



Gesundheitsbericht

Männergesundheit in Münster 2015

Impressum

Herausgeberin	Stadt Münster, Amt für Gesundheit, Veterinär- und Lebensmittelangelegenheiten
Berichtsverfasser	Dr. Claus Weth
Wissenschaftliche Beratung	Univ. Prof. Dr. med. Klaus Berger Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin der Universität Münster
Texte	In Zusammenarbeit mit Fachabteilungen des Gesundheitsamtes, anderer Fachämter und Institutionen
Abbildungen/Tabellen	Jana Lena Gieseke
Druck	Burlage Münster
August 2015	

Liste der Mitautorinnen und -autoren:

Anneke Graunke, Sozialpsychiatrische Versorgung
Johanna Hovemann, Experteninterviews
Dr.med. Axel Iseke, Jungengesundheit
Männernetzwerk Münster, Experteninterview
Renate Ostendorf, Männer und Selbsthilfe
Christiane Ptok, Expertinneninterview
Doris Rüter, Männer mit Behinderungen
Petra Schlickbernd, Sucht im Alter
Prof. Dr. med. Gudrun Schneider, Expertinneninterview
Dr. med. Norbert Schulze Kalthoff, Redaktion
Dr.med. Armin Schuster, Experteninterview
Dr. med. Annette Siemer-Eikermann, Sozialpsychiatrische Versorgung
Claudia Welp, Beratung im Rahmen der Europäischen Charta für die Gleichstellung

Inhaltsverzeichnis

1	Warum ein Männergesundheitsbericht?	4
2	Daten und Fakten zum Gesundheitsstatus	5
2.1	Lebenserwartungen.....	5
2.2	Bevölkerungsentwicklung und Altersstruktur	6
2.3	Herz- Kreislauferkrankungen	7
2.4	Krebserkrankungen	8
2.5	Psychische Erkrankungen	10
2.5.1	Psychische Gesundheit bei Männern auch mit Migrationsvorgeschichte in Münster	12
2.5.2	Suizide	14
2.6	Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung	15
2.7	Gesundheit von Männern mit und ohne Migrationsvorgeschichte	16
2.8	Männer mit Behinderungen	16
3	Was fällt auf – Unterschiede in der Gesundheit von Männern und Frauen	17
4	Gesundheit durch Vorsorge.....	19
4.1	Jungengesundheitsvorsorge	19
4.2	Gesundheitsvorsorgeprogramme für Männer	21
5	Gesund bleiben – Kriterien und Ansatzpunkte für Gesundheitsförderung und Prävention vor Ort	22
5.1	Ernährung	23
	23
5.2	Bewegung	25
5.3	Entspannung	25
5.4	Alkoholkonsum.....	25
5.5	Tabakkonsum.....	26
5.6	Gesundheitsförderung, Prävention und Vorsorge vor Ort	27
6	Altersspezifische Betrachtungen	31
6.1	Jungengesundheit.....	31
6.2	Gesundheit von Männern während der Arbeitsphase	32
6.3	Gesundheit im Alter.....	33
6.3.1	Aktivitäten in Münster	35
6.3.2	Sucht im Alter.....	36
7	Handlungsempfehlungen und Umsetzung	39
	Literaturverzeichnis	40
	Tabellenverzeichnis.....	41

1 Warum ein Männergesundheitsbericht?

Mit dem Beitritt der Stadt Münster zur Europäischen Charta für die Gleichstellung von Frauen und Männern war die Aufgabe verbunden, einen Aktionsplan aufzustellen. Der Rat der Stadt Münster hat am 19. Oktober 2011 einstimmig den ersten Aktionsplan zur Europäischen Charta in Münster verabschiedet. Im Handlungsfeld Gesundheit ist als Ziel festgehalten, eine Bestandsaufnahme und Maßnahmenentwicklung zum Thema Männergesundheit zu erstellen. Das Gesundheitsamt ist diesem Vorschlag gefolgt und hat mit Berichtsvorlage V/0109/2013 vom 31.05.2013 Empfehlungen und Schritte zur weiteren Umsetzung des Themas Männergesundheit angekündigt. Dabei wurde auf den zu erwartenden und nun auch im Dezember 2014 veröffentlichten Männergesundheitsbericht des Bundes verwiesen, der empirisch gesicherte, grundlegende Informationen zu dieser Thematik liefert. Der Münsteraner Bericht macht deutlich, warum eine nähere Betrachtung der Gesundheit von Männern angezeigt ist, welche Aktivitäten es zum Thema Männergesundheit vor Ort bislang gibt. In einem weiteren Schritt sollen mit Unterstützung durch die Kommunale Gesundheitskonferenz Handlungsempfehlungen aufgezeigt und gemeinsam umgesetzt werden.

Das Gesundheitsamt der Stadt Münster hat in den zurückliegenden Jahren in seiner Gesundheitsberichterstattung die Gesundheitslagen soweit als möglich immer stärker auch geschlechterspezifisch ausdifferenziert.

Als Medizin- und Gesundheitsstandort und aus unterschiedlichen Lehr- und Forschungsbezügen der Hochschulen in Münster gibt es eine Vielzahl von Aktivitäten zur Erhaltung der Männergesundheit. So propagieren z.B. die Kliniken mit der niedergelassenen Ärzteschaft die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen und Vorsorgemaßnahmen durch Männer u. a. zu Prostata-, Herz- und Kreislauferkrankungen, Schlaganfall oder Diabetes. Die Aktivitäten des Fördervereins des Prostatazentrums am Universitätsklinikum Münster sprechen insbesondere ältere Männer an. Schulen, Kindertages- und Freizeiteinrichtungen in Münster bieten immer mehr jungenbezogene Förderangebote an. Auch die Beratungsstellen der Jugend-, Sozial- und Gesundheitshilfe werden auf unterschiedlichste Weise mit dem Thema Männergesundheit konfrontiert und zeigen uns, wie wichtig auch der Einblick in die geschlechtersensiblen Unterschiede der Gesundheitsförderung ist.

Das Thema Männergesundheit gelangt derzeit auch bundesweit immer mehr in den Fokus der Gesellschaft und entwickelt sich zu einem eigenen Forschungs- und Praxisfeld. Untersucht werden z.B. Fragen zu den Themen Männer und Lebensstil, Männer und Psyche, Männer und Sucht, ältere Männer und Gesundheit, Männer und Behinderungen. Auch soziologische Perspektiven zu Männer und Familie, Männer und Arbeitswelt, Männer und Sexualität spielen eine Rolle. Fragen zu den Potenzialen, die Männer für Ihre Gesundheit haben, gewinnen an Bedeutung.

Vor wenigen Monaten hat sich in Münster auf Initiative des Frauenbüros das MännerNetzwerk Münster gegründet, das sich mit geschlechterspezifischen Fragestellungen für Männer in Münster auseinandersetzt. Vertreter des Caritasverbandes für die Stadt Münster, der Diakonie, der Friedenskirche Münster, des Vereins pro familia, des Bistums Münster sowie des Gesundheitsamtes wirken daran mit. Das MännerNetzwerkMünster ist offen für Interessierte. Eine Homepage „Münsters Männer online“ wurde erstellt, die vielfältige Informationen zum Thema Männer zur Verfügung stellt: www.maennernetzwerk-muenster.de

Damit besteht in Münster die Möglichkeit, das Thema Männer - und somit auch das Thema Männergesundheit - sichtbarer zu positionieren.

2 Daten und Fakten zum Gesundheitsstatus

Bis vor wenigen Jahren war es noch schwierig, differenzierte Informationen über die gesundheitliche Lage, die Gesundheitsvorsorge, die Lebensweise sowie das Gesundheitsverhalten von Männern zu erhalten. Ein *Erster Deutscher Männergesundheitsbericht* erschien im Oktober 2010 (Bardehle & Stiehler, 2010). Ein weiterer Männergesundheitsbericht aus dem Jahr 2013 (Weißbach & Stiehler) hat die Psychische Gesundheit im Fokus. Daneben beschäftigen sich Krankenkassen in unterschiedlichen Gesundheitsreports mit ausgewählten Gesundheitsindikatoren zum Thema Männergesundheit. Das Robert Koch-Institut im Geschäftsbereich des Bundesgesundheitsministeriums hat einen ersten staatlichen Bericht zur Männergesundheit, der über zahlreiche Aspekte der Männergesundheit in Deutschland informieren wird, erarbeitet. Mit ihm soll eine objektive, gesicherte Grundlage für den öffentlichen Diskurs geschaffen werden. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) pflegt ein Männergesundheitsportal www.männergesundheitsportal.de. Dieses Portal bietet zahlreiche seriöse und fachlich geprüfte männerspezifische Gesundheitsinformationen an.

Eine Befragung zur Gesundheit in den Jahren 2003 und 2010 zeigt, dass die subjektive Bewertung der Gesundheit von Männern 2010 besser eingeschätzt wird als 2003. Auf der anderen Seite ist bei vielen aufgezeigten Krankheiten ein Anstieg erkennbar. Lediglich die Raucherquote ist zurückgegangen und erhöhte Blutfette steigen nicht weiter an.

Indikator	2003	2010
Subjektive Gesundheit („sehr gut“ und „gut“)	73,8 %	74,6 %
Chronische Erkrankungen	34,7 %	35,2 %
Diabetes (Lebenszeitprävalenz)	5,4 %	8,5 %
Koronare Herzerkrankung (Lebenszeitprävalenz)	7,7 %	9,9 %
Arthrose (Lebenszeitprävalenz)	15,9%	17,9%
Asthma (Lebenszeitprävalenz)	5,2 %	7,9 %
Bronchitis (Lebenszeitprävalenz)	6,9 %	7,5 %
Adipositas (BMI= >30,0)	12,8 %	16,1 %
Bluthochdruck (Lebenszeitprävalenz)	26,6 %	31,6 %
Erhöhte Blutfette (Lebenszeitprävalenz)	31,7 %	31,3 %
Sportlich aktiv	60,9 %	63,7 %
Sportlich aktiv (>4h pro Woche)	22,5 %	25,4 %
Rauchquote	38,3 %	33,9 %

Tabelle 1 - Ausgewählte Gesundheitsindikatoren bei Männern in Deutschland in den Jahren 2003 und 2010 (Weißbach & Stiehler, 2013, S. 23)

2.1 Lebenserwartungen

Die Kennzahlen zur Lebenserwartung und Sterblichkeit sind wichtige Indikatoren zur Beschreibung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung. Die Lebenserwartung ist im Laufe der letzten Jahrzehnte erheblich angestiegen. Dies gilt für Männer wie auch für Frauen (s. hierzu insbesondere Nr. 3 des Berichtes). Wichtige Messzahlen der Lebenserwartung sind u.a. die mittlere und die fernere Lebenserwartung. Die mittlere Lebenserwartung zum Zeitpunkt der Geburt liegt aktuell bei Frauen bei 84 Jahren, bei den Männern bei aktuell 79 Jahren. Die fernere

Lebenserwartung beschreibt die noch zu erwartende Lebenszeit in einem bestimmten Alter. Die Tabelle 2 zeigt die Entwicklung der fernen Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren seit 1991/1993 nach Geschlecht.

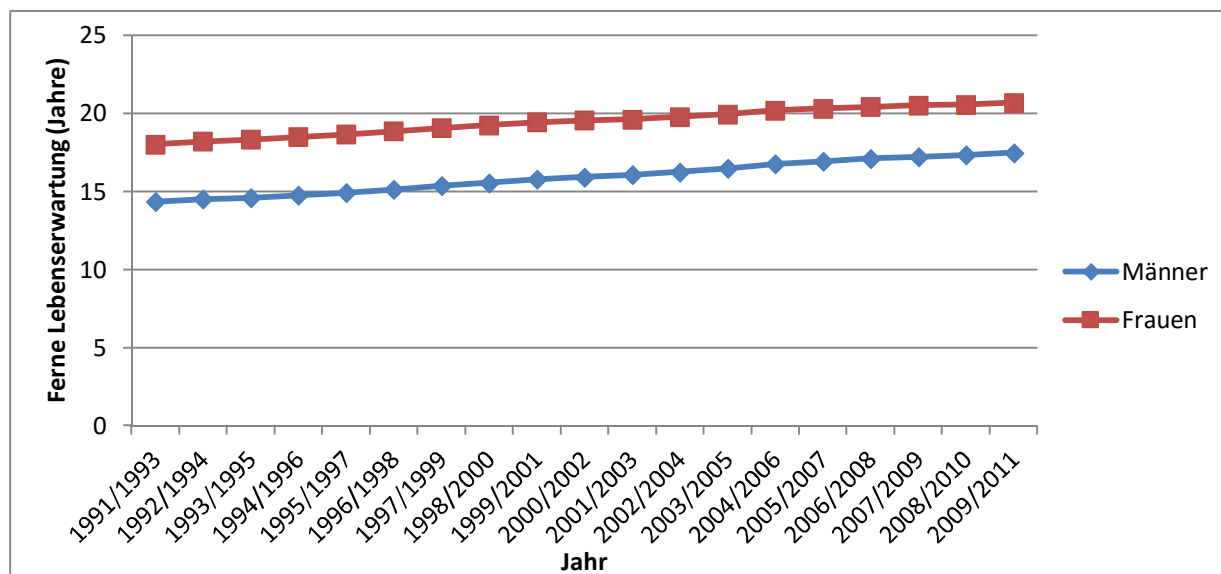


Tabelle 2 - Entwicklung der fernen Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren seit 1991/1993 nach Geschlecht (Starker, 2013, S. 12)

2.2 Bevölkerungsentwicklung und Altersstruktur

Das Statistische Bundesamt erwartet bei seiner Bevölkerungsberechnung 2009, dass im Jahr 2060 nur 16% der Einwohner in Deutschland unter 20 Jahre alt sein werden, 45% den Altersbereich von 20 bis 59 einnehmen und 39% über 60 Jahre alt sein werden. Ursachen für diesen demografischen Wandel sind das niedrige Geburtenniveau und die Zunahme der Lebenserwartung. Der demografische Wandel läuft regional unterschiedlich. Während Ballungsräume und ihr Umland boomen, stehen bereits heute ländliche Gebiete vor gravierenden Problemen hinsichtlich der Entwicklung des Arbeitsmarktes, der Abwanderung und der damit einhergehenden Alterung der Bevölkerung sowie der Sicherung der Infrastruktur. Dazu zählt auch die gesundheitliche Vorsorge und Versorgung. Diese Situation erfordert große Anforderungen an die Gestaltungskraft von Bund, Ländern und Kommunen (BAGSO, 2013). Es bleibt zu beobachten und ggf. zu bewerten, ob und wie die momentane Migrationsbewegung die prognostizierte Altersentwicklung beeinflusst.

Auch wenn die Stadt Münster auf die nächsten Jahre hin gesehen wohl noch zu den privilegierten Regionen gehören wird, ist der demografische Wandel genauestens zu beobachten. Die Stadt hat hierauf bereits vor einigen Jahren reagiert und unterzieht alle politischen Beschlüsse einem sog. „Demografischeck“. Ein regelmäßiger Austausch auch zwischen den einzelnen Fach- und Planungsbereichen der Stadtverwaltung sensibilisiert zu dieser Thematik. Die Gesundheit älterer Männer mit mänderspezifischen Gesundheitsproblemen wird an Bedeutung gewinnen und muss bei den Überlegungen zu einer bedarfsgerechten gesundheitlichen Vorsorge und Versorgung stärker als bisher mit in den Fokus genommen werden.

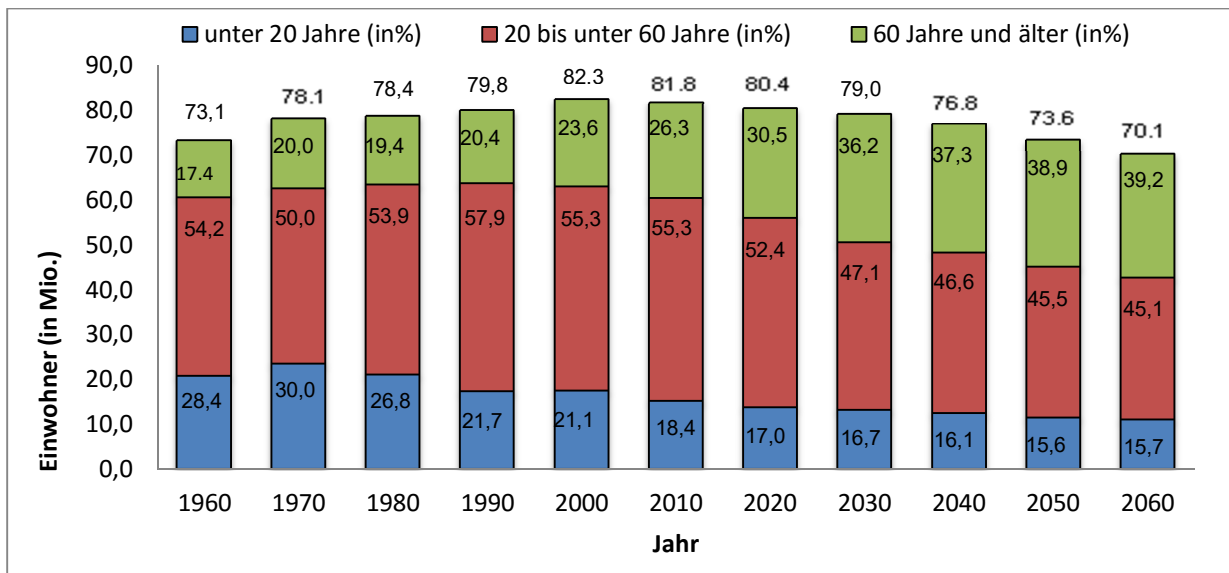


Tabelle 3 - Bevölkerungsentwicklung und Altersstruktur. Bevölkerung in absoluten Zahlen, Anteile der Altersgruppen in Prozent, 1960-2060 (BAGSO, 2013, S. 5.5; zitiert nach Statistisches Bundesamt)

In Münster stellt sich die Situation wie folgt dar:

