DAK Gesundheitsreport 2008
für Sachsen-Anhalt

Herausgeber:

DAK *Forschung*

Martin Kordt
DAK Zentrale
Nagelsweg 27 - 31
20097 Hamburg
Tel.: 040 - 2396 2649; Fax: 040 - 2396 4649
E-Mail: martin.kordt@dak.de

Dieser Bericht wurde im Auftrag der DAK erstellt durch das

IGES Institut GmbH

Friedrichstrasse 180, 10117 Berlin

Tel. 030 - 230 80 90, Fax 030 - 230 80 911

e-mail: iges@iges.de

März 2008

Inhalt

Vorwort 5

1 Der Krankenstand in Sachsen-Anhalt 2007 im Überblick 9

2 Welche Krankheiten sind für den Krankenstand verantwortlich? 14

3 Schwerpunktthema: Mann und Gesundheit 16

4 Ursachen für bundeslandspezifische Krankenstandsunterschiede 93

5 Krankenstände nach Wirtschaftszweigen 97

6 Schlussfolgerungen und Ausblick 99

Anhang I: Hinweise und Erläuterungen 101

Anhang II: Tabellen 105

Anhang III: Erläuterung zu den Datenquellen, die im Rahmen des diesjährigen Schwerpunktthemas genutzt wurden 110

Anhang IV: Männertypische AU- und KH-Diagnosen 111

Vorwort

Im neunten Jahr in Folge liegt mit dem DAK-Gesundheitsreport 2008 für Sachsen-Anhalt eine detaillierte Analyse des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens vor.

Auch in diesem Jahr konnten wieder einige deutliche Unterschiede im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen zwischen Sachsen-Anhalt und dem Bundesdurchschnitt bzw. den anderen Bundesländern festgestellt werden: Diese Unterschiede betreffen das Niveau des Krankenstandes insgesamt, aber auch einzelne Krankheitsarten oder den Krankenstand in den verschiedenen Wirtschaftszweigen.

Warum haben DAK-versicherte Männer einen niedrigeren Krankenstand als Frauen und sterben durchschnittlich trotzdem fünf Jahre früher? Wir wollten es genauer wissen und haben in diesem Jahr das Thema **„Mann und Gesundheit“** ausgewählt und interessante Ergebnisse zu körperlichen, psychischen und sozialen Unterschieden festgestellt. Männer sind bekanntermaßen die Sorgenkinder der Prävention. Männer bringen lieber ihr Auto zum TÜV, als dass sie selber einen Gesundheitscheck machen. Auf der Basis unserer systematischen und wissenschaftlichen Aufarbeitung erhalten wir Ansatzpunkte für ein verändertes Vorgehen im Umgang mit dem Thema Männergesundheit, sei es inhaltlich konzeptionell oder im Hinblick auf die modifizierte Ansprache unserer männlichen Kunden.

2007 belief sich der Krankenstand auf 3,8 Prozent. Der Krankenstand einzelner Betriebe, einer Branche und letztlich eines Bundeslands steht immer auch im Zusammenhang mit wirtschaftlichen Entwicklungen und den Belastungen, denen Beschäftigte in der Arbeits- und Umwelt ausgesetzt sind. Daher ist es wichtig, Gesundheit und Motivation der Beschäftigten weiterhin aktiv in den Mittelpunkt der Organisations- und Personalpolitik zu rücken. Die betrieblichen Arbeitsschutzexperten sowie alle dafür Verantwortlichen in den Unternehmen, Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Gewerkschaften und wissenschaftlichen Forschungseinrichtungen benötigen dafür eine verlässliche Datengrundlage. Diese liefert der vorgelegte DAK-Gesundheitsreport 2008 für das Bundesland Sachsen-Anhalt.

Herbert Mrotzeck **Magdeburg, März 2008**
DAK-Landesgeschäftsführer

Das Wichtigste auf einen Blick

Gesamtkrankenstand

- 2007 belief sich der Gesamtkrankenstand der erwerbstätigen DAK-Mitglieder in Sachsen-Anhalt auf 3,8%. Der Krankenstand in Sachsen-Anhalt erreichte damit einen deutlich über dem Bundesdurchschnitt liegenden Wert (Bund 3,2%). Gegenüber dem Vorjahr ist der Krankenstand um 0,2 Prozentpunkte gestiegen (2006: 3,6%). Dies entspricht dem Bundestrend.

Betroffenenquote

- Die Betroffenenquote lag 2007 bei 51%. Dies bedeutet, dass für 51% der DAK-Mitglieder in Sachsen-Anhalt mindestens eine Arbeitsunfähigkeitsmeldung vorlag. Der Wert in Sachsen-Anhalt überstieg den DAK-Bundesdurchschnitt (46%) deutlich.

Fallhäufigkeit

- Mit 124,1 Arbeitsunfähigkeitsfällen je 100 Versichertenjahre waren die DAK-Mitglieder in Sachsen-Anhalt im Jahr 2007 deutlich häufiger krank als im Bundesdurchschnitt (106,2 Fälle).

Falldauer

- Auch dauerte eine durchschnittliche Erkrankung mit 11,2 Tagen länger als im Bundesdurchschnitt (10,8 Tage).

Die wichtigsten Krankheitsarten

- Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes waren mit 20,8% Anteil am Krankenstand die wichtigste Krankheitsart. Es folgen Krankheiten des Atmungssystems mit 18,9% sowie Verletzungen und Vergiftungen mit 16,1%. Auf dem vierten Rang liegen Krankheiten des Verdauungssystems mit 8,4% und nicht wie im Bundesvergleich psychische Erkrankungen (Sachsen Anhalt: 7,1 %).

Wirtschaftsstruktur in Sachsen-Anhalt beeinflusst Krankenstand um 0,12 Prozentpunkte

- Die Wirtschaftsstruktur in Sachsen-Anhalt hat einen negativen Effekt auf das Krankenstandsniveau. Der Krankenstand, der für einen „fairen“ Vergleich zwischen den Bundesländern herangezogen werden müsste, ist mit 3,68% jedoch immer noch höher als der Bundesdurchschnitt.

Branchen mit deutlich unterschiedlichem Krankenstand

- Die Höhe des Krankenstandes in den bedeutenden Branchen variiert deutlich zwischen 4,4% im Bereich „Verkehr und Nachrichtenübermittlung” und 3,2% im Bereich „Land-, Forst- und Energiewirtschaft”.

Aktuelles Schwerpunktthema:

Mann und Gesundheit

- Der Krankenstand der männlichen DAK-Versicherten liegt mit 3,6% deutlich unter dem der Frauen (4,1%). Trotz des im Vergleichs zu Frauen niedrigeren Krankenstandes haben vertiefte Analysen im Rahmen des diesjährigen Schwerpunktthemas „Mann und Gesundheit“ eine Reihe von Erkenntnissen zu konkreten männerspezifischen Gesundheitsrisiken in der Arbeitswelt geliefert.

1 Der Krankenstand in Sachsen-Anhalt 2007 im Überblick

1.1 Welche Auffälligkeiten zeigen sich im Vergleich zum Bundesdurchschnitt?

Krankenstand in Sachsen-Anhalt 2007 bei 3,8%

2007 lag der Krankenstand in Sachsen-Anhalt bei 3,8%. Das heißt, dass an jedem Kalendertag des Jahres durchschnittlich 3,8% der DAK-Mitglieder in Sachsen-Anhalt aufgrund von Krankheit arbeitsunfähig waren. Im Vergleich zum bundesweiten Krankenstand erreichte Sachsen-Anhalt damit einen deutlich überdurchschnittlichen Wert (DAK insgesamt: 3,2 %, vgl. Abbildung 1). Ein DAK-versicherter Beschäftigter in Sachsen-Anhalt war im Durchschnitt an insgesamt 13,9 Tagen arbeitsunfähig.

Betroffenenquote bei 51%

Im Jahr 2007 lag der DAK für 51 % der Mitglieder in Sachsen-Anhalt eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung des Arztes vor. Dies bedeutet auch: Knapp die Hälfte aller DAK-Mitglieder in Sachsen-Anhalt war während des vergangenen Jahres kein einziges Mal aufgrund von Krankheit arbeitsunfähig. Die Betroffenenquote im DAK-Bundesdurchschnitt lag bei 46%.

Häufigkeit von Erkrankungen deutlich über dem Bundesdurchschnitt

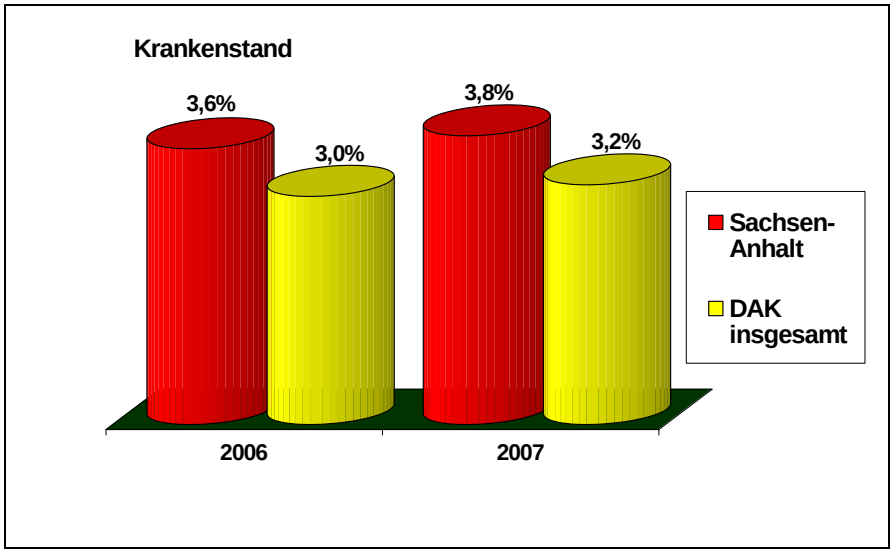
Der Krankenstand setzt sich zusammen aus der Erkrankungshäufigkeit und der durchschnittlichen Dauer einer Erkrankung.

Erkrankungsdauer in Sachsen-Anhalt etwas länger als im Bund

Ein Blick auf die Zusammensetzung des Krankenstandes zeigt, dass die Häufigkeit von Erkrankungen in Sachsen-Anhalt deutlich über dem Bundesdurchschnitt lag. Auf 100 ganzjährig Versicherte entfielen 2007 124,1 Erkrankungsfälle. Im Bundesvergleich waren es 106,2 Erkrankungsfälle. Eine Erkrankung dauerte in Sachsen-Anhalt mit durchschnittlich 11,2 Tagen etwas länger als bundesweit (10,8 Tage).

Abbildung 1:

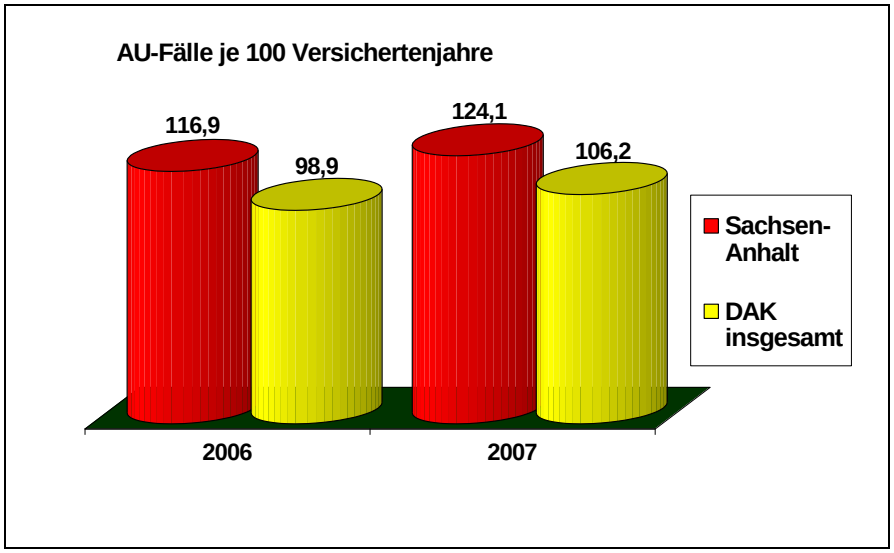
Krankenstand: Sachsen-Anhalt im Vergleich zum Bund



Quelle: DAK AU-Daten 2007

Abbildung 2:

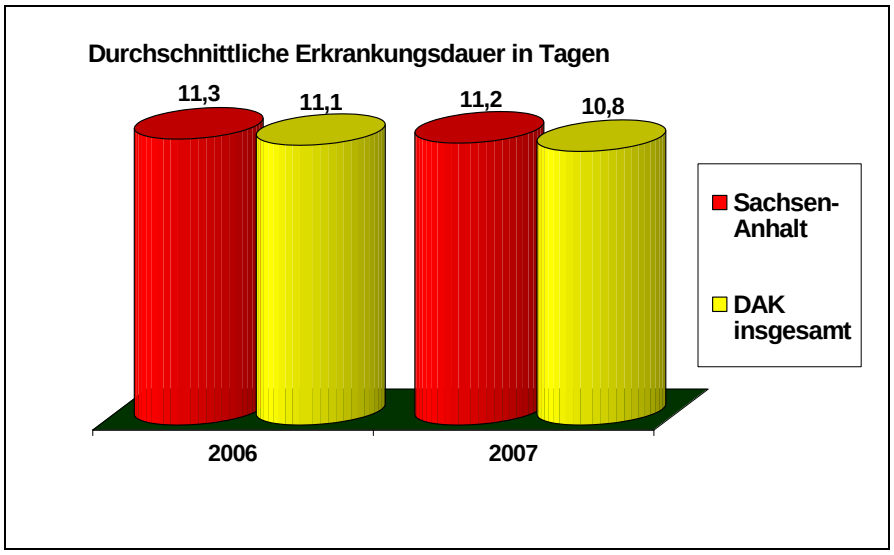
Anzahl der Erkrankungsfälle: Sachsen-Anhalt im Vergleich zum Bund



Quelle: DAK AU-Daten 2007

Abbildung 3:

Dauer einer durchschnittlichen Erkrankung: Sachsen-Anhalt im Vergleich zum Bund



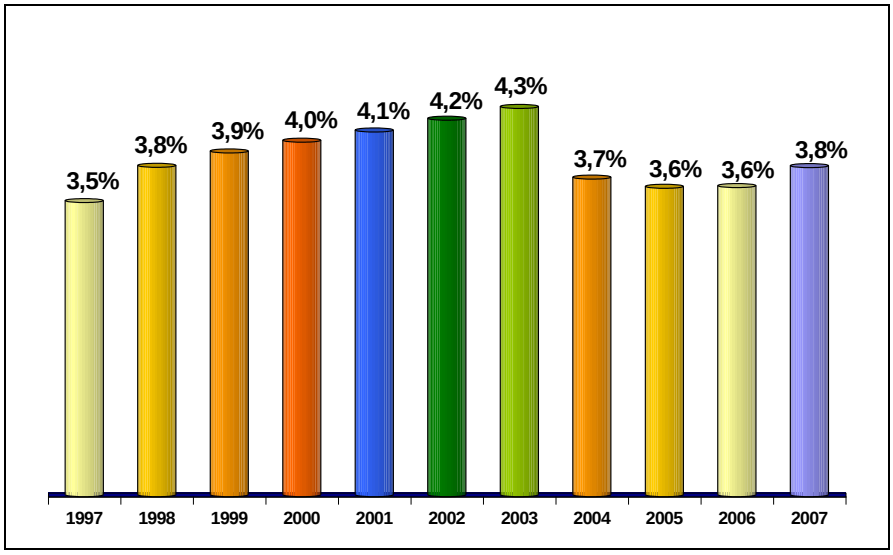
Quelle: DAK AU-Daten 2007

Krankenstand in Sachsen-Anhalt gegenüber dem Vorjahr gestiegen

Abbildung 4 zeigt die Entwicklung des Krankenstandes in Sachsen-Anhalt seit 1997. Zwischen 1997 und 2003 stieg der Krankenstand von 3,5% auf 4,3% kontinuierlich an. 2004 und 2005 ist der Krankenstand in Sachsen-Anhalt zurückgegangen. 2006 verweilte der Krankenstand mit 3,6% auf dem Niveau des Vorjahres. 2007 stieg der Krankenstand um 0,2 Prozentpunkte und liegt damit wieder auf dem Niveau von 1998.

Abbildung 4:

Krankenstand: Sachsen-Anhalt 1997 – 2007



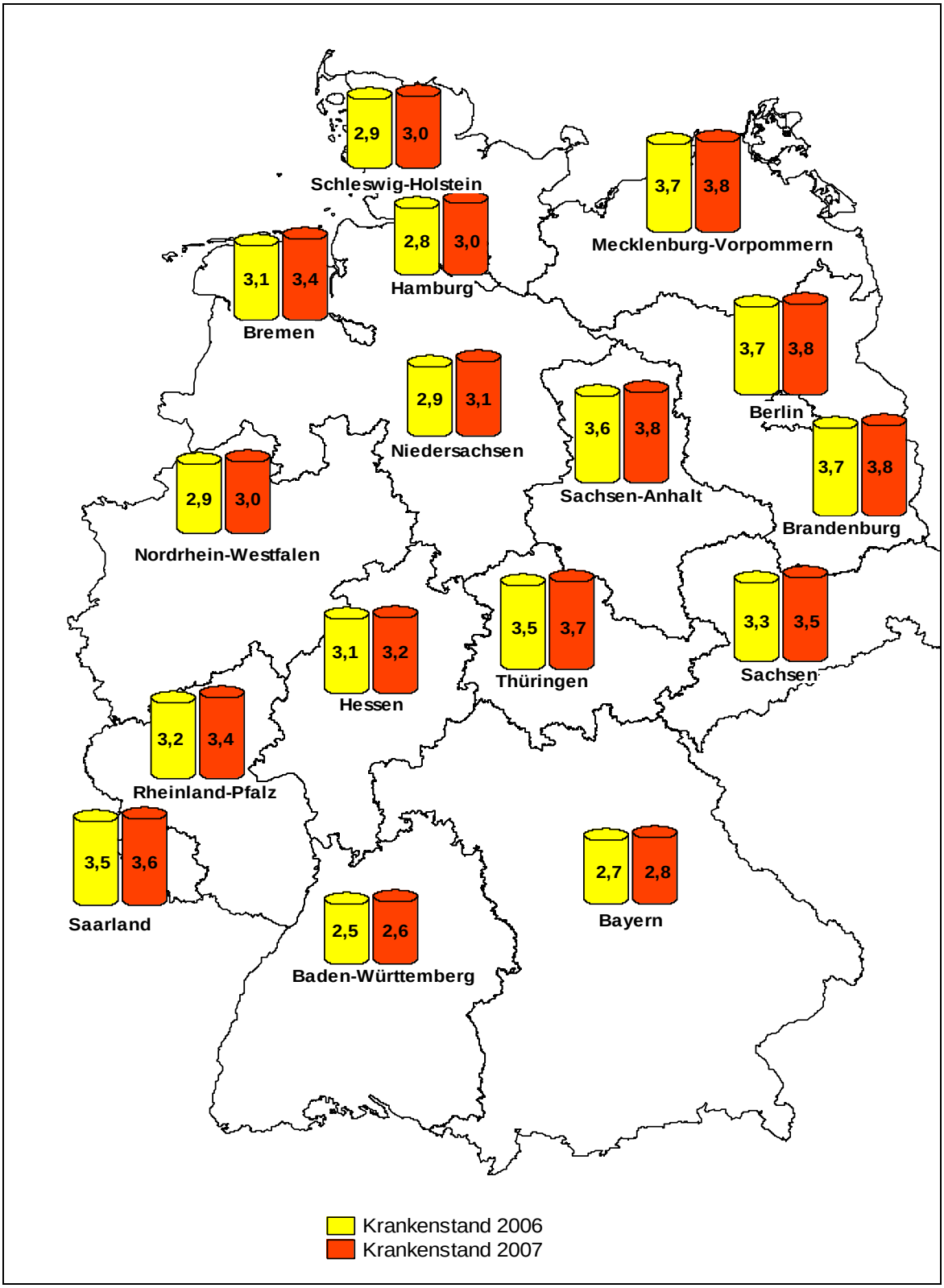
Quelle: DAK AU-Daten 2007

1.2 Sachsen-Anhalt im Vergleich zu anderen Bundesländern

Krankenstand in Sachsen-Anhalt über dem Bundsdurchschnitt

Sachsen-Anhalt hatte – wie bereits im Jahr 2006 – erneut einen Krankenstandswert, der deutlich über dem Bundesniveau liegt. Generell kann beobachtet werden, dass die östlichen Bundesländer sowie das Saarland überwiegend deutlich über und die westlichen Bundesländer eher am Bundesdurchschnitt liegen. Die beiden südlichen Bundesländer Baden-Württemberg und Bayern lagen in beiden Jahren deutlich unter dem Durchschnittswert.

