württemberg und Deutschland nach Altersgruppe und sozialer Lage (Daten: Public-Use-File GEDA 2010, Robert Koch-Institut Berlin 2012, eigene Berechnung)



Häufig fehlt es aber in manchen Wohngegenden auch an Zugang zu Grünflächen oder die Nachbarschaften werden als weniger sicher beschrieben, so dass sich Jungen und Mädchen nicht ohne weiteres im Freien aufhalten können (Manz et al. 2014b). Vor allem die zunehmende Mediennutzung im Jugendalter scheint im Zusammenhang mit geringerer sportlicher Aktivität der Jungen zu stehen (Manz et al. 2014a). Kinder und Jugendliche verbringen immer mehr Zeit mit Medien wie Fernsehen, Computer und Smartphone. Vor allem sozial benachteiligte Jungen aus Stuttgart beschäftigen sich häufiger mit Medien (Galante-Gottschalk, Erb 2007). Somit ist geringe sportliche Aktivität in niedriger sozialer Lage mit weiteren gesundheitsriskanten Lebensstilfaktoren verbunden.

	BW	D
Wegeunfälle	0,3%	0,5%
Arbeitsunfälle	3,0%	3,1%
Schule / Ausbildungsstätte	0,2%	0,2%
Häuslich	2,4%	2,6%
Öffentliche Wege und Plätze	1,6%	1,4%
Freizeit	3,4%	2,7%
Gesamt	10,5%	9,9%

Tab. 23 Unfallhäufigkeit von Männern in den letzten 12 Monaten in Baden-Württemberg und Deutschland (Daten: Public-Use-File GEDA 2010, Robert Koch-Institut Berlin 2012, eigene Berechnung)

Sport und körperliche Aktivität dient Jungen und Männern allerdings nicht ausschließlich zur Gesunderhaltung. Leistungs- und Wettbewerbsaspekte werden häufig überbetont (Faltermaier 2004: 29). Daraus kann die Tendenz resultieren, über die eigenen Grenzen zu gehen oder besonders riskante Sportarten zu betreiben bzw. die gesundheitlichen Belange in den Hintergrund zu stellen. Hierdurch steigt das Risiko, dass es zu Unfällen kommt, mit Gefahren für sich und andere (Faltermaier 2004: 25). Die Häufigkeit von Unfällen von Männern in Baden-Württemberg in Sport und Freizeit wird im folgenden Kapitel näher beschrieben.

5.3. UNFÄLLE IN SPORT UND FREIZEIT

Unfälle geschehen unbeabsichtigt und sind die häufigste Todesursache bei jüngeren Männern (→Kapitel 2.4.5.1). Männer sind insgesamt wesentlich häufiger von Unfällen betroffen als Frauen und erleiden zudem häufiger schwere Unfälle. Tödliche Verletzungen machen über 60% aller Todesursachen im Jugendalter aus. In Sport, Arbeit und Freizeit zeigen Jungen und Männer eine höhere Risikobereitschaft und begeben sich eher als Mädchen und Frauen in Gefahr. Waghalsiges Verhalten hat besonders in der Lebensphase der Pubertät eine zentrale Funktion, u.a. um die Anerkennung der Peergroup zu erhalten (Raithel 2001: 151).

In Baden-Württemberg berichtet etwa jeder zehnte Mann von mindestens einer Unfallverletzung mit ärztlicher Behandlung in den letzten 12 Monaten (Tab. 23).

Abb. 121 Körperliche Aktivität pro Woche gemäß den WHO-Empfehlungen (an 5 Tagen pro Woche 30 min) von Männern in Baden-Württemberg und Deutschland nach Altersgruppe und sozialer Lage (Daten: Public-Use-File GEDA 2010, Robert Koch-Institut Berlin 2012, eigene Berechnung)

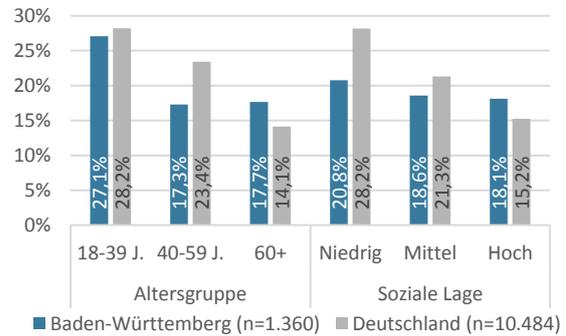


Abb. 122 Häufigkeit von Freizeitunfällen und Unfällen auf Straßen und öffentlichen Plätzen von Männern in den letzten 12 Monaten in Deutschland in Prozent (Daten: Public-Use-File GEDA 2010, Robert Koch-Institut Berlin 2012, eig. Berechnung)

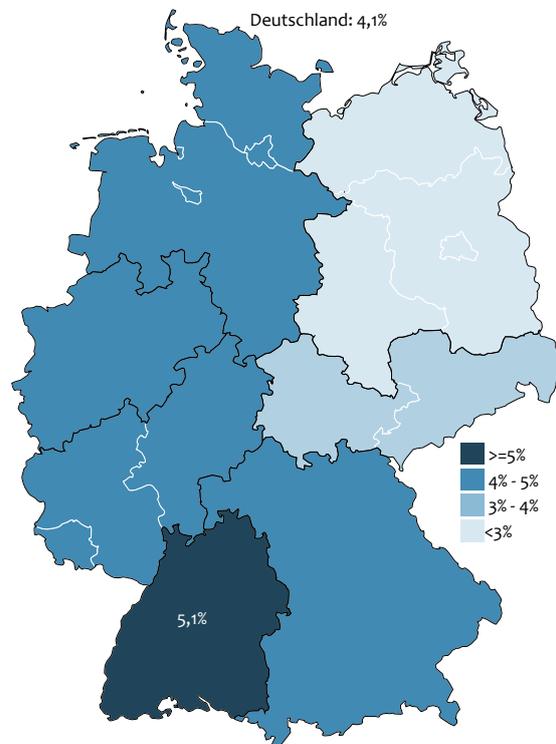


Abb. 123 Anteil von Männern mit mindestens einem Unfall mit ärztlicher Behandlung in den letzten 12 Monaten in Baden-Württemberg und Deutschland nach Altersgruppe und sozialer Lage (Daten: Public-Use-File GEDA 2010, Robert Koch-Institut Berlin 2012, eigene Berechnung)

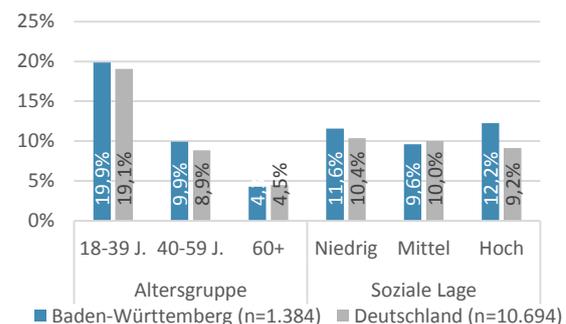


Abb. 124 Häufigkeit von männlichen Unfällen nach Unfallort und sozialer Lage in Deutschland (Daten: Public-Use-File GEDA 2010, Robert Koch-Institut Berlin 2012, eigene Berechnung)

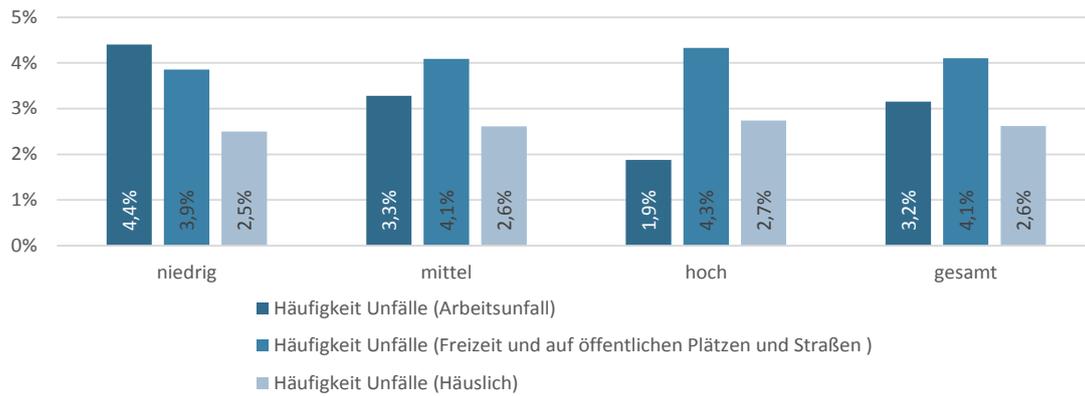
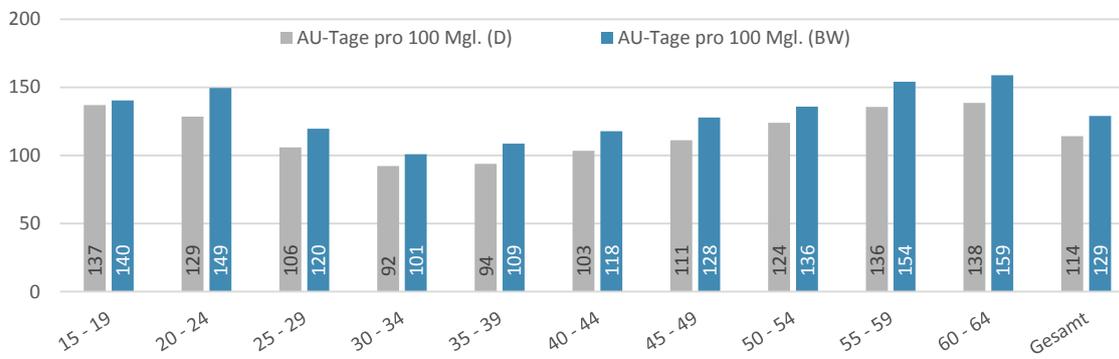


Abb. 125 AU-Tage aufgrund von Unfällen von AOK-versicherten Männern in Baden-Württemberg und Deutschland im Jahr 2013 (Daten: Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDo) Daten zur Arbeitsunfähigkeitsstatistik, pro 100 Mitglieder (Mgl.), eigene Darstellung)



Bei diesen Unfällen handelte es sich größtenteils um Freizeitunfälle, häusliche Unfälle und Arbeitsunfälle. Im Bundesvergleich liegt die Häufigkeit von Unfällen in Freizeit und auf öffentlichen Plätzen in Baden-Württemberg höher. Abb. 122 zeigt die Häufigkeit von diesen Unfallarten (Freizeitunfälle und Unfälle auf Straßen und öffentlichen Plätzen) zusammengefasst für Baden-Württemberg im bundesweiten Vergleich.

In Deutschland wie in Baden-Württemberg verunglücken jüngere Männer häufiger als ältere (Abb. 123). Bei der Betrachtung der Krankheitstage fällt allerdings auf, dass jüngere und ältere Männer hohe unfallbedingte Fehlzeiten aufweisen (Abb. 125). Unfälle sind in jüngeren Jahren zwar häufiger, fordern aber in höheren Altersgruppen trotzdem eine beträchtliche Anzahl von Fehltagen. Zum Verständnis dessen lohnt sich ein Blick auf die durchschnittliche Krankheitsdauer: In der Altersgruppe der 20 bis 24-jährigen Männer kommen im Schnitt 9 Krankheitstage auf einen Unfall, in der Altersgruppe 60 bis 64-jähriger Männer beansprucht ein Unfall etwa dreimal so viele Tage. Dies spricht für die Schwere bzw. langfristige Gesundheitsbeeinträchtigung, die mit einem Unfall in höherem Alter einhergeht. So folgt bei Unfällen in höheren Altersgruppen häufiger ein stationärer Krankenhausaufenthalt oder eine anschließende physiotherapeutische Behandlung (Varnaccia et al. 2013). Bei Unfällen in höheren Alters sind mehr als die Hälfte auf Stürze zurückzuführen

(Varnaccia et al. 2013). In dieser Altersklasse ereignen sich die Unfälle häufig zu Hause oder in der Freizeit, in der mittleren Altersgruppe handelt es sich meist um Arbeitsunfälle und in der jüngeren Altersgruppe sind es überwiegend Freizeitunfälle (GEDA 2010).

Im bundesweiten Vergleich fällt auf, dass Männer hoher sozialer Lage in Baden-Württemberg etwas häufiger Unfälle erleiden (12,2% vs. 9,2%). Ihnen passieren häufiger Freizeitunfälle, Männern in niedriger sozialer Lage sind dagegen häufiger von Arbeitsunfällen betroffen (Abb. 124).

Zum Unfallgeschehen der Jungen können auf Bundesebene die KiGGS-Daten 2008 analysiert werden. Nach Elternauskunft hat jeder vierte Junge im Alter von 11 bis 17 Jahren im Verlauf der letzten 12 Monate einen Unfall erlebt (eigene Berechnung). Die Jungen verunglückten häufig im heimischen Umfeld, auf öffentlichen Verkehrswegen, im Innen- oder Außenbereich der Tagesbetreuungseinrichtung oder in der Schule und Hobbystätte (Schwimmbad, etc.). Unterschiede des Unfallrisikos nach sozialer Lage oder besuchter Schulart lassen sich für Unfälle im Jugendalter nicht feststellen (KiGGS 2008). Verletzungen und Unfälle stellen für Jungen und Männer ein besonders hohes Gesundheitsrisiko dar. Die Vermeidung von Unfällen in Sport und Freizeit ist daher auch in Baden-Württemberg ein höchst relevantes Gesundheitsthema.

5.4. GEWALTERFAHRUNGEN

Gewalthandlungen sind ein häufiger Grund für Verletzungen bei Jungen und Männern. Die WHO unterteilt Gewalthandlungen in drei Kategorien: Gewalt gegen die eigene Person, zwischenmenschliche Gewalt und kollektive Gewalt (WHO 2003). Unterschieden wird darüber hinaus zwischen physischer und psychischer Gewalt. Zu den physischen Gewalttaten zählen sexuelle Übergriffe und körperliche Verletzungen. Psychische Gewalt meint vor allem die Schädigung sozialer Beziehungen z.B. Beleidigungen, Mobbing und Schikane am Arbeitsplatz (RKI 2014: 144; WHO 2003).

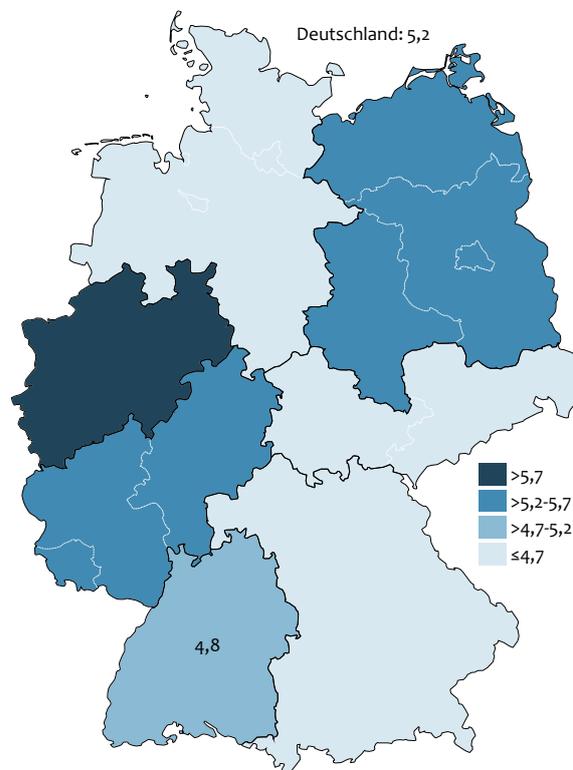
Für Baden-Württemberg liegen wenig spezifische Daten zu Gewalterfahrungen von Jungen und Männern vor, so dass an dieser Stelle weitgehend nur bundesweite Erkenntnisse berichtet werden können. Einzig die Anzahl tätlicher Angriffe mit Todesfolge kann für die Bundesländer dargestellt werden. Wie Abb. 126 zeigt, hatten tätliche Angriffe zwischen 2011 und 2013 in Baden-Württemberg 74 Todesfälle bei Männern zur Folge. Wie im Bundesvergleich zu sehen ist, treten in Baden-Württemberg etwas weniger tödliche Gewalttaten auf als in den mittleren Bundesländern, Nordrhein-Westfalen und den Ländern im Nordosten.

Im Folgenden werden Ergebnisse aus Befragungen von Jungen und Männern in Deutschland berichtet. Bei der Erwachsenenbefragung (DEGS1, RKI) wurden Männer und Frauen in Deutschland zu ihren Gewalterfahrungen befragt. 6,2% der Männer gaben an, im Verlauf der letzten 12 Monate Opfer von körperlicher Gewalt gewesen zu sein, 3,9% berichten selbst Gewalt ausgeübt zu haben. Nach diesen Befragungsergebnissen sind Männer häufiger Täter als Frauen, aber auch wesentlich häufiger Opfer von Gewalt (Statistisches Bundesamt 2014). Täter- und Opferstatus sind vielfach eng miteinander verbunden. Eine andere Studie kam zu dem Ergebnis, dass 85% aller Täter auch Opfer von Gewalt sind (Döge 2011).

Vor allem das frühe Erwachsenenalter (18 bis 29 J.) scheint eine besonders gewaltbelastete Lebensphase zu sein. Jeder zehnte junge Mann dieser Altersgruppe berichtet schon einmal körperliche Gewalt ausgeübt zu haben, etwa jeder sechste war bereits Opfer körperlicher Gewalt (Statistisches Bundesamt 2014). Mit zunehmendem Alter - genauer gesagt schon ab dem 30. Lebensjahr - sinkt der Anteil männlicher Täter und Opfer rapide ab (Abb. 127). Dieser altersbezogene Rückgang zeigt sich - wenn auch weniger drastisch - für die psychischen Gewalterfahrungen von Männern (Abb. 127). Insgesamt waren 17% der erwachsenen Männer in den letzten 12 Monaten Opfer psychischer Gewalt, 11% berichten davon, selbst psychische Gewalt verübt zu haben (DEGS1).

Zu Gewalterfahrungen in Kindheit und Jugend lässt sich sagen, dass Jungen häufiger Gewalt ausüben als

Abb. 126 Männliche Sterblichkeit durch tätlichen Angriff in den Regionen Deutschlands 2011-2013, pro 100.000 Männer (Daten: GBE Bund 2014, eigene Darstellung)



Mädchen (27,2% vs. 13,5%), Jungen aber ebenfalls häufiger Opfer von Gewalt sind (12,9% vs. 7,5%) (KiGGS 2008, RKI 2008).

Stark von körperlicher Gewalt belastet sind vor allem Jungen und Männer niedriger sozialer Lage (Abb. 128 und Abb. 129). Sozial benachteiligte Männer haben im Vergleich zu sozial besser gestellten Männern ein doppelt so hohes Risiko körperliche Gewalt auszuüben und ein knapp dreimal so hohes Risiko körperliche Gewalt zu erleben (Statistisches Bundesamt 2014). Auch Jungen niedriger sozialer Lage sind häufiger mit Gewalthandeln konfrontiert. Dies gilt für Gewalterfahrungen als Täter und Opfer gleichermaßen (Abb. 129) (KiGGS 2008). Psychische Gewalttaten sind dagegen in niedriger, mittlerer und hoher sozialer Lage in etwa gleichermaßen häufig vertreten. Opfer von psychischer Gewalt sind ebenfalls häufiger Männer niedriger aber auch mittlerer sozialer Lage (Abb. 128). Wie bei der Erwachsenenbefragung handelt es sich auch bei der Kinder- und Jugendstudie um Selbstangaben. Befragungsdaten zu einem so schambesetzten Thema bergen immer das Risiko, dass u.U. sozial erwünschte Antworten gegeben werden und u.a. dadurch eine Dunkelziffer von Fällen vorliegt, die hier nicht abgebildet werden können (Statistisches Bundesamt 2014). Die Daten liefern aber gute Anhaltspunkte, um besonders belastete Gruppen von Jungen und Männern beschreiben zu können.

Abb. 127 Körperliche und psychische Gewalterfahrungen von Männern in Deutschland nach Altersgruppe (eigene Darstellung nach Schlack et al. 2013)

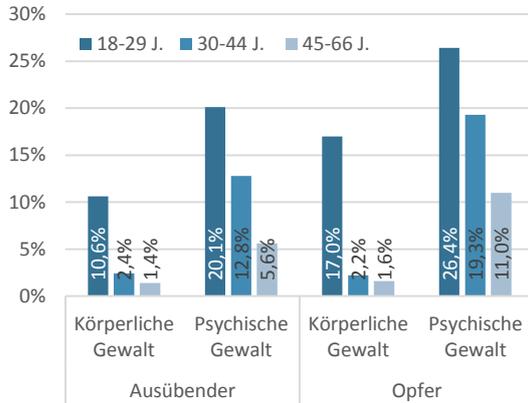
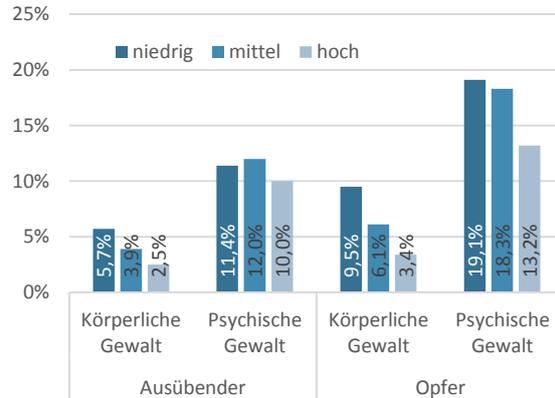


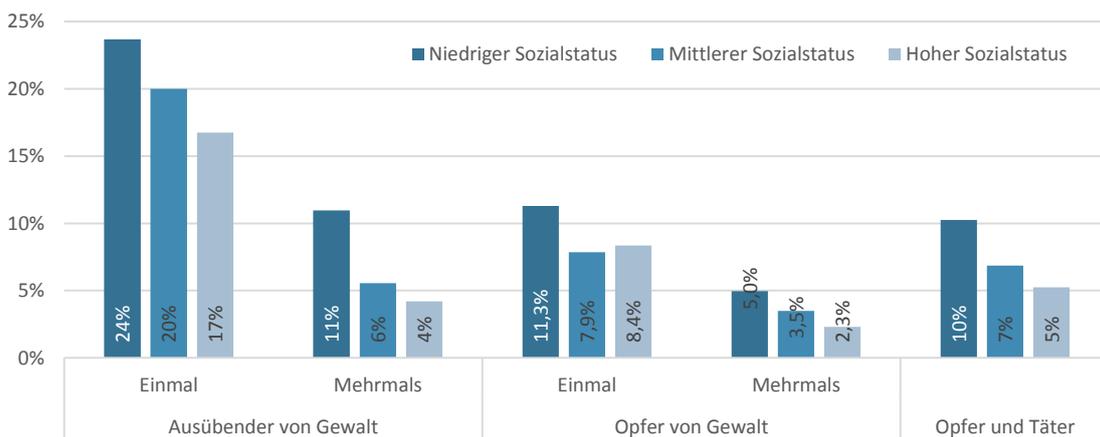
Abb. 128 Körperliche und psychische Gewalterfahrungen von Männern in Deutschland nach sozialer Lage (eigene Darstellung nach Schlack et al. 2013)



Vor allem Männer, die ihre Lebensumstände insgesamt eher negativ bewerten, neigen vermehrt zu Gewalthandlungen. Häufig steht erhöhter Alkoholkonsum in Verbindung mit Gewalthandlungen – dies betrifft Männer und Frauen gleichermaßen (Döge 2011). In jeder Lebensphase – ob Kindheit, Jugend oder Erwachsenenalter - Gewalterfahrungen führen zu erheblichen psychosozialen Belastungen. Neben körperlichen Schäden können seelische Verletzungen so schwerwiegend sein, dass psychische Störungen wie Depressionen oder Alkoholabhängigkeit resultieren. Erwachsene, die in Kindheit und Jugend Gewalt erlebt haben, werden häufiger im Erwachsenenalter erneut Opfer von Gewalt, oder sogar selbst zum Täter (Schlack et al. 2013).

Gewalterfahrungen stellen eine langandauernde Gesundheitsbelastung dar (RKI 2014: 144). Für Männer, die Opfer von Gewalt werden, gibt es bislang wenige Schutzmaßnahmen. Opfer zu sein ist im männlichen Selbstverständnis häufig nicht repräsentiert und mit Vorstellungen von Unmännlichkeit gekoppelt. Erleben Männer Gewalt, fällt es ihnen häufig schwerer Hilfe zu suchen, aus Sorge um Stigmatisierung. Diese wiederum kann den bestehenden Leidensdruck zusätzlich verstärken (RKI 2014: 144). Täter wie Opfer von Gewalt müssen Hilfe erfahren. Um traumatische Gewalterlebnisse in Kindheit- und Jugend zu überwinden, sind pädagogische Konzepte gefragt, die Jungen und Mädchen auffangen und sie in ihren Bewältigungsstrategien fördern.

Abb. 129 Gewalterfahrungen (Opfer, Täter und Opfer/Täter) von Jungen (11-17 Jahre, n=3.804) nach sozioökonomischem Status in Deutschland (Daten: Public-Use-File KiGGS 2005, Robert Koch-Institut Berlin 2008, eigene Berechnung)



Auch Täter müssen angemessene psychosoziale Hilfe erhalten, so dass „Gewaltkarrieren“ frühzeitig unterbrochen werden (Sutterlüty 2003; RKI 2014; Statistisches Bundesamt 2014). Männerspezifische Gewaltprävention sollte besonders Konfliktkompetenz ver-

mitteln und dazu beitragen, dass Männer ihre Lebensbiographie reflektieren. Vor allem die therapeutische Arbeit mit Tätern sollte eine systemische Perspektive auf Gewaltdynamiken im häuslichen Umfeld einnehmen (Döge 2011).

5.5. INANSPRUCHNAHME VON VORSORGEUNTERSUCHUNGEN

Vorsorgeuntersuchungen dienen der Entdeckung von Erkrankungen in einem möglichst frühen Stadium, also noch bevor die ersten Krankheitsanzeichen sichtbar sind. Sie sind dann sinnvoll, wenn eine frühe Erkennung die Heilungsaussichten durch eine frühzeitig eingeleitete Therapie verbessert (Sekundärprävention). Die Akzeptanz von Früherkennungsuntersuchungen ist sehr unterschiedlich, u.a. auch, weil nicht für alle Maßnahmen hinreichende Wirkungsbelege vorliegen (und sie somit auch in der Fachwelt umstritten sind) (Walter et al. 2014; Koch et al. 2013).

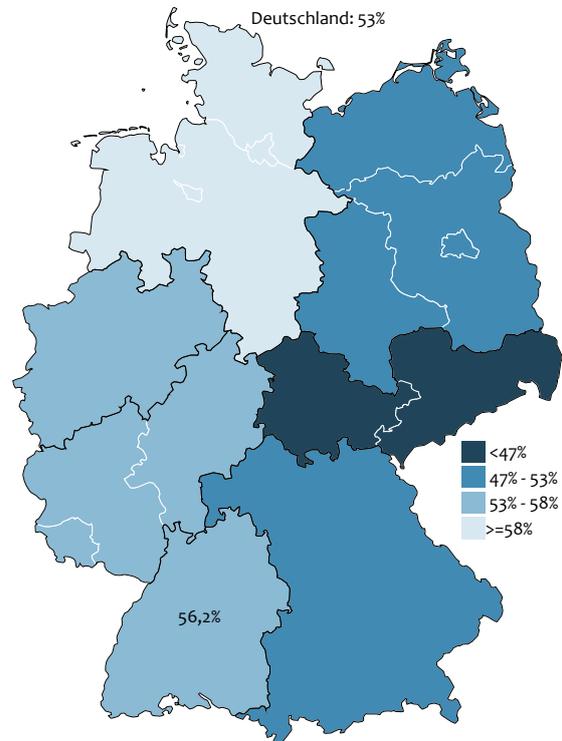
In Deutschland werden gesetzlich Versicherten ab einem bestimmten Alter verschiedene Vorsorgeuntersuchungen kostenlos angeboten. Dazu zählen bei Männern etwa Untersuchungen und Tests zur Früherkennung von Prostata-, Darm- und Hautkrebs, aber auch der sogenannte Gesundheits-Check-Up beim Hausarzt (BMG 2005). Auf letzteren wird im weiteren Verlauf näher eingegangen.

Anders als bei Männern beginnt bei jungen Frauen die Gewöhnung an regelmäßige Arztbesuche bereits in der Pubertät (→Einleitung). Der Besuch des Gynäkologen ist häufig u.a. mit dem Ziel der Schwangerschaftsverhütung verbunden, führt aber gleichzeitig an Vorsorge heran, die zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs bereits ab dem 20. Lebensjahr angeboten wird (DKFZ 2014). Männer können in der Regel frühestens ab dem Alter von 35 Jahren eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung (KFU) für Hautkrebs in Anspruch nehmen. Die Vorsorgeuntersuchungen zu Prostata- und Darmkrebs sind für Männer ab einem Alter von 45 bzw. 50 Jahren zugänglich (Tab. 26, s. Kapitelende) (KBV 2014; RKI 2012; Starker, Saß 2013).

Abb. 130 bis Abb. 134 zeigen die Ergebnisse der bundesweiten telefonischen Gesundheitsbefragung des Robert Koch-Instituts (GEDA 2010). Deutschlandweit berichteten 53% der männlichen Befragten, mindestens einmal an einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung teilgenommen zu haben (Abb. 130). In Baden-Württemberg ist dieser Anteil mit rund 56% geringfügig höher.

Die Teilnahmequoten von Männern und Frauen an der KFU in Baden-Württemberg unterscheiden sich, wie in Abb. 131 dargestellt, auf den ersten Blick erheblich (Männer -25,6%). Dieser Geschlechterunterschied betrifft bei genauer Betrachtung vor allem die jüngeren Männer und die Männer mittleren Alters (Abb. 132).

Abb. 130 Jemals Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (ab 35J.), Männer (Daten: Public-Use-File GEDA 2010, Robert Koch-Institut Berlin 2012, eigene Berechnung)



Ab 60 Jahren unterscheidet sich die Teilnahmequote der Männer nur noch geringfügig von der Quote der Frauen (GEDA 2010). Die geringere KFU-Teilnahme von Männern in jüngerem Lebensalter kann mindestens teilweise auf die oben beschriebenen unterschiedlich geprägten Muster der Inanspruchnahme von Ärzten in den Lebensläufen von Männern und Frauen zurückgeführt werden (Thode 2005; Riens 2011).

Unterschiede in der KFU-Teilnahme zeigen sich in Baden-Württemberg jedoch nicht nur bei verschiedenen Altersgruppen, sondern darüber hinaus auch abhängig von der sozialen Situation. Sozial benachteiligte Männer nehmen in Baden-Württemberg wie bundesweit seltener an Krebsvorsorgeuntersuchungen teil, in Baden-Württemberg ist dieser Unterschied zwischen sozial schlechter gestellten Männern und Männern mittlerer Soziallage noch ausgeprägter (Abb. 133) (GEDA 2010). Mögliche Ursachen hierfür werden am Ende dieses Teilkapitels näher erläutert.

5.5.1. GESUNDHEITS-CHECK-UP

Seit den späten 1980er Jahren können gesetzlich versicherte Männer und Frauen ab dem 35. Lebensjahr alle zwei Jahre den sogenannten Gesundheits-Check-up in Anspruch nehmen (Krogsbøll et al. 2012; KBV 2014). Der Check-Up dient der Früherkennung von Diabetes Mellitus, Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen. Bei den Untersuchungen wird das Risikoprofil des Patienten erfasst (z.B. Rauchen, Übergewicht) und es werden körperliche Tests durchgeführt (Blutdruckmessung, Blut- und Urintests)(RKI 2014: 192). Dazu gehört auch eine ärztliche Beratung hinsichtlich bestehender Gesundheitsrisiken mit dem Ziel, den Lebensstil gesundheitsförderlich zu beeinflussen (RKI 2014: 31).

Der Nutzen des Gesundheits-Check-Ups ab 35 Jahren ist umstritten. Eine Langzeitstudie zeigte weder für Todesfälle an Herz-Kreislauf-Erkrankungen noch für Krebs evtl. auf die Vorsorgemaßnahme zurückführbar sinkende Zahlen. Jedoch führte der Checkup zu einem Anstieg der Zahl der Diagnosen von beispielsweise Bluthochdruck und Stoffwechselstörungen sowie zu häufigeren Verordnungen von Arzneimitteln (Krogsbøll et al. 2012).

Insgesamt haben nach der bundesweiten GEDA-Befragung knapp 59% der Männer in Baden-Württemberg schon einmal an einem Gesundheits-Check-Up teilgenommen und damit etwa 4,5% mehr als Frauen (Abb. 131) (GEDA 2010). Von den AOK-versicherten Männern¹⁰ in Baden-Württemberg hat im Zeitraum von 2010 bis 2013 knapp ein Drittel jährlich den Gesundheits-Check-up in Anspruch genommen (Tab. 24). Mit steigendem Alter steigt auch die Häufigkeit der Inanspruchnahme dieser Vorsorgemaßnahme (Abb. 134). Männer niedriger sozialer Lage in Baden-Württemberg nehmen den Check-Up seltener in Anspruch als Männer hoher sozialer Lage (Abb. 134).

Mit zunehmenden Alter nehmen Männer häufiger den Gesundheits-Check-Up in Anspruch, wahrscheinlich begünstigt durch die häufigeren Arztbesuche. Rückblickend auf das letzte Jahr vor der Befragung berichten Männer in Baden-Württemberg von durchschnittlich sechs Arztbesuchen im Verlauf von 12 Monaten. Geschlechterunterschiede in der Häufigkeit von Arztbesuchen sind nur in der jüngeren Altersgruppe zu sehen (F: Ø 6 M: Ø 5). In höherem Alter gehen Männer in Baden-Württemberg insgesamt häufiger zum Arzt (Ø 8 Arztbesuche/Jahr) – d.h. genauso häufig wie Frauen (eigene Berechnung, GEDA 2010) (RKI 2012; Barmer GEK 2010).

Abb. 131 Jemals Inanspruchnahme von Gesundheits-Check-up und Krebsfrüherkennung (KFU) von Männern und Frauen ab 35 J. in Baden-Württemberg (Daten: Public-Use-File GEDA 2010, Robert Koch-Institut Berlin 2012, eigene Berechnung)

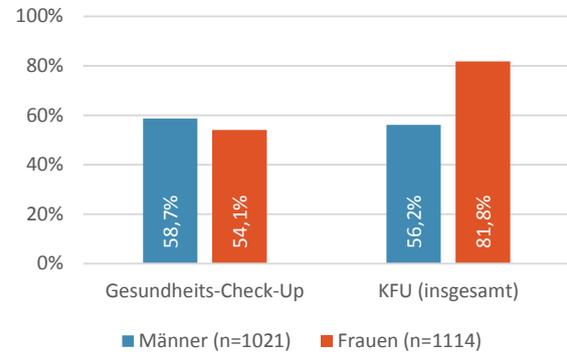


Abb. 132 Jemals Inanspruchnahme von Gesundheits-Check-up und KFU von Männern und Frauen ab 35 J. in Baden-Württemberg nach Altersgruppe (Daten: Public-Use-File GEDA 2010, Robert Koch-Institut Berlin 2012, eigene Berechnung)

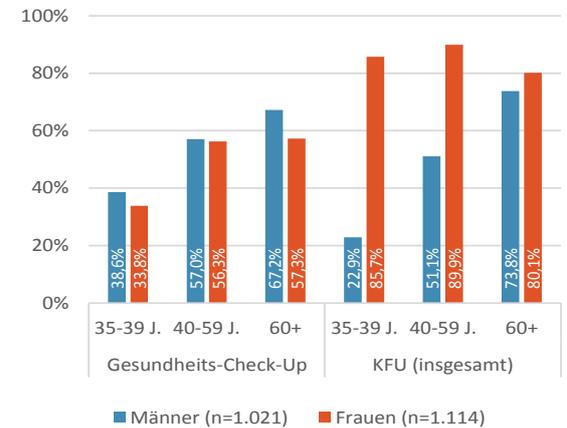
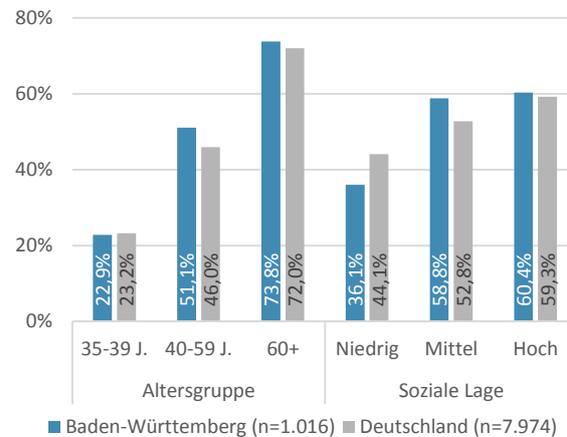


Abb. 133 Jemals Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (Männer, ab 35 J.) (Daten: Public-Use-File GEDA 2010, Robert Koch-Institut Berlin 2012, eigene Darstellung bzw. eigene Berechnung)



¹⁰ Die Mitglieder der AOK sind nicht repräsentativ für die Gesamtbevölkerung, da bestimmte Berufsgruppen über- bzw. unterrepräsentiert sind (und natürlich Privatversicherte fehlen).

5.5.2. PROSTATAKREBSVORSORGE

Prostatakrebs ist die häufigste Krebserkrankung bei Männern (→ Kapitel 2.4.2.2). Die Erkrankungsraten sind in den vergangenen Jahrzehnten stetig gestiegen, dies betrifft vor allem Männer der Altersgruppe ab 50 Jahren. Die Vorsorgeuntersuchung von Prostatakrebs umfasst das Angebot einer jährlichen Tastuntersuchung der Prostata und der Lymphknoten ab dem 45. Lebensjahr. Bei einem konkreten Krebsverdacht wird der ansonsten zu den privat zu bezahlenden Leistungen zählende PSA-Test angeboten (PSA = Prostataspezifisches Antigen) (Sandblom et al. 2011; KBV 2014). Im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen ist der PSA-Test umstritten, da der Bluttest neben der Früherkennung auch zu Überdiagnosen führen und damit unnötige Behandlungen nach sich ziehen kann (IGel Monitor 2013; DKFZ 2013, Schröder et al. 2009).

In Deutschland haben knapp 40% befragten Männer ab 45 Jahren schon einmal an einer Prostatakrebsvorsorge teilgenommen, bei Männern der höheren Altersgruppe steigt die Häufigkeit der Inanspruchnahme auf etwa 55%. Den PSA-Wert haben bundesweit ein Drittel aller Männer bestimmen lassen (Starker, Saß 2013, GEDA 2010). Bei einer Befragung von GKV-Versicherten nannten die befragten Männer als Hauptgrund für eine Nichtteilnahme an der Krebsfrüherkennungsuntersuchung für Prostatakrebs, dass sie sich gesund fühlen. Weitere häufig genannte Gründe waren, dass sie nicht über die Inanspruchnahme informiert gewesen sind, oder sich nicht motivieren konnten teil zu nehmen (Zok 2007b).

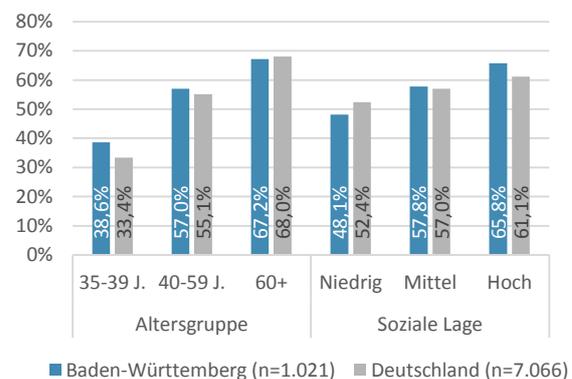
2010 bis 2013 haben jährlich ca. 30% der AOK-versicherten Männer in Baden-Württemberg an einer

Früherkennungsuntersuchung zu Prostatakrebs teilgenommen. Allerdings zeigt Tab. 24, dass die Teilnahmeraten im selben Beobachtungszeitraum um etwa 6% zurückgegangen sind.

	2010	2011	2012	2013
Prostatakrebsvorsorge	34,2%	34,0%	28,0%	28,5%
Darmkrebsvorsorge (Okkulttest)	10,3%	9,2%	8,7%	8,6%
Darmkrebsvorsorge (Koloskopie)	1,4%	1,4%	1,2%	1,3%
Gesundheits-Check-Up	27,3%	27,7%	27,7%	28,5%

Tab. 24 Teilnahmequoten von AOK-versicherten Männern an Vorsorgeuntersuchungen in Baden-Württemberg (Daten: AOK Baden-Württemberg, eigene Darstellung)

Abb. 134 Jemals Inanspruchnahme von Gesundheits-Check-up, Männer ab 35. J in Baden-Württemberg und Deutschland (Daten: Public-Use-File GEDA 2010, Robert Koch-Institut Berlin 2012, eigene Darstellung bzw. eigene Berechnung)



5.5.3. DARMKREBSVORSORGE

Die zweithäufigste Krebserkrankung bei Männern ist Darmkrebs (→ Kapitel 2.4.2.1). Da die Erkrankungssymptome bei dieser Krebsform sehr spät auftreten, kann eine frühzeitige Diagnosestellung entscheidend für ihren Verlauf sein. Ab dem 50. Lebensjahr haben gesetzlich versicherte Männer und Frauen Anspruch auf einen jährlichen Stuhltest auf verstecktes Blut (Okkulttest), ab dem 55. Lebensjahr besteht außerdem ein Anspruch auf eine Darmspiegelung (Koloskopie, alle 10 Jahre) (KBV 2014; RKI 2012: 4; Starker, Saß 2013). Seit 2003 können Versicherte ab 50 Jahren darüber hinaus eine Beratung zu den genannten Untersuchungen in Anspruch nehmen (Riens et al. 2011). Die Darmspiegelung hat einerseits sehr viel mehr Aussagekraft als der Stuhltest, sie ist andererseits deutlich aufwendiger, unangenehmer und kann mit Komplikationen einhergehen. In Erprobung befindet sich daher ein Gen-Stuhltest, der spezifisch Krebszellen identifizieren kann und die Verträglichkeit eines Stuhltests mit der

Aussagekraft der Koloskopie verbinden soll (Brenner et al. 2014; Brenner, Tao 2013).

Durchschnittlich 9,2% der AOK-versicherten Männer in Baden-Württemberg nehmen seit 2010 jährlich den Okkulttest in Anspruch. Nach Angaben des Versorgungsatlas hat jeder zehnte Mann in Baden-Württemberg seit 2008 einen Okkulttest in Anspruch genommen (versorgungsatlas.de). Demgegenüber haben nur 5% der versicherten Männer seit 2010 eine Darmspiegelung vornehmen lassen. Pro Jahr entspricht dies einer Teilnahmequote von weniger als 2% der AOK-versicherten Männer, wobei jedoch zu berücksichtigen ist, dass die Untersuchung nur einmal alle 10 Jahre kostenlos in Anspruch genommen werden kann.

Die Ergebnisse einer Studie des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland zeigen, dass seit Einführung der Krebsvorsorgeuntersuchungen zu Darmkrebs 18,3% der anspruchsberechtigten Männer in Deutschland zwischen 55 und 74 Jahren an

einer Darmspiegelung teilgenommen haben (Abb. 135). Der Geschlechterunterschied beträgt in dieser Altersgruppe weniger als 2%. Ein differenzierter Blick auf die Untersuchungsdaten nach einzelnen Altersgruppen zeigt, dass Männer nicht etwa generell seltener zur Vorsorge gehen (ärzteblatt.de 2013). Für jüngere Männer trifft dies zu, ab dem Alter von 70 Jahren unterscheiden sich Männer und Frauen hinsichtlich der Teilnahme nicht mehr. Ab dem 75. Lebensjahr liegen die Teilnahmequoten bei den Männern sogar über denen der Frauen (Abb. 135).

Daten des Versorgungsatlas zeigen, dass die Teilnahmequote an der Früherkennungskoloskopie der Männer in Baden-Württemberg mit 2,1% unter dem Bundesdurchschnitt von 2,5% liegt. Die Teilnahmequote der Frauen ist sowohl bundesweit wie in Baden-Württemberg noch geringer (versorgungsatlas.de).

Innerhalb des Landes fallen vor allem die südwestlich gelegenen Regionen (Lörrach, Freiburg, Schwarzwald-Baar-Kreis, Waldshut) sowie Heilbronn, das Rhein-Neckar-Gebiet und Esslingen durch vergleichsweise geringe Teilnahmeraten von Männern auf (<2%) (Abb. 136). Bei 34,3% aller durchgeführten Früherkennungskoloskopien bei Männern in Baden-Württemberg wurden Polypen entfernt, bei denen es sich um ein Vorstadium von Darmkrebs handelt. Bei 0,7% wurde ein Kolonkarzinom und bei 0,4% ein Rektumkarzinom diagnostiziert. Bei 3 von 1.000 Koloskopien traten Komplikationen auf (KV Baden-Württemberg 2011).

In Deutschland ließen sich insgesamt 10,2% der Männer zu Maßnahmen der Darmkrebsfrüherkennung beraten (KV Baden-Württemberg 2011). Bei dieser Maßnahme schneidet Baden-Württemberg mit einer Teilnahmequote von 7% im bundesweiten Vergleich am schlechtesten ab (versorgungsatlas.de).

Bei einer GKV-Befragung gaben Männer als Hauptgrund für die Nichtteilnahme an einer Darmkrebsfrüherkennungsuntersuchung an, dass sie sich gesund fühlen. An zweiter Stelle nannten die Männer „Angst vor der Untersuchung und dem Ergebnis“ als Grund (23,7%) (Zok 2007b).

Eine pauschale Bezeichnung von Männern als „Vorsorgemuffel“ ist weder für Baden-Württemberg noch bundesweit zutreffend (ärzteblatt.de 2013). In bestimmten Altersgruppen gehen Männer genauso häufig z.B. zur Darmkrebsvorsorge, teils auch häufiger als Frauen. Die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen kann aufgrund des kontrovers diskutierten Nutzens derselben auch nur bedingt als Indikator für „optimales Gesundheitsverhalten“ gelten. Das gilt auch für die Darmkrebsfrüherkennung, v.a. wegen der diskutierten Relation zwischen möglichen Komplikationen und Nutzen der Koloskopie (Haack et al. 2014; Schäfer et al. 2012).

Abb. 135 Kumulierte Teilnahme an Früherkennungs-Koloskopie von GKV-Versicherten in den berechtigten Altersgruppen in Deutschland 2003 bis 2010 (Eigene Darstellung nach Schäfer et al. 2012)

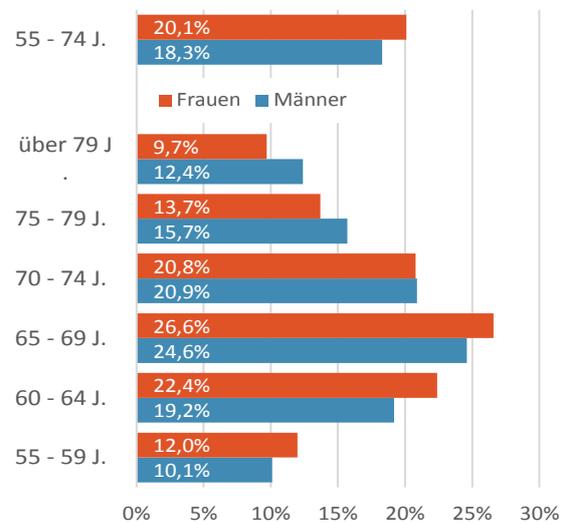
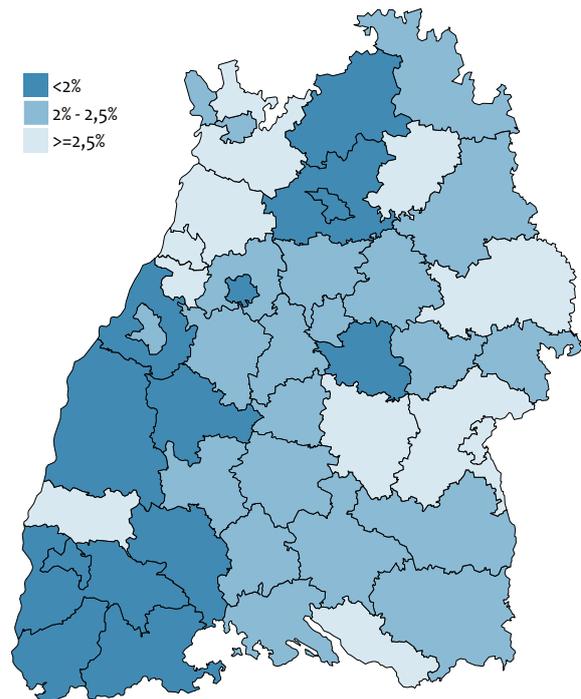


Abb. 136 Inanspruchnahme der Früherkennungs-Koloskopie von Männern in Baden-Württemberg (2,1%) im Jahr 2008 (Daten: versorgungsatlas.de, eigene Berechnung)



Jüngere Männer gehen zwar seltener zum Arzt, nehmen aber nicht eindeutig seltener an Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen teil als Frauen. Das Hinauszögern von Arztbesuchen selbst bei ersten Symptomen wird u.a. damit erklärt, dass Männer teilweise ein anderes Körperbild und Selbstverständnis von Gesundheit und Wohlbefinden aufweisen als Frauen (Sieverding 2004: 28). Mit eher unklaren Symptomen wie psychischen oder psychosomatischen Störungen nehmen Männer seltener ärztliche Hilfe in Anspruch (Sieverding 2004: 28)

Dies stellt in einem kommerzialisiertem Gesundheitssystem aber nicht zwangsläufig nur ein Gesundheitsrisiko dar, es kann im Gegenteil auch einen Schutzfaktor gegen Übermedikalisierung darstellen (Dinges 2007; Grady 2010). Ebenso sind manche Früherkennungsmaßnahmen nicht uneingeschränkt zu empfehlen, etwa wird der PSA-Test auf Fachebene nur für gezielte Fragestellungen als sinnvoll erachtet (DKFZ 2013; RKI 2012, Schröder et al. 2009).

Ich informiere mich über Früherkennung ...	Frauen >= 20J (n=1.616)	Männer >=35J (n=883)
... beim Hausarzt	42,5	42,6
... bei Krankenkassen	31,5	34,7
... beim Facharzt	23,9	7,9
... über Bücher / Zeitschriften	20,9	16,1
... über das Internet	19,6	20,3
... über Presse/Rundfunk/Fernsehen	19,6	15,3
... bei Verwandten, Freunden, Bekannten	8,7	5,8
... in der Apotheke	6,7	5,8
... habe berufliche damit zu tun	1,9	0,5
... über die Werbung	0,3	0,1

Tab. 25 Informationen zu Früherkennungsuntersuchungen (in Prozent) „Wenn Sie sich selber über Früherkennung informieren – wo beziehungsweise wie machen sie das?“ (Eigene Darstellung nach Zok 2007b)

Wie das Alter spielt auch die soziale Lage eine wesentliche Rolle für die Teilnahme an Krebsvorsorgeuntersuchungen und dem Gesundheits-Check-Up. Vor allem sozial benachteiligte Männer nehmen seltener an Vorsorgeuntersuchungen teil (Sieverding 2004: 29). In schlechterer sozialer Situation werden, nicht zuletzt wegen der körperlich hoch fordernden beruflichen Tätigkeiten, Gesundheitsrisiken häufiger verharmlost, bei gleichzeitig geringerer Sensibilität für Symptome des eigenen Körpers (BMFSFJ 2014: 22; Faltermaier 2004: 24).

Die insgesamt geringere medizinische Inanspruchnahme von Männern – die nur teilweise für bestimmte Altersgruppen von Männern in Baden-Württemberg festzustellen ist – kann nicht ausschließlich über das männliche Gesundheitsverhalten erklärt werden. Vor allem die Form der Gesundheitsangebote, aber auch die Art und Weise wie Beratung hierzu erfolgt, scheinen für die Haltung der Männer eine zentrale Rolle zu spielen (Dinges 2007). In diesem Zusammenhang sind die Befragungsdaten zur Nichtteilnahme an Vorsorgeuntersuchungen von GKV-Versicherten aufschlussreich (Tab. 25). Männer berichten dort von ihren Hauptinformationsquellen zu Früherkennungsuntersuchungen. Der Hausarzt stellt für Männer die wichtigste Informationsquelle dar, gefolgt von den Krankenkassen und dem Internet (Riens et al. 2011).

In Baden-Württemberg sind die Beratungsquoten zu Früherkennungsuntersuchungen von Darmkrebs besonders niedrig. Vor allem für Männer sind Beratungsmodelle und -möglichkeiten anzudenken, die einen passenden Zugang zu Informationen ermöglichen und Männer jeglichen Alters und sozialen Status erreichen (Schäfer et al. 2012). Die mögliche Einführung eines ungefährlichen und dennoch aussagekräftigen Gen-Stuhltests zur Darmkrebs-Früherkennung würde zukünftig voraussichtlich uneingeschränktere Empfehlungen erlauben. Dabei sollte berücksichtigt werden, dass Männer niedriger sozialer Lage in Baden-Württemberg noch seltener Vorsorgeangebote wahrnehmen als bundesweit. Von Bedeutung ist auch die Unterschiedlichkeit der Ausgangslagen wie auch Motivationen, keine Vorsorge in Anspruch zu nehmen. Gesundheitsbezogenen Informationsquellen kommt dabei eine große Bedeutung zu (Schäfer et al. 2012), um eine informierte Entscheidung für oder gegen eine Vorsorgemaßnahme zu ermöglichen (Steckelberg et al. 2013).

Untersuchung	Untersuchungsintervall	Inanspruchnahme der AOK-versicherten Männer in Baden-Württemberg 2010 bis 2013
Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten (Check-up)	zweijährig ab 35 Jahren	2010 bis 2013 jährlich Ø 27,8% der männlichen AOK-Versicherten in Baden-Württemberg ab 35 J.
Hautkrebsfrüherkennung	zweijährig ab 35 Jahren	k. A.
Früherkennung von Prostatakrebs	jährlich ab 45 Jahren	2010 bis 2013 jährlich Ø 30,9% der männlichen AOK-Versicherten in Baden-Württemberg ab 45 J.
Darmkrebsfrüherkennung: chemischer Stuhlbluttest	jährlich ab 50 Jahren	2010 bis 2013 jährlich Ø 9,2% der männlichen AOK-Versicherten in Baden-Württemberg ab 50 J.
Darmkrebsfrüherkennung: Darmspiegelung (Koloskopie)	zweimal im Abstand von 10 Jahren ab 55 Jahren	2010 bis 2013 jährlich Ø 1,2% der männlichen AOK-Versicherten in Baden-Württemberg ab 55 J.