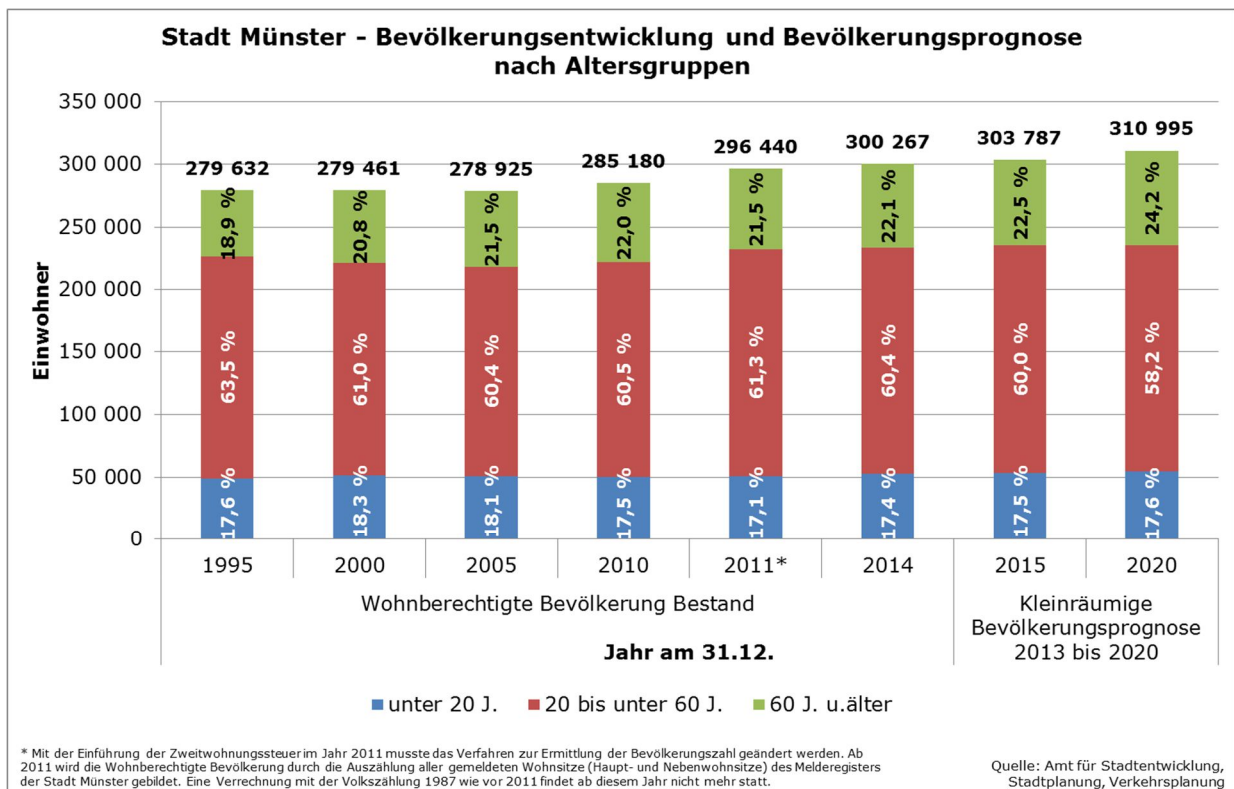


Tabelle 4 - Stadt Münster - Bevölkerungsentwicklung und Bevölkerungsprognose nach Altersgruppen

2.3 Herz- Kreislauferkrankungen

Schädigungen des Herz-Kreislaufsystems zählen auch heute noch zu den häufigsten Erkrankungen und führenden Todesursachen bundesweit. 260.000 Menschen erleiden in Deutschland jährlich einen Herzinfarkt. Ähnliches gilt für den Schlaganfall, von dem in Deutschland mehr als 150.000 Menschen jedes Jahr getroffen werden. Von Herz-Kreislauf-

Erkrankungen werden in den Industrienationen mehr Männer als Frauen betroffen und sterben daran, vor allem vorzeitig, d.h. vor Erreichen des 65. Lebensjahres.

Besonders gefährdet sind Männer mit Risikofaktoren wie:

- Rauchen
- Erhöhte Blutfettwerte
- Zuckerkrankheit
- Alkoholmissbrauch
- Bewegungsmangel
- Falsche Ernährung
- Familiäre Häufung (genetische Disposition)
- Stress

sowie

- Patienten nach überstandem Herzinfarkt

Viele dieser vorwiegend vermeidbaren Risikofaktoren finden sich bei Männern häufiger als bei Frauen aufgrund eines anderen Gesundheitsverhaltens. Auch biologische Faktoren, die Frauen begünstigen, werden diskutiert. Eine reduzierte Lebensqualität, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität und Frühberentung sind Folgen. Herz-Kreislauf-Erkrankungen verursachen die höchsten Kosten im deutschen Gesundheitswesen. Auch wenn sich in den zurückliegenden Jahren aufgrund von Prävention, Früherkennung und verbesserten Behandlungsmöglichkeiten die Situation verbessert hat, kommt neben der ärztlichen Behandlung, der Aufklärung und der Primärprävention eine besondere Bedeutung zu. Siehe hierzu auch Nr. 4 (vgl. hierzu auch Gesundheitsberichterstattung des Bundes, „Gesundheitliche Lage der Männer in Deutschland“, S.22; Hrsg. Robert Koch Institut, 2014)

2.4 Krebserkrankungen

Unter der Bezeichnung Krebs werden bösartige Gewebeneubildungen, einschließlich Lymphome und Leukämien verstanden. Obwohl Krebserkrankungen in der Öffentlichkeit auch mit einem höheren Lebensalter assoziiert werden, versterben durch bösartige Neubildungen viele Betroffene vorzeitig, d.h. vor Erreichen des 65. Lebensjahres.

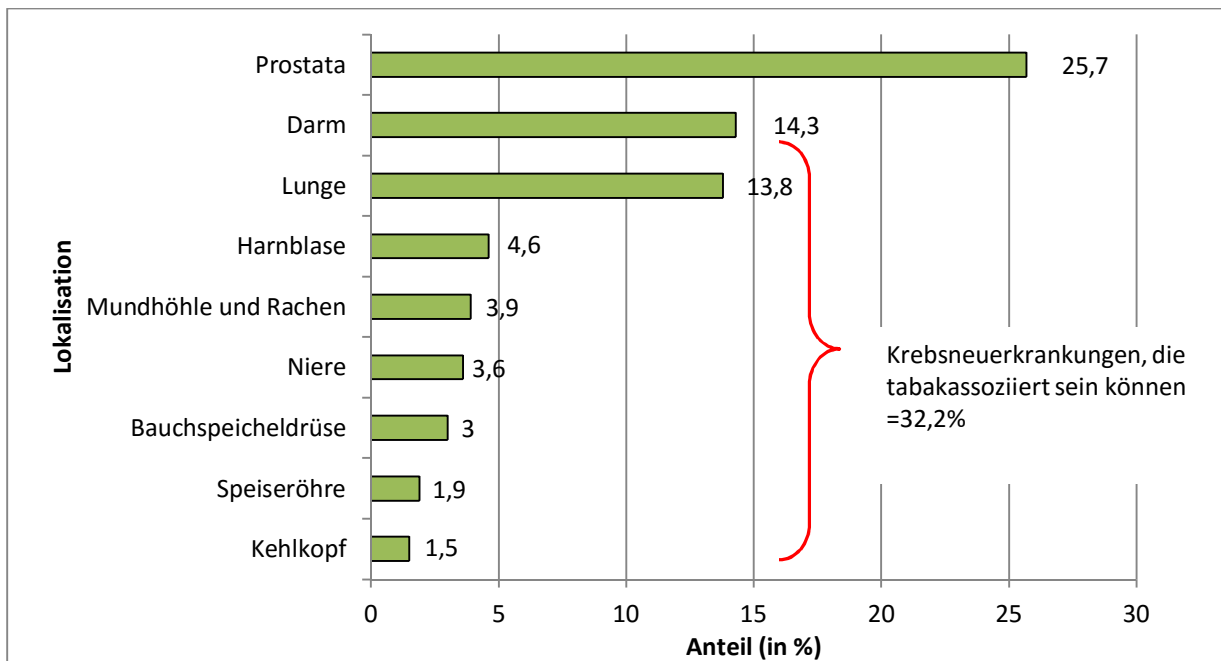


Tabelle 5 - Prozentualer Anteil der häufigsten Tumorlokalisationen an allen Krebsneuerkrankungen bei Männern in Deutschland im Jahr 2008 (Starker, 2013, S. 34).

Das Epidemiologische Krebsregister NRW zählte im Jahr 2011 insgesamt **1609 Neuerkrankungen in Münster**. 862 Frauen und 747 Männer waren davon betroffen. Die häufigsten Krebsneuerkrankungen bei Männern in Münster waren: Prostata 184, Darm 102, Lunge 93, Harnblase 76, Niere 32, Bauchspeicheldrüse 27, Leber und Galle 27, Mund- und Rachen 17, Magen 14, Kehlkopf 12, Speiseröhre 11

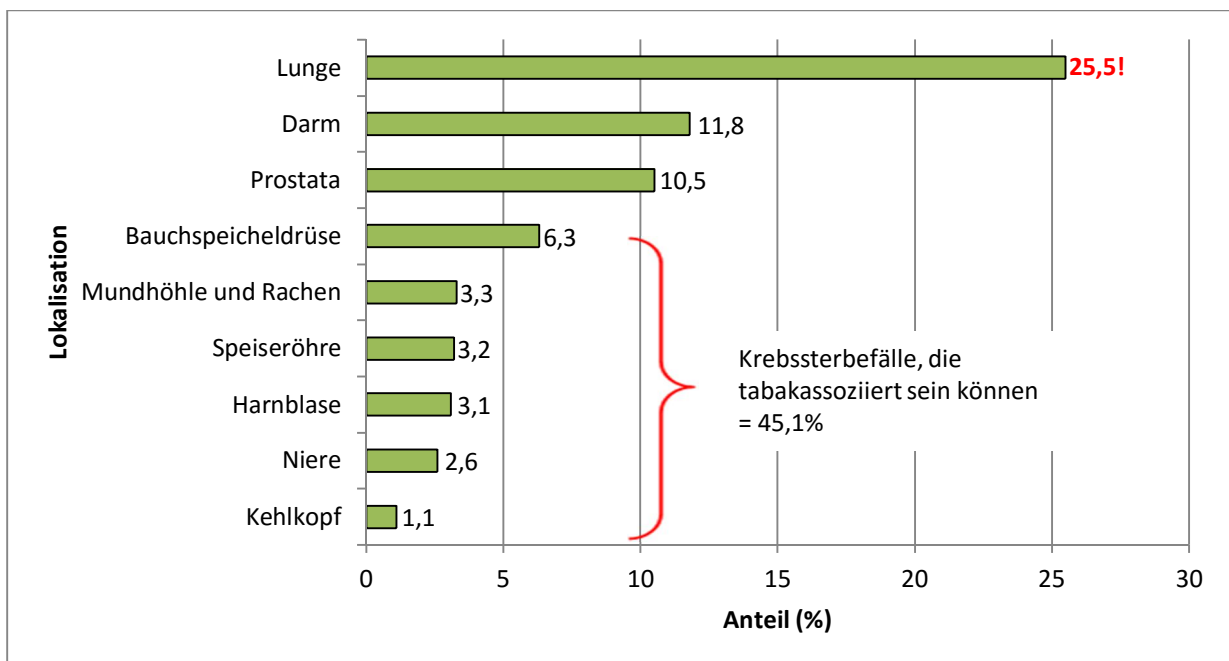


Tabelle 6 - Prozentualer Anteil der häufigsten Tumorlokalisationen an allen Krebssterbefällen bei Männern in Deutschland im Jahr 2008 (Starker, 2013, S. 35)

Das Epidemiologische Krebsregister NRW zählte 2012 insgesamt **752 Krebstodesfälle in Münster**. 357 Männer und 395 Frauen waren davon betroffen. Die häufigsten Krebssterblichkeiten bei Männern bezogen sich davon auf: Lunge 75, Prostata 50, Darm 34, Bauchspeicheldrüse 22, Niere 11, Harnblase 10, Mund und Rachen 9, Speiseröhre 7

Lungenkrebs verursacht die meisten Sterbefälle. Bei 9 von 10 Männern wird der Lungenkrebs auf aktives Tabakrauchen zurückgeführt. Rauchen gilt aber auch als Risiko für eine ganze Gruppe weiterer Krebserkrankungen s. Tabellen 5+6. Entwicklung von steigenden Erkrankungsraten und fallenden Sterberaten kennzeichnet vor allem die Situation beim Prostatakrebs, zu der eine frühzeitige Diagnosestellung beigetragen haben dürfte (vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, „Gesundheitliche Lage der Männer in Deutschland“ S. 36, Hrsg. Robert Koch Institut 2014).

2.5 Psychische Erkrankungen

Psychische Erkrankungen werden bei Männern seltener diagnostiziert als bei Frauen. Gestiegen sind in den zurückliegenden Jahren allerdings bei Männern die Fehlzeiten im Beruf aufgrund psychischer Störungen. Zu den wichtigsten Störungen gehören Depressionen, Angststörungen, somatoforme Störungen (körperliche Beschwerden, die sich nicht oder nicht hinreichend auf eine organische Erkrankung zurückführen lassen) und Abhängigkeitsstörungen. Experten gehen von einer hohen Dunkelziffer depressiver Erkrankungen bei Männern aus. Die Diagnose Depression von Männern wird vielfach noch als stigmatisierend erlebt und so finden Erkrankte Zuflucht zum Begriff des chronischen Erschöpfungssyndroms, zum „Burnout“. Burnout ist zwar nicht identisch mit Depression, allerdings kann sich aus einem Burnout-Syndrom eine Depression oder eine Suchtstörung entwickeln (vgl. Bardehle & Stiehler, 2010, S. 149-153).

Vermehrter sozialer Rückzug, der oft verneint wird
Burnout: Berufliches Überengagement, das mit Klagen über Stress maskiert wird
Abstreiten von Kummer und Traurigkeit
Zunehmend rigide Forderung nach Autonomie (in Ruhe gelassen werden)
Hilfe von anderen nicht annehmen: „ich kann das schon allein“-Syndrom
Ab- oder zunehmendes sexuelles Interesse
Zunehmende Intensität oder Häufigkeit von Ärgerattacken
Impulsivität
Vermehrter bis exzessiver Alkohol- und/oder Nikotinkonsum (süchtig nach TV, Sport, etc.
Ausgeprägte Selbstkritik, bezogen auf vermeintliches Versagen
Versagensangst
Andere für eigene Probleme verantwortlich machen
Verdeckte oder offene Feindseligkeit
Unruhe und Agitiertheit
Konzentrations-, Schlaf- und Gewichtsprobleme

Tabelle 7 - Vorgeschlagene diagnostische Kriterien für „männliche Depression“ (Pollack, 1998)

Jede dritte Frühverrentung ist mittlerweile durch eine psychische Störung bedingt. Verschiedene individuelle und soziale Faktoren sind für die Entstehung depressiver Störungen ursächlich. Männer weisen dabei eine andere depressive Symptomatik auf als Frauen. Diese umfasst Ärger-Attacken, eine gesteigerte Risikobereitschaft, Feindseligkeiten, gesteigerten Alkoholkonsum, eine Kombination aus Irritabilität (Reizbarkeit, Empfindlichkeit), Aggressivität und antisozialem Verhalten. Dem Krisenverhalten wird oft mit exzessivem Suchtverhalten als Kompensation

begegnet. Männer sind im Gegensatz zu Frauen eher gehemmt, psychotherapeutische Hilfen in Anspruch zu nehmen. Ihr Hilfesuchverhalten unterscheidet sich von dem der Frauen. Neben individuellen Folgen psychischer Störungen wie z.B. verminderte Lebensqualität und Wohlbefinden treten wirtschaftliche Folgen durch Produktionsausfälle aufgrund von Fehlzeiten am Arbeitsplatz auf vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes „Gesundheitliche Lage der Männer in Deutschland, S.56 ff, Hrsg. Robert Koch Institut (vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, S. 56ff).

Die 10 wichtigsten Einzeldiagnosen nach AU Tagen			
Frauen			
Rang	ICD	Bezeichnung	Tage*
1.	M54	Rückenschmerzen	974,2
2.	F32	Depressive Episode	953,4
3.	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen oder oberen Atemwege	763,7
4.	F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	508,9
5.	F48	Andere neurotische Störungen	289,5
6.	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse (Mamma)	288,1
7.	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	266,7
8.	J20	Akute Bronchitis	264,5
9.	M75	Schulterläsionen	235,0
10.	F45	Somatoforme Störungen	232,1
Männer			
Rang	ICD	Bezeichnung	Tage*
1.	M54	Rückenschmerzen	1338
2.	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen oder oberen Atemwege	667,7
3.	F32	Depressive Episode	562,8
4.	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	330,2
5.	M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes (internal derangement)	296,3
6.	M75	Schulterläsionen	293,4
7.	T14	Verletzungen an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	272,1
8.	F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	253,2
9.	J20	Akute Bronchitis	253,2
10.	A09	Diarrhoe und Gastroenteritis, vermutlich infektiösen Ursprungs	224,4

Tabelle 8 - Die häufigsten Krankheiten, die bei Männern und Frauen (BKK Dachverband) im Jahr 2011 zur Arbeitsunfähigkeit führten (Weißbach & Stiehler, 2013, S. 22)

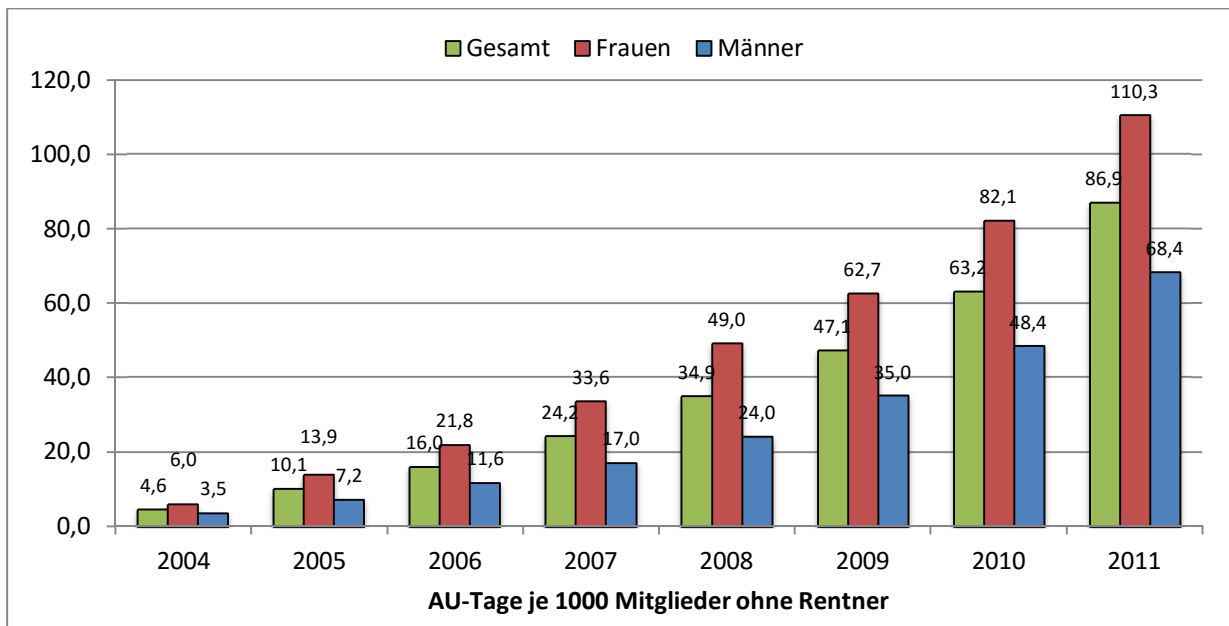


Tabelle 9 - Krankheitstage wegen Burn-out-Syndrom je 1000 BKK Versicherte nach Geschlecht, 2004-2011 (Weißbach & Stiehler, 2013, S. 21)

2.5.1 Psychische Gesundheit bei Männern auch mit Migrationsvorgeschichte in Münster

Der Sozialpsychiatrische Dienst des Gesundheitsamtes der Stadt Münster wertet regelmäßig die Inanspruchnahme des Dienstes durch Menschen, auch mit Migrationsvorgeschichte, aus. Waren es 2012 noch 274 KlientInnen mit Migrationsvorgeschichte, wurden 2013 bereits 337 gezählt.