Abbildung 5: Krankenstandswerte 2006 - 2007 nach Bundesländern



Quelle: DAK AU-Daten 2007

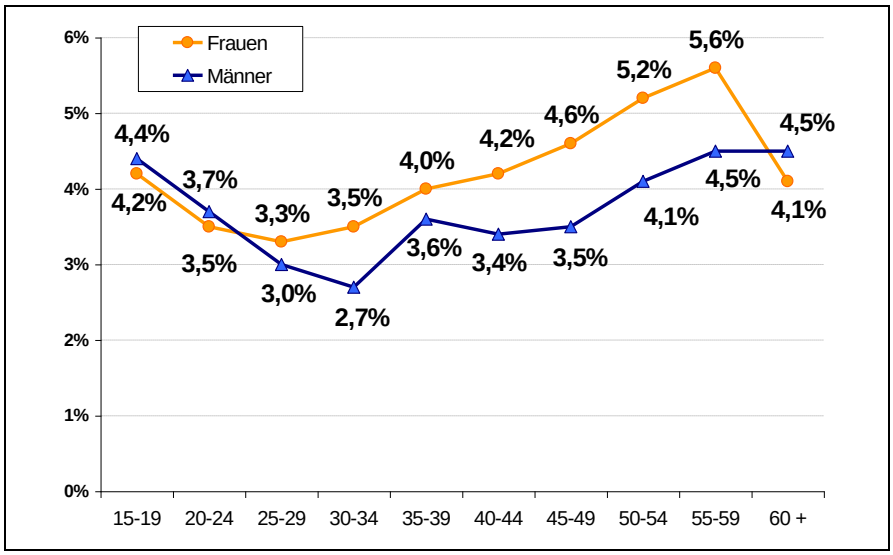
1.3 Der Krankenstand in Sachsen-Anhalt nach Alter und Geschlecht

Soziodemografische Merkmale des Krankenstandes

Die Analyse nach den wichtigsten soziodemografischen Merkmalen – Geschlecht und Alter – gibt Hinweise, welche Versichertengruppen in Sachsen-Anhalt vor allem von Arbeitsunfähigkeiten betroffen sind. Abbildung 6 zeigt die Krankenstandswerte 2007 getrennt nach Geschlecht sowie differenziert nach Alter.

Abbildung 6:

Krankenstand 2007 nach Geschlecht und zehn Altersgruppen in Sachsen-Anhalt



Quelle: DAK AU-Daten 2007

Krankenstand der Männer liegt deutlich unter dem der Frauen

Der Krankenstand der männlichen Versicherten liegt deutlich über dem der Frauen. Der durchschnittliche Krankenstand betrug 2007 bei den Frauen 4,1% und bei den Männern 3,6%. Der höhere Krankenstand von Frauen ist nach einer Sonderanalyse der DAK im Gesundheitsreport 2001 u.a. auf Diagnosen im Zusammenhang mit Schwangerschaftskomplikationen zurückzuführen. Zudem arbeiten Frauen überdurchschnittlich viel in Berufsgruppen mit hohen Krankenständen. Und warum haben DAK-versicherte Männer einen niedrigeren Krankenstand als Frauen? Sind Männer im Vergleich zu Frauen weniger Gesundheitsrisiken in der Arbeitswelt ausgesetzt? Im diesjährigen Schwerpunktthema „Mann und Gesundheit“ wird Fragen dieser Art vertiefend nachgegangenen.

Männespezifische Gesundheitsrisiken in der Arbeitswelt

Mit zunehmendem Alter steigt der Krankenstand der Beschäftigten in Sachsen-Anhalt tendenziell an

Beide Kurven zeigen ab dem 30. Lebensjahr einen ansteigenden Verlauf, was durch die mit zunehmendem Alter größere Wahrscheinlichkeit von schwereren und damit länger dauernden Erkrankungen zu erklären ist. Nur in der höchsten Altersgruppe fällt die Kurve bei den Frauen wieder ab. Dieser Effekt kommt vermutlich dadurch zustande, dass viele Kranke in diesem Alter bereits aus dem Beruf ausscheiden oder Möglichkeiten des vorgezogenen Ruhestandes in Anspruch nehmen (sog. „healthy worker”-Effekt).

2 Welche Krankheiten sind für den Krankenstand verantwortlich?

Drei Krankheitsarten verursachen rund 56% des Krankenstandes in Sachsen-Anhalt

Die zehn Krankheitsarten mit den größten Anteilen an den Arbeitsunfähigkeitstagen und damit am Krankenstand der DAK-Mitglieder in Sachsen-Anhalt sind in Abbildung 7 dargestellt:

Die Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes sowie Krankheiten des Atmungssystems lagen mit 20,8% bzw. 18,9% an erster und zweiter Stelle. Zusammen mit der Diagnosegruppe „Verletzungen und Vergiftungen“ (16,1%) verursachten diese Erkrankungsarten rund 56% des Krankenstandes in Sachsen-Anhalt.

Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes stehen in Sachsen-Anhalt an erster Stelle

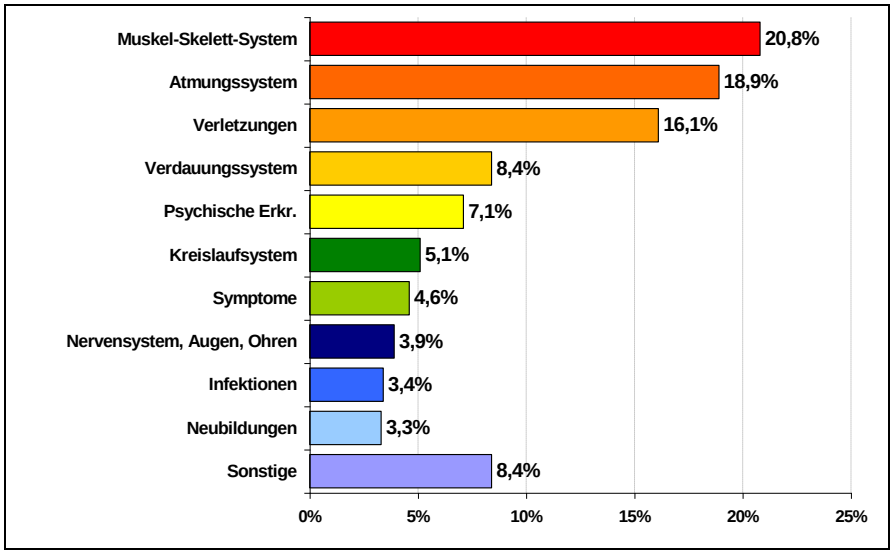
Die Rangfolge der beiden wichtigsten Krankheitsarten in Sachsen-Anhalt ist typisch und entspricht der bundesweiten Rangfolge: In der Regel sind Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems von vergleichsweise langer Dauer und liegen daher an der Spitze der Krankheitsarten.

Die wichtigste Diagnose bei den Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems sind Erkrankungen des Rückens. Die DAK hat dieser Krankheitsart im Gesundheitsreport 2003 eine Sonderanalyse gewidmet.

Erkrankungen des Atmungssystems kommen im Vergleich zu Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems zwar häufiger vor, haben jedoch aufgrund ihrer relativ kurzen Dauer einen geringeren Anteil an den AU-Tagen.

Abbildung 7:

Anteile der 10 wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen



Quelle: DAK AU-Daten 2007

Für den Vergleich mit den Bundeswerten wird die Anzahl der Erkrankungstage herangezogen, die je 100 ganzjährig Versicherte aufgrund einer Krankheit entstanden sind.

Abbildung 8 zeigt, dass im Vergleich zum Bund in Sachsen-Anhalt fast alle Erkrankungen mehr AU-Tage verursachen.

In Sachsen-Anhalt verursachen im Bundesvergleich insbesondere Verletzungen mehr AU-Tage (+ 37 %)

Bei den Erkrankungen des Atmungssystems, den Verletzungen und den Erkrankungen des Verdauungssystems fällt der Unterschied besonders deutlich aus. Aber auch Erkrankungen des Kreislaufsystems und des Muskel-Skelett-Erkrankungen liegen deutlich über den Vergleichswerten. Lediglich psychische Erkrankungen verursachen weniger Ausfalltage.

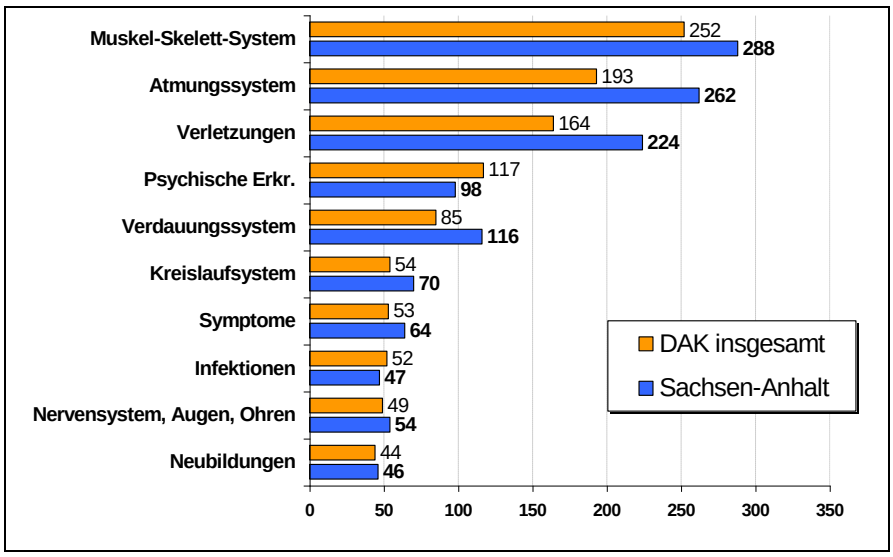


Abbildung 8:

AU-Tage je 100 Versichertenjahre nach Krankheitsarten

Quelle: DAK AU-Daten 2007

3 Schwerpunktthema: Mann und Gesundheit

Unterschiede zwischen den Geschlechtern:

Vor zwei Jahren, im DAK-Gesundheitsreport 2006, wurde das Thema „Gesundheit von Frauen im mittleren Lebensalter“ aufgegriffen. In diesem Jahr soll das Thema „Gesundheit von Männern“ näher beleuchtet werden, denn zwischen Frauen und Männern bestehen teils deutliche Unterschiede bezüglich Gesundheitszustand, Krankheitsrisiken, Gesundheitsverhalten und Lebenserwartung.

Erkrankungshäufigkeit

Medizinische Versorgung

Lebenserwartung

Subjektive Gesundheit

Neben unterschiedlichen Häufigkeiten bei Frauen und Männern können Erkrankungen zu unterschiedlichen Zeitpunkten und in unterschiedlichen Erscheinungsformen auftreten, was es nicht nur bei der Vorsorge, sondern auch bei der Versorgung zu berücksichtigen gilt. Insbesondere mit Blick auf die Lebenserwartung müssen Männer als das gesundheitlich benachteiligte Geschlecht gelten. Betrachtet man hingegen Zahlen über die Inanspruchnahme des medizinischen Versorgungssystems oder zur subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustands, so erscheinen Männer als seltener krank bzw. als gesundheitlich weniger stark beeinträchtigt.

Was ist Männergesundheit?

Männergesundheit bezieht sich auf die körperliche und seelische Gesundheit von Männern und Jungen. Dabei spielen männerspezifische Gesundheitsprobleme wie Prostataleiden ebenso eine Rolle wie Krankheiten, von denen Männer häufiger betroffen sind als Frauen wie z.B. Lungenkrebs. Die Männergesundheitsforschung beschäftigt sich auch mit dem männlichen Gesundheitsverhalten, männlichen Ressourcen und der Inanspruchnahme von Ärzten oder Präventionsangeboten. Auch die sozialen, genetischen und hormonellen Ursachen für und Einflussfaktoren auf diese Aspekte sind Bestandteil von Männergesundheitsforschung.

Unterschiede zwischen Männern stehen im Fokus . . .

und sollten im Rahmen geschlechtersensiblen Prävention und Gesundheitsförderung beachtet werden.

Vorrangiges Ziel des diesjährigen Schwerpunktthemas ist es nicht, nur geschlechterdifferenziert die Gesundheit von Männern und Frauen zu beleuchten. Vielmehr sollen auch innerhalb der Gruppe der Männer Unterschiede in Belastungen, Risiken sowie auch Potentialen thematisiert werden, denn Männer unterscheiden sich im Hinblick auf ihr Verhalten und ihre Lebensformen und -lagen: Vor dem Hintergrund unterschiedlicher Berufsfelder ist beispielsweise die Arbeitswelt ein Ort, an dem Unterschiede sichtbar werden können. Die daraus resultierenden unterschiedlichen Konstellationen von gesundheitsbelastenden oder -fördernden Faktoren auf Seiten der Männer – sowie auch Frauen – gilt es beispielsweise im Rahmen einer geschlechtersensiblen Prävention und Gesundheitsförderung stärker zu berücksichtigen.

Welche Themen stehen konkret im Blickpunkt? – Gliederung des Schwerpunktthemas

Diagnose Mann: Verdrängte Fakten zur Gesundheitssituation von Männern **Kapitel 1**

Wie hoch ist die Lebenserwartung eines Jungen bei Geburt und wie hoch ist heutzutage die fernere Lebenserwartung von 60-jährigen Männern in Sachsen-Anhalt im Vergleich zum Bund? Welche Erkrankungen begründen z.B. die vorzeitige Sterblichkeit von Männern in Sachsen-Anhalt? Alles in allem gibt dieses Kapitel einen Überblick zu männerspezifischen Gesundheitsrisiken und Erkrankungen. Ferner werden vor dem Hintergrund des Erkrankungsgeschehens bei Männern erste Ergebnisse der DAK-Männerstichprobe zum subjektiven Gesundheitszustand präsentiert.

Krank im Job: Gesundheitsprobleme von Männern in der Arbeitswelt **Kapitel 2**

In diesem Kapitel werden Ergebnisse aus vertieften Analysen der AU-Daten des Jahres 2007 präsentiert. Dabei wird auf das Krankheitsspektrum von Männern bei Arbeitsunfähigkeit eingegangen sowie männertypische Arbeitsunfähigkeits- und in Ergänzung dazu auch männertypische Krankenhausdiagnosen identifiziert. Besonderes Augenmerk wird dabei auf Unterschiede zwischen den männlichen AU-Versicherten in Sachsen-Anhalt im Vergleich zum Bundesdurchschnitt sowie auch auf die Veränderung des Krankheitsspektrums in den vorangegangenen Jahren und hier speziell auf die Entwicklung psychischer Erkrankungen gerichtet.

Männergesundheit – Facetten männerspezifischer Gesundheitsrisiken und -potentiale **Kapitel 3**

Neben Literaturbefunden zur Erklärung männerspezifischer Gesundheitsrisiken werden auf der Basis einer Expertenbefragung sowie auch einer DAK-Bevölkerungsbefragung, auch als DAK-Männerstichprobe bezeichnet, Ergebnisse bezüglich männerspezifischer gesundheitsbezogener Risiken, Potentiale, Vorstellungen und Verhaltensweisen präsentiert.

Männerspezifische Gesundheitsbedürfnisse im Versorgungssystem – Schieflage zwischen Angebot und Nachfrage? Oder: Was braucht man(n)? **Kapitel 4**

Auf der einen Seite gelten Männer als Vorsorgemuffel, auf der anderen Seite zeichnet sich ein wachsender Markt hinsichtlich männerorientierter Gesundheitsangebote ab. Wie der Nutzen derartiger Angebote für eine Verbesserung der Männergesundheit zu bewerten ist, dem wird in Kapitel 4 nachgegangen.

Kapitel 5

Perspektiven der Männergesundheit

Im Blickpunkt stehen abschließend die Frage nach dem Bedarf an männerspezifischen Gesundheitsinformationen sowie Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten.

Welche Datenquellen werden genutzt?

AU- und KH-Daten

Neben öffentlich zugänglichen Datenquellen werden die Daten zur Arbeitsunfähigkeit (AU-Daten) der erwerbstätigen DAK-Versicherten des Jahres 2007 für das diesjährige Schwerpunktthema ausgewertet. Auch werden die Krankenhausdaten (KH-Daten) des Jahres 2007 dieser Versicherten herangezogen. Bei den Daten handelt es sich um die Entlassungsdiagnosen der Krankenhausfälle aus vollstationärer Behandlung.

Bevölkerungsbefragung

Darüber hinaus wurde für diesen Report wieder eine repräsentative telefonische Bevölkerungsbefragung durchgeführt. Diesmal wurden deutschlandweit 1.022 Männer im Alter von 30 bis 65 Jahren zum subjektiven Gesundheitszustand, zum Gesundheitsverhalten, zu Aspekten der Inanspruchnahme medizinischer Vorsorge- und Versorgungsleistungen etc. befragt.

Expertenbefragung

Außerdem wurden im Rahmen einer Expertenbefragung Fachleute aus der ambulanten und stationären Versorgung, Selbsthilfe, Forschung und Beratung um ihre Einschätzung zum Thema „Männer und Gesundheit“ gebeten. Dabei standen Fragen zu Forschungsbedarf, Risikofaktoren und -wahrnehmung, Diagnostik und Therapie sowie zur Prävention im Vordergrund.

3.1 Diagnose Mann: Ein statistischer Überblick zur Gesundheitssituation von Männern

Geschlechterdifferenz bei Lebenserwartung

In Deutschland und anderen Ländern gilt: Männer sterben früher als Frauen. In Deutschland beträgt die Differenz 5,6 Jahre und in Sachsen-Anhalt sogar 6,8 Jahre. Diese beachtliche Kluft in der Lebenserwartung ist zwar in den letzten zehn Jahren in allen Bundesländern gesunken. Wird allerdings ein längerer Zeitraum betrachtet, ist der Unterschied zwischen Männern und Frauen, der vor 100 Jahren bei etwa zwei Jahren lag, stark angestiegen. Gegenwärtig hat in Deutschland ein Junge bei Geburt eine Lebenserwartung von 76,4 Jahren, ein Mädchen von 81,7 Jahren.