Tab. 26 Krebsfrüherkennungsuntersuchungen, die von der gesetzlichen Krankenversicherung angeboten werden (RKI 2014: 19; Gemeinsamer Bundesausschuss 2011; Starker, Saß 2013; erweitert um die Inanspruchnahme der AOK-versicherten Männer in Baden-Württemberg, eigene Darstellung)

5.6. GESUNDHEITLICHES WOHLBEFINDEN

Das individuelle Wohlbefinden ist ein guter Indikator für den tatsächlichen Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten (WHO 1996: 51; Meurer et al. 2001; Singh et al. 2013). Darüber hinaus gilt die persönliche Gesundheitseinschätzung in den Gesundheitswissenschaften als guter Vorhersagewert für vorzeitige Sterblichkeit (Idler 2003; Singh-Manoux 2006; Müters et al. 2005). Menschen, die sich gesundheitlich weniger wohl fühlen, haben ein höheres Risiko vorzeitig zu sterben. Dieser Zusammenhang ist dabei weitgehend unabhängig vom tatsächlichen, also objektiv vom Arzt diagnostizierten, Gesundheitszustand (Müters et al. 2005; Richter 2005). Auch bei bestehender Krankheit ist eine allgemein positive Gesundheitseinschätzung mit besseren Heilungschancen und längerer Lebenszeit verbunden (Fayers, Sprangers 2002). Grund dafür ist, dass die Frage zum Wohlbefinden über den objektiven Gesundheitszustand hinaus auch die psychosoziale Lebenslage eines Menschen erfasst. Das gesundheitliche Wohlbefinden beschreibt somit mehr als allein das professionelle Wissen über Krankheit und Gesundheit (Mavaddat et al. 2011: 6; Mackenbach et al. 2002).

Ob ein Mensch seine Gesundheit gut oder schlecht bewertet, hat wiederum Einfluss auf sein Gesundheitsverhalten z.B. auf die Motivation gesundheitsriskante Lebensstile zu verändern, medizinische Leistungen in Anspruch zu nehmen oder aktiv am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben. Inzwischen ist die sogenannte „subjektive Gesundheit“ vor allem für gesundheitspolitische Handlungsempfehlungen höchst bedeutsam, da sich hierüber Zielgruppen für Prävention und Gesundheitsförderung definieren lassen (Flick 1998: 14; Richter 2005; Langness et al. 2006). Übertragen auf Männergesundheit lassen sich über die Frage nach dem gesundheitlichen Wohlbefinden Gruppen von Jungen und Männer beschreiben, die von erhöhten Gesundheitsrisiken betroffen sind.

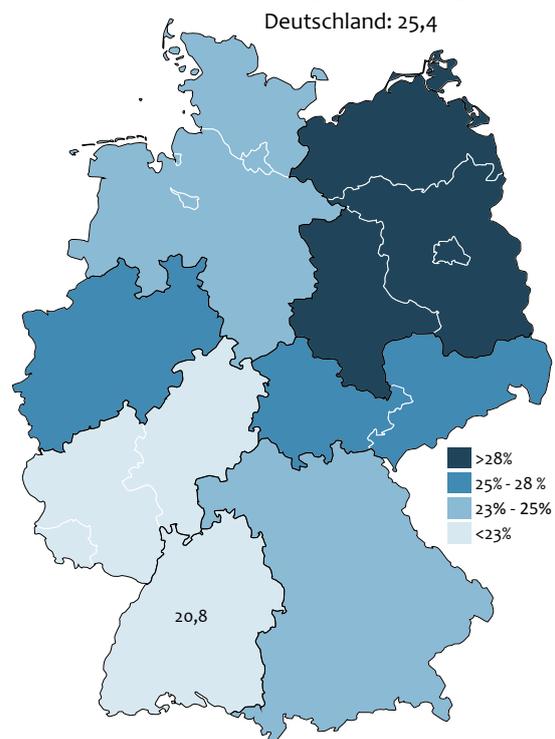
Erfasst wird die „subjektive Gesundheit“ in Befragungsstudien z.B. durch die Frage „Wie gesund fühlen sie sich im Allgemeinen?“. Den Befragten stehen meist sechs Antwortmöglichkeiten zur Verfügung: sehr gut, gut, mittelmäßig oder zufriedenstellend, schlecht und sehr schlecht. Der Grenzwert für eine Beeinträchtigung im gesundheitlichen Wohlbefinden wird bei „mittelmäßig“ gesetzt. Denn Menschen – vor allem Jugendliche und junge Erwachsene – die ihre Gesundheit schlechter als gut bewerten sind erhöhten Gesundheitsrisiken ausgesetzt (RKI, 2006; Richter 2005; Langness et al. 2006).

Mehr als zwei Drittel der Männer in Baden-Württemberg und bundesweit berichten von einem sehr guten bis guten Gesundheitszustand. Jeder fünfte Baden-Württemberger bewertet seinen Gesundheitszustand schlechter als gut (in Deutschland jeder vierte) (Abb.

137) (GEDA 2010, RKI). Die insgesamt gute gesundheitliche Lage der Männer in Baden-Württemberg zeigt sich also auch an dieser Stelle. So ist hierzulande der Anteil von Männern mit geringem Wohlbefinden geringer als in anderen Bundesländern (Abb. 137).

Die im Stuttgarter Alterssurvey befragten Männer ab 50 Jahren berichten größtenteils von einem sehr guten oder guten Gesundheitszustand (67%). Etwas mehr als ein Drittel der Männer schätzen dort ihre Gesundheit schlechter als gut ein (33%). Mit steigendem Alter berichten die Stuttgarter-Männer häufiger von geringem Wohlbefinden (Erb et al. 2013). Dies zeigt sich auch – wie in Abb. 138 zu sehen ist – für die Männer in Baden-Württemberg und bundesweit. Ebenfalls in Abb. 138 ist zu sehen, dass bundesweit der Anteil von Männern mit geringerem gesundheitlichem Wohlbefinden in allen Altersgruppen höher ist.

Abb. 137 Allgemeiner Gesundheitszustand (mittelmäßig bis sehr schlecht) der Männer in Deutschland (Daten: Public-Use-File GEDA 2010, RKI Berlin 2012, eigene Berechnung)



Menschen niedriger sozialer Lage, die z.B. erwerbslos sind, einen niedrigen Bildungsstand ausweisen oder auch in schlechten Wohnverhältnissen leben, berichten häufiger von geringem Wohlbefinden. Allerdings zeigen sich unterschiedlich starke Zusammenhänge zwischen diesen Lebensbedingungen nach Alter und Geschlecht (Kunst 2005; Singh-Manoux 2006; Haugland et al. 2001). Auch in Baden-Württemberg finden sich die meisten Männer mit schlechter bzw. mittelmäßiger subjektiver Gesundheit in sozial benachteiligten Lebenslagen (26%) (Abb. 138).

Mit Blick auf das Jugendalter zeigt sich ein ähnlicher Befund: In der KiGGS-Studie berichten 13,3% der Jungen von einer subjektiven Gesundheit schlechter als gut. Jungen niedriger sozialer Lage schätzen ihre Gesundheit häufiger schlecht ein, als Jungen mittlerer und hoher sozialer Lage (eigene Berechnung, KiGGS 2008).

Gesundheit manifestiert sich nicht nur im Körper, sondern ebenso in der Psyche und im sozialen Kontext. Dabei ist das Wohlbefinden weniger von außergewöhnlichen Lebensereignissen beeinflusst. Hier wirken vor allem alltägliche Belastungen und Anforderungen. Vor allem psychosoziale Einflussfaktoren wie regelmäßige Abwertung, Ausgrenzung und geringe soziale Unterstützung gelten als Risiken für geringes Wohlbefinden bei Jungen und Männern (Keller et al. 2013; Molarius et al. 2007: 129; Frank et al. 1998: 67).

Im Geschlechtervergleich zeigt sich für Baden-Württemberg, dass es über alle Altersgruppen hinweg weniger Männer als Frauen sind, die ihre Gesundheit schlechter als gut bewerten (Abb. 139) (GEDA 2010). Dieser Befund steht auch hierzulande in Diskrepanz zur geringeren Lebenserwartung der Männer (Cornelius 2013: 465; Singh et al. 2013; Zok 2007a: 3). Gleichzeitig sprechen diese Ergebnisse für die hohe Bedeutung von Geschlechterunterschieden in den individuellen Gesundheitsvorstellungen und -idealen. Denn für die Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes spielt die persönliche Gesundheitsdefinition eine zentrale Rolle, welche sich zwischen den Geschlechtern stark unterscheidet und auch vom sozialen und kulturellen Lebenskontext geprägt ist (Flick 1998: 9; Phillips 2008: 370). So definieren Männer Gesundheit häufig über physische Funktions- und Leistungsfähigkeit, Frauen dagegen vor allem über das persönliche und psychische Wohlbefinden. Eine Erklärung für Geschlechterunterschiede in den Gesundheitsvorstellungen wird z.B. im männlichen Selbstbild und Rollenverständnis gesehen, wonach Männer Krankheitszeichen häufiger erst wahrnehmen, wenn ihre Funktionalität und Leistungsfähigkeit beeinträchtigt sind (Helfferich 1993: 48; Pförtner 2013: 18). Für die weibliche Gesundheitsdefinition stehen Wohlbefinden und Körpererleben im Vordergrund, die Symptomaufmerksamkeit ist höher, und Frauen sind „sozialisationsbedingt geübter“ was Gespräche über körperliche Symptome und Beschwerden anbelangt. Bereits in Kindheit und Jugend lernen Mädchen eher in ihren Körper hineinzuhören und präzise über ihre Wahrnehmung Auskunft zu geben, während Jungen eher angehalten sind, Körperempfindungen zu ignorieren (MFJFG 2000: 263).

Hinzu kommt, dass es bei der Einschätzung der eigenen Gesundheit nicht nur um das persönliche Rollenverständnis geht. Wird über subjektive Gesundheitsvorstellungen gesprochen, werden hierbei auch immer weitere Themen mittransportiert, wie z.B. die Erwartungen der Umwelt (Kuhlmann, Kolip 1998: 55-56).

Abb. 138 Allgemeiner Gesundheitszustand (mittelmäßig bis sehr schlecht) von Männern in Baden-Württemberg und Deutschland (Daten: Public-Use-File GEDA 2010, Robert Koch-Institut Berlin 2012, eigene Berechnung)

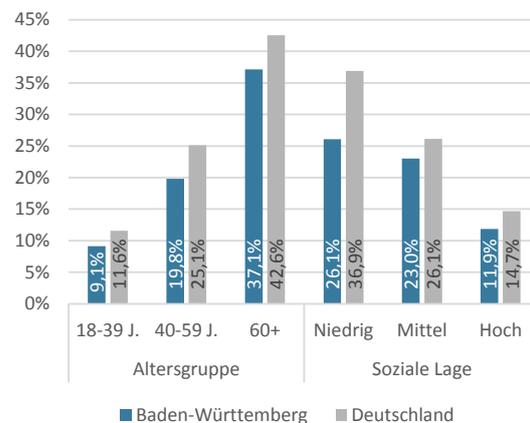
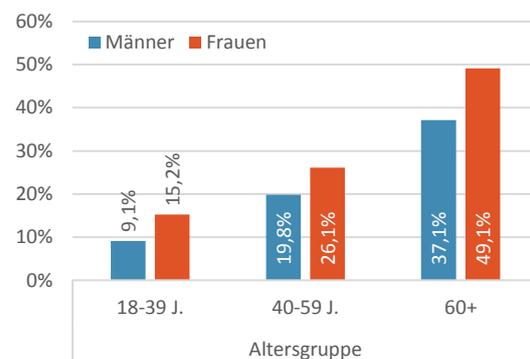


Abb. 139 Allgemeiner Gesundheitszustand (mittelmäßig bis sehr schlecht) von Männern und Frauen in Baden-Württemberg (Daten: Public-Use-File GEDA 2010, Robert Koch-Institut Berlin 2012, eigene Berechnung)



Denn Gesundheitsdefinitionen hängen auch mit der jeweiligen gesellschaftlichen Perspektive auf die Gesundheit des Einzelnen zusammen. Eine Leistungsgesellschaft zeichnet sich auch dadurch aus, dass die vollwertige Mitgliedschaft an der Leistungsfähigkeit gemessen wird. Gesundheit ist eine wesentliche Voraussetzung von Leistungsvermögen. Um den Anforderungen und Zwängen der Gesellschaft nachkommen zu können, wird daher vom Einzelnen also Gesundheit gefordert (Helfferich 1993: 45). Auch wenn sich die gesellschaftlich gewachsenen Männerleitbilder in einem Wandlungsprozess befinden, sind bestimmte Eigenschaften, die von Männern erwartet werden, recht stabil, wie z.B. Leistungsorientierung, Ehrgeiz und Durchsetzungsvermögen (BMFSFJ 2014). Darüber hinaus wird von Männern eher Härte und Rigorosität gegenüber des eigenen Körpers erwartet und so liegt es nahe, dass Männer Motive wie Funktionsfähigkeit und Aktivität eher mit Gesundheit assoziieren – wodurch es folglich zu Geschlechterunterschieden in gesundheitsrelevantem Verhalten, aber auch bezüglich der Vorstellungen von Gesundheit kommt (BMFSFJ 2014). Dieser Sachverhalt muss sowohl im Rahmen epidemiologischer Analysen als auch bei der Etablierung präventiver Angebote unbedingt berücksichtigt werden (Kuhlmann, Kolip 1998: 56).

5.7. DISKUSSION

Verhaltensbezogene Risiken wie geringe körperliche Aktivität, Fehlernährung, übermäßiger Alkoholkonsum und Rauchen zählen zu den Hauptursachen weltweiter Krankheitslast (Lim et al. 2012). Entsprechend wird zur Klärung der Frage „warum Männer früher sterben“ meist auf das risikoreichere, weniger gesundheitsbewusste Verhalten von Jungen und Männern verwiesen (Mor-Barak 1995). Darauf fußend werden Jungen und Männer dann zu „gesundheitsidiotischen“ Zielgruppen verhaltensbezogener Maßnahmen gemacht, um lebensstilbedingten Risiken wie Rauchen, Übergewicht und geringer sportlicher Aktivität entgegenzuwirken. Das Problem ist jedoch, dass erzieherische Programme oder gesundheitliche Aufklärungskampagnen wenig Wirkung zeigen. Ein umfassendes Gesundheitswissen schlägt sich eben nicht unmittelbar in gesundheitsförderlicher Lebensweise nieder – und das betrifft keineswegs nur Jungen und Männer.

Menschen sind keine Maschinen und entziehen sich daher auch einer kalkulierbaren Input-Output-Logik. Sie reagieren auf Anregungen von außen unterschiedlich und ein wesentlicher Anteil ihres Verhaltens und Denkens bleibt subjektiv. Gesundheitsverhalten im Alltag ist eben keine Frage des Abspulens von Gesundheitswissen (Altgeld 2014: 5). Im Gegenteil kann die Festlegung von idealen und normgetreuen Gesundheitsverhaltensweisen zu Schuldzuweisung und Stigmatisierung des Einzelnen führen (Helmert, Schorb 2006: 138), was dann eher negative Gesundheitseffekte hat.

Die guten Nachrichten dieses Kapitels lauten: Jungen und Männer in Baden-Württemberg haben nicht nur die höchste Lebenserwartung innerhalb Deutschlands, sie fühlen sich darüber hinaus auch gesünder, sind deutlich seltener übergewichtig und körperlich aktiver, letzteres vor allem auch in höherem Lebensalter. Außerdem nehmen sie etwas häufiger Krebsfrüherkennungsuntersuchungen in Anspruch als im bundesweiten Durchschnitt und erleben seltener tödliche Gewalt.

So weit, so gut, nun zu den schlechten Nachrichten: Die vielleicht schlechteste lautet, dass, um das Gesundheitsverhalten von Jungen und Männern in Baden-Württemberg zu beurteilen, o.g. Betrachtungen landesweiter Mittelwerte ungeeignet sind. Sowohl die kleinräumige Analyse der gesundheitlichen Lage als auch mancherorts vorliegende Detailanalysen (z.B. Stuttgarter Studien) zeigen, dass eine Betrachtung „der Jungen“ oder „der Männer“ zu wenig führt. Die Unterschiede sind groß, scheinbar auch in Baden-Württemberg, doch unser Wissen darum ist gering. Was wir sehen, bundesweit wie für Baden-Württemberg, ist eine ausgeprägte Sozillageabhängigkeit des Gesundheitsverhaltens von Jungen und Männern. Das

gilt für praktisch alle betrachteten Kennzahlen in diesem Kapitel und zeigt auf, wo angesetzt werden kann und sollte.

Wir wissen, dass der gesundheitsbezogene Lebensstil eng mit der sozialen Lebenslage zusammenhängt (Hurlmann, Richter 2013: 73). Er ist geprägt durch die Sozialisation, resultiert aus den Spielräumen und Wahlmöglichkeiten, die sich aus den Lebensbedingungen ergeben und bestimmt im weiteren Lebensverlauf das Handeln. Das Gesundheitsverhalten isoliert von der Umwelt und der Sozialisation zu betrachten, greift daher deutlich zu kurz (Faltermaier 2008: 36–37). Männliches (Risiko-)Verhalten ändert sich im Lebensverlauf, zudem sind bestimmte Gruppen von Männern lebenslang mehrfachen Risiken ausgesetzt. Jungen und Männer in schlechter sozialer Situation rauchen häufiger, konsumieren in höherem Maße hochprozentige Alkoholika (→ Kapitel 2.4.4.3), ernähren sich weniger ausgewogen und sind häufiger übergewichtig. Sie sind von mehr körperlichen Gewalterfahrungen betroffen, nehmen seltener ärztliche Hilfe in Anspruch und berichten von einem insgesamt geringeren Wohlbefinden.

Die Ursachen dafür sind vielfältig: Zunächst einmal kostet gesundheitsbewusstes Verhalten nicht selten Geld, sei es beim Essen, beim Sport oder auf der Suche nach Entspannung und Ausgleich (für Männer wie Frauen). Doch auch Männlichkeitsleitbilder sind stark sozillageabhängig, kulturell geprägt und durch spezifische Berufssozialisierungen bedingt. Sich tagtäglich körperlich schwer zu verausgaben oder gar zu gefährden muss das Verhältnis zum eigenen Körper entscheidend prägen, wenn dieser Beruf nicht einfach gewechselt werden kann (was eher die Regel ist). Und auch sozillagebedingter Stress spielt eine große Rolle, denn er beeinflusst die Ernährung und begünstigt riskantes Verhalten und Sucht (Male Depression → Kapitel 2.4.4).

Auf Verhalten einzuwirken, bedeutet meist, recht weit „stromaufwärts“ tätig zu sein, also lange vor Krankheit und Tod (→ Kapitel 2.2). Um gerade skizziertes Verhalten von Jungen und Männern zu verändern, kann es schon aufgrund der oben skizzierten Unterschiedlichkeit keine „Jungen- und Männerstrategie“ geben. Gerade um die meist am wenigsten erreichte Gruppe der Jungen und Männern in schlechterer sozialer Situation zu erreichen, ist es notwendig, oben beschriebene Kontexte einzubeziehen. Konkret heißt das, gezielt auf vorrangige Lebenswelten von Jungen und Männern zuzugehen und dort proaktiv die subjektiven Verhaltenslogiken zu verstehen sowie die Maßnahmen eng an diesen auszurichten (→ Kapitel 6). Geeignete Lebenswelten hierfür können etwa KiTa, Schule, Betrieb aber auch Stadtteile sein. In diesen Lebenswelten werden auch gesellschaftliche Rollenmodelle für Jungen

und Männer alltäglich „spürbar“ – und sind thematisierbar, auch mit Blick auf Gesundheit.

Die größere Bewegungsfreude und das höhere sportliche Interesse von Jungen und Männern ist eine zentrale Ressource für ihre Gesundheit. Die Daten zeigen, dass auch sie von sozial benachteiligten Jungen und Männern weniger genutzt werden kann. Dies hängt auch an Gelegenheiten, die wiederum geschaffen werden können, wenn sie auf Lebenswelten und -formen abgestimmt sind.

In Baden-Württemberg sind Männer überdurchschnittlich körperlich aktiv, erleiden aber auch häufiger Unfälle. Dies zeigt sich bei bundesweiten Befragungen wie auch bei der Analyse der Sterblichkeit (→ Kapitel 2.4.5). Gerade Freizeitunfälle scheinen landesweit eine größere Rolle zu spielen. Die Doppelbotschaft lässt sich nicht auflösen, denn möglich ist, dass Männer in Baden-Württemberg freizeithlich aktiver sind und gerade deswegen häufiger Unfälle erleiden. Von Aktivität abzuraten würde die Unfallstatistik nicht verbessern, aber sicher zu weniger Gesundheit und Wohlbefinden führen. Die Zahlen weisen darauf hin, dass gerade ältere Männer in Baden-Württemberg

überdurchschnittlich von Unfällen betroffen sind. Lokal können sich hieraus Ansätze ergeben, die auf spezifische Unfallrisiken in Haus und Garten oder bei bestimmten Sportarten fokussieren können.

Auf Basis der landesweiten Daten, die hier ausgewertet wurden, ist wenig Spezifizierung möglich. Um Lebensstile und die ihnen zugrundeliegenden Verhältnisse vor Ort gezielt zu beurteilen und ggf. anzugehen, wird kommunales Expertenwissen benötigt, wie es etwa die kommunalen Gesundheitskonferenzen vorhalten können. Sie sind auch der geeignete Ort, wo lokales sozillagebezogenes Gesundheitsverhalten analysiert und die geeigneten Lebenswelten zur Erreichung von Jungen und Männern identifiziert werden sollten. Leider ist es derzeit noch so, dass die Datennlage zum Gesundheitsverhalten in Baden-Württemberg fast nur besser werden kann. Im Flussbild der Entstehung von Erkrankungen liegen Verhaltensfaktoren meist weit stromaufwärts (→ Einleitung). Wenn die Arbeit stromaufwärts, d.h. Prävention und Gesundheitsförderung, gestärkt werden sollen, muss sich dies mittelfristig ändern.

LITERATUR

- Abel T. et al. (2006): Kulturelles Kapital, kollektive Lebensstile und die soziale Reproduktion gesundheitlicher Ungleichheit. In: Richter, M. (Hg.): *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 195-208.
- Ahima R.S.; Lazar M.A. (2013): The Health Risk of Obesity - Better Metrics Imperative. *Science* 341 (6148), 856-858.
- Altgeld T. (2014): Respekt als Leitbild der Gesundheitsförderung. *Impulse für Gesundheitsförderung* 84, 4-5.
- ärzteblatt.de (2013): Männer sind Vorsorgemuffel. Online verfügbar unter <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/53221/Maenner-sind-Vorsorgemuffel>, zuletzt geprüft am 18.03.2015.
- Babitsch B. (2006): Die Kategorie Geschlecht. Implikationen für den Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit. In: Richter, M. (Hg.): *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 271-287.
- Barmer GEK (2010): Barmer GEK Arztreport. Erkrankungen und zukünftige Ausgaben. Barmer GEK, Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung. Schwäbisch Gmünd, Hannover, 2010.
- Bazzano L.A. et al. (2014): Effects of low-carbohydrate and low-fat diets: a randomized trial. *Annals of internal medicine* 161 (5), 309-318.
- Brenner H. et al. (2014): Qualitätssicherung in der Routine ist notwendig und gut realisierbar. *Deutsches Ärzteblatt* 111 (19), 842-843.
- Brenner H.; Tao S. (2013): Superior diagnostic performance of faecal immunochemical tests for haemoglobin in a head-to-head comparison with guaiac based faecal occult blood test among 2235 participants of screening colonoscopy. *European Journal of Cancer* 49 (14), 3049-3054.
- BMFSFJ - Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2014): *Jungen und Männer im Spagat: Zwischen Rollenbildern und Alltagspraxis*. Berlin, 2014.
- BMG - Bundesministerium für Gesundheit, Referat Öffentlichkeitsarbeit (2005): *Ratgeber zur Prävention und Gesundheitsförderung*. 7. Aufl. Berlin, 2005.
- Bürgel I. (2007): Über Gewicht. *Blickpunkt der Mann* 5 (2), 12-15.
- Cooper R. et al. (2014): Physical capability in mid-life and survival over 13 years of follow-up: British birth cohort study. *BMJ* 348, 1-12.
- Cornelius I. (2013): Säuglingssterblichkeit in Baden-Württemberg. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (Hg.). Stuttgart (Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg), 2013 (10), 19-26.
- DGE - Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (2013): *Vollwertig essen und trinken nach den 10 Regeln der DGE*. Online verfügbar unter <https://www.dge.de/ernaehrungspraxis/vollwertig-ernaehrung/10-regeln-der-dge/>, zuletzt geprüft am 12.03.2015.
- DKFZ - Deutsches Krebsforschungszentrum (2013): *Prostatakrebs - Früherkennung: PSA-Test noch immer umstritten*. Online verfügbar unter <http://www.krebsinformationsdienst.de/tumorarten/prostatakrebs/psa-test-frueherkennung.php>, zuletzt geprüft am 09.03.2015.
- DKFZ - Deutsches Krebsforschungszentrum (2014): *Gebärmutterhalskrebs-Früherkennung*, 29.08.2014. Online verfügbar unter <https://www.krebsinformationsdienst.de/tumorarten/gebarmutterhalskrebs/frueherkennung.php>, zuletzt geprüft am 18.03.2015.
- Dinges M. (2007): Was bringt die historische Forschung für die Diskussion zur Männergesundheit? *Blickpunkt der Mann* 5 (2), 6-9.
- Dinges M. (2009): Männer, die beratungsresistenten Gesundheitsidioten? *Blickpunkt der Mann* 7 (1), 19-23.
- Döge P. (2011): *Gewalthandeln und Gewalterleiden von Männern in Deutschland - Ergebnisse der Sonderauswertung der Männerstudie 2009*. In: Altgeld, T. (Hg.): *Nicht das Falsche fordern! Jungen und Männergesundheit (Impulse für Gesundheitsförderung, 72)*, 7-8.
- Dunlop D.D. et al. (2014): Relation of physical activity time to incident disability in community dwelling adults with or at risk of knee arthritis: prospective cohort study. *BMJ* 348, 1-11.
- Erb J.; Friedmann I.; Günsilius A. et al. (2013): *Alterssurvey 2012. Ergebnisse*. Stuttgart (Älter werden in Stuttgart. Generation 50plus), 2013.
- Faltermaier T. (2004): *Männliche Identität und Gesundheit. Warum Gesundheit von Männern? In: Altgeld, T. (Hg.): Männergesundheit. Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention*. Weinheim: Juventa, 11-33.
- Faltermaier T. (2008): *Geschlechterspezifische Dimensionen im Gesundheitsverständnis und Gesundheitsverhalten*. In: Badura, B., Schröder, H. und Vetter, C. (Hg.): *Fehlzeiten-Report 2007. Arbeit, Geschlecht und Gesundheit. Geschlechteraspekte im betrieblichen Gesundheitsmanagement*. Heidelberg: Springer (2007), 35-45.
- Fayers P.M.; Sprangers M.A.G. (2002): Understanding self-rated health. *The Lancet* 359 (9302), 187-188.
- Fischer O. (2015): *Männlichkeit und Fleischkonsum. Historische Annäherungen an eine gegenwärtige Gesundheitsthematik*. *Medizin-historisches Journal* 50.
- Flaake K. (2009): *Männliche Adoleszenz und Sucht*. In: Jacob, J. und Stöver, H. (Hg.): *Männer im Rausch. Konstruktionen und Krisen von Männlichkeiten im Kontext von Rausch und Sucht*. Bielefeld: Transcript (Studien interdisziplinäre Geschlechterforschung, 2), 23-32.
- Flick, U. (Hg.) (1998): *Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit*. Weinheim: Juventa (Gesundheitsforschung).
- Frank U. et al. (1998): *Subjektive Gesundheitsvorstellungen gesunder Erwachsener*. In: Flick, U. (Hg.): *Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit*. Weinheim: Juventa (Gesundheitsforschung), 33-44.
- Furlong, A.; Cartmel, F. (Hg.) (2007): *Young people and social change. New perspectives*. Unter Mitarbeit von A. Warde und N. Crossley. 2. Aufl. Maidenhead: McGraw-Hill/Open University Press (Sociology and social change).
- Galante-Gottschalk A.; Erb J. (2007): *Jugendgesundheit in Stuttgart. Ergebnisse der Jugendgesundheitsstudie Stuttgart 2005 und Tipps für die Gesundheitsförderung in Schulen*. Landeshauptstadt Stuttgart, Referat für Soziales, Jugend und Gesundheit, Gesundheitsamt (Hg.). Stuttgart, 2007.
- Garrouste-Orgeas M. et al. (2004): Body mass index. *Intensive Care Med* 30 (3), 437-443.
- Gemeinsamer Bundesausschusses (2011): *Richtlinie über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinie / KFE-RL)*. (Fassung vom 18. Juni 2009, geändert am 16. Dezember 2010, veröffentlicht 2011, in Kraft getreten am 3. März 2011). *Bundesanzeiger* (34).
- Gesundheitliche Chancengleichheit (2015) *Kapitel 3 - Welche Faktoren beeinflussen Gesundheit?* Online verfügbar unter <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/gesundheitsfoerderung-im-quartier/aktiv-werden-fuer-gesundheit-arbeitshilfen/teil-1-gesunde-lebenswelten-schaffen/welche-faktoren-beeinflussen-gesundheit/>, zuletzt geprüft 19.07.2015
- Grady D. (2010): Less Is More. How Less Health Care Can Result in Better Health. *Arch Intern Med* 170 (9), 749.
- Gransee C. (2008): *Essstörungen, Körperbilder und Geschlecht*. In: Schmidt-Semisch, H. und Schorb, F. (Hg.): *Kreuzzug gegen Fette*. 1. Aufl. s.l.: VS Verlag für Sozialwissenschaften (GWV).

- Haack G. et al. (2014): Informationen zur Darmkrebsfrüherkennung. *Bundesgesundheitsbl.* 57 (3), 380-387.
- Haugland S. et al. (2001): Subjective health complaints in adolescence. A cross-national comparison of prevalence and dimensionality. *European Journal of Public Health* 11 (1), 4-10.
- Helfferich C. (1993): Das unterschiedliche "Schweigen der Organe" bei Frauen und Männern - subjektive Gesundheitskonzepte und "objektive" Gesundheitsdefinitionen. In: Franke, A. (Hg.): Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept. Tübingen: DGVT-Verl (Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 20), 35-66.
- Helmert U.; Schorb F. (2006): Die Bedeutung verhaltensbezogener Faktoren im Kontext der sozialen Ungleichheit der Gesundheit. In: Richter, M. (Hg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 125-139.
- Herpertz S. et al. (2011): Diagnostik und Therapie der Essstörungen. *Deutsches Ärzteblatt* (11), 516-522.
- Hinz A. (2015): Jungen- und Männergesundheit aus evolutionspsychologischer Perspektive. In: Blomberg, C. und Neuber, N. (Hg.): Männliche Selbstvergewisserung im Sport, Bd. 6: Springer Fachmedien Wiesbaden (Bildung und Sport), 77-96.
- Hurrelmann K.; Richter M. (2013): Gesundheits- und Medizinsoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung. 8. Aufl. s.l.: Beltz (Soziologie).
- Idler E.L. (2003): Discussion: Gender Differences in Self-Rated Health, in Mortality, and in the Relationship Between the Two. *The Gerontologist* 43 (3), 372-375.
- Igel-Monitor (2013): PSA-Test zur Früherkennung von Prostatakrebs, 30.07.2013. Online verfügbar unter http://www.igel-monitor.de/Igel_A_Z.php?action=view&id=57, zuletzt geprüft am 28.12.2014.
- IN FORM - Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung (2011) Nationaler Aktionsplan zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten. Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (BMELV) und Bundesministerium für Gesundheit (BMG).
- KBV - Kassenärztliche Bundesvereinigung (2014): Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM). Berlin, 2014.
- Keller B.U. et al. (2013): "Na? Geht's gut?" Zum gesundheitlichen Wohlbefinden (self-rated health) von Jungen und Mädchen mit externalisierenden Verhaltensproblemen. *Gesundheitswesen* 75, 340-350.
- Knasmüller S. (2014): Krebs und Ernährung. Risiken und Prävention ; wissenschaftliche Grundlagen und Ernährungsempfehlungen. 1. Aufl. s.l.: Georg Thieme Verlag KG.
- Koch K. et al. (2013): Die Früherkennung von Prostatakrebs. *Therapeutische Umschau* 70 (4), 214-222.
- Kolip P. (2004): Der Einfluss von Geschlecht und sozialer Lage auf Ernährung und Übergewicht im Kindesalter. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 47 (3), 235-239.
- Konrad K. et al. (2013): Hirnentwicklung in der Adoleszenz. Neurowissenschaftliche Befunde zum Verständnis dieser Entwicklungsphase. *Dtsch Arztebl Int* 110 (25).
- Krogstøll L.T. et al. (2012): General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (10).
- Krug S. et al. (2013): Körperliche Aktivität. *Bundesgesundheitsbl.* 56 (5-6), 765-771.
- Kuhlmann E.; Kolip P. (1998): Subjektive Gesundheitskonzepte: Welche Rolle spielen Beruf und Geschlecht? *Z. f. Gesundheitswiss.* 6 (1), 44-57.
- Kunst A.E. (2005): Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 10 European countries. *International Journal of Epidemiology* 34 (2), 295-305.
- KV Baden-Württemberg (2011): Qualitätsbericht 2011 der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg, 2011.
- Langness A. et al. (2006): Jugendliche Lebenswelten: Familie, Schule, Freizeit. In: Hurrelmann, K. und Albert, M. (Hg.): Jugend 2006. Eine pragmatische Generation unter Druck. Orig.-Ausg. Frankfurt am Main: Fischer-Taschenbuch-Verl. (Fischer, 17213), 49-102.
- Leyk D. et al. (2012): Körperliche Leistung, Gewichtsstatus, Raucherquote und Sporthäufigkeit von jungen Erwachsenen. *Dtsch Arztebl Int.* 109(44): 737-45.
- Lim S.S. et al. (2012): A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet* 380 (9859), 2224-2260.
- Mackenbach J.P. et al. (2002): Self-assessed health and mortality: could psychosocial factors explain the association? *In J Epidemiol* 31, 1162-1168.
- Manz K. et al. (2014a): Körperlich-sportliche Aktivität und Nutzung elektronischer Medien im Kindes- und Jugendalter. *Bundesgesundheitsbl.* 57 (7), 840-848.
- Manz K. et al. (2014b): Körperlich-sportliche Aktivität und Nutzung elektronischer Medien im Kindes- und Jugendalter. Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 57 (7), 840-848.
- Mavaddat N. et al. (2011): What determines Self-Rated Health (SRH)? A cross-sectional study of SF-36 health domains in the EPIC-Norfolk cohort. *Journal of Epidemiology & Community Health* 65 (9), 800-806.
- MRI - Max Rubner-Institut, Bundesforschungsinstitut für Ernährung und Lebensmittel (2008): Nationale Verzehrs Studie II. Ergebnisbericht, Teil 1 einschließlich Ergänzungsband/Schichtindex. Die bundesweite Befragung zur Ernährung von Jugendlichen und Erwachsenen, 2008.
- MRI - Max Rubner-Institut, Bundesforschungsinstitut für Ernährung und Lebensmittel (2008): Nationale Verzehrs Studie II. Ergebnisbericht, Teil 2; Die bundesweite Befragung zur Ernährung von Jugendlichen und Erwachsenen, 2008.
- Meißner T. (2007): Überlebensvorteil Übergewicht? Wie eine verquere Diskussion um optimales Gewicht die Leute verwirrt. *Ärzte Zeitung*. Online verfügbar unter <http://www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/adipositas/article/451199/ueberlebensvorteil-uebergewicht-verquere-diskussion-optimales-gewicht-leute-verwirrt.html>, zuletzt geprüft am 17.03.2015.
- Mensink G. (2003): Bundes-Gesundheitssurvey. Körperliche Aktivität ; aktive Freizeitgestaltung in Deutschland. Berlin: Robert Koch-Institut (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes).
- Mensink G. (2004): Essen Männer anders? In: Altgeld, T. (Hg.): Männergesundheit. Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention. Weinheim: Juventa, 155-170.
- Meurer L.N. et al. (2001): Self-rated health status: A new vital sign for primary care? *Wisconsin Medical Journal* 100 (7), 35-40.
- Micha R. et al. (2010): Red and Processed Meat Consumption and Risk of Incident Coronary Heart Disease, Stroke, and Diabetes Mellitus: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Circulation* 121 (21), 2271-2283.
- Molarius A. et al. (2007): Socioeconomic conditions, lifestyle factors, and self-rated health among men and women in Sweden. *European Journal of Public Health* 17 (2), 125-133.
- Möller-Leimkühler A.M. (2009): Geschlechtsspezifische Unterschiede bei Depression und Suizidalität. *Blickpunkt der Mann* 7 (2), 22-27.
- Mor-Barak M.E. (1995): The meaning of work for older adults seeking employment: The generativity factor. *The International Journal of Aging and Human Development* 41 (4), 325-344.

- Muff C.; Weyers S. (2010): Sozialer Status und Ernährungsqualität. Evidenz, Ursachen und Interventionen. *Ernährungs Umschau* 57, 84-89.
- Müller M.J.; Maier H.; Mann R. (2007): Nationaler Aktionsplan gegen das Übergewicht, 2007.
- Müters S. et al. (2005): Subjektive Gesundheit als Prädiktor für Mortalität. *Gesundheitswesen* 67 (2), 129-136.
- Neuber N.; Blomberg C. (2015): Warum Jungen? In: Blomberg, C. und Neuber, N. (Hg.): Männliche Selbstvergewisserung im Sport: Springer Fachmedien Wiesbaden (Bildung und Sport), 15-40.
- MFJFG - Nordrhein-Westfalen; Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (2000): Gesundheit von Frauen und Männern in Nordrhein-Westfalen. Landesgesundheitsbericht 2000. Düsseldorf: MFJFG.
- Peters A. (2010): Der selbstsüchtige Energiefresser im Kopf. *forschung - Mitteilungen der DFG* 35 (S1), 60-63.
- Peters A.; Junge S. (2013): Mythos Übergewicht. Warum dicke Menschen länger leben. 3. Aufl. München: Bertelsmann.
- Pförtner T.-K. (2013): Armut und Gesundheit in Europa. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Phillips S.P. (2008): Measuring the health effects of gender. *Journal of Epidemiology & Community Health* 62 (4), 368-371.
- Pudel, V. (2006) Verhältnisprävention muss Verhaltensprävention ergänzen. *Ernährungs-Umschau* 53 (3)
- Raithel J. (2001): Risikoverhaltensweisen Jugendlicher. Formen, Erklärungen und Prävention. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Richter M. (2005): Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Jugendalter. Der Einfluss sozialer Ungleichheit. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Riess B.; Schäfer M.; Altenhofen L. (2011): Teilnehmeraten zur Beratung über Darmkrebs und zur Früherkennung im regionalen Vergleich. Online verfügbar unter http://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/11/Krebsfr%C3%BCherkennung_Bericht_1.pdf, zuletzt geprüft am 09.03.2015.
- RKI - Robert Koch Institut (2008): Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Nationalen Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). Unter Mitarbeit von Kerstin Horch. Berlin (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes), 2008.
- RKI - Robert Koch-Institut (2012): Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell 2010". Berlin (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes), 2012.
- RKI - Robert Koch-Institut (2012): Epidemiologie und Früherkennung häufiger Krebserkrankungen in Deutschland (GBE kompakt - Zahlen und Trends aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes), 2012 (3(4)).
- RKI - Robert Koch-Institut (2014): Gesundheitliche Lage der Männer in Deutschland. Unter Mitarbeit von Anne Starker. Berlin (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes), 2014.
- RKI - Robert Koch-Institut (2012): Einflussfaktoren auf Gesundheit: Gemüseverzehr. Ergebnisse der Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell 2010". (S. 130-133). Lange, C. (Hg.). Berlin (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Daten und Fakten).
- Sacker A.; Cable N. (2010): Transitions to adulthood and psychological distress in young adults born 12 years apart: constraints on and resources for development. *Psychol. Med.* 40 (02), 301.
- Sandblom G. et al. (2011): Randomised prostate cancer screening trial: 20 year follow-up. *BMJ* (342:d1539).
- Schäfer M. et al. (2012): Darmkrebsprävention: Teilnehmeraten stagnieren – mehr Information erforderlich. *Deutsches Ärzteblatt* 109 (11).
- Schlack R. et al. (2013): Körperliche und psychische Gewalterfahrungen in der deutschen Erwachsenenbevölkerung. *Bundesgesundheitsbl.* 56 (5-6), 755-764. DOI: 10.1007/s00103-013-1691-8.
- Schneider S.; Diehl K. (2014): Mehr als Nebenwirkungen: Ein theoretisches Modell zu den physischen, psychischen und sozialen Wirkungen des Sports. *Sport-Orthopädie - Sport-Traumatologie - Sports Orthopaedics and Traumatology* 30 (1), 64-70. DOI: 10.1016/j.orthtr.2013.11.001.
- Schulenberg J.E. et al. (2004): The transition to adulthood as a critical juncture in the course of psychopathology and mental health. *Development and Psychopathology* 16, 799-806.
- Schröder, Fritz H.; Hugosson, Jonas; Roobol, Monique J.; Tammela, Teuvo L.J.; Ciatto, Stefano; Nelen, Vera et al. (2009): Screening and Prostate-Cancer Mortality in a Randomized European Study. In: *N Engl J Med* 360 (13), S. 1320–1328. Seebauer W. (2009): Krebs, Diabetes und Ernährung - Ergebnisse der EPIC-Studie. *Komplement. integr. Med* 3.
- Setzwein M. (2004): Gender und Ernährung. Rückert-John, J. (Hg.) (Hohenheimer Beiträge zu Gender und Ernährung), 2004 (1). Online verfügbar unter http://www.ernaehrungsdenkwerkstatt.de/fileadmin/user_upload/EDWText/TextElemente/Frauen/Hohenheimer_Gender_und_Ernaehrung_1_2004.pdf#page=50, zuletzt geprüft am 16.03.2015.
- Sieverding M. (2004): Achtung! Die männliche Rolle gefährdet Ihre Gesundheit! *Psychomed* 16 (1), 25-30.
- Singh L. et al. (2013): Determinants of Gender Differences in Self-Rated Health Among Older Population: Evidence From India. *SAGE Open* 3 (2).
- Singh-Manoux A. (2006): What does self rated health measure? Results from the British Whitehall II and French Gazel cohort studies. *Journal of Epidemiology & Community Health* 60 (4), 364-372.
- Starker A.; Saß A.-C. (2013): Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 56 (5-6), 858-867.
- Statistisches Bundesamt (2014): Verkehrsunfälle, Unfälle von Frauen und Männern im Straßenverkehr 2013. Wiesbaden, 2014.
- Steckelberg A.; Haastert B.; Hülfenhaus C.; Mühlhauser I. (2013): Effekt einer evidenzbasierten Verbraucherinformation zur Entscheidungsfindung beim kolorektalen Screening. Online verfügbar unter <http://www.gesundheit.uni-hamburg.de/upload/Steckelberg%20Effekt%20einer%20evidenzbasierten%20Verbraucherinformation.pdf>, zuletzt geprüft am 21.03.2015.
- Sutterlüty F. (2003): Gewaltkarrieren. Jugendliche im Kreislauf von Gewalt und Missachtung. 2. Aufl. Frankfurt/Main: Campus-Verl (Frankfurter Beiträge zur Soziologie und Sozialphilosophie, 2).
- Sutterlüty F. (2004): Was ist eine „Gewaltkarriere“? *Zeitschrift für Soziologie* 33 (4), 266-284.
- Varnaccia G.; Rommel A.; Saß A.-C. (2013): Das Unfallgeschehen bei Erwachsenen in Deutschland – Ergebnisse des Unfallmoduls der Befragung "Gesundheit in Deutschland aktuell 2010". Robert Koch-Institut (Hg.). Berlin, 2013.
- Walter U. et al. (2014): Auf dem Weg zur informierten Entscheidungsfindung. *Bundesgesundheitsbl.* 57 (3), 351-355.
- WHO - World Health Organization (1996): Health Interview Surveys - Toward international harmonization of methods and instrument. (Regional Publication, European Series), 1996 (58).
- WHO - World Health Organization (2003): Weltbericht Gewalt und Gesundheit. Zusammenfassung. WHO-Regionalbüro für Europa, Kopenhagen, 2003.
- WHO - World Health Organization (2010): Global recommendations on physical activity for health. Geneva, Switzerland.
- Zok K. (2007a): Subjektive Gesundheit und Gesundheitsrisiken Ergebnisse einer Repräsentativ-Umfrage unter GKV-Versicherten. *WIdO-monitor* 4 (2), 1-7.
- Zok K. (2007b): Wahrnehmung und Akzeptanz von Früherkennungsuntersuchungen Ergebnisse einer Repräsentativ-Umfrage unter GKV-Versicherten. *WIdO-monitor* 4 (3), 1-7.

6. JUNGEN- UND MÄNNERBEZOGENE GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION

Gunter Neubauer, Reinhard Winter

Prävention und Gesundheitsförderung gelten – nicht nur in Anbetracht des demografischen Wandels – als Zukunftsaufgaben insbesondere auch in Baden-Württemberg (SM-BW 2014, SM-BW 2009). Dabei haben Jungen und Männer eigene, besondere Bedarfe und

werden sehr unterschiedlich erreicht. Das folgende Kapitel beschreibt die Besonderheiten, die bei jungen- und männerbezogenen Maßnahmen zu beachten sind, sowie das derzeitige Maßnahmenspektrum in Baden-Württemberg¹¹.

6.1. GEEIGNETE MAßNAHMEN ZUR GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION

Im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention lassen sich Jungen und Männer mit den bislang praktizierten Zugängen in der Regel weniger bzw. weniger gut erreichen – so eine gängige allgemeine Einschätzung. Warum das so ist, wurde bisher allerdings nur wenig untersucht und zusammenfassend dargestellt. In der Literatur finden sich nur vereinzelt Hinweise und Erklä-

rungsmodelle, und dabei zugleich mehr Vermutungen als valide Ergebnisse. Das Gleiche gilt für Projektdokumentationen und -evaluationen. Umgekehrt gibt es nur wenige Erkenntnisse darüber, wo, wie und warum Jungen und Männer – gleichsam „ausnahmsweise“ – gut erreicht werden.

6.1.1. FRAGESTELLUNGEN UND BEGRIFFLICHE DEFINITIONEN

- ▶ *Warum lassen sich Jungen und Männer mit den bislang praktizierten Zugängen der Gesundheitsförderung und Prävention weniger bzw. weniger gut erreichen?*
- ▶ *Wo, wie und warum werden Jungen und Männer gut erreicht? Wo gelingen Zugänge zu Jungen und Männern besonders gut?*
- ▶ *Was sind Erfolgsfaktoren und Perspektiven für die Entwicklung einer guten Praxis?*

Auf Basis einer Literaturrecherche und der Recherche exemplarischer Maßnahmen, bei denen Zugänge zu Jungen und Männern besonders gut gelingen, sollen im Folgenden Erfolgsfaktoren und Perspektiven einer guten Praxis der jungen- und männerbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention bestimmt werden. Die Perspektive richtet sich dabei sowohl auf gelingende Zugänge der Gesundheitsförderung zu Jungen und Männern, als auch umgekehrt auf Zugänge von Jungen und Männern zur Gesundheitsförderung in unterschiedlichen Settings, z.B. Betriebe, Kommunen, Bildungseinrichtungen, Präventionsangebote, Online-Angebote. Unterschiedliche männliche Lebenslagen sind dabei ebenso zu berücksichtigen wie die Vielfalt von Junge- oder Mannsein und Männlichkeiten.

In diesem Zusammenhang wird **Gesundheitsförderung** beschrieben als „ein komplexer sozialer und gesundheitspolitischer Ansatz, der ausdrücklich sowohl

die Verbesserung von gesundheitsrelevanten Lebensweisen als auch die Verbesserung von gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen umfasst“ (BZgA 2010). Entsprechend bezieht sich Gesundheitsförderung durchgängig auf das Wechselspiel zwischen individuellem Gesundheitsverhalten und den jeweiligen, mehr oder weniger gesundheitsförderlichen Lebensverhältnissen. Gesundheitsförderung ist so v.a. ein Handlungsfeld in der Lebenswelt unter Berücksichtigung des Setting-Ansatzes (s.u.) und mit interdisziplinärem Bezug, zugleich auch ein professionelles Fachgebiet. Nach der Ottawa-Charta der WHO zielt Gesundheitsförderung dabei „auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ (WHO 1986). Das „Madrid Statement“ der WHO weist nachdrücklich auf die Bedeutung einer geschlechterbezogenen Perspektive hin: „To achieve the highest standard of health, health policies have to recognize that women and men, owing to their biological differences and their gender roles, have different needs, obstacles and opportunities.“¹² (WHO 2002: 2)

Während sich Gesundheitsförderung in einer salutogenetischen (d.h. die Gesamtheit gesundheitsfördernder und -erhaltender Faktoren reflektierenden) Perspektive primär auf Gesundheitsressourcen und –po-

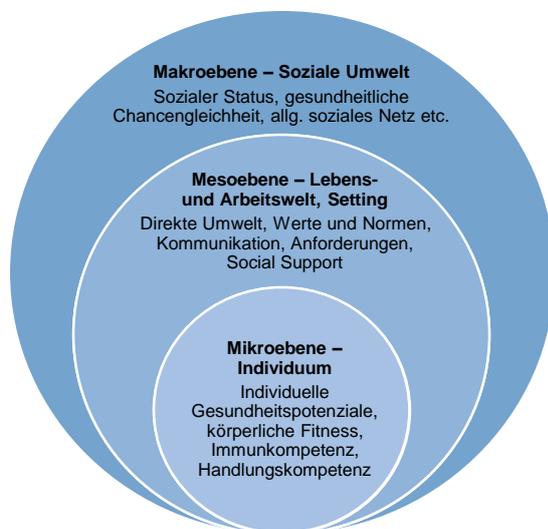
¹¹ Es bezieht sich dabei nicht auf die individuelle Gesundheitsvorsorge oder die Praxis ärztlicher Prävention bzw. Präventionsmedizin (auch wenn Prävention ein integraler Bestandteil ärztlicher Tätigkeit ist), sondern folgt einem Public-Health-Ansatz; d.h. es befasst sich im Kontext der „öffentlichen Gesundheit“ v.a. mit der vorhandenen Infrastruktur im Bereich Jungen- und Männergesundheitsförderung. (vgl. die WHO-Definition: „Public health refers to all organized measures (whether public or private) to prevent disease, promote health, and prolong life among the population as a whole.“ www.who.int/trade/glossary/story076/en)

¹² Übersetzung: Um höchste Gesundheitsstandards zu erreichen, müssen politische Gesundheitsstrategien beachten, dass Frauen und Männer angesichts ihrer biologischen Unterschiede und ihrer Geschlechterrollen unterschiedliche Bedürfnisse, Hindernisse und Chancen haben.

tenziale bezieht, reflektiert das Konzept der **Prävention** v.a. auf Gesundheitsrisiken, Risikofaktoren und Pathogenese (d.h. Krankheitsentstehung und -entwicklung). Prävention meint dabei „alle Interventionen, die zur Vermeidung oder Verringerung des Auftretens, der Ausbreitung und der negativen Auswirkungen von Krankheiten oder Gesundheitsstörungen beitragen“ (BZgA 2010).

Je nach Zielsetzung wird nochmals unterschieden in *Primärprävention* („Krankheitsverhütung“), *Sekundärprävention* („Krankheitsfrüherkennung“) und *Tertiärprävention* („Verhütung der Krankheitsverschlimmerung“). Eher präventionskritisch zu verstehen ist ein Ansatz der *Quartärprävention*, welche vor dem Risiko nutzloser (präventiver, medizinischer) Maßnahmen und vor Übermedikalisierungen¹³ schützen soll. Als *Primordialprävention* wiederum werden Maßnahmen charakterisiert, die insbesondere gesellschaftlich bedingte Risikofaktoren (z.B. Armut oder Erwerbslosigkeit) in den Blick nehmen. Unterschieden wird weiter (ebd.) nach Maßnahmen, die sich an die *gesamte* Bevölkerung richten („universelle Prävention“) bzw. an besonders *gefährdete* Personen und Gruppen („selektive Prävention“) oder an bereits *betroffene* Personen und Gruppen („indizierte Prävention“).

Abb. 140 Mikro-, Makro- und Meso-/Settingebene (eigene Darstellung nach Noack 1996)



Um Gesundheit längerfristig zu erhalten und zu verbessern, gehören Gesundheitsförderung und Prävention notwendigerweise zusammen. Der **Setting-Ansatz** gilt dabei als Mittel der Wahl: Gesundheitsförderung und Prävention sollen dort ansetzen, wo Menschen ihren Alltag verbringen. Dabei bewegt sich der Setting-

Ansatz in einem Wirkzusammenhang zwischen der gesellschaftlichen Makro- und der individuellen Mikroebene, d.h. in einem *mittleren* Bereich – der sog. Mesoebene –, wo er individuelle und gesellschaftliche Betrachtungsweisen verbindet und vermittelt. Insofern steht der Setting-Ansatz nie nur für Maßnahmen, die in bestimmten Lebenswelten stattfinden (z.B. Schule oder Betrieb). Er steht vielmehr dafür, Menschen in ihren jeweiligen Institutionen und Lebenswelten als Akteure der Förderung ihrer *eigenen* Gesundheit zu verstehen, und sie unter einer Perspektive der Prozessorientierung aktiv zu beteiligen. So verstanden meint „Setting“ also die sozialräumliche Verortung wie zugleich einen Qualitäts-Begriff von Gesundheitsförderung. Im Kontext der Jungen- und Männergesundheit ist dabei insbesondere zu untersuchen, inwiefern eine Partizipation von Jungen und Männern gelingt, ob saluto- und pathogenetische Strategien in einer guten Balance stehen, und welche Präventionsansätze und Settings favorisiert bzw. ausgelassen werden.