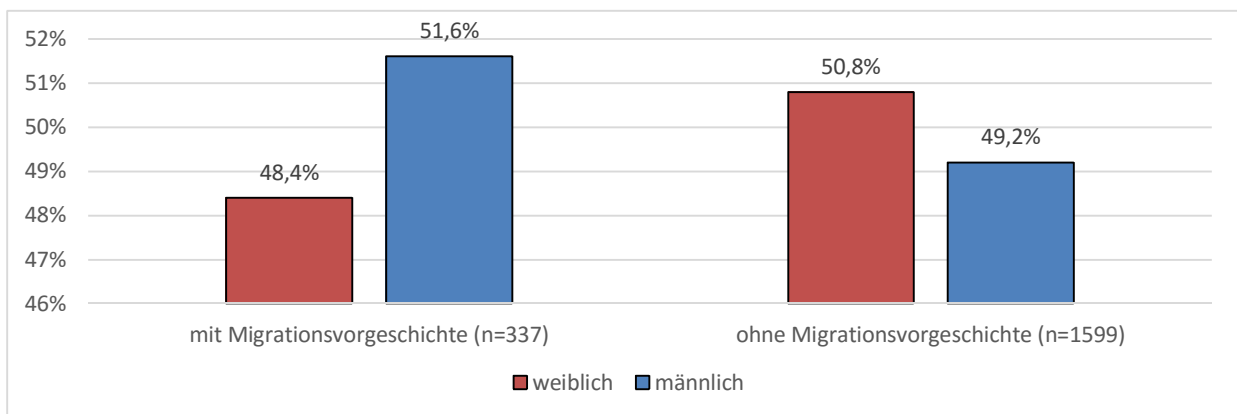


Tabelle 10 - KlientInnen mit und ohne Migrationsvorgeschichte 2013

Die Tabelle 10 zeigt, dass migrationsspezifische Aspekte in der alltäglichen Arbeit von zunehmender Bedeutung sind. So ist die mitarbeiterbezogene Weiterbildung, z.B. durch die Teilnahme an entsprechenden Fortbildungen, Workshops etc. ein wichtiger Aspekt für eine effektive und kultursensible Hilfeplanung und Hilfevermittlung. Nur so kann dazu beigetragen werden, Ressourcen, Integrationshemmnisse und Zugangsbarrieren besser zu erkennen und zu berücksichtigen.

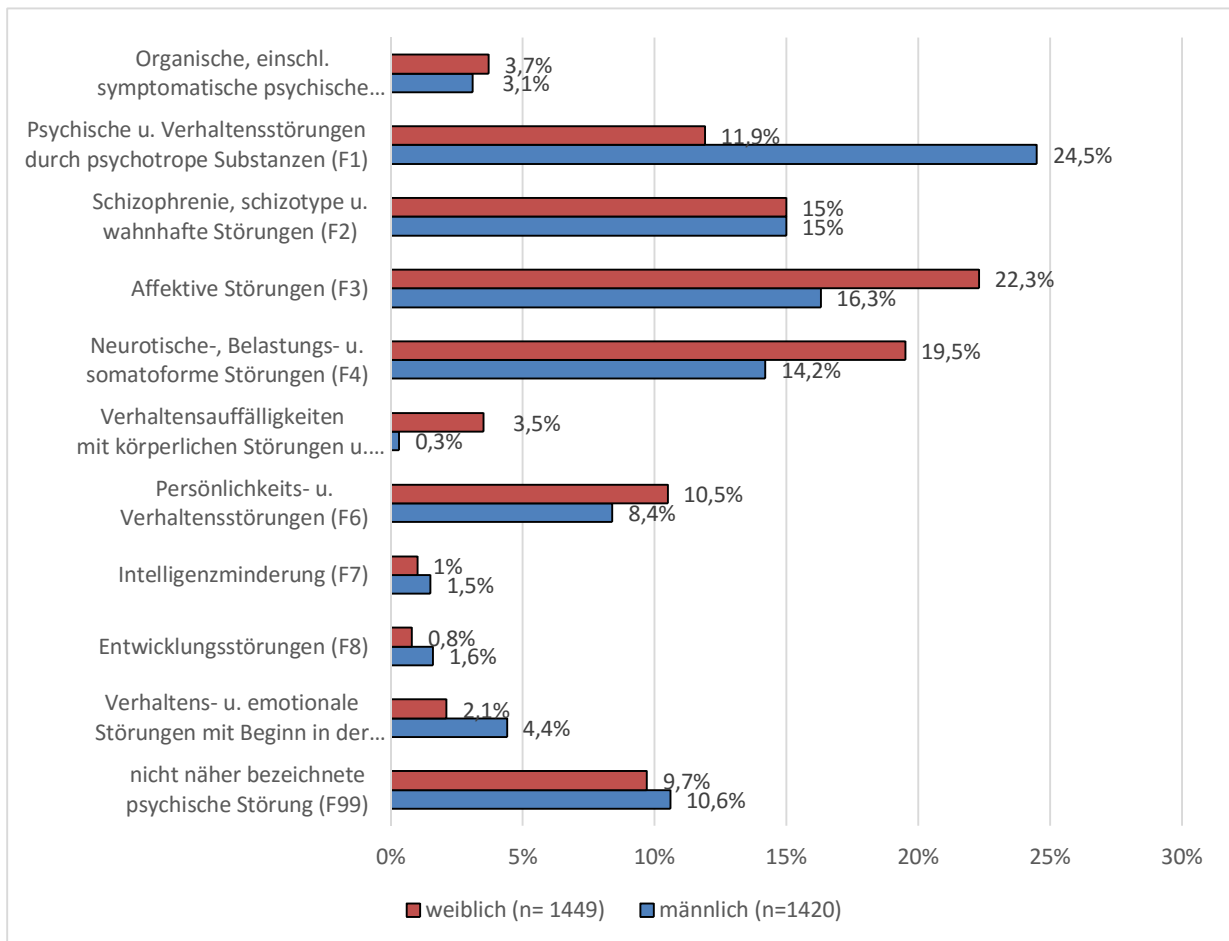


Tabelle 11- Diagnoseverteilung nach Geschlecht 2013 – Gesamtheit aller Klienten im Sozialpsychiatrischen Dienst

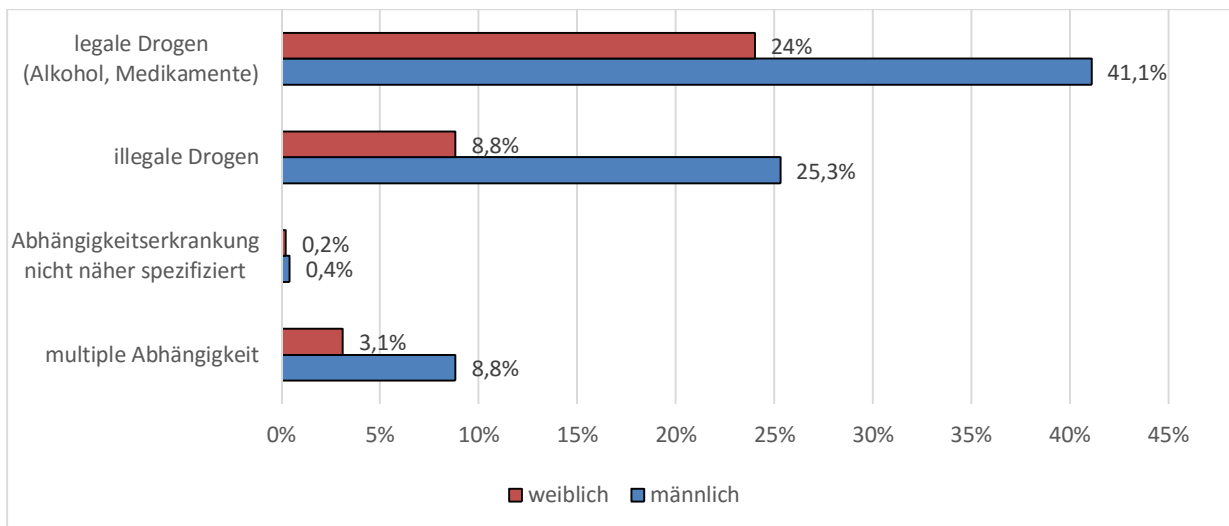


Tabelle 12 - Abhängigkeitserkrankungen (n= 521) – Gesamtheit aller Klienten im Sozialpsychiatrischen Dienst

Der Anteil männlicher Klienten mit Migrationsvorgeschichte ist größer als der der weiblichen Klientinnen mit Migrationsvorgeschichte. Der Anteil der Minderjährigen mit Migrationsvorgeschichte ist ebenfalls höher als der der Minderjährigen ohne Migrationsvorgeschichte. Etwa 2/3 der Klient/innen mit Migrationsvorgeschichte sind nicht in Deutschland geboren. Bei den

Frauen stehen Affektiven Störungen (F3) und bei den Männern Abhängigkeits-erkrankungen (F1) an erster Stelle. Dies gilt sowohl für KlientInnen mit und Migrations-vorgeschichte. Bei 1/3 der KlientInnen mit Migrationsvorgeschichte sind schwere familiäre Probleme ursächlich. Zudem liegen häufiger eine soziale Isolation, finanzielle Probleme und/oder eine mangelnde Compliance (Zusammenarbeit im Rahmen der Therapie), vor.

2.5.2 Suizide

In Deutschland gibt es trotz insgesamt rückläufiger Suizidzahlen mehr Tote durch Suizid als durch Verkehrsunfälle. Im Jahr 2011 haben bundesweit 7.646 Männer und 2.556 Frauen einen Suizid begangen. Suizidversuche werden allerdings etwa zu zwei Dritteln von Frauen begangen, aber zwei Drittel aller Suizidopfer sind Männer. Diese Zahlen bestätigen sich auch für Münster. Ältere Männer ab 65 Jahren sind besonders betroffen. (vgl. Bardehle & Stiehler, 2010, S. 152ff.)

Suizide Stadt Münster 2010-2012	2010	2011	2012
Männlich	19	15	17
Weiblich	8	3	7
insgesamt	27	18	24

Tabelle 13 - Suizide Stadt Münster 2010-2012 (IT. NRW, 2014)

Die auffällige Geschlechterdifferenz im suizidalen Verhalten ist bis heute noch nicht ausreichend erforscht. Ein wesentlicher Risikofaktor für Suizid ist eine Depression. Schätzungen zur Folge haben etwa 80% der Suizidenten jeden Alters an einer Depression gelitten. Suizidpräventive Angebote, z.B. durch spezielle Beratungsdienste werden eher von Frauen genutzt, da sie, im Gegensatz zu Männern, aktive Hilfen suchen. Suizidprophylaxe, die Männern gerecht wird, ist dringend erforderlich (vgl. Bardehle & Stiehler, 2010, S. 153-157).

Sozialstrukturell	Psychosozial	Medizinisch	Biologisch
Anomie	Scheidung/Trennung	Frühere Suizidversuche(M+F)	Genetische Disposition
Soziale Desintegration	Pensionierung	Suizid in Familie	Erniedrigte 5-Hydroxy-indolsäure-Spiegel im Liquor
Bevölkerungsdichte	Arbeitslosigkeit	Psychische Erkrankungen, insb. Depression	Volumenreduktion im präfrontalen Kortex
Gesellschaftlicher Umbruch	Allein lebend	Alkohol-/ Drogenabhängigkeit	
Individualismus	Geringes Einkommen	Chronische Erkrankungen	
	Homosexualität	Nikotinkonsum	
	Impulsivität/ Aggressivität		

Tabelle 14 - Risikofaktoren für Suizid bei Männern (Möller-Leimkühler, 2008).

2.6 Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung

Ein niedriger sozialökonomischer Status geht mit einem erhöhten Mortalitätsrisiko und einer verringerten Lebenserwartung einher. Männer und Frauen aus höheren Statusgruppen leben nicht nur länger, sie können auch mehr Lebensjahre in guter Gesundheit verbringen. Dies sind Ergebnisse aus zahlreichen Studien, die das Robert Koch Institut RKI aktuell kommentiert hat (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, GBE Kompakt 2/2014 5. Jahrgang). Menschen mit einem geringeren Status, gemessen zumeist über Angaben zu Einkommen, Bildung und Beruf, haben ein höheres Krankheitsrisiko, häufiger Beschwerden und mehr Risikofaktoren. Diese Situation stellt Anforderungen an Gesundheitsförderung und Prävention. Diskussionen und Verlaufsbeobachtungen über gesellschaftliche Solidarität und Chancengerechtigkeit müssen stattfinden. Die sozialen Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung stellen für Public Health und Gesundheitspolitik eine große Herausforderung dar. Dies wird z.B. an dem Thema Rauchen s. beide folgenden Tabellen, deutlich (Wilkinson, 2008; Marmot, 2010).

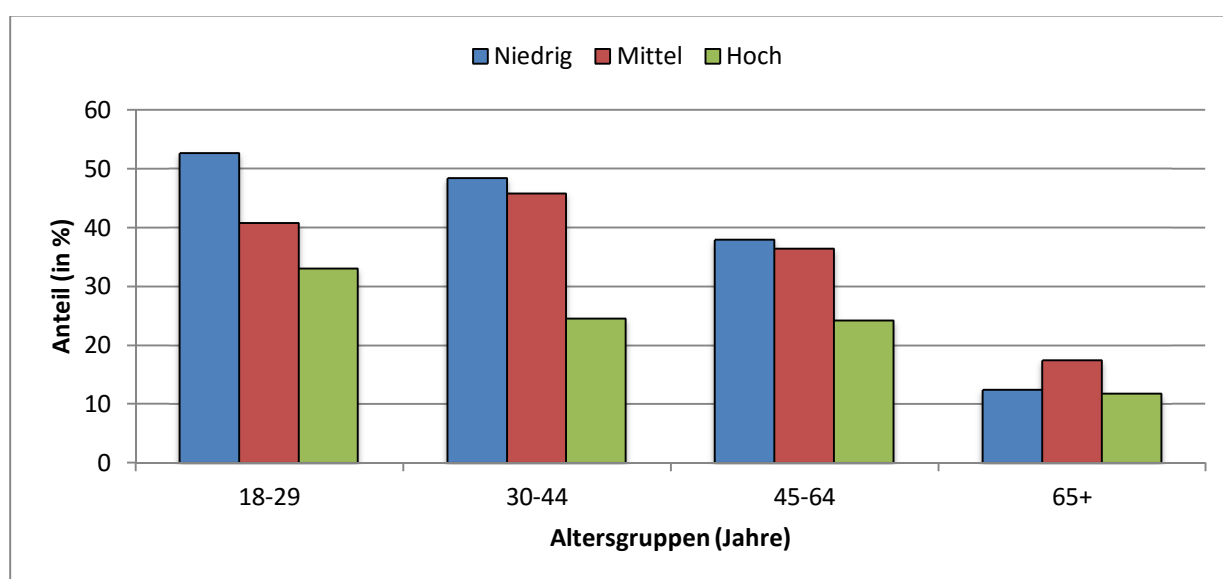


Tabelle 15 - Anteil der männlichen Raucher nach Bildung in den verschiedenen Altersgruppen (Starker, 2013, S. 30).

Tätigkeit (KIdB-92)	Rauchquote
Zahnärzte	13,3
Apotheker	14,8
Elektroingenieure	15,2
Verwaltungsfachleute (höherer Dienst)	15,6
Gymnasiallehrer	15,7
Hochschullehrer und verwandte Berufe	16,1
<hr style="border-top: 1px dashed black;"/>	
Dachdecker	55,5
Maler und Lackierer ohne nähere Angaben	56,2
Sonstige Bauhilfsarbeiter, Bauhelfer	56,3
Isolierer, Abdichter	57,7
Gerüstbauer	58,1
Restaurantfachleute, Stewards	58,3
Gebäudereiniger, Raumpfleger	59,8

Tabelle 16 - Rauchquoten nach Berufsgruppen bei 18- bis 59-jährigen vollzeitbeschäftigten Männern (Starker, 2013, S. 31).