Regionale Unterschiede:

Lebenserwartung von Männer in Sachsen-Anhalt 74,2 Jahre bei Geburt

Die Lebenserwartung hängt aber nicht nur vom Geschlecht, sondern z. B. auch vom Wohnort ab. Betrachtet man die Lebenserwartung von Männern im Ländervergleich, so ist einerseits ein Süd-Nord- und andererseits ein West-Ost-Gefälle zu beobachten (vgl. Tabelle 1). In Sachsen-Anhalt erwartet die Männer im Vergleich zu den Bundeszahlen ein um zwei Jahre kürzeres Leben: 74,2 Jahre. Frauen haben hingegen mit 81,0 Jahren eine deutlich höhere Lebenserwartung.

Haben Männer mit zunehmen Alter das Risiko früh zu sterben überwunden, erhöht sich ihre fernere Lebenserwartung. Gleichzeitig nimmt mit steigendem Alter die Differenz in der geschlechtsspezifischen Lebenserwartung ab (vgl. Tabelle 1).

. . . und 79,2 Jahre im Alter von 60 Jahren

Statistisch gesehen hat also ein Mann, der bereits 60 geworden ist, eine deutliche höhere Lebenserwartung als er sie bei seiner Geburt hatte. Mit anderen Worten: Jeder heute 60-Jährige hat statistisch gesehen gute Chancen, seinen 80. Geburtstag feiern zu können – wenn er in Hessen, Bayern, Baden-Württemberg lebt sehr viel wahrscheinlicher als wenn er in Sachsen-Anhalt oder Mecklenburg-Vorpommern lebt. In Sachsen-Anhalt beträgt die ferne Lebenserwartung im Alter von 60 Jahren 79,2 Jahre.

Tabelle 1: Lebenserwartung von Männern und Frauen bei Geburt und mit 60 Jahren in Deutschland und nach Bundesländern, 2003/2005 *(absteigend sortiert nach Lebenserwartung von Männern bei Geburt)*

	bei Geburt			im Alter von 60 Jahren		
	Männer	**Frauen**	**Differenz**	**Männer**	**Frauen**	**Differenz**
Baden-Württemberg	77,6	82,7	-5,1	21,2	24,9	-3,7
Bayern	76,8	82,1	-5,3	20,6	24,4	-3,8
Hessen	76,7	82,0	-5,2	20,6	24,4	-3,9
Schleswig-Holstein	76,3	81,5	-5,2	20,4	24,2	-3,8
Hamburg	76,4	81,7	-5,3	20,3	24,2	-3,9
Deutschland	**76,2**	**81,8**	**-5,6**	**20,3**	**24,3**	**-4,0**
Rheinland-Pfalz	76,1	81,4	-5,3	20,1	23,9	-3,9
Niedersachsen	76,0	81,7	-5,7	20,3	24,3	-4,0
Berlin	75,8	81,3	-5,4	20,2	23,9	-3,7
Nordrhein-Westfalen	75,8	81,3	-5,5	19,9	23,9	-4,1
Sachsen	75,6	82,0	-6,4	20,1	24,3	-4,2
Bremen	75,1	81,2	-6,2	20,0	24,4	-4,4
Saarland	75,0	80,5	-5,5	19,4	23,4	-4,0
Thüringen	75,0	81,2	-6,2	19,5	23,6	-4,1
Brandenburg	74,9	81,2	-6,3	19,6	23,7	-4,1
Sachsen-Anhalt	**74,2**	**81,0**	**-6,8**	**19,2**	**23,5**	**-4,3**
Mecklenburg-Vorpommern	74,0	81,1	-7,1	19,4	23,6	-4,2

Quelle: Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung, Statistisches Bundesamt 2007

Gründe für die niedrigere Lebenserwartung von Männern in Sachsen-Anhalt

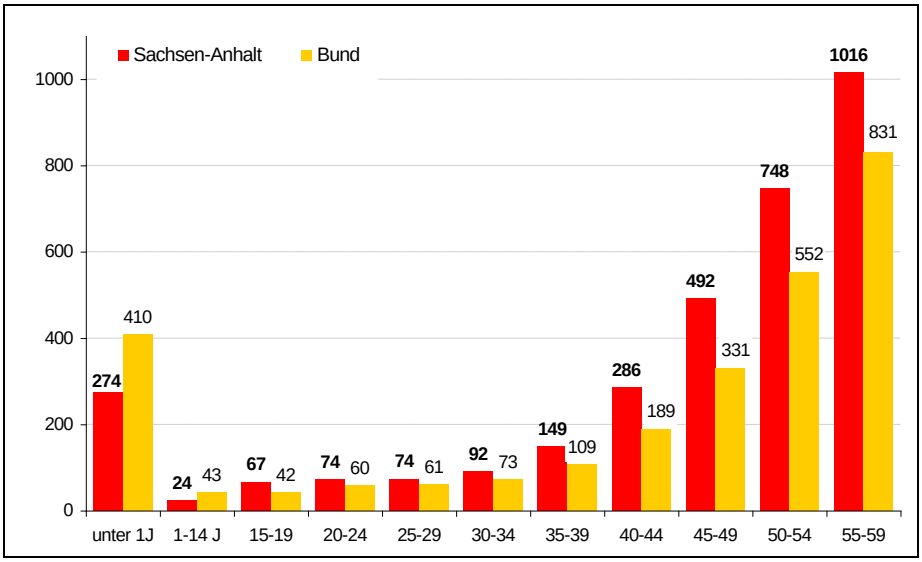
Warum ist die Lebenserwartung von Männern in Sachsen-Anhalt niedriger?

Das Sterblichkeitsrisiko von Männern liegt über eine weite Spanne der Lebenszeit deutlich über dem von Frauen, was sich statistisch in einer niedrigeren Lebenserwartung niederschlägt. Die männerspezifischen Auffälligkeiten bei den Todesursachen im Vergleich zu den Frauen sind bekannt. Was sind hingegen die Gründe, dass die Lebenserwartung der Männer in Sachsen-Anhalt die der Männer in Deutschland unterschreitet? Hierzu zeigt Abbildung 9 die Sterbefälle bei Männern je 100.000 Einwohner in 2006 altersgruppendifferenziert für Sachsen-Anhalt und Bund in der Altersspanne von unter einem Lebensjahr bis unter 60 Jahre.

Im ersten Lebensjahr, Stichwort Säuglingssterblichkeit, sterben in Sachsen-Anhalt nennenswert weniger Jungen als im Bundesdurchschnitt. Dies lässt sich auch für die Altersspanne der Ein- bis 14-jährigen beobachten. Ab dem 15. Lebensjahr verstarben 2006 mehr Männer in Sachsen-Anhalt als im Bundesdurchschnitt.

Abbildung 9:

Todesfälle bei Männern in 2006 je 100.000 Einwohner nach Altersgruppen in Sachsen-Anhalt im Vergleich zum Bund



Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2007, Todesursachenstatistik und Fortschreibung des Bevölkerungsstandes des Statistisches Bundesamt 2007

Sterblichkeitsrisiko der Männer in Sachsen-Anhalt unter den 40-44-Jährigen am höchsten – plus 51%

Nach der Todesursachenstatistik 2006 zeigt sich zwischen den Männern in Sachsen-Anhalt und dem Bundesgebiet insgesamt die größte relative Differenz in der Altersgruppe der 40- bis 44-Jährigen. In Sachsen-Anhalt sind 51 Prozent mehr Männer verstorben als in Deutschland. Sowohl in Deutschland insgesamt als auch in Sachsen-Anhalt ist die alkoholische Leberkrankheit (K70) die häufigste Todesursache in dieser Altersgruppe.

2006 dominiert die alkoholische Leberkrankheit (K70) in Sachsen-Anhalt auch die Todesursachen in der 45- bis unter 50-Jährigen, bundesweit tritt hier hingegen der Herzinfarkt als häufigste Todesursache in Erscheinung.

In der Gruppe der 50- bis 54-Jährigen wird die alkoholische Lebernkrankheit vom Lungekrebs (C34) als häufigste Todesursache abgelöst, der in dieser Altersgruppe auch bundesweit die größte Rolle spielt. Ein auffälliger Unterschied im mittleren Lebensalter ist jedoch, dass der Herzinfarkt bei Männern in Sachen-Anhalt als Todesursache am häufigsten in den Gruppen der 55- bis 59- sowie auch der 65- bis 79-Jährigen vorkommt. Im Vergleich dazu dominiert der Herzinfarkt die bundesweite Todesursachenstatistik lediglich in der Gruppe der 45- bis 49-Jährigen. Auf Bundesebene war 2006 Lungenkrebs (C34) die häufigste Todesursache bei den Männern in den Altersgruppen von 50 bis 75 Jahre.

In Sachsen-Anhalt ist insbesondere die alkoholische Leberkrankheit häufigste Todesursache im mittleren Alter gefolgt von Herzinfarkt und Lungenkrebs

Tabelle 2 zeigt im Überblick die zehn häufigsten Todesursachen bei Männern in Sachsen-Anhalt im Vergleich zu Deutschland.

Tabelle 2: Die zehn häufigsten Todesursachen in 2006 bei Männern in Sachsen Anhalt Vergleich im zum Bund (Gestorbene je 100.000 Einwohner (standardisiert nach alter Europa-Standardbevölkerung)

Rang		Sachsen-Anhalt	Anteil an allen Todesfällen	Bund	Anteil an allen Todesfällen	Verhältnis Sachsen-Anhalt / Bund
1	I25 Chronische ischämische Herzkrankheit	91,4	10,4%	64,4	8,7%	1,42
2	I21 Akuter Myokardinfarkt	85,3	9,7%	61,3	8,2%	1,39
3	C34 Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	64,3	7,3%	53,7	7,2%	1,20
4	K70 Alkoholische Leberkrankheit	26,6	3,0%	14,3	1,9%	1,86
5	C61 Bösartige Neubildung der Prostata	24,9	2,8%	21,3	2,9%	1,17
6	I50 Herzinsuffizienz	24,3	2,8%	29,6	4,0%	0,82
7	E11 Diabetes mellitus (Typ 2)	22,5	2,5%	4,4	0,6%	5,11
8	I11 Hypertensive Herzkrankheit	21,5	2,4%	9,3	1,2%	2,31
9	I63 Hirninfarkt	20,6	2,3%	10,3	1,4%	2,00
10	I64 Schlaganfall	18,7	2,1%	18,8	2,5%	0,99
	Todesfälle insgesamt	883	100%	744,3	100%	1,19

Quelle: Todesursachenstatistik und Fortschreibung des Bevölkerungsstandes, Statistisches Bundesamt 2007, Wiesbaden

Koronare Herzerkrankungen wie die chronisch ischämische Herzkrankheit (I25) und der akute Myokardinfarkt (I21) stehen nicht nur bei Männern in Sachsen-Anhalt an der Spitze der häufigsten Todesursachen, im Vergleich zum Bund verursachten sie 2006 sogar 42 % bzw. 39% mehr Fälle. Die Typ-II-Diabetes verursacht sogar fünfmal mehr Todesfälle als bei Männern bundesweit.

An der alkoholischen Leberkrankheit verstarben 2006 nahezu doppelt so viele Männer wie im Bundesdurchschnitt, eine der Ursachen, die im Wesentlichen die im Vergleich zum Bundesdurchschnitt geringere Lebenserwartung bzw. vorzeitige Sterblichkeit von Männern in Sachen-Anhalt begründet. Auffällig seltener als im Bundesdurchschnitt verstarben in Sachsen-Anhalt Männer an Herzinsuffizienz (I50).

Der selbstberichtete Gesundheitszustand von Männern

Männer berichten in Befragungen häufiger als Frauen, sich gesund und wohl zu fühlen

Mit Blick auf die Lebenserwartung müssen Männer als das gesundheitlich benachteiligte Geschlecht gelten. Andererseits berichten Männer in Befragungen häufiger als Frauen, sich gesund und wohl zu fühlen: Beispielsweise im telefonischen Gesundheitssurvey des Robert Koch-Instituts bezeichneten gut 76 % der Männer im Vergleich zu rd. 71 % der Frauen ihre Gesundheit als gut und besser (RKI 2006). Der Schluss, dass Männer gesünder sind als Frauen, lässt sich aus dem subjektiven Gesundheitszustand nicht ableiten. Männer sind im Vergleich zu Frauen weniger bereit, sich als gesundheitlich eingeschränkt zu bezeichnen.

Auch im Rahmen der DAK-Bevölkerungsbefragung zum diesjährigen Schwerpunktthema, die im Herbst 2007 mit 1.022 Männern im Alter von 30 bis 65 Jahren durchgeführt worden ist, wurde der

Frage nach der gesundheitlichen Selbsteinschätzung nachgegangen. Neben der Frage nach der Verbreitung gewisser, teils männerspezifischer Erkrankungen in der Männerstichprobe steht die Frage, wie Männer unterschiedlicher Altersgruppen ihren Gesundheitszustand insgesamt bewerten, im Fokus.

Insgesamt zwölf Gesundheitsprobleme wurden abgefragt, weswegen man ab und zu zum Arzt gehen und/oder regelmäßig Medikamente einnehmen muss. Der Tabelle 3 sind die Selbstangaben der Befragten differenziert nach Altersgruppen zu entnehmen. Bluthochdruck, ein Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, ist in der DAK-Männerstichprobe das am häufigsten genannte gesundheitliche Problem.

Tabelle 3: Selbstauskünfte zu gesundheitlichen Einschränkungen: Anteil der Befragten in den Altersgruppen, die angeben, das jeweilige Gesundheitsproblem zu haben (Angaben in Prozent)

	30-34 Jahre	35-39 Jahre	40-44 Jahre	45-49 Jahre	50-54 Jahre	55-59 Jahre	60-65 Jahre
Hypertonie	*	4,5	7,2	13,9	22,3	34,3	37,6
Cholesterin	5,3	3,2	8,2	7,9	14,6	18,4	21,4
Allergien	9,1	12,8	8,7	12,0	6,9	7,5	10,4
Diabetes	*	1,3	3,1	6,0	6,9	13,5	11,1
Prostavergrößerung	*	*	*	1,3	3,8	8,2	12,7
Herzinfarkt	—	—	*	1,3	5,4	10,4	7,1
Sucht	1,5	*	3,6	3,3	4,6	*	4,0
Krebs	1,5	*	1,0	1,3	3,8	4,5	4,8
Adipositas	2,3	*	*	2,6	3,1	4,5	1,6
Osteoporose	*	*	*	2,6	2,3	4,5	4,0
Dranginkontinenz	*	*	*	*	1,5	3,7	1,6
andere Erkrankungen	10,6	12,8	7,2	15,3	25,2	15,7	14,3

* Anteil der Befragten kleiner als ein Prozent, — ohne Angaben

Nach Daten des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 haben 42 % Prozent der Frauen und 50 % der Männer im Alter von 18 bis 79 Jahren Bluthochdruck. In der DAK-Männerstichprobe berichten lediglich 16 % der Befragten, dass bei ihnen Bluthochdruck diagnostiziert wurde. Dabei zeigt sich, wie für die Mehrheit der hier abgefragten gesundheitlichen Einschränkungen bzw. Erkrankungen ein deutlicher Altersgang. Ab der Altersgruppe der 45- bis 49-Jährigen ist zudem zu beobachten, dass der Anteil der Befragten, die von mehreren Erkrankungen berichten, zunimmt.

Subjektiver Gesundheitszustand

Der subjektive Gesundheitszustand gilt in den Gesundheitswissenschaften neben medizinischen Messgrößen als eigenständiger Indikator für das Mortalitätsrisiko, insbesondere im höheren Alter.[1]

Rd. 81 % der Männer stuft ihren Gesundheitszustand als gut bis ausgezeichnet ein.

Die Mehrheit der Männer stuft ihren Gesundheitszustand als gut bis ausgezeichnet ein: Von 1.022 Männer schätzen 12,3 % ihren Gesundheitszustand als ausgezeichnet ein. 23,8 % gaben an, sehr guter Gesundheit zu sein. 44,6 % bezeichnen ihren gegen-

[1] Vgl. Wurm S, Tesch-Römer C (2006) Gesundheit, Hilfebedarf und Versorgung. In: Tesch-Römer C, Engstler H, Wurm S (Hrsg.) Altwerden in Deutschland. Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften: 329–383

wärtigen Gesundheitszustand als gut. 17,9 % fühlen sich weniger gut und schlecht. Dabei fallen die subjektiven Gesundheitseinschätzungen wie erwartet um so höher aus, je höher der Bildungsgrad und das Haushalteinkommen ist.

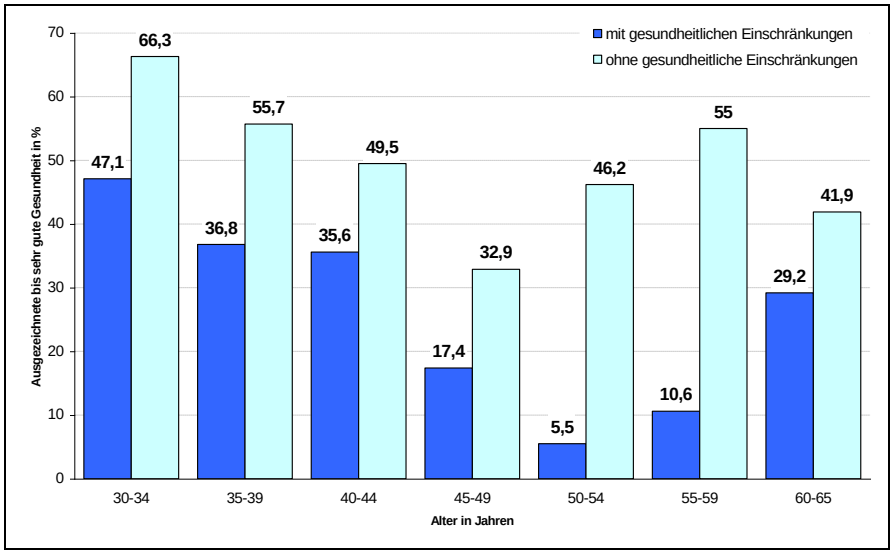
Beeinträchtigungen des Gesundheitszustands bei Erkrankungen

Je nach Schwere der Erkrankung beeinträchtigen bereits einzelne Erkrankungen den subjektiven Gesundheitszustand deutlich. In der DAK-Männerstichprobe zeigt sich dieser Zusammenhang in Bezug auf die Krankheitsbilder Krebs, Osteoporose, Cholesterin, Diabetes, Bluthochdruck und Adipositas. Besonders schlecht bewerten Männer, die an Krebs erkrankt sind, ihren Gesundheitszustand. Nennenswert schlechtere Selbsteinschätzungen zeigen sich zudem bei einer Häufung von Erkrankungen. Dass Mehrfacherkrankungen in einem direkten Zusammenhang mit dem Alter stehen, soll an dieser Stelle nicht weiter ausgeführt werden.