Den Aspekt geschlechtstypischer Ungleichheit von Gesundheitschancen und das Ziel der gesundheitlichen Gleichstellung nimmt auch ein **Gender-Ansatz** für die Gesundheitsförderung und Prävention auf (BZgA 2008). Dazu gehört das **Gender Mainstreaming** – eine durchgängig geforderte Berücksichtigung geschlechtstypisch benachteiligender Lebenslagen etwa bei (gesundheits-) politischen Strategien und Entscheidungen, aber auch in der Praxis der Gesundheitsförderung und Prävention sowie nicht zuletzt bei Gesundheitsberichten und Statistiken. Zur Differenz „männlich – weiblich“ stellt die Gesundheitsberichterstattung inzwischen fast standardmäßig Vergleichsdaten zur Verfügung (Leitfrage: „Wie viele Jungen? Wie viele Männer?“ = sog. „statistisches Geschlecht“). Ein Gender-Ansatz nimmt darüber hinaus auch die Frage der Binnendifferenzierung auf und vergleicht dann Jungen oder Männer „unter sich“ (Leitfrage: „Welche Jungen? Welche Männer“). Als im strengen Sinn **geschlechtsspezifisch** (hier: jungen- und männerspezifisch) gelten dabei nur die Phänomene, die *besonders* oder *ausschließlich* Jungen und Männer betreffen können. Alle gesundheitlichen Phänomene, die wesentlich im Zusammenhang mit Männlichkeiten und Geschlechterrollen stehen, wären dagegen als **geschlechtstypisch** (hier: jungen- und männertypisch) zu bezeichnen, wobei immer auch Aspekte von Vielfalt zu beachten sind. Maßnahmen oder Projekte, die sich vor diesem Hintergrund als **gender- oder geschlechtsbezogen** (hier: jungen- oder männerbezogen) verstehen, nehmen diese Perspektive (Geschlechterrollen, Vielfalt) in das Zentrum ihrer konzeptionellen Ausrichtung hinein.

¹³ Von Medikalisation wird dann gesprochen, wenn Phänomene, die bislang ohne Medizin bewältigt wurden, in den medizinischen Zuständigkeitsbereich geraten.

6.1.2. SALUTOGENESE UND GESUNDHEITRESSOURCEN VON JUNGEN UND MÄNNERN

Gesundheit kann als ein dynamischer Prozess verstanden werden, in dem Lebensaufgaben und (Gesundheits-) Risiken bewältigt werden und gleichzeitig Gesundheit „hergestellt“ wird (WHO 1986). Dabei sind Gesundheitsressourcen – als „Quellen“ von Gesundheit – von besonderem Interesse: Je besser der Zugang zu ihnen und je gerechter die Ausstattung oder Versorgung, desto mehr Gesundheit sollte entstehen. Dies gilt in einer geschlechterbezogenen wie intersektionalen Perspektive: „Die Risiko- und Schutzfaktoren sind besonders bei Männern in Abhängigkeit von Bildung, Herkunft, Einkommen und beruflicher Stellung ungleich verteilt.“¹⁴

Gesundheitsressourcen sind 1. individuell entwickelt und ausgeprägt. Das betrifft etwa die persönlichen Lebensvollzüge, die individuelle Gesundheitsbiografie, die innere Haltung zu Gesundheitsthemen und das eigene Gesundheits- und Risikoverhalten. Dazu gehören auch die körperlichen und mentalen Aspekte der eigenen Gesundheit und die individuell realisierten Geschlechterrollen. 2. stehen Gesundheitsressourcen in einem sozialen Zusammenhang, der bestimmte Gesundheitschancen und -risiken vermittelt oder auch vorenthält. Dies geschieht überwiegend in den gesellschaftlichen Institutionen wie Familie, Kita, Schule, Betrieb oder Gesundheitsversorgung. Diese sind oft „Gendered Institutions“, indem sie (häufig eher unreflektiert) etwa Gesundheitsrisiken und -belastungen sowie Zugänge zur Gesundheit *unterschiedlich* nach Geschlecht zuweisen. 3. haben Gesundheitsressourcen eine materielle (stoffliche) Basis. Das betrifft ganz elementar unsere natürlichen ökologischen Lebensgrundlagen wie Luft, Wasser und Nahrung, aber auch den eigenen Wohn- und Lebensraum oder den Arbeitsplatz. In einem weiteren Sinn geht es insofern auch um Luftreinhaltung, Trinkwasserschutz und Lebensmittelqualität, um Klimaschutz, Umweltgifte und Schadstoffbelastung, um materielle Wohn- und Arbeitsbedingungen bis hin zu Verkehrssicherheit und den materiellen Herausforderungen im Arbeitsschutz. Individuelle und geschlechtertypische Lebensvollzüge werden also gerahmt von einem bestimmten Gesundheits- oder Risikoprofil der jeweils besetzten Lebenswelt. So können auch Fragen der Umweltgerechtigkeit („Environmental Justice“ – Maschewsky 2001; Bolte, Mielck 2004) mit Geschlechteraspekten verschränkt werden.

In dieser Zusammenschau wird deutlich, wie wichtig gute, gesunde Lebensbedingungen und Lebensverhältnisse auch für Jungen und Männer sind – gleich-

sam als Möglichkeitsbedingung für individuelle Gesundheit. Eine jungen- und männerbezogene Gesundheitsförderung ist deshalb gehalten, die soziale Einbettung der – allgemeinen und besonderen – Lebenslagen von Jungen und Männern zu berücksichtigen. Sie tut dies, indem sie die individuelle (personale / interne) wie die soziale und ökologische (gesellschaftliche / externe) Ebene gleichermaßen reflektiert und in ihren Maßnahmen vermittelt. Dies gilt für Gesundheitsförderung als einem gesellschaftlichen Komplex wie auch in einem Verständnis von Gesundheitsförderung als professionellem Fachgebiet.

Der fachliche Diskurs zur Gesundheitsförderung orientiert sich an zahlreichen Leitbegriffen (vgl. BZgA 2010, Franke 2012), die immer auch als Qualitätskriterien für die „gute Praxis“ (State of the Art) gelten können – so etwa Salutogenese und Ressourcenorientierung; Resilienz und Selbstregulation; Heterogenität / Diversity / Genderaspekte berücksichtigen; Subjektorientierung, Empowerment und Partizipation; Verhaltens- und Verhältnisprävention. Werden gesellschaftliche Männergesundheitsdiskurse mit diesen Leitbegriffen befragt und wird institutionelle Praxis mit ihnen konfrontiert, dann fällt oft ein gewisser Abstand zwischen konzeptionellen Ansprüchen und realisiertem Alltagshandeln auf (Neubauer 2014). Als Gegenbegriff zu Prävention und Pathogenese ist deshalb insbesondere das von A. Antonovsky eingeführte Modell der **Salutogenese** (Bengel, Strittmatter, Willmann 2001) von Bedeutung. Unter der Maxime einer geschlechtergerechten Gesundheitsförderung ist es besonders wichtig, dass Salutogenese und Gesundheitsressourcen gerade auch bei Jungen und Männern nicht übersehen, verdeckt oder negativ „vergeschlechtlicht“ werden.

Ein zentrales salutogenetisches Postulat ist der „Kohärenzsinn“ (Sense of Coherence / SOC; Balke 2012) – ein längerfristig entwickeltes bzw. sich entwickelndes Zusammenspiel aus

- ▶ *comprehensibility* – Verstehbarkeit / Verständlichkeit
- ▶ *manageability* – Gestaltbarkeit (Handhabbarkeit / Bewältigbarkeit / Machbarkeit)
- ▶ *meaningfulness* – Sinnhaftigkeit / Bedeutsamkeit

als Quelle von Gesundheit und gelingendem Leben – in der jeweiligen Lebenssituation, unter den gegebenen Umständen und bestehenden Herausforderungen.

Salutogenetisch orientierte Gesundheitsförderung strebt an, diesen Kohärenzsinn anzuregen und zu fördern, und insofern pathogenetische Zugänge (zumindest phasenweise) zurückzustellen. Um die Praxis der Jungen- und Männergesundheitsförderung in diesem Sinn überprüfbar zu machen, bedarf es differenzierter

¹⁴ http://www.stiftung-maennergesundheit.de/fileadmin/maennergesundheit/media/content_pix/Startseite/DE_Definition_M%C3%A4nnergesundheit_final_De_13_06_2013.pdf

Qualitäts-Kriterien, für die erste Vorschläge aus der Praxis der Gesundheitsförderung¹⁵ vorliegen. Diese sind im Blick auf Lebenswelten von Jungen und Männern nochmals zu präzisieren (Neubauer 2014).

Statt Problemfokus, Problemdiskurs und Konfrontation (Männer v.a. definiert als gesundheitsferne Gruppe) geht es dann mehr um eine unterstützende Kommunikation und die Orientierung am Gelingenden. Gegenüber Vermeidungszielen und dem Einfordern von Vermeidungsverhalten (z.B. nicht rauchen, nicht trinken) wären attraktive positive Gesundheitsziele zu formulieren (z.B. Wohlbefinden, Leistungsfähigkeit, Regeneration). Statt Defizite der Jungen und Männer aufzulisten (im Kern der Vorwurf, sich nicht, zu wenig oder zu spät um Gesundheit zu kümmern) sollten männliche Gesundheitsressourcen identifiziert werden. Dabei spielen abstrakt formulierte Normen (etwa ein „idealer“ Gesundheitsstatus oder die sog.

Normalwerte) eine weit geringere Rolle als der subjektive Eigen-Sinn (der Junge oder Mann in seinen konkreten Lebenszusammenhängen) und das subjektive Bewältigungsverhalten (etwa die intuitive oder informierte Entscheidung). Problemursachen und Verantwortlichkeiten wären dennoch nicht zu individualisieren, sondern im gesellschaftlichen Kontext (Entstehensbedingungen für individuelles Gesundheitsverhalten) zu betrachten. Zielperspektive für die Gesundheitsförderung ist außerdem weniger ein andauernder Status des „Gesundseins“, sondern von jedweder individuellen Situation aus die Möglichkeit, (mehr) relative Gesundheit oder Kohärenz zu verwirklichen. Im Sinn einer Gesundheits-Balance (Neubauer, Winter 2006) müsste dann gelten: Es geht „sowohl männlich als auch gesund“ – und falsch wäre der Ansatz „entweder männlich oder gesund“.

6.1.3. DATENGRUNDLAGE UND VORGEHENSWEISE

Die Datengrundlage für dieses Kapitel erwies sich als schlecht. Sowohl auf Landes- als auch auf Bundesebene gibt es kaum systematisierte und quantifizierte Daten oder aussagekräftige Übersichtsarbeiten zur *jungen- und männerbezogenen* Gesundheitsförderung und Prävention. Für Baden-Württemberg ist schon die *allgemeine* Datenlage zur Gesundheitsförderung und Prävention ungenügend. Wenn überhaupt sind Daten nur verstreut und vereinzelt zu finden; geschlechterbezogene Daten finden sich noch seltener. Diese sind auch i.d.R. keine „Männerdaten“, sondern Daten auf institutioneller Ebene¹⁶. Aber auch auf Setting-Ebene liegen i.d.R. keine belastbaren Auswertungen vor. So mussten viele Daten erst eigens für diesen Bericht recherchiert und qualitativ ausgewertet werden. Dabei zeigte sich, dass mit der Analysekategorie „Geschlecht“ in der Praxis recht unscharf verfahren wird. Die gleiche Situation beschreiben die einen mit „es gibt nichts“, während andere anführen „Genderspekte werden immer mitgedacht und berücksichtigt“.

Um entsprechende Verzerrungen zu minimieren, wurde bei den Untersuchungszugängen und der Recherchestrategie eine doppelte Zugangsweise entwickelt, so dass die Themen Gesundheitsförderung und

Prävention von zwei Richtungen her analysiert werden konnten.

- ▶ Zum einen wurde *von der Geschlechterseite her in Bezug auf die Jungen- und Männergesundheit* gefragt mittels Recherche-Kontakten z.B. zu Gleichstellungsbeauftragten, Männerbüros sowie Einzelpersonen und Initiativen der Jungen- und Männerarbeit: Wo kommt dabei Jungen- und Männergesundheit in den Blick?
- ▶ Zum anderen wurde *von der Gesundheitsseite her in Bezug auf die Differenzierung „Geschlecht / männlich“* gefragt mittels Recherche-Kontakten z.B. zu Gesundheitsämtern oder zu Institutionen und Personen im Bereich Gesundheitsbildung, -förderung und -versorgung: Wo kommen dabei Jungen und Männer in den Blick?

In einem ersten Schritt wurde zunächst eine **Literatur- und Datenbankrecherche** durchgeführt, außerdem eine **Recherche nach exemplarischen Projekten** innerhalb und außerhalb Baden-Württembergs. Darüber hinaus wurden die bereits vorliegenden **Männergesundheitsberichte** in Deutschland auf Aussagen zu Gesundheitsförderung und Prävention überprüft; außerdem wurde die vorliegende **Grundlagenliteratur** einbezogen. Im zweiten Schritt folgten dann direkte Zugänge ins Feld. Das Vorgehen in diesem Zusammenhang war einerseits exemplarisch organisiert in dem

¹⁵ „Salutogenetische Orientierung bedeutet, dass die Menschen bzw. Methoden sich

1. an Stimmigkeit, aufbauender Kohärenz, Verbundenheit orientieren;
2. auf Gesundheit (attraktive Ziele, Vorstellungen) ausrichten;
3. auf Ressourcen ausrichten;
4. das Subjekt und das Subjektive (Selbstwahrnehmung, subjektive Theorien, Eigenaktivität usw.) wertschätzen;
5. Aufmerksamkeit für systemische Selbstorganisation und -regulation (auch Selbstheilungsvermögen) haben (individuell und kontextbezogen: sozial, kulturell, global);
6. dynamisch sowohl prozess- als auch lösungsorientiert denken und auf Entwicklung und Evolution achten;
7. mehrere Möglichkeiten einschließen: z.B. sowohl salutogenetisch als auch pathogenetisch.“

Quelle: Interdisziplinärer Qualitätszirkel für salutogenetisch orientierte Arbeit (vgl. Salutogenese-Zentrum 2013)

¹⁶ So lässt sich z.B. nicht sagen, wie aktiv der „Durchschnitts-Mann“ in Baden-Württemberg im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention ist; stattdessen beschränkt sich die Analyse etwa darauf, welche Gesundheitskurse Männer bei den Volkshochschulen belegen.

Sinn, dass Kontakte zu bereits einschlägig bekannten Experten, Akteuren, Initiativen, Projekten usw. aufgenommen wurden. Bei dieser telefonischen **Schlüsselpersonenbefragung** wurden verschiedene Lebensalter, Lebenslagen, Settings und Lebenswelten berücksichtigt. Daneben wurde ein systematisierender Zugang verfolgt mit dem Ziel, über telefonische Direktkontakte in die Stadt- und Landkreise einschlägige **Informationen auf Kreisebene** zu gewinnen, um eine „Landkarte Jungen- und Männergesundheitsförderung

Baden-Württemberg“ zu erstellen (→ Kapitel 6.2).

Setting (Lebenswelt)	Kontakte
Betrieb / Arbeitswelt	5
Kommune/kommunale Gesundheitsförderung*	16
Bildung / Forschung	12
Krankenkasse / Versorgung	4
Gesundheitsämter in Baden-Württemberg ¹⁷	38
Summe	75

Tab. 27 Befragung von Schlüsselpersonen nach Setting (*zusätzlich zur Recherche auf Kreisebene)

6.1.4. ERGEBNISSE DER LITERATURRECHERCHE

Eine zentrale Quelle zur jungen- und männerbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention sollten **Männergesundheitsberichte** sein. Allerdings zeigen sich diese schon allein aufgrund der Datenlage oft mehr als „Männerkrankheitsberichte“; eine eigenständige Jungenperspektive fehlt meistens. Beginnend mit dem Wiener Männergesundheitsbericht von 1999, den beiden österreichischen Männergesundheitsberichten (ÖBIG 2004, BMASK 2011), dem EU-Statusbericht „The State of Men’s Health in Europe“ (European Commission 2011), dem RKI-Männergesundheitsbericht (RKI 2014) und Veröffentlichungen in einzelnen Bundesländern liegt inzwischen eine ganze Reihe von amtlichen Berichten¹⁸ sehr unterschiedlichen Charakters vor.

Jahr	Fokus: Männer (Jungen)	Fokus: Frauen / Männer (Gender)
2000		Nordrhein-Westfalen
2003		Brandenburg
2004	(Bodenseekreis)	
2006		Sachsen-Anhalt
2007		Bremen
2008	Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen	
2009		Berlin
2010	Schleswig-Holstein (1. dt. Männergesundheitsbericht)	
2011	Berlin (Bezirk Lichtenberg)	
2012	Bayern	
2013	(2. dt. Männergesundheitsbericht)	
2014	(GBE Bund / RKI)	
2015	Baden-Württemberg	

Tab. 28 Männergesundheitsberichte in den Bundesländern

Hinsichtlich einer jungen- und männerspezifischen Gesundheitsberichterstattung liegt das Land Baden-Württemberg dabei zeitlich betrachtet im vorderen Mittelfeld (6. Platz von 16 Bundesländern); nimmt man die explizit frauen- und männerbezogene Gesund-

heitsberichterstattung dazu, dann nur noch im hinteren Mittelfeld (9. Platz).

Die vorliegenden **amtlichen Männergesundheitsberichte** auf Ebene der Bundesländer (LIGA 2008, LVGMV 2008, MASG 2010, Bezirksamt 2011, STMG 2012) sind in der Anlage recht heterogen, was etwa die datenbezogene Darstellung oder die Analysetiefe betrifft. Dabei widmen sie dem Aspekt Gesundheitsförderung und Prävention jeweils nur kürzere Abschnitte. Sie präsentieren dennoch einige Ergebnisse, Anregungen und politische Forderungen, ohne dabei jedoch breit auf evaluiertes Material zurückgreifen zu können. Die Autoren und Autorinnen gehen gleichermaßen davon aus, dass Männer einerseits Gesundheitsangebote weniger wahrnehmen, und dass es andererseits nicht die richtigen Gesundheitsangebote für Männer gibt. Sie stimmen im Wesentlichen in der Annahme überein, dass Fachkräfte und Akteure mit Präventionsauftrag über ein zu geringes Knowhow im Bereich der Männergesundheitsförderung verfügen. U.a. deshalb richteten sich Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention manchmal explizit, oft aber implizit an Frauen bzw. Lebenswelten, Orientierungen und Bedürfnissen von Frauen aus. Außerdem wird immer wieder moniert, dass es nicht den Beruf des „Männerarztes“ gibt, der sich des Mannes „gesamtgesundheitlich“ annimmt. Entsprechend würden Präventionsangebote an der Lebenswirklichkeit von Männern vorbeigehen; diese müssten insgesamt mehr die besonderen Arbeits- und Lebensbedingungen, die Verhaltensweisen und Lebensstile, die Einstellungen und Ressourcen sowie die gesundheitliche Lage *aller* Männern berücksichtigen. Entsprechend wird mehr Binnendifferenzierung gefordert.

Ein Hauptfokus der Berichte liegt häufig auf Gesundheit im Arbeitskontext und betrieblicher Gesundheitsförderung – das Setting Betrieb gilt als fast bester Zugang zu Männern. Als weitere strategische Optionen werden genannt: früh beginnen schon bei Jungen und

¹⁷ Alle Gesundheitsämter wurden eigens per E-Mail und telefonisch kontaktiert, außerdem erhielten sie Leitfragen und einen Fragebogen – s. Kapitel 6.2. Gezählt wird an dieser Stelle nicht jeder Einzelkontakt (über 50), sondern nur ein Kontakt je Institution.

¹⁸ Die beiden deutschen Männergesundheitsberichte (Bardehle, Stiehler 2010; Stiehler, Weißbach 2013) sind nicht-amtlich und aus gleichsam „privater“ Initiative entstanden. Autoren aus Baden-Württemberg waren bei beiden beteiligt.

männlichen Jugendlichen, biografische Übergänge berücksichtigen (wie bleibt allerdings offen), Krisen ernst nehmen, Vermittlung und Motivation durch Frauen bzw. Partnerinnen oder Führungskräfte. Allgemein werden Differenzierung und Ressourcenorientierung empfohlen sowie eine bessere Vernetzung von Angeboten und Akteuren der Gesundheitsförderung. Solche Empfehlungen erfolgen jedoch eher unsystematisch, da Erfolgsfaktoren einer guten Praxis bislang nicht konsequent herausgearbeitet wurden.

Als Gesundheitsziele werden benannt: Erhöhung der durchschnittlichen Lebenserwartung, Steigerung der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen, Verbesserung der psychischen Gesundheit und effizientere Diagnostik psychischer Erkrankungen, Verringerung verhaltensbedingter Gesundheitsrisiken (v.a. Reduktion von Risikoverhalten, Sucht, Übergewicht, Fehlernährung, körperlicher „Inaktivität“), Transformation des traditionellen „Männlichkeitsbildes“. Aus diesen Globalzielen werden allerdings keine konkretisierten (handfesten, kurzfristigen, lokalen, „smarten“) Ziele abgeleitet; je praktischer es wird, desto mehr überwiegen wiederum „negative“ Gesundheitsziele und Vermeidungsziele.

Im **13. Kinder- und Jugendbericht** der Bundesregierung „Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen. Gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe“ (BMFSFJ 2009) wird festgestellt, dass Jungen gesundheitlich besonders gefährdet sind, und dass mit „genderbewussten“ Ansätzen der Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen überwiegend Mädchengesundheit in den Blick kommt: „Ganz überwiegend richten sich die Angebote an Mädchen/junge Frauen, es existieren mittlerweile aber auch – allerdings in weitaus geringerem Umfang – eigenständige geschlechtsspezifische Angebote für Jungen/junge Männer“ (ebd. S. 215). Im Bericht wird Jungengesundheit ansonsten nicht weiter thematisiert.

Das Kapitel 6 des **RKI-Männergesundheitsberichts** („Mehr Gesundheit für Männer“ – Männerspezifische Prävention und Gesundheitsförderung) nimmt „Determinanten der männlichen Inanspruchnahme präventiver Angebote“ in den Blick (RKI 2014: 193-196). Weil evaluierte männerbezogene Analysen hierzu erst in geringem Umfang vorliegen, kommen bei den Schlussfolgerungen (ebd. 200-202) allgemeinere Ableitungen ins Spiel. So wird festgestellt, dass v.a. primärpräventive Maßnahmen Männer (insbesondere bildungsferne und -ungeübte Männer) deutlich schlechter erreichen – aus unterschiedlichsten, gleichsam multiplen Gründen¹⁹. Als *Faktoren und Determinanten* werden z.B. angenommen: Geschlechtszugehörigkeit als

Querschnitts- wie als Differenzierungskategorie wird in der Prävention und Gesundheitsförderung bislang kaum berücksichtigt; deren Zugangswege und Kommunikationsformen sind in Bezug auf Männer unzulänglich; eine Binnen- und Zielgruppendifferenzierung innerhalb der Gruppe der Männer fehlt; die Angebotsstruktur berücksichtigt soziale Ungleichheit und Heterogenität „der Männer“ nicht. Als *Lösungsansätze* werden benannt: verbesserte ärztliche Zugänge als zentrales Medium (v.a. bei älteren Männern); geschlechtergerechte Versorgungspraxis und männergerechte Gesundheitskommunikation; das Internet als wichtige, weil anonyme Informationsquelle; die Berücksichtigung unterschiedlicher Lebenswelten; eine Implementierung von Gesundheitsaspekten als beiläufige, „sekundäre“ Thematik, d.h. gerade auch dann, wenn andere Themen (z.B. Sport, Ernährung) im Vordergrund stehen. Das Kapitel schließt: „Es mangelt weder an theoretischen Erkenntnissen noch an umsetzbaren Vorschlägen, wie sich die Prävention und Gesundheitsförderung in eine geschlechtergerechte und geschlechtersensible Richtung entwickeln ließe. Was bislang fehlt, ist die konkrete strategische Ausrichtung von Maßnahmen an geschlechteradäquaten Ansätzen sowie gesetzliche Rahmenbedingungen, die helfen würden, entsprechende Maßnahmen zu initiieren und weiter voranzutreiben“ (ebd. 202f). Kriterien und Erfolgsfaktoren einer guten Praxis lassen sich auf dieser Basis (noch) nicht hinlänglich definieren, auch wenn im Bericht bereist einzelne erfolgreiche Projekte identifiziert und beschrieben werden.

Auch die beiden **deutschen Männergesundheitsberichte** aus privater Initiative²⁰ benennen einzelne beispielhafte Projekte zur Gesundheitsförderung und Prävention mit Jungen und Männern (Neubauer, Winter 2010: 50-52; Stiehler, Weißbach 2013: 251-263) – wiederum sind dabei Kriterien und Erfolgsfaktoren einer guten Praxis noch nicht hinreichend systematisiert. Die beiden Berichte zeigen sich eher skeptisch gegenüber einer Präventionsmoral, die v.a. auf Problemvermeidung zielt, und stellen dagegen (eine zu entwickelnde bzw. zu fördernde) Problembewältigungs- und Krisenkompetenz in den Vordergrund. Als Tenor der Berichte könnte entsprechend formuliert werden: „Männer, nehmt eure Krisen ernst – die körperlichen, wie die seelischen.“ Oder in umgekehrter Perspektive: „Nehmt Männer in ihren körperlichen wie seelischen Krisen ernst.“ Anders als im RKI-Bericht fehlt diesen Berichten ein gesondertes Kapitel zu Gesundheitsförderung und Prävention. Beide schließen jedoch mit einigen einschlägigen, dabei jedoch eher allgemeinen Forderungen – wie z.B.: „Präventionsangebote müssen besser an den Bedürfnissen der Männer ausgerichtet sein“; „Männerspezifische Gesundheitsrisiken sind

¹⁹ Dieses multifaktorielle Geschehen genauer zu ergründen ist ein wichtiges Forschungsdesiderat im Bereich der Jungen-/Männergesundheit.

²⁰ Initiator für die Arbeit des Autorenkollektivs war die Stiftung Männergesundheit – www.stiftung-maennergesundheit.de

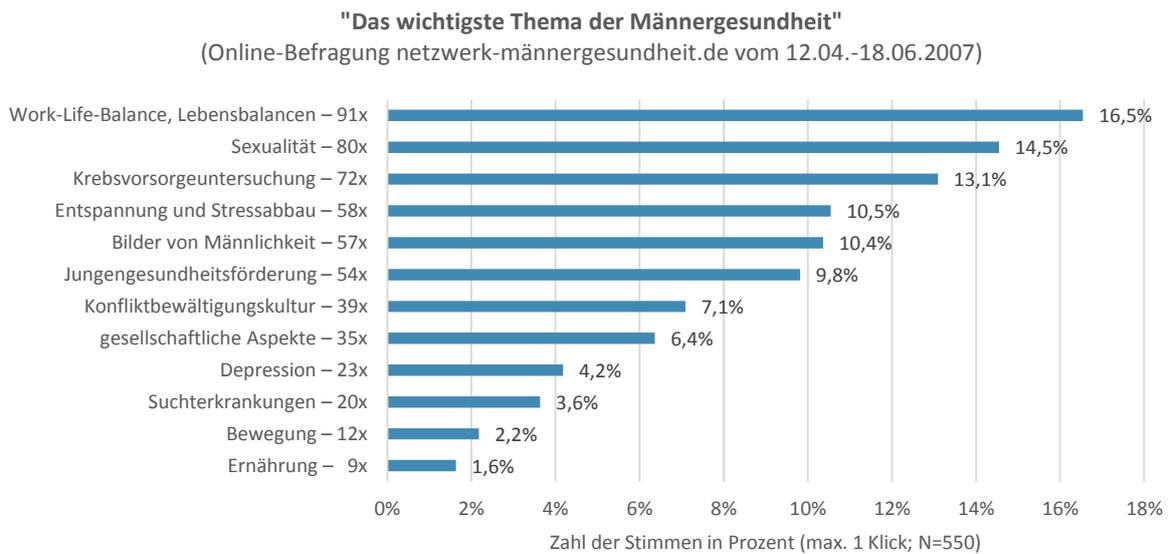
weiter zu reduzieren“; „Es geht nicht nur darum, die Lebensquantität zu steigern, es geht mehr noch um eine Verbesserung der Lebensqualität“ (Bardehle, Stiehler 2010: 190f); „Gesundheitsfördernde Projekte müssen gesellschaftlich verankert sein und betreffen entsprechend viele Bereiche des Lebens“ (gemeint: nicht nur das medizinische System); „Die Herausforderung liegt darin, die Angebote den Bedürfnissen der Männer anzupassen. Viel zu oft wird noch erwartet, dass sich endlich die Männer den gut gemeinten Angeboten öffnen sollen. Wichtig ist, Männer an ihren Orten zu erreichen, konkrete Lebensprobleme in den Fokus zu stellen und dabei die bestehenden und durchaus auch vorhandenen Ressourcen zu nutzen.“ (Stiehler, Weißbach 2013: 270f).

In der sonstigen, noch wenig umfangreichen und in Bezug auf Gesundheitsförderung und Prävention meist nicht ganz spezifischen **Grundlagenliteratur** zeichnet sich ein ähnliches Bild ab: Gesundheitsförderung und Prävention gelten als nicht hinreichend auf Lebenslagen und Lebensperspektiven von Jungen und Männern bezogen; es gibt vereinzelt erfolgversprechende Ansätze – worin die Geheimnisse des Erfolgs bestehen ist aber i.d.R. nicht eigens herausgearbeitet und zu verallgemeinern. Das Aufleben des Männergesundheitsdiskurses markieren mehrere Sammelbände, die Gesundheit und Krankheit in „männlicher“ Perspektive beschreiben, nach Gesundheitsverhalten und Gesundheitsverständnis von Jungen und Männern fragen und Perspektiven für Gesundheitsförderung und Prävention thematisieren (Jacobi 2002; Altgeld 2003; Kolip, Altgeld 2006; Stiehler 2007). Interdisziplinarität und multiprofessionelle Ansätze sind ein weiteres Charakteristikum dieser Veröffentlichungen, so auch ein als Beratungs- und Handlungsleitfaden konzeptioniertes Praxishandbuch zur Männergesundheit (Harth, Brähler, Schuppe 2012) und ebenso ein Handbuch zur Jungengesundheit (Stier, Winter 2013). Von großem Interesse sind inzwischen auch Binnen-Differenzierungen, etwa hinsichtlich somatischer Kulturen von Männern in unterschiedlichen sozialen Milieus; entsprechend darf sich eine männergerechte Gesundheitsförderung nie nur allgemein auf Männlichkeit oder männliche Sozialisation beziehen, sondern muss immer auch Milieuzugehörigkeiten bedenken (Niederöst 2007). Eine genderbezogene Gesundheitsförderung

für Männer reflektiert neben typischen Gesundheitsrisiken immer auch deren Entstehungsbedingungen und insbesondere die „männlichen“ Gesundheitsressourcen (Balke 2009). Sie sollte kritisch reflektieren, inwiefern Männergesundheitsdiskurse und Männergesundheitspolitik heute in der Gefahr stehen, eine gesellschaftliche Gesundheitsverantwortung für Jungen und Männer (mit) zu relativieren und weiter zu individualisieren (Scheele 2010). Daneben ist zu fragen, wie eine Männergesundheitspolitik aussehen könnte, „die weder in Gouvernentalisierung²¹ noch in einer Bestärkung von Männlichkeitsstereotypen aufgehen möchte“ (ebd. S. 112). Auch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung thematisiert und dokumentiert „Hintergründe, Zugangswege und Handlungsbedarfe für Prävention und Gesundheitsförderung“ bei Jungen und Männern – so der Titel des von der BZgA ausgerichteten „Fachforum Männergesundheit“ (BZgA 2011). Für den Bereich der Gesundheitsförderung und -versorgung zieht die BZgA den Schluss, dass, um passgenauere Maßnahmen und Angebote für Jungen und Männer entwickeln zu können, der Blick stärker auf geschlechtersensible Vorgehensweisen zu richten wäre. Als ein in diesem Sinn wichtiger Lebensmittelpunkt für (viele) Männer kommt zunehmend auch das Setting Betrieb in den Blick; entsprechend werden erste Praxisprojekte beschrieben (Züger 2008). Einen aktuellen Überblick zur Männergesundheit im betrieblichen Kontext gibt ein Praxisratgeber, an dem etwa 60 Experten und Expertinnen beteiligt wurden (Kölln 2014). Insgesamt fällt auf, dass Jungen- und Männergesundheit bislang eher Expertensache ist; mit wenigen Ausnahmen (etwa Winter, Neubauer 2004) wurden Jungen und Männer selbst bislang noch kaum direkt zum Thema befragt oder untersucht. Eine Online-Befragung des Netzwerks Männergesundheit von 2007 zum „wichtigsten Thema“ der Männergesundheit deutet (wenn auch wie viele Online-Befragungen nicht repräsentativ) darauf hin, dass die im Betrieblichen Gesundheitsmanagement und in der Gesundheitsbildung gängige Trias „Ernährung – Bewegung – Entspannung“ nur bedingt auf das Interesse von Männern stößt. Während „Ernährung“ und „Bewegung“ weit abgeschlagen sind, werden „Work-Life-Balance, Lebensbalancen“ und „Sexualität“ priorisiert, gefolgt von den Themen „Krebsvorsorgeuntersuchung“ sowie „Entspannung und Stressabbau“.

²¹ Gouvernentalisierung – ein Begriff den M. Foucault geprägt hat – bezeichnet politische Strategien, die individuelles wie kollektives Verhalten beeinflussen und steuern, ohne dass dies den Individuen bewusst ist.

Abb. 141 Online-Befragung Netzwerk Männergesundheit



6.1.5. ERGEBNISSE DER DATENBANKRECHERCHE

Die einschlägigen Datenbanken zur Gesundheitsförderung liefern kaum gute Treffer; nur verhältnismäßig wenige der eingetragenen Projekte fokussieren jungen- und männerbezogene Gesundheitsförderung und Prävention²². Zwar zeigen viele Praxisprojekte (quasi durchgängig) die Berücksichtigung von Genderaspekten an; dies ist jedoch nicht direkt verifizierbar. In den herkömmlichen Systematisierungs-Logiken spielt die Kategorie Geschlecht eine nachrangige Rolle. Das betrifft sowohl die Landes- als auch die Bundesebene.

Die bundesweite **Praxisdatenbank Gesundheitliche Chancengleichheit**²³ wurde 2003 von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) initiiert und ist in der Geschäftsstelle des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit angesiedelt. Die Praxisdatenbank ermöglicht eine Recherche nach geschlechterbezogenen Kriterien. Für das Kriterium „Jungen/Männer“ wurden hierbei 28 Treffer²⁴ angezeigt, wobei die datenbankeigenen „Good Practice Kriterien“ in keinem Fall erfüllt waren. Außerdem erwiesen sich die meisten Projekte bei einer genaueren Recherche als „Karteileichen“ (z.B. Projektideen ohne faktische Umsetzung); zuletzt verblieben noch sechs tatsächlich umgesetzte Projekte.

Im Kontext Suchtprävention wurden Daten aus dem **Dokumentationssystem der Suchtvorbeugung**²⁵ (Dot.sys) der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) abgerufen. Für Baden-Württemberg ist die Datenqualität schlecht, da sich nur ein sehr kleiner Teil der Landkreise in Baden-Württemberg beteiligt.

Die Daten können deshalb nur für eine exemplarische Trendanalyse verwendet werden.

Die unabhängige und überparteiliche Plattform **Initiative Neue Qualität der Arbeit – INQA** bietet eine interaktive Karte „TOP 100 – gute Unternehmenspraxis“²⁶. Die 21 Einträge zum Thema Gesundheit thematisieren keine Geschlechterbezüge; für Baden-Württemberg findet sich kein Eintrag.

Insgesamt ist das Ergebnis der Recherche in „offiziellen“ Datenbanken in Deutschland und Baden-Württemberg (s.u. Kapitel 6.2) in quantitativer wie qualitativer Hinsicht schwach. Einerseits war die Zahl der Treffer zu den thematisch relevanten Suchkategorien ausgesprochen gering. Andererseits ist die Qualität der Datenbankeinträge zum großen Teil fragwürdig oder mangelhaft. Dies betrifft die Einhaltung von „Good Practice Kriterien“, die nicht überprüfbare Behauptung von (Gender-) Qualität und die Frage, ob und wie Projektideen tatsächlich realisiert werden konnten. Dass Datenbanken für die Praxis der Gesundheitsförderung dienlich sind und besser genutzt werden können, würde mehr Aufwand bei der Pflege und Qualifizierung der Daten erfordern; dazu gehört v.a. die fachgerechte Zuordnung von Kriterien wie „Jungenbezug“ bzw. „Männerbezug“ sowie die Genderkompetenz bei der Datenerfassung. Auch wenn – etwa in der bundesweiten Praxisdatenbank Gesundheitliche Chancengleichheit oder der baden-württembergischen Datenbank DOKIS – Maßnahmen oder Projekte als zielgruppenspezifisch für Jungen oder Männer vermerkt sind,

²² Ergebnisse aus den benutzten Datenbanken mit speziellem Baden-Württemberg-Bezug werden in Kapitel 6.2 beschrieben.

²³ Die Datenbank soll 2015 aktualisiert und verbessert werden.

²⁴ www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank/ – Abruf am 16.12.2014 („Mädchen/Frauen“ 211 Treffer)

²⁵ www.dotsys-online.de – Abruf am 16.12.2014

²⁶ www.inqa.de/DE/Lernen-Gute-Praxis/Top-100-Gute-Unternehmenspraxis/inhalt.html – Abruf am 16.12.2014

so wird in den allermeisten Fällen nicht erkennbar, worin diese Qualität bestehen soll. Häufig handelt es sich um „allgemeine“ Ansätze, die natürlich für Jungen und Männer (wie grundsätzlich für alle Menschen) offen sind, bei denen aber auf Geschlechteraspekte nicht gesondert eingegangen wird. Umgekehrt finden sich

dort, wo jungen- und männerbezogen ein erhöhter Bedarf besteht, keine spezifischen Einträge. Das gilt z.B. für Unfallverhütung, Übergewicht, Glücksspiel, Medienutzung; Bodybuilding etwa ist gar nicht erst kategorisiert.

6.1.6. ERGEBNISSE DER RECHERCHE EXEMPLARISCHER MAßNAHMEN UND PROJEKTE

Wenn explizit nach Jungen und Männern unter dem Aspekt der Gesundheitsförderung und Prävention gefragt wird, dann sind via Datenbankrecherche nur wenige einschlägige und qualifizierte Treffer zu erzielen. Im Anschluss an diese Recherche wurde deshalb über professionelle Netze und Kontakte ins Feld weiter nach exemplarischer Praxis gesucht – sowohl landes- als auch bundesweit. Zu achten war dabei darauf, unterschiedliche „Settings und Lebenswelten“ wie auch „Lebenslagen und Vielfaltsaspekte“ abzufragen (Suchraster s. Tabelle unten). So ergaben sich einige neue Treffer; es zeigten sich aber auch neue Lücken (v.a. in den Bereichen „Verbände / Selbsthilfe“, „Lebensform“, „sexuelle Identität und Orientierung“, „Migration“, „soziale Benachteiligung“ und „Behinderung“). Die Treffer-Projekte wiederum waren meistens nur in geringem Umfang (öffentlich zugänglich) dokumentiert und evaluiert; insofern entsteht ein gewisses Problem hinsichtlich der Anforderung einer „geprüften Qualität“ (entsprechend der – um Genderqualität zu ergänzenden – „Good Practice Kriterien“ des Kooperationsverbundes „Gesundheitliche Chancengleichheit“²⁷) und der Übertragbarkeit.

Settings / Lebenswelten	Lebenslagen / Vielfaltsaspekte
▶ Betriebe / Arbeitswelt	▶ Alter: Jungen, erwachsene und ältere Männer
▶ Kommunen / kommunale Gesundheitsförderung	▶ Lebensform: z.B. Single-Männer, Väter
▶ Bildung / Bildungseinrichtungen	▶ Kontext sexuelle Identität und Orientierung
▶ Krankenkassen / Versorgung	▶ Kontext Migration
▶ Verbände / Selbsthilfe	▶ Kontext soziale Benachteiligung
▶ Online-Angebote	▶ Männer mit Behinderung

Tab. 29 Recherchestrategie/Suchraster in Bezug auf „gute Praxis“

In der Recherche nach jungen- und männerbezogenen Angeboten wurde versucht, gerade diejenigen zu identifizieren, welche die Förderung von Gesundheit bzw. einzelner Gesundheitsaspekte „offen legen“, also explizit benennen, und die gezielt gesundheitsfördernde Maßnahmen anbieten (Gesundheit „steht drauf“). Es

ist selbstverständlich möglich, dass auch Maßnahmen und Angebote gesundheitsförderlich wirken, ohne dies zu beabsichtigen oder konzeptionell zu fassen²⁸; so kann z.B. Schulsozialarbeit die soziale Gesundheit von Jungen positiv beeinflussen. Solche gesundheitsförderlichen Effekte bleiben aber implizit und verdeckt (Gesundheit „steckt drin“, obwohl es nicht draufsteht). Insofern sie dann eher spekulativ oder dem allgemeinen Lebensvollzug geschuldet sind, taugen sie nicht zur Dokumentation und für eine qualifizierte Praxis der Gesundheitsförderung.

Die Suche und Auswahl orientierte sich an den o.g. „Good Practice Kriterien“. Diese Kriterien sind jedoch nicht genderbezogen differenziert und qualifiziert und deshalb für eine Jungen- und Männer-Perspektive nur bedingt tauglich; sie müssten deshalb in Bezug auf die Jungen- und Männergesundheit (wie die Mädchen- und Frauengesundheit) erweitert bzw. konkretisiert werden²⁹. Eine entsprechende Präzisierung würde dazu beitragen, die gute Praxis einer *jungen- und männerbezogenen* Gesundheitsförderung und Prävention zu identifizieren und herauszustellen.

Insgesamt zeigt eine Suche nach exemplarischen Projekten, dass im deutschsprachigen Raum in der Summe bereits eine gewisse Anzahl und Vielfalt erfolgreicher geschlechterbezogener Ansätze der jungen- und männerbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention vorhanden sind. Sie können für Baden-Württemberg durchaus als Orientierung und Anregung dienen. Allerdings sind diese, bezogen auf die Fläche, doch eher selten und vereinzelt. Obwohl der Bedarf hoch ist, sind wir von einer Selbstverständlichkeit und durchgängigen Präsenz solcher Ansätze vor Ort noch sehr weit entfernt (vgl. dazu Kapitel 6.2). Die geringe Zahl solcher Projekte im ganzen deutschsprachigen Raum und die oft reduzierte thematische Bandbreite (Vorsorge; Bewegung, Ernährung, Entspannung) deuten angesichts der Daten im Geschlechtervergleich auf eine Art Verdeckung des Themas Jungen- und Männergesundheit hin.

²⁷ www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/good-practice-kriterien

²⁸ Das gilt in weiten Teilen auch für den Sport, der per se als gesundheitsförderlich gilt, ohne dass das im Einzelfall belegt und expliziert wird.

²⁹ Eine „Checkliste zur Genderperspektive“, mit der die geschlechtergerecht Gestaltung von Projekten überprüft werden soll, bietet der Internetauftritt der Gesundheitsförderung Schweiz unter www.quint-essenz.ch/de/tools/1054

6.1.7. EXEMPLARISCHE PROJEKTE IM DEUTSCHSPRACHIGEN RAUM – AUßER BADEN-WÜRTTEMBERG³⁰

Im Jahr 2012 wurde im ganzen Bundesland **Bayern** eine *Aktionswoche zur Männergesundheit* organisiert. Der Öffentliche Gesundheitsdienst trug einen wesentlichen Teil zu dieser Männergesundheitswoche bei. Bei den sieben Bezirksregierungen und an 54 Gesundheitsämtern wurden über 70 Gesundheitstage an Orten angeboten, wo Männer relativ häufig anzutreffen sind, z.B. in Baumärkten, Autohäusern oder Einkaufszentren.

In **Mecklenburg-Vorpommern** wurde 2011 ein *landesweiter Arbeitskreis „Gender und Gesundheit“*³¹ eingerichtet, in dem sich der gemeinsame Arbeitskreis Frauengesundheit und die Landesarbeitsgemeinschaft Männergesundheit zusammengeschlossen haben. Ziel des Arbeitskreises ist es, eine geschlechterdifferenzierte Betrachtungsweise von Gesundheitsförderung, Prävention und Versorgung im Gesundheitswesen voranzubringen. Bei allen Aktivitäten werden Geschlechteraspekte und -perspektiven der jeweiligen Thematik aufgezeigt.

Bereits zum zehnten Mal veranstaltete der **Regionalverband Saarbrücken** 2014 einen *MännerGesundheitsTag*³², der sich mit allen Aspekten männlichen Lebens befasst. Der Tag soll Männern Lust auf ein gesundes Mann-Sein machen und Anstöße dafür geben, wie sich Beruf und Familie vereinbaren lassen. Angeboten wird ein Mix aus Information, Check-ups, Wellness und kulturellen Veranstaltungen.

In **Bielefeld** arbeitet seit 2009 eine *Arbeitsgruppe „Jungen- und Männergesundheit“ im Auftrag der kommunalen Gesundheitskonferenz*³³. Sie ist interdisziplinär besetzt und verfolgt das Ziel, die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von Jungen und Männern zu verbessern. Bisher wurden ein World-Café „Männergesundheit“ und ein Fachnachmittag veranstaltet; aufgearbeitet und angeboten werden Themen wie „Die geschlechtsspezifische Inanspruchnahme des Dickdarm- und Rektumkrebs-Früherkennungsprogramms“, „Jungen und Männer als Opfer“ oder „Die Psychosoziale und gesundheitliche Versorgungssituation für Männer in Krisen“.

In **Österreich** ist das 2002 gegründete *Männergesundheitszentrum MEN* in Wien³⁴ ein führendes Gesundheitszentrum für Jungen und Männer. Die Angebote

konzentrieren sich auf benachteiligte und marginalisierte Männer (Bissuti 2009). Außerdem werden persönliche Beratung, Gruppenangebote, Workshops und gesundheitsfördernde Projekte in vielen Sprachen angeboten (türkisch, bosnisch, kroatisch, serbisch, russisch, kurdisch, armenisch, englisch, spanisch und französisch). Der thematische Ansatz ist sehr breit (z.B. psychische Gesundheit, Lebensstilrisiken, Sexualität, Vatersein, Beziehungen, Probleme im Beruf). In besonderen Projekten kümmert sich MEN um spezielle Gruppen und Lebenslagen von Männern, wie z.B. von Menschenhandel betroffene Männer, Männer ohne feste Wohnung oder ältere Männer zwischen 50 und 70 Jahren. Finanziert wird das Projekt kommunal über den Wiener Krankenanstaltenverbund und die Wiener Gesundheitsförderung sowie durch Projektförderung und Sponsoring aus der Wirtschaft.

In der **Schweiz** führt die *Locher AG* in Zürich seit über zehn Jahren ein Projekt der praktischen Männergesundheitsförderung im Baugewerbe durch; was u.a. zum Zürcher Preis 2010 für Gesundheitsförderung im Betrieb führte³⁵. Zielgruppe sind überwiegend bildungsentfernte Migranten. Das Projekt setzt auf Körperarbeit am Arbeitsplatz (Entspannungs-, Energie- und Atemübungen) und zeigt, wie männerbezogene betriebliche Gesundheitsförderung auf eine direkte und unkomplizierte Weise gelingen kann. So seien die krankheits- und unfallbedingten Fehltage um ein Viertel reduziert worden, der Teamgeist habe sich positiv entwickelt (Züger 2008).

Das landesweite und zugleich in den Regionen vernetzte Schweizer Projekt *Don Juan*³⁶ (mit Projektbeginn in 1999) bietet für Männer, die sexuelle Dienstleistungen in Anspruch nehmen, Informationen im Internet und eine Online-Beratung mit Kontaktformular an. Außerdem gibt es aufsuchende Beratung von Männern auf dem Strich in Zürich, Genf, Basel und Bern.

Das Schweizer *Forum Männergesundheit*³⁷ vernetzt seit 2010, unter dem Namen „Drehscheibe Männergesundheit“ bereits seit 2000 Wissen zu Themen der Männergesundheit und auch die Fachkräfte, für die solche Kenntnisse von Belang sind. In diesem Sinn werden konzeptionelle Grundlagen erarbeitet, welche

³⁰ Exemplarische Projekte in Baden-Württemberg werden in Kapitel 6.2 dargestellt.

³¹ www.akgg-mv.de

³² www.regionalverband-saarbruecken.de

³³ www.bielefeld.de/de/rv/ds_stadtverwaltung/gvla/kgk/ags

³⁴ www.men-center.at

³⁵ www.locher-ing.ch/portrait/fit-im-beruf-und-alltag.html

³⁶ www.don-juan.ch

³⁷ www.gesunde-maenner.ch

über eine Homepage und im Rahmen von Fachberatungen zur Verfügung gestellt werden.

Einen ähnlichen Ansatz verfolgt in Deutschland das interdisziplinäre **Netzwerk Jungen- und Männergesundheit**³⁸, das 2005 initiiert wurde. Es verbindet Fachleute, die sich professionell oder ehrenamtlich mit Jungen- und Männergesundheit beschäftigen, und bietet ihnen Austauschmöglichkeiten in fachlichen Foren. Darüber hinaus betätigt es sich im Bereich Öffentlichkeits- und Lobbyarbeit.

Die **Volkshochschulen** sind bundesweit und auch in Baden-Württemberg der größte Anbieter im Bereich Erwachsenenbildung. Gesundheitsbildung und -förderung hat in den Kursen der Volkshochschulen eine hohe Bedeutung; zugleich ist dieser Angebotsbereich auch derjenige, der am meisten „vergeschlechtlicht“ ist³⁹. 10% der Angebote richten sich (auch) speziell an Männer (RKI 2014, S. 192). Ein Beispiel für ein innovatives und auch nachgefragtes männerbezogenes Angebot ist das *Männer-Yoga*, das seit einiger Zeit an verschiedensten Standorten läuft. Es wird von Männern im Allgemeinen gut nachgefragt, teils sind Wartelisten oder Zusatzkurse nötig, viele Männer buchen denselben Kurs im Folgesemester. Das belegt, dass auch in Volkshochschulen Angebote von Männern angenommen werden, sofern sie „männnergerecht“ entwickelt und präsentiert werden.

Das **Männergesundheitsportal** der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)⁴⁰ vermittelt seit 2012 Informationen zu allen Themen der Männergesundheit. Es richtet sich schwerpunktmäßig an Männer ab 35 Jahren, soll aber auch Fachkräfte aus dem Gesundheitswesen ansprechen. Zur Entwicklung, Qualitätssicherung und Weiterentwicklung des Portals wurde bei der BZgA ein beratender Arbeitskreis Männergesundheit installiert.

Das Projekt *Pflege Deinen Schwanz*⁴¹ in **Dresden** unterhält seit dem Welt-AIDS-Tag 2007 eine in der Ansprache direkte und geradlinige Informations- und Beratungshomepage zur sexuellen Gesundheit. Ihre Inhalte betreffen sämtliche Bereiche der männlichen Sexualität; Ziel ist eine Verbesserung bzw. Stärkung der Selbstpflege- und Selbstsorgekompetenzen bei Männern. Die Homepage wird von der AIDS-/STD-Beratung im Gesundheitsamt Dresden und der Aids-Hilfe Dresden e.V. betreut.

Das **Männerbüro Hannover**⁴² bietet u.a. Beratung für männliche Opfer von Gewalt und sexualisierter Gewalt an. Entstanden aus einem Männernetzwerk, erfolgte mit der Vereinsgründung in 1996 eine Professionalisierung des Angebots. Es richtet sich an Jungen und männliche Jugendliche, die sexualisierte Gewalt erfahren haben, als auch an traumatisierte erwachsene Männer, die in ihrer Kindheit oder Jugend sexualisierte Gewalt erfahren haben. Ein weiteres Beratungsangebot richtet sich gezielt an Männer, die im häuslichen Kontext Opfer von Gewalthandlungen geworden sind. Auf Grundlage von polizeilichen Einsatzberichten nehmen die Fachkräfte des Männerbüros dabei auch proaktiv Kontakt mit Geschädigten auf und bieten ihnen Unterstützung im Umgang mit ihrer Gewalterfahrung an.

Das **Männernetzwerk Dresden**⁴³ gründete sich 2003 aus einer „Stammtischinitiative“ heraus und organisiert heute eine beeindruckende Vielzahl von Aktivitäten und Projekten im Bereich Jungen- und Männerarbeit sowie Jungen- und Männerberatung. Besonders zu würdigen ist dabei das Projekt *mensano – Arbeit mit männlichen Asylbewerbern im Kontext von Gesundheit und psychosozialer Beratung*. Männer mit Fluchtgeschichte werden sowohl in ihren Unterkünften aufgesucht als auch „abgeholt“ und „mitgenommen“, um an anderen Orten niederschwellig und eher informell über ihre gesundheitliche Situation ins Gespräch zu kommen; individuelle Bedarfe werden aufgenommen, ggf. weiter verfolgt oder verwiesen. Gemeinsame Aktivitäten wie Kochen bilden einen öffnenden Rahmen. Das Projekt soll weitergeführt und intensiviert werden.

Bei der **Berliner Stadtreinigung** gibt es die Projekte *Betriebliche Gesundheitslotsen* und *Kollegiales Rückentraining*⁴⁴, um insbesondere Müllwerker und Straßenreiniger zu erreichen. Seit 2007 machen nebenamtliche „Gesundheitslotsen“ in ihren eigenen Arbeitsbereichen die Angebote der Gesundheitsförderung bekannt. Sie sind Multiplikatoren für gesundheitsfördernde Lebens- und Arbeitsweisen; ihre Ausbildung umfasst sieben Wochenenden und wird betriebsintern durchgeführt. Daneben leiten fachlich geprüfte Kolleginnen und Kollegen Ausgleichsübungen und Rückengymnastik in den verschiedenen Betriebsteilen an.

Einrichtungen der Familienbildung erreichen die Gruppe der Väter oft nicht. Für sie macht das **Väterzentrum Berlin**⁴⁵ mit seinem „PapaLaden“ seit 2007

³⁸ www.netzwerk-maennergesundheit.de

³⁹ Dies gilt insbesondere für den Bereich Körperarbeit (Göger, Neubauer 2011).