2.7 Gesundheit von Männern mit und ohne Migrationsvorgeschichte

Ethnische und migrationsbedingte Differenzen rücken als Determinanten gesundheitlicher Ungleichheit zunehmend in den Blickwinkel der epidemiologischen Forschung. „Internationale und nationale Ergebnisse liefern Hinweise, dass Migrantenpopulationen bzw. ethnische Minderheiten in einigen Bereichen größeren gesundheitlichen Risiken unterliegen als Personen ohne Migrationshintergrund. Berichtet werden beispielsweise höhere Erkrankungen an Infektionskrankheiten wie Tuberkulose, HIV und Hepatitis B und C, eine stärkere Betroffenheit von Übergewicht und Adipositas, eine schlechtere Zahngesundheit. In anderen Bereichen scheinen Personen aus Migrantenfamilien genauso oder sogar weniger gefährdet zu sein als Personen ohne Migrationshintergrund“. So leiden Migranten seltener unter Asthma, Neurodermitis und Heuschnupfen und haben eine geringere Sterblichkeit an koronaren Herzerkrankungen“ (Schenk, 2007).

2.8 Männer mit Behinderungen

Der Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen¹ informiert über die subjektive Einschätzung sowie objektive Indikatoren des Gesundheitszustands sowie das Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitsverhalten von Menschen mit Beeinträchtigungen. Auch die Zugänglichkeit allgemeiner Gesundheitsleistungen wird thematisiert (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2013, Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen).

Die Indikatoren aus dem Bereich Gesundheit zeigen folgendes Bild:

- Menschen mit Beeinträchtigungen bewerten ihren körperlichen Gesundheitszustand und ihr psychisches Wohlbefinden deutlich schlechter als Menschen ohne Beeinträchtigungen.
- Menschen mit Beeinträchtigungen müssen - gemessen an der Häufigkeit der Arztbesuche – häufiger medizinische Leistungen in Anspruch nehmen als Menschen ohne Beeinträchtigungen.
- Vielfach sind Arztpraxen nicht barrierefrei und nicht auf Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichen Beeinträchtigungen eingerichtet.
- Junge Erwachsene mit Beeinträchtigungen legen weniger Wert auf gesundheitsbewusste Ernährung und trinken häufiger regelmäßig Alkohol.

Unter Menschen mit Beeinträchtigungen im Alter von unter 30 Jahren finden sich häufiger Raucherinnen und Raucher als unter Menschen ohne Beeinträchtigungen (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Teilhabebericht 2013, s. o., S.192)

Bei den meisten Ergebnissen der Untersuchungen zu den einzelnen Indikatoren zeigt sich, dass es nur geringfügige Unterschiede zwischen Frauen und Männern mit Beeinträchtigungen gibt. Der Teilhabebericht weist aber darauf hin, dass 18- bis 29 jährige Männer mit Beeinträchtigungen besonders häufig nicht auf eine gesundheitsbewusste Ernährung achten (Männer mit Beeinträchtigungen: 30 %, Frauen mit Beeinträchtigungen: 13 %; Männer ohne

¹ Der Begriff „Menschen mit Beeinträchtigungen umfasst im Teilhabebericht die Menschen, die nach dem Sozialgesetzbuch IX als behindert anerkannt sind und darüber hinaus auch diejenigen, deren körperliche Strukturen oder -funktionen beeinträchtigt sind und die über längere Zeit Beeinträchtigungen ihrer Aktivitäten und/oder ihrer Teilhabe erfahren (ohne amtlich festgestellte Behinderung) (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2013).

Beeinträchtigungen: 16 %, Frauen ohne Beeinträchtigung: 6 %. (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2013, Teilhabebericht, s.o., S. 204)

Auch der Forschungsbericht „Lebenssituation und Belastung von Männern mit Behinderungen und Beeinträchtigungen in Deutschland – Haushaltsbefragung thematisiert die gesundheitliche Versorgung von Männern mit Behinderung (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2013, Forschungsbericht 435: Lebenssituation und Belastung von Männern mit Behinderungen und Beeinträchtigungen in Deutschland - Haushaltsbefragung – Abschlussbericht).

(Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2013). Im Kapitel „Beeinträchtigungen, Unterstützung und gesundheitliche Versorgung wird festgestellt, dass die Ergebnisse der Stichproben „Männer mit Behinderungen“ und „Frauen mit Behinderungen“ sich bei den meisten Punkten in Ausprägung und Verteilung stark ähneln. Die Zufriedenheit mit der gesundheitlichen Versorgung weicht bei Männern und Frauen mit Beeinträchtigungen voneinander ab. 55 % der Frauen und 64 % der Männer mit Beeinträchtigungen sind mit der gesundheitlichen Versorgung zufrieden oder sehr zufrieden. Im Gegensatz zu den Männern nutzt ein größerer Anteil der befragten Frauen Angebote und Dienste für Menschen mit Behinderungen, u.a. ambulante Gesundheitsdienste (Männer 21%; Frauen 28 %). Eine Projektgruppe der Gesundheitskonferenz „Gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderung“ erarbeitet Handlungsempfehlungen zur Erreichung des Zieles:

Eine wohnortnahe, barrierefreie und flächendeckende Versorgung mit Präventions-, Rehabilitations-, Pflege- und allgemeinen Gesundheitsangeboten wird langfristig sichergestellt, die für Menschen mit und ohne Behinderungen zugänglich ist. Teilziele werden in den Bereichen Aus-, Fort- und Weiterbildung in medizinischen und pflegerischen Berufen, Gesundheitsinformationen in Leichter Sprache, Quartiersentwicklung und Präventionsangebote für Menschen mit Behinderungen erarbeitet. Dort wo es notwendig erscheint, werden auch genderspezifische Fragestellungen erörtert.

3 Was fällt auf – Unterschiede in der Gesundheit von Männern und Frauen

Männer und Frauen unterscheiden sich in Bezug auf Ihr Gesundheitsbewusstsein und –befinden, auf ihr Gesundheitsverhalten und ihr Krankheitsspektrum. Auch in der Krankheitsbewältigung werden Unterschiede deutlich.

Die Lebenserwartung von Frauen ist im Durchschnitt um fünf Jahre höher als die von Männern. Das unterschiedliche Mortalitäts- und Morbiditätsspektrum von Frauen und Männern ist bedingt durch verschiedene Rahmenbedingungen für Gesundheit, Unterschiede in den gesundheitlichen Belastungen und Ressourcen, in der Gesundheitsversorgung und im Gesundheitsverhalten.

Männer haben häufiger Übergewicht, rauchen häufiger, trinken mehr Alkohol, haben häufiger Herz-Kreislaufbeschwerden und erleiden zehn Jahre früher einen Herzinfarkt. Sie führen einen riskanteren Lebensstil, haben ein größeres Unfallrisiko, eine höhere Suizidrate und erkranken häufiger an Aids als Frauen. Männer nehmen Angebote zur Vorsorge und Gesundheitsförderung weniger häufig wahr. Das Verhältnis zur Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen liegt aktuell zwischen 4/10, die Teilnahme an Gesundheitsförderungsangeboten bei 3/10 zugunsten von Frauen (Quellen: Statistisches Bundesamt, BZgA, TK, DKV).

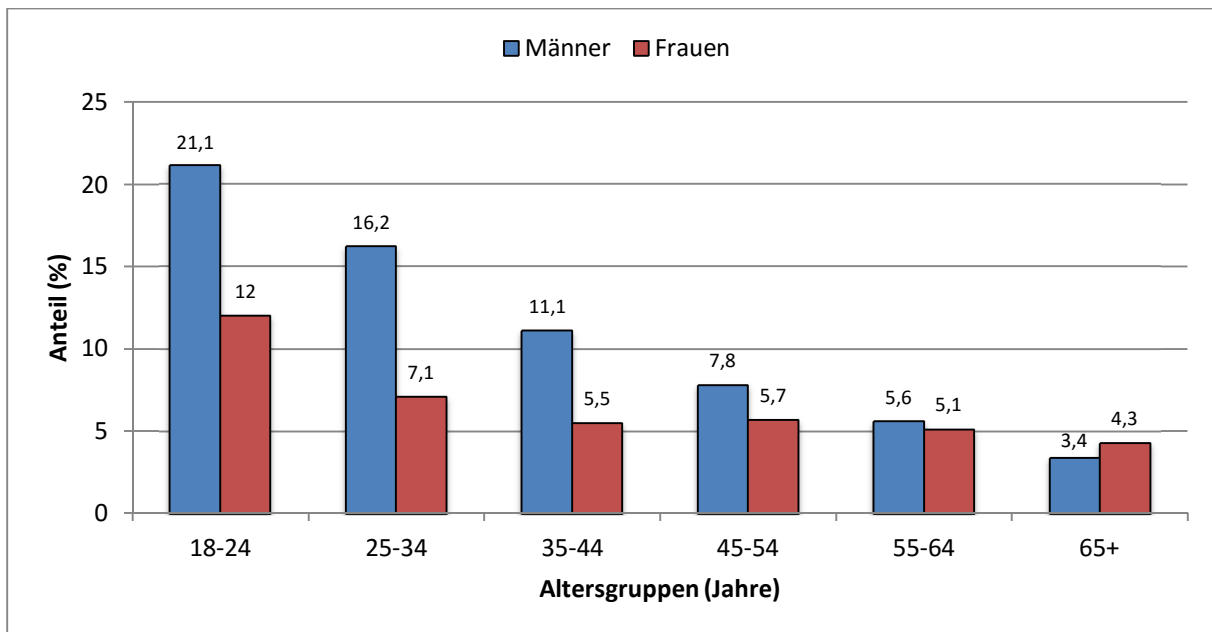


Tabelle 17 - Anteil der Personen mit mindestens einem Unfall mit ärztlicher Behandlung in den letzten 12 Monaten nach Alter (Starker, 2013, S. 20).

„Neben biologischen Faktoren haben auch soziale Determinanten wie Arbeit, Bildung und Einkommen Einfluss auf eine unterschiedliche Lebenserwartung. Frauen und Männer unterscheiden sich nach Alter, sozialer Position, Herkunft und besonderen Belastungen in einzelnen Lebensabschnitten. Die Vereinbarkeit von Familie, Beruf, zeitliche Belastungen durch weitere vielfältige Aufgaben, geschlechterspezifische Bedingungen in der Arbeitswelt, unterschiedliche Wahrnehmung von Gesundheitschancen und Inanspruchnahme von Prävention und Versorgung tragen zur gesundheitlichen Ungleichheit bei“ (Robert-Koch-Institut, 2013).

Psychische Störungen bei Männern sind von wachsender Bedeutung. Der Männergesundheitsbericht 2013 zur Thematik der Psychischen Gesundheit zeigt Risiken deutlich auf. Männer sind insgesamt gesehen nicht seltener psychisch krank als Frauen. Während Frauen häufiger an Erkrankungen wie Depression, Angst- und psychosomatischen Störungen leiden, sind Männer häufiger von Alkohol- und Drogenabhängigkeit, antisozialen Persönlichkeitsstörungen und Gewalttätigkeit betroffen (Weißbach & Stiehler, 2013, S. 65). Die Suizidzahlen weisen im Jahr 2011 7228 Männer und 2388 Frauen auf. Dabei sind die Zahlen in den zurückliegenden Jahren stetig gestiegen. Anstiege werden bei Jungen im Alter zwischen 15 und 24 Jahren, bei Männern im Alter von 45 bis 59 Jahren und im Rentenalter ab 70 Jahre beobachtet (Weißbach & Stiehler, 2013, S. 24). Gesundheitsrisiken in der Arbeitswelt sind bedingt durch fehlende Arbeitsplatzsicherheiten und geringe Arbeitseinkommen gestiegen. Die globalen Krisensituationen führen darüber hinaus zu sozialen Unsicherheiten in Lebenssituationen, die die psychischen und psychosozialen Anforderungen an die Stressbewältigung erhöhen und zu höheren Risiken für soziale Desintegration und psychische Störungen speziell bei Männern führen (vgl. Weißbach & Stiehler, 2013, S. 19).

Das Thema der psychischen Gesundheit bei Jungen ist in der Literatur bisher nur wenig sichtbar. Es finden sich nur wenige Differenzierungen, die bei Jungen eine ganz besondere Rolle beim Erwachsenwerden spielen. Im Vordergrund jungenbezogener Diskurse stehen häufig Phänomene wie Aggression, Gewalt und Kriminalität oder der gefährdete Bildungserfolg. Bei psychischen Problemen stehen gesellschaftliche Entstehungsbedingungen bisher zu wenig im Fokus. Umfeld, Wohlergehen, Emotionalität und sozialisationsbedingte Risiken und Ressourcen spielen insbesondere bei Jungen eine wichtige Rolle in der Entwicklung.

Jungen besuchen häufiger Förderschulen als Mädchen, Lern- und Entwicklungsstörungen treten bei Jungen wesentlich öfter auf. Familien mit Jungen benötigen deutlich häufiger Unterstützung durch gesundheitliche und soziale Hilfesysteme. Jungen haben einen stärkeren Bewegungsdrang als Mädchen. Sie sind risikobereiter aber auch empfindlicher und vulnerabler als Mädchen. Dies erklärt sich aus biologischen, psychischen und sozialen Einflüssen und ihren Wechselwirkungen (BPTK Newsletter, 2014).

4 Gesundheit durch Vorsorge

Vorsorgen ist besser als Heilen. Dieses bekannte Sprichwort bringt es auf den Punkt: Vorsorgeuntersuchungen helfen, Krankheiten frühzeitig zu erkennen und mit einer größeren Heilungschance zu behandeln. Rechtzeitige Gesundheitsvorsorge kann viel Leid ersparen und die Lebensqualität und Lebenserwartung erhöhen.

4.1 Jungengesundheitsvorsorge

Die Vorsorge beginnt mit der Schwangerschaft und soll im Kindes- und Jugendalter durch Inanspruchnahme der gesetzlichen Früherkennungs- und Vorsorgeplanungen bis zum 14 Lebensjahr ergänzt werden. Einzelne Entwicklungsschritte wie Sehen, Hören, Sprechen, Bewegung, geistige-, soziale und emotionale Entwicklungen werden begleitet und unterstützt. Kompetenzen werden gefördert und Stressbewältigung erlernt. Bei Entwicklungsauffälligkeiten greifen Frühfördermaßnahmen. Diese Entwicklungsschritte gelten für Jungen und Mädchen. Entwicklungsprogramme gibt es vielfältige, aber weniger geschlechterdifferenziert. Der Bedarf wird aber deutlich gesehen. Projekte wie *Frühe Hilfen*, der Partnerprozess *Gesund aufwachsen für alle*, *Kein Kind zurück lassen u.a.* sollen Eltern, PädagogInnen, Einrichtungen und Praxen bei der Unterstützung hilfreich sein.

<p>U1 Unmittelbar nach der Geburt (gelbes Vorsorgeheft)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Überprüfung von Atmung und Herzschlag • Erhebung von Körpergewicht, Körperlänge sowie Kopfumfang des Kindes • Überprüfung von Hautfarbe des Neugeborenen, der Muskelspannung und der Reflexe • Neugeborenencreening: Blutentnahme am zweiten oder dritten Lebenstag und Untersuchung auf Anzeichen angeborener Krankheiten • Früherkennung auf angeborene Hörstörungen
<p>U2 Drei bis maximal zehn Tage nach der Geburt (gelbes Vorsorgeheft)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Untersuchung von Motorik und Organen, wie Herz, Lunge, Magen und Darm • Überprüfung des Stoffwechsels und der Hormonproduktion
<p>U3 Vierte bis sechste Lebenswoche (gelbes Vorsorgeheft)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kontrolle der Körperhaltung des Babys • Ultraschalluntersuchung um zu überprüfen, ob eine Fehlstellung im Hüftgelenk vorliegt • Erhebung von Körpergewicht, Körperlänge sowie Kopfumfang des Kindes

	<ul style="list-style-type: none"> • Überprüfung des Hörvermögen
U4 Dritter bis vierter Lebensmonat (gelbes Vorsorgeheft)	<ul style="list-style-type: none"> • Überprüfung von Bewegungsverhalten und motorischer Entwicklung • Eingehende körperliche Untersuchung • Kontrolle von Hüftgelenk, Nervensystem sowie Hör- und Sehvermögen • Ggf. Routineimpfung
U5 Sechster und siebter Lebensmonat (gelbes Vorsorgeheft)	<ul style="list-style-type: none"> • Eingehende körperliche Untersuchung • Altersgemäße Entwicklung: Das Kind sollte beispielsweise bereits in der Lage sein, erste Laute zu bilden und sich vom Rücken auf den Bauch zu drehen
U6 Zehnter bis zwölfter Lebensmonat (gelbes Vorsorgeheft)	<ul style="list-style-type: none"> • Beweglichkeitskontrolle und Sprache: Das Kind sollte sitzen, krabbeln und stehen können. Auch die ersten Schritte an der Hand fallen in dieses Lebensalter. Das Kind kann auf vertraute Geräusche reagieren und erste Worte wie „Mama“ oder „Papa“ sagen
U7 21. bis 24. Lebensmonat (gelbes Vorsorgeheft)	<ul style="list-style-type: none"> • Überprüfung von Sinnesorganen und motorischer Entwicklung: Das Kind sollte sicher laufen können, sowie in der Lage sein, bekannte Gegenstände zuzuordnen und sie zu benennen • Untersuchung der geistigen, die sozialen und der Sauberkeitsentwicklung
U7a 34. bis 36. Lebensmonat (gelbes Vorsorgeheft)	<ul style="list-style-type: none"> • Untersuchung der körperlichen Gesundheit • Untersuchung auf psychische Krankheiten • Überprüfung auf sonstige Auffälligkeiten, Sprachentwicklungsstörungen, Übergewicht • Erkennen von allergischen Erkrankungen
U8 46. bis 48. Lebensmonat (gelbes Vorsorgeheft)	<ul style="list-style-type: none"> • Untersuchung der körperlichen Beweglichkeit und Koordinationsfähigkeit, der Muskelkraft und des Zahnstatus • Untersuchung des körperlichen Geschicklichkeit (zum Beispiel stehen auf einem Bein) • Neben dem Seh- und Hörvermögen sowie der Sprachentwicklung achtet der Arzt nun auch genau auf das soziale Verhalten, den Grad der Selbstständigkeit und auf die Kontaktfähigkeit des Kindes
U9 Fünf bis fünfteinhalb Lebensjahre (gelbes Vorsorgeheft)	<ul style="list-style-type: none"> • Untersuchungen wie U8, besonders wichtig im Jahr vor der Einschulung

Tabelle 18 - Vorsorgeuntersuchungen für Kinder - entnommen von www.familienratgeber-nrw.de

Seit 2006 bekommen Kinder und Jugendliche ein zusätzliches Vorsorgeheft mit vier weiteren Vorsorgeuntersuchungen, für die aber die gesetzlichen Krankenkassen die Kosten nicht übernehmen.