Abbildung 10 zeigt für den subjektiven Gesundheitszustand den Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein und der Abwesenheit von Erkrankungen auf und verknüpft dies zugleich mit dem Alter.

Abbildung 10:

Subjektive Gesundheitseinschätzung differenziert nach gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Alter
(nur Prozentanteil ausgezeichnet/ sehr gut)



Quelle: DAK-Bevölkerungsbefragung 2007

Wie zu erwarten war, beurteilen in allen Altersgruppen die Männer ohne gesundheitliche Einschränkungen ihre Gesundheit besser als die Männer, bei denen mindestens eine der abgefragten Erkrankungen vorliegt.

Zwei Entwicklung sind an dieser Stelle jedoch hervorzuheben:

1. In der Gruppe der Männer, bei denen mindestens eine Krankheit vorliegt, fällt die subjektive Einschätzung nach dem 44. Lebensjahr deutlich ab und im Alter von 50 bis 54 Jahren kommt es zu einem sehr ausgeprägtem selbst wahrgenommenen „Gesundheitstief". Hier ist die Differenz zwischen den beiden Gruppen am größten. Erst im höheren Alter steigt der wahrgenommene Gesundheitszustand wieder an, erreicht aber nicht mehr das Niveau der jüngeren Männer.

2. Auch in der Gruppe der Männer, bei denen nach eigener Auskunft keine Erkrankung vorliegt, senkt sich der Anteil derer, die ihre Gesundheitszustand positiv beurteilen, ab dem 34. Lebensjahr ab, erreicht seinen Tiefpunkt jedoch bereits in der Gruppe der 45- bis 49-Jährigen. Nach einem Anstieg kommt es in der Gruppe der 60- bis 65-Jährigen wieder zu einem Rückgang.

Faktoren, die den subjektiven Gesundheitszustand im Alter beeinflussen

Ersteres zeigt auf der individuellen Ebene die Auswirkungen einer gestiegenen Prävalenz von Erkrankungen. In der Altersgruppe der 50- bis 54-jährigen Männer treten zudem schwere Erkrankungen wie Herzinfarkte und Krebserkrankungen erstmals häufiger auf (vgl. Tabelle 3) und auch Mehrfacherkrankungen treten ab dieser Altersgruppe gehäuft auf. Dass die gesundheitliche Selbsteinschätzung danach im Altersverlauf wieder ansteigt, mag ein Indiz dafür sein, dass die betroffenen Männer Bewältigungsstrategien entwickelt haben. In die Bewertung der eigenen Gesundheit fließen zudem Aspekte der Lebenszufriedenheit, individuelle Kontrollüberzeugungen, soziale Unterstützung und auch soziale Vergleichsprozesse ein.[2]

Männerstichprobe beinhaltet Hinweise auf die sogenannten "Midlife-Crisis"

Dass auch in der anderen hier betrachteten Gruppe ein, wenn auch weniger stark ausgeprägtes, Gesundheitstief zwischen 45 und 49 jährigen Männern auftritt, birgt einen möglichen Hinweis auf die vielfach in der Lebensmitte beobachtete Häufung von Krisen und Konflikten (der sogenannten "Midlife-Crisis"). Konflikte im Privaten, erfahrene Verluste in Bezug auf die Karriereplanung, Überlastungssymptome ("Burn-out") etc. können dahinter stehen.

Im 4. und 5. Lebensjahrzehnt besteht für Männer eine erhöhte Wahrscheinlichkeit psychosoziale Veränderungen zu durchleben. In diesem Entwicklungsabschnitt ist die Auseinandersetzung mit den eigenen Lebenszielen und Rollenanforderungen eine wesentliche Entwicklungsaufgabe. Auch werden in dieser Phase körperliche Altersveränderungen sowie körperliche Einbußen bewusst.[3]

---

[2] Vgl. Wurm S, Tesch-Römer C (2006) Gesundheit, Hilfebedarf und Versorgung. In: Tesch-Römer C, Engstler H, Wurm S (Hrsg.) Altwerden in Deutschland. Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften: 329–383

[3] Krause W (2005). Midlife-Crisis. In: Schill WB, Bretzel RG, Weidner W (Hrsg.) Männermedizin in der allgemeinmedizinischen und internistischen Praxis. München, Jena: Urban und Fischer: 88–89

3.2 Krank im Job: Männerspezifische Gesundheitsprobleme in der Arbeitswelt

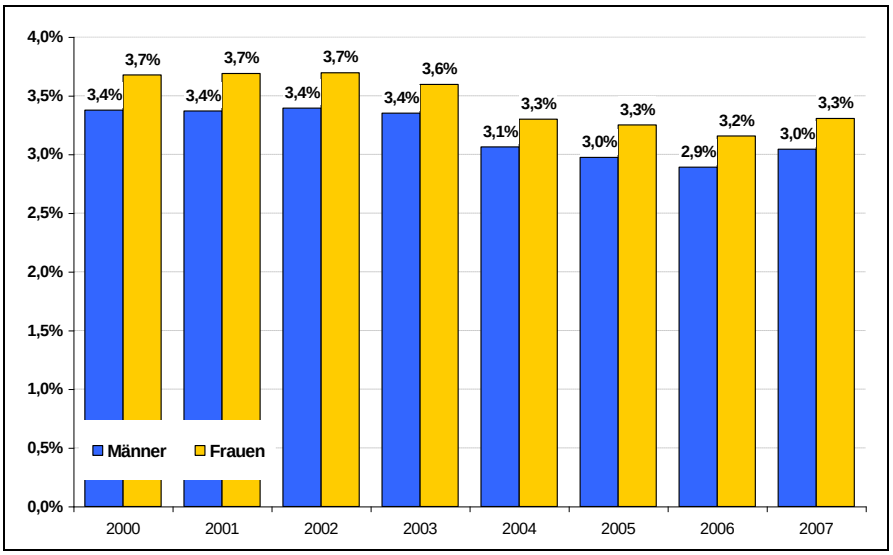
Überblick über die Entwicklung des Krankenstandes der männlichen DAK-Mitglieder

Nach den Ergebnisse des DAK-Gesundheitsreports der vorangegangenen Jahre müssen Männer in der Arbeitswelt als das weniger gesundheitlich beeinträchtigte Geschlecht gelten. Der Krankenstand der männlichen DAK-Mitglieder lag stets unter dem der weiblichen Versicherten. Die Differenz zu den Frauen bewegt sich kontinuierlich auf dem Niveau von 0,2 bis 0,3 Prozentpunkten.

Abbildung 11 zeigt die Entwicklung des Krankenstandes der männlichen DAK-Mitglieder im Vergleich zu den weiblichen Kolleginnen im Zeitraum von 2000 bis 2007.

Abbildung 11:

Entwicklung des Krankenstandes 2000 bis 2007 von Männern im Vergleich zu Frauen



Quelle: DAK AU-Daten 2007

Der Krankenstand entwickelt sich für beide Geschlechter in etwa gleich. Zwischen 2000 und 2003 verweilte der Krankenstand nahezu auf gleichem Niveau. Im direkten Vergleich der Jahre 2006 und 2000 ist der Krankenstand sowohl bei den Männer als auch bei den Frauen um jeweils 0,5 Prozentpunkte zurückgegangen. 2007 ist der Krankenstand der Männer sowie auch der Frauen um jeweils 0,1 Prozentpunkt leicht gestiegen.

Zuordnung der männlichen DAK-Mitglieder nach Branchen

Die DAK-Mitglieder unterscheiden sich in ihrer beruflichen Stellung sowie in ihrer Zuordnung nach Branchen bzw. Wirtschaftsgruppen. Die meisten männlichen DAK-Mitglieder sind in der Wirtschaftgruppe „Handel“ gefolgt von „Sonstige Dienstleistungen“ beschäftigt.

Werden vorrangig nur die zehn Branchen mit den meisten männlichen Mitgliedern betrachtet, treten auch Branchen wie das „Baugewerbe“ und „sonstiges verarbeitendes Gewerbe“ stärker in den Fokus.

Gibt es geschlechtsspezifische Krankenstandsunterschiede nach Branchen?

In Abbildung 12 wird der Krankenstand der männlichen DAK-Mitglieder in den Branchen, in denen die meisten Männer beschäftigt sind, im Vergleich zum Krankenstand der Frauen in den jeweiligen Branchen betrachtet. An dieser Stelle sei erinnert, dass der Krankenstand der Männer im Durchschnitt stets unter dem der Frauen liegt und die Differenz sich nur zwischen 0,2 bis 0,3 Prozentpunkten bewegt.

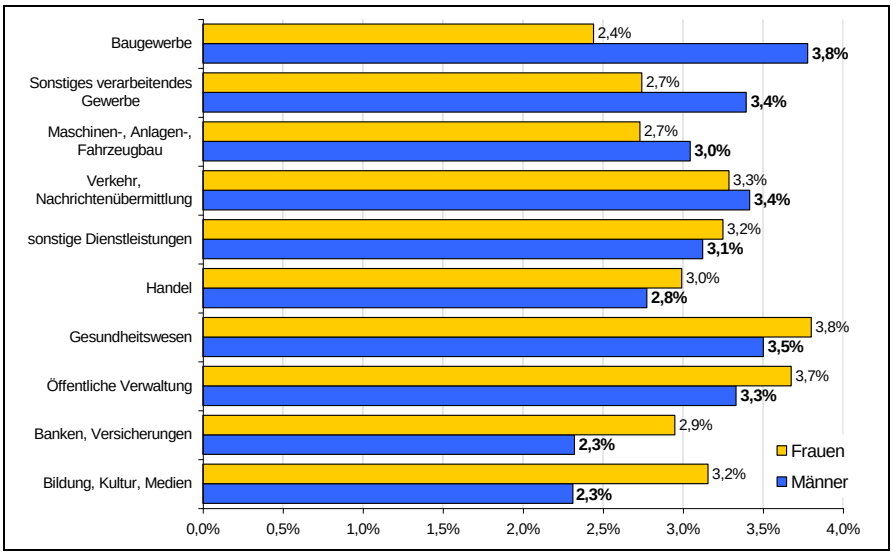


Abbildung 12:

Krankenstandwerte 2007 in den zehn Wirtschaftsgruppen mit besonders hohem Anteil männlicher DAK-Mitglieder im Vergleich zum Krankenstand der Frauen

(absteigend sortiert nach Höhe der Krankenstandsdifferenz zwischen Männern und Frauen)

Quelle: DAK AU-Daten 2007

Überdurchschnittlich hohe Krankenstände bei Männern im „Baugewerbe“, Verkehr, Nachrichtenübermittlung“ und „sonst. Verarbeitendes Gewerbe“

Die Analyse des Krankenstandes differenziert nach Branchen und Geschlecht zeigt, entgegen den bisherigen Betrachtungen, für vier Branchen ein abweichendes Bild:

- Überdurchschnittlich hohe Krankenstände weisen die Männer in den Branchen „Baugewerbe“, „Sonstiges verarbeitendes Gewerbe“ sowie „Verkehr und Nachrichtenübermittlung“ auf.

In diesen Wirtschaftsgruppen liegt der Krankenstand nicht nur deutlich über dem Durchschnitt aller männlichen DAK-Versicherten in Höhe von 3,0 %, sondern auch deutlich über dem Durchschnitt der weiblichen Kolleginnen in den jeweiligen Branchen.

- In der Branche „Maschinen-, Anlagen- und Fahrzeugbau“ entspricht der Krankenstand zwar genau dem Durchschnitt aller DAK-Männer, jedoch liegt auch hier der Krankenstand der Männer 0,3 Prozentpunkte über dem der Frauen.

Dass in den genannten Wirtschaftsgruppen der Krankenstand der Männer den der Frauen übersteigt, ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass die Männer hier überwiegend im Produktionsbereich mit hohen Belastungen und die Frauen in den gesundheitlich weniger belastenden Verwaltungs- und Bürobereichen tätig sind.

Über dem Durchschnitt der männlichen DAK-Versicherten liegt der Krankenstand auch in den Branchen „Gesundheitswesen“ und „öffentliche Verwaltung“. Die Krankenstandwerte liegen hier jedoch deutlich unter dem der jeweiligen Kolleginnen. Am untersten Ende des Krankenstands-Rankings nach Wirtschaftsgruppen befinden sich die Männer der Wirtschaftszweige „Banken und Versicherungen“ sowie „Bildung, Kultur, Medien“.

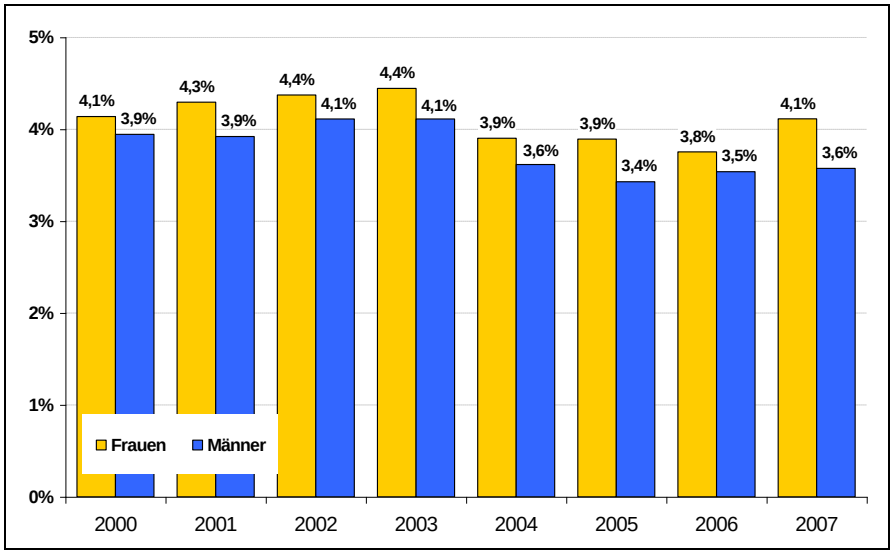
Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass innerhalb der männlichen DAK-Population die Beschäftigen des Baugewerbes zu den gesundheitlich besonders Belasteten zählen, gefolgt von den Männern in den Wirtschaftszweigen „Gesundheitswesen“, „Verkehr und Nachrichtenübermittlung“ sowie „Sonstiges verarbeitendes Gewerbe“.

Analyse für Sachsen-Anhalt:
Entwicklung des Krankenstand 2000 - 2007 und geschlechtsspezifische Krankenstandsunterschiede nach Branchen

Abbildung 13 zeigt die Entwicklung des Krankenstandes der männlichen DAK-Mitglieder im Vergleich zu den weiblichen Kolleginnen im Zeitraum von 2000 bis 2007 für Sachsen-Anhalt. Auch hier lag der Krankenstand der männlichen DAK-Mitglieder stets unter dem der Frauen. Die Differenz zu den Frauen schwankt zwischen 0,2 bis 0,5 Prozentpunkte.

Abbildung 13:

Entwicklung des Krankenstandes 2000 bis 2007 von Männern im Vergleich zu Frauen in Sachsen-Anhalt



Quelle:

In Abbildung 14 zeigt den Krankenstand differenziert nach Branchen und Geschlecht. Überdurchschnittlich hohe Krankenstände weisen Männer in den Branchen „Baugewerbe“ (4,3 %) und „Maschinen-, Anlagen- und Fahrzeugbau“ (4,1 %) sowie im "Sonstiges verarbeitendes Gewerbe" (4,1 %) auf. In diesen Wirtschaftsgruppen liegt der Krankenstand zugleich über dem Durchschnitt der Kolleginnen. Den niedrigsten Krankenstand weisen die Männer in Sachsen-Anhalt bei „Banken, Versicherungen“ mit 2,2 % auf.

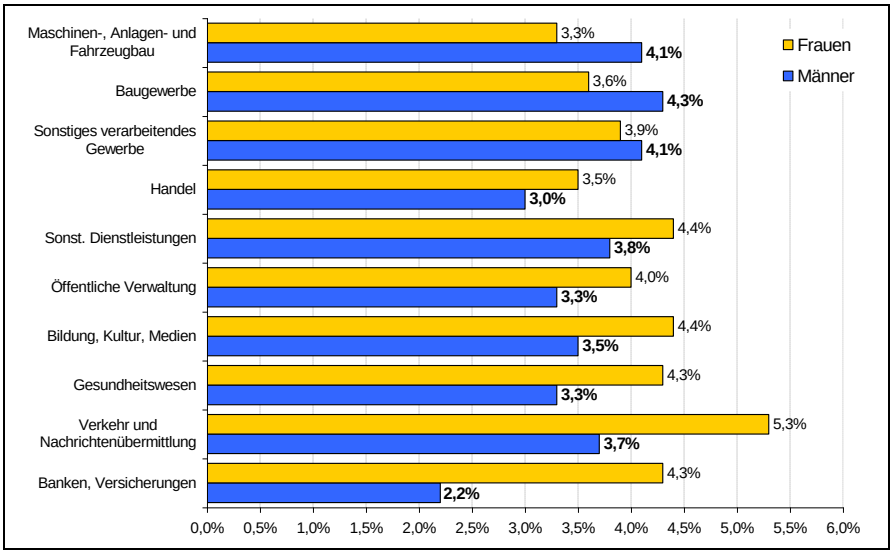


Abbildung 14:

Krankenstandwerte 2007 in den zehn Wirtschaftsgruppen mit besonders hohem Anteil männlicher DAK-Mitglieder in Sachsen-Anhalt im Vergleich zum Krankenstand der Frauen

(absteigend sortiert nach Höhe der Krankenstandsdifferenz zwischen Männern und Frauen)

Krankheitsspektrum der männlichen DAK-Mitglieder in 2007 im Vergleich zu den Frauen

Nachfolgend werden geschlechtsspezifische Unterschiede auf der Ebene von Krankheitsgruppen näher beleuchtet. Abbildung 15 zeigt die Anzahl der Fehltage pro 100 versicherte Männer im Vergleich zu den Frauen differenziert nach Krankheitsgruppen.

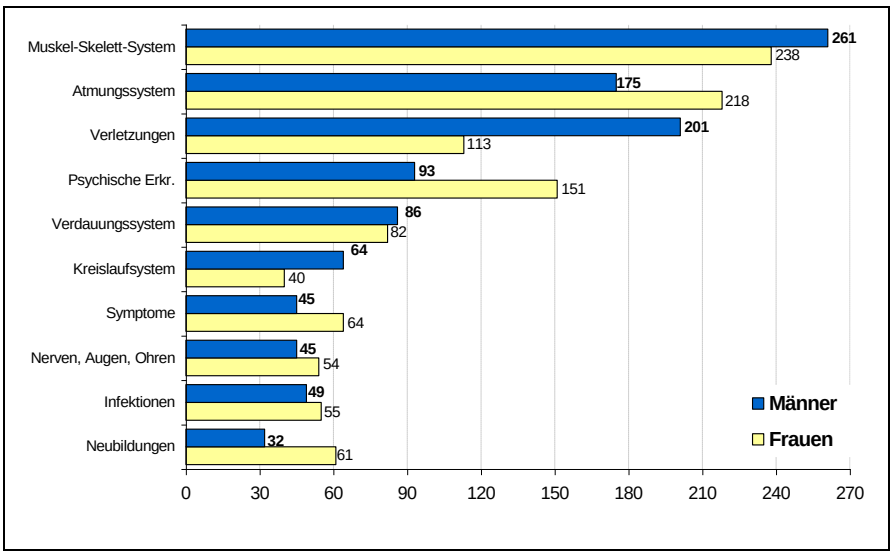


Abbildung 15:

AU-Tage pro 100 Versicherte nach Krankheitsgruppen und differenziert für Männer und Frauen

Quelle: DAK AU-Daten 2007

In Bezug auf drei Krankheitsarten zeigen sich größere Differenzen zwischen Männer und Frauen, d.h. der Unterschied beträgt mehr als 20 Prozent:

- Psychische Erkrankungen verursachen bei Frauen deutlich mehr Fehltage als bei Männern (151 vs. 93 AU-Tage pro 100 Versicherte).
- Verletzungen begründen hingegen bei Männern deutlich mehr Fehltage als bei Frauen (201 vs. 113 AU-Tage pro 100 Versicherte), was auch auf ein höheres Risiko in Bezug auf Arbeits- und Wegeunfälle zurückzuführen ist.
- Auch Herzkreislauf-Erkrankungen führen bei Männern zu mehr Fehltagen als bei Frauen (64 vs. 40 AU-Tage pro 100 Versicherte.