⁴⁰ www.maennergesundheitsportal.de

⁴¹ www.pflege-deinen-schwanz.de

⁴² www.maennerbuero-hannover.de

⁴³ www.maennernetzwerk-dresden.de

⁴⁴ www.inqa.de/SharedDocs/PDFs/DE/Gute-Praxis/Unternehmensportrait-BSR.pdf?__blob=publicationFile

⁴⁵ www.vaeterzentrum-berlin.de

Angebote v.a. zur psychischen und sozialen Gesundheit. Das Väterzentrum bietet als Treffpunkt und Informationsstelle die Möglichkeit, niedrighschwellige Angebote (wie z.B. das „Papa Café“) und Beratungsleistungen zu nutzen. In Kooperation mit Kliniken werden Väterkurse angeboten; es gibt Rechts- und Strategieberatung sowie Gruppenangebote für Väter in und nach Trennungssituationen. Ähnlich arbeiten bereits seit 2001 der Väter e.V. und das **Väterzentrum Hamburg**⁴⁶.

Die **Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheits-erziehung** (HAGE) entwickelte 2013 ein Projekt *Leistungsstarke Kerle*⁴⁷ zur Jungengesundheit im Rahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung. Es umfasst Aktionsmodule für männliche Azubis mit den Themen „Gesundheitskommunikation und Gesundheitswissen“, „Bewegung, Stress, Entspannung, Leistungsfähigkeit“, „Lebens- und Risikokompetenz“, „Kochen und Ernährung“.

Das Projekt *Männergesundheit für migrantische Männer* der **pro familia Bonn**⁴⁸ setzt gezielt auf Zugänge zu migrantischen Männern über Gesundheitsthemen. Seit 2000 begegnet es so deren hohem Wissens- und Aufklärungsbedarf zu Gesundheitsfragen und zu strukturellen Gegebenheiten des deutschen Gesundheitssystems. Offenbar hindern Sprachbarrieren oder Scham diese Männer, Informationen zu Gesundheitsthemen zu bekommen. Im Projekt werden z.B. der Kör-

per des Mannes und allgemeine physiologische Themen angesprochen, daneben Sportverletzungen, Rückenschmerzen, Schmerzmittel- und Anabolika-Gebrauch, Missbrauch, sexuell übertragbare Krankheiten, Vorsorgeuntersuchungen, Gesundheits-Check usw. Im Teilprojekt „Väter in Bewegung“ sind Väter mit ihren Kindern aktiv. Sportliche, soziale und kreative Aktivitäten geben verschiedenen Gesprächskreisen einen inhaltlichen und motivierenden Rahmen. Seit Oktober 2014 setzt der pro familia Landesverband NRW zusammen mit der Beratungsstelle Bonn außerdem ein Pilotprojekt für Flüchtlinge im Bereich Gesundheit um.

Der Gesundheitsladen *Pudelwohl – gesund & schwul* in **Dortmund**⁴⁹ versteht sich als Beratungsstelle und Gesundheitsagentur, die sich an schwule und bisexuelle Männer richtet. Gegründet 2009 wird sie gemeinschaftlich getragen von der Aidhilfe Dortmund und dem Kommunikations-Centrum Ruhr e.V. in Kooperation mit dem Gesundheitsamt der Stadt Dortmund. Aufgabe der Gesundheitsagentur ist die Gesundheitsförderung und Prävention. Zu den Angeboten zählen u.a. kostenlose HIV-Schnelltests, Sprechstunden mit einem Arzt oder Beratungen zu sexuell übertragbaren Infektionen, aber auch Koch- oder Nichtraucher-Kurse werden angeboten. Im Gesundheitsladen ist auch das Stricherprojekt „neonlicht“ angesiedelt.

6.1.8. PERSPEKTIVEN FÜR EINE „GUTE PRAXIS“ DER JUNGEN- UND MÄNNERGESUNDHEITSFÖRDERUNG

In einer Zusammenschau der als exemplarisch identifizierten Maßnahmen und Projekte und vor dem Hintergrund der Literaturrecherche wurden in einem Prozess der Auswertung und Verdichtung Perspektiven für die Entwicklung einer jungen- und männerbezogenen „guten Praxis“ der Gesundheitsförderung und Prävention abgeleitet. Dazu wurden in einem ersten Schritt die benannten oder erkennbaren Erfolgsfaktoren jeweils einzelner Maßnahmen und Projekte herausgearbeitet. In einem zweiten Schritt wurden die isolierten Erfolgsfaktoren insgesamt verglichen und vereinheitlicht, sodann geclustert und systematisiert. Sie werden hier in eine idealtypische Ordnung gesetzt, in der die Erfolgsfaktoren folgerichtig aufeinander aufbauen – auch wenn das in der Praxis nicht immer realisiert und einzuhalten ist.

Dabei beziehen sie sich auf drei Ebenen; zunächst auf eine *erste Ebene* struktureller Voraussetzungen und Rahmenbedingungen. Die dort getroffenen Entscheidungen gehen der eigentlichen Praxis voraus: als zugrundeliegende bzw. im Entwicklungsbereich Jungen- und Männergesundheit erst noch aufzubauende Strukturqualität. Geht es dann um die Verwirklichung konkreter Maßnahmen und Projekte, dann kommt eine *zweite Ebene* konzeptioneller Differenzierungen und Zielbestimmungen ins Spiel – sowie zuletzt *eine dritte Ebene*, die direkte Zugänge und die unmittelbare Erreichung von Jungen und Männern in den Blick nimmt. Diese Aspekte lassen sich als jungen- und männerbezogene Ergänzung der o.g. „Good-Practice-Kriterien“ des Kooperationsverbundes „Gesundheitliche Chancengleichheit“ verstehen. Sie präzisieren dort insbesondere die Aspekte „Konzeption, Selbstverständnis“, „Zielgruppenbezug“, „Innovation und Nachhaltigkeit“ sowie „Partizipation“ und „Empowerment“.

⁴⁶ www.vater.de

⁴⁷ www.sozialnetz.de/ca/b/deb

⁴⁸ www.profamilia.de/angebote-vor-ort/nordrhein-westfalen/bonn/migrantinnen-und-migranten/gesundheitsfoerderung-fuer-migrantinnen.html

⁴⁹ www.pudelwohl-dortmund.de und <http://neonlicht-dortmund.de>

Abb. 142 Perspektiven zur Praxisentwicklung der Jungen- und Männergesundheitsförderung

Strukturen	1.a	Aus einem Kontext der Gesundheitsförderung und Prävention heraus wird eine Perspektive auf Jungen und Männer gerichtet, und es werden gezielte Angebote für sie bereitgestellt.
	1.b	Aus einem jungen- und männerbezogenen Kontext heraus werden Themen und Aspekte der Jungen- und Männergesundheit aufgenommen und gezielt bearbeitet.
Zielgruppen	2.	Die Praxis ist auf eine gewisse Dauer angelegt (<i>und keine situative / einmalige Angelegenheit</i>).
	3.	Das Themengebiet einer jungen- und männerbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention wird explizit und spezifisch bearbeitet .
	4.	Hinsichtlich der Arbeitsform in den Angeboten wird reflektiert und entschieden, ob der homosoziale (<i>ausschließlich Jungen bzw. Männer</i>) oder der heterosoziale Kontext (<i>geschlechtergemischt</i>) angemessen ist; die Angebote werden entsprechend konzipiert und reflektiert.
Erreichung	5.	Die Arbeit richtet sich innerhalb der Gesamtgruppe der Jungen und Männer an jeweils spezielle Gruppen (<i>nicht verallgemeinert an „die Jungen“ bzw. „die Männer“</i>).
	6.	Die Praxis erreicht spezifische Lebenswelten von Jungen und Männern.
	7.	Dort werden die Zugänge zu Jungen und Männern proaktiv gestaltet (<i>und nicht nur nachfrageorientiert oder zufällig</i>).
	8.	Die Praxis erreicht Jungen und Männer persönlich und direkt .

Sie können insbesondere bei der Planung und Konzeptionierung neuer Maßnahmen und Projekte eingesetzt werden. Mit diesem Instrument kann aber auch eine gute jungen- und männerbezogene Praxis der Gesundheitsförderung und Prävention identifiziert und bewertet werden – was in der gebotenen Kürze für das

Männergesundheitszentrum MEN (s.o.) skizziert werden soll. Das MEN steht für einen Projekt-Ansatz, der Gesundheitsförderung, Männerbezug, Intersektionalität und Lebensweltorientierung auf exemplarische Weise verbindet.

Perspektive für gute Praxis	Beispiel Männergesundheitszentrum Wien
Aus einem Kontext der Gesundheitsförderung und Prävention heraus wird eine Perspektive auf Jungen und / oder Männer gerichtet, und es werden gezielte Angebote für sie bereitgestellt.	trifft zu – innerhalb des Instituts für Frauen- und Männergesundheit ist die Konzeption des MEN explizit jungen- und männerbezogen, was sich z.B. in Themen und Methodik niederschlägt.
Die Praxis ist auf eine gewisse Dauer angelegt.	trifft zu – das MEN ist dauerhaft implementiert, wird kommunal unterstützt und hat eine gewisse Regelfinanzierung (bei zusätzlicher Projektfinanzierung).
Das Themengebiet einer jungen- und männerbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention wird explizit und spezifisch bearbeitet.	trifft zu – im MEN gibt es fast ausschließlich Angebote speziell für Jungen und Männer und explizit im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention.
Hinsichtlich der Arbeitsform in den Angeboten wird reflektiert und entschieden, ob der homosoziale oder der heterosoziale Kontext angemessen ist; die Angebote werden entsprechend konzipiert und reflektiert.	trifft zu – die konzeptionelle Grundentscheidung präferiert einen überwiegend homosozialen Kontext; zugleich wird die Methodik der Angebote geschlechtsbezogen konzipiert und reflektiert.
Die Arbeit richtet sich innerhalb der Gesamtgruppe der Jungen und Männer an jeweils spezielle Gruppen.	trifft zu – es gibt vielfältige und differenzierte Angebote, insbesondere für benachteiligte und marginalisierte Männer.
Die Praxis erreicht spezifische Lebenswelten von Jungen und Männern.	trifft zu – dies wird v.a. in spezialisierten, lebensweltbezogenen Projekten realisiert.
Dort werden die Zugänge zu Jungen und Männern proaktiv gestaltet.	trifft zu – es gibt aufsuchende Aktivitäten und Angebote in der Lebenswelt, daneben auch stationäre Angebote in der Komm-Struktur.
Die Praxis erreicht Jungen oder Männer persönlich und direkt.	trifft zu – es gibt unvermittelte „face to face“-Angebote für Jungen und Männer.

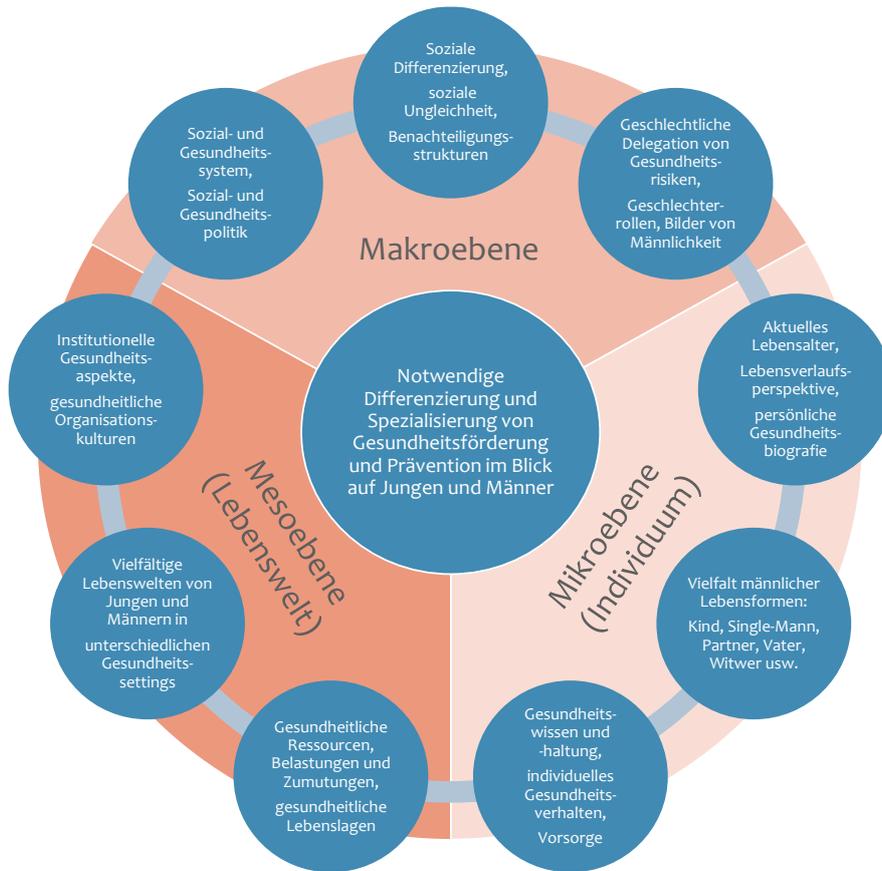
Tab. 30 Analyse des Männergesundheitszentrums „MEN“ (Wien) anhand der Perspektiven für gute Praxis

6.1.9. DIFFERENZIERUNGSBEDARF DER JUNGEN- UND MÄNNERGESUNDHEITSFÖRDERUNG

Jungen und Männer lassen sich mit Zugängen der Gesundheitsförderung und Prävention wahrscheinlich je weniger bzw. weniger gut erreichen, desto mehr die zuletzt herausgearbeiteten Perspektiven einer guten Praxis vernachlässigt werden. Umgekehrt werden sie wohl umso besser erreicht bzw. gelingen Zugänge zu Jungen und Männern insbesondere dann gut, wenn diese als heterogene soziale Gruppe mit unterschiedlichsten gesundheitlichen Bedarfen in den Blick kommen. Nicht-Teilnahme entsteht dort, wo insgesamt wenig (oder nichts) und nicht das Passende angeboten

wird; lokale, spezialisierte und differenzierte Angebote dagegen eröffnen Jungen und Männern Teilnahme-Optionen. Der Setting-Ansatz wurde oben so beschrieben, dass Menschen (hier: Jungen und Männer) in ihren jeweiligen Lebenswelten als Akteure der eigenen Gesundheit zu verstehen und aktiv zu beteiligen sind. Dies verweist auf die Notwendigkeit, jungen- und männerbezogene Gesundheitsförderung und Prävention in diesem Sinn nicht nur insgesamt weiterzuentwickeln, sondern v.a. auch zu differenzieren und zu spezialisieren.

Abb. 143 Differenzierung und Spezialisierung einer jungen- und männerbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention



Jungen und Männer leben in unterschiedlichsten Lebenswelten und institutionellen Bezügen, die sich dann in gesundheitlichen Lebenslagen ausdrücken (auf der Mesoebene bzw. in der Lebenswelt). Dies realisiert sich altersabhängig in einer Vielfalt männlicher Lebensformen, mit unterschiedlicher Gesundheitshaltung und einem je eigenen Gesundheitsverhalten (individuelle bzw. Mikroebene). Im Zusammenhang mit Strukturen sozialer Differenzierung wird dies wieder-

eingefasst von „männlichen“ Geschlechterrollenbildern und den gegebenen sozialen bzw. politischen Rahmenbedingungen (gesellschaftliche Makroebene). Alle diese Faktoren stehen in Wechselwirkung, sie bestimmen und bedingen sich gegenseitig. Jungen- und männerbezogene Gesundheitsförderung und Prävention vermitteln hier am günstigsten mit einem Ansatz auf Ebene der Lebenswelt und in gesundheitsförderlichen Settings.

6.2. STRUKTUREN, PROGRAMME UND PROJEKTE EINER JUNGEN- UND MÄNNERBEZOGENEN GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION IN BADEN-WÜRTTEMBERG

Maßnahmen und Aktivitäten im Bereich von Gesundheitsförderung und Prävention sollten, um Wirksamkeit und Nachhaltigkeit zu erzielen, v.a. kleinräumig konzipiert, umgesetzt und bewertet werden – dies gilt auch unter der Maßgabe des Setting-Ansatzes (s.o.) und der Lebensweltorientierung (Thiersch 2014)⁵⁰. Vor diesem Hintergrund war zu erheben, welche für die Jungen- und Männergesundheit einschlägigen Programme und Projekte der Gesundheitsförderung und Prävention in Baden-Württemberg vorhanden sind, sowie ob und wie diese in vorhandene Strukturen der Gesundheitsförderung und Prävention eingebunden sind. Zudem war zu ermitteln, welche insbesondere lokalen Maßnahmen und Projekte bereits explizite oder implizite Angebote im Untersuchungsbereich Jungen- und Männergesundheit vorhalten. Auf Baden-Württemberg bezogen wurden hierzu die einschlägigen Veröffentlichungen befragt und eine Internetrecherche vorgenommen. Diese Untersuchungsergebnisse

wurden dann durch direkte Befragungen in den Landkreisen und zu den dort vorhandenen Aktivitäten ergänzt, im Anschluss systematisiert, qualitativ analysiert und (vor dem Hintergrund der sonstigen Berichtsergebnisse) im Sinn der in Kapitel 0. entwickelten Perspektiven für die Entwicklung guter Praxis bewertet.

Fragestellungen

- ▶ Welche Programme der Gesundheitsförderung und Prävention in Baden-Württemberg berücksichtigen speziell die Jungen- und Männergesundheit?
- ▶ Sind die relevanten Programme in vorhandene Strukturen der Gesundheitsförderung und Prävention eingebunden? Und wenn ja: wie?
- ▶ Welche lokalen Maßnahmen und Projekte mit expliziten oder impliziten Angeboten zur Jungen- und Männergesundheit gibt es?

6.2.1. LITERATUR- UND INTERNETRECHERCHE

In der **Literatur zur Jungen- und Männergesundheit** (s.o.) wird in der Regel nicht nach Bundesländern differenziert. Auch die vorliegenden **Männergesundheitsberichte** gehen auf Unterschiede der Bundesländer nicht gesondert ein. Vereinzelt tauchen in der Literatur Bezüge zu Baden-Württemberg auf, die aber eher unsystematisch sind. So stellt der Erste Deutsche Männergesundheitsbericht das Stuttgarter Projekt „Jungen im Blick“ und den Tübinger Verein „Pfunzkerle“ als beispielhaft vor (Stiehler, Weißbach 2010: 50f). Auch in einem neueren **Handbuch zur Jungen-**

gesundheit gibt es Hinweise auf einzelne Projekte in Baden-Württemberg (Stier, Winter 2013: 180, 313). Informationen über jungen- und männerbezogene Gesundheitsförderung und Prävention in Baden-Württemberg finden sich auch im Newsletter des **Netzwerk Jungen- und Männergesundheit**⁵¹, dessen 53 bis zum Dezember 2013 erschienene Ausgaben ebenfalls ausgewertet wurden. Unter den zahlreichen **Publikationen des Landesgesundheitsamts** finden sich keine einschlägigen Titel. Die **Internetrecherche** nutzte die nachfolgend aufgeführten Datenbanken und Portale.

Datenbank	Webseite	Abruf
DOKIS-Gesundheitsförderung in Baden-Württemberg	www.gesundheitsamt-bw.de/oegd/Fachservice/Datenbanken/dokis-db/default.aspx	16.12.2014
Gesundheitsatlas Baden-Württemberg	www.gesundheitsatlas-bw.de	18.03.2015
Gesundheits-Info Dienst – Bürgerservice Gesundheit Baden-Württemberg (GiD)	www.internet-gid.de	18.03.2015
Landkarte der Jungenarbeit Baden-Württemberg	www.lag-jungenarbeit.de/landkarte-der-jugendarbeit	18.03.2015
Statistisches Landesamt Baden-Württemberg	www.statistik.baden-wuerttemberg.de	18.03.2015
Weiterbildungsportal Baden-Württemberg	www.fortbildung-bw.de	18.03.2015
Newsletter des Netzwerk Jungen- und Männergesundheit	www.netzwerk-maennergesundheit.de	(Archiv SOWIT)
Homepage des Bundesministeriums für Gesundheit	www.bmg.bund.de/themen/praevention/betriebliche-gesundheitsfoerderung/best-practice-baden-wuerttemberg.html	16.12.2014
Dokumentationssystem für Maßnahmen der Suchtprävention (dot.sys)	www.dotsys-online.de	(Info LGA BW)

Tab. 31 Übersicht über die zur Recherche genutzten Datenbanken und Internetseiten

⁵⁰ Gerade auch der aktuelle Gesetzentwurf zum Präventionsgesetz (PrävG) fokussiert stark auf das Konzept der Lebenswelten; daneben bezieht er sich u.a. auf „geschlechtsspezifische Besonderheiten“, „geschlechtsbezogene Ungleichheit von Gesundheitschancen“ und das Ziel der „Geschlechtergerechtigkeit“. www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Praeventionsgesetz/141217_Gesetzentwurf_Praeventionsgesetz.pdf

⁵¹ www.netzwerk-maennergesundheit.de

Die Datenbank **DOKIS-Gesundheitsförderung in Baden-Württemberg** zählt 76 von 205 Einträgen (= 37%) zur Kategorie „Jungen, Männer“. Dies liegt v.a. daran, dass die meisten dieser Einträge den Zielgruppen „Jungen, Männer“ und zugleich „Mädchen, Frauen“ zugeordnet waren; es handelt sich also um Angebote *für alle* Menschen. Überwiegend richten sie sich allerdings an Kinder und Jugendliche und eher selten an Erwachsene. Eine definierte Geschlechterqualität oder Geschlechterdifferenzierung dieser Projekte ist in den meisten Fällen nicht beschrieben, und sie wurden größtenteils auch nicht durch unsere direkte Recherche auf Kreisebene als Projekte mit Jungen- oder Männerbezug verifiziert. (Geschlechtsbezogene) Qualitätskriterien sind in der Dokis-Datenbank nicht formuliert und angelegt.

Der **Gesundheitsatlas Baden-Württemberg** weist ein eigenes Oberthema „Gesundheitsförderung und Prävention“ aus. Darunter finden sich v.a. Daten zur Pathogenese und zum Vorsorgeverhalten – so geht es unter „*Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen*“ um Alkoholkonsum, den „Body Mass Index (BMI) der erwachsenen Bevölkerung“ und um „Tabakkonsum“; unter „*Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsförderung/-vorsorge*“ geht es um „Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen der Kinder“, Impfquoten aus den Einschulungsuntersuchungen“, „Inanspruchnahme der Schwangerschafts-Vorsorgeuntersuchungen“, „Schwangerschaftsabbrüche“ und „Mitglieder in Selbsthilfegruppen mit diabetologischem Schwerpunkt“. Außerdem werden die Kommu-

nalen Gesundheitskonferenzen gelistet. Daten mit explizit salutogenetischem und geschlechtsbezogenem Fokus sind aktuell nicht dokumentiert.

Der **Gesundheits-Info Dienst – Bürgerservice Gesundheit Baden-Württemberg (GiD)** war eine bis 2015 existierende Datenbank, die regionale Gesundheitsangebote in Baden-Württemberg enthielt. An ihr beteiligten sich zuletzt elf der 38 Stadt- und Landkreise bzw. Gesundheitsamtsbezirke⁵². Die Datenbank ermöglichte eine Suche nach Themengebiet, Zielgruppe oder Angebotsart bis auf Kreisebene; alle Suchkategorien konnten kombiniert werden, was eine sehr differenzierte und lokalisierte Suche erlaubte. Im Gegensatz zur Suchkategorie „Männer“ fehlte dabei die Kategorie „Jungen“ (wie ebenso „Mädchen“) und ging in „Kinder / Jugendliche“ auf. Von den 62 Treffern unter „Männer x Gesundheitsförderung / Prävention“ konnte bei vier Angeboten, das sind 6,5%, ein expliziter Männerbezug identifiziert werden; von den 244 Treffern unter „Kinder / Jugendliche x Gesundheitsförderung / Prävention“ konnte nur bei sieben Angeboten, das sind 3%, ein expliziter Jungenbezug identifiziert werden. Dabei handelte es sich überwiegend um klassische Angebote der Sexualpädagogik und Sexualaufklärung. Insgesamt fielen auch einige nicht mehr aktuelle, verjährte Einträge (z.B. mit Datum 2012) sowie allgemeine Informations-Einträge ohne konkretes (Veranstaltungs-) Angebot auf, wogegen einige in den jeweiligen Kreisen recherchierte jungen- und männerbezogene Angebote wiederum *nicht* eingetragen waren.

Stadt- / Landkreis	Abfrage „Männer x Gesundheitsförderung / Prävention“	männerbezogen qualifizierte Einträge (mit Themen)	Abfrage „Kinder / Jugendliche x Gesundheitsförderung / Prävention“	jungenbezogen qualifizierte Einträge (mit Themen)
Böblingen	4	–	12	2 <u>pro familia</u> : Pubertät und Verhütung
Bodenseekreis	0	–	1	–
Calw	1	–	1	–
Hohenlohekreis	3	–	34	–
Karlsruhe	15	2 <u>Selbsthilfe</u> Prostatakrebs „Schwung-schwule Bewegung“	43	1 <u>Wildwasser</u> : Prävention sexueller Gewalt
Main-Tauber-Kreis	4	–	6	–
Ortenaukreis	4	–	34	–
Rastatt mit Baden-Baden	2	–	45	2 <u>Landratsamt</u> : „Ich fühl mich wohl in meiner Haut“; <u>Feuervogel</u> : „Mein Körper gehört mir“ (beide Sexualpädagogik)
Schwarzwald-Baar-Kreis	3	1 <u>Turnerbund</u> : Bewegungstraining für Männer	17	–
Stuttgart	20	1 „Café Strichpunkt“	27	2 „Café Strichpunkt“ <u>Stadtjugendring</u> : „Baukasten Jugendarbeit“
Zollernalbkreis	6	–	24	–
Gesamt	62	4 = 6,5%	244	7 = 3%

Tab. 32 Recherche-Ergebnis Datenbank „Gesundheits-Info Dienst“ (GiD), Abfrage 18.03.2015

⁵² Landkreis BB, FN, Landkreis CW, KÜN, Stadt- und Landkreis KA, TBB, OG, Landkreis RA mit BAD, VS, Stadt S, BL – Abfrage 18.03.2015. Die Datenbank GiD ist aktuell (06/2015) nicht mehr online und dem Vernehmen nach eingestellt worden.

Ergänzend wurde auf Einträge in der Landkarte der Jungenarbeit, einer Datenbank der Landesarbeitsgemeinschaft Jungenarbeit Baden-Württemberg (LAGJ), zurückgegriffen. Hier können Mitglieder der LAGJ ihre jungenpädagogischen Angebote einstellen. Bei der Abfrage waren sechs gesundheitsbezogene Projektzusammenhänge erkennbar (Mannheim, Enzkreis mit Pforzheim, 2 x Stuttgart, Böblingen, Rems-Murr-Kreis); sie werden im Folgenden noch näher beschrieben.

Das Statistische Landesamt Baden-Württemberg ist als Landesoberbehörde der zentrale Statistik-Dienstleister des Landes Baden-Württemberg. Es hat die Aufgabe statistische Daten zu erheben, zu sammeln und zu analysieren. Zu den Suchkategorien „Männer + Gesundheitsförderung“ und „Jungen + Gesundheitsförderung“ fanden sich keine einschlägigen Treffer.

Das Weiterbildungsportal Baden-Württemberg ist das Portal für berufliche Weiterbildung des Landes Baden-Württemberg mit aktuell über 22.000 Angeboten von mehr als 1.200 Bildungsanbietern. Es unterhält spezielle Informationsrubriken für „Frauen im Beruf“, „Be-

schäftigung für Ältere“, „Menschen mit Behinderung“ und zur „Integration von Migranten“ – aber nicht für Männer. Zu den Suchkategorien „Männer + Gesundheit“ und „Jungen + Gesundheit“ fanden sich keine einschlägigen Treffer bzw. Kurse. Gesundheitsthemen sind der Kategorie „Weiterbildung im Privatbereich“ zugeordnet, obwohl darunter auch „Betriebliche Gesundheitsförderung“ zu finden ist.

Auf der Homepage des Bundesministeriums für Gesundheit werden zahlreiche Beispiele der betrieblichen Gesundheitsförderung als beispielhaft vorgestellt. Was zur Bewertung als „Best practice“ führt, wird nicht offengelegt. Bei der länderbezogenen Darstellung von Projekten aus Baden-Württemberg gibt es lediglich ein Projekt – das der Daimler BKK⁵³ –, bei dem ein Geschlechtsbezug auf Männer hin zu erkennen ist. Ziel war es dort, Männer mit Vorsorge- und Gesundheitsinformationen aufzuklären und (besser) zu erreichen. Mit einer eher kampagnenförmigen Vorgehensweise erfüllt das Projekt nicht alle⁵⁴ der o.g. Kriterien guter Praxis (s.u.).

6.2.2. ERGEBNISSE DER RECHERCHE BEI RELEVANTEN AKTEUREN

Im Rahmen des Rechercheteils, der sich auf direkt Baden-Württemberg bezieht, und zur Vorbereitung der Recherche auf Kreisebene wurden telefonische Interviews geführt mit baden-württembergischen Fachkräften v.a. der Gesundheitsförderung auf kommunaler Ebene (16 Personen) und im Bereich Bildung und Forschung (12 Personen); außerdem mit Schlüsselpersonen der betrieblichen Gesundheitsförderung (5 Personen) und von Krankenkassen (4 Personen). Darüber hinaus wurden öffentlich zugängliche Informationsquellen genutzt. Ergebnisse aus diesen Zugängen sollen hier kurz skizziert werden, sie sind als Schlaglichter zu verstehen; die ggf. noch eingehender zu untersuchen wären, und erheben keinen repräsentativen Anspruch.

Prävention im Tätigkeitsbereich von Krankenkassen

Im Rahmen der Recherche war es nicht möglich, hier mit sämtlichen Anbietern direkt ins Gespräch zu kommen, weshalb entschieden wurde, auf Daten und Informationen der **AOK Baden-Württemberg** zurückzugreifen⁵⁵. Derzeit hält die AOK in den Bereichen „Lebensstilorientierte Prävention“ und „Betriebliches Gesundheitsmanagement“ (BGM) keine männerspezifischen Angebote vor; das aktuelle Präventionspro-

gramm „Lebe Balance“ ist weitgehend geschlechtsspezifisch konzipiert. Zwar wird auch bei der AOK die Zielgruppe Männer im Setting Betrieb deutlich besser mit Gesundheitsthemen erreicht als in der Verhaltens- oder Individualprävention, konkrete Auswertungen bzw. speziell auf Männer zugeschnittene Konzepte oder Programme liegen aber nicht vor. Männer finden sich auch häufiger beim funktionsorientierten Training in den Gesundheitszentren bzw. Rückenstudios und nutzen dort gerne Geräte und Maschinen im Bereich Rückentraining.

Die AOK Baden-Württemberg setzt weniger auf den sog. Erstattungsmarkt⁵⁶ und macht deshalb eigene Präventionsangebote. Bei ihren allgemeinen Gesundheitskursen verzeichnet sie aktuell einen Männeranteil von 22% (= ca. 13.000 Teilnehmer pro Jahr). Dieser konnte im Vergleich zu den Vorjahren leicht gesteigert werden; bei Kursen mit dem Fokus „Rückenkonzept“ liegt der Männeranteil bei 35%⁵⁷. Hintergrund sind meistens Rückenbeschwerden. Entsprechend wird berichtet, dass die teilnehmenden Männer in AOK-Gesundheitszentren eher mit symptomatischen, funktionalen und „maschinellen“ (d.h. Verwendung von Trainingsgeräten) Zugängen erreicht werden können. Bei Maßnahmen im Rahmen des BGM seien auf Männerseite häufiger Leistungsaspekte angesprochen („fit

⁵³ „Männergesundheit – Eine Aufklärungskampagne der Daimler AG und Daimler BKK“

⁵⁴ z.B. Multiplikatorenkonzept, Innovation und Nachhaltigkeit, Partizipation, niedrigschwellige Arbeitsweise

⁵⁵ mit fast 4 Millionen Versicherten und einem Marktanteil von ca. 43% der größte Träger der gesetzlichen Krankenversicherung in Baden-Württemberg und Anbieter von jährlich etwa 6.000 Gesundheitskursen mit über 60.000 Teilnehmerinnen und Teilnehmern

⁵⁶ Erstattung der Kosten von Angeboten z.B. der Volkshochschulen

⁵⁷ Quelle: interne Auswertung von Kursangeboten der AOK Baden-Württemberg.

und leistungsfähig bleiben“); auch ein „Challenge- und Erlebnisfaktor“ (d.h. es gibt eine Herausforderung, Aktivität kommt vor Reflexivität) und kompetitive Aspekte seien gefragt. Wichtige Themen sind dort entsprechend „Fitness / Bewegung“ und in geringerem Umfang „Ernährung“; auch sog. „Gesundheitsmes- sen“, die ein unverbindliches sich informieren erlau- ben, kommen dort gut an. Die offenen Gesundheits- kurse werden von Männern seltener besucht – mit Ausnahme von Männerkochkursen, die i.d.R. gut „lau- fen“ und gebucht werden.

Beim **BKK Landesverband** Süd gibt es zwei ge- schlechtsbezogene Programme im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung. Die Früherkennungs-, Vor- sorge- und Präventionskampagne für Männer *Echte Männer sind Checker!*⁵⁸ will Männer für Früherken- nungs-, Vorsorge- und Präventionsmaßnahmen („Check-ups“) sensibilisieren und zu eigenverantwort- licher Gesundheitsvorsorge anregen. Dies geschieht über Öffentlichkeitsarbeit sowie Informationsveran- staltungen in Betrieben; die Kampagne wird vor Ort auch von Betriebskrankenkassen umgesetzt. Die Initi- ative *Bauchgefühl*⁵⁹ dagegen thematisiert die Präven- tion von Essstörungen bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Bestandteile der Initiative sind der Internetauftritt, ein Unterrichtsprogramm mit Un- terrichtseinheiten für die Sekundarstufe 1 und an be- ruflichen Schulen sowie eine anonyme Online-Bera- tung. Das Programm umfasst acht Unterrichtseinhei- ten für die Klassenstufen sechs und sieben, davon sind drei geschlechtergetrennt konzipiert, und fünf Unter- richtseinheiten für die Klasse acht und neun, davon vier geschlechtergetrennt. Beim Internet-Auftritt fin- den sich unter dem Menüpunkt „alles sixpack“ jungen- bezogene Zugänge: „superbody = cooler Typ?!“ – „süchtig nach muskeln“ – „boys talk“. Insgesamt ist die Seite allerdings in einer rosaroten, weiblich konnotier- ten Ästhetik gehalten. Die Online-Nutzung sowie die Umsetzungs- und Teilnahmezahlen des Schulpro-

gramms (z.B. nach Geschlecht) sind nicht öffentlich do- kumentiert oder evaluiert; letzteres gilt auch für die Kampagne „Echte Männer sind Checker!“.

Die **DAK-Gesundheit** erstellt regelmäßig Gesundheits- reports für Baden-Württemberg. Schwerpunkt-the- men waren „Herzinfarkt“ in 2012⁶⁰ und „Schlafstörun- gen“ in 2010⁶¹. Die Darstellung ist durchgängig ge- schlechterdifferenziert und liefert viele Vergleichsda- ten zwischen Männern und Frauen. Die **Barmer GEK** hat im Rahmen ihres Gesundheitsreports 2013 Baden- Württemberg zum Thema „Männergesundheit im Er- werbsleben“ berichtet⁶². Der Fokus liegt dabei auf drei Erkrankungen: „Verletzungen bei jüngeren männli- chen Erwerbspersonen“, „Erkrankungen des Bewe- gungsapparates bei Männern im mittleren Erwerbsal- ter“ und „Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Männern im fortgeschrittenen Erwerbsalter“. Im Fazit dieses Teils heißt es u.a.: „Das Thema ‚Rückengesundheit‘ sollte frühzeitig, möglichst vor oder zu Beginn des mittleren Erwerbsalters, aktiv angegangen werden. (...) Präventive Angebote für Männer aller Altersklas- sen sollten verstärkt arbeitsplatzbezogen angeboten werden, um nachhaltig die Gesundheitskompetenz zu stärken“ (S. 123). Die **Techniker Krankenkasse (TK)** hat kürzlich ein Positionspapier „Gesundheitsförderung und Prävention in Baden-Württemberg – Standpunkte der TK-Landesvertretung 2014“ vorgelegt⁶³. Sie regt dort u.a. an, die Kommunalen Gesundheitskonferen- zen präventiv auszurichten und die betriebliche Ge- sundheitsförderung stärker in den Blick zu nehmen. Außerdem schlägt die TK vor, ein Landes-Aktionspro- gramm „Prävention braucht Qualität“ aufzulegen, um besonders wirksame und effiziente Maßnahmen her- auszuarbeiten und die Wirkungsmechanismen von Prävention zu erforschen. Fragen der Geschlechterdif- ferenzierung und der Genderqualität von Prävention werden in diesem Papier nicht angesprochen, sie wä- ren aber im Rahmen einer Qualitätsperspektive unab- dingbar.

⁵⁸ www.bkk-sued.de/index.php?id=196

⁵⁹ www.bkk-bauchgefuehl.de

⁶⁰ www.dak.de/dak/download/Gesundheitsreport_2012_Baden-Wuerttemberg-1318218.pdf

⁶¹ www.dak.de/dak/download/Download_Gesundheitsreport_2010_Baden-Wuerttemberg-1318174.pdf

⁶² http://firmenangebote.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Firmenangebote/Gesundheitsangebote-fuer-Beschaefigte/Gesundheit-im-Unternehmen/Gesundheitsfakten/Gesundheitsreport/Gesundheitsreports-2013__PDF/Baden-Wuerttemberg.property=Data.pdf

⁶³ www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/692032/Datei/137723/TK-Standpunkte:%20Gesundheitsförderung%20und%20Prävention.pdf

Gesundheitskurse der Volkshochschulen

Der Volkshochschulverband Baden-Württemberg (mit 172 Standorten und 730 Außenstellen) hat bereits 2006 eine „Checkliste Männer 50+ in der Gesundheitsbildung“ erstellt (vhs-Verband 2006). Dabei ging es um eine männerbezogene Angebotsauswahl und -planung, um die Ansprache und Erreichung der Zielgruppe Männer sowie um die passende Sprache und das „Wording“. Im Kontext dieses Berichts wurde das Thema dort noch einmal aufgenommen, inhaltlich verbreitert und mit einer internen Erhebung zu „Männerkursen“ verbunden, die als „Handreichung Männer in der Gesundheitsbildung“ (vhs-Verband 2015) dokumentiert ist. Sie thematisiert männliche Rollenbilder, Krankheiten und Gesundheitsverhalten sowie Prävention und Gesundheitsförderung bei Männern. Daneben stellt sie Beispiele guter Praxis vor und wertet aktuelle Kursangebote aus.

Von den 172 Standorten in Baden-Württemberg beteiligten sich 39 Volkshochschulen, also etwa 23%, direkt an der Abfrage, weshalb sie eher im Sinn eines Schlaglichts zu verstehen ist. Die Daten zur Teilnahme nach

Geschlecht erfassen dagegen für 2003, 2008 und 2013 jeweils über 90% der Angebote; diejenigen zur Teilnahme nach Geschlecht und Alter um die 60%. Männer wie Frauen werden zwischen 35 und 65 Jahren am besten erreicht; Männer allerdings deutlich weniger – wogegen die Teilnahme im Alter weniger absinkt.

Abb. 144 Teilnahme an vhs-Gesundheitskursen in Baden-Württemberg nach Geschlecht (2003, 2008, 2013) (Daten: vhs-Verband BW 2015, Erfassungsquote: 2003: 95,6% – 2008: 95,2% – 2013: 93,8%)

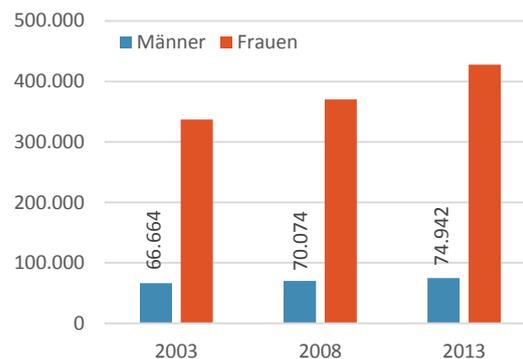
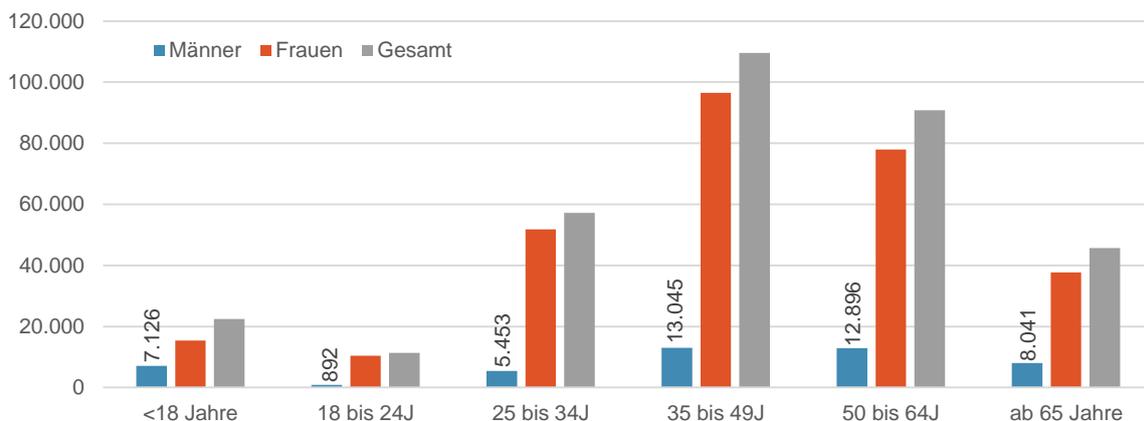


Abb. 145 Teilnahme an vhs-Gesundheitskursen in Baden-Württemberg nach Geschlecht und Alter (2013)

(Daten: vhs-Verband BW 2015, Erfassungsquote: 2003: 61,9% – 2008: 65,5% – 2013: 61,9%)



Die Teilnahmezahlen (absolut) bei den Männern konnten in den letzten Jahren etwas gesteigert werden – 2008 im Vergleich zu 2003 um 5,1%, 2013 um 12,4%⁶⁴. Durch höhere Steigerungsraten bei den Frauen ist die Teilnahmequote (relativ) bei Männern im Geschlechtervergleich allerdings gesunken: von 16,5% in 2003 auf 15,9% in 2008 und zuletzt 14,9% in 2013. Die Volkshochschulen in Baden-Württemberg liegen damit in etwa gleichauf mit den bundesweit 15,4% Männeranteil im Programmbereich Gesundheit im Jahr 2009. Von allen Programmbereichen wird dieser landes- wie bundesweit am wenigsten von Männern frequentiert.

Rang	Programmbereich	BW 2013	D 2009
1	Grundbildung/Schulabschluss	44,9%	47,0%
2	Arbeit/Beruf	34,0%	36,9%
3	Politik/Gesellschaft/Umwelt	33,3%	33,2%
4	Sprachen	32,0%	30,5%
5	Kultur/Gestalten	21,7%	21,2%
6	Gesundheit	14,9%	15,4%

Tab. 33 Teilnahmequote von Männern nach vhs-Programmbereichen in Baden-Württemberg (BW, 2013) und deutschlandweit (D, 2009) (Daten: vhs-Verband BW 2015 und Deutsches Institut für Erwachsenenbildung 2009⁶⁵)

⁶⁴ www.die-bonn.de/weiterbildung/wb_fakten/Teilnahme/Kennzahlen.aspx

⁶⁵ Bei den Frauen ist die Steigerungsrate im gleichen Zeitraum doppelt so hoch – wiederum im Vergleich zu 2003 in 2008 um 10,0%, in 2013 um 27,0%.

Der vhs-Verband Baden-Württemberg fragte seine Mitgliedseinrichtungen nach der Existenz von regelmäßigen Angeboten für Männer im Programmbereich Gesundheit und nach Kursen mit mindestens 40% Männeranteil der letzten Jahre (unbestimmter Zeitraum). An der Spitze steht dabei der Bereich Ernährung, gefolgt von Bewegung und – deutlich seltener – Entspannung. Klassische Vortragsangebote (z.B. sog. Arztvorträge zu urologischen Themen) finden sich eher vereinzelt.

Angebotsbereich	Ja	Manchmal	Nein
Ernährungsangebote	20	20	11
Bewegungsangebote	20	7	12
Entspannungsangebote	10	11	18
Vortragsangebote	6	14	19

Tab. 34 Regelmäßige Angebote für Männer im Programmbereich Gesundheit und Kurse mit >40% Männeranteil (Daten: vhs-Verband BW 2015, N=39 vhs-Standorte)

Außerdem fragte der vhs-Verband auch qualitativ nach beispielhaften, erfolgreichen Kursangeboten der letzten Jahre (unbestimmter Zeitraum) speziell für Männer bzw. nach Angeboten mit hoher Männerbeteiligung (>40% Männeranteil). Die meisten der als solche erfassten Gesundheitskurse liegen in den Bereichen „Kochen/Ernährung“ und „Bewegung/Rücken/Fitness/Gymnastik“. Yoga-Kurse kommen v.a. als „Männer-Yoga“ gut an, nehmen aber zusammen mit Angeboten zu Entspannung, Stressbewältigung und Burnout-Prävention einen weit geringeren Stellenwert ein. Männertage und Vortragsreihen sind eher seltene Angebotsformen. Einige Ausschreibungen solcher Kurse sind in der o.g. Handreichung dokumentiert.

Rang	Themenbereich	Angebote
1.	Kochen/Ernährung	38
2.	Bewegung/Rücken/Fitness/Kraft/Gymnastik	36
3.	Yoga/Entspannung	10
4.	Stressbewältigung/Burnout	6
5.	Männertage	3
6.	Vortragsreihe	3

Tab. 35 Beispielhafte Angebote im Programmbereich Gesundheit (Daten: vhs-Verband BW 2015, eigene Zählung)

Der vhs-Verband sieht für die Gesundheitskurse seiner Mitgliedseinrichtungen nach dieser Auswertung ein deutliches Teilnahmepotenzial bei Männern und hebt hervor, dass insbesondere mehr Angebote zu Themen wie Entspannung, Stressbewältigung und Work-Life-Balance, aber auch zu Sexualität und Vorsorge ange-

boten werden sollten. Außerdem wären dabei die Selbstwahrnehmung und Selbstbilder von Männern, ein Interesse an Leistungsfähigkeit und Leistungsvergleich, das im Gesundheitsbereich besonders „weibliche“ Image von Volkshochschulen sowie spezielle Zugangsbarrieren von Männern (z.B. in Bezug auf Zeiten, Kompetenzen und das „Wording“) zu berücksichtigen. Potenzielle Zugänge sieht der vhs-Verband in einer gewissen Technik-Affinität vieler Männer, was für die Einbeziehung von Gesundheits-Apps oder für Blending-Learning-Angebote (Kombination aus Präsenzveranstaltungen und E-Learning) spreche. Im Blick auf die Heterogenität von Männern wird auch eine entsprechende Differenzierung im Angebot der Gesundheitskurse sowie eine besondere Aufmerksamkeit auf Bedürfnisse und Zugänge von bildungsbenachteiligten Männern empfohlen.

Der vhs-Verband hat auch ein Konzept ProSaluto⁶⁶ zum betrieblichen Gesundheitsmanagement entwickelt und dieses in einigen Einrichtungen und Betrieben umgesetzt. ProSaluto steht für Prozessorientierung und Salutogenese in der Organisation. Dabei geht es u.a. um ein gesundes Betriebsklima, eine gesunde Führungskultur und gesunde Menschen in gesunden Organisationen. Männer- oder Genderbezüge sind dabei nicht eingearbeitet.

Weitere landesweite Akteure und Bildungsanbieter (z.B. soziale und politische Bildung)

Die **Aktion Jugendschutz** Landesstelle Baden-Württemberg führt – neben den Fachgebieten Medien, Gewaltprävention, Interkulturelle Pädagogik, Kinderschutz und Sexualpädagogik – auch ein Fachgebiet Suchtprävention und Gesundheitsförderung⁶⁷ an. Die dortigen Einträge beziehen sich auf die Jahrestagung 2004, bei der u.a. auch geschlechtsspezifische Aspekte von Gesundheit Thema waren.

Beim **Landesjugendring Baden-Württemberg** ist Gesundheitsförderung kein aktueller Schwerpunkt. In einer Dokumentation aus dem Jahr 2007 wird ein Projekt „Körperkult und Leistungsdruck“ zur Jungengesundheit skizziert⁶⁸.

Beim **Landessportverband Baden-Württemberg (LSVBW)**⁶⁹ wie beim **Badischen Leichtathletik-Verband** und beim **Württembergischen Leichtathletik-Verband**⁷⁰ konnten keine speziellen Angebote recherchiert werden, die sich explizit auf Jungen- und Männergesundheit beziehen. Davon abgesehen gibt es eine Vielzahl von Sportangeboten „nur für Männer“

⁶⁶ www.prosaluto.de

⁶⁷ www.ajs-bw.de/kinder-und-jugendgesundheit.html – Abruf 18.03.2015

⁶⁸ Träger: Stadtjugendring Esslingen; vgl. Arbeitshilfe „Mehr als Dauerlauf und Salat. Arbeitshilfe zur Gesundheitsbildung in der Jugendarbeit“ S. 10 www.ljrbw.de/bausteine.net/f/6532/ah_gesundheit-1.pdf?fd=3

⁶⁹ www.lsvbw.de, http://lsvbw.de/cms/docs/doc14427.pdf – Abruf 16.12.2014

⁷⁰ www.blv-online.de, www.wlv-sport.de – Abruf 16.12.2014

wie JederMannSport, Fitnessstraining für Männer u.ä. In 2014 waren von den ca. 3.700.000 Mitgliedern im LSVBW 60% Jungen und Männer.

Die **Baden-Württemberg Stiftung** ist eine der größten privatrechtlichen Stiftungen in Deutschland; sie setzt als operativ tätige Stiftung v.a. eigene Programme und Projekte um. Gesundheitsförderung und Prävention zählen dort zum Programmbereich „Gesellschaft und Kultur“ und sind bislang im Programm „Komm mit in das gesunde Boot“ zur Gesundheitsförderung von Kindergarten- und Grundschulkindern angesprochen⁷¹, allerdings ohne Geschlechterdifferenzierung und Geschlechterbezüge.

Die **Landeszentrale für politische Bildung (LpB)**⁷² hat die Aufgabe, politische Bildung in Baden-Württemberg auf überparteilicher Grundlage zu fördern. Im Bereich der (z.B. sozial- oder gesundheits-) politischen Aspekte von Jungen- und Männergesundheit ist die LpB aktuell nicht tätig. Entsprechend bietet sie dazu derzeit keine Programme oder (Pilot-) Projekte an und ist auch nicht mit solchen betraut. Die Außenstelle Freiburg der LpB ist Kooperationspartner beim Freiburger Männertag. Darüber hinaus gibt es momentan keine Veranstaltungen, die jungen- oder männerpolitische Zusammenhänge direkt diskutieren.

Vielfältige Angebote der **Katholischen und Evangelischen Männerarbeit**⁷³ (z.B. in Form von sog. „Männervespern“, Seminaren, Männertagen, Freizeitaktivitäten und einzelnen Männergruppen) wenden sich seit Jahrzehnten an Männer, die u.a. ihre persönliche Lebenssituation, ihre Fragen, Probleme oder Krisen in einem Männerkontext zum Thema machen wollen. Gesundheit steht mit Ausnahmen (z.B. „Workshops“ bei Männertagen oder Fachtagungen) meistens nicht explizit im Fokus, Themen der Lebensbalance sind aber fast immer mit angesprochen. **Evangelische und Katholische Akademien** in Bad Boll und Stuttgart⁷⁴ haben sich in den letzten Jahren mit mehreren Tagungsprojekten am fachlich-gesellschaftlichen Diskurs zur Jungen- und Männergesundheit beteiligt. Als eine der ersten Institutionen haben sie frühzeitig das noch eher verdeckte Thema öffentlich gemacht.

Schule und Prävention

Was das Setting Betrieb für Männer ist, ist für Jungen die Schule. Ob dieses Setting für sie eher belastend oder eher gesundheitsförderlich wirkt, hängt weniger

von expliziten Präventionsaktivitäten ab, sondern vielmehr damit zusammen, wie Schule insgesamt mit Jungen umgeht (Neubauer 2007; Winter, Neubauer 2013). Werden spezielle Präventionsaktivitäten initiiert, überwiegen im schulischen Bereich traditionell die Zugänge der Sucht- und Gewaltprävention und der Sexuaufklärung, daneben die Prävention von Essstörungen und von sexueller Gewalt (jeweils aus eher pathogenetischer Perspektive). Gesundheitsförderung „für sich“ mit explizit salutogenetischer Perspektive wird relativ selten an- und umgesetzt – und tauchte im Rahmen dieser Recherche allenfalls indirekt (über Initiativen und Einrichtungen der Jungenarbeit, die in Schulen tätig werden – s.u.) auf. Obwohl Konzepte wie Risikokompetenz und Schadensminimierung („harm reduction“) gerade auch im Zusammenhang von „Sucht und Männlichkeiten“ wichtig und anerkannt sind (Jacob, Stöver 2009; Jacob, Stöver 2007), findet sich in der Präventionspraxis noch häufig ein Abstinenzkonzept – so auch in der Lernausstellung Mädchen Sucht Junge des Vereins Suchtprophylaxe Baden-Württemberg (s.u.), die landesweit im Angebot ist.

Das **Kontaktbüro Prävention Baden-Württemberg**⁷⁵ koordiniert und vernetzt die Präventionsarbeit von Schulen auf Landesebene; es ist insbesondere für die Weiterentwicklung und Begleitung des Präventionskonzepts *stark.stärker.WIR.* verantwortlich. Dieses bezieht Angebote der Gewaltprävention, Gesundheitsförderung und Suchtprävention unter einer Perspektive der Lebenskompetenz aufeinander. Die Internet-Präsenz listet für Baden-Württemberg Präventionsprogramme, Pilotprojekte und Ansprechpersonen vor Ort auf. Jungen- bzw. Geschlechterbezüge finden sich in den drei Aktivitätsbereichen Gewaltprävention, Gesundheitsförderung und Suchtprävention nur andeutungsweise.