U 10 Sechs bis sieben Jahre (grünes Vorsorgeheft)	<ul style="list-style-type: none"> • Erkennen von Entwicklungsstörungen z.B. Lese- Rechtschreib-, Rechenstörungen, ADHS etc.
U11 Acht bis neun Jahre	<ul style="list-style-type: none"> • Erkennen von Sozialisations- und Verhaltens- und Schulleistungsstörungen

(grünes Vorsorgeheft)	<ul style="list-style-type: none"> • Erkennen von Zahn-, Mund- und Kieferanomalien • Beratung zu gesundheitsbewusstem Verhalten
J1 Zwölf bis vierzehn Jahre (gesonderter Dokumentationsbogen)	<ul style="list-style-type: none"> • Jugendgesundheitsuntersuchung zur körperlichen, sozialen und sexuellen Entwicklung • Aufklärung über gefährdende Verhaltensweisen
J2 Fünfzehn bis siebzehn Jahre (grünes Vorsorgeheft)	<ul style="list-style-type: none"> • Internistische und orthopädische Untersuchung • Erkennen von Verhaltens- und Sozialisationsstörungen • Fragen der Sexualität

Tabelle 19 - Zusätzliche Vorsorgeuntersuchungen für Kinder entnommen von www.familienratgeber-nrw.de

4.2 Gesundheitsvorsorgeprogramme für Männer

Alter	Früherkennungsuntersuchungen	Was wird gemacht?
Ab 35	Check-up 35: Früherkennung Herz-Kreislaufkrankungen, Diabetes und Nierenerkrankungen.	Alle zwei Jahre: <ul style="list-style-type: none"> • Anamnese (gezielte Erhebung der medizinischen Vorgeschichte des Patienten) und Erstellen Risikoprofil • Körperliche Untersuchung • Blutdruckmessung, Kontrolle des Cholesterins und des Blutzuckers • Kontrolle des Urins • Beratung zum Untersuchungsergebnis
Ab 35	Früherkennung Hautkrebs	Alle zwei Jahre: <ul style="list-style-type: none"> • Anamnese • Untersuchung der gesamten Haut • Beratung zum Untersuchungsergebnis
Ab 45	Früherkennung Krebserkrankungen der Prostata und der äußeren Geschlechtsorgane	Jährlich: <ul style="list-style-type: none"> • Anamnese • Inspektion und Abtasten der äußeren Geschlechtsorgane • Enddarmaustastung zur Untersuchung der Prostata • Untersuchung örtlicher Lymphknoten • Beratung zum Untersuchungsergebnis
Ab 50	Früherkennung Darmkrebs	<ul style="list-style-type: none"> • Beratung über Ziel und Zweck des Früherkennungsprogramms <p>Jährlich:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Test auf nicht sichtbares (okkultes) Blut im Stuhl • Beratung zum Untersuchungsergebnis
Ab 55 Früherkennung Darmkrebs	<ul style="list-style-type: none"> • Zweite Beratung über Ziel und Zweck des Darmkrebsfrüherkennungsprogramms • Patientenaufklärung zur Koloskopie • Darmspiegelung(Koloskopie) • Beratung zum Untersuchungsergebnis <p>Nach zehn Jahren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zweite Darmspiegelung <p>Oder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alle zwei Jahre: Test auf nicht sichtbares Blut im Stuhl • Beratung zum Untersuchungsergebnis
Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen die Kosten für die Früherkennungsuntersuchungen für die genannten zeitlichen Abstände (also z.B. den Check-up 35: ab 35 Jahren, alle zwei Jahre).	

Tabelle 20 - Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen für Männer

5 Gesund bleiben – Kriterien und Ansatzpunkte für Gesundheitsförderung und Prävention vor Ort

Das Leben ist ein natürlicher biologischer Prozess. Er ist individuell von Mensch zu Mensch unterschiedlich und wird sowohl von genetischen Faktoren als auch äußeren Faktoren wie Umwelteinflüssen und Lebensweisen beeinflusst. Der Körper ist dabei einem Alterungsprozess unterworfen. Jeder von uns hat, abgesehen von den genetischen Anlagen, die wir nicht ändern können, und gesundheitspolitischen Einflüssen, die Möglichkeit, etwas für seine Gesundheit, die Gesunderhaltung, also für seine eigene Lebensqualität zu tun. Dies gilt für Männer und Frauen gleichermaßen.

Gesundheit zu fördern und Krankheiten zu vermeiden sind die zentralen Aufgaben von Gesundheitsförderung und Prävention. Sie tragen dazu bei, Wohlbefinden, Mobilität und Lebensqualität der Menschen jeden Alters und aller sozialer Schichten zu verbessern und sind unverzichtbare Bausteine für Gesundheit und ein langes Leben (vgl. Positionspapier des GKV Spitzenverbandes v. 27.06.2013).

Gesund bleiben bedeutet z.B. sich gesund zu ernähren, sich ausreichend zu bewegen und zu entspannen, verantwortlich mit Alkohol umzugehen und ein rauchfreies Leben zu führen.

Daten und Informationen zur Lage und Situation vor Ort liegen für alle Themenbereiche nicht durchgängig vor. Ergebnisse aus Befragungen und Interviews geben aber wertvolle Informationen zu bestimmten Situationen und Verhaltensweisen (siehe hierzu insbesondere 5.6).

5.1 Ernährung

Eine *Gesunde Ernährung* bedeutet sich ausgewogen zu ernähren. Fett und Zucker werden von Männern und Frauen in größerem Maße konsumiert und sollten auf eine empfohlene Menge reduziert werden. Gemüse und Obst gehören häufiger auf den Speiseplan. Studien zeigen, dass Männer in der Regel ein anderes Essverhalten haben als Frauen: Männer orientieren sich bei der Nahrungswahl tendenziell weniger als Frauen an gesundheitlichen Gesichtspunkten – Ernährungsthemen haben für sie keine allzu große Bedeutung, so die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA. Übergewicht und Essstörungen sind dann Folgen einer Fehlemährung, die zu Adipositas, Diabetes oder Herz-Kreislaufkrankungen führen können.

Jeder zweite Erwachsene in NRW ist übergewichtig. Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT. NRW, 2014) berichtet über Körpergewicht und Größe, ausgewertet nach den Jahren 2005, 2009 und 2013. Danach ist die Übergewichtigkeit im genannten Zeitraum stetig gestiegen. 2013 waren bereits 52,8 % der Erwachsenen in NRW übergewichtig. Der Anteil der Männer lag bei 62,4 und der der Frauen bei 43,5 %. In Münster stellt sich die Situation wesentlich günstiger dar: Der Anteil übergewichtiger Männer lag 2013 bei 38,3% der der Frauen 29,5 % zusammen bei 39,4 %.

Die Klassifizierung des Body-Mass-Index (BMI) bei Erwachsenen wurde gemäß der World Health Organization (WHO, Stand 2008) vorgenommen:

Kategorie		Body-Mass-Index (von ... bis unter ... kg/m ²)
Untergewicht		unter 18,5
Normalgewicht		18,5 - 25
Übergewicht	Präadipositas	25 - 30
	Adipositas Grade I-II	30 - 40
	Adipositas Grad III	40 oder mehr

$$\text{BMI} = \frac{\text{Gewicht (in kg)}}{[\text{Größe (in m)}]^2}$$

Bevölkerung (Männer und Frauen) in Nordrhein-Westfalen mit Angaben zu Körpergewicht und -größe 2005, 2009 und 2013 – Ergebnisse des Mikrozensus* –												
GKZ	Verwaltungsbezirk <hr/> Jahr	Bevölkerung am Ort der Hauptwohnung (ab 18 Jahren)										
		insgesamt	zusammen	Body-Mass-Index (BMI) Klassifikation ¹⁾						Körpergröße in Meter	Körpergewicht in Kilogramm	BMI ¹⁾
				unter- gewichtig	normal- gewichtig	übergewichtig						
						nicht adipös	adipös	massiv adipös				
				Anzahl		Anteil ²⁾ in Prozent						

Nordrhein-Westfalen											
	2005	14 736 000	11 558 000	2,5	48,0	35,8	12,9	0,7	1,72	75,3	25,5
	2009	14 829 000	10 720 000	2,2	46,4	36,6	14,0	0,9	1,72	76,1	25,7
	2013	14 628 000	10 314 000	2,1	45,1	36,6	15,1	1,1	1,72	76,9	25,9

Männer und Frauen in Münster

Münster, Stadt											
	2005	230 000	182 000	3,5	63,4	28,7	9,1	0,7	1,73	73,5	24,5
	2009	228 000	175 000	2,1	55,5	32,5	10,9	0,3	1,73	74,5	24,9
	2013	255 000	165 000	2,8	57,3	29,2	9,6	0,6	1,74	74,9	24,7

Frauen in Münster

Münster, Stadt											
	2005	122 000	96 000	5,7	69,1	21,5	8,0	0,9	1,67	66,1	23,6
	2009	119 000	91 000	3,1	63,1	25,7	9,1	0,2	1,67	66,8	24,0
	2013	135 000	83 000	4,6	65,2	21,5	8,0	0,1	1,67	66,2	23,6

Männer in Münster

Münster, Stadt											
	2005	108 000	86 000	1,0	57,1	36,6	10,3	0,5	1,80	81,8	25,2
	2009	108 000	84 000	1,0	47,3	39,9	12,8	0,3	1,80	82,9	25,6
	2013	120 000	81 000	0,9	49,1	37,1	11,1	1,1	1,81	83,7	25,6

Tabelle 21 - Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen mit Angaben zu Körpergewicht und -größe (IT. NRW, 2014)

5.2 Bewegung

Männer sind häufiger übergewichtig als Frauen. Gesund bleiben, heißt daher auch in Bewegung bleiben. Bewegung sollte unkompliziert in den Alltag eingebaut werden. Wege zur Arbeit, zum Bäcker, zur Schule zu Fuß oder mit dem Fahrrad zurücklegen, die Treppe und nicht den Fahrstuhl nutzen, in der Mittagspause eine Runde um den Block laufen oder einen Abendspaziergang in die Tageszeitplanungen mit einbauen sind schon erste Schritte in die richtige Richtung. Sport für die Gesundheit wäre ein nächster Schritt. Sportgruppen und Sportvereine bieten für jede Altersgruppe Bewegungsangebote nach Bedarf an. Der Rehabilitationssport unterstützt zudem Menschen nach Erkrankungen. Die Angebotspalette ist sehr vielseitig. Die gesetzliche Krankenversicherung ist mit vielen Programmen aktiv unterwegs. Viele der Aktivitäten sind allerdings sporadisch und nicht nachhaltig angelegt. Hier bedarf es noch einer besseren Vernetzung von Akteuren und Projekten bundesweit. Unter dem Motto „Bewegte Kommune“ erarbeitet derzeit das Gesunde Städte-Netzwerk mit der BarmerGEK ein neues innovatives Bewegungsangebot für Menschen in der Gesunden Stadt.

5.3 Entspannung

Körperliche oder seelische Anspannungen können durch Überlastungen am Arbeitsplatz, in der häuslichen Versorgung oder durch verschiedenste Überforderungen durch Leistungsdruck entstehen. Stress, Burnout können Folgen sein. Unterschiedlichste Entspannungsverfahren bewirken eine Steigerung des Wohlbefindens, Linderung - und eine bessere Bewältigung von Beschwerden.

5.4 Alkoholkonsum

Ein erhöhter *Alkoholkonsum* steigert das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, für Krankheiten der Leber und einige Krebsarten. Hinzu kommt das Risiko der Abhängigkeit.

Übermäßiger Alkoholkonsum ist besonders ein Problem von Männern im mittleren Lebensalter aber in wachsendem Maße auch ein Problem von Kindern und Jugendlichen. „Die KIGGS – Studien zeigen, dass schon im Alter von elf Jahren knapp 20% der Jungen und 12% der Mädchen Alkohol getrunken haben, 45% der Kinder im Alter von 13 Jahren haben nach Selbstangaben Erfahrungen mit Alkoholkonsum. Regelmäßig, d.h. mindestens einmal pro Woche, trinken 18% der männlichen Jugendlichen im Alter von 14 Jahren Alkohol. Diese Quote steigt mit dem Alter kontinuierlich bis auf 67% der 17-jährigen jungen Männer. Mädchen berichten seltener einen regelmäßigen Alkoholkonsum mit 9% (14 Jahre) bis 40% (17 Jahre). Eltern unterschätzen den Alkoholkonsum ihrer Kinder“ (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2008, S. 7-8). Mit dem Präventionsgesetz, das im Juni 2015 verabschiedet worden ist, soll dem Thema Alkoholprävention, als eines der bundesweiten Präventionsziele, eine besondere Aufmerksamkeit zukommen.

5.5 Tabakkonsum

Tabakkonsum birgt viele Risiken. Allem voran stehen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Atemwegserkrankungen und bei 23 % aller Krebsfälle ist das Rauchen die Ursache. Den größten Einfluss hat das Rauchen für Lungenkrebs, Krebserkrankungen der Harnblase, der Speiseröhre, der Bauchspeicheldrüse, des Darms sowie im Kopf und Halsbereich. 28% der Männer und 19% der Frauen rauchen. Analysen aus 2012 über Ergebnisse aus 45 Studien zu 33 Nichtraucherschutzgesetzen zeigen eindeutig: „Überall, wo Rauchverbote eingeführt wurden, sank im folgenden Zeitraum die Anzahl der Krankenhausfälle in bemerkenswertem Umfang: um 15 % bei Herzinfarkten, um 16 % bei Schlaganfällen und um 25 % bei Asthmaanfällen. Der Rückgang von Frühgeburten, Krankheitsfällen bei Schwangeren, Asthmaerkrankungen bei Kindern sowie im Bereich von Herz- und Kreislauferkrankungen bei Erwachsenen belegt immer deutlicher die Wirksamkeit von Nichtraucherschutzgesetzen (vgl. (Tamayo, 2014).

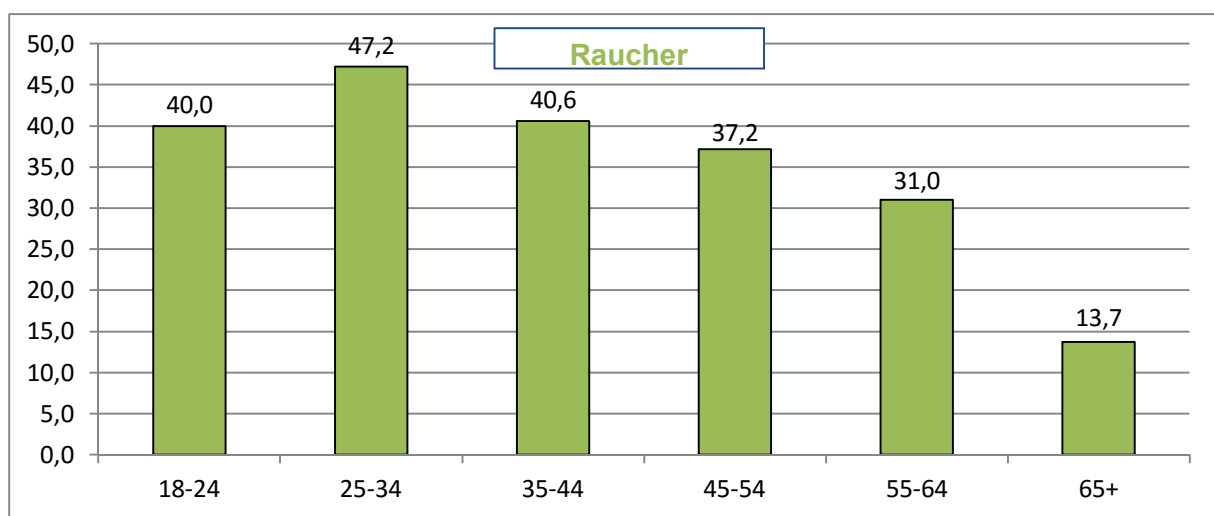


Tabelle 22 - Anteil der Raucher an der männlichen Bevölkerung nach Alter (Starker, 2013, S. 29)

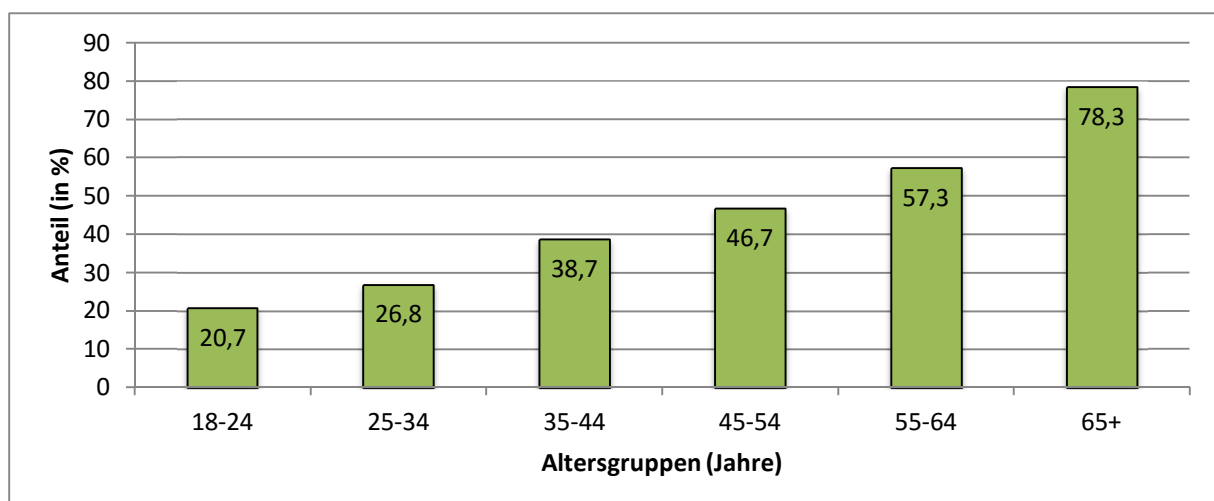


Tabelle 23 - Aufhörquote (Anteil der Ex-Raucher an Männern, die jemals mit dem Rauchen begonnen haben) in der männlichen Bevölkerung nach Alter (Starker, 2013, S. 32)

5.6 Gesundheitsförderung, Prävention und Vorsorge vor Ort

In Münster haben Gesundheitsförderung und Prävention einen hohen Stellenwert. Die Stadt ist Mitglied im **Gesunde Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland**, ein bundesweiter Zusammenschluss von Kommunen, der sich für eine Verbesserung der kommunalen Gesundheitsförderung als gesamtstädtische Querschnittsaufgabe und Gesellschaftsaufgabe einsetzt. Ziel ist die Stärkung der gesundheitsförderlichen Kompetenzen und die Eigenverantwortung jedes Einzelnen und ein langfristiges Zusammenwirken aller Akteure innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens. Die Chancen auf Gesundheit sollen verbessert werden durch die Stärkung von Ressourcen und Senkung von Gesundheitsbelastungen. Zu den Ressourcen zählen Selbstbewusstsein, Kompetenzen, Information, Bildung, Handlungswissen, angemessene Partizipation, Verhaltensspielräume, Unterstützung durch soziale Netze. Gesundheitsbelastungen können sein chemische, physikalische und biologische Umweltbelastungen, körperliche und seelische Überlastungen, falsche Ernährung, Bewegungsmangel, erhöhter Konsum von Suchtmittel oder auch soziale Isolation. Das Gesunde Städte-Netzwerk ruft seine Mitglieder auch dazu auf, die Gesundheit von Jungen und Männern stärker in den Fokus des Geschehens zu nehmen. Das Gesundheitsamt greift im Rahmen seiner kommunalen gesundheitsförderlichen Aufgaben die Gesunde Städte-Strategien auf und kommuniziert unterschiedliche Themen über die Kommunale Gesundheitskonferenz.