Krankheitsspektren „Verletzungen“ sowie „Herz-Kreislauf-Erkrankungen“ sind männerspezifisch

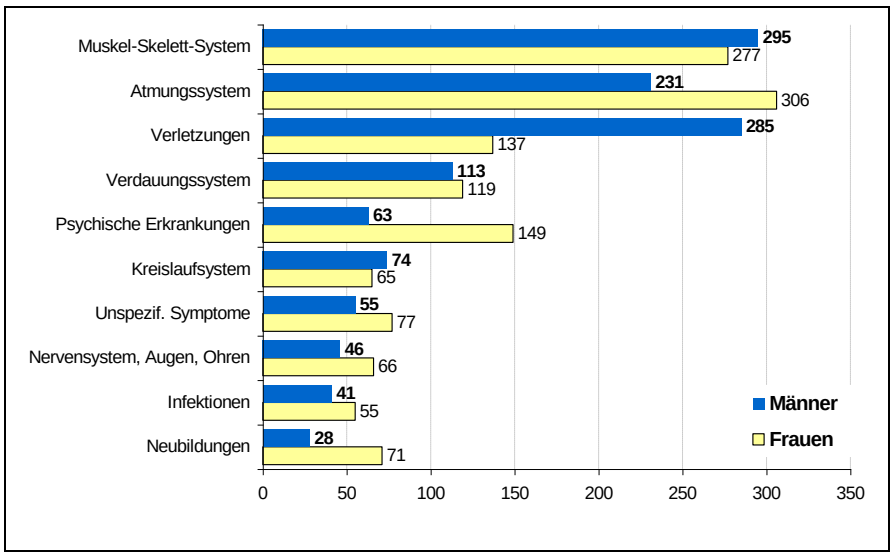
Auch zeigt sich eine höhere Betroffenheit der Männer bei Muskel-Skelett-Erkrankungen, jedoch ist das Fehltagevolumen der Männer nur um rd. 10 % höher als das der Frauen. Da der Unterschied der Männer gegenüber den Frauen bei den „Verletzungen und Vergiftung“ rd. 80 % und bei den „Erkrankungen des Kreislaufsystems“ 60 % umfasst, gelten diese beiden Krankheitsspektren im Folgenden als männertypisch.

Analyse für Sachsen-Anhalt: Krankheitsspektrum der männlichen DAK-Mitglieder in 2007 im Vergleich zu den Frauen

Abbildung 16 zeigt die Anzahl der Fehltage pro 100 versicherte Männer in Sachsen-Anhalt im Vergleich zu den Frauen differenziert nach Krankheitsgruppen.

Abbildung 16:

AU-Tage pro 100 Versicherte nach Krankheitsgruppen und differenziert für Männer und Frauen für Sachsen-Anhalt



Quelle: DAK AU-Daten 2007

In Sachsen-Anhalt zeigt sich im Geschlechtervergleich eine höhere Betroffenheit der Männer bei Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems sowie bei Verletzungen und Vergiftungen sowie auch bei Herz-Kreislauferkrankungen.

In Sachsen-Anhalt sind Verletzungen männertypisch

Da die Zahl der AU-Tage der männlichen DAK-Versicherten in Sachsen-Anhalt die der Frauen lediglich bei Verletzungen deutlich übertrifft, kann hier nur dieses Krankheitsspektrum als männertypisch gelten. Es sind mehr als doppelt so viele Fehltage als bei den Frauen durch Verletzungen begründet (plus 108 Prozent). Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems, eine bundesweit gegenüber den Frauen als männertypisch diagnostizierte Krankheitsgruppe, verursachen bei den Männern nur 14% mehr Fehltage, Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems lediglich 6 % mehr.

Und welchen Anteil haben die unterschiedlichen Krankheitsarten am höheren Krankenstand der Männer im Vergleich zum DAK-Durchschnitt? Maßgeblichen Anteil haben Fehltage aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen, die 47 % der Differenz gegenüber dem Bundesdurchschnitt erklären. In Sachsen-Anhalt kommen die Männer auf insgesamt 84 mehr Fehltage aufgrund von Verletzungen (vgl. Abbildung 15 und Abbildung 16).

Männer in Sachsen-Anhalt im Vergleich zum Bund

Nennenswert mehr Fehltage pro 100 Versicherte als im Bundesvergleich begründen bei den Männer in Sachsen-Anhalt auch Atemwegserkrankungen (plus 56 AU-Tage) sowie Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems (plus 34 Tage). Nennenswert weniger Tage fallen bei den Männern in Sachsen-Anhalt aufgrund von psychischen Erkrankungen (minus 30 Tage) an (vgl. Abbildung 15 und Abbildung 16).

Männertypische Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen in 2007

Als „männertypisch" werden Diagnosen mit mindestens 20 % höherem AU-Tage-Volumen bezeichnet.

Die für die Arbeitsunfähigkeit von Männern typischen Krankheitsspektren und damit das Präventionspotential im Rahmen von Männergesundheit lassen sich noch anschaulicher auf der Ebene von Einzeldiagnosen darstellen. In Tabelle C1 (im Anhang V) werden insgesamt 18 Einzeldiagnosen ausgewiesen, die bei den männlichen Versicherten im Jahr 2007 mindestens fünf Fehltage pro 100 Versicherte verursacht haben und bei denen die Männer gleichzeitig ein um mindestens 20 % größeres Volumen an Fehltagen aufweisen als die Frauen.

Insgesamt wird das männerspezifische AU-Geschehen neben Einzeldiagnosen aus den Spektren „Verletzungen" und „Erkrankungen des Kreislaufsystems" stark durch „Muskel-Skelett-Erkrankungen" bestimmt.

Vorauszuschicken ist zudem, dass unter den insgesamt 18 identifizierten Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen sich strenggenommen keine im biologisch-organischen Sinne männertypische Krankheit findet. Lediglich der Leistenbruch (lat. *Hernia inguinalis*) gilt dem Alltagsverständnis nach als Männerkrankheit. Hernien treten bei Männern deutlich häufiger auf als bei Frauen. Dies zeigt sich auch beim AU-Geschehen. Hier ist das AU-Tage-Volumen mehr als siebenmal so groß wie das der Frauen.

Bösartige Neubildungen der Prostata oder des Hodens begründeten 2007 bei den Männern 3,5 bzw. 1,6 AU-Tage pro 100 Versicherte.

Vier männertypische Diagnosen aus dem Bereich Muskel-Skelett-Erkrankungen

Insgesamt vier Einzeldiagnosen aus dem Spektrum Muskel-Skelett-Erkrankungen, wovon der Rückenschmerz (M54) die häufigste Arbeitsunfähigkeitsdiagnose sowohl bei Männern als auch bei Frauen darstellt, finden sich unter den 18 männertypischen AU-Diagnosen (vgl. Abbildung 17).

Laut Umfragen leiden Frauen öfter unter Rückenschmerzen.

Rückenschmerzen sind auch unter den weiblichen Versicherten die häufigste AU-Diagnose. Dass Männer bei Arbeitsunfähigkeit aber häufiger von Rückenschmerzen betroffen sind (auf 100 ganzjährig versicherte Männer kommen 7,4 AU-Fälle, Frauen: 5,7 AU-Fälle), steht im Widerspruch zu den Ergebnissen des telefonischen Gesundheitssurvey 2002/2003. Die Jahresprävalenz chronischer Rückenschmerzen (Schmerzperiode von drei Monaten Dauer) liegt bei Frauen mit 21,4 % höher als bei den Männer (15,4 %). Bereits im Bundesgesundheitssurvey 1998 wurde ermittelt, dass im Lauf eines Jahres 62 % der Frauen und 56 % der Männer unter Rückenschmerzen leiden.

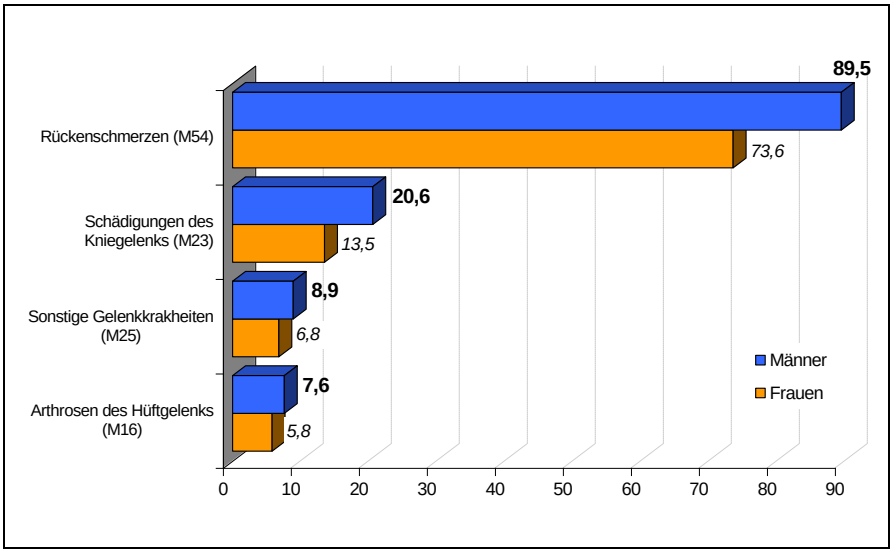


Abbildung 17:

Männertypische AU-Diagnosen aus dem Bereich Muskel-Skelett-Erkrankungen in 2007

(AU-Tage pro 100 Versicherte)

Quelle: DAK AU-Daten 2007

Gründe für den höheren Krankenstand wegen Rückenschmerzen bei Männern

Wieso haben Männer dann einen höheren Krankenstand wegen Rückenerkrankungen? Die DAK hat dieses Phänomen bereits im DAK-Gesundheitsreport 2003 vertiefend analysiert. Als Erklärung kommen vor allem unterschiedliche Arbeitsplatzprofile in Betracht: Männer arbeiten häufiger als Frauen in Berufen, bei denen wegen körperlicher Belastungen das Arbeiten mit Schmerzen weniger möglich scheint.

Durch Programme zur betrieblichen Gesundheitsförderung lassen sich Rückenerkrankungen nicht nur bei Männer vermeiden.

Rückenschmerzen können – vor allem wenn sie länger andauern – das körperliche Wohlbefinden und die Lebensfreude empfindlich beeinträchtigen. Bei Chronifizierung von Rückenschmerzen kann es zur Frühberentung kommen. Rd. 17 % aller Neuzugänge bei der Erwerbsminderungsrente gingen 2006 auf Erkrankungen des Bewegungsapparates zurück, was das Erfordernis der Verhütung von Rückenerkrankungen unterstreicht. Ein wesentlicher Bereich, um Rückenerkrankungen durch den Einsatz gezielter Präventionsmaßnahmen vorzubeugen, ist der Arbeitsplatz. Im Rahmen von Gesundheitsförderungsprojekten lassen sich Rückenerkrankungen sowohl bei Männern als auch Frauen reduzieren und damit die Krankenstandswerte senken.

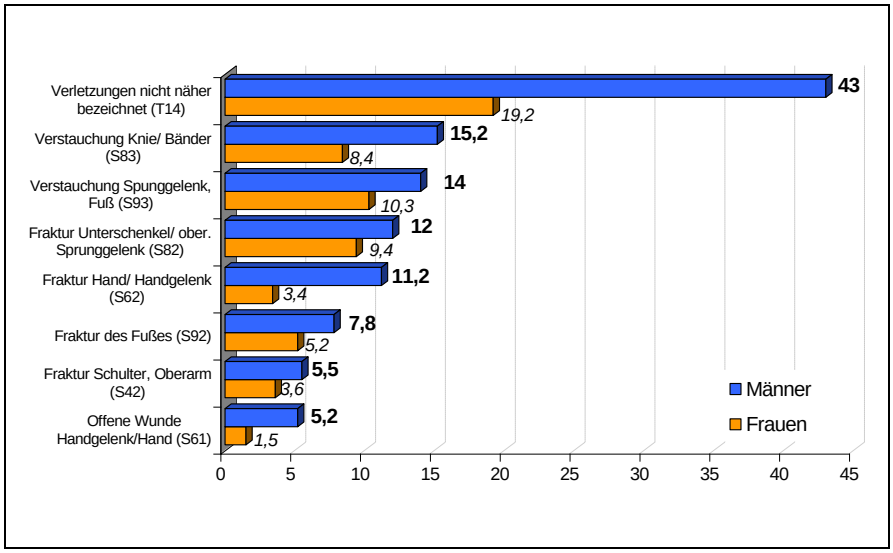
Sechs männertypische Diagnosen aus dem Bereich Verletzungen, Vergiftungen und andere äußere Ursachen

Die größere Bedeutung von Verletzungen bei den Männern im Vergleich zu den Frauen wird ebenfalls durch die Analyse erhellt. Insgesamt acht Einzeldiagnosen aus dem Krankheitsspektrum „Verletzungen, Vergiftungen und andere äußere Ursachen“ zählen zu den insgesamt 18 männertypischen Diagnosen (vgl. Abbildung 18).

Abbildung 18:

Männertypische AU-Diagnosen aus dem Bereich Verletzungen in 2007

(AU-Tage pro 100 Versicherte)



Quelle: DAK AU-Daten 2007

Verletzungen einer nicht näher bezeichneten Körperregion (T14), die häufigste Verletzungsart bei den Männern, verursachen hier mehr als doppelt so viele Fehltage als bei den Frauen.

Luxationen des Kniegelenkes (S83) sowie des Sprunggelenkes (S93) verursachen 81 % bzw. 36 % mehr Krankheitstage. Fehltage aufgrund von Frakturen im Bereich der Hand (S62) sind sogar mehr als dreimal so häufig bei Männern als bei Frauen. Frakturen des Fußes (S92) und im Schulterbereich (S42) fallen mit 50 % bzw. 53 % mehr Fehltagen ins Gewicht. Fehltage aufgrund von offenen Wunden im Bereich Handgelenk bzw. Hand (S61) sind bei Männern 3,5 Mal häufiger als bei Frauen.

Riskantes Freizeitverhalten

Bei den genannten Diagnosen aus dem Spektrum Verletzungen handelt es sich überwiegend um Sturzverletzungen. Hinter dieser höheren Betroffenheit der Männer in Bezug auf derartige Verletzungen steht u.a. ein männerspezifisches Freizeitverhalten. Männer sind bei Risikosportarten, die eine höhere Verletzungsgefahr kennzeichnet, häufiger vertreten.

Laut AU-Analysen erleiden Männer häufiger Arbeits- und Wegeunfälle

Darüber hinaus wurde im Rahmen dieses Schwerpunktes bereits darauf hingewiesen, dass in der Arbeitswelt deutlich mehr Männer Arbeits- und Wegeunfälle erleiden als Frauen, da sie häufiger auf gefährlicheren Arbeitsplätzen tätig sind als ihre Kolleginnen. Arbeitsunfälle haben meist mechanische Ursachen und betreffen vorwiegend Hände, Füße und Kopf.

Praktische Folgen für die Prävention

Eine verstärkte Prävention von Unfallgefahren in der Arbeitswelt, insbesondere in den Branchen „Baugewerbe“, „Holz, Papier und Druck“, „Nahrungs- und Genussmittel“, die nach dem aktuellen Bericht „Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2005“ der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und -medizin ein besonders über-

durchschnittliches Unfallgeschehen kennzeichnet, kann maßgeblich zur Gesundheit von Männern beitragen.[4]

Die höhere Betroffenheit von Männern bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen während des Erwerbslebens zeigt sich bei vier von insgesamt 18 männertypischen AU-Diagnosen. Sind die Herzkranzgefäße betroffen, liegt eine ischämische, auch als koronare Herzkrankheit bezeichnete Erkrankung vor (I20 bis I25). Besonders im mittleren Lebensalter sind Männer von ischämischen Herzkrankheiten häufiger betroffen als Frauen. Im oberen Altersverlauf kommt es jedoch zu einer Angleichung.

Vier männerspezifische Diagnosen aus dem Bereich Erkrankungen des Kreislaufsystems

Prominentester Vertreter aus der Gruppe ischämischen Herzkrankheiten ist der Herzinfarkt (I21), der bei den DAK-Männern 5,7 Mal mehr Fehltage begründet als bei den Frauen (vgl. Abbildung 19). Auch die chronisch ischämische Herzkrankheit (I25) verursacht bei den Männern fünfmal mehr AU-Tage als bei den Frauen. Die Angina pectoris, ein anfallsartiger Herzschmerz bzw. Brustenge, ist bei den Männern im Vergleich zu den Frauen für rd. 3,3 Mal mehr Fehltage verantwortlich.

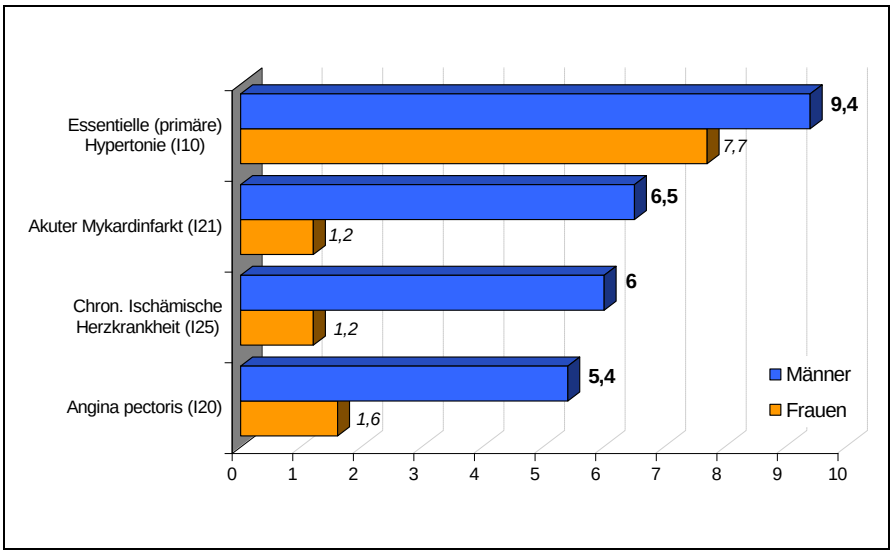


Abbildung 19:

Männertypische AU-Diagnosen aus dem Bereich Erkrankungen des Kreislaufsystems

(AU-Tage pro 100 Versicherte)

Quelle: DAK AU-Daten 2007

Risikofaktoren von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und praktische Folgen für die Prävention

Männer können durch Änderungen ihres Lebensstils ihr Risiko, an einer koronaren Herzkrankheit zu erkranken, erheblich senken. Neben Rauchen, Übergewicht und Bewegungsmangel begünstigen u.a. berufliche Stresssituationen die Entstehung einer koronaren Herzkrankheit und damit auch das Entstehen eines Herzinfarktes. Durch verhaltensbezogene Maßnahmen wie z.B. dem Erlernen von Bewältigungsstrategien bei beruflichem Stress lässt sich der Herzinfarkt auch in der Arbeitswelt vorbeugen.