Beim **Landesinstitut für Schulentwicklung**⁷⁶ gibt es keine Hinweise auf eine explizite Thematisierung von Jungengesundheit.

Suizid- und Suchtprävention

Von Suchterkrankungen sind auch in Baden-Württemberg weitaus mehr Jungen und Männer betroffen als Mädchen und Frauen; so waren von den im Jahr 2011 aufgrund einer Suchterkrankung in Krankenhäusern Behandelten 72% männlichen und 28% weiblichen Geschlechts⁷⁷. Die entsprechenden Präventionsmaßnahmen bilden dieses Verhältnis nicht ab.

⁷¹ www.gesundes-boot.de

⁷² www.lpb-bw.de

⁷³ www.maennerarbeit.info, www.maennerreferat-freiburg.de, www.maennerwerk.elk-wue.de, www.ekiba.de/html/content/maenner.html

⁷⁴ www.ev-akademie-boll.de, www.akademie-rs.de

⁷⁵ www.kontaktbuero-praevention-bw.de

⁷⁶ www.ls-bw.de

⁷⁷ Daten: Landtag von Baden-Württemberg, Drucksache 15/3882 (2013), S. 6

Die **Landesstelle für Suchtfragen**⁷⁸ der Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg (LSS) und das Landesgesundheitsamt⁷⁹ (LGA BW) erheben über das „Dokumentationssystem für Maßnahmen der Suchtprävention“ (dot.sys, s.o.) Daten zur Suchtprävention. Dessen Reichweite ist allerdings gering, weil sich bislang nur ein kleiner Teil der Stadt- und Landkreise in Baden-Württemberg aktiv beteiligt – 2012 waren es sieben, 2014 fünfzehn Kreise⁸⁰. Im Jahr 2012 wurden über dot.sys insgesamt 1.379 Maßnahmen mit „gendersensibler“ Ausrichtung in Baden-Württemberg eingetragen. Diese richten sich an Endadressaten (1.047 Maßnahmen) oder Multiplikatoren (332). Wie viele Personen des jeweiligen Geschlechts tatsächlich erreicht werden, ist dabei nicht dokumentiert.

geschlechtsbezogene Ausrichtung	Maßnahmen insgesamt	Fokus auf Endadressaten	Fokus auf MultiplikatorInnen
„gendersensibel“	1.379/ 100,0%	438	256
„beide Geschlechter“	694/ 50,3%	438	256
„geschlechtsspezifisch“	685/ 49,7%	438	256
geschlechtsspezifisch „weiblich“	356/ 52,0%	302	54
geschlechtsspezifisch „männlich“	329/ 48,0%	307	22
Gesamt		1.047	332

Tab. 36 Angebote zur Suchtprävention 2012 – „gendersensible“ Maßnahmen⁸¹

Knapp über die Hälfte der Angebote, die einen *spezifischen* Geschlechtsbezug thematisieren, sind auf Frauen bzw. Mädchen ausgerichtet. Gemessen am Ausmaß der tatsächlichen Betroffenheit – über 70% Männer bzw. Jungen – zeigt sich hier ein deutliches Missverhältnis und ein Präventionsdelta. Zudem ist davon auszugehen, dass Maßnahmen, die sich an „beide Geschlechter“ richten, im Verhältnis mehr Frauen bzw. Mädchen erreichen.

Im Jahr 2014 waren nochmals weniger, nämlich 45% der geschlechtsspezifisch suchtpreventiven Angebote jungen- und männerspezifisch⁸². Ein noch deutlicheres Missverhältnis zeigt sich bei den geschlechtsspezifisch ausgerichteten Angeboten für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. Im Jahr 2012 waren über 70% der Angebote „weiblich“ und unter 30% „männlich“ ausgerichtet – also in etwa umgekehrt proportional zum zahlenmäßigen Geschlechterverhältnis bei den von Suchterkrankungen betroffenen Menschen (→ Kapitel 2.4.4.3). Daran hat sich nach Auskunft des Landesgesundheitsamts auch im Jahr 2014 nichts geändert – wiederum gab es für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in der Suchtprävention deutlich weniger explizit jungen- und männerbezogene Angebote als solche, die auf Mädchen und Frauen ausgerichtet sind.

Geschlechtsspezifische Ausrichtung	LGA	LSS	zusammen	Prozent
„weiblich“	4	50	54	71,1%
„männlich“	0	22	22	28,9%
Gesamt	4	72	76	100,0%

Tab. 37 „Gendersensible“ Angebote zur Suchtprävention für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren 2012⁸³

Eine ähnliche Situation, wie sie hier für den Bereich Suchtprävention dargestellt wurde, findet sich mit hoher Wahrscheinlichkeit wohl auch bei der **Suizidprävention**; für Baden-Württemberg liegen hier allerdings keine landesweiten Daten vor⁸⁴. 2010 formulierte der erste deutsche Männergesundheitsbericht: „Eine geschlechterreflektierende oder -bezogene Ausrichtung in der Suizid-Beratung oder Prävention ist derzeit nicht erkennbar (...). Beratungsangebote, die sich speziell oder spezifisch an Jungen und Männer richten, gibt es nicht. Im Gegenteil erreichen die vorhandenen (geschlechtsunspezifischen) Beratungsangebote deutlich mehr Frauen.“ (Neubauer, Winter 2010: 38) Der Bericht zitiert weiter einen AKL-Jahresbericht aus Baden-Württemberg⁸⁵: „Männer nehmen sich fast dreimal häufiger das Leben als Frauen, in der Beratungssituation ist das Verhältnis genau umgekehrt“ (ebd.).

⁷⁸ www.suchtfragen.de

⁷⁹ www.gesundheitsamt-bw.de

⁸⁰ Nach Auskunft des Landesgesundheitsamts haben in 2014 mit dot.sys dokumentiert: Biberach, Breisgau-Hochschwarzwald, Enzkreis mit Pforzheim, Esslingen, Göppingen, Ludwigsburg, Main-Tauber-Kreis, Rastatt, Ravensburg, Rottweil, Sigmaringen, Stadt Karlsruhe, Stuttgart, Tübingen, Waldshut-Tiengen.

⁸¹ Daten: Landtag von Baden-Württemberg, Drucksache 15/3882 (2013), S. 9, eigene Berechnungen

⁸² Daten: dot.sys-Abfrage für das Jahr 2014 nach Auskunft des Landesgesundheitsamts

⁸³ Daten: Landtag von Baden-Württemberg, Drucksache 15/3882 (2013), S. 9, eigene Berechnungen

⁸⁴ vgl. Landtag von Baden-Württemberg, Drucksache 15/2876 (2013) zur Suizidprävention bei Jugendlichen. Die geschlechterbezogenen suizidpräventiven Aktivitäten im Landkreis Göppingen sind insofern eine Ausnahme – zuletzt beim Fachtag „Ressourcenorientiertes Arbeiten in suizidalen Lebenskrisen“ in 2014 mit 150 Personen.

⁸⁵ Jahresbericht 2008 des Arbeitskreis Leben (AKL) Tübingen, S. 10; Beratungskontakte AKL Tübingen in 2008: Männer 31,4%, Frauen 68,6%

Betriebliche Gesundheitsförderung

Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung, die von Krankenkassen gefördert wurden, haben im Jahr 2012 „nach einer Sonderauswertung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund (MDS)⁸⁶ in Baden-Württemberg 28.362 Frauen (42%) und 39.115 Männer (58%) direkt erreicht.“⁸⁷ Wenn also Gesundheitsförderung im Setting Betrieb angeboten wird, und insofern Männer dort direkt angesprochen werden, dann nehmen sie auch (mehr) teil⁸⁸. Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention erreichen Männer über solche settingbezogenen Ansätze offenbar besser als über individuelle Zugänge (RKI 2014: 193); aufsuchende Interventionen sind abwartenden Komm-Strukturen insofern überlegen⁸⁹. Betriebe und Arbeitswelt sind deshalb ohne Frage eines der wichtigsten Settings, in dem Männergesundheitsförderung und Prävention zu platzieren wären. Dennoch zeigen sich in Baden-Württemberg nur vereinzelt – meist eher kürzere – **Praxisprojekte**, die einen erkennbaren Männerbezug aufweisen, z.B. die Projekte „Fit im Wald“ und „Fit an der Straße“ im Ortenaukreis sowie das Projekt „Männergesundheitsförderung im Baubetriebshof“ in Nagold (s.u.); mit Einschränkungen auch die o.g. Aufklärungskampagne der Daimler AG und Daimler BKK. Ein vernehmlicher **fachöffentlicher Männergesundheits-Diskurs** im Kontext der Betrieblichen Gesundheitsförderung oder des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) konnte nicht identifiziert werden. So finden sich etwa im Bericht der Projektgruppe „Betriebliches Gesundheitsmanagement“ der Arbeitsgruppe „Standortfaktor Gesundheit“ vom September 2013⁹⁰ wie auch in den Leitsätzen des aktuell am 18. März 2015 von der Landesregierung und Partnern unterzeichneten „Bündnis für Arbeit und Gesundheit in Baden-Württemberg“⁹¹ keine Geschlechterbezüge oder Genderaspekte – welche z.B. das Gesundheitsleitbild Baden-Württemberg (s.u.) grundsätzlich einfordert. Inhaltlich sind die Leitsätze des

Bündnisses für Arbeit und Gesundheit wie auch der Bericht der Projektgruppe BGM zu begrüßen. Vor dem Hintergrund, dass vielerorts vermerkt wird, wie wichtig und geeignet das Setting Betrieb für die Männergesundheit sei, zeigt der Befund für das Thema Geschlechterdifferenzierung allerdings eine gewisse Lücke zwischen programmatischem Anspruch und praktischer Umsetzung auf, die bei der Weiterentwicklung geschlossen werden könnte.

Einige wenige interne Angebote – in Form von Vorträgen, Workshops oder Seminaren zur Männergesundheit – fanden sich bei mehreren **öffentlichen Arbeitgebern**: in Kommunen (z.B. Pforzheim, Karlsruhe, Reutlingen, Stuttgart), Landratsämtern (z.B. Böblingen, Enzkreis, Göppingen) und bei der Landesverwaltung (z.B. IZLBW⁹², Sozialministerium, Innenministerium). Diese wurden i.d.R. von den jeweiligen **Gleichstellungsbeauftragten** organisiert, oft im Kontext des Weltmännertags am 3. oder des Internationalen Männertags am 19. November. Grundsätzlich sind solche Angebote immer zu begrüßen. Als kurzzeitpädagogische Einzelveranstaltungen zur individuellen Teilnahme ist deren Reichweite von einer organisationalen Perspektive her jedoch eher begrenzt und weniger nachhaltig – insbesondere im Vergleich zu Ansätzen einer **gesundheitsbezogenen Organisationsentwicklung** (was - im Schnittpunkt BGM mit Männerbezügen – bei der Recherche aber nicht zu finden war).

Möglicherweise gibt es auch andernorts, etwa im **Unternehmensbereich**, weitere interne Angebote, die sich speziell an Männer richten oder die diese dort besonders gut erreichen. Allerdings sind Konzeptionen, Dokumentationen und ggf. Evaluationen solcher Angebote dann außerbetrieblich zumindest nicht zugänglich oder veröffentlicht⁹³. Männergesundheits-Diskurs, Männergesundheitsförderung und Prävention erscheinen deshalb in diesem Kontext als nicht nur *individuell* („Individualprävention“), sondern auch *institutionell* gleichsam „privatisiert“.

⁸⁶ www.mds-ev.de

⁸⁷ Landtag von Baden-Württemberg, Drucksache 15/4176 (2013), S. 7

⁸⁸ Bei 5.881.700 Erwerbstätigen in Baden-Württemberg in 2012 (www.statistik-portal.de/Statistik-Portal/ETR_R1B1_2013_hj.pdf) sind das zusammen jedoch nur knapp 1,2% aller Erwerbstätigen.

⁸⁹ Das kann auch an einer unzureichenden Ansprache in Komm-Strukturen liegen. Bei Angeboten etwa in Schule oder Betrieb sinkt dagegen der Freiwilligkeitscharakter; man kann sich oft nicht dagegen entscheiden.

⁹⁰ Der Bericht wurde von einer 40-köpfigen interdisziplinären Expertengruppe in sechs Plenarsitzungen zwischen März 2010 und Mai 2013 erarbeitet.

⁹¹ http://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Anhang_PM/Buendnistext.pdf

⁹² Informatikzentrum Landesverwaltung Baden-Württemberg

⁹³ So konnten etwa bei den Landesverbänden Baden und Württemberg des VDBW – Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte www.vdbw.de/Landesverbaende.51.0.html keine männerspezifischen Aktivitäten recherchiert werden; ebenso beim DGB-Bezirk Baden-Württemberg und beim ver.di-Landesbezirk Baden-Württemberg.

6.2.3. ERGEBNISSE DER RECHERCHE IN DEN LANDKREISEN

Auf Landkreisebene wurden v.a. **Kontaktpersonen in den Gesundheitsämtern** sowie darüber hinaus in Einzelfällen auch weitere von dort empfohlene **Personen mit Feldkompetenz** kontaktiert. Außerdem erfolgte jeweils eine eigene **Internetrecherche auf Landkreisebene** zum Thema jungen- und männerbezogene Gesundheitsförderung und Prävention. Der Bezugszeitraum waren die Jahre 2010 bis 2014; in wenigen Einzelfällen waren auch einschlägige Informationen aus dem vorangegangenen Zeitraum zu verwerthen.

Gefragt wurde zunächst nach der *Einrichtung einer kommunalen Gesundheitskonferenz* und ob sich diese ggf. bereits explizit mit *Jungen- und Männergesundheit oder mit Genderaspekten* befasst hat, dann danach, ob kommunale *Haushaltsmittel* explizit für Jungen- und Männergesundheit eingesetzt wurden bzw.

werden, die etwa in *Programme oder Projekte zur Jungen- und Männergesundheit* fließen oder flossen. Die Frage, ob es *regelmäßige oder einmalige Veranstaltungen zur Jungen- und Männergesundheit* gibt und gab, wurde ergänzt durch die Perspektive auf *freie Initiativen im Bereich Jungen- und Männergesundheit*, und ob diese in finanzieller, personeller oder inhaltlicher Hinsicht *kommunal unterstützt* werden oder wurden⁹⁴. Abschließend wurde erhoben, ob die kommunale Gesundheitsförderung einen *Auftrag für Aktivitäten im Bereich Jungen- und Männergesundheit* hat oder hatte, ob es in der Kreisverwaltung eine *personelle Zuordnung des Themenbereichs Jungen- und Männergesundheit* sowie eine *jungen- und männerbezogene Gesundheitsberichterstattung*⁹⁵ gab oder gibt. Der entsprechende Fragebogen erhielt damit eine maximal erreichbare Zahl von zwölf Punkten.

Abb. 146 Explizite Aktivitäten zur Jungen- und Männergesundheitsförderung in Stadt- und Landkreisen (Daten: SOWIT - eigene Erhebung im Zeitraum von 2010 bis 2014; N=38 Gesundheitsämter)



Aktivitätslevel und Verteilung der Aktivitätsformen auf Kreisebene

Wenig überraschend ist das Ergebnis, dass *einmalige oder regelmäßige Veranstaltungen* in den Stadt- und Landkreisen (34 und 17 Nennungen) anteilmäßig am häufigsten aufgeführt werden. Dazu zählen nicht zuletzt die bereits beschriebenen Angebote von Volkshochschulen oder Familienbildungsstätten, einzelne

Vorträge, Gesundheitstage usw. Darauf folgen Projekte und freie Initiativen (elf- und neunmal) im Bereich Jungen- und Männergesundheit, die nachfolgend noch im Einzelnen beschrieben werden (s.u.). Eine stärkere *strukturelle Absicherung über die Gesundheitskonferenzen*, über eingesetzte Haushaltsmittel oder in Form von Programmen⁹⁶ findet sich nur je viermal. Noch seltener werden eine jungen- oder männerbezogene Gesundheitsberichterstattung (dreimal), ein

⁹⁴ Nicht eigens erhoben wurden hier die zahlreichen wertvollen Angebote der Selbsthilfegruppen und ihrer Kontakt- und Informationsstellen – vgl. z.B. Landesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe www.lag-selbsthilfe-bw.de, LAG KISS – Landesarbeitsgemeinschaft der Kontakt- und Informationsstellen für Selbsthilfegruppen www.selbsthilfe-bw.de, Selbsthilfe-Portal des Paritätischen www.selbsthilfe-info.de, Landesverband Prostata-Selbsthilfe <http://prostatakrebs-lps-bw.de> (mit Selbsthilfegruppen an fast 40 Orten in Baden-Württemberg)

⁹⁵ Das meint die Anforderung, die Gender-Perspektive hier explizit zu implementieren – von vornherein (Zielsetzung, Planung), durchgängig (im Prozess) und in der Auswertung (Evaluation), also nicht nur bei Bedarf oder gelegentlich. Dabei wäre zwischen „Sex-Kategorie“ („Wie viele Männer, wie viele Frauen?“ = das sog. statistische Geschlecht) und „Gender-Kategorie“ („Welche Männer, welche Frauen?“) zu unterscheiden. Wenn überhaupt wird meistens nur ersteres ausgezählt – und dann nicht in einen Zusammenhang mit spezifischen Lebenslagen und Lebenswelten von Jungen und Männern (bzw. Mädchen und Frauen) gestellt – etwa Fragen der Intersektionalität, d.h. der Überschneidung mehrerer Benachteiligungs- und Diskriminierungsformen in einer Person.

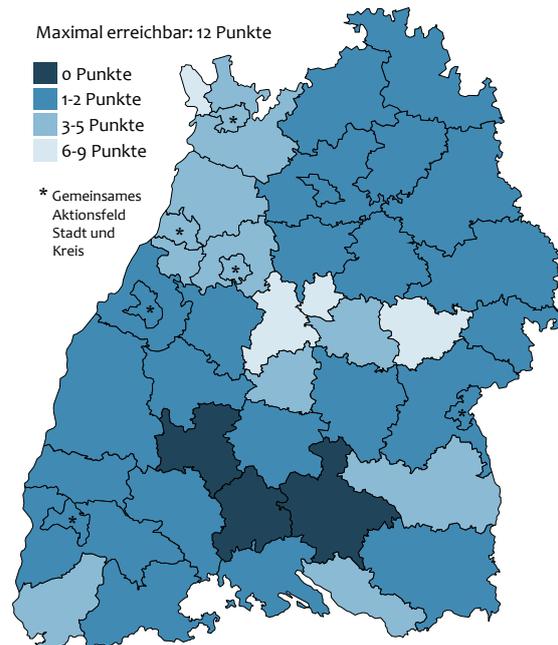
⁹⁶ Programm meint hier einen strategischen, längerfristig umzusetzenden und detaillierten Maßnahmenplan, wogegen Projekte als ebenfalls zielgerichtete, aber einmalige oder kurzfristige Vorhaben zu bezeichnen sind.

expliziter Gender-Ansatz der Gesundheitskonferenz (je zweimal) sowie die finanzielle, personelle oder inhaltliche Unterstützung freier Initiativen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention für Jungen und Männer, oder zuletzt die personelle Zuordnung dieses Themas in der Kreisverwaltung genannt (je einmal).

Insgesamt zeigen sich so ein geringer Strukturierungsgrad, die im gewissen Sinn sporadische Implementierung und eine nur äußerst selten realisierte nachhaltige Verankerung jungen- und männerbezogener Gesundheitsförderung und Prävention. Selbst dort, wo eine mittlere oder höhere Punktzahl erreicht wird, stehen diese Aktivitäten oft eher isoliert und werden selten mit anderen Gesundheitszielen⁹⁷, -strategien und -aktivitäten verschnitten. Freie Initiativen bzw. die Träger von Angeboten einer jungen- und männerbezogener Gesundheitsförderung und Prävention befinden sich nach dieser Recherche – nicht nur in ihrer Selbsteinschätzung – recht häufig in einer als einigermaßen prekär zu bezeichnenden finanziellen, strukturellen und institutionellen Situation.

In drei Landkreisen (Rottweil, Tuttlingen, Sigmaringen) waren – auch nach Auskunft der dortigen Fachleute – keine Aktivitäten im Bereich der jungen- und männerbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention zu recherchieren. 24 der 38 Stadt- und Landkreise bzw. Gesundheitsamtsbezirke realisieren ein bis zwei von insgesamt zwölf Punkten des Fragebogens; fünf Kreise drei bis fünf Punkte. Mit Mannheim, Böblingen, Stuttgart und Göppingen erreichen vier Kreise zwischen sechs und neun Punkten. Aber auch mittlere und relativ hohe Werte müssen hier zurückhaltend interpretiert werden; sie sollten eher als Tendenzaussage verstanden werden, da sie keine präzise Angabe über Dauer, Umfang und Qualität der Aktivitäten beinhalten. Ein Punkt bedeutet nicht immer schon, dass es in den jeweiligen Kreisen durchgängige, d.h. langfristige und flächendeckende Angebote der Jungen- und Männergesundheitsförderung gibt. Jeder Punkt bedeutet streng genommen nur, dass das entsprechende Kriterium (z.B. einmalige oder regelmäßige Veranstaltungen, Durchführung eines Projekts) mindestens einmal im Untersuchungszeitraum zutrifft bzw. erreicht wurde. Weiter ist davon auszugehen, dass dabei jeweils nur eine kleine Minderheit der Jungen und Männer erreicht wurde.

Abb. 147 Aktivitätslevel zur Jungen- und Männergesundheitsförderung in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs
(Daten: SOWIT - eigene Erhebung)



Geschlechterbezüge in den Kommunalen Gesundheitskonferenzen

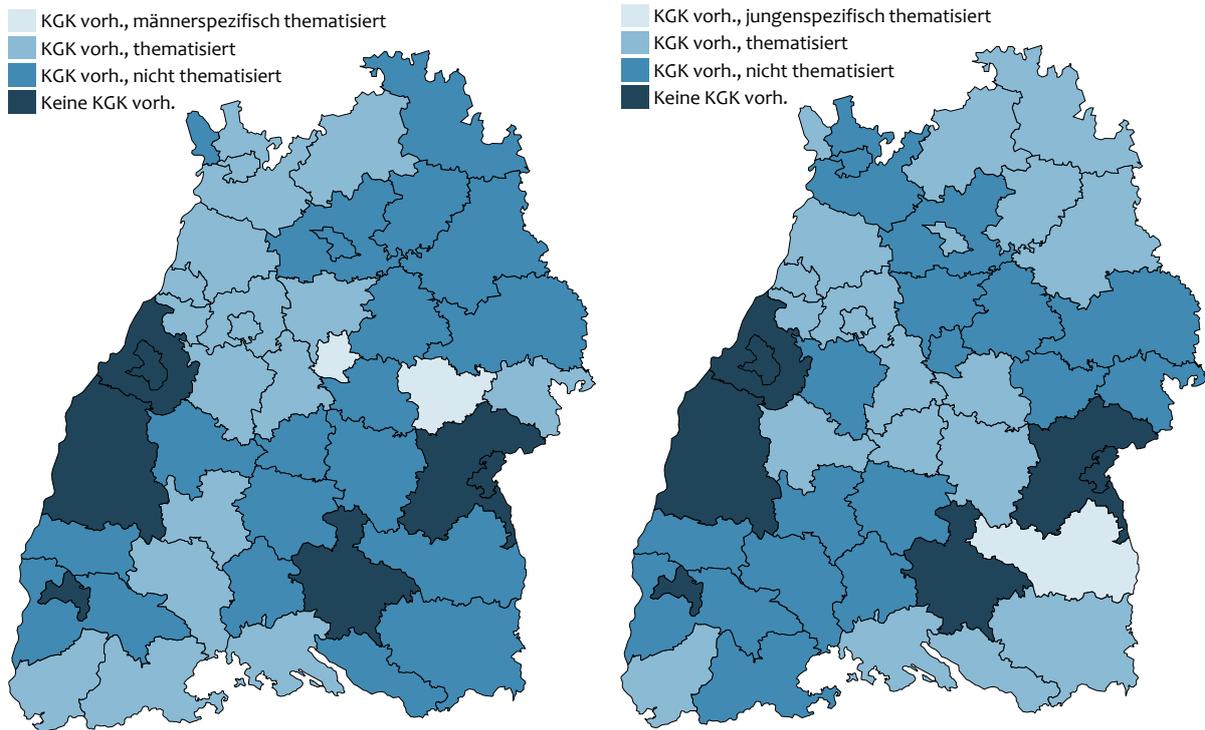
In 37 der 44 Stadt- und Landkreise Baden-Württembergs wurden (Stand 04/2015) bisher eine oder mehrere Gesundheitskonferenz durchgeführt; 24 dieser Stadt- bzw. Landkreise bieten dazu einen eigenen Internet-Auftritt. Sieben Stadt- und Landkreise sind bislang ohne Gesundheitskonferenz. Bei den Themen der Gesundheitskonferenzen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention wird (Stand 11/2014⁹⁸) **Gesund älter werden** bzw. „Alter und Gesundheit“ mit 17 Nennungen am häufigsten aufgeführt, i.d.R. präzisiert mit Überschriften wie „Bewegung im Alter“ oder „Aktiv im Alter“ oder hinsichtlich spezifischer Risiken wie Demenz, Pflege, Adipositas oder „Zahnpflege im Alter“. **Gesund aufwachsen** ist mit 15 Nennungen das zweithäufigste Thema – dabei meistens Setting-bezogen (Kita, Schule) oder allgemeiner in Bezug auf „Ernährung, Bewegung, Entspannung“ oder „seelische und körperliche Gesundheit“. Auch das Gesundheitsziel „Diabetes Typ 2“, Betriebliches Gesundheitsmanagement sowie „Alkohol und legale Suchtmittel“ werden einige Male in Gesundheitskonferenzen thematisiert; daneben gibt es viele weitere Einzelthemen⁹⁹ wie etwa „Seelische Gesundheit“ oder „Burnout im Fokus“, „Patientensouveränität“ und „Selbsthilfeunterstützung“, „Vernetzung“ und „Angebotsanalyse von Präventionsangeboten“.

⁹⁷ s.u. Abb. 148

⁹⁸ www.gesundheitsamt-bw.de/SiteCollectionDocuments/20_Netzw_Sonstige/140922_KGK-Übersicht_LGA%20BW.pdf

⁹⁹ Bei den Themen der Versorgung (z.B. „Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum“, „Krankenhaus-/Ärztedichte“, „Gesundheitszentren/Notfallpraxen“) gibt es weit weniger Varianz.

Abb. 148 In den kommunalen Gesundheitskonferenzen thematisierte Gesundheitsziele „Gesund älter werden“ (links) und „Gesund aufwachsen“ (rechts) in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs im Schnittpunkt mit jungen- und männerbezogener Gesundheitsförderung (Daten: LGA BW 2015, eigene Darstellung)



Mit wenigen Ausnahmen zeigen sich weder bei den Präventions- noch bei den Versorgungsthemen der Gesundheitskonferenzen Genderaspekte; „Geschlecht“ als Querschnittskategorie wird kaum und jedenfalls nicht durchgängig berücksichtigt¹⁰⁰, und auch bei den wenigen Ausnahmen¹⁰¹ sind Etablierung und Nachhaltigkeit der Geschlechterdifferenzierung eher fragil. Entsprechend enthält auch der Bericht der Projektgruppe „Kommunale Gesundheitskonferenzen“ der Arbeitsgruppe „Standortfaktor Gesundheit“ vom September 2010¹⁰² keine Geschlechterbezüge. Eine Perspektive auf die unterschiedlichen Lebensalter (Kinder, Jugendliche oder Senioren – mit Lücken im mittleren Lebensalter) und Settings (v.a. Kita, Schule, Betrieb) ist deutlich prominenter vertreten. Die verbreiteten Globalziele im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention (wie Verbesserung der Bewegungsaktivität und der Ernährungsweise, verminderter Konsum von Suchtmitteln usw.) stehen oft im Vordergrund.

Detailergebnisse zur Jungen- und Männergesundheitsförderung auf Kreisebene

In der nachfolgenden Übersichtstabelle zeigt sich nochmals deutlich der gemeinsame Trend zu einmaligen Veranstaltungen zur Jungen- und Männergesundheit (34x) und zu Veranstaltungen mit einer gewissen Regelmäßigkeit (17x), sowie eine gewisse Verbreitung von – allerdings ganz unterschiedlich dimensionierten – Projekten (11x). Alle anderen Aktivitätsformen bleiben im einstelligen Bereich.

¹⁰⁰ In 14 Rückmeldungen steht hier als Antwort auf Frage 1 und 2 (s.u. Legende zu Tab. 35) „nicht explizit“.

¹⁰¹ In **Stuttgart** wurde 2013 im Kontext des Alterssurveys versucht, eine AG „Männergesundheit“ in der Gesundheitskonferenz zu etablieren (bislang nicht dauerhaft); im **Landkreis Göppingen** wurden 2014 in der Angebotsanalyse die Präventions- und gesundheitsförderlichen Angebote für Männer mit herausgearbeitet; im **Landkreis Biberach** wurden Daten zur Entwicklung von Jungen und Mädchen in der Gesundheitskonferenz expliziert.

¹⁰² www.gesundheitsforum-bw.de/SiteCollectionDocuments/Wir%20über%20uns/Arbeitsgruppen/Kommunale_Gesundheitskonferenzen.pdf

Stadt- / Landkreis	1*	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Σ
1. Alb-Donau-Kreis mit Ulm							X						1
2. Landkreis Biberach	X						X					X	3
3. Landkreis Böblingen			X	X	X	X	X	X	X				7
4. Bodenseekreis	X					X						X	3
5. Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald mit Freiburg							X	X					2
6. Landkreis Calw					X		X						2
7. Landkreis Emmendingen							X						1
8. Enzkreis mit Pforzheim					X	X	X						3
9. Landkreis Esslingen						X	X	X					3
10. Landkreis Freudenstadt							X						1
11. Landkreis Göppingen	X		X	X	X	X	X						6
12. Landkreis Heidenheim							X						1
13. Landkreis Heilbronn							X						1
14. Heilbronn (Stadt)							X						1
15. Hohenlohekreis						X	X						2
16. Landkreis Karlsruhe mit Karlsruhe						X	X	X					3
17. Landkreis Konstanz							X						1
18. Landkreis Lörrach						X	X				X		3
19. Landkreis Ludwigsburg					X	X	X						3
20. Main-Tauber-Kreis							X						1
21. Mannheim			X	X	X	X	X			X		X	7
22. Neckar-Odenwald-Kreis							X						1
23. Ortenaukreis					X		X						2
24. Ostalbkreis							X						1
25. Landkreis Rastatt mit Baden-Baden							X						1
26. Landkreis Ravensburg						X	X						2
27. Rems-Murr-Kreis					X	X	X						3
28. Landkreis Reutlingen						X	X	X					3
29. Rhein-Neckar-Kreis mit Heidelberg					X	X	X	X					4
30. Landkreis Rottweil													0
31. Landkreis Schwäbisch Hall							X						1
32. Schwarzwald-Baar-Kreis						X	X	X					3
33. Landkreis Sigmaringen													0
34. Stuttgart	X	X	X	X	X	X	X	X	X				9
35. Landkreis Tübingen					X	X	X	X					4
36. Landkreis Tuttlingen													0
37. Landkreis Waldshut							X						1
38. Zollernalbkreis							X						1
Frage	1*	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Gesamt	4	2	4	4	11	17	34	9	2	1	1	3	

Tab. 38 Aktivitäten zur Jungen- und Männergesundheitsförderung in den Stadt- und Landkreisen (Quellen: Daten gesundheitsamt-bw.de und vhs-Verband, Auskünfte der Kreisgesundheitsämter, eigene Recherchen)

*Legende (X = 1 Punkt = mindestens 1 Treffer, Zeitraum i.d.R. 2010 - 2014)

- Gibt es eine Gesundheitskonferenz und hat sich diese bereits explizit mit Jungen- und Männergesundheitsförderung befasst?
- Hat sich die Gesundheitskonferenz explizit mit Genderaspekten befasst?
- Werden kommunale Haushaltsmittel explizit für Jungen- und Männergesundheitsförderung eingesetzt?
- Gibt es Programme zur Jungen- und Männergesundheitsförderung?
- Gibt es Projekte zur Jungen- und Männergesundheitsförderung?
- Gibt es regelmäßige Veranstaltungen zur Jungen- und Männergesundheitsförderung?
- Gibt es einmalige Veranstaltungen zur Jungen- und Männergesundheitsförderung?
- Gibt es freie Initiativen im Bereich Jungen- und Männergesundheitsförderung?
- Werden diese kommunal unterstützt? (finanziell, personell, inhaltlich)
- Hat die kommunale Gesundheitsförderung einen Auftrag für Aktivitäten im Bereich Jungen- und Männergesundheitsförderung?
- Gibt es in der Kreisverwaltung eine personelle Zuordnung des Themenbereichs Jungen- und Männergesundheitsförderung?
- Gibt es eine jungen- und männerbezogene Gesundheitsberichterstattung?

Situationseinschätzung durch die Kontaktpersonen auf Kreisebene

Zur Situation vor Ort gab es im Kontext der Recherche- und Erhebungszugänge viele aufschlussreiche Beobachtungen und Einschätzungen, die hier noch etwas skizziert werden sollen. Viele Kontaktpersonen bedauerten, dass es nicht besser gelingt, Jungen und Männer im Bereich von Gesundheitsförderung und Prävention zu erreichen. Zugleich zeigte sich auch eine gewisse Ratlosigkeit – im Sinn von „Was man auch versucht, Männer lassen sich einfach nicht erreichen...“ Ähnlich sind Hinweise darauf zu verstehen, dass Männer hier mehr selbst tun sollten (für sich und für andere); dass sie sich gerade in Gesundheitsfragen mehr um sich selbst kümmern müssten (z.B. gerade auch dann, wenn sie in einer Gesundheitskonferenz personell schon gut vertreten sind). Bedauert wurde dabei, dass aus „Männer-Settings“ wie Betrieben oder dem Sport oft nur wenig Interesse und Bedarf für Männergesundheitsförderung angemeldet wird. Auf der anderen Seite wurde reflektiert, dass politische Prioritäten offenkundig anders gesetzt sind bzw. waren, und dass ohne entsprechende Aufträge und Zielsetzungen nur wenige einschlägige Aktivitäten entstehen könnten. Auf Kreisebene gebe es darüber hinaus gewisse Themen- und Fördertraditionen und damit oft wenig Spielraum für Neues. Dazu komme, dass sich in den letzten Jahren das Aufgabenprofil der kommunalen Gesundheitsförderung geändert habe; inzwischen gehe es weniger um eigene Aktivitäten und Angebote, sondern

mehr um Vernetzung und Gremienarbeit (wie z.B. die Implementierung von Gesundheitskonferenzen). Einige Kontaktpersonen führten an, dass für sie keine inhaltliche Zuständigkeit, kein Beobachtungs-, Aktivitäts- oder Koordinierungsauftrag im Bereich der Jungen- und Männergesundheitsförderung formuliert sei, was ihre Aktivität im Bereich von Information und Vernetzung begrenze. Andere betonten, dass sie diesen Auftrag eigentlich sehr gerne umsetzen würden, aber aus Personal-, Zeit-, Budget- oder Ressourcenknappheit nicht könnten. Ein nochmals anderer Teil führte an, dass heutzutage eher ein Universalansatz („Wir richten uns gleichermaßen an alle“) an der Tagesordnung wäre, bei dem Jungen- und Männergesundheit stets mitgedacht, aber nicht eigens fokussiert werden müsse. Sehr oft wurde auf andere Akteure und deren Zuständigkeit verwiesen, z.B. auf die Aidsberatung und die Ärzteschaft (v.a. Urologen). Auch Aktivitäten und Zusammenhänge der Jungenarbeit (z.B. lokale Arbeitskreise) wurden hier häufig benannt; ihre Themen wie Sexuaufklärung und Gewaltprävention wurden dabei mit einer allgemeinen Gesundheitsförderung für Jungen gleichgesetzt. Etwas seltener wurde auf organisationsinterne Ansätze (z.B. Gesundheitsförderung für Mitarbeiter in den Landratsämtern) verwiesen. Nicht wenige Kontaktpersonen versprechen sich einen gewissen Aufschwung für lokale Maßnahmen, Programme oder Projekte durch das künftige Präventionsgesetz.

6.2.4. ERGEBNISSE DER RECHERCHE BEI / NACH RELEVANTEN PROJEKTEN

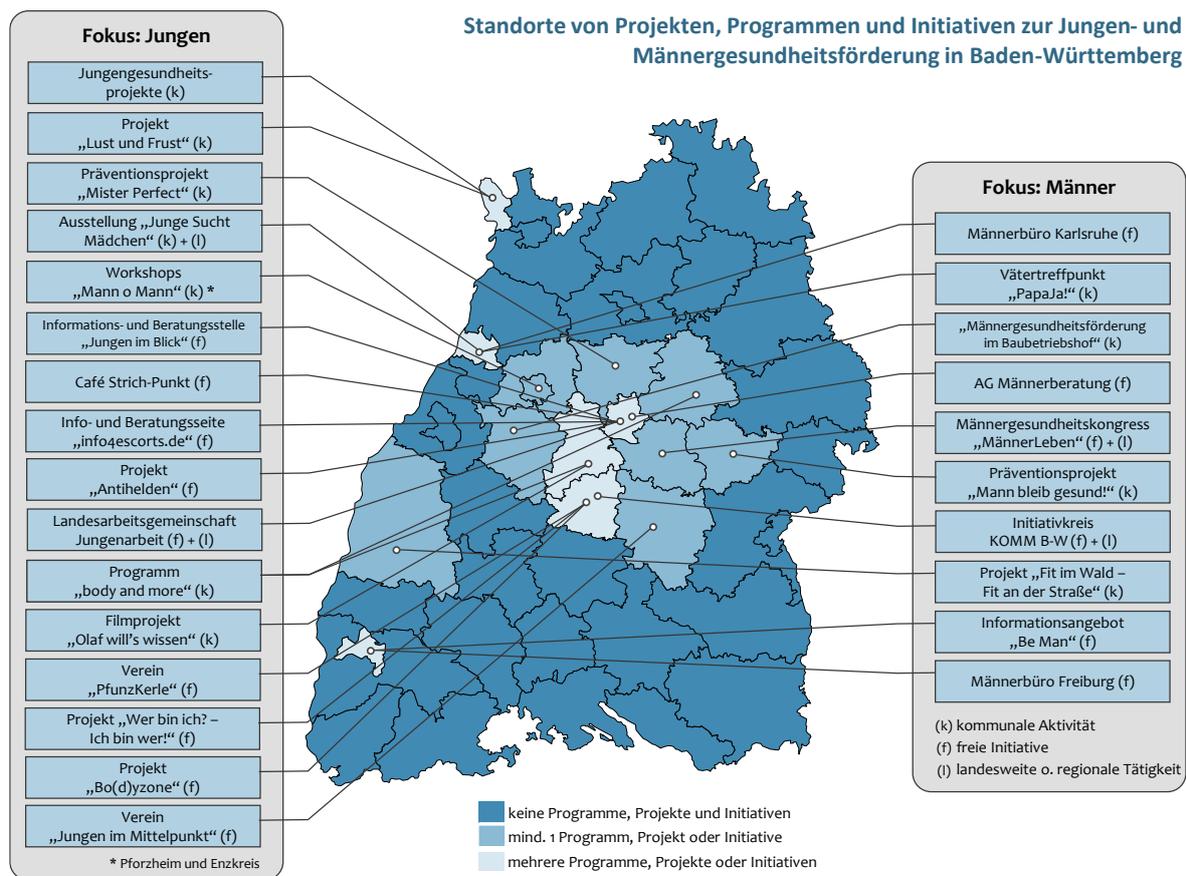
Die Recherche erbrachte für Baden-Württemberg insgesamt 26 Projekte, Programme und Initiativen mit eindeutigem Bezug zur Gesundheitsförderung und Prävention, davon 16 für Jungen und männliche Jugendliche sowie zehn, die sich an erwachsene Männer richten. „Hotspots“ sind die Stadt- und Landkreise Mannheim, Karlsruhe, Böblingen, Stuttgart und Tübingen, wobei dort z.T. auch Initiativen angesiedelt sind, die landesweit oder überregional tätig sind (Karlsruhe, Stuttgart, Tübingen). Die auf den ersten Blick ansehnliche Zahl relativiert sich insofern, dass diese Projekte unterschiedlich dimensioniert sind (z.B. Schulprojekte von kurzer Dauer oder mit unter zehn Durchgängen), dass sie teils einmalig oder bereits abgeschlossen sind (z.B. Gesundheitsförderung im Baubetriebshof, Projekt „Bo(d)yzone“), oder dass sie Gesundheitsaspekte nur begrenzt neben anderen Themen ansprechen (z.B. Männer-, Väter- und Beratungsprojekte).

Einige wenige Aktivitäten reichen in die mittleren 1990-er Jahre zurück; die meisten auf der Jungenseite sind ab etwa 2005 entstanden, Aktivitäten auf der

Männerseite im Durchschnitt etwas später (Abb. 149). Der Überhang jungenbezogener Aktivitäten wird deutlich vor dem Hintergrund, dass aktuell das Verhältnis der über 20-Jährigen zu den unter 20-Jährigen in Baden-Württemberg bei etwa 4:1 liegt¹⁰³. Für ein altersbezogenes Gleichgewicht würde das über 60 (statt tatsächlich zehn) männerbezogene Aktivitäten erfordern. Für ältere Männer ab 50 oder Männer im Rentenalter konnten keine speziellen Angebote ermittelt werden, ebenso wenig Qualifizierungen für Multiplikatoren der Männergesundheitsförderung – von denen es zum Thema Jungengesundheit wiederum mehrere gab und gibt. Nach der Recherche verfügen 25 der 38 Stadt- und Landkreise bzw. Gesundheitsamtsbezirke weder über eine bekannte jungen- noch eine männerbezogene Projektaktivität zur Gesundheitsförderung und Prävention; und wenn an einem Ort etwas für Jungen angeboten wird, so liegt darin noch kein Angebot für Männer mittleren oder älteren Alters – von speziellen Lebenslagen und der Heterogenität von Männern einmal ganz abgesehen.

¹⁰³ www.statistik-bw.de/BevoelkGebiet/Bevoelkerungspyramide/BevPyramidela.asp

Abb. 149 Standorte von Projekten, Programmen und Initiativen zur Jungen und Männergesundheit Baden-Württemberg
(Daten: SOWIT - eigene Erhebung)



6.2.4.1. DIE PROGRAMME, PROJEKTE UND INITIATIVEN IM EINZELNEN

Mannheim: Jungengesundheitsprojekte, Projekt „Lust und Frust in der Pubertät“

Der Fachbereich Gesundheit, Abt. Gesundheitsförderung in Mannheim¹⁰⁴ führt seit dem Schuljahr 2008/09 verschiedenste **Jungengesundheitsprojekte** an weiterführenden Schulen (Klasse 6 bis 9) durch. Seit 2010 wird dieses Projekt erweitert als „Genderprojekt“ für Jungen und Mädchen, das schuljährlich in rund 20 Klassen durchgeführt wird. Ein weiteres Projekt in Kooperation mit der Jugendförderung ist **Lust und Frust in der Pubertät**. Schwerpunkte sind Körperlichkeit, Selbstwert und Selbstbewusstsein, Körperideale und Essverhalten.

Karlsruhe: Männerbüro und Vätertreffpunkt „PapaJa!“; Ausstellung „MädchenSuchtJunge“

Das **Männerbüro Karlsruhe**¹⁰⁵, gegründet 1996, versteht sich als ein Netzwerk von und für Männer in und um Karlsruhe, das Seminare, Aktivitäten und Bera-

tungsangebote für Männer, außerdem Männergruppen und -wochenenden sowie Jungenkurse organisiert. Gesundheitsthemen sind dabei eher implizit angesprochen.

Der **Vätertreffpunkt „PapaJa!“**¹⁰⁶ unterstützt seit 2011 Väter darin, ihre Vaterschaft aktiv und engagiert zu gestalten, um so auch zu deren sozialer Gesundheit beizutragen. Im Angebot sind (bzw. waren) ein regelmäßiges Väterfrühstück, Veranstaltungen für Väter „unter sich“ sowie für Väter und Kinder, eine Erzählwerkstatt, der Vätertagskalender und die Fotoausstellung „Vätervorbilder“, eine Väter-Fachtagung; ein AK Väter trifft sich monatlich.

MädchenSuchtJunge¹⁰⁷ ist eine interaktive Lernausstellung des Vereins Suchtprophylaxe Baden-Württemberg zur Unterstützung der Suchtvorbeugung in Schulen. Sie ist über die Suchtbeauftragten der Stadt- und Landkreise ausleihbar. In ca. zwei Schulstunden

¹⁰⁴ www.mannheim.de/buerger-sein/bestens-versorgt

¹⁰⁵ www.maennerbuero-karlsruhe.de

¹⁰⁶ www.karlsruhe.de/b3/soziales/einrichtungen/kinderbuero/familienbildung/vaetertreffpunkt.de

¹⁰⁷ www.suchtprophylaxe-bw.de/konzept.html

behandeln Mädchen und Jungen ab 13 Jahren in getrennten Gruppen¹⁰⁸ je eines der selbst zu wählenden Themen „Rauchen“, „Alkohol“, „Medien“ und „Körper“. Jungenthemen, die in der Umsetzung vor Ort aufgegriffen werden können, sind dabei im Ansatz enthalten; die Ausrichtung zielt allerdings weniger auf eine (jungenaffine) Vermittlung von Risikokompetenz denn auf Abstinenz. Gestaltung und Bildsprache der Homepage wie der Thementafeln der Ausstellung sind eher weiblich akzentuiert.

Der Bund der Urologen Landesverband Baden (BDU)¹⁰⁹ möchte seine Mitglieder und die Ärzteschaft für spezielle Themen und Bedürfnisse von Jungen wie Männern sensibilisieren und qualifizieren; so beteiligt er sich im Fortbildungsbereich an den Initiativen „Jungensprechstunde“ und „Urologisch – Mit Männergesundheit in die Zukunft“.

Ludwigsburg: Präventionsprojekt „Mister Perfect“

Beim Präventionsprojekt **Mister Perfect**¹¹⁰ für Jungen ab 14 Jahren im Landkreis Ludwigsburg geht es um Doping im Freizeitsport. Es besteht aus den fünf Modulen „Schönheitsideale“, „Medien“, „Doping“, „Dopingfolgen“, Ernährung und Sport“ samt zugehörigem Materialkoffer, und möchte männliche Jugendliche darin unterstützen, mit dem Thema „leistungssteigernde Substanzen im Freizeitsport“ kritisch umzugehen. Das Projekt wurde 2011/12 in zwei Berufsschulklassen erprobt und im Rahmen einer Jugendwoche in zwei achten Klassen und in zwei Jugendzentrum durchgeführt; außerdem fanden zwei Multiplikatoren-Schulungen statt.

Enzkreis und Pforzheim: Workshops „Mann o Mann“

Das Netzwerk „Looping“ ist die kommunale Einrichtung für Gesundheitsförderung und Prävention des Enzkreises und der Stadt Pforzheim. Unter der Überschrift **Mann o Mann**¹¹¹ bietet das Netzwerk Jungen-Workshops in Schulen zum Thema Jungengesundheit, Bodycult und Rollenbilder an. Ziel ist die Stärkung der Lebenskompetenzen von Jungen. In der Auseinandersetzung mit eigenen Einstellungen, Botschaften von außen und der Reflexion gesellschaftlicher Ansprüche (z.B. via Werbung) soll der Blick geschärft werden; der Umgang mit Botschaften, die Überforderung bedeuten, mit Gruppendruck und Selbstbehauptung werden in Gesprächen und interaktiv trainiert. Die Workshops sind je nach Adressatenkreis methodisch veränderbar

und werden von Klassenstufe sieben an bis hin zu Berufsschulen angeboten (zwischen 12 bis 22 Jahre). „Mann o Mann“ wurde 2005 konzipiert; ein erweitertes Workshopangebot für junge Männer gibt es seit Sommer 2006. Im Evaluationszeitraum seit 2010 gab es über 100 Workshops (jeweils drei bis vier Unterrichtseinheiten), bei denen 1.250 Jungen (ca. 2.500 Jungen seit Beginn des Angebotes) erreicht wurden, außerdem eine Reihe von Elternabenden.

Ein Projekt zur Gesundheitsförderung und Prävention für arbeitslose Menschen in beruflichen Qualifizierungs- und Beschäftigungsprojekten gab es 2007 bei der Q-Prints & Service GmbH Pforzheim¹¹². Das Konzept und seine konkreten Angebote wurden unter Beteiligung der Betroffenen durch Befragung ausgearbeitet und im Anschluss geschlechterbezogen evaluiert.

Nagold: Projekt „Männergesundheitsförderung im Baubetriebshof“

Das Projekt **Männergesundheitsförderung im Baubetriebshof Nagold**¹¹³ (2009/10) war ein Bestandteil des Projekts „GeKom – Gender-Kompetenz im kommunalen Raum“ (Kaschuba, Neubauer, Winter, Huber 2011), das im Rahmen des Programms „Chancen=Gleichheit. Gleiche Chancen für Frauen und Männer“ der Baden-Württemberg Stiftung angesiedelt war. Es umfasste fünf Workshops von ca. 90 Minuten Dauer vor der bzw. im Anschluss an die Mittagspause, die im Aufbau ähnlich waren: Lockerungsübung, thematischer Kurzinput (Gesundheit, Ernährung, Bewegung, Entspannung, soziale Gesundheit), Gespräch, Körperübung(en).

Stuttgart: Jungen im Blick, Café Strichpunkt, LAG Jugenarbeit; AG Männerberatung

Das Projekt **Jungen im Blick (JUB)**¹¹⁴ in Stuttgart ist ein seit 2008 bestehendes Angebot zu Gesundheitsthemen explizit für Jungen im Alter von acht bis 20 Jahren. Ziele des Projekts sind Gesundheitsbildung, sexuelle Bildung sowie Sucht- und Gewaltprävention; dazu werden sowohl Veranstaltungen, wie auch Beratung angeboten. Die konkreten Schwerpunkte der Aktivitäten von JUB sind (nach dem Jahresbericht 2012) primärpräventiv angesiedelt – in abnehmender Priorität in den Bereichen „Körperliche Entwicklung / Pubertät“, „Umgang mit Medien“, „Sexualität und Verhü-

¹⁰⁸ Arbeit in geschlechtshomogenen Gruppen ist „an sich“ noch kein genderbezogenes Konzept bzw. Qualitätsausweis; ohne kritische Reflexion der speziellen Konstellation können sich dort (traditionelle) Männlichkeitsbilder auch verfestigen.

¹⁰⁹ www.urologenportal.de/78.html

¹¹⁰ www.landkreis-ludwigsburg.de/fileadmin/kreis-lb.de/pdf-dateien/buerger-info/gesundheitsfoerderung/MP_Flyer_2011_neu.pdf

¹¹¹ www.enzkreis.de/media/custom/179_7223_1.pdf

¹¹² www.q-printsandservice.de

¹¹³ www.nagold.de/de/Bürgerservice/Was-erledige-ich-wo?view=publish&item=level1&id=18

¹¹⁴ www.jungen-im-blick.de – Der ältere Stuttgarter Verein „JunGs – Jungengesundheitsprojekt“ (gegründet 1997) mit der prominenten, aber „leeren“ Webseite www.jungengesundheit.de scheint dagegen inaktiv zu sein.

tung“, „Selbstbehauptung, soziale Kompetenz / Mobbingprävention“, „Suchtprävention“, „Jungesein / Mannsein“, „Sexueller Missbrauch“. Beratungsanlässe sind – Elterngespräche eingeschlossen und wiederum in abnehmender Priorität: soziale Kontakte bzw. Kompetenz, Schule, familiäre Probleme, Umgang mit (Auto-) Aggression, sexualisierte Übergriffe, Umgang mit Medien, Sexualität. Träger des Projekts ist der Gesundheitsladen e.V.; finanziert wird es überwiegend von der Stadt Stuttgart.

Das **Café Strich-Punkt**¹¹⁵ in Stuttgart richtet sich seit 1997 gezielt an junge männliche Sexarbeiter. Sie bietet eine Anlaufstelle im Café; zusätzlich sind die Mitarbeitenden aufsuchend unterwegs (Streetwork). Das Angebot ist eine Kooperation des Vereins zur Förderung von Jugendlichen und der AIDS-Hilfe. Das Café ist zweimal wöchentlich geöffnet und wird dann jeweils von durchschnittlich 15 bis 20 Jungen besucht. Sehr viele der jugendlichen Stricher sind jugendliche Migranten; die Gesprächsangebote werden auf die unterschiedlichen Herkunftsgebiete ausgerichtet (z.B. Jungen mit Herkunft aus Südosteuropa oder aus dem „arabischen“ Raum). Ein Online-Informationsangebot¹¹⁶ (seit 2006) und das Projekt „Antihelden – Jungensensible Präventionsarbeit zu sexualisierter Gewalt und sexueller Bildung“¹¹⁷ (seit 2014) ergänzen das Grundangebot.

In der 15 Tage umfassenden Weiterbildung zum Jungenarbeiter der **Landesarbeitsgemeinschaft Jungenarbeit Baden-Württemberg**¹¹⁸, in der Fachmänner für die geschlechterbewusste Arbeit mit Jungen qualifiziert werden (bislang vier Durchgänge), wird das Thema „Gesundheit und Körperlichkeit“ jeweils an einem Weiterbildungstag bearbeitet. Hier werden die Praktiker über Themen der Jungengesundheit informiert und es werden Ideen entwickelt, wie sie das Thema Gesundheit in ihre praktische Arbeit mit Jungen einbinden können – etwa über die Vermittlung und Erhöhung von Risikokompetenzen. 2013 veranstaltete die LAG Jungenarbeit eine größere Fachtagung zur Jungengesundheit. Sie unterhält weiter eine Datenbank „Landkarte der Jungenarbeit in Baden-Württemberg“ (s.o.) und einen Referentenpool.

Mehrere Stuttgarter Beratungsstellen haben einen gemeinsamen Arbeitsschwerpunkt Männerberatung entwickelt und sich bereits 1999 in einer **Arbeitsgemeinschaft Männerberatung**¹¹⁹ nach §78 SGB VIII /

KJHG zusammengeschlossen. Die Beratungsthemen sind psychosozialer Natur und können der psychischen Gesundheit zugeordnet werden: Partnerschaft und Beziehung, Sexualität, Trennung und Scheidung, die Rolle als Vater oder Stiefvater, beruflichen Belastungen, Migration, Trauer, Schulden, Rechtsfragen, der Umgang mit Aggressionen. Die Beratung ist vertraulich.