Seit vielen Jahren werden durch das **Männerforum Münster** Männergesundheitstage durchgeführt. Das Männerforum Münster ist ein gemeinnütziger Verein der 1994 gegründet wurde. Entsprungen aus der Idee der Selbsthilfe leistet der Verein seine Arbeit ehrenamtlich vgl. www.maennerforum-muenster.de

Das **Männernetzwerk Münster** befindet sich derzeit in der Aufbauphase. Die Netzwerkakteure sind Experten, die sich in ihren professionellen Arbeitsbereichen mit männerspezifischen Themen befassen und hierfür auch Position beziehen wollen, auch zum Thema Männergesundheit. Das Männernetzwerk will über männerspezifische Angebote in Münster informieren, thematisiert und reflektiert die Rolle von Männern in der Gesellschaft und beteiligt sich am fachlichen Diskurs zu männerspezifischen Themen. Dies geschieht durch kontinuierlichen Austausch, Organisation von Fachveranstaltungen, Positionierung von männerspezifischen Themen und Fragestellungen im kommunalpolitischen Bereich u.a. Die Aktivitäten werden unterstützt durch die Pflege einer Homepage vgl. www.maennernetzwerk-muenster.de

Da bewertete Informationen seitens der Beratungsdienste zur Männergesundheit in Münster nicht vorliegen, wurde das Männernetzwerk, deren Mitglieder aus unterschiedlichen Beratungsbereichen in Münster kommen, mittels eines standardisierten Fragebogens zur Bewertung der Situation vor Ort befragt.

Auf die Frage „Nehmen Sie in Ihrer alltäglichen Arbeit geschlechterspezifische Umgangsweisen mit Gesundheit und Krankheit wahr?“ antworteten 50% der Teilnehmer mit ja bzw. nein. 75% der Befragten halten allerdings einen geschlechterspezifischen Umgang von Männern mit Gesundheit und Krankheit in der Beratungsarbeit für wichtig. Das Gesundheitsbewusstsein von Männern bewerten die Beratungsdienste eher gering. Unterschiede im Gesundheitsverhalten zwischen Männern in festen Partnerschaften und Männern ohne eine solche begründen die Befragten recht unterschiedlich. Sie sprechen von einem ungesunden Lebensstil alleinstehender Männer und von einem gesundheitsbewussteren Verhalten von Männern in einer Partnerschaft aufgrund von Regelmäßigkeiten im gemeinsamen Lebensalltag. Auf der anderen Seite wird auch der gesundheitsbewusste Mann beschrieben, der auf Attraktivität und Gesundheit besonderen Wert legt. 50% der Befragten haben Strategien entwickelt, um Männer in der Beratungsarbeit

besser zu erreichen. Beratungsangebote sind speziell auf Männer abgestimmt, Männer sowie Frauen werden Beratungen auf Befragung und Wunsch durch männliche bzw. weibliche MitarbeiterInnen angeboten, dies gilt teilweise auch für Onlineberatungen (Mail- und Chatberatungen).

Aufgrund der guten Vernetzung der Beratungsstellen auf örtlicher- und auch überregionaler Ebene, gibt es vermehrt mänderspezifische Beratungsangebote, Fachtagungen, Fortbildungen und Publikationen, auch im Sinne von Männern für Männer. Männer entwickeln dabei einen eigenen Kommunikationsstil. Sie benötigen ein eigenes Ansprachekonzept. Die Beratungsarbeit, sowie der gesamte Soziale Bereich sind in ihrer Sprache, in ihren Konzepten und ihren Angeboten noch sehr stark weiblich orientiert. Alle Befragten aus den Beratungsdiensten sehen allerdings die Notwendigkeit, sich stärker für Männer einzusetzen.

Rollenbilder von Männern und Frauen haben sich gravierend verändert, Männer müssen sich neu positionieren. Ein besserer Diskurs über Männer und ihre Rolle wird gewünscht. Besondere Bedarfe zu einem geschlechterdifferenziertem Vorgehen werden in der Jungenarbeit gesehen, z.B. durch eine bessere Besetzung der Bildungseinrichtungen mit männlichen Pädagogen, Lehrern und Erziehern. Jungen erleichtert diese eine Identität mit dem gleichen Geschlecht. werdende und junge Väter sind besondere Zielgruppen weil es hier um Einbeziehung der Väter bzw. um gemeinsame Erziehungsfragen geht. Gesundheit stellt ebenfalls ein wichtiges Thema dar, schon weil das Gesundheits- und Risikoverhalten von Jungen und Männer ein riskanteres ist, als das der Mädchen und Frauen.

Das Thema Frauen ist schon seit vielen Jahren ein gesellschaftlich etabliertes Thema. Gleichstellung und Geschlechtergerechtigkeit funktioniert auf Dauer aber nur, wenn beide Geschlechter in den Blick genommen werden. Gleichberechtigung muss dabei auf Augenhöhe erfolgen. Die Teilnehmer an der Befragung haben aus dem Kontext der eigenen Beratungsarbeit heraus aber auch aufgrund eigener Lebenserfahrungen den Wunsch, sich für das Thema Männer zu engagieren in der Hoffnung, dass passgenauere Angebote für Männer entwickelt werden, das Thema Mann ein sichtbarer gesellschaftliches Thema wird und die Gleichstellung auch hier in Münster vorangebracht wird (Hovemann & Weth, Expertenbefragung Männernetzwerk Münster, 2014).

Aus Sicht des **Hausärztesverbundes Münster**, der für diesen Bericht zu einem Interview zur Verfügung gestanden hat, wird eine „Zweiteilung“ im Gesundheitsbewusstsein und im Gesundheitsverhalten von Männern gesehen. Auf der einen Seite sind es die jungen Männer, die in Fitnessstudios gehen und „Körperkultur“ betreiben und daneben das „Gros des Mannes“ welches, weniger um die eigene Gesundheit bemüht ist. Gesundheit ist nach Beschreibung des Hausärztesverbundes Münster statusabhängig. Sozial schwache Menschen haben ein eher geringeres Gesundheitsbewusstsein und dadurch schneller einen schlechteren Gesundheitszustand.

Im Gesundheitsbewusstsein unterscheiden sich auch Männer von den Frauen. Frauen nehmen Vorsorgeuntersuchungen häufiger und von sich aus in Anspruch, Männer müssen dazu vielfach aufgefordert werden. Frauen vereinbaren häufig Vorsorgetermine für ihre Männer, umgekehrt erlebt man dies nicht. „Was nicht weh tut, muss man nicht beachten“, so beschreibt der Hausärztesbund Münster die Sichtweise des Mannes. Auf die Frage nach einer Wehleidigkeit des Mannes beobachten die Ärzte, dass Männer bei schweren Erkrankungen meist gut mit ihrer Situation umgehen.

Zum Hausarzt kommen Männer insbesondere mittleren Alters wegen Arbeitsunfähigkeit oder wegen Schmerzen. Der Hausarzt versucht Patienten, soweit es sinnvoll ist, in Gesundheitsprogramme einzugliedern. Häufiger als früher treten Männer mit psychischen Krankheiten an den

Hausarzt heran. Geriatrische Fragestellungen steigen. Zivilisationskrankheiten allgemein wie Adipositas und Diabetes erfahren eine starke Zunahme.

Männer sind in ihrer Arzt-Patienten-Kommunikation verschlossener als Frauen und stellen sich häufig erst dann den Problemen, wenn sie wirklich akut sind. Die Frage nach einer geschlechterspezifischen Strategie im Umgang mit den Patienten wird bejaht. „Frauen kann man einfacher erklären, was wichtig ist“. Der Mann muss mit möglichen zukünftigen Gesundheitsproblemen offener konfrontiert und ggf. „härter herangenommen“ werden. Bei Männern überlegt man eher „Wie provokativ kann ich mit meiner Aussage sein - nicht so missionierend, eher konfrontieren“ (Hovemann & Weth, Interview mit dem Vorsitzenden des Hausärzteverbundes Münster Dr. med. Armin Schuster, 2014).

Wie gesundheitsbewusst erleben Sie den Mann von heute, so lautete eine Frage gerichtet an die **Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Universitätsklinik Münster**. „Den Mann von heute gibt es so ja nicht“. Man kann sagen, dass Männer weniger gesundheitsbewusst sind als die Frauen. Dies betrifft das Gesundheitsvorsorgeverhalten, die Ernährung, aber auch Themen wie Suchtmittelkonsum. Zum Bereich der psychischen Gesundheit fällt es Männern schwerer, Probleme vor sich selbst zuzugeben und sie größere Hemmschwellen haben, sich an den Hausarzt zu wenden, durch welchen die Patienten oft überwiesen werden. Gründe liegen beispielsweise im starken Selbstbild, in der Angst vor Stigmatisierung und davor, als „Weichei“ da zu stehen. Männer gehen eher technisch mit sich selbst um. Wahrnehmung und Ausdruck von Gefühlen stellen sich für Männer schwieriger dar. Männer gehen oft hart mit sich um und nehmen ihre eigenen Grenzen nicht so wahr.

In die psychosomatische bzw. psychotherapeutische Behandlung der Klinik gelangen etwa 2/3 Frauen und 1/3 Männer, wobei die Anzahl der Männer steigt. Dort werden behandelt:

- Meist somatoforme Diagnosen und dissoziative Störungen (körperliche Beschwerden) ohne ausreichenden organischen Befund und Mischbilder
- Auch: Depressionen, Angststörungen, posttraumatische Belastungsstörungen
- Frauen werden öfter Opfer von Gewalt im nahen familiären Bereich - Männer öfter Opfer im öffentlichen Bereich.

In die Klinik kommen Frauen oder Männer aufgrund des individuellen, persönlichen Leidensdrucks freiwillig – oft in Zusammenhang mit Überforderungen oder Konflikten in Beruf und/oder Familie. Die formale Überweisung der Patienten und Patientinnen erfolgt durch den Hausarzt oder den Facharzt. Männer äußern dabei beim Arzt eher körperliche Beschwerden, welche dann psychische Ursachen haben. In der Therapie angekommen öffnen sich neue Erfahrungswelten, körperliche Auswirkungen auf die Psyche werden erkannt. Von gemischten Gruppenangeboten profitieren sowohl Patientinnen als auch Patienten. Bei Frauen ist im Vergleich zu Männern die Hemmschwelle, psychische Erkrankungen bei sich und anderen zu akzeptieren, niedriger. Sie sind offener als Männer und können besser von Gefühlen und Beziehungserfahrungen berichten.

Eine stärkere Thematisierung geschlechterspezifischer Unterschiede in der Medizin wird seitens der Klinik für absolut wichtig erachtet. Der Patient muss da abgeholt werden, wo er gerade steht. Bei Männern geht es eher darum, Gefühle zu thematisieren. Männer sprechen eher mit Partnerinnen über Probleme und Gefühle und nicht mit Freunden – Frauen oft auch mit Freundinnen. Entstigmatisierung ist wichtig. Männern hilft es auch, wenn Prominente sich äußern, z.B. im Fall des Fußballspielers Robert Enke, der depressiv war. Der Zugang in der psychosomatischen Medizin und der Psychotherapie ist allgemein individuell. Im persönlichen Kontakt wird geschlechterdifferenziert vorgegangen. Im Zusammenhang mit Migration ist der Aspekt „Männerbild – Frauenbild“ vor allem bei muslimischem Hintergrund wichtig (Hovemann &

Weth, Interview mit Prof. Dr. med. Gudrun Schneider, Leitende Oberärztin der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie am Uniklinikum Münster, 2014).

Männergesundheit ist auch Thema der Selbsthilfe und der **Selbsthilfe-Kontaktstelle des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes** am Dahlweg in Münster. Die Selbsthilfegruppen beschäftigen sich mit sehr vielfältigen Themen: mit der Bewältigung bzw. dem Umgang einer chronischen Erkrankung oder einer Psychiatrischen Erkrankung, wie Borderline-Störungen, Depression oder Phobien, mit Krebserkrankungen, Essstörungen, Suchterkrankungen uvm. Männer tun sich zunächst häufig schwer mit der Inanspruchnahme von Selbsthilfeangeboten. Dennoch gibt es auch in Münster Selbsthilfegruppen nur für Männer, beispielsweise die Prostata Selbsthilfegruppe. Dies gilt auch für Gruppen mit ganz speziellen Anliegen wie das Thema Transidentität/Intersexualität oder für Väter nach Scheidung oder Trennung. In vielen Selbsthilfegruppen z.B. zu Herzerkrankungen, Rheuma oder auch Suchterkrankungen sind ebenfalls viele Männer zu finden.

Bei psychischen Erkrankungen oder auch Essstörungen suchen vor allem junge Männer, meistens aufgrund von Überlastungen durch Beruf oder Studium, Hilfe durch den Besuch von Selbsthilfegruppen in Münster, so die Selbsthilfe Kontaktstelle. Das „klassische Klientel“ in der Selbsthilfe sind Frauen und Männer mittleren und älteren Alters. Durch das besondere Verständnis unter Gleichbetroffenen, können viele Menschen ihre Kräfte und Fähigkeiten (wieder) entdecken, diese mobilisieren und letztlich lernen, sich selbst zu helfen und die eigene Situation besser zu bewältigen.

Die Themen, die zukünftig weiter an Bedeutung gewinnen werden, sind weiterhin die psychischen Erkrankungen aber auch Themen, die die Veränderungen unserer Gesellschaft deutlich machen, wie z.B. das Thema Onlinesucht (Weth, Interview mit Renate Ostendorf, Selbsthilfekontaktstelle Münster).

Unterstützungsangebote für Krebspatienten und deren Angehörige

In Münster gibt es über die Kliniken und Praxen im Rahmen der Nachsorge verschiedene Beratungsangebote für Patienten und auch deren Angehörige. Prostatakrebs zählt zu den häufigsten Krebserkrankungen bei Männern. Die Ursache für das vermehrte Auftreten dieser Tumorerkrankung ist u.a. die steigende Lebenserwartung, denn mit dem Älterwerden wächst auch das Risiko für diesen Krebs. Untersuchungen zur Früherkennung dieser Krebserkrankung werden immer noch selten genutzt. Das **Prostatazentrum am UKM** bietet im Rahmen seiner interdisziplinären Kooperation mit beteiligten Kliniken und Instituten seit seiner Gründung im Jahr 2003 Betroffenen, Interessierten sowie niedergelassenen Ärzten in Münster und Umgebung Informationen und Unterstützung zu allen Fragen rund um das Thema der Prostataerkrankungen. Es wird dabei vom **Förderverein des Prostatazentrums** aktiv unterstützt. Der Förderverein sieht seine Aufgabe in der ideellen und materiellen Förderung des Prostatazentrums am UKM, der Erarbeitung von Präventions-, Behandlungs- und Rehabilitationsmöglichkeiten und insbesondere in der Verbesserung des Informationsstandes der Öffentlichkeit zu den Erkrankungen der Prostata. Über Fachveranstaltungen wurden in den zurückliegenden Jahren viele Männer und deren Angehörige erreicht. Dem Förderverein gelingt es, das Thema in die Stadtgesellschaft zu tragen (Weth, Interview mit Christiane Ptok, Geschäftsführerin des Prostatazentrums und des Fördervereins am Uniklinikum Münster, 2015).

Unterstützungsangebote für männliche Krebspatienten ab 60 Jahren wurden vor einigen Jahren vom **Zentrum für Krebsmedizin der Universitätsklinik** (Comprehensive Cancer Center Münster), entwickelt. Das Projekt gibt Männern Hilfe zu psychoonkologischen Fragestellungen.

Erfahrungen daraus zeigen, dass es schwierig ist, Männer zum Mitmachen zu gewinnen, wobei grundsätzlich nach erfolgter Teilnahme ein positives Feedback durch die Teilnehmer erfolgt.

Seit vielen Jahren arbeitet in Münster und auch seit einiger Zeit im Münsterland die **Krebsberatungsstelle** in Trägerschaft des Tumor-Netzwerkes im Münsterland e.V., dem Krankenhausträger, Kliniken, Praxen u.a. als Mitglieder angehören. Die Stadt Münster unterstützt finanziell die Arbeit. Die Beratungsangebote sind vielseitig. Psychoonkologische Krebsberatung und Begleitung, Soziale Arbeit in der ambulanten psychosozialen Krebsberatung, Vorträge, Gesundheitskurse, Bewegung und Sport, Ernährung, medikamentöse Therapie und Selbsthilfeunterstützung gehören zu den Leistungen der Krebsberatungsstelle. Im hauptamtlichen Beratungsteam arbeiten keine Männer.

Seit Jahren liegt der Anteil der Inanspruchnahme von psychoonkologischen Einzelberatungen durch betroffene Männer deutlich unterhalb der Inanspruchnahme Quote durch Frauen. So betrug der Anteil in 2014 25% (Betroffene Männer) im Vergleich zu 47% (Betroffene Frauen). Laut epidemiologischem Krebsregister betreffen die vier häufigsten Krebsneuerkrankungen bei Männern in Münster die folgenden Organe in absteigender Reihenfolge: Prostata, Darm, Lunge und Harnblase.