[4] Vgl. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA): http://www.baua.de/de/Informationen-fuer-die-Praxis/Statistiken/Unfaelle/meldepflichtige-Arbeitsunfaelle/meldepflichtige-Arbeitsunfaelle.html (2.1.08)

Nach Kolenda et al. (2005) trägt im Rahmen der Sekundärprävention von koronaren Herzkrankheiten der Abbau chronischer Stressbelastungen durch Stressbewältigung und -management maßgeblich zur Risikoreduktion bei5.

Analyse für Sachsen-Anhalt:
Männertypische AU-Diagnosen in 2007

21 männertypische Diagnosen in Sachsen-Anhalt

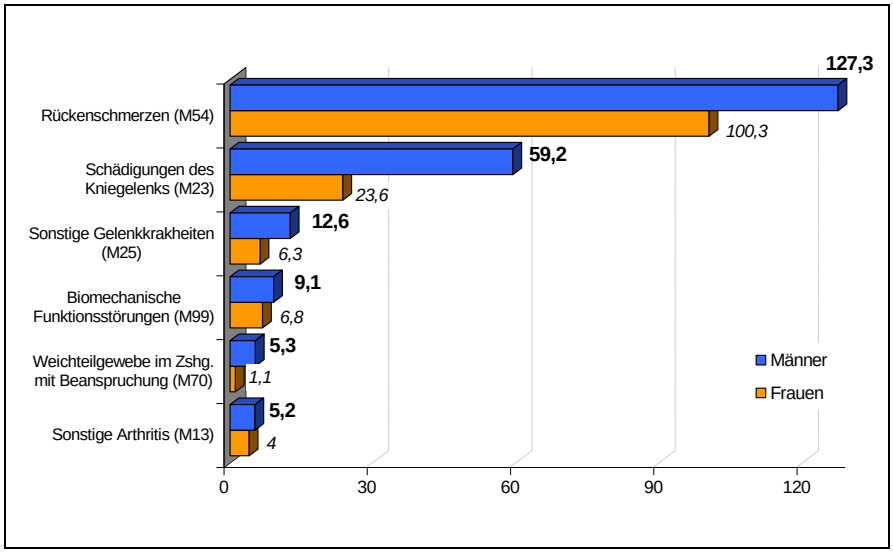
Die Sonderanalysen für Sachsen-Anhalt ergaben insgesamt 21 – im Vergleich zu 18 auf Bundesebene – männertypische Diagnosen bei Arbeitsunfähigkeit (vgl. Tabelle C2 im Anhang IV). Vorherrschend sind dabei Diagnosem aus dem Bereich Verletzungen und Vergiftungen sowie Muskel-Skelett-Erkrankungen. Zunächst zu den Muskel-Skelett-Erkrankungen:

Insgesamt sechs Einzeldiagnosen aus diesem Spektrum finden sich unter den 21 männertypischen AU-Diagnosen (vgl. Abbildung 20). Die größte relative Differenz gegenüber den Frauen zeigt sich, trotz der geringen Zahl an Fehltagen, bei den Krankheiten des Weichteilgewebes im Zusammenhang mit Beanspruchungen.

Abbildung 20:

Männertypische AU-Diagnosen aus dem Bereich Muskel-Skelett-Erkrankungen in 2007 für Sachsen-Anhalt

(AU-Tage pro 100 Versicherte)



Quelle: DAK AU-Daten 2007

Männer in Sachsen-Anhalt im Bundesvergleich

Im Bundesvergleich gibt es bei den männertypischen AU-Diagnosen aus dem Spektrum Muskel-Skelett-Erkrankungen drei Übereinstimmungen. Rückenschmerzen begründen bei den Männern mit insgesamt 127 AU-Tagen pro 100 Versicherte deutlich mehr Fehltage als bundesweit (89,5 AU-Tage pro 100 Versicherte). Binnenschädigungen des Kniegelenks (M23) verursachen bei Männern in Sachsen-Anhalt mit rd. 60 Tagen das Dreifache der Tage wie im Bundesdurchschnitt (20,6 Tage auf 100 Versicherte). Auch sonstige Gelenkkrankheiten liegen über dem Bundeswert (vgl.Abbildung 20 und Abbildung 17).

[5] Kolenda et al. (2005) Sekundärprävention der koronaren Herzkrankheit Sekundärprävention der koronaren Herzkrankheit: Effizienz nachweisbar In: Dtsch Arztebl 2005; 102(26): A-1889 / B-1596 / C-1503.

Auch in Sachsen-Anhalt wird die größere Bedeutung von Verletzungen bei den Männern im Vergleich zu den Frauen durch die Analyse erhellt. Insgesamt 12 Diagnosen – vier mehr als auf Bundesebene – konnten aus diesem Krankheitsspektrum als männertypisch identifiziert werden. Abbildung 21 zeigt sieben der zwölf Einzeldiagnosen anhand der Fehltage pro 100 Versicherte.

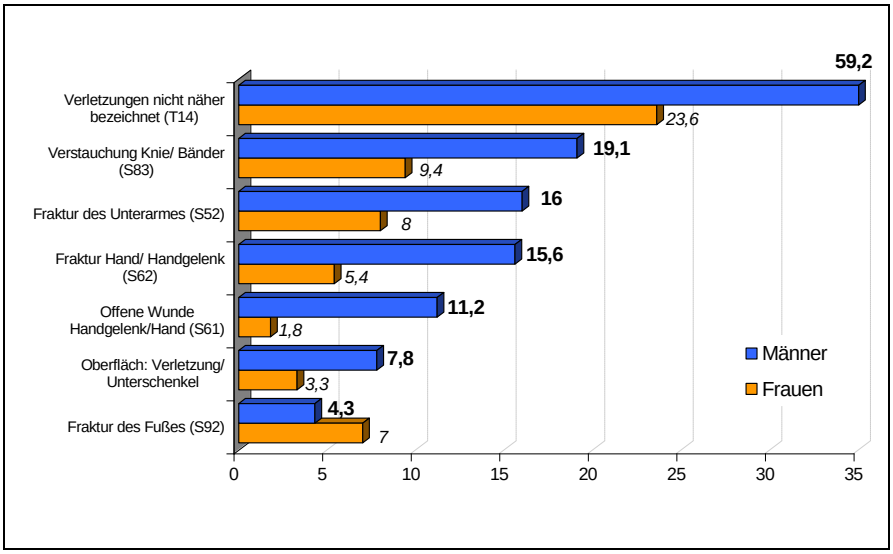


Abbildung 21:

Männertypische AU-Diagnosen aus dem Bereich Verletzungen in 2007 für Sachsen-Anhalt

(AU-Tage pro 100 Versicherte)

Quelle: DAK AU-Daten 2007

In Bezug auf Verletzungen zeigen die Männer in Sachsen-Anhalt sechs Übereinstimmungen mit den Vergleichswerten des Bundes (vgl. u.a. Tabelle C.1 im Anhang IV). Bei den nicht näher bezeichneten Verletzungen, den Frakturen im Bereich der Hand und des Handgelenkes sowie den offenen Wunden im Bereich der Hand und des Handgelenkes übertreffen die Fehltage der Männer in Sachsen-Anhalt deutlich den Bundesdurchschnitt.

Keine männertypische Diagnose aus dem Spektrum "Herz-Kreislauf-Erkrankungen"

In Sachsen-Anhalt zählen – anders als auf Bundsebene – keine Diagnosen aus dem Spektrum Herz-Kreislauferkrankungen zu den männertypischen. Zwar begründet in Sachsen-Anhalt der Herzinfarkt (I21) als prominentester Vertreter aus der Gruppe ischämischen Herzkrankheiten insgesamt 6,4 AU-Tage pro 100 Versicherte. Aufgrund der zu geringen Fallzahl unter den weiblichen Versicherten wird er jedoch aus Gründen des Datenschutzes nicht vergleichend mit den Frauen dargestellt.

Neben den Diagnosen aus den Spektren Verletzungen und Muskel-Skelett-Erkrankungen zählen psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10) und der Leistenbruch (K40) wie schon bundesweit zu den männertypischen Diagnosen. In Sachsen-Anhalt zählen zudem Hals- und Brustschmerzen mit 5,4 AU-Tagen bei den Männern im Vergleich zu 1,9 Tagen bei den Frauen pro 100 Versicherte zu den männertypischen Diagnosen (vgl. Tabelle C2 im Anhang IV)..

Und wie sieht es mit den im biologischen Sinne männertypischen Krankheiten in Sachsen-Anhalt aus? Bösartige Neubildungen der Prostata oder des Hodens begründeten 2007 bei den Männern in Sachsen-Anhalt 5,4 bzw. 0,7 AU-Tage pro 100 Versicherte. Im Bundesvergleich ist die Zahl der Fehltage aufgrund bösartiger Neubildungen der Prostata in Sachsen-Anhalt erhöht (Bund: 3,5 AU-Tage pro 100 Versicherte). Die Zahl der Fehltage aufgrund bösartiger Neubildungen des Hodens ist in Sachsen-Anhalt hingegen niedriger (Bund: 1,6 AU-Tage pro 100 Versicherte).

Männertypische Krankheitsdiagnosen in 2007

Krankenhaustage der männlichen DAK-Versicherten in 2007

Die AU-Daten spiegeln nur einen Teil des Erkrankungsgeschehens der erwerbstätigen männlichen DAK-Population wider. Weitere Antworten auf die Frage, welche Erkrankungen männertypisch sind, können Krankenhausdaten differenziert nach Geschlecht geben. Dieser Frage wird nachfolgend anhand der Krankhausdaten der DAK für das Jahr 2007 nachgegangen.

Tabelle C3 im Anhang IV zeigt die Diagnosen auf, die bei den männlichen DAK-Mitgliedern im Jahr 2007 mehr als fünf Krankenhaustage (abgekürzt: KH-Tage) pro 1.000 Versicherte verursacht haben und bei denen die Männer gleichzeitig ein um mindestens 20 % größeres Volumen an Krankenhaustagen aufweisen als die Frauen.[6] Alles in allem konnten 23 männertypische Krankenhausdiagnosen auf diesem Wege identifiziert werden.

Insgesamt ist das männerspezifische Krankenhausgeschehen in Bezug auf die Diagnosen heterogener als das AU-Geschehen. Das männertypische Behandlungsgeschehen umfasst neben Erkrankungen aus den Bereichen Muskel-Skelett, Verletzungen und Herzkreislauf auch psychische Erkrankungen, Erkrankungen des Verdauungssystems, des Urogenitalsystems, des Nervenssystems, Neubildungen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten sowie auch Krankheiten des Atmungssystems.

Zwei Diagnosen aus dem Bereich psychische Erkrankungen

Zwei Diagnosen aus dem Bereich psychische Erkrankungen stehen bei den männertypischen Krankenhausdiagnosen an der Spitze: die psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol sowie die Schizophrenie. Geht erstere mit einem riskanten Gesundheitsverhalten einher, sind schizophrene Störungen auf ein multifaktorielles Geschehen zurückzuführen.

Alkoholsucht/ -missbrauch ist häufigster Behandlungsanlass

„Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ nehmen bei den Männern zudem mit einem Anteil von 3,9 % an allen Krankenhaustagen den ersten Rang ein. Mit anderen Worten: Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol sind bei Männern

[6] Analog zu den AU-Daten ist die Zahl der KH-Tage eine zentrale Kennziffer bei den Krankenhausdiagnosen. Da im Vergleich zu den AU-Tagen grundsätzlich weniger KH-Tage in einer Periode anfallen, wird die Kennziffer KH-Tage nicht für 100 sondern für 1.000 Versicherte ausgewiesen.

häufigste KH-Diagnose gefolgt von depressiven Episoden (3,4 %), die jedoch bei den Frauen einen höheren Anteil haben (4,3 %).

Bei den psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol kommen Männer im Vergleich zu den Frauen auf fast dreimal so viele Krankenhaustage (vgl. Abbildung 22). 2007 fehlten auch mehr als doppelt so viele Männer wie Frauen am Arbeitsplatz aufgrund von Alkoholproblemen (7,4 vs. 3,5 AU-Tage pro 100 Versicherte), was die Potentiale von Suchtpräventionsprogrammen am Arbeitsplatz, insbesondere für die Gesundheit von Männern unterstreicht.

Suchtprävention am Arbeitsplatz

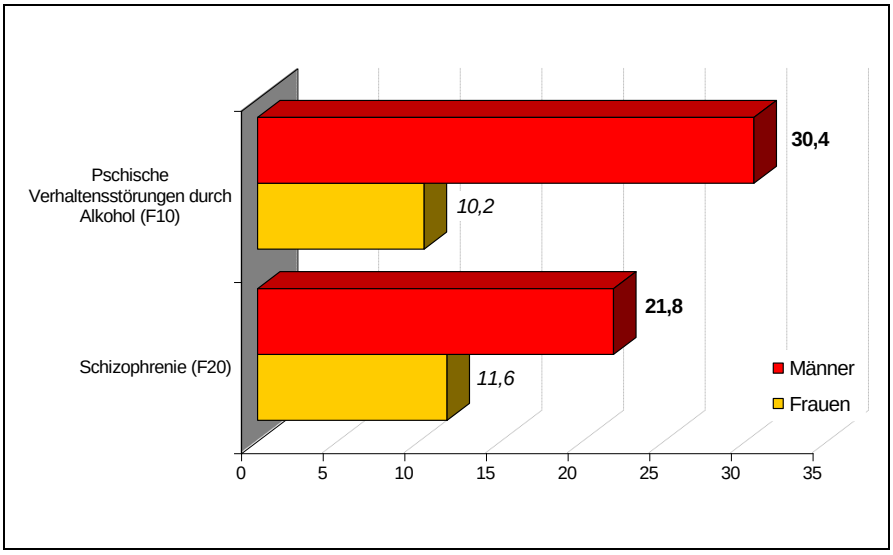


Abbildung 22:

Männertypische KH-Diagnosen aus dem Bereich psychische Erkrankungen

(KH-Tage pro 1.000 Versicherte)

Quelle: DAK KH-Daten 2007

Auch in der KG-2-Statistik des Bundesministerium für Gesundheit im Jahr 2005 waren psychische Verhaltensstörungen durch Alkohol der häufigste Behandlungsanlass von Männern im Krankhaus. Im Vergleich zu den DAK-versicherten Männern lag der Anteil an allen Krankenhausfällen jedoch nur bei 2,8 %.[7] Dass Alkohol als toxische Substanz bei längerem übermäßigen Gebrauch Körperorgane und Nervenzellen schädigen kann und zugleich ein Risikofaktor für Krebserkrankungen ist, Stichwort Leberkrebs, soll an dieser Stelle nicht weiter ausgeführt werden.

Auch in der Bundes-Statistik sind psychische Verhaltensstörungen durch Alkohol häufigster Behandlungsanlass von Männern im Krankhaus

Konsumstatistiken zeigen, dass Männer im Mittel mehr Alkohol trinken als Frauen.[8] Es erscheint deshalb plausibel, dass Männer häufiger als Frauen Alkoholprobleme entwickeln und deswegen einer Krankenhausbehandlung bedürfen. Neben einem insgesamt riskanten Gesundheitsverhalten in Bezug auf Alkohol bei Männern wird das höhere Suchtpotential bei Männern auch in Zusammenhang mit männerspezifischen Bewältigungsstrategien in belastenden Lebenssituationen und Krisen gebracht (vgl. Abschnitt 4.3).

---

[7] Gesundheitsberichterstattung des Bundes: www.gbe-bund.de (2.1.08) Statistik: Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000 (Eckdaten der vollstationären Patienten und Patientinnen)

[8] Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.: www.dhs.de/web/datenfakten/alkohol.php (2.1.08)

Diagnose „Schizophrenie“

An zweiter Stelle der männertypischen Krankenhausbehandlungsgründe steht die Diagnose „Schizophrenie“, der schwersten psychiatrischen Erkrankung mit rezidivierenden bis chronischen Verlaufsformen. Die Hauptsymptome einer schizophrenen Psychose, der Realitätsverlust mit Wahnideen und Halluzinationen sowie Identitätsverlust und sozialer Rückzug – verdeutlichen Art und Schwere dieser psychischen Störung.[9] Die Lebenszeitprävalenz in der Bevölkerung liegt bei etwa einem Prozent und betrifft Männer und Frauen etwa gleichermaßen.

Wieso ist die Zahl der Krankenhaustage bei Männern gegenüber den Frauen dann um 50 % erhöht? Zunächst sei an dieser Stelle angemerkt, dass auch in der Krankenhausstatistik des Bundes Männer stärker vertreten sind. Nach den alterstandardisierten Fallzahlen je 100.000 Einwohner wiesen Männer in 2005 63 % mehr Fälle auf als Frauen (150 vs. 92 Behandlungsfälle).[10] In der DAK-Population ist die Behandlungshäufigkeit der Männer nahezu doppelt so hoch wie die der Frauen (0,69 KH-Fälle vs. 0,35 KH-Fälle pro 1.000 ganzjährig Versicherte), jedoch deutlich geringer als im Vergleich zur Krankenhausstatistik des Bundes.

Ersterkrankungen treten bei Männern bereits im frühen Erwachsenenalter auf, d.h. etwa zwischen dem 20. und 25. Lebensjahr. Frauen erkranken im Durchschnitt fünf bis sieben Jahre später (Stichwort: Östrogeneffekt), worauf zum Teil die niedrigere Fallhäufigkeit und das geringere Tagevolumen zurückgeführt werden könnte. Die Krankheitsursachen der Schizophrenie sind bis heute noch nicht völlig geklärt sowie auch beobachtbare Geschlechterdifferenzen. Eine in der Schizophrenieforschung nachgegangene Fragestellung ist die des Alkohol- und Substanzmissbrauchs als Auslöser und Ursache.[11]

Zwei männertypischste KH-Diagnosen aus dem Spektrum Muskel-Skelett-Erkrankungen

Im Vergleich zu den männertypischen Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen, bei denen insgesamt vier Einzeldiagnosen dem Spektrum Muskel-Skelett-Erkrankungen zugeordnet werden konnten, repräsentieren unter den 23 männertypischen Krankenhausdiagnosen nur zwei Diagnosen dieses Spektrum: Im Vergleich zu den Frauen ist das Krankenhaustagevolumen aufgrund von „sonstigen Bandscheibenschäden“ auch nur um 21 % höher. Dies indiziert, dass das Erkrankungsrisiko in Bezug auf diese Diagnosen auch bei den Frauen erhöht ist. Binnenschädigungen des Kniegelenks (M23) verursachten bei den Männern knapp 50 % mehr Fehltage.