*Bei der **Landesärztekammer Baden-Württemberg**¹²⁰ mit Sitz in Stuttgart sind einige wenige (meist vergangene) Fortbildungsangebote im Bereich Männergesundheit gelistet – z.B. ein „Update Männergesundheit“ oder das Seminar „Männergesundheit – Ein integratives Praxiskonzept“.*

Esslingen: „Gesundheitskongress MännerLeben“

Mit Sitz in Esslingen organisiert und veranstaltet die Gesundheitspflege initiativ gGmbH¹²¹ seit 2003 den **Männergesundheitskongress MännerLeben**¹²². In Baden-Württemberg fand MännerLeben bisher einmal jährlich in Esslingen oder Stuttgart statt, außerdem auch in Hannover. MännerLeben ist ein Gesundheitskongress für den „Endverbraucher“, der für eine positive Auseinandersetzung mit dem Thema Männergesundheit stehen soll. Etwa 6.000 Teilnehmer haben diese Bildungsmöglichkeit bisher genutzt. Im Frühjahr 2015 findet der 20. Kongress in Stuttgart statt.

Göppingen: Präventionsprojekt „Mann bleib gesund!“

Eine thematische Langzeit-Veranstaltungsreihe zur Jungen- und Männergesundheitsförderung ist das Projekt **Mann bleib gesund!**¹²³ im Landkreis Göppingen, das von der Arbeitsgemeinschaft Gesundheit initiiert wurde. Über einen längeren Zeitraum (seit 2008) wird Männergesundheit auf verschiedenen Ebenen und in unterschiedlichsten Formen angesprochen: informierend und aktivierend, durch Vorträge und Mitmach-Angebote aus dem Panorama der Männergesundheit. So finden sich Entspannungsübungen genauso wie Veranstaltungen für Väter und Kinder; es gab Vorträge zu den Themen Männerdepression, Sucht, Glaube, Gewalt, sexuelle Entwicklung und Gesundheit, Urologie, Ernährung. Im Rahmen der offenen Jugendarbeit fand ein Kochduell „nur für Jungen“ in einer Schulküche statt.

¹¹⁵ www.verein-jugendliche.de/cafe_strich-punkt.php

¹¹⁶ www.info4escorts.de

¹¹⁷ www.antihelden.info

¹¹⁸ www.lag-jungenarbeit.de

¹¹⁹ www.maennerberatung-stuttgart.de

¹²⁰ www.aerztekammer-bw.de

¹²¹ <http://gesundheitspflege.de>

¹²² www.maennerleben.com

¹²³ www.landkreis-goepingen.de/Lde/start/Landratsamt/Mann_+bleib+gesund_.html

Böblingen: Programm „body and more“ und Filmprojekt „Olaf will’s wissen“

Das Programm *body and more – über Körperideale und einen guten Umgang mit sich selbst und anderen* wurde vom Arbeitskreis Gesundheit und Gesundheitsamt im Landkreis Böblingen¹²⁴ initiiert. Es spricht Jungen und Mädchen im Alter von zwölf bis 17 Jahren an Schulen und in Jugendhilfeeinrichtungen an, darüber hinaus Lehr- und Fachkräfte sowie Eltern. Mit Beginn in 2005 wurde ein eigenes Jungenkonzept entwickelt, das den Zusammenhang von Körperidealen, Essverhalten und Männlichkeitsvorstellungen in den Blick nimmt und auf einen Lebenskompetenzansatz bezieht (Neubauer 2006). In vier Workshops zwischen 2005 und 2012 konnten 83 Fachkräfte ausgebildet werden; allein in einem Evaluationszeitraum 2008 bis 2011 wurde das Programm in 90 Klassen (100 Jungen- und 85 Mädchengruppen) durchgeführt. Dabei wurden mehr als 2100 Jugendliche erreicht; begleitend fanden 28 Abendveranstaltungen für Erwachsene statt. In diesem Kontext organisierte das Landratsamt zwischen 2009 und 2013 auch drei Workshops für pädagogische Fachkräfte zum Thema Jungengesundheit; im Schuljahr 2011/12 wurde schließlich in Leonberg ein Filmprojekt „Olaf will’s wissen“ zum Thema Jungengesundheit angestoßen (Neubauer 2013). Seit 2012 wird das Programm „body and more“ mit geringerem Umfang auch im Rems-Murr-Kreis¹²⁵ angeboten.

Tübingen: Verein PfunzKerle, Projekte „Wer bin ich? – Ich bin wer!“ und „Bod(y)zone“; Initiativkreis Kompetenzzentrum Jungen- und Männergesundheit Baden-Württemberg

Der Verein **PfunzKerle – Fachstelle Jungen- und Männerarbeit Tübingen**¹²⁶ wendet sich seit 1995 mit unterschiedlichen Angeboten, Veranstaltungen und Projekten an Jungen, Männer und Fachkräfte. Das Spektrum umfasst Jungenpädagogik, Männerarbeit, Beratung, Fortbildung und Fachtage. Wichtige Themen neben „Körper und Gesundheit“ sind „Sexualität“ und „Gewalt“. Das offene Schulangebot **Wer bin ich? – Ich bin wer!** gibt es seit 2006, es ist geschlechter- und damit auch jungenbezogen konzipiert als Gesundheitsförderung und Prävention von Essstörungen für die Klassen 7 bis 11 (Bittner, Gögel 2012) und wurde bislang ca. 90-mal durchgeführt. Dabei geht es um Themen wie „Selbstwert und Gesundheitsressourcen“, „Achtsamer Umgang mit dem eigenen Körper“, „Schönheitsideale und (perfektionistische) Körperbilder“, „Problem- und Stressbewältigung“, „Stärken und

Grenzen“, „gesunde Ernährung und riskantes Essverhalten“.

Im Kontext von Jungengesundheit und Jungenpädagogik sind Jungen mit Behinderungserfahrung oder Assistenzbedarf oft nicht mitgemeint und inkludiert. Das Projekt **Bo(d)yzone** (2006 - 2009) des Vereins PfunzKerle (Sickinger, Bittner, Jerg, Neubauer 2008) wandte sich vor allem an Jungen zwischen zwölf und 17 Jahren mit unterschiedlichen Beeinträchtigungen und Assistenzbedarf. Die Lebenslage „Behinderung“ verband dabei die Teilnehmer in den thematischen Projektzugängen „Körper“ und „Medien“. So entstanden einige Filme sowie künstlerisch-kreative Arbeiten als Medium für Körper- und Selbstbezüge bis hin zur persönlichen Lebensplanung. Entsprechend differenzierte Aktivitäten fanden in Einrichtungen für lernbehinderte, geistig behinderte und/oder körperbehinderte Menschen statt. Angeregt wurde insbesondere aber auch die Arbeit in inklusiven Gruppen.

Der Initiativkreis **Kompetenzzentrum Jungen- und Männergesundheit Baden-Württemberg** (KOMM BW)¹²⁷ ist seit 2012 landesweit tätig und wird vom SOWIT¹²⁸ in Tübingen koordiniert. Er verfolgt das Ziel, in einem Kompetenzzentrum jungen- und männerbezogene Informationen, Aktivitäten und Projekte im Bereich der Gesundheitsforschung, -versorgung und -förderung zu bündeln und zu vernetzen. Das Kompetenzzentrum hat sich zur Aufgabe gemacht, den wissenschaftlichen und medizinischen Fortschritt auf dem Gebiet der Männergesundheit einerseits sowie die gute Praxis der Männergesundheitsförderung andererseits für Fachleute und Öffentlichkeit in Baden-Württemberg zu dokumentieren, aufzubereiten und informativ zu erschließen. Darüber hinaus sollen Forschung und Praxis, Fort- und Weiterbildung sowie Information und Beratung im Bereich der Jungen- und Männergesundheit im Sinn einer gesundheitlichen Gleichstellung weiter vorangetrieben werden. In den Jahren 2011, 2013 und 2014 war der Initiativkreis z.B. maßgeblich an Tagungsprojekten zur Jungen- und Männergesundheit in Baden-Württemberg beteiligt.

Ein Business-Frühstück zur Männergesundheit wurde von 2005 bis 2008 in Tübingen von der AOK und SOWIT angeboten. In wechselnder Besetzung nahmen dabei jeweils zwischen zehn und zwanzig Männer teil. Geboten wurden – neben einem gesunden Frühstück – unterschiedliche thematische Impulse zu Männergesundheitsthemen, wie z.B. „Gesund frühstücken“, „Mentale Gesundheit“, „Gier – Genuss – Gesundheit“, „Fürsorgliche Einmischung?! Die Frauen und die Gesundheit der Männer“, „Alles außer Arbeit?! Gesund leben im Kontext von Erwerbsarbeit“ (Archiv SOWIT).

¹²⁴ http://lrabb.de/,Lde/start/Service+_+Verwaltung/Gesundheitsamt.html

¹²⁵ www.rems-murr-kreis.de/2812_DEU_WWW.php (2011/12 ca. 175 Jugendliche, ca. 25 TrainerInnen)

¹²⁶ www.pfunzkerle.de

¹²⁷ www.männergesundheits-bw.de

¹²⁸ www.sowit.de

Reutlingen: Verein „Jungen im Mittelpunkt“

Der Verein **Jungen im Mittelpunkt** (JIM)¹²⁹ bietet seit 1999 v.a. im Schulkontext Seminare, Beratung und Fortbildung an zu den Themen Coolnesstraining, Zivilcourage, Selbstbehauptung und Sexualpädagogik. Auch Gesundheitsaspekte im Bereich der sozialen und mentalen Gesundheit sind dabei angesprochen.

An der vhs Reutlingen, Außenstelle Gomaringen ist es gelungen, ein Angebot zur Männergesundheit zu etablieren, das ausgesprochen lange und kontinuierlich läuft. Diese Volkshochschule kann einen Kurs im Bewegungsbereich für Männer nachweisen, der bereits seit über 40 Jahren (!) Bestand hat. Dieser Kurs hieß am Anfang Fitnessgymnastik für Männer; der aktuelle Titel lautet nun Männerfitness und kann etwa 15 Teilnehmer zwischen 50 bis 75 Jahren vorweisen. Charakteristisch für den Kurs ist die lange Kontinuität in der Kursleitung und eine feste, engagierte Stammgruppe (vhs-Verband 2015: 7).

Seit 15 Jahren gibt es an der vhs Tübingen, Außenstelle Ofterdingen den Kurs Männerfitness, der stets ausgebucht ist. Einmal wöchentlich treffen sich die Teilnehmer mittleren Alters zum Trainieren mit Aufwärmprogramm, Kräftigungsübungen und Mannschaftsspielen. Zusätzlich werden bewegungsorientierte Freizeitaktivitäten eingeplant (Wanderwochenende, Amateurfußball). Wichtig im Bereich der Zugänge ist die persönliche Werbung interessierter Männer (Schwäb. Tagblatt 12.2.2015).

Ortenaukreis: Projekt „Fit im Wald – Fit an der Straße“

Fit im Wald – Fit auf der Straße ist eine aktuelle Maßnahme der betrieblichen Gesundheitsförderung für Waldarbeiter und Straßenwärter. In beiden Arbeitsbereichen wurden interne Multiplikatoren (ohne medizinische oder ergonomische Vorkenntnisse) ausgebildet, die – nach Einführungs-Veranstaltungen an den Stützpunkten der Waldarbeiter sowie den Straßenmeistereien – ihren Kollegen wöchentlich Informationen und Übungen zu ergonomischem Arbeiten, rückengerechter Arbeitshaltung und entsprechenden Ausgleichübungen vermitteln. Die Unfallkasse Baden-Württemberg (UKBW) hat die Erfahrungen dieses Projekts aufgenommen und im Rahmen einer Kampagne „Denk an mich – dein Rücken“ Poster für den Forstbereich¹³⁰ und die Straßenmeistereien¹³¹ angefertigt, die in ganz Baden-Württemberg verteilt wurden. Das Konzept wurde gemeinsam mit Vertretern der Waldarbeiter (Amt für Waldwirtschaft), der zuständigen Betriebsärztin, der Personalentwicklung und der betrieblichen Gesundheitsförderung entwickelt und durchgeführt. Bei einem eigenen Gesundheitstag für die Waldarbeiter werden noch die Themen „gesunde Ernährung“ und „Stressabbau“ aufgegriffen.

An der vhs Lahr fanden im Jahr 2009 (250 Teilnehmer) und im Jahr 2010 (150 Teilnehmer) Männergesundheitstage statt – nie zuvor konnten dort im Bereich Gesundheitsbildung so viele Männer angesprochen werden. Erfolgsvoraussetzungen war es, das Thema Männergesundheit überhaupt einmal zu setzen, damit ein eigenes Forum zu Gesundheitsthemen für Männer zu bieten und dies mit einer entsprechenden Öffentlichkeitsarbeit zu hinterlegen (vhs-Verband 2015: 9).

Freiburg: Informationsangebot „Be Man“, Männerbüro

Unter der Überschrift **Be Man**¹³² steht seit 2013 ein Online-Informationsangebot der AIDS-Hilfe Freiburg zum Thema Männergesundheit im Netz. Es informiert über Gesundheitsvorsorge, Sexuelle Gesundheit, Psychische Gesundheit sowie über Test- und Beratungsstellen; bei Bedarf ist eine anonyme Telefonberatung möglich.

Das **Männerbüro Freiburg**¹³³ in Trägerschaft der kath. Gesamtkirchengemeinde Freiburg entstand 1994 mit dem Ziel, Männern in schwierigen Lebenssituationen eine Anlaufstelle zu sein. Hier sollen Männer Informationen, Orientierungshilfen und Beratung finden in allen Lebenslagen und für alle Themen, die Männer bewegen. Das Männerbüro bietet Einzelgespräche, Männergruppen und weitere Veranstaltungen an; es ist Mitveranstalter des regelmäßigen Freiburger Männertags. Gesundheitsthemen sind dabei eher implizit angesprochen.

In der **Zusammenschau** dieser Programme, Projekte und Initiativen in Baden-Württemberg zeigen sich ähnliche Ergebnisse wie bei der Entwicklung der „Perspektiven für eine ‚gute Praxis‘ der Jungen- und Männergesundheitsförderung“ (→ Kapitel 0). Im konzeptionellen Zentrum der Aktivitäten stehen häufig eine *thematische Fokussierung* (etwa in Bezug auf Körperbilder, Doping, Suizid) sowie eine *zielgruppenbezogene Spezialisierung* (z.B. Väter, Arbeit mit jugendlichen Strichern). Oft geht es auch um *Angebote mit eindeutigen Settingbezug* (Schule, Baubetriebshof, Straßenmeisterei) oder *niedrigschwellige Angebote* (z.B. Kontakt-Café, Online-Angebote, anonyme Beratung). Einige Aktivitäten sind *längerfristig oder regelmäßig* konzipiert (z.B. Suizid-Prävention im Landkreis Göppingen, Kongress MännerLeben) oder werden *von etablierten Institutionen getragen* – dies gilt v.a. im Bereich der Jungenarbeit (z.B. Jungen im Blick, PfanzKerle, LAG Jungenarbeit). Im Kontext Männergesundheit finden sich etablierte Strukturen noch weniger, was sich auch in der verhältnismäßig geringen Zahl männerspezifischer Angebote ausdrückt.

¹²⁹ www.jim-reutlingen.de

¹³⁰ www.uk-bw.de/fileadmin/ukbw/media/dokumente/praevention/MSE_Kampagne/Medien/UKBW_Platat_Fit_im_Wald.pdf

¹³¹ www.uk-bw.de/fileadmin/ukbw/media/dokumente/praevention/MSE_Kampagne/Medien/UKBW_Platat_Fit_an_der_Strasse.pdf

¹³² www.be-man-freiburg.de

¹³³ www.maennerbuero-freiburg.de

Im *Schnittpunkt von Gesundheitsförderung und Geschlechterzugängen* kennzeichnet die beschriebenen Aktivitäten ein i.d.R. expliziter, doppelter Bezug auf Themen der Jungen- und Männergesundheit: auf Jungen / Männer *und* auf Gesundheitsthemen. Weit seltener finden sich nicht-explizite, indirekte Bezüge – z.B. ein „sekundärer“ Zugang über andere Lebensthemen, allgemeine Lebenslagen oder Beratungszugänge. Gerade im Schulkontext geht es oft um „Parallelangebote“, d.h. eine Arbeit in geschlechtergetrennten Gruppen. Diese Ansätze überzeugen je mehr, umso deutlicher neben der „einfachen“ Geschlechtertrennung ein konzeptionell durchgearbeitetes, geschlechtsbezogen eigenständiges Konzept vorhanden ist (vgl. Fußnote 108).

Kontinuität und Stabilität erreichen die beschriebenen Aktivitäten, wenn sie einigermaßen *institutionalisiert*

sind und *nicht ausschließlich projektbezogen finanziert* sind. Die aufgeführten Programme, Projekte und Initiativen kennzeichnet eine insgesamt *annehmende, wohlwollende Haltung* auf Jungen und Männer hin; sie sind insofern nicht einseitig männlichkeitskritisch und überwiegend *am Gesunden orientiert*.

Hinsichtlich der für Baden-Württemberg formulierten Gesundheitsziele (s.u.) lassen sich diese Aktivitäten eher mit den allgemeineren Zielen („Gesund aufwachsen“, „Gesund und aktiv älter werden“, „Gesundheitskompetenz, Patientensouveränität“) in Verbindung bringen, i.d.R. weniger mit den spezielleren Zielen (in Bezug auf Diabetes, Depression, Sucht). Die Gesundheit von Arbeitslosen (vgl. Holleder 2009) wird aktuell nicht speziell berücksichtigt – wie auch (außer der formulierten Gesundheitsziele) die von Migrantinnen oder Geflüchteten.

6.2.5. STRUKTUREN IM BEREICH DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION IN BADEN-WÜRTTEMBERG

Von grundlegender Bedeutung für Gesundheitsförderung und Prävention in Baden-Württemberg ist das **Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst Baden-Württemberg** (ÖGDG)¹³⁴ von 1994. Dort heißt es:

§ 1 Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes

(2) Zur Erfüllung dieser Aufgaben haben die Behörden des öffentlichen Gesundheitsdienstes insbesondere (...) 3. Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Gesundheits-erziehung zu initiieren und zu koordinieren.

§ 7 Gesundheitliche Prävention, Gesundheitsförderung

(1) Die Gesundheitsämter klären die Bevölkerung über gesunde Lebensweise, Gesundheitsgefährdungen und die Verhütung von Krankheiten auf. Sie informieren und beraten, wie Gesundheit gefördert, Gefährdungen vermieden und Krankheiten verhütet werden können. (...) (3) Die Gesundheitsämter beraten und unterstützen andere Stellen, die mit der Prävention und Gesundheitsförderung befaßt sind; sie regen geeignete Maßnahmen an. Die Gesundheitsämter koordinieren die Angebote und Maßnahmen und wirken auf enge Zusammenarbeit hin.

Das ÖGDG thematisiert und expliziert zwar (noch) keine Geschlechterbezüge; der zitierte Auftrag im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung muss heute aber vor dem Hintergrund nachfolgender landespolitischer Beschlüsse und Prozesse gelesen werden, die etwa Gender Mainstreaming, Geschlechterdifferenzierung und die Berücksichtigung von Genderaspekten einfordern (s.u.). Jedenfalls kommt dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) im Blick auf die

(hier: männliche) Bevölkerung ein *Aufklärungs-, Informations- und Beratungsauftrag* zu. Darüber hinaus ist auch ein *Beratungs- und Unterstützungsauftrag* in Bezug auf andere Akteure im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung formuliert, ebenso der Auftrag, geeignete Maßnahmen anzuregen und zu koordinieren – also ein *Aktivitäts- und Koordinierungsauftrag*.

Die **Bad Liebenzeller Erklärung zur Gesundheitsförderung im ÖGD in Baden-Württemberg**¹³⁵ von 1996 nimmt – vor dem Hintergrund der Eingliederung der bis 1995 staatlichen Gesundheitsämter in die Land- und Stadtkreise und in Bezug auf die Ottawa-Charta der WHO – eine Standortbestimmung vor und entwickelt Perspektiven für die Gesundheitsförderung. Die Erklärung versteht Gesundheitsförderung als einen politischen, interdisziplinären und auf Kooperation angelegten Auftrag, der in „Regionalen Arbeitsgemeinschaften Gesundheit“ umzusetzen ist. Sie fordert ein landesweites politisches Leitbild und regionale Leitbilder zur Gesundheitsförderung, außerdem regt sie eine Landesgesundheitskonferenz an. Geschlechterbezüge spielen in diesem Zusammenhang noch keine Rolle.

1999 formulierte das Landesgesundheitsamt fachliche Standards und Perspektiven zum **Qualitätsmanagement Gesundheitsförderung im Öffentlichen Gesundheitsdienst Baden-Württemberg**¹³⁶. Geschlechteraspekte sind dabei nicht durchgängig (im Sinn des Gender Mainstreaming) eingearbeitet; sie tauchen erst bei

¹³⁴ www.landesrecht-bw.de/jportal/?quelle=jlink&query=GesDG+BW&psml=bsbawueprod.psml&max=true

¹³⁵ www.gesundheitsamt-bw.de/SiteCollectionDocuments/40_Service_Publikationen/Qualitaetsmanagement_Gesundheitsfoerderung.pdf S. 76-78

¹³⁶ Fundort: gleiches Dokument wie Bad Liebenzeller Erklärung (s.o.)

der Beschreibung von Praxisprojekten auf (5 x Frauen, je 1 x Mädchen und Jungen, 0 x Männer).

2001 wurden in Baden-Württemberg eine ressortübergreifende Lenkungsgruppe, eine interministerielle Projekt- bzw. Arbeitsgruppe und ein Fachbeirat eingerichtet, um **Gender Mainstreaming auf Ebene der baden-württembergischen Landesverwaltung**¹³⁷ umzusetzen. Der Ansatz des Gender Mainstreaming zielt auf die Verwirklichung von Chancengleichheit sowie die „tatsächliche Durchsetzung der Gleichberechtigung von Frauen und Männern und (...) die Beseitigung bestehender Nachteile.“ (GG Art. 3.2). Die Implementierung von Gender Mainstreaming in der Landesverwaltung wurde am 9. Juli 2002 im Ministerrat beschlossen. Die Ministerien und alle anderen Landesbehörden sind insofern verpflichtet, den Ansatz des Gender Mainstreaming im Rahmen ihrer fachlichen Arbeit umzusetzen. Der Beschluss des Ministerrats wurde im Gesetz zur Verwirklichung der Gleichberechtigung von Frauen und Männern im öffentlichen Dienst des Landes Baden-Württemberg (Chancengleichheitsgesetz – ChancenG) verankert, welches das Landesgleichberechtigungsgesetz von 1995 ablöste.

Die **Koordinierungsstelle gesundheitliche Chancengleichheit Baden-Württemberg**¹³⁸ im Kooperationsverbund gesundheitliche Chancengleichheit ist beim Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg angesiedelt. Inhaltlicher Schwerpunkt ist seit 2007 die gesundheitliche Chancengleichheit älterer Frauen und Männer. Neben vielen anderen Aspekten sollen hier auch die speziellen Bedürfnisse von Männern (und Frauen) berücksichtigt werden. Dazu wurden mehrere Fachveranstaltungen durchgeführt – u.a. zu einer „gender-sensiblen Gesundheitsförderung“ bei sozial benachteiligten älteren Menschen.

2009 wurde die **Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg**¹³⁹ durch den Ministerrat beschlossen. Gesundheit soll demnach in allen Lebensphasen, Lebenswelten und Lebensbereichen gefördert werden. Die Gesundheitsstrategie folgt einer Lebensphasenorientierung und formulierte dabei Leitlinien wie „Gesundheitliche Benachteiligung verringern“, „Chronische Erkrankungen früh erkennen“, „Patientenrechte stär-

ken“ und „Selbsthilfegruppen beteiligen“. Geschlechteraspekte werden dabei nicht expliziert; die Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg „richtet sich (...) gleichermaßen an Frauen und Männer. Soweit möglich und sinnvoll ist aber insbesondere bei der Umsetzung ein geschlechterorientierter Genderansatz zu berücksichtigen.“ (S. 12) Die Umsetzung der Gesundheitsstrategie erfolgte auf Landesebene über ein „Gesundheitsforum“ in der Arbeitsgruppe Standortfaktor Gesundheit mit thematischen Projektgruppen (s.u.), außerdem in einem Gesundheits-Dialog mit Bürgerinnen und Bürgern. Auf kommunaler Ebene soll ein solcher z.B. über Kommunale Gesundheitskonferenzen der Land- und Stadtkreise erfolgen.

Ebenfalls in 2009 wurde die **Präventionsstiftung Baden-Württemberg**¹⁴⁰ durch das Land Baden-Württemberg eingerichtet. Zweck der Stiftung ist die Förderung der gesundheitlichen Prävention, insbesondere im Bereich der Vernetzung und Kooperation sowie der Multiplikation von erfolgreichen Projekten und Maßnahmen. Dem dient u.a. die Ausschreibung eines „Großen Präventionspreises“. Die inhaltliche Ausrichtung der Stiftung verfolgt bislang keinen geschlechterbezogenen Schwerpunkt.

In der Umsetzung der Gesundheitsstrategie wurden für Baden-Württemberg inzwischen acht **Gesundheitsziele** formuliert: 1. „Diabetes mellitus Typ 2 Risiko senken und Folgen reduzieren“, 2. „Gesund aufwachsen“, 3. „Depressive Erkrankungen und Folgen der Chronifizierung vermindern“, 4. „Gesund und aktiv älter werden“, 5. „Reduzierung des Konsums legaler Suchtmittel“, 6. „Brustkrebs früher erkennen und bekämpfen“, 7. „Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient(inn)ensouveränität verbessern“ und 8. „Gesundheit von Arbeitslosen“¹⁴¹. Obwohl alle diese Ziele deutlich auch Genderaspekte implizieren, finden sich Bezüge zur Jungen- und Männergesundheit bislang allenfalls auf der Daten-, nicht jedoch auf der Ziel- und Umsetzungsebene. Die in den einschlägigen Dokumenten immer wieder erwähnten Geschlechteraspekte werden (wie bereits beschrieben) insbesondere in der Umsetzung der Gesundheitsziele vor Ort nur sehr selten berücksichtigt.

¹³⁷ <http://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/menschen/gleichstellung/gender-mainstreaming>

¹³⁸ www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/baden-wuerttemberg/ – mit eher „weiblicher“ Bildsprache z.B. im Image-Flyer

¹³⁹ <http://gesundheitsdialog-bw.de/zukunftsplan-gesundheit/grundlagen/gesundheitsstrategie>

¹⁴⁰ www.praeventionsstiftung-bw.de

¹⁴¹ Bericht der AG Standortfaktor Gesundheit/Projektgruppe Gesundheitsziele im Gesundheitsforum Baden-Württemberg (2011) www.gesundheitsamt-bw.de/SiteCollectionDocuments/10_Kompz_AktivfuerGesundheit/Bericht_Projektgruppe_Gesundheitsziele_08_2011.pdf

Der **Bericht der AG Standortfaktor Gesundheit/Projektgruppe Gesundheitsbericht** im Gesundheitsforum Baden-Württemberg (2012) ¹⁴² befürwortet grundsätzlich einen geschlechterdifferenzierenden Ansatz in der Gesundheitsberichterstattung (S. 7). Inhaltlich angesprochen werden diese für Männer allerdings nur im Kontext des o.g. Gesundheitsziels zu Diabetes mellitus. Der Bericht hebt dagegen besondere Gefährdungen für Frauen, deren besondere familiäre Situation und Aufgabe (etwa im Bereich Kindergesundheit und Ernährungsverhalten) sowie die gesellschaftlichen Rollenzuweisungen an Frauen als zu berücksichtigende Themen hervor, welche eine Frauengesundheitsforschung einfordert (ebd.).

Der **Zukunftsplan Gesundheit** ¹⁴³ wurde 2012 im Ministerrat verabschiedet. Er soll die Aktivitäten der Landesregierung zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens in Baden-Württemberg bündeln. Der Zukunftsplan bestimmt Gesundheitsförderung und Prävention als eines von drei Handlungsfeldern. In diesen sollen drei Hauptziele in wiederum drei Handlungssträngen verfolgt werden. Eine durchgängige Genderorientierung im Handlungsfeld „Gesundheitsförderung und Prävention“ (aber auch in den Bereichen „Medizinische Versorgung“ und „Pflege“) ergibt sich selbstredend aus dem o.g. Beschluss zum Leitprinzip des Gender Mainstreaming; auf der Zielebene wären Geschlechteraspekte nicht zuletzt der „Patienten-/Bürgerorientierung“ zuzuordnen.

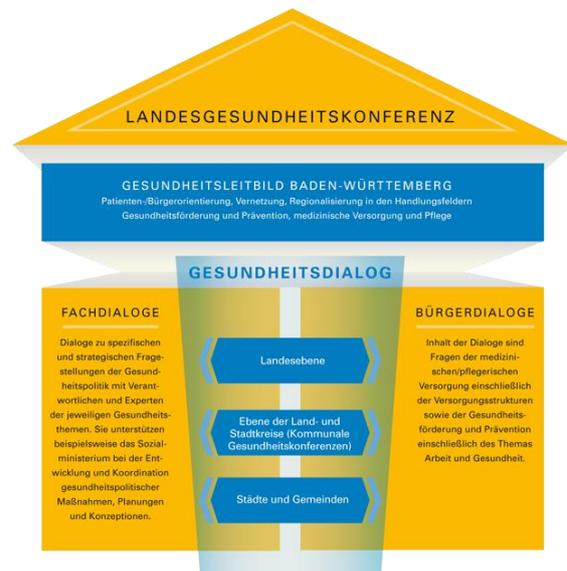
Handlungsfelder	Ziele	Handlungsstränge
Gesundheitsförderung und Prävention	Patienten-/ Bürgerorientierung	Leitbildentwicklung
Medizinische Versorgung	Vernetzung	Gesundheitsdialog
Pflege	Regionalisierung	Informationsbereitstellung

Tab. 39 Elemente des Zukunftsplans Gesundheit (Quelle: <http://gesundheitsdialog-bw.de/zukunftsplan-gesundheit/>)

Die drei Handlungsstränge, welche von der **Landesgesundheitskonferenz** „gerahmt“ werden, sind zum einen die **Leitbildentwicklung** und der **Gesundheitsdialog** ¹⁴⁴ (mit Fach- und Bürgerdialogen auf Landes-, Kreis- und kommunaler Ebene), sowie zum anderen die Bereitstellung von Informationen. Dazu dient insbesondere der **Gesundheitsatlas Baden-Württemberg** ¹⁴⁵ (s.o.). Außerdem soll bis Ende 2015 der Referentenentwurf zu einem **Landesgesundheitsgesetz** vorgelegt werden. Die Umsetzung des Zukunftsplans auf kommunaler Ebene unterstützt eine **Landesinitiative „Gesund aufwachsen und leben in Baden-Württemberg“** ¹⁴⁶ in Form eines Netzwerks. Die dort eingetragenen Projekte und Aktivitäten weisen bislang keine expliziten Geschlechterbezüge auf.

Eine erste **Landesgesundheitskonferenz** ¹⁴⁷ fand 2013 statt. Sie erhielt den Auftrag, unter Beteiligung von Bürgerinnen und Bürgern ein **Gesundheitsleitbild Baden-Württemberg** ¹⁴⁸ zu erarbeiten. Dieses wurde 2014 veröffentlicht. Die Leitbildentwicklung integrierte Ergebnisse eines Bürgerdialogs, Ergebnisse der ersten Landesgesundheitskonferenz und die Arbeit deren Redaktionsgruppe sowie zahlreiche schriftliche Eingaben und Stellungnahmen; an der Leitbildentwick-

Abb. 150 Umsetzung des Zukunftsplans Gesundheit (Quelle: <http://gesundheitsdialog-bw.de/zukunftsplan-gesundheit>)



lung waren insgesamt 75 Organisationen und Verbände beteiligt ¹⁴⁹. Neben vielen anderen Aspekten wird hier ein Ansatz gesundheitlicher Gleichberechtigung und Gleichstellung aufgenommen, bei dem ge-

¹⁴² www.lpk-bw.de/fachportal/fp_vn/pdf/pg_gbe_gesundheitsberichterstattung_abschlussbericht_2011.pdf

¹⁴³ <http://gesundheitsdialog-bw.de/zukunftsplan-gesundheit>

¹⁴⁴ Geschlechteraspekte waren im Gesundheitsdialog bislang kein Schwerpunkt; im Rahmen des Fachdialogs wäre dies für Themen der Jungen- und Männergesundheit gut möglich.

¹⁴⁵ <http://gesundheitsdialog-bw.de/zukunftsplan-gesundheit/gesundheitsatlas>

¹⁴⁶ www.gesundheitsamt-bw.de/oegd/Netzwerke/Gesund-aufwachsen-in-BW/Seiten/default.aspx

¹⁴⁷ <http://gesundheitsdialog-bw.de/landesgesundheitskonferenz>

¹⁴⁸ www.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/dateien/Remote/sm/Gesundheitsleitbild-BW.pdf

¹⁴⁹ Unter den beteiligten Organisationen und Verbänden gab es keine Jungenarbeits- oder Männerorganisation; Anliegen von Frauen waren explizit durch den Hebammenverband, den Landesfrauenrat (dieser auch in der Redaktionsgruppe) und die Selbsthilfegruppe Frauen mit Krebs vertreten.

schlechterspezifische Unterschiede und Genderaspekte ebenso wie Erkenntnisse einer Gender-Medizin durchgängig berücksichtigt werden sollen.

„Welche Grundaussagen gelten für alle Leitsätze? Alle Menschen unabhängig von sozialem Status, Alter, Herkunft oder Geschlecht haben einen möglichst niederschweligen Zugang zu allen erforderlichen Gesundheits- und Pflegeleistungen. (...) Erkenntnisse der Gender-Medizin, aber auch notwendige Differenzierungen des Bedarfs nach Alter, Behinderung, sozialer, ethnischer oder kultureller Herkunft werden beachtet.“ (S. 8f) – „Die medizinische Versorgung ist von bestmöglicher Qualität. Um dies zu erreichen, ist es wichtig, dass (...) die medizinische Versorgung zielgruppenspezifisch gewährleistet ist und geschlechterspezifische Unterschiede berücksichtigt werden; (...) die Aus-, Fort- und Weiterbildung an die sich ändernden gesellschaftlichen Anforderungen und an die Belange besonderer Patientengruppen angepasst wird (z.B. sektorenübergreifende Versorgung, Schmerzversorgung, Altersmedizin einschließlich Medikationsmanagement, Palliativversorgung, Versorgung von Menschen mit Behinderungen, Genderaspekte)“ (S. 13, i.O. ohne Hervorhebungen).

Geschlechteraspekte finden sich hier als Differenzierungs- und potenzielles Diskriminierungskriterium hinsichtlich medizinischer Versorgung, Gesundheits- und Pflegeleistungen. Diese Geschlechterdifferenzierung wird im Text selbst nicht vorgenommen (z.B. wörtlich „...für Frauen und Männer, Jungen und Mädchen“); Aspekte der Jungen- und Männergesundheit, aber auch der Mädchen- und Frauengesundheit werden nicht eigens thematisiert. Auch eine geschlechterbezogenen *positive* gesundheitliche Chancengleichheit oder die Notwendigkeit einer geschlechterdifferenzierenden Prävention und Gesundheitsförderung (mit entsprechender Qualifizierung und Ausrichtung der Angebote) kommen nicht zur Sprache. Um die weitere Umsetzung des Gesundheitsleitbilds Baden-Württemberg und des Zukunftsplans Gesundheit ging es dann 2014 bei der zweiten Landesgesundheitskonferenz.

Insgesamt zeigen sich in den vielen, größtenteils konzertierten Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und Prävention in Baden-Württemberg immer wieder (mögliche) Bezüge zur Jungen- und Männergesundheit. Allerdings sind diese weitgehend nicht expliziert;

sie laufen in den Begriffen „Genderaspekte“, „Geschlechterdifferenzierung“ und „Gender-Medizin“ zwar gleichsam mit, werden aber inhaltlich kaum ausgeführt oder qualitativ (z.B. auf der Ziel-, Planungs-, Umsetzungs- und Auswertungsebene) benannt und untersucht. Dies gilt in fast gleichem Maß für Themen und Aspekte der Mädchen- und Frauengesundheit; diese werden aber im politischen Prozess etwas häufiger reflektiert, institutionell berücksichtigt und auf Projektebene benannt.

Gender Mainstreaming als „Leitprinzip“ ist so zu verstehen, dass es bei allen Vorgängen, Maßnahmen und Projekten darum geht, mögliche Auswirkungen auf Frauen und Männer, Mädchen und Jungen von vornherein (= in der Zielsetzung und Planung), durchgängig (= im Prozess) und in der Auswertung (Evaluation) zu beachten – d.h. Genderaspekte zu untersuchen, förderlich zu berücksichtigen und nachhaltig zu implementieren. Dies ist nur in der Konkretisierung und Detaillierung möglich; wie die Recherche für diesen Bericht gezeigt hat, reicht eine allein nominelle Berücksichtigung nicht aus, um Genderaspekte in den Querschnitt und auf die Ebene der Umsetzung zu bringen.

Was fehlt ist weiter eine Bündelung geschlechterbezogener Aspekte und Erfahrungen. Dies wird etwa dadurch deutlich, dass sich bei einer thematischen Suche auf den Seiten des Landesgesundheitsamts keine u.a. geschlechterbezogene Ordnungsstruktur zeigt. So müssen Interessierte viele Einzelseiten durcharbeiten, um auf einige relevante Einträge oder Verweise zu stoßen; vergleichbare Ergebnisse aus der Datenbankrecherche wurden bereits dargestellt. Denkbar und wünschenswert wäre deshalb z.B. eine eigene Unterkategorie „Jungen- und Männergesundheit“ im Gesundheitsatlas Baden-Württemberg. Ein weiterer Befund betrifft die Förderpraxis in Baden-Württemberg: Im Bereich der Anregung und Förderung von Aktivitäten etwa über eine Projekt- oder Programmfinanzierung konnten auf Landesebene keine Akzente oder Schwerpunkte im Bereich der jungen- und männerbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention ausgemacht werden.

6.2.6. DISKUSSION UND BEWERTUNG

In Baden-Württemberg sind Angebote und Praxiserfahrungen im Bereich der jungen- und männerbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention in gewisser Zahl und mit jeweils guter Qualität vorhanden; sie sind aber regional ungleich verteilt und strukturell teils wenig verankert. Im Blick auf die Gesamtpopulation sind sie als eher rar zu bezeichnen; sie finden insgesamt nicht flächendeckend statt und werden oft nicht kontinuierlich vorgehalten. Ähnliches gilt für den entsprechenden fachlichen Diskurs.

Wird aus Gesundheitszusammenhängen in Richtung „Geschlecht“ recherchiert, dann finden sich eher selten Jungen- und Männerbezüge; wenn umgekehrt aus Jungen- und Männerzusammenhängen in Richtung „Gesundheit“ recherchiert wird, gibt es ebenfalls wenige einschlägige Treffer.

Vor Ort finden sich aber immer wieder *beispielhafte und erfolgreiche Aktivitäten*. Die in diesem Kapitel beschriebenen Projekte in Baden-Württemberg und im deutschsprachigen Raum zeigen, dass eine zielgrup-

pen- und lebensweltbezogene Jungen- und Männergesundheitsförderung ankommt und angenommen wird. Auf Landes-, Kreis- und kommunaler Ebene gibt es allerdings *wenig explizite Zielsetzung* für eine solche Jungen- und Männergesundheitsförderung. Dadurch stehen Beispiele guter Praxis eher isoliert und unverbunden; eine systematisierende Koordination wie für einige andere Bereiche der Gesundheitsförderung und Prävention ist nicht gegeben.

Die schwächer ausgeprägte „Gesundheitshaltung“ von Jungen und Männern korrespondiert insofern mit der politischen und fachlichen Aufmerksamkeit für das Thema; entsprechend sind auch fachliche Zuständigkeiten i.d.R. nicht definiert. Ähnliches gilt für die Angebote etwa im Bereich Gesundheitsbildung: Männer nehmen diese deutlich weniger wahr, zugleich gibt es wohl nicht die „richtigen“ Gesundheitsangebote für Männer.

Bei den meisten Gesundheitsangeboten ist eine *zielgruppenspezifische Ausrichtung* – wie sie die Good-Practice-Kriterien eigentlich vorsehen – (auch) auf Jungen und Männer nicht erkennbar. Die Besuchszahlen bei individualisierten Angeboten zeigen entsprechend, dass sie weit weniger erreicht werden. Im Blick auf bestimmte Risikoprofile von Jungen und Männern fehlt es darüber hinaus an speziellen präventiven Zugängen und Interventionen, so etwa im Bereich von Unfällen, bei der Sucht- und Suizidprävention.

Schulen und Betriebe gelten als primäre, besonders geeignete *Settings*, um Jungen und Männer zu erreichen. Gerade in diesen Settings konnten aber eher selten gesundheitsbezogene *und* geschlechterbezogene qualifizierte Praxisansätze identifiziert werden. In ähnlicher Weise gilt dies für den Sport.

In einer *Lebensverlaufsperspektive* zeigen sich Lücken v.a. im Bereich des mittleren und höheren Lebensalters. Auf der einen Seite sind besonders Jungen und männliche Jugendliche im Blick, auf der anderen Seite die älteren Männer ab etwa 50 oder 60 Jahren – oft mit Blick auf den Übergang in die Nacherwerbsphase. Junge Männer im Übergang in ihre sozioökonomische Unabhängigkeit, auch aktive Väter und Männer in der sog. „Rushhour des Lebens“ fehlen dagegen.

Bei der *regionalen Verteilung* von Jungen- und Männergesundheitsförderung zeigt sich ein gewisses Stadt-Land-Gefälle; Aktivitäten finden sich tendenziell häufiger in Ballungs- und Verdichtungsräumen. Zugleich gilt aber, dass nur wenige der dort ansässigen landesweiten Akteure mögliche inhaltliche Bezüge re-

alisieren. Auf Landesebene zeigt sich auch, dass Themen, Akteure und Organisationen im Kontext der Jungen- und Männergesundheit in vergleichsweise geringem Umfang konzeptionell, programmatisch oder politisch eingebunden sind.

Die in den letzten Jahren etablierten Strukturen wie Gesundheitsleitbild, Zukunftsplan Gesundheit, Gesundheitskonferenzen usw. sind gut anschlussfähig für Anliegen der Jungen- und Männergesundheitsförderung. Auch wenn sie diese Zusammenhänge eher selten explizieren, beziehen sie sich in der Regel auf Geschlechterthemen, Genderaspekte oder das Gender Mainstreaming. Dies entspricht den Ansätzen von gesundheitlicher Chancengleichheit und Geschlechtergerechtigkeit, nach denen öffentliche bzw. öffentlich finanzierte Leistungen allen Menschen gleichermaßen zustehen.

Die geringe Verknüpfung zwischen Gesundheitsförderung und Prävention einerseits sowie Jungen und Männern andererseits zeigt nicht zuletzt auch ein Blick in die vorhandenen *Datenbanken*. Einschlägige Projekte und Praxiserfahrungen sind oft nicht direkt oder nur schwer auffindbar; sie werden teils zwar gelistet, aber nicht im umfänglichen Sinn dokumentiert – was eine Adaption andernorts erleichtern bzw. überhaupt ermöglichen würde.

Des Weiteren gibt es kaum subjektbezogene Daten zur Teilnahme an Gesundheitsangeboten. Gezählt oder gemessen wird höchstens auf institutioneller Ebene, so dass – über Teilnahmezahlen hinaus – über Wirkungen, Zufriedenheit, Nachhaltigkeit usw. bei Jungen und Männern eigentlich nichts bekannt ist.

Insgesamt zeigt sich ein Bedarf nach landesweiter Dokumentation, Information, Evaluation und Vernetzung gelingender Ansätze der Jungen- und Männergesundheitsförderung. Wo Baden-Württemberg im Ländervergleich steht, ist dabei nicht leicht zu bestimmen, da keine bundesweit verbindlichen Bezugswerte definiert sind.

Hier zeigt sich eine Art Problem-Kreislauf – und dies nicht nur für Baden-Württemberg: Gesundheitspolitische Zielsetzungen zur jungen- und männerbezogenen Gesundheitsförderung sind generell kaum expliziert. ⇔ Es gibt wenig an dokumentierter und evaluierter guter Praxis oder Praxisentwicklung. ⇔ Es gibt meistens keine spezifischen Qualitäts- oder Zielkriterien – außer: Jungen und Männer „mehr“ oder „besser“ zu erreichen. ⇔ Es gibt keinen jungen- und männerbezogenen Maßstab, um die bestehende Praxis zu evaluieren.

6.2.7. EMPFEHLUNGEN ZUR JUNGEN- UND MÄNNERGESUNDHEITSFÖRDERUNG IN BADEN-WÜRTTEMBERG

Auf der Basis der dargestellten Recherche-Ergebnisse und vor dem Hintergrund der Einzelergebnisse in den vorangehenden Kapiteln lassen sich folgende Anregungen und Empfehlungen ableiten:

Auf Landes-, Kreis- und kommunaler Ebene sollten die politisch und fachlich Verantwortlichen jungen- und männerbezogene gesundheitliche **Ziele und Prioritäten definieren**. Dabei wären weniger die üblichen Globalziele zu formulieren, sondern – jeweils analysegestützt sowie mit Lokal- und Zielgruppenbezug – **konkrete und überprüfbare Ziele**.

Auf Landes-, Kreis- und kommunaler Ebene sollten die Verantwortlichen gesundheitspolitische und fachliche **Zuständigkeiten festlegen**, Themen der Jungen- und Männergesundheit personell und in den Organisationsstrukturen zuordnen und explizit deren **Koordinierung beauftragen** – auch weil bereits im ÖGDG (neben dem Aufklärungs-, Informations-, Beratungs- und Unterstützungsauftrag) ein allgemeiner Anregungs- und Koordinierungsauftrag festgeschrieben ist.

In der Umsetzung sollten die eingeführten Beratungsgremien wie etwa die **Gesundheitskonferenzen einbezogen** und jungen- und männer- bzw. geschlechterbezogen qualifiziert werden. Auch dort sollten weniger die genannten Globalziele bearbeitet werden, sondern mehr auch Themen, die sich vor Ort als relevant und dringend erweisen (vgl. dazu die Ergebnisse auf Kreisebene in den Kapiteln 2 bis 5).

Die politisch bzw. fachlich Verantwortlichen sollten experimentelle, **innovative Praxis fördern** (z.B. mit entsprechenden Programmen) und deren **Dokumentation und Evaluation fördern**. Dabei wäre es auch wichtig, die vorhandenen **Datenbanken zu qualifizieren**¹⁵⁰ oder neue einzurichten.

Für die Praxis der Gesundheitsförderung und Prävention sind die eingeführten **Kriterien guter Praxis** mit Geschlechterbezügen neu zu hinterlegen, entsprechende **Minimalstandards zu definieren** und diese ggf. zu sanktionieren. Ein nomineller Bezug auf Geschlechteraspekte (z.B. bei allgemeinen, geschlechtsunspezifischen Maßnahmen) sollte im Zusammenhang mit den Beschlüssen zum Gender Mainstreaming als Leitprinzip nicht genügen.

Bei der **Suizid- und Suchtprävention** sollte (wie auch in anderen Bereichen) darauf geachtet werden, dass das zahlenmäßige Geschlechterverhältnis bei den Betroffenen im Rahmen von Maßnahmen adäquat abgebildet wird. Dies gilt auch für die entsprechenden Qualifizierungsangebote.

Insgesamt sollten Strategien der Jungen- und Männergesundheitsförderung nicht zuletzt auch die Vermittlungsebene (Setting bzw. Lebenswelt) und deshalb die **Qualifizierung von Fachkräften** berücksichtigen und befördern.

Weiter sollte es auch darum gehen, bestehende **Institutionen und Strukturen anzuregen** und sie für einen stärkeren Fokus auf Jungen- und Männergesundheitsförderung zu gewinnen. Neue Strukturen und Projekte braucht es ggf. in Bereichen mit deutlich erhöhtem Bedarf – so etwa im Kontext der Prävention von Suizid oder Unfällen (vgl. dazu die Ergebnisse in den Kapiteln 2 bis 5).

Exemplarische Einrichtungen und Projekte sind (z.B. als Pioniere für Themen und Zugänge) nicht unwichtig. Im Sinn einer guten Reichweite sollte es aber insbesondere darum gehen, den **Querschnitt anzuregen** und „integrierte“ Ansätze zu fördern, d.h.: jungen – und männerbezogene Gesundheitsförderung und -bildung findet dort statt, wo Männer ohnehin sind oder etwas für sich tun.

In diesem Sinn wären **Jungen und Männer mehr zu beteiligen** und selbst zu ihren Themen zu befragen. Ihren eigenen Grundsätzen folgend, sollten sich Akteure der Gesundheitsförderung und Prävention Gedanken weniger *über* Männer, sondern *mit* Männern machen; das gilt auch für Jungen – und insbesondere für (etwa bei Gesundheitsthemen) artikulations- und beteiligungsungeübte Jungen und Männer.

In Bezug auf das Nutzungsverhalten und die Beteiligungsmöglichkeiten von Jungen und Männern sollten die Ansätze von **Empowerment und Partizipation** Beachtung finden. Das beinhaltet auch den Bezug auf positive Gesundheitsziele, auf Risikokompetenz und Lebensbalancen: Jungen und Männer bilden und informieren sich, und sie treffen ihre eigenständigen, kompetenten Entscheidungen. Jungen- und männerbezogene Gesundheitsförderung und Prävention stärken heißt dann

1. auch allgemeine Angebote ohne explizite Geschlechterbezüge/-aspekte auf geschlechtsbezogene Quantität („Wie viele Jungen und Männer werden hier erreicht?“) und Qualität („Wie nachhaltig werden Jungen und Männer hier erreicht?“) zu überprüfen,
2. mögliche Geschlechterbezüge/-aspekte für Jungen oder Männer in allgemeinen und geschlechtergemischten Angeboten konzeptionell herauszuarbeiten sowie spezielle Angebote für (lokal identifizierte) spezielle Bedarfe von Jungen und Männern zu entwickeln und vorzuhalten.

¹⁵⁰ Es wäre hier etwa sehr zielführend und ein Leichtes, Angebote für Männer *und* Frauen als „für Erwachsene“ oder „für alle Erwachsenen“ zu kategorisieren, und explizit männerbezogene Angebote dann differenziert als „für Männer“; ebenso Angebote für Mädchen *und* Jungen als „für (alle) Kinder“ oder „für (alle) Jugendliche“, und explizit jungenbezogene Angebote dann als „für Jungen“.