Es wird angeregt, die Inanspruchnahme Quote der betroffenen Männer durch geeignete Maßnahme zu steigern. Dies könnten spezielle gender- und zielgruppenspezifische Ansätze in der Öffentlichkeitsarbeit und Beratung sein.

6 Altersspezifische Betrachtungen

6.1 Jungengesundheit

Deutschland hat einen hohen Lebensstandard und sowohl ein gut ausgebautes Bildungs- als auch ein Gesundheitssystem. Es besteht Konsens, dass die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu keiner Zeit in Deutschland so gut war, wie in der heutigen Zeit. Klassische Infektionskrankheiten oder Mangelkrankheiten sind heute eine Seltenheit. Ebenso leben Kinder mit chronischen Erkrankungen beispielsweise der Atemwege oder der Herz Kreislauforgane heute mit wesentlich weniger Einschränkungen und in höherer Lebensqualität.

Sorgen machen dagegen aber seit einigen Jahrzehnten die sogenannten „neuen Morbiditäten“ = „Neue Krankheiten“. Zu diesen werden psychische und psychiatrische Erkrankungen, Verhaltensauffälligkeiten, Allergien und asthmatische Erkrankungen aber auch Stoffwechselstörungen wie Körperübergewicht und Fettleibigkeit gezählt. Es entspricht dem Stand der Wissenschaft, dass es für diese Krankheiten oder „Normabweichungen“ in der Regel keine klaren Ursachen sondern eher ein Ursachengeflecht oder Ursachenbündel gibt. In vielen Fällen liegen nicht allein klassische Gesundheitsrisiken zu Grunde, die sich im Gesundheitssystem einfach behandeln ließen. Nicht selten bestehen Risikofaktoren im Bereich der persönlichen Bildung, des sozialen Standes oder der individuellen Biographie.

Demnach gelingt es auch kaum alleine im Gesundheitssystem wirksame Vorsorge- oder Präventionsmechanismen zu entwickeln bzw. nachhaltig wirksame Therapien anzubieten. Dabei machen viele Untersuchungen deutlich, dass gerade auch diese neuen Morbiditäten zwischen Jungen und Mädchen ungleich verteilt sind.

Wichtigste Datenquelle für diese Fragestellungen ist der Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KIGGS), des Robert-Koch-Instituts (RKI). Nach einer umfangreichen Datenerhebung in einer repräsentativen und bundesweit ausgelegten Untersuchungsabfolge in den Jahren 2003-2006 sind in der weiteren Zeit bis heute weitere Untersuchungen und Befragungen dazu gekommen.

Die im Folgenden zitierten Ergebnisse beziehen sich vornehmlich auf die telefonischen Befragungen, die in der Zeit zwischen 2009 - 2012 erfolgt sind (sogenannte „KIGGS-Welle 1“).

Die oben genannten guten Lebensbedingungen spiegeln sich auch im persönlichen Gesundheitsgefühl der befragten Kinder und Jugendlichen wieder. Nur 6,3% der Befragten bezeichnen ihre subjektive Gesundheit als mittelmäßig, schlecht oder sehr schlecht. Hier finden sich kaum Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen. Gefragt, ob denn beim Kind chronische Krankheiten oder Gesundheitsprobleme bestehen trifft dies bei Jungen mit 17,9% schon wesentlich häufiger zu, als bei Mädchen mit 14,3%. Dabei wird bei Jungen beispielsweise häufiger ein Asthma bronchiale angegeben als bei gleichaltrigen Mädchen.

Häufiger sind auch Jungen von Unfällen und Unfallfolgen betroffen. Es gaben 17% der Jungen aber nur 14% der Mädchen an, in den letzten 12 Monaten einen behandlungsbedürftigen Unfall erlitten zu haben.

Deutlicher wird der Unterschied bei Symptomen, die für das Risiko einer psychischen Erkrankung stehen. In einer standardisierten Befragung fand man entsprechende Risikowerte bei 23,4% der Jungen aber nur bei 16,9% der Mädchen. Deutlich sind die Unterschiede auch bei der Diagnose von Aufmerksamkeitsstörungen (ADHS). Während diese Diagnose bei Jungen im Alter von 3-17 Jahren in 8,0% diagnostiziert wurde, gilt das für Mädchen in nur 1,7%. Anzeichen für Essstörungen dagegen findet man häufiger bei Mädchen (28,9%) als bei Jungen (15,2).

Deutlich ist der Unterschied zwischen den Geschlechtern auch bei der Frage nach persönlich erlittener Gewalterfahrung. Während 32,4% der befragten Jungen angeben, in den letzten 12 Monaten entsprechende Erfahrungen gemacht zu haben liegt die Quote bei Mädchen mit 17,5% knapp halb so hoch.

Eine Angleichung hat sich in den letzten Jahren gegeben beim Konsum von Alkohol und Tabak. Etwa 11% der Jungen und Mädchen geben regelmäßiges Rauschtrinken an, etwa 12% rauchen, knapp die Hälfte davon täglich. Kaum Unterschiede zwischen den Geschlechtern finden sich auch bei der Verbreitung von Übergewicht und Adipositas.

Bereits diese Auflistung der jüngsten Erkenntnisse der KIGGS-Studie machen deutlich, dass trotz der allgemein guten Lebens- und Aufwuchsbedingungen für Kinder und Jugendliche in Deutschland, kein Grund besteht, in den Bereichen Gesundheitsvorsorge, Krankheitsvorbeugung und Prävention nachzulassen. Die zunehmende Verbreitung „neuer“ und multifaktorieller Störungsbilder sowie der hohe Anteil von Kindern und Jugendlichen mit Risikofaktoren für psychische Erkrankungen deuten darauf hin, dass in der modernen Gesellschaft zielgruppenspezifische und vernetzte Angebote zur Gesunderhaltung und Krankenbehandlung erforderlich sind.

Der immer wieder feststellbare Zusammenhang zwischen subjektivem Gesundheitsempfinden, körperlichen und psychischen Krankheiten aber auch gesundheitlichem Risikoverhalten auf der einen Seite und persönlicher Bildungsbiographie und sozialem Status auf der anderen Seite lassen bewusst werden, dass eine systematische Vernetzung von Jugend-, Gesundheits- und Sozialhilfe aber auch vom Bildungswesen erforderlich sind, wie es bereits der 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung von 2008 formuliert hat, um der Krankheitsentwicklung von Jungen und von Mädchen im systemischen und gesellschaftlichen Maße wirksame Maßnahmen entgegenzusetzen.

6.2 Gesundheit von Männern während der Arbeitsphase

Die Situationen an Arbeitsplätzen können extrem belastend sein. Männer sind stärker als Frauen von Berufskrankheiten und Arbeitsunfällen betroffen. Sie sind chemischen und physikalischen

Stoffen oder Umständen, die eine schädigende, krankheitserzeugende Wirkung auf den Organismus oder auf ein Körperorgan ausübt, häufiger ausgesetzt. Sie leisten vermehrt körperliche schwere Arbeit in gesundheitsgefährdetem Ausmaß und leiden in größerem Umfang an „Verschleiß-Krankheiten“ die zu Frühberentungen und einer höheren Frühsterblichkeit von Männern im Allgemeinen führen (vgl. Bardehle & Stiehler, 2010, S. 85).

Betriebliche Gesundheitsförderung als Teil des Betrieblichen Gesundheitsmanagements hat in den zurückliegenden Jahren ein zunehmendes Interesse bei Arbeitgebern als auch Arbeitnehmern gefunden. Ziel ist es, die Gesundheit, das Wohlergehen und die Leistungsfähigkeit der Beschäftigten zu fördern, gesundheitliche Risiken zu senken und die gesundheitlichen Bedingungen in Betrieben zu verbessern. Ein gutes Gesundheitsmanagement in Betrieben, stärkt die Motivation der Beschäftigten, minimiert Krankheits- und Produktionsausfälle und führt so auch zur Steigerung der Produktivität und Wettbewerbsfähigkeit. Dabei stehen ganzheitliche Konzepte mit Schwerpunkten wie „Sport und Bewegung“, „Gesunde Ernährung“, „Stressbewältigung“ und „Work-Life-Balance“ im Vordergrund der Bemühungen. Das am 16.06.2015 verabschiedete Bundespräventionsgesetz stärkt die Gesundheitsförderung in Betrieben. Rahmenbedingungen dafür sollen verbessert werden, die betriebliche Gesundheitsförderung soll enger mit dem Arbeitsschutz verknüpft werden. Die Betriebsärztlichen Dienste sollen in die Konzeption und Durchführung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung stärker eingebunden werden. Die Krankenkassen haben den Unternehmen Beratung und Unterstützung anzubieten. Da es sich bei diesen Aktivitäten primär um betriebliche Angelegenheiten und Leistungen handelt, wird an dieser Stelle auf weitere Ausführungen dazu, verzichtet.

6.3 Gesundheit im Alter

Ab einem bestimmten Alter kann es sein, dass eine Lesebrille benötigt wird, Fakten schneller als vorher vergessen werden, die Konzentrationsfähigkeit nachlässt und mehr Zeit für die eigene Regenerierung benötigt wird. Risikofaktoren wie Rauchen, Alkohol, Adipositas u.a. können zunehmend chronische Krankheiten nach sich ziehen. Auf der anderen Seite können aber auch aufgrund von Lebenserfahrung Krisen besser bewältigt werden (Bardehle & Stiehler, 2010, S. 58). Zwischenzeitlich gibt es umfangreiche Literatur zum Thema Alter und Älter werden. Eine geschlechterspezifische Sichtweise ist aber auch heute leider noch eher selten. Dabei spielt die psychische Gesundheit von Männern auch im Alter eine stetig steigende Rolle. Der Männergesundheitsbericht 2013 hat das Thema Psychische Gesundheit im Fokus (Weißbach & Stiehler, 2013).

Folgende entwicklungspsychologische Besonderheiten im späten Lebensalter beschreibt der Erste Deutsche Männergesundheitsbericht:

Umstellung auf das Rentenalter
Erneute Änderung der Partnerschaftssituation durch „Ganztagskontakt“
Neuanpassung hinsichtlich täglicher Aufgaben und Verpflichtungen
Mehr Zeit für Hobbys und andere Aktivitäten
Zunehmende Beschäftigung mit Krankheiten und altersbedingten Veränderungen des Körpers
Krankheit und Tod der meist langjährigen Partnerin bzw. des meist. langjährigen Partners
Zunehmende Konfrontation mit Krankheiten und dem Tod von Freunden und Bekannten
Altersdepression
Konfrontation mit der Möglichkeit von altersgerechtem Wohnen bis hin zum Pflegeheim

Tabelle 24 - Entwicklungspsychologische Besonderheiten im spätem Lebensalter

Die Andrologie beschäftigt sich seit vielen Jahren mit der Männergesundheit und speziell auch der Männergesundheit im Alter. Erste Männergesundheitszentren etablieren sich, Männerberatungskonzepte und Männersprechstunden werden eingerichtet. Ziel ist dabei auch, Männer für ein gesundheitsbewusstes Verhalten zu motivieren. Nicht zuletzt soll ein zeitgemäßes Männergesundheitsbild entwickelt werden.

Gesundes Älterwerden wird heute vor allem im Sinne einer aktiven Lebensgestaltung interpretiert.

Die aktive Lebensgestaltung älterer Menschen ist gebunden:

- **an Fähigkeiten, Fertigkeiten und Interessen des Menschen** (durch körperliche, seelisch-geistige und soziale Aktivitäten trägt der Mensch bis ins hohe Alter zur Erhaltung der Fähigkeiten, Fertigkeiten und Interessen bei)
- **an die materielle und soziale Sicherung** (sie sind für das Lebensgefühl älterer Menschen von zentraler Bedeutung)
- **an die Gestaltung der räumlichen, sozialen und infrastrukturellen Umwelt** (sie ist bedeutsam für Mobilität und soziale Integration und gibt Anregungen zur Aktivität z. B. in Bildungseinrichtungen, Institutionen, Selbsthilfe etc.)
- **an die Einstellung der Gesellschaft gegenüber Alten und älteren Menschen** (in dem Maße, in dem sich die Gesellschaft die Erfahrungen und das Wissen älterer Menschen, deren Kompetenz als Humanvermögen begreift, steigt auch die Bereitschaft sich für die Gesellschaft zu engagieren).

(vgl. Empfehlungen der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V.)

Das Gesunde Städte-Netzwerk hatte sich im Jahr 2007 in Berlin gemeinsam mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BzgA und dem Deutschen Städtetag mit dem Thema „*Gesund älter werden in Städten und Regionen*“ beschäftigt und dazu einen *Berliner Appell* erarbeitet mit der Zielsetzung, möglichst vielen Menschen ein langes Leben zu ermöglichen und gleichzeitig für die verlängerte Lebenszeit eine hohe Lebensqualität zu erreichen.

Zwei Grundsätze sind dabei von entscheidender Bedeutung:

- ein Verständnis von Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe, die möglichst viele Bereiche von Gesellschaft, Politik und Verwaltung einbezieht sowie
- die systematische Beteiligung der älteren Menschen und ihrer Organisationen an kommunalen Planungs- und Entscheidungsprozessen.

Festgestellt wurde, dass eine geschlechterspezifische Sichtweise für die Bedürfnisse älterer, aber noch selbständig lebender Menschen kaum vorhanden ist.

Im Rahmen ihrer Möglichkeiten sollten auf kommunaler Ebene folgende Handlungsfelder fokussiert werden:

- Gesundheitsförderung und Prävention für älter werdende Menschen, insbesondere für die „jungen Alten“ und sozial schlechter gestellten Gruppen, sollten stärker als bisher in das Blickfeld der kommunalen Verantwortung und auch des Öffentlichen Gesundheitsdienstes gestellt und ressortübergreifend angegangen werden.

- Vorhandene Angebote von Gesundheitsförderung und Prävention werden qualitativ und quantitativ weiterentwickelt und ausgebaut. Dabei ist ein vernetztes Handeln der privaten und öffentlichen Träger und Beteiligten anzustreben und zu verstärken. Vernetzte Aktionsformen führen zu besseren Ergebnissen.
- Angebote und Projekte für ältere Menschen werden wohnortnah eingerichtet. Die möglichst leichte Erreichbarkeit erleichtert deren Nutzung. Sie müssen auch für einkommensschwache Gruppen annehmbar sein. Wo nötig und möglich, sind sie um aufsuchende Angebote (z.B. Besuchsdienste) zu ergänzen.
- Angebote sind geschlechterorientiert zu entwickeln.
- Die Dimension der psychischen Gesundheit wird ausdrücklich einbezogen.
- Gesundheits- und Pflegekonferenzen – so sie noch nicht etabliert sind – sollen in den Kommunen und Kreisen eingerichtet werden.
- Die Bereitschaft in der Gesellschaft, sich für die eigenen Angehörigen und die im unmittelbaren sozialen Umfeld lebenden Menschen zu engagieren, wird intensiver unterstützt. Neue Möglichkeiten werden geschaffen und erprobt. Dazu gehören auch unkonventionelle Formen des Bürgerengagements.

Im Jahr 2012 wurde mit Unterstützung durch das Bundesgesundheitsministerium durch den Verbund *gesundheitziele.de* das Nationale Gesundheitsziel „Gesund älter werden“, erarbeitet. Zu den Handlungsfeldern Gesundheitsförderung und Prävention, medizinische, psychosoziale und pflegerische Versorgung und zu besonderen Herausforderungen wurden Ziele, Teilziele und Maßnahmen zur Umsetzung erarbeitet. Dieses Nationale Gesundheitsziel kann örtlichen Aktivitäten bei der Ermittlung, Erarbeitung und Umsetzung von Maßnahmen hilfreich sein und bietet sich als Arbeitshilfe an.

6.3.1 Aktivitäten in Münster

In Münster beschäftigen sich seit einigen Jahren Einrichtungen Gruppen und Akteure mit dem Thema Gesundheit und Alter.

Die Kommunale Gesundheitskonferenz hat diese Aktivitäten genutzt und im Jahr 2008 einen Facharbeitskreis mit der Erarbeitung von Handlungsempfehlungen beauftragt. Diese von der Gesundheitskonferenz verabschiedeten Handlungsempfehlungen haben auch die Gesundheit von älteren Männern mit in den Fokus genommen. Bewegt und mitten drin, Gut ernährt und wirklich fit, psychische Gesundheit und soziale Teilhabe sind wesentliche Schwerpunkte der Empfehlungen. Die Gesundheitskonferenz hat eine sukzessive Umsetzung in einzelnen Schritten im Sinne einer gemeinschaftlichen und gesellschaftlichen Teilhabe aller Akteure mit Beteiligung der älteren Menschen empfohlen. So arbeiten heute in Münster auch durch die Vernetzung unterschiedliche Akteure aus dem Ehrenamt, der Wohlfahrtspflege und Ämtern zum Thema Gesundheit und Alter. Sie bieten Informationen, Beratung, Begleitung oder Arbeitshilfen zu unterschiedlichen Themen für Männer und Frauen an, wie:

- Gesundheitsförderung im Alter
- Sturzprävention

- Pflegeberatung
- Wohnen im Alter
- Körperliche und geistige Betätigung im Alter
- Freizeit, Begegnung und Bildung im Alter

Ein Seniorenportal rundet die Angebote ab. Eine geschlechterspezifische Betrachtung ist bisher eher selten.

Unter dem Motto „*Gesund und aktiv älter werden in Münster*“ laden das Gesundheitsamt, die Kommunale Seniorenvertretung und die Selbsthilfekontaktstelle Münster seit 2012 Senioren und Seniorinnen zu einem jährlichen Fachaustausch ein. Die Veranstaltungsinhalte orientieren sich an Bedarfen aus dem Kreis der Seniorinnen und Senioren. Geschlechterspezifische Fragestellungen sollen besondere Berücksichtigung finden.

Das Sozialamt der Stadt hat zudem in seiner Seniorenarbeit das Querschnittsthema Gesundheitsförderung mit im Fokus und kooperiert dazu mit dem Gesundheitsamt.