---

[9] Kompetenznetz Schizophrenie: www.kompetenznetz-schizophrenie.de/rdkns/22.htm (2.1.08)

[10] Vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes: www.gbe-bund.de Statistik: Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000 (Eckdaten der vollstationären Patienten und Patientinnen)

[11] Häfner H (2007) Sucht und Psychose: Cannabis- und Alkoholmissbrauch als Auslöser (und Ursache?) von Schizophrenie. Perspektive Rehabilitation '07, BAG RPK Nürnberg: 18-27

Drei männertypischste KH-Diagnosen aus dem Bereich „Verletzungen“

Auch die Gruppe „Verletzungen, Vergiftungen und andere Folgen äußerer Ursachen“, die mit insgesamt acht von 18 männertypischen AU-Diagnosen die krankheitsbedingten Abwesenheiten von Männern begründeten, sind bei den Behandlungsanlässen mit nur drei Diagnosen eher „unterrepräsentiert“. Frakturen des Unterschenkels einschließlich des Sprunggelenks begründen 36 % mehr Krankenhaustage bei den Männern. Verstauchungen des Kniegelenks verursachen bei den Männern mehr als doppelt so viele Tage. Das Tagevolumen ist bei intrakraniellen Verletzungen um 74 % höher. Unter dieser Diagnose werden Krankenhausaufenthalten aufgrund von Gehirnerschütterungen, Hirnverletzungen und –blutungen subsumiert.

Sechs KH-Diagnosen aus dem Bereich Erkrankungen des Kreislaufsystems

Auch beim Krankenhausgeschehen zeigt sich wieder die höhere Betroffenheit der Männer bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Insgesamt sechs Einzeldiagnosen aus diesem Spektrum konnten als männertypisch identifiziert werden. Zwei Erkrankungen heben sich im Vergleich zu den Frauen besonders deutlich ab (vgl. Abbildung 23).

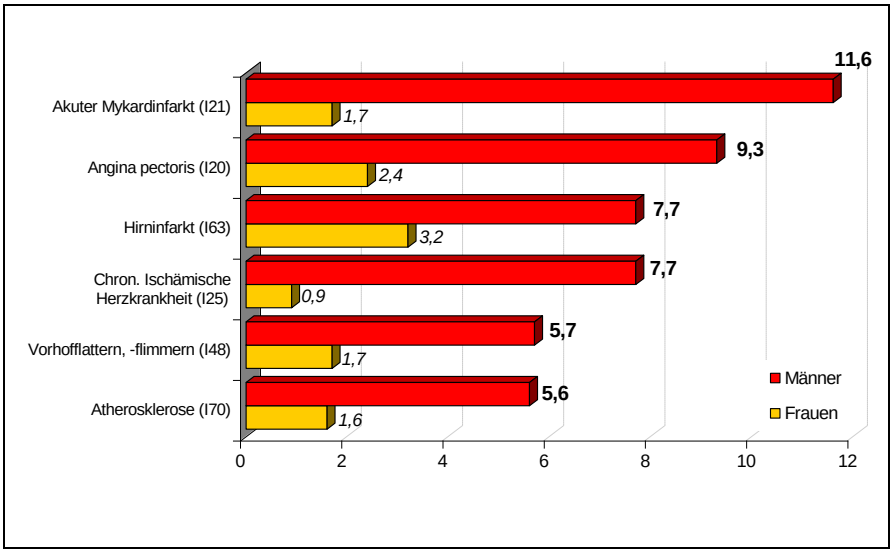


Abbildung 23:

Männertypische KH-Diagnosen aus dem Bereich „Erkrankungen des Kreislaufsystems“

(KH-Tage pro 1.000 Versicherte)

Quelle: DAK KH-Daten 2007

Das Krankhaustagevolumen aufgrund eines Herzinfarktes ist bei Männern rd. sieben Mal und das aufgrund der chronisch ischämischen Herzkrankheit sogar über acht Mal höher als bei den Frauen.

Auch die Angina pectoris, die anfallsartige Brustenge, verursacht bei Männern knapp viermal mehr Krankenhaustage als bei den Frauen. Die Risikofaktoren wie Stress, üppige, fettreiche Ernährung, Alkohol und Nikotin sind durch eine Lebensstilveränderung der Prävention zugänglich. Gleiches gilt teils auch für den Hirninfarkt, der 2,4 Mal KH-Tage bei den Männern als Frauen begründet. Neben dem Alter und Geschlecht, das Risiko ist bei Männern

25 % bis 30 % höher als bei Frauen, zählen Bluthochdruck und Blutzucker, Fettstoffelwechselstörungen, Nikotin- und Alkoholmissbrauch zu den bekannten Risikofaktoren.

Eine männertypische KH-Diagnose aus dem Spektrum Neubildungen

Eine weitere Krankenhausdiagnose, die durch ein riskanteres Gesundheitsverhalten mitbedingt ist, sind die bösartigen Neubildungen der Bronchien und Lunge. Das Krankenhaustagevolumen der Männer ist hier 1,7 Mal so hoch. Da Frauen in Bezug auf den Nikotinkonsum sich den Männern immer mehr annähern – während der Tabakkonsum bei Männern seit Mitte der 1980er Jahre leicht rückläufig ist, nimmt er bei Frauen zu – wird für die Zukunft erwartet, dass die Frauen bei den Erkrankungshäufigkeiten „aufholen" werden.

Zwei Diagnosen aus dem Spektrum Erkrankungen des Nervensystem

Ebenfalls nennenswert häufiger als Frauen befinden sich Männer aufgrund von Schlafstörungen im Krankenhaus (6,4 vs. 1,2 KH-Tage). Schlafstörungen zählen wie die Epilepsie, hier übersteigen die Behandlungstage der Männer die der Frauen um rd. 60 %, zu den Erkrankungen des Nervensystems.

Nach einer Untersuchung des Robert-Koch-Instituts macht die Schlafapnoe über 95 % der Fälle unter der Diagnose „Schlafstörungen" aus. Schlafapnoe kennzeichnet lautes Schnarchen unterbrochen durch Atemstillstände in Verbindung mit einer ausgeprägten Tagesmüdigkeit. Sie tritt bei Männern vorrangig erst ab dem mittleren Lebensalter auf.[12] Übergewicht und Adipositas gelten als Risikofaktoren. Das Erkrankungsrisiko der Männer ist im Vergleich zu den Frauen sechsmal höher.

Alles in allem gibt es auch unter den 23 männertypischen Krankenhausdiagnosen, vom Leistenbruch abgesehen, der zu den Erkrankungen des Verdauungssystems zählt und die Zahl der Krankhaustage der Frauen um fast das neunfache übersteigt, keine rein-biologische Männerkrankheit (vgl. Abbildung 24). Vielmehr zeigt sich, dass eine Vielzahl der Krankenhaustage bei Männern durch riskante Verhaltensweisen (Alkoholkonsum, fettreiche Ernährung, Bewegungsmangel, Nikotinkonsum etc.) mit verursacht sind.

Dennoch sei abschließend erwähnt, dass bösartige Neubildungen der Prostata oder des Hodens 2007 bei den Männern 5,0 bzw. 4,0 KH-Tage pro 1.000 Versicherte begründeten.

[12] RKI (2005) Schlafstörungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 27. Berlin

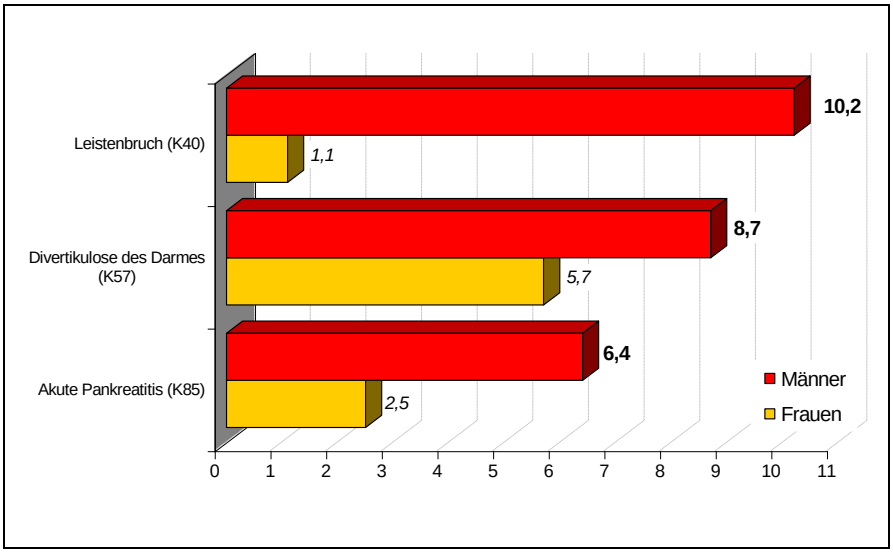


Abbildung 24:

Männertypische KH-Diagnosen aus dem Bereich „Erkrankungen des Verdauungssystems“

(KH-Tage pro 1.000 Versicherte)

Quelle: DAK KH-Daten 2007

Analysen für Sachsen-Anhalt: Männertypische Krankenhausdiagnosen in 2007

Im Bundesvergleich mehr Krankenhaustage in Sachen-Anhalt insgesamt

Die Sonderanalysen für Sachsen-Anhalt ergaben 19 – im Vergleich zu 23 Diagnosen auf Bundesebene – weniger männertypische Krankenhausdiagnosen (vgl. Tabelle C4 im Anhang). Dies heißt jedoch nicht, dass in Sachsen-Anhalt Männer an weniger Tagen im Krankenhaus behandelt werden als im Bundesdurchschnitt. Ein Blick auf die Summe der Krankenhaustage insgesamt zeigt, dass Männer in Sachsen-Anhalt mit rd. 856 KH-Tagen pro 1.000 Versicherte an mehr Tagen behandelt wurden als im Bundesdurchschnitt (Bund: 773 KH-Tagen pro 1.000 Versicherte) (vgl. Tabelle C3 und C4 im Anhang IV). Insgesamt ist das Krankenhausgeschehen in Bezug auf die Diagnosen und Krankheitsspektren heterogener. Dennoch: Herzkreislauf-Erkrankungen dominieren bei insgesamt fünf Einzeldiagnosen das Geschehen. Zunächst jedoch zur Einzeldiagnose mit den meisten Krankenhaustagen:

In Sachsen-Anhalt hohe Zahl an Krankenhaustagen aufgrund von Alkoholsucht und -missbrauch

Auch in Sachsen-Anhalt verursachen psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol die meisten Krankenhaustage mit insgesamt 40,2 KH-Tagen pro 1.000 Versicherte. Im Geschlechtervergleich übertrifft diese Zahl der Krankenhaustage die der Frauen um mehr als Dreifache (Frauen: 12,7 KH-Tage). Und im Bundesvergleich werden Männer in Sachsen-Anhalt an mehr Tagen behandelt als Frauen (12,3 KH-Tage pro 1.000 Versicherte).

Nur zwei männertypische KH-Diagnosen aus dem Spektrum Muskel-Skelett-Erkrankungen

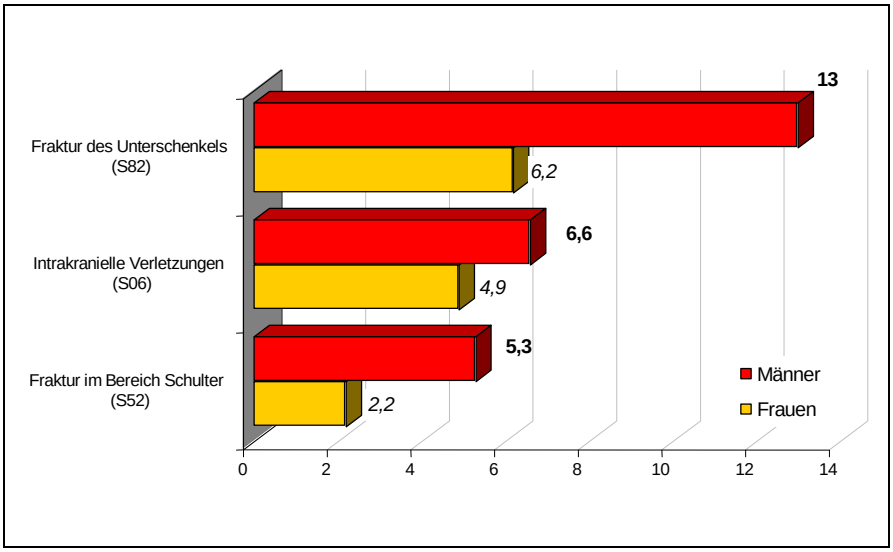
Im Vergleich zu den männertypischen Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen, bei denen insgesamt sechs Einzeldiagnosen dem Spektrum Muskel-Skelett-Erkrankungen zuzuordnen sind, repräsentieren unter den 19 männertypischen Krankenhausdiagnosen nur zwei dieses Spektrum: Binnenschädigung des Knies (5,7 im Vergleich zu 3,7 Tagen bei den Frauen) sowie Arthrose des Hüftgelenks (5,3 KH-Tage im Vergleich zu 4,2 KH-Tage pro 100 Versicherte).

Das Spektrum „Verletzungen, Vergiftungen und andere Folgen äußerer Ursachen“ ist bei den männertypischen Krankenhausdiagnosen mit drei Diagnosen vertreten. Die deutlichste Differenz gegenüber den Frauen tritt bei Frakturen im Bereich der Schulter (S42) auf. Die männlichen DAK-Versicherten in Sachsen-Anhalt kommen auf 5,3 Tage, die Frauen auf 2,2 KH-Tage pro 1.000 Versicherte (vgl. Abbildung 25).

Abbildung 25:

Männertypische KH-Diagnosen aus dem Bereich „Verletzungen und Vergiftungen“ für Sachsen-Anhalt

(KH-Tage pro 1.000 Versicherte)



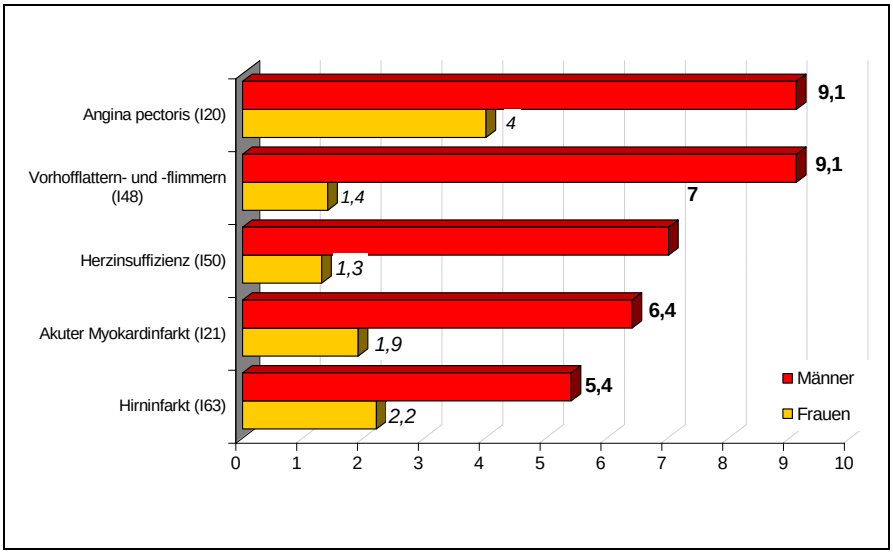
Quelle: DAK KH-Daten 2007

Insgesamt fünf der männertypischen Krankenhausdiagnosen zählen zum Spektrum der Herz-Kreislauferkrankungen. Die Angina pectoris begründet bei den Männern in Sachsen-Anhalt etwa gleichviel Krankenhaustage wie im Bundesvergleich (vgl. Abbildung 23 und Abbildung 26).

Abbildung 26:

Männertypische KH-Diagnosen aus dem Bereich „Erkrankungen des Kreislaufsystems“ für Sachsen-Anhalt

(KH-Tage pro 1.000 Versicherte



Quelle: DAK KH-Daten 2007

Am deutlichsten ist der Unterschied im Geschlechtervergleich in Sachsen-Anhalt in Bezug auf das Vorhofflattern und -flimmern (I48), das bei den Männer über sechsmal mehr KH-Tage verursacht als bei den Frauen.

Auffällig ist im Bundesvergleich, dass in Sachsen-Anhalt der Herzinfarkt (I21) deutlich weniger Tage begründet als bundesweit (Bund: 11,6). Auch der Hirninfarkt zählt wie auf der Bundesebene zu den männertypischen Krankenhausdiagnosen, in Sachsen-Anhalt ist das Tagevolumen mit 5,4-Tagen im Vergleich zu 7,7 KH-Tagen jedoch geringer (vgl. Abbildung 23 und Abbildung 26).

Abbildung 27: zeigt die im Vergleich zu den Frauen zwei männertypischen Diagnosen aus dem Spektrum „Erkrankungen des Verdauungssystems“. Zwar begründet in Sachsen-Anhalt der Leistenbruch (K40) insgesamt 12,4 KH-Tage pro 1.000 Versicherte. Aufgrund der zu geringen Fallzahl unter den weiblichen Versicherten wird er jedoch aus Gründen des Datenschutzes nicht vergleichend mit den Frauen dargestellt.

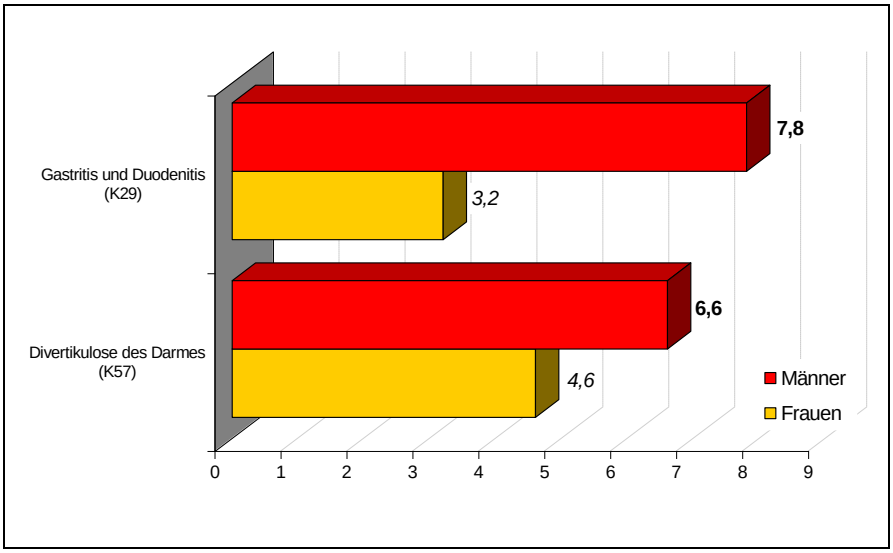


Abbildung 27:

Männertypische KH-Diagnosen aus dem Bereich „Erkrankungen des Verdauungssystems“ für Sachsen-Anhalt

(KH-Tage pro 1.000 Versicherte)

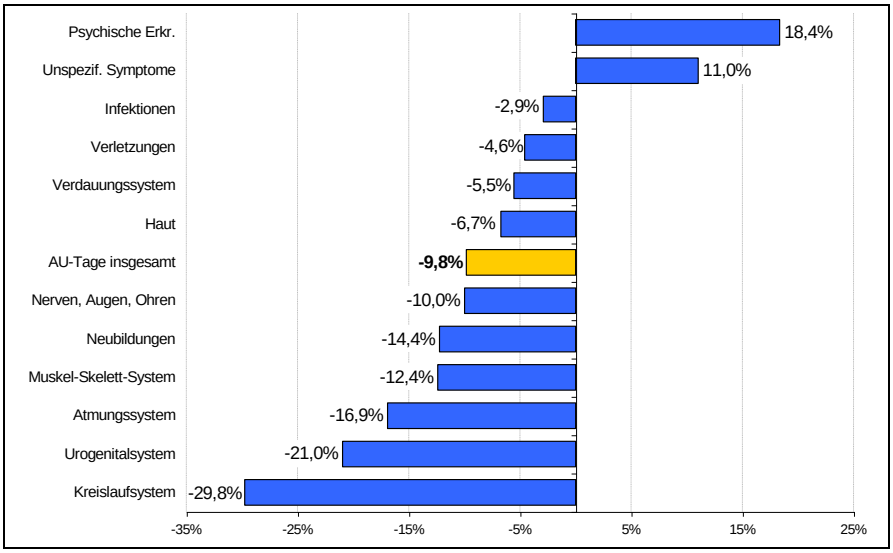
Quelle: DAK KH-Daten 2007

Veränderungen des Krankheitsspektrums der männlichen DAK-Mitglieder in 2007 gegenüber 2000 im Vergleich zu den Frauen

Wie die vorangegangenen AU-Analysen zeigten, ist der Krankenstand der männlichen DAK-Versicherten im direkten Vergleich der Jahre 2000 und 2007 zurückgegangen. Im Folgenden interessiert, welchen Anteil die einzelnen Krankheitsarten an dieser Entwicklung haben. Abbildung 28 zeigt im Überblick die Veränderung des Fehltagevolumens in 2007 gegenüber 2000 differenziert nach Krankheitsarten bei den männlichen DAK-Versicherten.