LITERATUR

- Altgeld, T. (Hg.) (2003): Männergesundheit. Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention. Weinheim: Juventa.
- Balke, J. (2009): Genderspezifische Gesundheitsförderung für Männer. Konzeptionelle Grundlagen für die Praxis. Hamburg: Diplomica.
- Balke, J. (2012): Salutogenese genderspezifisch betrachtet – inwiefern trägt der Sense of Coherence zur Männergesundheit bei? Halle: SSOAR <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoar-292277>.
- Bengel, J.; Strittmatter, R.; Willmann, H. (2001): Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Köln: BZgA.
- Bezirksamt Lichtenberg von Berlin (Hg.) (2011): Man(n), wie geht's? Eine neue Perspektive für die Gesundheitsförderung. Lichtenberger Männergesundheitsbericht 2011. Berlin. www.berlin.de/imperia/md/content/balichtenberghohenschoenhausen/buergerservice-gesundheit/maennergesundheitsbericht2011.pdf?start&ts=1295433135&file=maennergesundheitsbericht2011.pdf
- Bissuti, R. (2009): Männergesundheitsförderung in der Praxis. Ein Balanceakt von emanzipatorischem Anspruch und Ressourcen-Orientierung. In: H. Wolf, M. Endler und B. Wimmer-Puchinger (Hg.): Frauen – Gesundheit – Soziale Lage. Wien: Facultas, S. 201-212.
- Bittner, N.; Gögel, T. (2012): Auch Jungengesundheit ist mehr als das Fehlen von Krankheit. Mehrdimensionale geschlechtersensible Gesundheitsförderung mit Jungen. In: K. Zeller, E.M. Lohner, und R. Kottmann (Hg.): Wer bin ich? – Ich bin wer! Essstörungen verstehen, verhindern und überwinden. Tübingen: DGVT-Verlag, S. 73-84.
- BMASK – Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (Hg.) (2011): Zweiter österreichischer Männerbericht. Wien. Kap. 2.1 Männergesundheit, S. 139-196. www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXIV/III/III_00279/imfname_236879.pdf
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2009): Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. 13. Kinder- und Jugendbericht. Berlin. www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/13-kinder-jugendbericht,property=pdf,bereich=bmfsfj,rwb=true.pdf
- Bolte, G.; Mielck, A. (2004): Umweltgerechtigkeit. Die soziale Verteilung von Umweltbelastungen. Weinheim und München: Juventa.
- BZgA (2009): Gender Mainstreaming in der Gesundheitsförderung / Prävention. Anwendungsorientierter Austausch zwischen Forschung und Facharbeit unter besonderer Berücksichtigung der Anforderungen an eine geschlechtersensible Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Köln.
- BZgA (2010): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. www.leitbegriffe.bzga.de
- BZgA (2011): Gesundheit von Jungen und Männern. Hintergründe, Zugangswege und Handlungsbedarfe für Prävention und Gesundheitsförderung. Köln.
- European Commission, Directorate-General for Health and Consumers (2011): The State of Men's Health in Europe. Extended Report. http://ec.europa.eu/health/population_groups/docs/men_health_extended_en.pdf
- Franke, A. (2012): Modelle von Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber.
- Göger, B.; Neubauer, G. (2011): Körperarbeit. In: G. Ehlert, H. Funk und G. Stecklina (Hg.): Wörterbuch Soziale Arbeit und Geschlecht. Weinheim und München: Juventa, S. 244-246.
- Harth, W.; Brähler, E.; Schuppe, H.-C. (Hg.) (2012): Praxishandbuch Männergesundheit. Interdisziplinärer Beratungs- und Behandlungsleitfaden. Berlin: MWV.
- Hollederer, A. (Hg.) (2009): Gesundheit von Arbeitslosen fördern! Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis. Frankfurt a.M.: Fachhochschulverlag.
- Jacob, J.; Stöver, H. (2007): Sucht und Männlichkeiten. Entwicklungen in Theorie und Praxis der Suchtarbeit. Wiesbaden: VS.
- Jacob, J.; Stöver, H. (2009): Männer im Rausch. Konstruktionen und Krisen von Männlichkeiten im Kontext von Rausch und Sucht. Bielefeld: Transcript.
- Jacobi, G. (Hg.) (2002): Praxis der Männergesundheit. Prävention, schulmedizinische Fakten, ganzheitlicher Zugang. Stuttgart: Thieme.
- Kaschuba, G.; Neubauer, G.; Winter, R.; Huber, H. (2011): GeKom. Gender-Kompetenz und Gender Mainstreaming im kommunalen Raum. Hg.: Baden-Württemberg Stiftung. Hamburg: Dashöfer
- Kolip, P.; Altgeld, Th. (Hg.) (2006): Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis. Weinheim und München: Juventa.
- Kölln, P. (2014): Männer im Betrieb(s)Zustand: Der Praxisratgeber zur Männergesundheit. Wiesbaden: Universum.
- Landtag von Baden-Württemberg (2013): Antrag und Stellungnahme „Genderspezifische Suchtprävention“ (Drucksache 15/3882). Stuttgart. www9.landtag-bw.de/WP15/drucksachen/Txt/15_3882.pdf
- Landtag von Baden-Württemberg (2013): Antrag und Stellungnahme „Jungen- und Männergesundheit in Baden-Württemberg“ (Drucksache 15/4176). Stuttgart. www2.landtag-bw.de/WP15/Drucksachen/4000/15_4176_d.pdf
- LIGA – Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW (Hg.) (2008): Gesundheit von Jungen und Männern in Nordrhein-Westfalen – Erkrankungshäufigkeit, Risikoverhalten und präventive Potenziale. Gesundheit in NRW – kurz und informativ 8/2008. Bielefeld. www.lzg.nrw.de/_media/pdf/gesundheitsberichtedaten/nrw-kurz-und-informativ/maennergesundheit_0808.pdf
- LVGMV – Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Mecklenburg Vorpommern (2008): Dokumentation „Männergesundheit Mecklenburg-Vorpommern“ der Landesarbeitsgemeinschaft Männergesundheit Mecklenburg-Vorpommern. Schwerin.
- Maschewsky, W. (2001): Umweltgerechtigkeit, Public Health und soziale Stadt. Frankfurt a.M.: VAS.
- MASG – Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein (Hg.) (2010): ~~Das~~ Gesund leben und arbeiten in Schleswig-Holstein Ausgabe 2010 – Männergesundheit. Kiel. www.schleswig-holstein.de/MSGWG/DE/Service/Broschueren/PDF/praeventionsbericht2010__blob=publicationFile.pdf
- Meyer, C.; Rumpf, H.-J.; Kreuzer, A. et al. (2011): Pathologisches Glücksspielen und Epidermiologie (PAGE): Entstehung, Komorbidität, Remission und Behandlung. Endbericht an das Hessische Ministerium des Innern und für Sport. Greifswald und Lübeck. www.jogoremoto.pt/docs/extra/Foooxp.pdf
- SM-BW – Sozialministerium Baden-Württemberg (2009): Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg. Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg. Stuttgart.
- SM-BW – Sozialministerium Baden-Württemberg (2014): Gesundheitsleitbild Baden-Württemberg. Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg. Stuttgart.
- Neubauer, G. (2006): „body and more“ – jungenspezifische Prävention von Ess-Störungen. In: Kolip, P. und Altgeld, T. (Hg.): Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis. Weinheim und München: Juventa, S. 117-128

- Neubauer, G. (2007): Macht die Schule Jungen gesund? In: M. Stiehler und Th. Klotz (Hg.): Männerleben und Gesundheit. Eine interdisziplinäre, multiprofessionelle Einführung. Weinheim und München: Juventa, S. 60-74.
- Neubauer, G. (2012): Gesundheit – „männlich“. In: G. Ehler, H. Funk und G. Stecklina (Hg.): Wörterbuch Soziale Arbeit und Geschlecht. Weinheim und München: Juventa, S. 172-174.
- Neubauer, G. (2013): Olaf will's wissen. Ein Film von Jungen über die Gesundheit von Jungen. In: ajs-Informationen 1/2013, 27 - 29
- Neubauer, G. (2014): Hat Salutogenese ein Geschlecht? Männer – Gesundheit – Salutogenese. In: Der Mensch. Zeitschrift für Salutogenese und anthropologische Medizin 49-2, S. 64-68.
- Neubauer, G.; Winter, R. (2006): Jungen und Männer in Balance. Männliche Zugänge zu Entspannung und Stressbewältigung. In: P. Kolip und T. Altgeld (Hg.): Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis. Weinheim und München: Juventa, S. 181-192.
- Neubauer, G.; Winter, R. (2010): Jungengesundheit in Deutschland. Themen, Praxis, Probleme. In: D. Bardehle und M. Stiehler (Hg.): Erster Deutscher Männergesundheitsbericht. Ein Pilotbericht. München: Zuckschwerdt, S. 30-70.
- Neubauer, G.; Winter, R. (2013): Sorglos oder unversorgt? Zur psychischen Gesundheit von Jungen. In: L. Weißbach und M. Stiehler (Hg.): Männergesundheitsbericht 2013. Im Fokus: Psychische Gesundheit. Bern: Huber, S. 103-140.
- Niederöst, S. (2007): Männer, Körper und Gesundheit. Somatische Kultur und soziale Milieus bei Männern. Bern: Huber.
- ÖBIG – Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2004): 1. Österreichischer Männergesundheitsbericht. Wien.
- Pabst, A.; Kraus, L.; Gomes de Matos, E.; Piontek, D. (2013): Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. In: Sucht 59 (6), S. 321-331. http://ift.de/fileadmin/user_upload/Literatur/Zeitschriften/Pabst_et_al_2013_ESA2012-Substanzkonsum.pdf
- RKI – Robert Koch Institut (2014): Gesundheitliche Lage der Männer in Deutschland. Berlin: RKI.
- Salutogenese-Zentrum (2013): Kriterien für salutogenetische Orientierung. www.salutogenese-zentrum.de/cms/main/wissenschaft/a-antonovsky.html
- Scheele, S. (2009): Ansprechen um jeden Preis? Effekte und Paradoxien der Männergesundheitsförderung. In: C. Gransee, J. Lorenz, C. Deneke, A. Seibt und P. Weber (Hg.): Diversitymanagement in den Pflege- und Gesundheitswissenschaften. Strategien der Implementierung nachhaltiger Konzepte im Gesundheitswesen. Berlin: LIT, S. 49-66.
- Scheele, Sebastian (2010): Geschlecht, Gesundheit, Gouvernementalität. Selbstverhältnisse und Geschlechterwissen in der Männergesundheitsförderung, Königstein: Helmer.
- Sickinger, H.; Bittner, N.; Jerg, J.; Neubauer, G. (2008): Jungenarbeit angemessen. Berichte, Anregungen, Materialien und Erkenntnisse aus einem Projekt für Jungen mit und ohne Behinderungserfahrung. Reutlingen: Diakonie-Verlag
- Stiehler, M. (Hg.) (2007): Männerleben und Gesundheit. Eine interdisziplinäre, multiprofessionelle Einführung. Weinheim und München: Juventa.
- Stier, B.; Winter, R. (Hg.) (2013): Jungen und Gesundheit. Ein interdisziplinäres Handbuch für Medizin, Psychologie und Pädagogik. Stuttgart: Kohlhammer.
- STMG – Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit (Hg.) (2012): Gesund in Bayern – Männergesundheit. München www.maennergesundheitsbayern.de/downloads/
- Thiersch, H. (2014): Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. 1992, 9. Auflage, Weinheim: Beltz Juventa.
- vhs-Verband (2015): Handreichung Männer in der Gesundheitsbildung. Leinfelden-Echterdingen: Volkshochschulverband Baden-Württemberg e.V.
- WHO – World health organization (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf
- WHO – World health organization (2002): Mainstreaming gender equity in health: The need to move forward. Madrid Statement. Copenhagen. www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/76508/A75328.pdf
- Winter, R; Neubauer, G. (2013): Jungen – Schule – Gesundheit? In: B. Stier und R. Winter (Hg.): Jungen und Gesundheit. Stuttgart: Kohlhammer, 2013, S. 295 - 301.
- Winter, R.; Neubauer, G. (2004): Kompetent, authentisch und normal? Aufklärungsrelevante Gesundheitsprobleme, Sexualaufklärung und Beratung von Jungen. Köln: BZgA
- Züger, H. P. (2008): Krusten brechen. Für mehr Gesundheit in der Arbeitswelt. Männergesundheitsförderung in neuer Form. Zürich: Eigenverlag

7. AUSBLICK

Martin Dinges, Bertram Szagun

7.1. DEMOGRAFISCHE ENTWICKLUNG

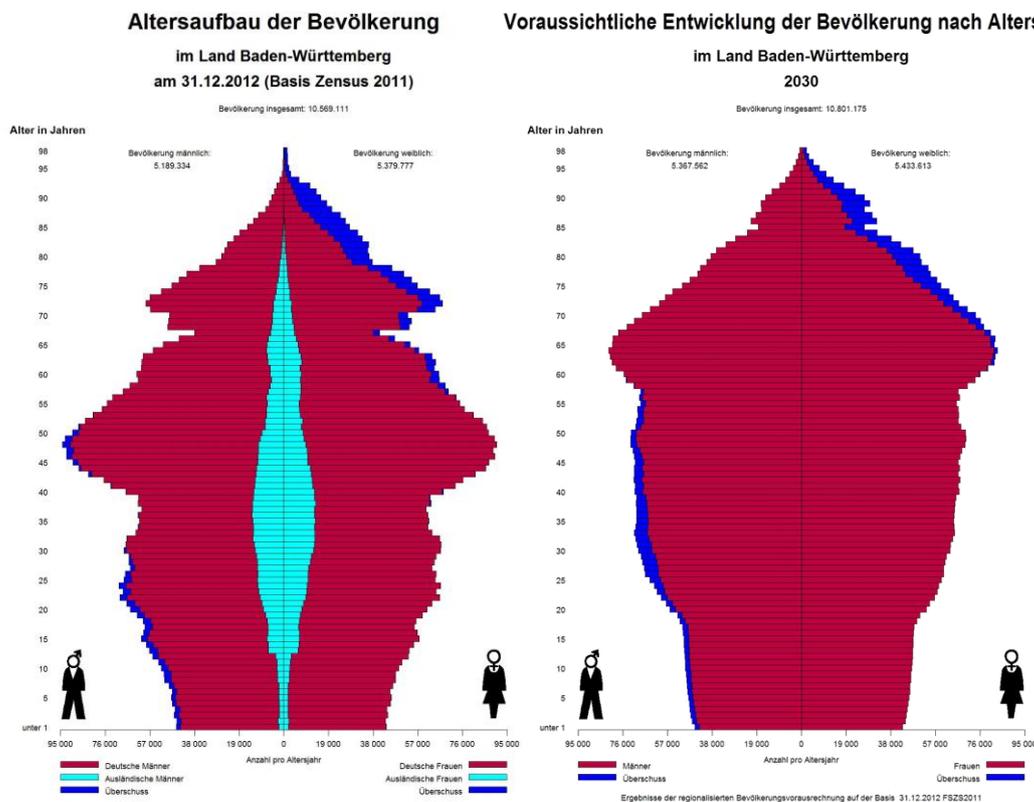
Der demografische Wandel mit seinen Auswirkungen auf die Altersstruktur in Deutschland und Baden-Württemberg ist seit den 1970er-Jahren im Gange und beschäftigt Gesellschaft und Politik somit schon seit vielen Jahrzehnten. Der Alterungsprozess unserer Gesellschaft resultiert aus einem Zusammenspiel von Geburtenraten, Sterblichkeit, Migrationsbewegungen (von besonderer Relevanz für Baden-Württemberg → Kapitel 7.2) sowie bestehender Altersstruktur. Er wird aus heutiger Sicht weiter anhalten, sich ab 2025 beschleunigen und bis etwa 2040 fortschreiten. Die Alterung der Gesellschaft stellt auch unter gesundheitlicher Perspektive eine Herausforderung dar, da sie Auswirkungen auf die allgemeine Krankheitslast, die Häufigkeit der Betroffenheit von mehreren Erkrankungen Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit hat (Nowosadeck 2012).

Insgesamt wird in Deutschland parallel mit einem erheblichen Rückgang der Gesamtbevölkerung gerech-

net. Dieser wird in Baden-Württemberg, voraussichtlich weniger stark ausfallen als bundesweit (STALA 2009). Zuletzt konnte Baden-Württemberg aufgrund von unerwartet hoher Zuwanderung sogar ein weiteres Bevölkerungswachstum verzeichnen, was nach aktuellen Prognosen bis etwa 2020 anhalten wird (Schmidt 2014).

Abb. 151 zeigt den Altersaufbau der Bevölkerung in Baden-Württemberg Ende 2012 (links) und die für 2030 prognostizierte Altersstruktur (rechts). Auf dem Stand 2012 deutlich sichtbar ist einerseits der „Bauch“ der geburtenstarken Jahrgänge, andererseits der erhebliche Einfluss von internationaler Migration auf den Altersaufbau (→ Kapitel 7.2). 2030 werden o.g. geburtenstarke Jahrgänge über 60 Jahre alt sein, wodurch sich die Gesamtstruktur des Altersaufbaus erheblich verändert. Der den Alterungsprozess abmildernde Anteil ausländischer Migranten ist nicht in der Prognose enthalten, da er stark von politischen Rahmenbedingungen abhängig ist.

Abb. 151 Altersaufbau in Baden-Württemberg 2012 und 2030 (STALA BW 2014; als ausländische Männer und Frauen gelten alle Personen, die keine deutsche Staatsangehörigkeit gem. Art. 16 GG besitzen)

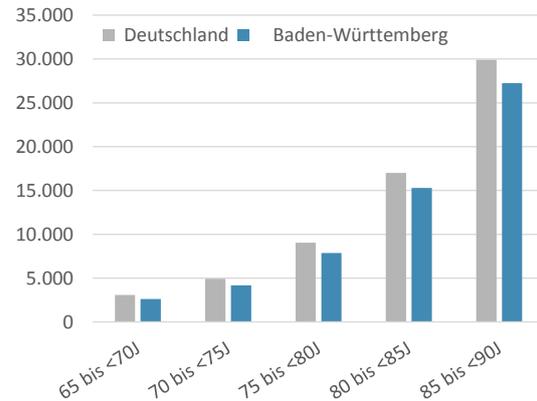


Erkrankungswahrscheinlichkeiten sind größtenteils altersabhängig, entsprechend gilt dies für den Anteil chronisch Erkrankter. Nach GEDA 2009 leiden weniger als 20% der 18-29-Jährigen an einer chronischen Erkrankung gegenüber mehr als der Hälfte bei den über 65-Jährigen (Nowossadeck 2012). Nach den GEDA-Befragungsdaten ist der Anteil der Männer jeweils leicht unterhalb dem der Frauen.

Abb. 152 zeigt den Anteil pflegebedürftiger Männer im Jahr 2011 in den höheren Lebensaltersgruppen in Deutschland und Baden-Württemberg. Wie aufgrund der hohen Lebenserwartung und vergleichsweise geringen Krankheitslast in Baden-Württemberg zu erwarten war, liegen die Raten an pflegebedürftigen Männern im Land unterhalb des Bundesdurchschnitts.

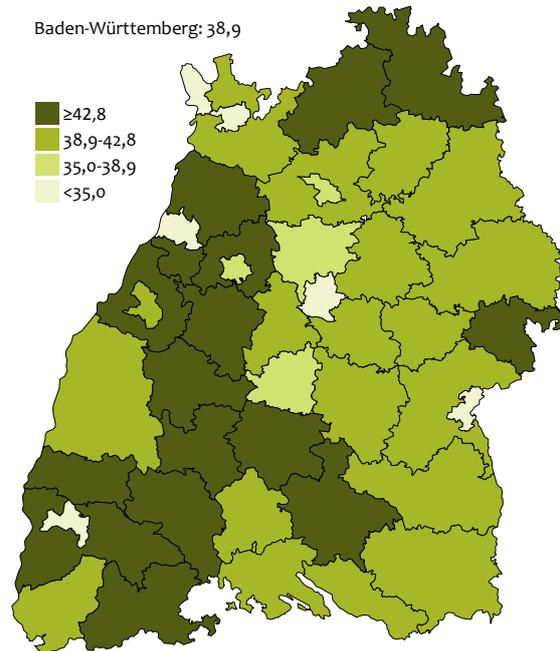
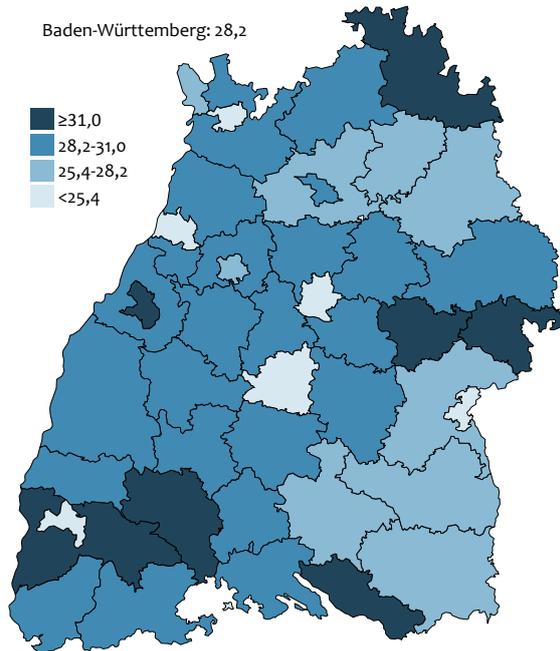
Die Regionen Baden-Württembergs sind jedoch in unterschiedlichem Maße von dem hier sichtbaren Strukturwandel betroffen. Abgeschätzt werden demografische Verschiebungen häufig durch die Betrachtung des sogenannten Jugend- und Altenquotienten. Dabei gibt der Jugendquotient das Verhältnis der 0- bis 19-Jährigen und der Altenquotient das Verhältnis der über 65-Jährigen, jeweils zu den 20- bis 64-Jährigen an.

Abb. 152 Pflegebedürftige Männer je 100.000 im höheren Lebensalter in Deutschland und Baden-Württemberg 2011 (Daten GBE Bund 2015, eigene Darstellung)



Aufgrund des o.g. engen Zusammenhangs zwischen Alter und Erkrankungslast ist in Abb. 153 der männliche Altenquotient 2014 sowie seine prognostizierte Entwicklung bis 2030 für die Stadt- und Landkreise Baden-Württembergs dargestellt. Sichtbar wird dabei ein deutliches Land-Stadt-Gefälle, das aus den stärkeren Wanderungsgewinnen der Städte resultiert.

Abb. 153 Altenquotienten der Stadt- und Landkreise im Jahr 2014 (links) und prognostizierter Altenquotient 2030 (rechts), Männer (Daten: STALA BW 2015, eig. Berechnungen)



Am stärksten vom Strukturwandel betroffen sind nach diesen Prognosen Teile der Rheinebene, des Schwarzwalds und der Schwäbischen Alb. Neben den allgemeinen Auswirkungen auf Krankheitslast, speziell auch Multimorbidität und Pflegebedarf können auf Basis der Berichtsergebnisse auch spezifische Männerthemen benannt werden, die in besonders betroffenen Stadt- und Landkreisen relevanter werden dürften. Dies gilt allgemein für die weitgehend altersabhängigen Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen, aber speziell auch für die in Baden-Württemberg eine größere

Rolle spielenden Unfälle und Suizide bei Männern in höherem Lebensalter. Sinnvoll wäre es, sich in den besonders betroffenen Regionen frühzeitig mit diesen eventuellen Problemlagen zu befassen, etwa in kommunalen Gesundheitskonferenzen. In den besonders betroffenen Landkreisen Sigmaringen, Emmendingen und Rastatt ist bisher keine Gesundheitskonferenz vorhanden, ihre Gründung wäre anzuraten. In allen besonders betroffenen Kreisen kann eine Schwerpunktsetzung beim Thema „Gesund und aktiv älter werden“ empfohlen werden.

7.2. BADEN-WÜRTTEMBERG ALS EINWANDERUNGSLAND

Baden-Württemberg gilt seit langem schon als das Einwanderungsland unter den Flächenländern (Meier-Braun, Weber 2005). Abb. 154 zeigt den Bevölkerungsanteil mit Migrationshintergrund auf Ebene der Bundesländer und veranschaulicht, dass Baden-Württemberg mit 27,9% das Bundesland mit dem höchsten Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund ist (STABU 2013). Die Stadtstaaten haben vergleichsweise große Anteile an Migranten, ganz an der Spitze liegt der Stadtstaat Hamburg mit 28,9%, d.h. einem nur 1% höheren Anteil als Baden-Württemberg!

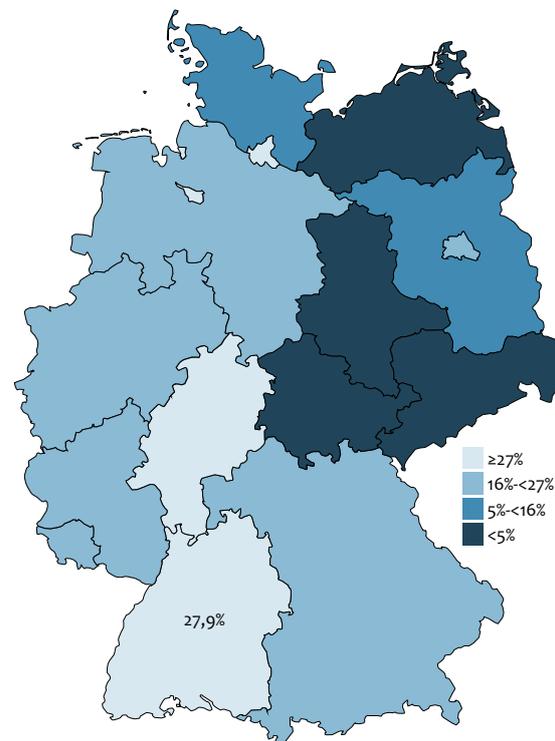
Dies hängt eng mit der Geschichte Baden-Württembergs zusammen, das nach seiner Gründung 1952 als erstes Bundesland Abkommen zur Arbeitsmigration aus dem Ausland abschloss (Meier-Braun, Weber 2005). Baden-Württemberg hat – teils in Folge, teils als Motor seiner wirtschaftlichen Entwicklung – das mit Abstand stärkste Bevölkerungswachstum aller Bundesländer erlebt (+62% zwischen 1952 und 2003 (Cornelius 2005)). Die Integration ist dabei insgesamt so gut gelungen, dass die Anzahl an Ausländern den Bevölkerungsanteil mit Migrationshintergrund und teils unterschiedlichen kulturellen Wurzeln nur unzureichend widerspiegelt, weil ein Großteil dieser Menschen längst die deutsche Staatsbürgerschaft besitzt.

Zuwanderung wirkt aufgrund des jüngeren Durchschnittsalters der Zuwanderer dem oben beschriebenen Alterungsprozess einer Gesellschaft entgegen (Nowossadeck 2012), was gerade in Baden-Württemberg eine wesentliche Rolle spielt (STALA BW 2012). Die Bevölkerungszahl in Deutschland stagniert über den Zeitraum der letzten Jahre. Dass die Bevölkerung in Baden-Württemberg auch in den letzten Jahren wuchs, ist einer hohen Zuwanderung zu verdanken. Der ländliche Raum ist vom demografisch bedingten Strukturwandel besonders betroffen und daher besonders auf diese stabilisierenden Wanderungseffekte angewiesen (Schmidt 2014).

Und der Bezug zur Gesundheit, spezifisch Männergesundheit? Grundsätzlich sind Zuwanderer – teils weil dies eine Vorbedingung für Migration darstellt – gesünder als die Durchschnittsbevölkerung (sogenannter „healthy migrant effect“), und dies nicht nur in der ersten Generation der Zuwanderung (Hurrelmann 2006) (→ Kapitel 0). Das heißt, dass ein nicht genau abschätzbarer Anteil des weit überdurchschnittlichen Gesundheitszustands in Baden-Württemberg sicher auch diesem hohen Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund zu verdanken ist.

Auf der anderen Seite bedeutet eine hohe Zuwanderung auch eine Herausforderung für die jeweilige Gesellschaft. Integrationsleistungen gelingen mehr oder weniger gut, v.a. kulturell und soziallagebedingt (Meier-Braun, Weber 2005). Ähnliche Faktoren sind

Abb. 154 Bevölkerungsanteil an Migranten im weiteren Sinne in den Bundesländern, Mikrozensus 2013 (eigene Darstellung STABU 2014)



Migrationshintergrund im weiteren Sinne wurde definiert als „alle Ausländer und eingebürgerte ehemalige Ausländer, alle nach 1949 als Deutsche auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland Zugewanderte, sowie alle in Deutschland als Deutsche Geborene mit zumindest einem zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil“ (STABU 2014: 6)

es, die spezifische Jungen- und Männergruppen – v.a. aufgrund kulturell geprägter Leitbilder von Männlichkeit – gesundheitlich gefährden und gleichzeitig ihre Erreichbarkeit erschweren. Die extreme Unterschiedlichkeit der Leitbilder von Männlichkeit ist damit gleichzeitig eine Herausforderung für Integration und der vielleicht wesentlichste Einflussfaktor auf die Jungen- und Männergesundheit überhaupt.

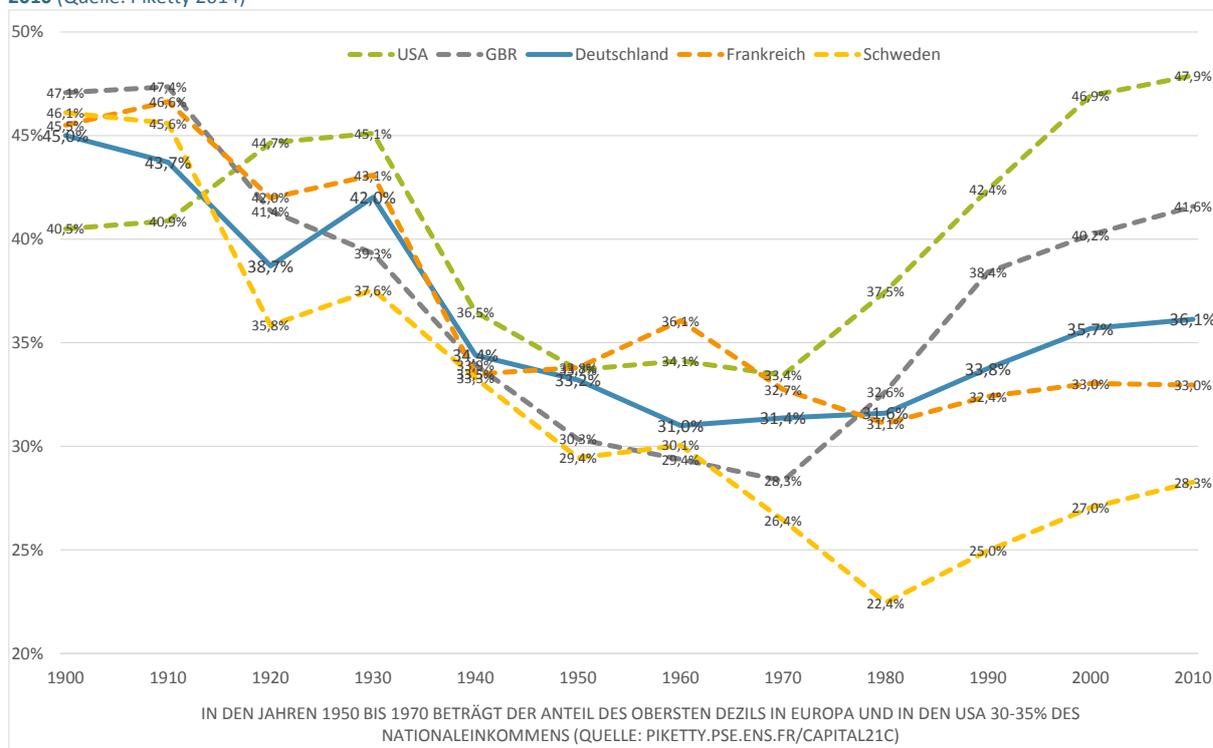
Sollen die demografischen Herausforderungen Baden-Württemberg gut bewältigt werden, muss und wird es ein Einwanderungsland bleiben, vielleicht sogar noch stärker als bisher. Integrationsleistungen werden daher eine dauerhafte, evtl. noch wachsende Aufgabe darstellen. Zwischen diesen und Angeboten zur Jungen- und Männergesundheit besteht aufgrund des jeweils engen Bezugs zu Leitbildern von Männlichkeit eine „natürliche“ Schnittstelle, die genutzt werden sollte. Praktisch heißt dies, gesundheitsbezogen nicht nur deutlich häufiger „Jungen und Männer“ zu fokussieren, sondern dies hochspezifisch zu tun, d.h. gezielt in den entsprechenden Lebenswelten und durch lebenslagebezogene, sehr auf spezifische Zielgruppen fokussierte Handlungsansätze (→ Kapitel 6).

7.3. GLEICHHEITS- UND UNGLEICHHEITSENTWICKLUNG

Was das richtige Maß an gesellschaftlicher Ungleichheit ist, ist ein fortwährender Schwerpunkt gesellschaftlicher Diskussion sowie wesentliches Element parteipolitischer Auseinandersetzungen. Es ist – v.a. auch aufgrund weltweit zu beobachtender Trends – gleichzeitig ein international sehr präsen- ter Gegenstand von Kontroversen. Aktuelle Grundlage der Diskussion sind etwa die Analysen des französischen Ökonomen Thomas Piketty zu Determinanten langfristiger Ungleichheitsentwicklungen (Piketty 2014), ebenso wie die kritischen bis mahnenden Fachveröffentlichungen der OECD (OECD 2011, 2014). Abb. 155 eben-

so wie o.g. OECD-Veröffentlichungen, dass wachsende gesellschaftliche Ungleichheit – wenn auch auf niedrigerem Niveau als in den angloamerikanischen Ländern – auch ein deutsches Thema ist. Die Auswirkungen der Entwicklung der deutschen Gesellschaft von einer relativ gleichen in eine im OECD-Schnitt nur noch durchschnittlich gleiche Gesellschaft werden auch in und für Baden-Württemberg diskutiert (Payk 2012a). Hier zeigt sich nach Analysen des Statistischen Landesamts ebenfalls eine Zunahme der Einkommensungleichheiten, mit einem gewissen Schwerpunkt in den Städten (Payk 2012b).

Abb. 155 Entwicklung der Ungleichheit – Der Anteil der obersten 10% am Nationaleinkommen: Europa und die Vereinigten Staaten, 1900–2010 (Quelle: Piketty 2014)



Warum ist Ungleichheit ein Thema für die Jungen- und Männergesundheit? Die weltweit meistdiskutierte epidemiologische Analyse der letzten Jahrzehnte ist vor einigen Jahren vom Autorenteam Wilkinson und Pickett veröffentlicht worden (Wilkinson, Pickett 2010). Die Autoren zeigen dabei eine Vielzahl von Assoziationen zwischen gesellschaftlicher Ungleichheit und Gesundheit auf. Diese zeigen ähnliche Muster, nach denen Ungleichheit als wesentlicher Risikofaktor für die Gesundheit aller auf Ebene von Gesellschaften gelten kann. Die Ergebnisse begründen die sogenannte Spirit Level Theorie. Als Wirkmechanismen gesellschaftlicher Ungleichheit werden v.a. die – bekanntermaßen auf Gesundheit wirkende – Zersetzung gesellschaftlichen Zusammenhalts sowie psychosozialer Stress herausgearbeitet (Dickerson, Kemeny 2004).

Auch wenn die Spirit Level Theorie nicht unumstritten ist, liegt es nach aktuellem Kenntnisstand nahe, gesellschaftliche Ungleichheit tatsächlich als einen gesundheitlichen Risikofaktor zu betrachten. Gerade der Bezug zu psychosozialen und sozillagebezogenen Stress weist direkt in Richtung der Jungen- und Männergesundheit, da soziale Benachteiligungen noch stärkere Gesundheitseffekte auf Männer haben als schon auf Frauen. Dysfunktionale Bewältigungsmuster kommen bei Männern häufiger vor, natürlich in Abhängigkeit von sozialer Lage und kulturellem Hintergrund. Auch die vor über 100 Jahren nachgewiesenen Auswirkungen schwerwiegender gesellschaftlicher Umbruchprozesse auf die männlichen Suizidraten zeigen Risiken auf.

Wie oben geschildert werden Fragen von Gleichheit und Ungleichheit sehr weitgehend übergeordnet gesellschaftlich abgestimmt. So wird etwa der sich zwischen Gesellschaften sehr unterscheidende Grad an gesellschaftlicher Umverteilung weitgehend auf Bundesebene austariert, mit begrenztem föderalem Einfluss. Mit Blick auf die Männergesundheit scheint es jedoch sinnvoll, Ungleichheitsverhältnissen in der Praxis der Gesundheitsförderung mehr Bedeutung beizu-

messen. Gesundheit entsteht dort, wo Menschen (hier Jungen und Männer) leben, lieben, spielen und arbeiten (WHO 1986). Sensibilität für und Abbau starker Ungleichheitsbedingungen in den wesentlichen Lebenswelten wie etwa der Arbeitswelt oder Schulen kann nach heutigem Kenntnisstand einen Beitrag zur Jungen- und Männergesundheit in Baden-Württemberg leisten.

7.4. MÄNNLICHKEIT UND GESUNDHEIT – IN NAHER ZUKUNFT

Martin Dinges

Ein Ausblick auf die Entwicklung des Gesundheitsstatus und der Gesundheitsverhältnisse für Männer in den nächsten zehn bis zwanzig Jahren muss einerseits die demographischen, ökonomischen und sozialen Trends sowie die sich verändernden Geschlechterarrangements in den Blick nehmen; andererseits ist die Entwicklung der Gesundheitsressourcen von Männern zu beachten.

Einige Entwicklungen lassen sich relativ leicht vorher sagen, weil gegenwärtige Trends mit hoher Sicherheit fortgeschrieben werden können. Das gilt insbesondere für die **Demographie**. Die Zahl alter und hochbetagter Männer sowie ihr Anteil an der Bevölkerung werden deutlich zunehmen. Diese kommende Generation der Alten wird voraussichtlich zunächst noch etwas gesünder sein, wegen des stetig relativ sinkenden Rentenniveaus und des derzeit jährlich leicht zunehmenden Aufbaus von Altersarmut aber zum Teil ökonomisch weniger gut gesichert sein als derzeit. Ob die Gesundheitsressourcen dieser Alten trotzdem noch etwas besser als gegenwärtig sein werden, weil sie lange von besonders günstigen Bedingungen profitieren konnten, kann offen bleiben. Auch der **steigende** Anteil von Männern mit Migrationshintergrund stellt das Gesundheitssystem vor neue Herausforderungen, insbesondere wenn sie alleinstehend sind. Jedenfalls nimmt die Zahl der durch Krankheiten wie Demenz stark eingeschränkten Personen zu. Damit kommen erhebliche Herausforderungen – weiterhin zunächst auf die meist jüngeren Partnerinnen, sofern die betroffenen Männer solche haben und diese noch rüstig sind, zu. Allerdings dürfte aufgrund ihres stärkeren Engagements im Beruf die Pflegebereitschaft der Frauen sinken. Das würde den Druck auf die ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen steigern, außerdem auch auf die Pflegeversicherung und die öffentlichen Kassen.

Die Entwicklung von **gesellschaftlicher Ungleichheit** wirkt sich auf die Gesundheitschancen erheblich aus. Nach allen einschlägigen Untersuchungen (wie den Armutsberichten der Bundesregierung, mehr noch der Wohlfahrtsverbände oder der OECD) nimmt die Kluft zwischen Arm und Reich seit den 1980er Jahren stetig

zu. Dieser Trend ist in Deutschland stärker als in anderen EU-Ländern und geht bisher ungebremst weiter. Die Globalisierung und dass es bisher noch nicht gelang, die Effekte über sozialpolitische Maßnahmen abzufedern, sind wichtige Gründe.

Selbst wenn Baden Württemberg als eine der reichsten Regionen Europas relativ gut dasteht, wirken sich die entsprechenden Trends auch hier aus. So ist bekanntlich der Unterschied in der Lebenserwartung bei der Geburt unter Männern unterschiedlicher Schichtzugehörigkeit schon seit Jahrhunderten größer als unter Frauen. Bei Männern wirken sich nämlich die physischen und psychischen Belastungen der Arbeitswelt und von risikoreichen Verhaltensweisen stärker aus als bei Frauen, die von beidem weniger direkt betroffen sind. Eine ökonomisch noch weiter gespaltene Gesellschaft, die einen Teil der von den Soziologen so genannten „Überflüssigen“ – das ist die von der Arbeitswelt nicht mehr benötigte Bevölkerung – immer weiter abhängt, wird zu einer noch **stärkeren Differenzierung der Gesundheitschancen von Männern** führen: einer weitgehenden Verbesserung – etwa der Lebenserwartung oder des Gesundheitsstatus – eines Großteils der Männer steht eine Gruppe gegenüber, der es noch schlechter gehen wird. Ob dies zehn Prozent, ein Viertel oder ein Drittel der Männer betreffen wird, hängt entscheidend davon ab, ob die Politik und auch die Gesundheitspolitik gesteuert.

Männer sind wegen ihrer immer noch mit ca. 90% ganz überwiegenden Ganztagsbeschäftigung besonders stark sowohl von guten wie von problematischen Entwicklungen der **Arbeitswelt** betroffen. Weiterhin werden fast ausschließlich Männer in den lebensgefährlichen Berufsfeldern tätig sein. Während der letzten Jahrzehnte sind allerdings die Risiken und die Zahl der Arbeitsunfälle in Deutschland beachtlich gesunken – teilweise durch Verbesserungen des Arbeitsschutzes, aber auch durch die seit den 1990er Jahren beschleunigte Verlagerung gefährlicher Arbeitsplätze ins Ausland. Gegenläufig und gleichzeitig stieg die subjektiv empfundene Arbeitsbelastung nach Krankenkassendaten und vielen weiteren Studien (VERDI-Studie, Ber-

telsmann-Studie), insbesondere seit der Jahrtausendwende stark an. Die Betroffenen versuchen, den Arbeitsdruck mit einer unzureichenden Anzahl von Pausen, unregelmäßigen Mahlzeiten und zu vielen Überstunden zu kompensieren. All dies ist nachweislich körperlich und psychisch gesundheitsgefährdend.

Gleichzeitig entstehen seit ca. 15 Jahren immer mehr **prekäre Beschäftigungsverhältnisse**, insbesondere im Dienstleistungsbereich. Zwar sind immer noch mehr Frauen in prekären Verhältnissen beschäftigt. Aber im Unterschied zu früheren Jahrzehnten betrifft die Zunahme solcher Arbeitsverhältnisse nun auch immer mehr Männer, was für die an sozialversicherungspflichtige Ganztagsarbeitsverhältnisse gewöhnten Männer eine besondere Herausforderung ist. Doppelbeschäftigungen mit enorm langen Arbeitszeiten sowie die dauernde Ungewissheit über die Zukunft führen zu Dauerstress und sind dementsprechend gesundheitsgefährdend. Außerdem soll weltweit jeder fünfte Suizid im Zusammenhang mit Arbeitslosigkeit stehen, die sich oft phasenweise mit prekärer Beschäftigung abwechselte.

Die steigende **Konkurrenz von Frauen** in bisher relativ homogen männlich geprägten Berufsfeldern wird von manchen Männern als Stress wahrgenommen. Die Angleichung der Lebens- und Arbeitswelt von berufstätigen Männern und Frauen wird in gewissen Grenzen weiter zunehmen. Dies ist auch einer der Gründe, warum sich die Gesundheitschancen und –risiken von Männern und Frauen objektiv – z. B. bei der Lebenserwartung oder auch bei Stress und Risikoverhaltensweisen wie etwa dem Rauchen – annähern.

Schließlich wuchsen während der letzten Jahrzehnte nach Jugendstudien und Männerberichten die **Erwartungen der Frauen** an eine höhere Partizipation in der Arbeitswelt und an eine gerechtere Aufgabenverteilung in Haushalt und Familie schneller als die entsprechende Bereitschaft der Männer. Dieses Spannungsverhältnis dürfte noch mindestens eine Generation weiter wirksam bleiben. Für einen Teil der Männer bedeutet dies ein egalitäreres Geschlechterarrangement, in dem die Pflichten zum Erwerb des Haushaltseinkommens und zur Erbringung von Leistungen im Haushalt und bei der Kinderbetreuung besser verteilt sind. Diese Faktoren können geradezu gesundheitsfördernd wirken, wenn die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen – z. B. durch Dreiviertelstellen für beide Partner und Kinderbetreuungsangebote – verbessert werden. Ein anderer Teil der Männer wird Probleme haben, die Herausforderungen durch emanzipierte Frauen angemessen anzunehmen.

Hinsichtlich der **Gesundheitsressourcen** von Männern gibt es ebenfalls eine Reihe **erwartbarer Entwicklungen**: So erhöht ein steigendes formales Bildungsniveau relativ selbstläufig ein besseres Gesundheitsverhalten in einigen Bereichen wie z. B. dem Rauchen oder der

Ernährung. Demgegenüber sind die Zusammenhänge beim riskanten Alkoholkonsum nicht so klar. Unter hohem Druck tendieren Männer relativ unabhängig von ihrer gesellschaftlichen Position dazu, Alkoholmissbrauch als Bewältigungsstrategie einzusetzen – wie übrigens erhöhter Alkoholkonsum seit langem mit dem steigenden Wohlstand einherging.

Daneben ist seit ca. zwanzig Jahren ein zunehmende Tendenz zu beobachten, die **körperliche Leistungsfähigkeit** mit verschiedenen Mitteln zu **steigern**, die gesundheitlich unterschiedlich (un-)wirksam, teilweise aber auch schädlich sein können. So wurden alle möglichen Messtechniken durch Fortschritte der Elektronik jederzeit verfügbar. Sie kommen der Technikaffinität vieler Männer sehr entgegen und werden seit einigen Jahren zunehmend dafür eingesetzt, den eigenen Körper – z. B. hinsichtlich Bewegung, Blutdruck, Kalorienverbrauch – ständig mit dem Ziel der Selbstoptimierung engmaschig zu überwachen. Medikamentenkonsum – teilweise verschreibungspflichtiger Substanzen – zur Leistungssteigerung war schon früher in bestimmten Studentenpopulationen vor Examina gängig. Er breitet sich aber, nicht zuletzt durch die leichtere Verfügbarkeit im Internet, in weitere Bevölkerungskreise, oft zur Bewältigung des Berufsalltags, aus. Nahrungsergänzungsmittel spielten lange bei Männern keine große Rolle, werden aber im Zusammenhang mit dem erwünschten Muskelaufbau, etwa in Fitnessstudios, für sie immer wichtiger. Der Anabolika-Konsum, meist im Zusammenhang mit dem Bodybuilding, ist in diesem Milieu weit verbreitet und problematisch. Außerhalb medizinischer Indikationen durchgeführte Schönheitsoperationen nehmen bei Männern zu. Hintergrund all dieser Praktiken scheint die Vorstellung zu sein, den Körper über seine natürlichen Möglichkeiten hinaus zu mehr Leistung zu bringen und hin zu besserem Aussehen zu verändern. Was als persönlich gewolltes Ziel erscheint und teilweise die Autonomie erhöht, mag oft gesellschaftlichen Erwartungen oder gar Zwängen geschuldet sein, die die Betroffenen in einer härteren Konkurrenzgesellschaft lediglich vermuten. Gerade weil diese Verhaltensweisen mehrfach ambivalent – zwischen Freude an der Leistung und Zwang zur Leistung, zwischen Stärkung des Körpers durch Fitness und identitätsbildender Ersatzhandlung bei vielen Bodybuildern – sind, sollte man sie nicht aus dem Auge verlieren. Das hier angedeutete Bündel von Verhaltensweisen ist außerdem spezifisch modern, besonders für Männer mit einer gewissen Tendenz zu einem instrumentellen Körperverhältnis attraktiv und fügt sich glänzend in die pharma- und sportindustrielle Kommerzialisierung von Körperpraktiken und „Gesundheitsförderung“ ein. Die entsprechenden Anbieter werden in den nächsten Jahrzehnten diese Art nachholender Medikalisierung der Männer – weitgehend außerhalb des Gesundheitssystems – vorantreiben. Die problematischen Auswirkungen aber wird wieder das Gesundheitssystem bearbeiten müssen.

Auch wenn sich also einige selbstläufige Entwicklungstrends feststellen lassen, wird es weiterhin darauf ankommen, Gesundheitsressourcen aktiv zu stärken. Die ziemlich kohärente Antirauchpolitik der letzten beiden Jahrzehnte hat gezeigt, dass dies möglich und wirksam ist. In Anbetracht der erheblichen Herausforderungen ist eine gezielte **Weiterentwicklung von Gesundheitsressourcen von Jungen und Männern** durch die Akteure in der Politik geboten.

Eine grundlegend wichtige Botschaft wäre, dass **Gesundheit** ebenso ein **Männerthema** ist wie ein Frauenthema. Seit gut zwei Jahrhunderten markierten der ärztliche Diskurs, die seit 1800 entstehende „Gesundheitspolicy“ und die spätere Gesundheitspolitik das Themenfeld Gesundheit viel zu einseitig „weiblich“. Frauen wurden ein erhöhter medizinischer Bedarf, aber auch eine besondere Gesundheitskompetenz und damit die Aufgabe der Gesundheitsförderung in der Familie und dem Haushalt und darüber hinaus zugeschrieben. Männer wurden immer mehr aus diesem Bereich abgedrängt. Das erschwert ihnen in der Gegenwart den Zugang zum Thema. Politik kann und sollte dies ändern.

Schule und das Bildungssystem insgesamt – bis hin zum quartären Sektor und den Volkshochschulen – sollten eine gendermedizinische Kompetenz und eine **geschlechterspezifische Ansprache** entwickeln, die auch Männer adressiert: Die jungenspezifische An-

sprache kann früh dazu beitragen, das Gesundheitsthema angemessen auch als „männlich“ zu markieren. Man kann hoffen, dass im Gefolge der derzeit erhöhten Aufmerksamkeit für gendermedizinische Belange von Frauen auch die Männer langsam in den Blick einer immer noch weitgehend genderblinden Medizin geraten.

Schließlich ist wegen der beschriebenen Tendenzen zur gesellschaftlichen Spaltung eine gezielte Ansprache von **besonders benachteiligten Gruppen von Männern**, eine partizipative Entwicklung von Gesundheitszielen, die die Lebenswelt der Betroffenen angemessen einbeziehen, mit positiven Zielen (statt Vermeidungszielen) besonders geboten, wenn man diesen Teil der Bevölkerung nicht abhängen will. Dies widerspricht nicht zuletzt dem Sozialstaatsgebot. Hier liegt die eigentliche Herausforderung an eine erfolgreiche Gesundheitspolitik und Gesundheitsförderung. Sie würde diese Bezeichnung nur verdienen, wenn sie gesellschaftlich wirklich da ankommt, wo sie am meisten gebraucht wird.

Gleichzeitig muss Männergesundheit ein Thema in allen gesellschaftlichen Institutionen werden, denn Gesundheit entsteht in den alltäglichen Lebenswelten. In den Unternehmen sollte die Förderung von Männergesundheit mehr als bisher als Führungsaufgabe verstanden werden.

LITERATUR

- Cornelius I. (2005): Zuwanderung nach Baden-Württemberg und demografische Perspektiven. In: Meier-Braun, K.-H. und Weber, R. (Hg.): Kulturelle Vielfalt. Baden-Württemberg als Einwanderungsland. Stuttgart: Kohlhammer (Schriften zur politischen Landeskunde Baden-Württembergs), 272-290.
- Dickerson S.S.; Kemeny M.E. (2004): Acute Stressors and Cortisol Responses: A Theoretical Integration and Synthesis of Laboratory Research. *Psychol Bull* 130 (3), 355-391. DOI: 10.1037/0033-2909.130.3.355.
- Hurrelmann K. (2006): Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. 6., völlig überarb. Aufl. Weinheim, München: Juventa-Verl (Grundlagentexte Soziologie).
- Meier-Braun, K.-H.; Weber, R. (Hg.) (2005): Kulturelle Vielfalt. Baden-Württemberg als Einwanderungsland. Landeszentrale für politische Bildung Baden-Württemberg. Stuttgart: Kohlhammer (Schriften zur politischen Landeskunde Baden-Württembergs).
- Nowossadeck E. (2012): Demografische Alterung und Folgen für das Gesundheitswesen. Berlin (GBE kompakt).
- OECD (2011): Why Inequality Keeps Rising. An Overview of Growing Income Inequalities in OECD Countries. Main Findings, 2011. Online verfügbar unter <http://www.oecd.org/berlin/49171568.pdf>, zuletzt geprüft am 24.04.2015.
- OECD (2014): Does income inequality hurt economic growth? Focus on Inequality and Growth - December 2014. Online verfügbar unter: <http://www.oecd.org/els/soc/Focus-Inequality-and-Growth-2014.pdf>, zuletzt geprüft am 15.04.2015.
- Payk B. (2012a): Freiheit – Ungleichheit – Brüderlichkeit? Zur Entwicklung der Einkommensverteilung in den OECD-Ländern. *Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg* (6), 3-10.
- Payk B. (2012b): Freiheit – Ungleichheit – Brüderlichkeit? Zur Struktur und Verteilung der Einkommen in Baden-Württemberg Teil II. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (Hg.) (Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg, 7), 2012 (7), 30-40.
- Piketty T. (2014): Das Kapital im 21. Jahrhundert. 1. Aufl. München: Beck, C H.
- Schmidt H. (2014): Die demografische Zukunft des Ländlichen Raums in Baden-Württemberg. *Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg* (12), 3-11.
- STABU - Statistisches Bundesamt (Destatis) (2014): Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2013, Wiesbaden.
- STALA BW - Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2009): Der demografische Wandel in Baden-Württemberg. Herausforderungen und Chancen. gefördert durch die Robert Bosch Stiftung. Stuttgart (Statistische Analysen).
- STALA BW - Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2012): Bevölkerung mit Migrationshintergrund in Baden-Württemberg. Stuttgart (Statistik aktuell).
- WHO (1986): Ottawa-Charter for Health Promotion. In: WHO (Hg.). First international Conference on Health Promotion. Ottawa, 21.11.1986: World Health Organization.
- Wilkinson R.G.; Pickett K. (2010): The spirit level. Why equality is better for everyone. publ. with a new postscript. London [u.a.]: Penguin Books (Penguin sociology).

ANHANG

ABBILDUNGSLIZENZEN

Alle im vorliegenden Bericht verwendeten Bundeskarten basieren auf:

Portal der statistischen Ämter des Bundes und der Länder (DESTATIS); Liuzzo D. (2006): Karte der Bundesrepublik Deutschland mit ein-gezeichneten Grenzen der Bundesländer. Lizenziert als Creative Commons Attribution-Share Alike 2.0 Germany. Original online ver-fügbar unter http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Karte_Bundesrepublik_Deutschland.svg, zuletzt geprüft am 02.04.2015.

Alle im vorliegenden Bericht verwendeten Baden-Württemberg-Karten basieren auf:

TUBS (2009): Regionalverbände in Baden-Württemberg, Deutschland. Lizenziert als Creative Commons Attribution-Share Alike 3.0 Un-ported, 2009. Original online verfügbar unter http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Locator_map_Regional-verb%C3%A4nde_Blank_in_Baden-W%C3%BCrttemberg.svg, zuletzt geprüft am 02.04.2015.