6.3.2 Sucht im Alter

Die Personengruppe ältere Menschen ist in Bezug auf das Thema Sucht sowohl von der Suchtforschung als auch von der Suchtprävention eine bisher wenig beachtete Zielgruppe. Ein mangelndes Problembewusstsein in der medizinischen und pflegerischen Versorgung z. B. in Bezug auf Medikamentengabe wird immer wieder beobachtet und durch den Arzneimittelreport 2011 der BARMERGEK, bestätigt. Stationäre Einweisungen werden auch aufgrund multimorbider Erkrankungen selten auf Grund der Diagnose „Sucht“, sondern eher wegen anderer, z. B. psychischer Erkrankungen vorgenommen, obwohl eine manifeste Abhängigkeit das eigentliche Problem darstellt. Sucht spielt sich vielfach „hinter verschlossenen Türen“ ab, wird nicht richtig erkannt bzw. bagatellisiert.

Verschiedenste Ursachen können in eine Sucht führen:

- Das Wegbrechen sozialer Kontakte, Einsamkeit, Gefühle der zunehmenden Wertlosigkeit, Ängste und familiäre Probleme sind häufige Ursachen, die zu Konflikten mit dem Umfeld, zum Rückzug aus der Gesellschaft, zu weiteren gesundheitlichen Einschränkungen, zur Verwahrlosung bis hin zur Depression und Entwicklung von Suchterkrankungen führen können.
- Beendigung des Berufslebens, Anpassung an einen neuen Lebensabschnitt
- Gefühl nicht mehr gebraucht zu werden
- Einsamkeit, Wegfall sozialer Netze, Verwitwung, Verlust von Freunden und Angehörigen
- unzureichende Freizeitgestaltung
- Heimaufnahme
- erlernte Hilflosigkeit durch Rollen- oder Kompetenzverlust
- nachlassende körperliche und intellektuelle Fähigkeiten
- Zunahme von Krankheiten und körperlichen Beschwerden
- zunehmende gedankliche Beschäftigung mit dem Tod
vgl. (Dech; Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS))

Datenlage bundesweit

Es gibt bislang wenige Studien zur Häufigkeit, Entstehung, Verlauf und Behandlung von Suchtkrankheiten im höheren Lebensalter. Erste Ergebnisse aus Wissenschaft und Praxisprojekten verschaffen uns jedoch Einblicke in die Situation und zeigen Bedarfe und notwendige Hilfen auf (s. siehe auch DHS und Förderschwerpunkt „Sucht im Alter“, BMG).

17,8 % der Frauen und 28,4 % der Männer in Deutschland über 65 Jahre wird ein Risikoalkoholkonsum, also ein Genuss oberhalb der o. g. Empfehlungen, zugeschrieben, der zu einer Abhängigkeit führen kann. Je höher die Bildungsgruppe, umso größer ist der Alkoholmissbrauch (Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2008) Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen, Themenheft Bd.40, Hrsg. Robert Koch Institut).

Nach einer Studie des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) schätzen Pflegekräfte, dass ca. 14 % der Menschen die von ambulanten Pflegediensten und in stationären Einrichtungen betreut werden, Alkohol oder Medikamentenprobleme haben (Pressemitteilung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung 20.10.2010)

Zum Medikamentenmissbrauch gibt es eine Vielzahl von Beschreibungen und Hinweisen seitens der DHS und der Suchthilfeeinrichtungen. Auch Forschungsberichte machen auf Missstände aufmerksam. Die Beauftragte der Bundesregierung für Drogenfragen schätzt, dass es in der BRD ca. 1,4 bis 1,9 Millionen Medikamentenabhängige gibt. Dabei sind im Gegensatz zum Alkoholmissbrauch Frauen häufiger betroffen als Männer. Der Arzneimittelreport 2011 der BarmerGEK beschreibt, dass 20 % der Versicherten, vor allem die Älteren, 80 % der Arzneimittelmengen verordnet bekommen (Barmer GEK, 2011, S. 11).

Vermutlich wird aufgrund der demografischen Entwicklung die absolute Zahl älterer Erwachsener mit Alkoholproblemen deutlich steigen. So wird bis zum Jahr 2030 nach einer Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes die Zahlen der über 60-Jährigen um etwa 40 % zunehmen.

Die Konsummuster Älterer sind insgesamt weniger auffällig als die jüngerer Menschen mit Alkoholproblemen. Ältere trinken in der Regel insgesamt weniger exzessiv und ihre Rauschzustände sind weniger ausufernd. Sie trinken eher über den Tag verteilt und halten dabei einen gewissen Alkoholpegel konstant. Auch die Trinkorte sind andere: Ältere trinken eher zuhause und allein, also unbemerkt. In diesem Zusammenhang ist auch auf den verdeckten Alkoholkonsum hinzuweisen. Stärkungsmittel und Hustensäfte enthalten bis zu 80 % Alkohol. In Kombination mit weiteren Medikamenten, weiterem Alkoholkonsum oder bei Alkoholproblemen in der Vergangenheit kann dies sehr problematische Nebenwirkungen nach sich ziehen.

Schließlich stehen bei Männern und Frauen im höheren Erwachsenenalter andere Alkoholfolgeschäden im Vordergrund als in jüngeren Jahren. Neben häuslichen Unfällen, wie Stürzen, sind dies vor allem eine – nicht durch Altersabbau verursachte – verminderte körperliche und geistige Leistungsfähigkeit und Voralterung der Organe sowie alkoholassoziierte Krankheiten wie Lebererkrankungen bis hin zur Leberzirrhose, hirnorganische Schädigungen und Krebserkrankungen, z. B. der Speiseröhre, der Bauchspeicheldrüse, des Enddarms und der weiblichen Brust. Ein besonders schwerwiegendes, noch nicht ausreichend beachtetes Problem ist das der Wechselwirkungen zwischen Medikamenten und Alkohol (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)).

Bewertung der Situation in Münster:

Mit dem Bericht „Sucht im Alter“ hat sich das Gesundheitsamt im Jahr 2013 durch Recherchen und Befragungen in Praxen, Versorgungseinrichtungen und Experteninterviews ein Bild über die Situation und Versorgung älterer Menschen mit Suchtproblemen verschafft. Zur Erstellung des Berichtes wurden Daten aus diversen Anbietern der Sucht-, Kranken- und Altenhilfe in Münster erhoben. Insgesamt nahmen vier psychiatrische Fachkliniken und fünf Beratungsstellen an der Umfrage des Gesundheitsamtes teil. Zudem beteiligten sich 23 niedergelassene Hausärztinnen und -ärzte sowie Fachärzte für Psychiatrie/ Psychotherapie oder Nervenheilkunde aus Münster an der Umfrage.

Hierbei zeigte sich, dass sich das Suchtverhalten von Männern deutlich von dem der Frauen unterscheidet. Dies gilt insbesondere für den Missbrauch von Alkohol und Medikamenten sowie für die Inanspruchnahme von Hilfe-, Beratungs- und Behandlungsleistungen allgemein.

Fragen und Hypothesen zu Problemstellung und Ursachen

- Sucht im Alter ist in der Öffentlichkeit ein wenig beachtetes Problem.
- Fehlen ausreichende Informationsmöglichkeiten über das Krankheitsbild, Hilfesystem, die Diagnostik und Therapieformen?
- Fehlen zielgruppen- und genderspezifische Konzepte?
- Gibt es zu wenige niederschwellige Beratungs-/ Informationsangebote?
- Sind Sucht- und Altenhilfe unzureichend vernetzt und deren Mitarbeiter in diesem speziellen Themengebiet unzureichend qualifiziert?
- Ist das Hilfesystem von der medizinischen Versorgung bis hin zur Apotheke zu wenig sensibilisiert im Themenfeld Sucht im Alter?

Umfrageergebnis **Beratungsstellen** (Rücklauf 100 %)

Ältere Menschen gehören bisher nicht zum Klientel. Die Einrichtungen sind nicht auf die Altersgruppe 65+ ausgerichtet. Es besteht keine offizielle Vernetzungsstruktur zwischen Alten- und Suchthilfesystemen.

Umfrageergebnis **Kliniken** (Rücklauf 100 %)

Alkoholbedingte Anlässe dominieren. Einweisungen bzgl. Abhängigkeit/Missbrauch von Sedativa sind bei Frauen häufiger als bei Männern. Die Krankenhausfalldaten für Münster aus dem Jahr 2010 zeigen keine besonderen Auffälligkeiten, wobei ältere Patientinnen und Patienten mit einer Suchtproblematik vielfach mit einer anderen Diagnose in die stationäre Versorgung eingewiesen werden. Im Jahr 2010 hat es vier Sterbefälle im Alter 80 und älter (2x w. und 2x m.) klassifiziert im Sinne ICD F10 – F 19 (psychiatrische Erkrankungen) gegeben.

Umfrageergebnisse aus den **Arztpraxen** (Rücklauf 21 %)

Die Ergebnisse lassen keine verlässliche Berechnung zu. Nach Aussage der Praxen weisen 3–5 % der Patientinnen und Patienten einen Alkoholmissbrauch und etwa die Hälfte davon eine manifeste Alkoholabhängigkeit auf. Ähnliches gilt für Patienten in Bezug auf einen Beruhigungsmittelmissbrauch.

Umfrageergebnisse aus den Interviews

- niederschwellige, altersgemäße Beratungsangebote müssen ausgebaut werden
- teilstationäre psychotherapeutische Behandlungsangebote für medikamenten-abhängige Senioren müssen geschaffen werden
- über geeignete Pflegemaßnahmen für Opiat-/Methadonabhängige ältere Menschen muss in Zukunft nachgedacht werden
- soziale Netze und Betätigungsmöglichkeiten fehlen und müssen ausgebaut werden
- ambulant und stationär betreute Wohnformen müssen ausdifferenziert und ausgeweitet werden
- besonderer Pflegebedarf von suchtkranken Menschen in der Altenhilfe muss sichtbar werden
- gesamter Bereich muss koordiniert werden
- Ausbau von Fortbildungsangeboten für Therapeuten, Helfer und Laien
- Thema muss aus der Grauzone heraus stärker in die Öffentlichkeit gelangen, Endstigmatisierung
- Problembewusstsein in der medizinischen und pflegerischen Versorgung zur Medikamentengabe muss sich verändern
- Sucht ist ein gesellschaftliches Thema
- Entwicklung einer abgestimmten präventiven Arbeit durch unterschiedliche Partner vor Ort

Weitere Informationen zum Thema Sucht im Alter gibt der zitierte Bericht des Amtes für Gesundheit, Veterinär- und Lebensmittelangelegenheiten der Stadt Münster.

7 Handlungsempfehlungen und Umsetzung

Das Gesundheitsamt hat am 13.05.2015 der Kommunalen Gesundheitskonferenz Münster die Aktivitäten zur Erarbeitung des Männergesundheitsberichtes vorgestellt. Bisher haben sich der Stadtsporthund, die LWL Klinik, die Ev. Familienbildungsstätte, das Männernetzwerk Münster, das Frauenbüro, die FDP sowie die SPD Fraktion bereit erklärt, als Arbeitskreis der Kommunalen Gesundheitskonferenz zum Thema Männergesundheit, an der Entwicklung geeigneter Handlungsempfehlungen und der weiteren Umsetzung mitzuwirken.

Nach der Vorlage des Berichtes in Fachausschüssen des Rates der Stadt wird dieser neue Arbeitskreis der Kommunalen Gesundheitskonferenz seine Arbeit aufnehmen.

Literaturverzeichnis

- BAGSO (2013). *Die BAGSO - Publikation 36*. Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V. (BAGSO).
- Bardehle, D., & Stiehler, M. (2010). *Erster Deutscher Männergesundheitsbericht*. W. Zuckerschwerdt Verlag.
- Barmer GEK (2011). *Arzneimittelreport - Kurzfassung*.
- BPTK Newsletter (2014). Diagnose Junge! Pathologisierung eines Geschlechtes? *Die Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland KiGGS, II 2014*, S. 6.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2013). *Forschungsbericht 435: Lebenssituation und Belastung von Männern mit Behinderungen und Beeinträchtigungen in Deutschland - Haushaltsbefragung - Abschlussbericht*.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2013). *Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen*.
- Dech, H. Studie. Berlin: Fachhochschule für Soziale Arbeit.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS).
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes. *Gesundheitliche Lage der Männer in Deutschland*. (Robert-Koch-Institut, Hrsg.)
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2008). *Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen* (Bd. RKI Themenheft Nr. 40). (Robert-Koch-Institut, Hrsg.)
- Hovemann, J., & Weth, C. (10/2014). Expertenbefragung Männernetzwerk Münster.
- Hovemann, J., & Weth, C. (10/2014). Interview mit dem Vorsitzenden des Hausärzterverbundes Münster Dr. med. Armin Schuster.
- Hovemann, J., & Weth, C. (11/2014). Interview mit Prof. Dr. med. Gudrun Schneider, Leitende Oberärztin der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie am Uniklinikum Münster.
- IT NRW. (2014). *Information und Technik Nordrhein-Westfalen*. Von <https://www.it.nrw.de/index.html> abgerufen
- Marmot, M. (2010). Fair society, healthy lives. In *The Marmot review. Strategic review of health inequalities in England post*. London: UCL.
- Möller-Leimkühler, A. M. (2008). Geschlechtsspezifische Unterschiede bei Depression und Suizidalität. *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie*, S. 40-45.
- Pollack, W. (1998). Mourning, Melancholia and Masculinity: Recognizing and treating Depression in Men. *A New Psychotherapy for Men*, 147-166. (W. Pollack, & R. Levent, Hrsg.) New York: Wiley.
- Robert-Koch-Institut (2013). RKI Gesundheitsreport.
- Schenk, L. (2007). Migration und Gesundheit- Entwicklung eines Erklärungs- und Analysemodells für epidemiologische Studien. *International Journal of Public Health*(52), S. 87-89.
- Starker, A. (15. März 2013). Der Männergesundheitsbericht des RKI - Präsentation anl. ÖGD Fortbildung.
- Statistisches Bundesamt, BZgA, TK, DKV. Studie.
- Tamayo, M. (2014). *Nichtraucherschutz: Was bewirken Gesetze?* (Bd. Blickpunkt Gesundheit Nr. 3). Düsseldorf: Akademie für öffentliches Gesundheitswesen.
- Weißbach, L. & Stiehler, M. (Hrsg.)(2013). *Männergesundheitsbericht 2013 - Im Fokus: Psychische Gesundheit*. Verlag Hans Huber.
- Weth, C. (02/ 2015). Interview mit Christiane Ptok, Geschäftsführerin des Prostatazentrums und des Fördervereins am Uniklinikum Münster.
- Weth, C. Interview mit Renate Ostendorf, Selbsthilfekontaktstelle Münster.
- Wilkinson, P. (2008). Income inequality and socioeconomic gradients in mortality. *American Journal of Public Health*, 98(4), S. 699-704.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 - Ausgewählte Gesundheitsindikatoren bei Männern in Deutschland in den Jahren 2003 und 2010 (Weißbach & Stiehler, 2013, S. 23).....	5
Tabelle 2 - Entwicklung der fernen Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren seit 1991/1993 nach Geschlecht (Starker, 2013, S. 12).....	6
Tabelle 3 - Bevölkerungsentwicklung und Altersstruktur. Bevölkerung in absoluten Zahlen, Anteile der Altersgruppen in Prozent, 1960-2060 (BAGSO, 2013, S. S.5; zitiert nach Statistisches Bundesamt).....	7
Tabelle 4 - Stadt Münster - Bevölkerungsentwicklung und Bevölkerungsprognose nach Altersgruppen.....	7
Tabelle 5 - Prozentualer Anteil der häufigsten Tumorlokalisationen an allen Krebsneuerkrankungen bei Männern in Deutschland im Jahr 2008 (Starker, 2013, S. 34).	9
Tabelle 6 - Prozentualer Anteil der häufigsten Tumorlokalisationen an allen Krebssterbefällen bei Männern in Deutschland im Jahr 2008 (Starker, 2013, S. 35).....	9
Tabelle 7 - Vorgeschlagene diagnostische Kriterien für „männliche Depression“ (Pollack, 1998)	10
Tabelle 8 - Die häufigsten Krankheiten, die bei Männern und Frauen (BKK Dachverband) im Jahr 2011 zur Arbeitsunfähigkeit führten (Weißbach & Stiehler, 2013, S. 22).....	11
Tabelle 9 - Krankheitstage wegen Burn-out-Syndrom je 1000 BKK Versicherte nach Geschlecht, 2004-2011 (Weißbach & Stiehler, 2013, S. 21).....	12
Tabelle 10 - KlientInnen mit und ohne Migrationsvorgeschichte 2013	12
Tabelle 11- Diagnoseverteilung nach Geschlecht 2013 – Gesamtheit aller Klienten im Sozialpsychiatrischen Dienst.....	13
Tabelle 12 - Abhängigkeitserkrankungen (n= 521) – Gesamtheit aller Klienten im Sozialpsychiatrischen Dienst.....	13
Tabelle 13 - Suizide Stadt Münster 2010-2012 (IT. NRW, 2014)	14
Tabelle 14 - Risikofaktoren für Suizid bei Männern (Möller-Leimkühler, 2008).....	14
Tabelle 15 - Anteil der männlichen Raucher nach Bildung in den verschiedenen Altersgruppen (Starker, 2013, S. 30).....	15
Tabelle 16 - Rauchquoten nach Berufsgruppen bei 18- bis 59-jährigen vollzeitbeschäftigten Männern (Starker, 2013, S. 31).	15
Tabelle 17 - Anteil der Personen mit mindestens einem Unfall mit ärztlicher Behandlung in den letzten 12 Monaten nach Alter (Starker, 2013, S. 20).	18
Tabelle 18 - Vorsorgeuntersuchungen für Kinder - entnommen von www.familienratgeber-nrw.de	20
Tabelle 19 - Zusätzliche Vorsorgeuntersuchungen für Kinder entnommen von www.familienratgeber-nrw.de	21
Tabelle 20 - Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen für Männer	22
Tabelle 21 - Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen mit Angaben zu Körpergewicht und -größe (IT. NRW, 2014)	24
Tabelle 22 - Anteil der Raucher an der männlichen Bevölkerung nach Alter (Starker, 2013, S. 29)	26
Tabelle 23 - Aufhörquote (Anteil der Ex-Raucher an Männern, die jemals mit dem Rauchen begonnen haben) in der männlichen Bevölkerung nach Alter (Starker, 2013, S. 32)	26
Tabelle 24 - Entwicklungspsychologische Besonderheiten im spätem Lebensalter	33



Gesunde Städte-Netzwerk
der Bundesrepublik Deutschland