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abb. 1 Gesundheitskonferenzen in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs 2015, bisherige kommunale Verankerung des Themas Jungen- und Männergesundheit (Daten: LGA BW 2015 und eigene Erhebung, eigene Darstellung)	VI
Abb. 2 „Gesund älter werden“ als Schwerpunktthema der kommunalen Gesundheitskonferenz (KGK) in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs 2015 (Daten: LGA BW 2015, eigene Darstellung)	VII
Abb. 3 „Gesund aufwachsen“ als Schwerpunktthema der kommunalen Gesundheitskonferenz (KGK) in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs 2015 (Daten: LGA BW 2015, eigene Darstellung)	VII
Abb. 4 „Betriebliches Gesundheitsmanagement“ als Schwerpunktthema der kommunalen Gesundheitskonferenz (KGK) in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs 2015 (Daten: LGA BW 2015, eigene Darstellung)	VIII
Abb. 5 Lebenserwartung neugeborener Jungen (oben) und Mädchen (unten) weltweit 2012 (Entnommen aus: WHO 2014)	11
Abb. 6 Geschlechterunterschied in der Lebenserwartung nach Landeseinkommen weltweit 1990-2012 (WHO 2014: 44) ...	11
Abb. 7 Entwicklung der Lebenserwartungsdifferenz von Jungen und Mädchen (rechte Skala) unter Berücksichtigung der mittleren Lebenserwartung (linke Skala) in Deutschland 1991-1993 bis 2009-2011 (Daten: GBE Bund 2014, eigene Berechnung)	12
Abb. 8 Durchschnittliche Lebenserwartung neugeborener Jungen (links) und Differenz der durchschnittlichen Lebenserwartung neugeborener Jungen und Mädchen (rechts) in Jahren nach Bundesländern, 2009-2011 (Daten: GBE Bund 2014, eigene Darstellung)	13
Abb. 9 Entwicklung der Lebenserwartungsdifferenz von Jungen und Mädchen (linke Skala) unter Berücksichtigung der mittleren Lebenserwartung (rechte Skala) in Baden-Württemberg 1998-2000 bis 2009-2011 (Daten: GBE Bund, eig. Berechnung)	14
Abb. 10 Gegenüberstellung der Lebenserwartung bei Geburt (untere Skala) und Differenz der Lebenserwartung neugeborener Jungen und Mädchen in Jahren (obere Skala) in den Regionen Baden-Württembergs 2011-13 (Daten: STALA BW 2014, eigene Berechnungen)	14
Abb. 11 Durchschnittliche Lebenserwartung neugeborener Jungen in Jahren (links) und Differenz der durchschnittlichen Lebenserwartung neugeborener Jungen und Mädchen in Jahren in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs 2005-2013 (Daten: STALA BW 2015, eigene Darstellung)	15
Abb. 12 Verhältnis der Anzahl an Sterbefällen (ICD-10: A00-T98) von Männern gegenüber Frauen nach Altersgruppen in Baden-Württemberg (Daten: STALA BW 2014, eigene Berechnungen)	16
Abb. 13 Vorzeitige Sterblichkeit (A00-T98) in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs 2008-2012, Männer im Alter von 1 bis unter 65 Jahren pro 100.000 (Daten: STALA BW 2014, altersstandardisiert, eigene Berechnung)	17
Abb. 14 Verlorene Lebensjahre (oben) und prozentualer Anteil verlorener Lebensjahre (unten) nach ausgewählten Todesursachen (Potential Years of Life Lost 1 bis <65 Jahre) für Männer (insgesamt 571.836 PYLL) und Frauen (insgesamt 303.774 PYLL) in Baden-Württemberg 2008-2012 ICD-10 Diagnoseschlüssel in Klammern (Daten: STALA BW 2014, eigene Berechnungen)	19

Abb. 15 Sterblichkeit an Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99) von Männern und Frauen pro 100.000 in Baden-Württemberg (BW) und Deutschland (D), 1998-2013 (Daten GBE Bund 2015, altersstand. nach Standardbevölkerung Deutschland 1987, eig. Darstellung)	21
Abb. 16 Prozentuale Anteile der häufigsten Todesursachen an allen männlichen Sterbefällen nach Altersgruppen in Baden-Württemberg 2008-2012 (Daten: STALA BW 2014, eigene Berechnung)	22
Abb. 17 Sterblichkeit durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen (I00-I99) im Bundesvergleich 2013, Männer pro 100.000 (0-u65J.) (Daten: GBE Bund 2014, altersstandardisiert, eigene Berechnung)	23
Abb. 18 Sterblichkeit 2008-2012 pro 100.000 (links, 0-u65J.) und Krankenhausfälle 2012 pro 10.000 (rechts) durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen (I00-I99) in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs, Männer (Daten: STALA BW 2014, altersstandardisiert, eigene Berechnung)	23
Abb. 19 Prozentualer Anteil verlorener Lebensjahre durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen (ICD-10: I00-I99) in Baden-Württemberg 2008-2012 (Potential Years of Life Lost 1 bis <65 Jahre) nach Geschlecht (Daten: STALA BW 2014, eigene Berechnungen)	24
Abb. 20 Sterblichkeit durch Ischämische Herzkrankheiten (I20-I25) im Bundesvergleich 2013, Männer pro 100.000 (35-u65J.) (Daten: GBE Bund 2014, altersstandardisiert, eigene Berechnung)	25
Abb. 21 Sterblichkeit 2008-2012 pro 100.000 (links, 0-u65J.) und Krankenhausfälle 2012 pro 10.000 (rechts) durch Ischämische Herzkrankheiten (I20-I25) in den Regionen Baden-Württembergs, Männer (Daten: STALA BW 2014, altersstandardisiert, eigene Berechnung)	25
Abb. 22 Sterblichkeit an Hypertonie (I10-I15) und zerebrovaskulären Erkrankungen (I60-I69) von Männern pro 100.000 in Baden-Württemberg (BW) und Deutschland (D), 1998-2013 (Daten GBE Bund 2015, altersstandardisiert nach Standardbevölkerung Deutschland 1987, eigene Darstellung)	26
Abb. 23 Sterblichkeit durch Hypertonie (I10-I15) und zerebrovaskuläre Erkrankungen (I60-I69) im Bundesvergleich 2013, Männer pro 100.000 (35-u65J.) (Daten: GBE Bund 2014, altersstandardisiert, eigene Berechnung)	27
Abb. 24 Sterblichkeit 2008-2012 pro 100.000 (links, 35-u65J.) und Krankenhausfälle 2012 pro 10.000 (rechts) durch Hypertonie (I15-I10) und zerebrovaskuläre Erkrankungen (I60-I69) in den Regionen Baden-Württembergs, Männer (Daten: STALA BW 2014, altersstandardisiert, eigene Berechnung)	27
Abb. 25 Sterblichkeit 2008-2012 durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen (I00-I99) in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs (Männer pro 100.000) nach Vorhandensein und Schwerpunktsetzung einer kommunalen Gesundheitskonferenz (Daten: STALA BW 2014, altersstand., eigene Berechnung)	28
Abb. 26 Prozentualer Anteil der 10 häufigsten Tumorlokalisationen an allen Krebssterbefällen von Männern und Frauen in Deutschland 2010, Sterbefälle an Krebs gesamt (C00-C97) ohne nicht-melanotischen Hautkrebs (C44) (Eigene Darstellung nach RKI 2013: 17)	29
Abb. 27 Entwicklung der häufigsten Krebssterbefälle von Männern (oben) und Frauen (unten) pro 100.000 EW in Baden-Württemberg 1980-2013 (Daten: GBE Bund 2015, altersstandardisiert nach Deutschland 1987, Diagnose nach europäischer Kurzliste (TUS), eigene Darstellung)	30
Abb. 28 Epidemiologische Krebsregister nach geschätzter Vollzähligkeit (Flächenfärbung) und Jahreszahl der Registrierung in Deutschland 2010 (Eigene Darstellung nach RKI 2013: 11)	31
Abb. 29 Sterblichkeit durch Krebserkrankungen (C00-C97) in Baden-Württemberg 2008-2012, nach Alter und Geschlecht (Daten: STALA BW 2014, eigene Berechnung)	32
Abb. 30 Sterblichkeit durch bösartige Neubildungen (C00-C97) im Bundesvergleich 2013, Männer pro 100.000 (0-u65J.) (Daten: GBE Bund 2014, altersstandardisiert, eigene Berechnungen)	32
Abb. 31 Sterblichkeit 2008-2012 pro 100.000 (links, 0-u65J.) und Krankenhausfälle 2012 pro 10.000 (rechts) durch Krebserkrankungen (C00-C97) in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs, Männer (Daten: STALA BW 2014, altersstandardisiert, eig. Berechnung)	33
Abb. 32 Prozentualer Anteil verlorener Lebensjahre durch bösartige Neubildungen (ICD-10: C00-C97) in Baden-Württemberg 2008-2012 (Potential Years of Life Lost 1 bis u65 Jahre) nach Geschlecht (Daten: STALA BW 2014, eigene Berechnungen) .	34
Abb. 33 Sterblichkeit durch bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane (C15-C26) von Männern und Frauen unter 65 Jahren in Baden-Württemberg 2008-2012 (Daten: STALA BW 2014, eigene Berechnung)	34
Abb. 34 Sterblichkeit durch bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane (C15-C26) im Bundesvergleich 2013, Männer pro 100.000 (15-u65J.) (Daten: GBE Bund 2015, altersstandardisiert, eigene Berechnung)	35
Abb. 35 Sterblichkeit 2008-2012 pro 100.000 (links, 15-u65J.) und Krankenhausfälle 2012 pro 10.000 (rechts) bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane (C15-C26) in den Regionen Baden-Württembergs, Männer (Daten: STALA BW 2014, altersstandardisiert, eigene Berechnung)	35

Abb. 36 Entwicklung der häufigsten Sterbefälle durch Krebserkrankungen der Prostata pro 100.000 Männer in Baden-Württemberg 1980-2013 (Daten: GBE Bund 2015, altersstandardisiert nach Deutschland 1987, Diagnose nach europäischer Kurzliste (TUS), eigene Darstellung)	36
Abb. 37 Sterblichkeit durch bösartige Neubildungen der männlichen Genitalorgane (C60-C63) im Bundesvergleich 2013, Männer pro 100.000 (15-u65J.) (Daten: GBE Bund 2014, altersstandardisiert, eigene Berechnung)	36
Abb. 38 Sterblichkeit 2008-2012 durch bösartige Neubildungen (C00-C97) in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs (Männer pro 100.000) nach Vorhandensein und Schwerpunktsetzung einer kommunalen Gesundheitskonferenz (Daten: STALA BW 2014, altersstandardisiert, eigene Berechnung)	38
Abb. 39 Sterblichkeit durch Diabetes mellitus (E10-E14) vor dem 65. Lebensjahr im Bundesvergleich 2013, Männer pro 100.000 (Daten: GBE Bund 2015, altersstandardisiert, eigene Berechnung)	39
Abb. 40 Anteil verloreener voller Erwerbstätigkeitsjahre nach ICD-10-Diagnosegruppen durch frühzeitigen Rentenzugang 2012, Renten nach SGB VI, Grenzalter 65J. (Daten: GBE Bund 2013, eigene Berechnungen,)	40
Abb. 41 Krankenhausfälle wegen psychischer Störungen (F00-99) in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs 2012, Männer pro 10.000 (Daten: STALA BW 2014, altersstandardisiert, eigene Berechnung)	41
Abb. 42 Sterblichkeit durch Vorsätzliche Selbstschädigung (X60-X84) im Bundesvergleich 2013, Männer pro 100.000 (Daten: GBE Bund 2015, altersstandardisiert, eigene Berechnung)	41
Abb. 43 Suizidsterblichkeit von Männern und Frauen im Zeitverlauf: Baden-Württemberg und Deutschland 1980-2013, pro 100.000 (Daten GBE Bund 2015, altersstandardisiert, eigene Darstellung)	42
Abb. 44 Sterblichkeit durch Suizid bei Männern nach Alter 2011-2013, Deutschland und Baden-Württemberg, pro 100.000 (Daten GBE Bund 2015, eigene Darstellung)	43
Abb. 45 Sterblichkeit durch Suizid (X60-84) in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs 2008-2012, Männer pro 100.000 (Daten: STALA BW 2014, altersstandardisiert, eigene Darstellung)	44
Abb. 46 Häufigste Diagnosen in stationärer Behandlung: Anteil Krankenhaustage in Prozent 2010 (Barmer GEK, Bitzer et al. 2011)	44
Abb. 47 Stationäre Aufnahmen wegen wiederkehrender Depressionen (F33) in Baden-Württemberg, absolute Fallzahlen (Daten: GBE Bund 2015, eigene Darstellung)	45
Abb. 48 Male Depression als typische Symptomkonstellation, die Betroffene gefährdet und die Hilfesuche erschwert (eigene Darstellung nach Möller-Leimkühler 2003)	45
Abb. 49 Krankenhausfälle aufgrund affektiver Störungen (F3) in Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs 2012, Männer pro 10.000 (Daten: STALA BW 2014, altersstandardisiert, eigene Berechnung)	46
Abb. 50 Riskanter Alkoholkonsum der befragten Männer in Deutschland nach Nielsen-Regionen (Daten: Public-Use-File GEDA 2010, Robert Koch-Institut Berlin 2012, eigene Darstellung bzw. eigene Berechnung)	47
Abb. 51 Riskanter Alkoholkonsum der Männer in Baden-Württemberg und Deutschland nach Altersgruppe und sozialer Lage (Daten: Public Use File GEDA 2010, Robert Koch-Institut 2012, eigene Berechnung)	48
Abb. 52 Alkoholbedingte Krankenhausfälle (F10) in den Stadt- und Landkreisen 2012, Männer pro 10.000 (Daten: STALA BW 2014, altersstandardisiert, eigene Berechnung)	48
Abb. 53 Sterblichkeit durch Krankheiten der Leber (K70-K77) 2013 nach Bundesländern, Männer 15-75J pro 100.000 (Daten: GBE Bund 2015, altersstandardisiert, eigene Berechnung)	49
Abb. 54 Männliche Sterblichkeit 2008-2012 (links, Alter 15-75J, pro 100.000) und Krankenhausfälle 2012 (rechts, pro 10.000) durch Lebererkrankungen (K70-K77) in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs (Daten: STALA BW 2014, altersstandardisiert, eigene Berechnung)	50
Abb. 55 Sterblichkeit unter 65J. durch bösartige Neubildungen der Lunge (C30-C39) 2013 im Bundesvergleich, Männer pro 100.000 (Daten: GBE Bund, altersstandardisiert, eigene Berechnung)	51
Abb. 56 Raucherquote der Männer in Deutschland nach Nielsen-Regionen (Daten: Public-Use-File GEDA 2010, Robert Koch-Institut Berlin 2012, eigene Berechnung)	51
Abb. 57 Sterblichkeit an Krebserkrankungen der Lunge von Männern und Frauen im Zeitverlauf: Baden-Württemberg und Deutschland, pro 100.000 (Daten GBE Bund 2015, altersstandardisiert, eigene Darstellung)	52
Abb. 58 Sterblichkeit unter 65J. durch weitgehend durch das Rauchen verursachte Lungenerkrankungen (C30-9+J40-7) in Baden-Württemberg 2008-2012, Männer pro 100.000 (Daten: STALA BW 2014, altersstandardisiert, eigene Berechnung). 52	52
Abb. 59 Krankenhausfälle aufgrund von bösartigen Neubildungen der Atmungsorgane (C30-C39) in Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs 2012, Männer pro 10.000 (Daten: STALA BW 2014, altersstandardisiert, eigene Berechnung)	52

Abb. 60 Raucherquoten der Männer in Baden-Württemberg und Deutschland nach Altersgruppe und sozialer Lage (Daten: Public Use File GEDA 2010, Robert Koch-Institut 2012, eigene Berechnung)	53
Abb. 61 Raucherquote der Jungen (11-17 Jahre) nach sozialer Lage in Deutschland (Daten: Public-Use-File KiGGS 2005, Robert Koch-Institut Berlin 2008, eigene Berechnung).....	53
Abb. 62 Sterblichkeit durch Verletzungen, Vergiftungen und sonstige Äußere Ursachen (S00-T98) im Bundesvergleich 2013, Männer pro 100.000 (Daten: GBE Bund 2015, altersstandardisiert, eigene Berechnung)	56
Abb. 63 Männliche Sterblichkeit 2008-2012 (links, pro 100.000) und Krankenhausfälle 2012 (rechts, pro 10.000) durch Verletzungen, Vergiftungen und sonstige sog. Äußere Ursachen (S00-T98) in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs (Daten: STALA BW 2014, altersstandardisiert, eigene Berechnung).....	56
Abb. 64 Sterblichkeit durch Unfälle (V01-X59) im Bundesvergleich 2013, Männer pro 100.000 (Daten: GBE Bund 2015, altersstandardisiert, eigene Berechnung)	57
Abb. 65 Unfallsterblichkeit von Männern 1980-2013: Baden-Württemberg und Deutschland, pro 100.000 (Daten: GBE Bund 2015, altersstandardisiert, eigene Darstellung)	58
Abb. 66 Sterblichkeit durch Unfälle (V01-X59) bei Männern bis 65 Jahre, nach Alter 2011-2013, Deutschland und Baden-Württemberg, pro 100.000 (Daten: GBE Bund 2015, altersstandardisiert, eigene Berechnung).....	58
Abb. 67 Sterblichkeit durch Unfälle (V01-X59) bei Männern aller Altersgruppen, nach Alter 2011-2013, Deutschland und Baden-Württemberg, pro 100.000 (Daten: GBE Bund 2015, altersstandardisiert, eigene Berechnung)	59
Abb. 68 Sterblichkeit durch Transportmittelunfälle (V01-V99) im Bundesvergleich 2013, Männer pro 100.000 (Daten: GBE Bund 2015, altersstandardisiert, eigene Berechnung)	59
Abb. 69 Sterblichkeit an Transportmittelunfällen von Männern 1980-2013: Baden-Württemberg und Deutschland, pro 100.000 (Daten GBE Bund 2015, altersstandardisiert, eigene Darstellung).....	60
Abb. 70 Sterblichkeit durch Transportmittelunfälle bei Männern nach Alter 2011-2013, Deutschland und Baden-Württemberg, pro 100.000 (Daten GBE Bund 2015, eigene Darstellung).....	60
Abb. 71 Sterblichkeit durch Transportmittelunfälle (V01-V99) in den Regionen Baden-Württembergs 2008-2012, Männer pro 100.000 (Daten: STALA BW 2014, altersstandardisiert, eigene Berechnung)	61
Abb. 72 Verunglückte Männer bei Straßenverkehrsunfällen mit dem PKW (links) und dem Fahrrad (rechts) in Baden-Württemberg 2013 pro 100.000 Einwohner nach Unfallort (Daten: STALA BW 2015, eigene Berechnung)	61
Abb. 73 Sterblichkeit durch Stürze (W00-W19) im Bundesvergleich 2013, Männer pro 100.000 (Daten: GBE Bund 2015, altersstandardisiert, eigene Berechnung)	62
Abb. 74 Sterblichkeit durch Stürze (W00-W19) in Regionen Baden-Württembergs 2008-2012, Männer pro 100.000 (Daten: STALA BW 2014, altersstand., eigene Darstellung)	62
Abb. 75 Sterblichkeit durch Stürze bei Männern nach Alter 2011-2013, Deutschland und Baden-Württemberg, pro 100.000 (Daten GBE Bund 2015, altersstandardisiert, eigene Darstellung).....	63
Abb. 76 Sterblichkeit durch Stürze bei Männern bis 65 Jahre, nach Alter 2011-2013, Deutschland und Baden-Württemberg, pro 100.000 (Daten GBE Bund 2015, altersstandardisiert, eigene Darstellung)	63
Abb. 77 Sterblichkeit 2008-2012 durch Verletzungen, Vergiftungen und sonstige Äußere Ursachen (S00-T98) in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs (Männer pro 100.000) nach Vorhandensein und Schwerpunktsetzung einer kommunalen Gesundheitskonferenz (Daten: STALA BW 2014, altersstandardisiert, eigene Berechnung)	64
Abb. 78 Säuglingssterblichkeit (links, pro 1.000) und Sterblichkeit von Jungen und männlichen Jugendlichen von 1 bis 20 Jahren (rechts, pro 100.000, altersstandardisiert) in den Nielsen-Regionen Deutschlands 2011-2013 (Daten: GBE Bund 2015, eigene Berechnung)	66
Abb. 79 Anteil Jungen mit durchgeführter Vorsorgeuntersuchung U8 in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs bei den Einschulungsuntersuchungen 2013 (Daten: LGA BW 2014, eigene Darstellung)	67
Abb. 80 Anteil übergewichtiger Jungen in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs bei den Einschulungsuntersuchungen 2013 (Daten LGA BW 2014, eigene Darstellung)	68
Abb. 81 Anteil gegen Masern grundimmunisierter Jungen in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs bei den Einschulungsuntersuchungen 2013 (Daten: LGA BW 2014, eigene Darstellung)	69
Abb. 82 Anteil Jungen mit auffälliger Visuomotorik in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs bei den Einschulungsuntersuchungen 2013 (Daten: LGA BW 2014, eigene Darstellung)	70
Abb. 83 Anteil auffälliger Kennzahlen zur Jungengesundheit in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs bei den Einschulungsuntersuchungen 2013 nach Vorhandensein und Schwerpunktsetzung einer kommunalen Gesundheitskonferenz (Daten: LGA BW 2014, eigene Berechnung).....	71

Abb. 84 Determinanten der Gesundheit und gesundheitlichen Ungleichheit (Dahlgren, Whitehead 1993 nach Franke 2012: 227)	78
Abb. 85 Modell zur Erklärung sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit (Eigene Darstellung nach Mielck 2011).....	79
Abb. 86 Zusammenhang zwischen mittlerer Lebenserwartung bei Geburt und mittlerem Haushaltsnettoeinkommen auf der Ebene der Kreise und kreisfreien Städte Deutschlands 1995 bis 2009 nach Geschlecht (n=6.180); auf Datenbasis von INKAR 2012 und BBSR 2012 (Eigene Darstellung nach Lampert, Kroll 2014: 7)	80
Abb. 87 Verfügbares Einkommen der privaten Haushalte je Einwohner in Deutschland 2012, nach Bundesländern, in Euro (Daten: AK VGR 2014, eigene Darstellung).....	81
Abb. 88 Prozentuale Abweichung des verfügbares Einkommens der privaten Haushalte je Einwohner in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs 2012 zum Landesdurchschnitt, in Euro (Daten: AK VGR 2014, eigene Darstellung)	82
Abb. 89 Arbeitslosenquoten der Männer nach Bundesländern im Januar 2015, bezogen auf alle zivilen Erwerbspersonen (Daten: BA 2015, eigene Darstellung)	84
Abb. 90 Arbeitslosenquote der Männer in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs im Januar 2015, bezogen auf alle zivilen Erwerbspersonen (Daten: BA 2015, eigene Darstellung)	84
Abb. 91 Anteil männlicher (Fach-)Hochschulabgänger an allen Schulabgängen nach Bundesländern 2011, in Prozent (Daten: Zensus 2011, eigene Berechnung).....	85
Abb. 92 Anteil männlicher (Fach-)Hochschulabgänger an allen Schulabgängen in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs 2011, in Prozent (Daten: Zensus 2011, eigene Berechnung)	86
Abb. 93 Anteil der Männer mit Migrationshintergrund 2011 nach Bundesländern, in Prozent (Daten: ZENSUS 2011; eigene Darstellung).....	88
Abb. 94 Anteil der Männer mit Migrationshintergrund in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs (Daten: ZENSUS 2011, eigene Darstellung)	88
Abb. 95 Arbeitsplatzbezogene Belastungen, die für Männer in Deutschland mit einer negativen Gesundheitseinschätzung in Verbindung stehen (% Anteil von Männern, die von einer Gesundheit schlechter als gut berichten $\emptyset=28,8\%$, n=320, Mehrfachnennungen möglich) (Daten: „Bleib locker, Deutschland! TK-Studie zur Stresslage der Nation“ , Techniker Krankenkasse 2013, eigene Darstellung und eigene Berechnung).....	95
Abb. 96 „Wie häufig fühlen Sie sich gestresst?“ Männer und Frauen in Deutschland nach Nielsen-Regionen (n=998) (Daten: „Bleib locker, Deutschland! TK-Studie zur Stresslage der Nation“, Techniker Krankenkasse 2013, eigene Darstellung und eigene Berechnung.....	95
Abb. 97 „Glauben Sie, dass Ihre Gesundheit durch Ihre Arbeit gefährdet ist?“ Männer und Frauen in Baden-Württemberg (n=1.713) (Daten: Public-Use-File GEDA 2010, Robert Koch-Institut Berlin 2012, eigene Darstellung bzw. eigene Berechnung)	97
Abb. 98 Selbsteinschätzung arbeitsplatzbezogener Gesundheitsgefährdung (sehr stark bis stark) nach Häufigkeit von Schichtarbeit von Männern in Deutschland (n=12.890) (Daten: Public-Use-File GEDA 2010, Robert Koch-Institut Berlin 2012, eigene Darstellung bzw. eigene Berechnung)	97
Abb. 99 „Haus der Arbeitsfähigkeit“ erweitert um die Dimension Geschlecht (sex und gender) (eigene Darstellung nach Ilmarinen 2011: 21; Kloimüller 2014:54).....	99
Abb. 100 Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in der GRV 2013 in Deutschland pro 100.000 aktiv versicherte Männer (Daten: Statistik des Rentenzugangs, Deutsche Rentenversicherung Bund, GBE Bund, eigene Berechnung)	100
Abb. 101 Anteil an Rentenzugängen aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit der Männer in der GRV 2013 in Baden-Württemberg nach Diagnosehauptgruppen (Daten: Statistik des Rentenzugangs, DRV Bund, GBE Bund, eigene Berechnung)	101
Abb. 102 Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit der Männer in Baden-Württemberg nach ausgewählten Diagnosegruppen und Altersgruppen pro 100.000 aktiv Versicherte 2013 (Daten: Statistik des Rentenzugangs, DRV Bund, GBE Bund, eigene Berechnung)	101
Abb. 103 Prozentualer Anteil an allen AU-Fällen und AU-Tagen von männlichen AOK-Mitgliedern (15 bis 64 J.) nach Krankheitsgruppe in Baden-Württemberg 2013 (Daten: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), eigene Berechnung)102	
Abb. 104 AU-Tage je Fall von männlichen AOK-Mitgliedern (15 bis 64 J.) nach Krankheitsgruppe in Baden-Württemberg 2013 (Daten: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), eigene Berechnung)	102
Abb. 105 AU-Tage und AU-Fälle je 100 männliche AOK-Mitglieder (Mgl.) (15 bis 64 J.) für Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems in Baden-Württemberg nach Altersgruppe 2013 (Daten: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), altersstandardisiert, eigene Berechnung)	103

Abb. 106 AU-Tage und AU-Fälle je 100 männliche AOK-Mitglieder (Mgl.) (15 bis 64 J.) für Verletzungen und Vergiftungen und andere äußere Ursachen in Baden-Württemberg nach Altersgruppe 2013 (Daten: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), altersstandardisiert, eigene Berechnung)	103
Abb. 107 AU-Tage und AU-Fälle je 100 männliche AOK-Mitglieder (Mgl.) (15 bis 64 J.) für Arbeitsunfälle in Baden-Württemberg nach Altersgruppe 2013 (Daten: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), altersstandardisiert, eigene Berechnung) ...	103
Abb. 108 Anteil meldepflichtiger Arbeitsunfälle (an allen Arbeitsunfällen) von Männern 2013 nach Wirtschaftszweigen in Baden-Württemberg (blau) und Deutschland (grau) (Daten: Arbeitsunfallstatistik der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, gewerbliche Berufsgenossenschaften, eigene Berechnung).....	105
Abb. 109 AU-Tage je 100 männlichen AOK-Mitgliedern (Mgl.) (15 bis 64 J.) nach ausgewählten Krankheitsgruppen in vier ausgewählten Wirtschaftszweigen in Baden-Württemberg 2013 (Daten: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), eigene Berechnung).....	105
Abb. 110 AU-Tage je Fall von männlichen AOK-Mitgliedern (Mgl.) (15 bis 64 J.) nach ausgewählten Krankheitsgruppen in vier ausgewählten Wirtschaftszweigen in Baden-Württemberg 2013 (Daten: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), eigene Berechnung).....	105
Abb. 111 AU-Tage (Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, je 100 Mitglieder (Mgl.) AOK-Versicherte Männer (15 bis 64 J.) in Baden-Württemberg (Daten: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), altersstandardisiert (AOK-versicherte Männer in Baden-Württemberg), eigene Berechnung).....	106
Abb. 112 Die TOP-Branchen in den Stadt- und Landkreisen in Baden-Württemberg nach Vorhandensein und Schwerpunktsetzung einer kommunalen Gesundheitskonferenz (Eigene Darstellung nach STALA BW 2013b).....	109
Abb. 113 Obstverzehr (nie und seltener als einmal pro Woche) von Männern in Deutschland (Daten: Public-Use-File GEDA 2010, Robert Koch-Institut Berlin 2012, eigene Berechnung).....	117
Abb. 114 Gemüseverzehr (nie und seltener als einmal pro Woche) von Männern in Deutschland (Daten: Public-Use-File GEDA 2010, Robert Koch-Institut Berlin 2012, eigene Berechnung).....	117
Abb. 115 Gemüse- und Obstverzehr (seltener als einmal pro Woche) von Männern in Baden-Württemberg nach Altersgruppe und sozialer Lage (Daten: Public-Use-File GEDA 2010, Robert Koch-Institut Berlin 2012, eigene Berechnung).....	117
Abb. 116 Body-Maß-Index (BMI ≥ 30 Adipositas) der Männer in Deutschland (Daten: Public-Use-File GEDA 2010, Robert Koch-Institut Berlin 2012, eigene Berechnung).....	118
Abb. 117 Body-Maß-Index (> 30 Adipositas, ≥ 25 bis 30 Übergewicht) der Männer in Baden-Württemberg nach Altersgruppe und sozialer Lage (Daten: Public-Use-File GEDA 2010, Robert Koch-Institut Berlin 2012, eigene Berechnung).....	118
Abb. 118 Sportliche Aktivität mehr als 4 Stunden pro Woche, Männer (Daten: Public-Use-File GEDA 2010, Robert Koch-Institut Berlin 2012, eigene Berechnung)	120
Abb. 119 Sportliche Aktivität pro Woche von Männern in Baden-Württemberg nach Altersgruppe und sozialer Lage (Daten: Public-Use-File GEDA 2010, Robert Koch-Institut Berlin 2012, eigene Berechnung)	120
Abb. 120 Sportliche Aktivität (mehr als 4 Std. pro Woche) von Männern in Baden-Württemberg und Deutschland nach Altersgruppe und sozialer Lage (Daten: Public-Use-File GEDA 2010, Robert Koch-Institut Berlin 2012, eigene Berechnung)	120
Abb. 121 Körperliche Aktivität pro Woche gemäß den WHO-Empfehlungen (an 5 Tagen pro Woche 30 min) von Männern in Baden-Württemberg und Deutschland nach Altersgruppe und sozialer Lage (Daten: Public-Use-File GEDA 2010, Robert Koch-Institut Berlin 2012, eigene Berechnung).....	121
Abb. 122 Häufigkeit von Freizeitunfällen und Unfällen auf Straßen und öffentlichen Plätzen von Männern in den letzten 12 Monaten in Deutschland in Prozent (Daten: Public-Use-File GEDA 2010, Robert Koch-Institut Berlin 2012, eig. Berechnung)	121
Abb. 123 Anteil von Männern mit mindestens einem Unfall mit ärztlicher Behandlung in den letzten 12 Monaten in Baden-Württemberg und Deutschland nach Altersgruppe und sozialer Lage (Daten: Public-Use-File GEDA 2010, Robert Koch-Institut Berlin 2012, eigene Berechnung)	121
Abb. 124 Häufigkeit von männlichen Unfällen nach Unfallort und sozialer Lage in Deutschland (Daten: Public-Use-File GEDA 2010, Robert Koch-Institut Berlin 2012, eigene Berechnung).....	122
Abb. 125 AU-Tage aufgrund von Unfällen von AOK-versicherten Männern in Baden-Württemberg und Deutschland im Jahr 2013 (Daten: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) Daten zur Arbeitsunfähigkeitsstatistik, pro 100 Mitglieder (Mgl.), eigene Darstellung)	122
Abb. 126 Männliche Sterblichkeit durch tätlichen Angriff in den Regionen Deutschlands 2011-2013, pro 100.000 Männer (Daten: GBE Bund 2014, eigene Darstellung).....	123

Abb. 127 Körperliche und psychische Gewalterfahrungen von Männern in Deutschland nach Altersgruppe (eigene Darstellung nach Schlack et al. 2013)	124
Abb. 128 Körperliche und psychische Gewalterfahrungen von Männern in Deutschland nach sozialer Lage (eigene Darstellung nach Schlack et al. 2013)	124
Abb. 129 Gewalterfahrungen (Opfer, Täter und Opfer/Täter) von Jungen (11-17 Jahre, n=3.804) nach sozioökonomischem Status in Deutschland (Daten: Public-Use-File KiGGS 2005, Robert Koch-Institut Berlin 2008, eigene Berechnung)	124
Abb. 130 Jemals Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (ab 35J.), Männer (Daten: Public-Use-File GEDA 2010, Robert Koch-Institut Berlin 2012, eigene Berechnung)	125
Abb. 131 Jemals Inanspruchnahme von Gesundheits-Check-up und Krebsfrüherkennung (KFU) von Männern und Frauen ab 35 J. in Baden-Württemberg (Daten: Public-Use-File GEDA 2010, Robert Koch-Institut Berlin 2012, eigene Berechnung) ..	126
Abb. 132 Jemals Inanspruchnahme von Gesundheits-Check-up und KFU von Männern und Frauen ab 35 J. in Baden-Württemberg nach Altersgruppe (Daten: Public-Use-File GEDA 2010, Robert Koch-Institut Berlin 2012, eigene Berechnung)	126
Abb. 133 Jemals Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (Männer, ab 35 J.) (Daten: Public-Use-File GEDA 2010, Robert Koch-Institut Berlin 2012, eigene Darstellung bzw. eigene Berechnung)	126
Abb. 134 Jemals Inanspruchnahme von Gesundheits-Check-up, Männer ab 35. J in Baden-Württemberg und Deutschland (Daten: Public-Use-File GEDA 2010, Robert Koch-Institut Berlin 2012, eigene Darstellung bzw. eigene Berechnung)	127
Abb. 135 Kumulierte Teilnahme an Früherkennungs-Koloskopie von GKV-Versicherten in den berechtigten Altersgruppen in Deutschland 2003 bis 2010 (Eigene Darstellung nach Schäfer et al. 2012)	128
Abb. 136 Inanspruchnahme der Früherkennungs-Koloskopie von Männern in Baden-Württemberg (2,1%) im Jahr 2008 (Daten: versorgungsatlas.de, eigene Berechnung)	128
Abb. 137 Allgemeiner Gesundheitszustand (mittelmäßig bis sehr schlecht) der Männer in Deutschland (Daten: Public-Use-File GEDA 2010, RKI Berlin 2012, eigene Berechnung)	130
Abb. 138 Allgemeiner Gesundheitszustand (mittelmäßig bis sehr schlecht) von Männern in Baden-Württemberg und Deutschland (Daten: Public-Use-File GEDA 2010, Robert Koch-Institut Berlin 2012, eigene Berechnung)	131
Abb. 139 Allgemeiner Gesundheitszustand (mittelmäßig bis sehr schlecht) von Männern und Frauen in Baden-Württemberg (Daten: Public-Use-File GEDA 2010, Robert Koch-Institut Berlin 2012, eigene Berechnung)	131
Abb. 140 Mikro-, Makro- und Meso-/Settingebene (eigene Darstellung nach Noack 1996)	138
Abb. 141 Online-Befragung Netzwerk Männergesundheit	144
Abb. 142 Perspektiven zur Praxisentwicklung der Jungen- und Männergesundheitsförderung	149
Abb. 143 Differenzierung und Spezialisierung einer jungen- und männerbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention	150
Abb. 144 Teilnahme an vhs-Gesundheitskursen in Baden-Württemberg nach Geschlecht (2003, 2008, 2013) (Daten: vhs-Verband BW 2015, Erfassungsquote: 2003: 95,6% – 2008: 95,2% – 2013: 93,8%)	155
Abb. 145 Teilnahme an vhs-Gesundheitskursen in Baden-Württemberg nach Geschlecht und Alter (2013) (Daten: vhs-Verband BW 2015, Erfassungsquote: 2003: 61,9% – 2008: 65,5% – 2013: 61,9%)	155
Abb. 146 Explizite Aktivitäten zur Jungen- und Männergesundheitsförderung in Stadt- und Landkreisen (Daten: SOWIT - eigene Erhebung im Zeitraum von 2010 bis 2014; N=38 Gesundheitsämter)	160
Abb. 147 Aktivitätslevel zur Jungen- und Männergesundheitsförderung in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs (Daten: SOWIT - eigene Erhebung)	161
Abb. 148 In den kommunalen Gesundheitskonferenzen thematisierte Gesundheitsziele „Gesund älter werden“ (links) und „Gesund aufwachsen“ (rechts) in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs im Schnittpunkt mit jungen- und männerbezogener Gesundheitsförderung (Daten: LGA BW 2015, eigene Darstellung)	162
Abb. 149 Standorte von Projekten, Programmen und Initiativen zur Jungen und Männergesundheit Baden-Württemberg (Daten: SOWIT - eigene Erhebung)	165
Abb. 150 Umsetzung des Zukunftsplans Gesundheit (Quelle: http://gesundheitsdialog-bw.de/zukunftsplan-gesundheit)	172
Abb. 151 Altersaufbau in Baden-Württemberg 2012 und 2030 (STALA BW 2014; als ausländische Männer und Frauen gelten alle Personen, die keine deutsche Staatsangehörigkeit gem. Art. 16 GG besitzen)	178
Abb. 152 Pflegebedürftige Männer je 100.000 im höheren Lebensalter in Deutschland und Baden-Württemberg 2011 (Daten GBE Bund 2015, eigene Darstellung)	179

Abb. 153 Altenquotienten der Stadt- und Landkreise im Jahr 2014 (links) und prognostizierter Altenquotient 2030 (rechts), Männer (Daten: STALA BW 2015, eig. Berechnungen).....	179
Abb. 154 Bevölkerungsanteil an Migranten im weiteren Sinne in den Bundesländern, Mikrozensus 2013 (eigene Darstellung STABU 2014).....	180
Abb. 155 Entwicklung der Ungleichheit – Der Anteil der obersten 10% am Nationaleinkommen: Europa und die Vereinigten Staaten, 1900-2010 (Quelle: Piketty 2014)	181

TABELLENVERZEICHNIS

Tab. 1 Ausgewählte Todesursachen der Gruppe der vermeidbaren Sterbefälle gemäß des Indikatorenansatzes für die Gesundheitsberichterstattung der Länder (AOLG 2003), Alter in Jahren (Eigene Darstellung in Anlehnung an Hellmeier 2008b)	9
Tab. 2 Korrelation der Lebenserwartung bei Geburt nach Geschlecht und der Lebenserwartungsdifferenz von Jungen und Mädchen in Baden-Württemberg 2005-13; * $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ (Daten: STALA BW 2014, eigene Berechnungen)	15
Tab. 3 Anzahl Todesfälle und verlorene Lebensjahre im Alter von 1 bis 64 Jahren (PYLL) durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen (I00-I99) in Baden-Württemberg 2008-2012 nach Geschlecht (Daten: STALA BW 2014; eigene Berechnungen)	22
Tab. 4 Anzahl Todesfälle und verlorene Lebensjahre im Alter von 1 bis 64 Jahren (PYLL) durch Ischämische Herzkrankheiten (I20-I25) in Baden-Württemberg 2008-2012 nach Geschlecht (Daten: STALA BW 2014; eigene Berechnungen)	24
Tab. 5 Anzahl Todesfälle und verlorene Lebensjahre im Alter von 1 bis 64 Jahren (PYLL) durch Hypertonie und zerebrovaskuläre Erkrankungen (I10-I15 u. I6) in Baden-Württemberg 2008-2012 nach Geschlecht (Daten: STALA BW 2014; eigene Berechnungen)	26
Tab. 6 Prozentuale Entwicklung der Krebssterbefälle in Baden-Württemberg 1980 zu 2013, nach Geschlecht (Daten: GBE Bund 2015; altersstandardisiert nach Deutschland 1987; Diagnose nach europäischer Kurzliste (TUS); eigene Berechnungen)	30
Tab. 7 Anzahl Todesfälle und verlorene Lebensjahre im Alter von 1 bis 64 Jahren (PYLL) durch Krebserkrankungen (C00-C97) in Baden-Württemberg 2008-2012 nach Geschlecht (Daten: STALA BW 2014; eigene Berechnungen).....	32
Tab. 8 Anzahl Todesfälle und verlorene Lebensjahre im Alter von 1 bis 64 Jahren (PYLL) durch Krebserkrankungen der Verdauungsorgane (C15-C26) in Baden-Württemberg 2008-2012 nach Geschlecht (Daten: STALA BW 2014; eigene Berechnungen).....	34
Tab. 9 Anzahl Todesfälle und verlorene Lebensjahre im Alter von 1 bis 64 Jahren (PYLL) durch Krebserkrankungen der männlichen Genitalorgane (C30-C39) in Baden-Württemberg 2008-2012 (Daten: STALA BW 2014; eigene Berechnungen) .	36
Tab. 10 Anzahl Todesfälle und verlorene Lebensjahre im Alter von 1 bis 64 Jahren (PYLL) durch Diabetes mellitus (E10-E14) in Baden-Württemberg 2008-2012 nach Geschlecht (Daten: STALA BW 2014; eigene Berechnungen).....	39
Tab. 11 Anzahl Todesfälle und verlorene Lebensjahre im Alter von 1 bis 64 Jahren (Potential Years of Life Lost, PYLL) durch Vorsätzliche Selbstschädigung (X60-X84) in Baden-Württemberg 2008-12 nach Geschlecht (Daten: STALA BW 2014; eigene Berechnungen).....	42
Tab. 12 Folgeschäden von Alkoholabhängigkeit (eigene Darstellung nach Lindenmeyer 2011:746).....	47
Tab. 13 Anzahl Todesfälle und verlorene Lebensjahre im Alter von 1 bis 64 Jahren (PYLL) durch Krankheiten der Leber (K70-K77) in Baden-Württemberg 2008-2012 nach Geschlecht (Daten: STALA BW 2014; eigene Berechnungen).....	49
Tab. 14 Anzahl Todesfälle und verlorene Lebensjahre im Alter von 1 bis 64 Jahren (PYLL) durch Krebserkrankungen der Atmungsorgane (C30-C39) in Baden-Württemberg 2008-2012 nach Geschlecht (Daten: STALA BW 2014; eigene Berechnungen).....	51
Tab. 15 Anzahl Todesfälle und verlorene Lebensjahre im Alter von 1 bis 64 Jahren (PYLL) durch Verletzungen, Vergiftungen und sonstige äußere Ursachen (S00-T98) in Baden-Württemberg 2008-12 nach Geschlecht (Daten: STALA BW 2014; eigene Berechnungen)	55
Tab. 16 Anzahl Todesfälle und verlorene Lebensjahre im Alter von 1 bis 64 Jahren (PYLL) durch Transportmittelunfälle (V01-V99) in Baden-Württemberg 2008 2012 nach Geschlecht (Daten: STALA BW 2014; eigene Berechnungen).....	59
Tab. 17 Anzahl Todesfälle und verlorene Lebensjahre im Alter von 1 bis 64 Jahren (PYLL) durch Stürze (W00-W19) in Baden-Württemberg 2008-12 nach Geschlecht (Daten: STALA BW 2014; eigene Berechnungen)	62
Tab. 18 Anzahl Todesfälle und verlorene Lebensjahre vor dem 20. Lebensjahr (PYLL) insgesamt (A00-T98) in Baden-Württemberg 2008-12 nach Geschlecht (Daten: STALA BW 2014; eigene Berechnungen)	65

Tab. 19 Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit der Männer in Baden-Württemberg (BW) und Deutschland (D) nach ausgewählten Diagnosegruppen pro 100.000 aktiv Versicherte 2013 (Daten: Statistik des Rentenzugangs, Deutsche Rentenversicherung Bund, GBE-Bund, eigene Berechnung)	100
Tab. 20 Prozentualer Anteil an AOK-versicherten Männern in Baden-Württemberg 2013 nach Branchen (Daten: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), eigene Berechnung)	104
Tab. 21 Die TOP-Wirtschaftszweige mit den drei beschäftigungsintensivsten Branchen in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs (Eigene Darstellung nach STALA BW 2013)	113
Tab. 22 Datenquellen zu Risiken und Ressourcen im Gesundheitsverhalten von Jungen und Männern in Baden-Württemberg und Deutschland	115
Tab. 23 Unfallhäufigkeit von Männern in den letzten 12 Monaten in Baden-Württemberg und Deutschland (Daten: Public-Use-File GEDA 2010, Robert Koch-Institut Berlin 2012, eigene Berechnung)	121
Tab. 24 Teilnahmequoten von AOK-versicherten Männern an Vorsorgeuntersuchungen in Baden-Württemberg (Daten: AOK Baden-Württemberg, eigene Darstellung)	127
Tab. 25 Informationen zu Früherkennungsuntersuchungen (in Prozent) „Wenn Sie sich selber über Früherkennung informieren – wo beziehungsweise wie machen sie das?“ (Eigene Darstellung nach Zok 2007b).....	129
Tab. 26 Krebsfrüherkennungsuntersuchungen, die von der gesetzlichen Krankenversicherung angeboten werden (RKI 2014: 19; Gemeinsamer Bundesausschusses 2011; Starker, Saß 2013; erweitert um die Inanspruchnahme der AOK-versicherten Männer in Baden-Württemberg, eigene Darstellung).....	129
Tab. 27 Befragung von Schlüsselpersonen nach Setting (*zusätzlich zur Recherche auf Kreisebene)	141
Tab. 28 Männergesundheitsberichte in den Bundesländern	141
Tab. 29 Recherchestrategie/Suchraster in Bezug auf „gute Praxis“	145
Tab. 30 Analyse des Männergesundheitszentrums „MEN“ (Wien) anhand der Perspektiven für gute Praxis	149
Tab. 31 Übersicht über die zur Recherche genutzten Datenbanken und Internetseiten	151
Tab. 32 Recherche-Ergebnis Datenbank „Gesundheits-Info Dienst“ (GiD), Abfrage 18.03.2015	152
Tab. 33 Teilnahmequote von Männern nach vhs-Programmbereichen in Baden-Württemberg (BW, 2013) und deutschlandweit (D, 2009) (Daten: vhs-Verband BW 2015 und Deutsches Institut für Erwachsenenbildung 2009)	155
Tab. 34 Regelmäßige Angebote für Männer im Programmbereich Gesundheit und Kurse mit >40% Männeranteil (Daten: vhs-Verband BW 2015, N=39 vhs-Standorte)	156
Tab. 35 Beispielhafte Angebote im Programmbereich Gesundheit (Daten: vhs-Verband BW 2015, eigene Zählung)	156
Tab. 36 Angebote zur Suchtprävention 2012 – „gendersensible“ Maßnahmen	158
Tab. 37 „Gendersensible“ Angebote zur Suchtprävention für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren 2012	158
Tab. 38 Aktivitäten zur Jungen- und Männergesundheitsförderung in den Stadt- und Landkreisen (Quellen: Daten gesundheitsamt-bw.de und vhs-Verband, Auskünfte der Kreisgesundheitsämter, eigene Recherchen)	163
Tab. 39 Elemente des Zukunftsplans Gesundheit (Quelle: http://gesundheitsdialog-bw.de/zukunftsplan-gesundheit/).....	172
Tab. 40 Übersicht verwendeter Datenquellen des Jungen- und Männergesundheitsberichts Baden-Württemberg 2015 ...	197

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

Abt.	Abteilung	GBE	Gesundheitsberichterstattung
AG	Arbeitsgruppe	GBE Bund	Gesundheitsberichterstattung des Bundes (www.gbe-bund.de)
AIDS	erworbenes Immundefektsyndrom (<i>engl. Acquired Immune Deficiency Syndrome</i>)	GG	Grundgesetz
AKL	Arbeitskreis Leben	GiD	Gesundheits-Info Dienst – Bürgerservice Gesundheit Baden-Württemberg
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse	GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
AOLG	Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden	HIV	Humanes Immundefizienz-Virus (<i>engl. Human Immunodeficiency Virus</i>)
AU	Arbeitsunfähigkeit	kg	Kilogramm
BA	Bundesagentur für Arbeit	KGK	kommunale Gesundheitskonferenz
BBSR	Bundesinstituts für Bau- Stadt- und Raumforschung	i.d.R.	in der Regel
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement	i.O.	im Original
BKK	Betriebskrankenkasse	ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision
BMFSFJ	Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend	IHK	Industrie- und Handelskammer
BMG	Bundesministerium für Gesundheit	INKAR	Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung in Deutschland und Europa
BMI	Body Mass Index	INQA	Initiative Neue Qualität der Arbeit
BW	Baden-Württemberg	J	Jahre
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung	J1-J2	Jugenduntersuchungen
ca.	circa	JUGGS	Jugendgesundheitsstudie Stuttgart
ChancenG	Chancengleichheitsgesetz Baden-Württemberg	KFU	Krebsfrüherkennungsuntersuchungen
D	Deutschland	KGK	Kommunale Gesundheitskonferenz
DAK	Deutsche Angestellten-Krankenkasse	KiGGS	Kinder- und Jugendgesundheitsurvey
DEGS	Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland	KJHG	Kinder- und Jugendhilfegesetz (SGB VIII)
DESTATIS	Statistisches Bundesamt	KMU	Kleine und mittlere Unternehmen
DGE	Deutsche Gesellschaft für Ernährung	KOMM BW	Kompetenzzentrum Jungen- und Männergesundheit Baden-Württemberg
DGUV	Deutsche gesetzliche Unfallversicherung	Krankh.	Krankheiten
DIW	Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung	LAGJ	Landesarbeitsgemeinschaft Jungenarbeit Baden-Württemberg
DKFZ	Deutsches Krebsforschungszentrum	LEP	Landesentwicklungsplan
DOKIS	Dokumentations- und Informationssystem	LGA BW	Landesgesundheitsamt
Dot.sys	Dokumentationssystem der Suchtvorbeugung	LGL	Bayrisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit
DRV Bund	Deutsche Rentenversicherung Bund	Mgl.	Mitglieder
e.V.	eingetragener Verein	MRI	Max Rubner-Institut
ebd.	ebenda	MSE	Muskel-Skelett-Erkrankungen
EW	Einwohner	o.g.	oben genannt (e/er/es)
g	Gramm	OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
GA	Gesund aufwachsen	ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
GÄW	Gesund und aktiv älter werde	ÖGDG	Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst Baden-Württemberg
GEDA	Gesundheit in Deutschland aktuell		

p	Signifikanzwert (<i>engl. probability</i>)	STD	sexuell übertragbare Erkrankungen (<i>engl. Sexually Transmitted Diseases</i>)
PrävG	Präventionsgesetz	STIKO	Ständige Impfkommission
PSA	Prostata-spezifisches Antigen	TK	Techniker Krankenkasse
PYLL	Potential Years of Life Lost	TUS	Todesursachenstatistik
r	Korrelationskoeffizient	u	unter
RKI	Robert Koch-Institut	u.g.	unten genannt (e/er/es)
S.	Seite	V.	Versicherte
s.o.	siehe oben	v.a.	vor allem
s.u.	siehe unten	vgl.	vergleiche
SGB	Sozialgesetzbuch	U1-U11	Kindliche Vorsorgeuntersuchungen
SM-BW	Ministerium für Arbeit und Sozial- ordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg	VEK	Verfügbares Einkommen
SOC	Sense of Coherence (Kohärenzgefühl)	VGRdL	Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen der Länder
SOEP	Sozio-ökonomisches Panel	vhs	Volkshochschule
sog.	sogenannt (e/er/es)	WHO	Weltgesundheitsorganisation
SOWIT	Sozialwissenschaftliches Institut Tübingen	WidO	Wissenschaftliches Institut der AOK
STALA BW	Statistisches Landesamt Baden-Württemberg	z.B.	zum Beispiel
		ZI	Zentralinstitut für Seelische Gesundheit

DATENQUELLEN

Abkürzung	Datenquelle	Datenhalter
AK VGR	Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen der Länder – VGRdL (Arbeitskreis im Auftrag der Statistischen Ämter der 16 Bundesländer, des Statistischen Bundesamtes und des Bürgeramtes, Statistik und Wahlen)	Herausgeber: Statistische Ämter des Bundes und der Länder Herstellung und Redaktion: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg
AOK	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Daten zur Arbeitsunfähigkeitsstatistik 2013 ▶ interne Auswertung von Gesundheitskursen (AOK Baden-Württemberg) 	Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)
BA	Statistik der Bundesagentur für Arbeit <ul style="list-style-type: none"> ▶ Arbeitsmarkt in Zahlen: Arbeitslosigkeit auf Stadt- und Landkreisebene ▶ Arbeitslose nach Rechtskreisen Deutschland nach Ländern 	Bundesagentur für Arbeit
dot.sys	Dokumentationssystem für Maßnahmen der Suchtprävention	BZgA, Bundesländer (Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg)
GBE Bund	Datenbank des Informationssystems für Gesundheitsberichterstattung des Bundes (IS GBE)	Statistisches Bundesamt (DESTATIS)
GEDA	Public Use File GEDA „Gesundheit in Deutschland aktuell“, 2010	Robert Koch-Institut, Berlin 2012
GRV	Statistik des Rentenzugangs	Deutsche Rentenversicherung Bund (GBE Bund)
GUV	Arbeitsunfallstatistik 2013	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
KiGGS	Public Use File KiGGS, Kinder- und Jugendgesundheitsurvey 2003-2006	Robert Koch-Institut, Berlin 2008
LGA BW	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Daten der Einschulungsuntersuchungen ▶ Übersicht Kommunale Gesundheitskonferenzen 	Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg
SOEP	Sozio-ökonomisches Panel 1984 bis 2012	Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung
STALA BW	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Todesursachenstatistik ▶ Krankenhausdiagnosestatistik 	Statistisches Landesamt Baden-Württemberg
TK	TK Meinungspuls Gesundheit: ‚Stress 2013‘	Techniker Krankenkasse, Hamburg
vhs-Verband	Teilnahmezahlen 2003, 2008, 2013	Volkshochschulverband Baden-Württemberg
ZENSUS	Zensusdatenbank (Zensus 2011)	Statistische Ämter des Bundes und der Länder

Tab. 40 Übersicht verwendeter Datenquellen des Jungen- und Männergesundheitsberichts Baden-Württemberg 2015

AUTORENVERZEICHNIS

Projektleitung

Bertram Szagun, Prof. Dr. med. MPH, Hochschule-Ravensburg-Weingarten, Leiter Steinbeis-Transferzentrum Gesundheits- und Sozialforschung, bertram.szagun@stw.de

Autorinnen und Autoren

Laura Arnold, MA, Hochschule Ravensburg-Weingarten, Institut für Angewandte Forschung, Entwicklung und Weiterbildung (IAF) Freiburg, Steinbeis-Transferzentrum Gesundheits- und Sozialforschung, laura.arnold@stw.de

Martin Dinges, Prof. Dr. phil., stellvertretender Leiter des Instituts für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung, Stuttgart, apl. Professor für Neuere Geschichte an der Universität Mannheim, martin.dinges@igm-bosch.de

Yvonne Frank, Hochschule Ravensburg-Weingarten, Steinbeis-Transferzentrum Gesundheits- und Sozialforschung, yv.frank@gmx.de

Birgit U. Keller, MA, Hochschule Ravensburg-Weingarten, Steinbeis-Transferzentrum Gesundheits- und Sozialforschung, birgit.keller@stw.de

Gunter Neubauer, geschäftsführender Gesellschafter Sozialwissenschaftliches Institut Tübingen (SOWIT), gunter.neubauer@sowit.de

Heinz-Peter Ohm, tätig im Gesundheitsamt Stuttgart als Leiter des Sachgebiets Strategische Gesundheitsförderung, heinz-peter.ohm@stuttgart.de (Redaktion)

Fabian Schöck, Universität Tübingen, SOWIT, fabian.schoeck@sowit.de (Mitarbeit Kap. 6)

Bertram Szagun, Prof. Dr. med. MPH, Hochschule-Ravensburg-Weingarten, Leiter Steinbeis-Transferzentrum Gesundheits- und Sozialforschung, bertram.szagun@stw.de

Reinhard Winter, Dr. rer. soc., geschäftsführender Gesellschafter Sozialwissenschaftliches Institut Tübingen (SOWIT), reinhard.winter@sowit.de