Abbildung 28:

Veränderung der AU-Tage pro 100 Versicherte in 2007 gegenüber 2000 bei den männlichen DAK-Versicherten nach ICD-Hauptgruppen



Quelle: DAK AU-Daten 2000 und 2007

Ausfalltage aufgrund psychischer Erkrankungen sind in den letzten Jahren bei Männern deutlich gestiegen ...

Von den insgesamt zwölf Krankheitsgruppen zeigen 10 teils deutliche rückläufige Entwicklungen. Diesem Trend steht, neben einem moderaten Anstieg von Fehltagen aufgrund unspezifischer Symptome, der auffällige Befund gegenüber, dass die Zahl der Ausfalltage aufgrund psychischer Erkrankungen in den letzten Jahren im Vergleich zu den anderen Diagnosekapiteln um 18,4 % deutlich gestiegen ist. Dieser starke Anstieg ist um so bemerkenswerter, als dass das Krankenstandniveau über den betrachteten Zeitraum um rd. 10 % zurückgegangen ist.

...und wegen Kreislauferkrankungen überproportional gesunken

Dieser Rückgang beruht insbesondere auf einem überproportionalen Rückgang an Fehltagen aufgrund von Erkrankungen des Kreislaufsystems (-29,8 %). Überdurchschnittlich abgenommen haben auch Erkrankungen des Urogenital- und des Atmungssystems (- 21,0 % bzw. 16,9 %). Auch das Fehltagevolumen aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen ist 2007 gegenüber 2000 um 12,4 % geringer.

Wird hingegen die Entwicklung bei den Frauen im selbigen Zeitraum betrachtet, kann z.B. die Zunahme der Fehltage aufgrund psychischer Erkrankungen bei den Männern nicht als männerspezifisches Phänomen beschrieben werden.

Vergleich zu den Frauen:

Vielmehr zeigen sich bei den Frauen in der Tendenz ähnliche und auch teils noch markantere Entwicklungen: Fehltage aufgrund von psychischen Erkrankungen haben beispielsweise um 26,8 % zugenommen (vgl. Abbildung 29).

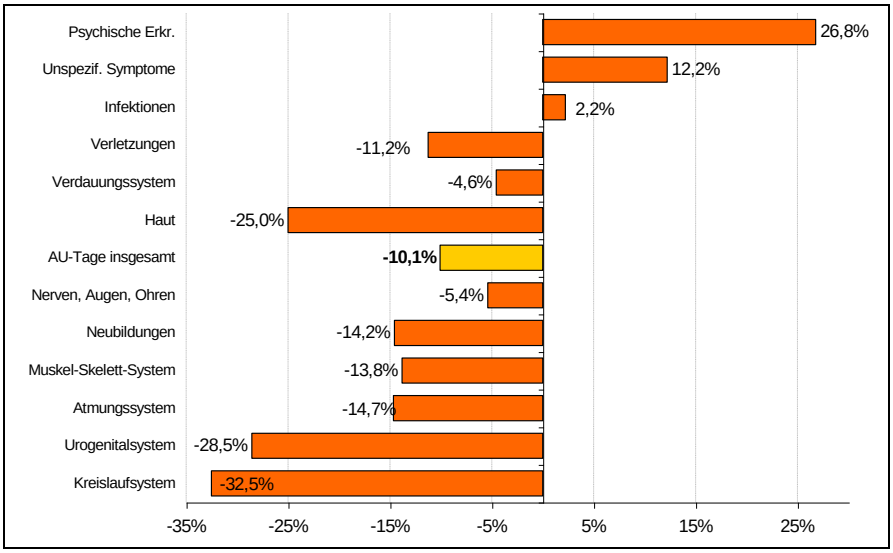


Abbildung 29:

Veränderung der AU-Tage pro 100 Versicherte in 2007 gegenüber 2000 bei den weiblichen DAK-Versicherten nach ICD-Hauptgruppen

Quelle: DAK AU-Daten 2000 und 2007

Im Vergleich zu den Frauen kann festgehalten werden, dass bei den Männern insbesondere Erkrankungen der Haut, des Kreislaufsystems und des Urogenitalsystems weniger stark abgenommen haben. Gegenläufig verläuft die Entwicklung in Bezug auf Infektionskrankheiten, die bei den Männern ab- und bei den Frauen zugenommen haben.

DAK-Gesundheitsreport 2005

Ergänzend ist anzumerken, dass sich aus den dargestellten Veränderungen bei Männern und Frauen nicht ableiten lässt, inwieweit bzw. zwischen welchen Krankheitsgruppen es zu Diagnoseverschiebungen gekommen ist. Zugleich muss der sowohl bei Männern als auch Frauen überproportionale Anstieg der Fehltage aufgrund psychischer Erkrankungen nicht zwangsläufig bedeuten, dass auch die Zahl der von psychischen Erkrankungen Betroffenen an sich gestiegen ist.

Nach den Prävalenzangaben diverser Studien sind psychische Erkrankungen stärker verbreitet als es AU-Daten erkennen lassen. Untersuchungen zur Versorgungssituation psychisch Erkrankter zeigen zudem, dass psychische Erkrankungen in der medizinischen, insbesondere in der hausärztlichen Versorgung, in vielen Fällen nicht erkannt und auch nicht optimal behandelt werden.

Gründe für den Anstieg psychischer Erkrankungen

Die DAK hat bereits im Gesundheitsreport 2005 auf diese Situation aufmerksam gemacht und darauf hingewiesen, dass die diagnostizierten Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Erkrankungen nur die „Spitze des Eisberges“ darstellen.

Was sind dann die Hintergründe für die steigende Zahl von Fehltagen aufgrund von psychischen Erkrankungen? Im DAK-Gesundheitsreport 2005 wurden mehrere Faktoren kontrovers diskutiert. Einige der befragten Experten machten neben überhöhten Anforderungen den gleichzeitigen Wegfall sozialer Unterstützungspotentiale in der Arbeitswelt verantwortlich.

Andere Experten sprachen sich für eine höhere Entdeckungsrate aus, die die gestiegenen Zahlen begründen. Neben verbesserten diagnostischen Kompetenzen auf Seiten der Ärzte ist auf Seiten der Patienten eine zunehmende Bereitschaft, die Diagnose einer psychischen Erkrankung für sich zu akzeptieren, in Betracht zu ziehen.

Mit Blick auf den Anstieg der Fehltage aufgrund psychischer Erkrankungen scheinen sich diese Entwicklungen auf Männer und Frauen gleichermaßen auszuwirken.

Veränderungen der psychische Erkrankungen bei männlichen DAK-Mitgliedern nach Diagnosegruppen im Vergleich zu den Frauen

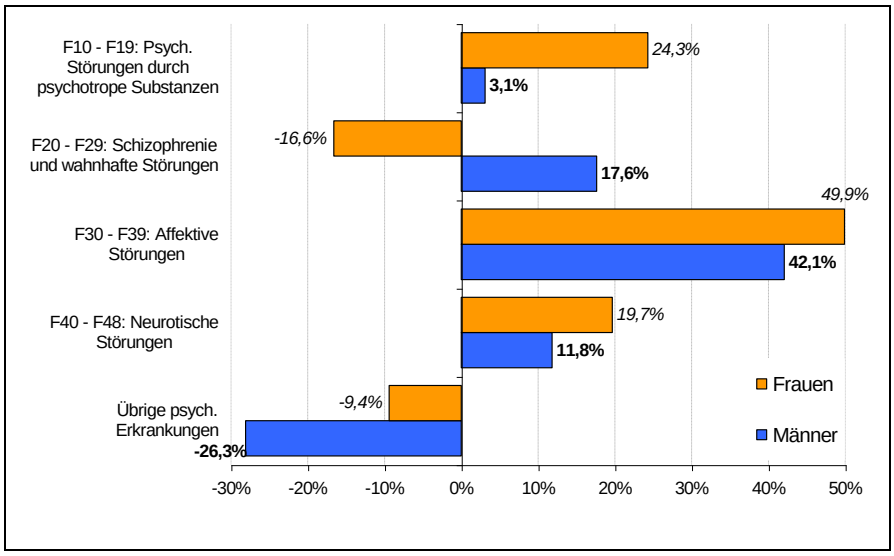
Auch wenn der Anstieg der Fehltage aufgrund psychischer Störungen kein männertypisches Phänomen darstellt, wird er nachfolgend vertiefend analysiert. Dabei interessiert zunächst, welchen Anteil die Diagnosegruppen und Einzeldiagnosen dieser Hauptgruppe an dieser Entwicklung haben. Abbildung 30 zeigt die Entwicklung der Fehltage in 2007 gegenüber 2000 aufgrund psychischer Erkrankungen aufgeschlüsselt nach Diagnosegruppen für die männlichen und weiblichen DAK-Versicherten im Vergleich.

Überproportionaler Anstieg der Fehltage aufgrund „affektive Störungen“

Der Anstieg der Fehltage aufgrund psychischer Erkrankungen ist bei den Männern auf einen überproportionalen Anstieg der Diagnosegruppe „affektive Störungen“ zurückzuführen. Diese Zunahme fällt jedoch nicht ganz so hoch aus wie bei den Frauen (42,1 % vs. 49,9 %).

Abbildung 30:

Veränderung des AU-Volumens aufgrund psychischer Erkrankungen in 2007 gegenüber 2000 nach Diagnosegruppen bei Männern und Frauen



Quelle: DAK AU-Daten 2007

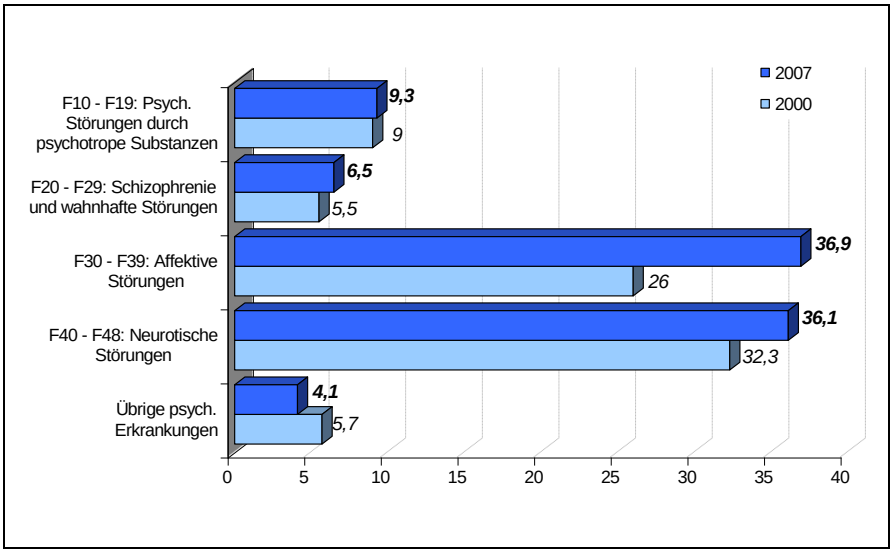
Deutlich zugenommen haben bei den Männern auch Fehltage aufgrund von Schizophrenie und wahnhafter Störungen. Bei den Frauen zeigt sich diesbezüglich ein Rückgang. Weniger stark als bei den Frauen haben bei den Männern Fehltage aufgrund neurotischer Störungen zugenommen (11,8 % vs. 19,7 %). Auch haben unter den männlichen im Vergleich zu den weiblichen DAK-Versicherten Fehltage aufgrund psychischer Störungen durch psychotrope Substanzen nur moderat zugenommen (3,15 vs. 24,3 %). Mit 9,3 AU-Tagen pro 100 Versicherte begründet diese Diagnosegruppe bei den Männern jedoch deutlich mehr Fehltage als bei den Frauen (4,4 AU-Tage pro 100 Versicherte).

Übrige psychische Erkrankungen rückläufig

Die deutlichen Anstiege der Fehltage der Männer, insbesondere in Bezug auf affektive Störungen, werden durch einen Rückgang der Fehltage aufgrund übriger psychischen Erkrankungen kompensiert. Im Zuge des überproportionalen Anstiegs der Fehltage aufgrund affektiver Störungen um gut 42 % hat sich bei den Männern in 2007 gegenüber 2000 die Bedeutung der Diagnosengruppen verschoben (vgl. Abbildung 31).

Abbildung 31:

AU-Tage nach Diagnosegruppen psychischer Erkrankungen in 2007 und 2000 bei Männern



Quelle: DAK AU-Daten 2007

„Affektive Störungen“ in 2007 bedeutendste Diagnosegruppe bei Männern

Dominierten 2000 allein noch die neurotischen Störungen das AU-Geschehen der Männer aufgrund psychischer Erkrankungen, haben in 2007 die affektiven Störungen mehr als aufgeschlossen. Von insgesamt 92,9 AU-Tagen pro 100 ganzjährig versicherter Männer in 2007 entfallen rd. 40,0 % auf „Affektive Störungen“, 2000 waren dies nur 33 % bei insgesamt 78,5 AU-Tage aufgrund psychischer Erkrankungen.

Bedeutendste Diagnosegruppe bei den Frauen in 2007 sowie auch in 2000 waren mit 45 % bzw. 48 % die neurotischen Störungen.

Depressive Episoden

Wichtigste Einzeldiagnose in der Gruppe der affektiven Störungen sind sowohl bei Männern als auch bei den Frauen die depressiven Episoden.

Depressive Episoden sind bei den Männern im Vergleich zu den Frauen im Auftreten weniger häufig: 27 AU-Tagen bei den Männern stehen 48,8 AU-Tage bei den Frauen gegenüber. Gegenüber 2000 haben 2007 Fehltage aufgrund von depressivem Episoden bei den Männern um 26,8 % und bei den Frauen um 38,2 % zugenommen.

Arbeitsunfähigkeiten aufgrund von depressiven Episoden sowie auch rezidivierende depressive Störungen haben bei Männern im Vergleich zu den Frauen einen geringeren Anteil am Krankenstand (2,4 % vs. 4,0 % bzw. 0,6 % vs. 1 %), was zum einem auf eine doppelt so hohe Betroffenenquote sowie auch Fallhäufigkeit der Frauen zurückzuführen ist. In Bezug auf die durchschnittliche Dauer von depressiven Episoden zeigt sich ein weiterer geschlechtsspezifischer Unterschied: Bei Männern dauert ein AU-Fall gut drei Tage länger als bei den Frauen (36,3 vs. 33,2 Tage pro Fall).

Dass Männer nur halb so oft von Depressionen betroffen sind wie Frauen ist „eines der stabilsten Ergebnisse der Epidemiologie depressiver Störungen“. Im Laufe eines Jahres leiden etwa 11,2 % der Frauen und 5,4 % der Männer an einer Depression.[13]

„Männer haben ein hormonelle Grundausstattung, die seltener zur Depression führt. Die Alters-depression wird seltener ‚erlebt‘. Leichtere depressive Verstimmungen werden negiert.“

Dr. Bernhard Schwindl, Klinik für Urologie und Kinderurologie, Klinikum Weiden

Die Ursachen für den Unterschied zwischen Männern und Frauen sind noch nicht gänzlich beforscht: Zum einen besteht die Theorie, dass Männer durch ihre hormonelle Situation tatsächlich seltener erkranken bzw. von ihren Depressionen ein geringerer Leidensdruck ausgeht als bei Frauen. Auch die Theorie unterschiedlicher sozialer Lagen von Männern und Frauen findet sich in der Literatur zur Erklärung der Geschlechterdifferenz. Frauen haben durch ihre Lebenssituationen ein höheres Risiko als Männer; so sind sie etwa häufiger von Armut betroffen oder sind nicht berufstätig.[14]

Zum anderen wird von statistischen Artefakten ausgegangen.[15] Die Erkrankungshäufigkeit von Männern und Frauen ist in etwa vergleichbar, jedoch beruhen die beobachtbaren Differenzen in Prävalenzstudien darauf, dass Männer und Frauen sich deutlich im Hilfesuchverhalten voneinander unterscheiden und dass aufgrund eines anderen Symptombildes Depressionen bei Männer seltener diagnostiziert werden.

---

[13] Wolfersdorf M, Schulte-Wefers H, Straub R, Klotz T (2006) Männer-Depression: Ein vernachlässigtes Thema – ein therapeutisches Problem. In: Blickpunkt DER MANN 4, 2: 6–9

[14] Mehrbach M, Singer S, Brähler E (2002). Psychische Störungen bei Männern und Frauen In Hurrelmann K, Koliip P (Hrsg.).Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. Bern: Hans-Huber: 258-272

[15] Vgl. Möller-Leimköhler AM (2000) Männer und Depression: geschlechtsspezifisches Hilfesuchverhalten. In: Fortschritte der Neurologie Psychiatrie, 68: 489–495

Auf die Frage, welche praktischen Konsequenzen hieraus für die Behandlung von „Männerdepressionen“ bestehen, wird vertiefend in Kapitel 3.4 eingegangen. Vorher wird jedoch noch der Frage nach Veränderungen der psychischen Erkrankungen bei männlichen DAK-Mitgliedern für das Bundesland Sachsen-Anhalt nachgegangen.

Analyse für Sachsen-Anhalt: Veränderungen des Krankheitsspektrums der männlichen DAK-Mitglieder in 2007 gegenüber 2000 im Vergleich zu den Frauen

Abbildung 32 zeigt im Überblick die Veränderung des Fehltagevolumens in 2007 gegenüber 2000 differenziert nach Krankheitsarten bei den männlichen DAK-Versicherten in Sachsen-Anhalt.

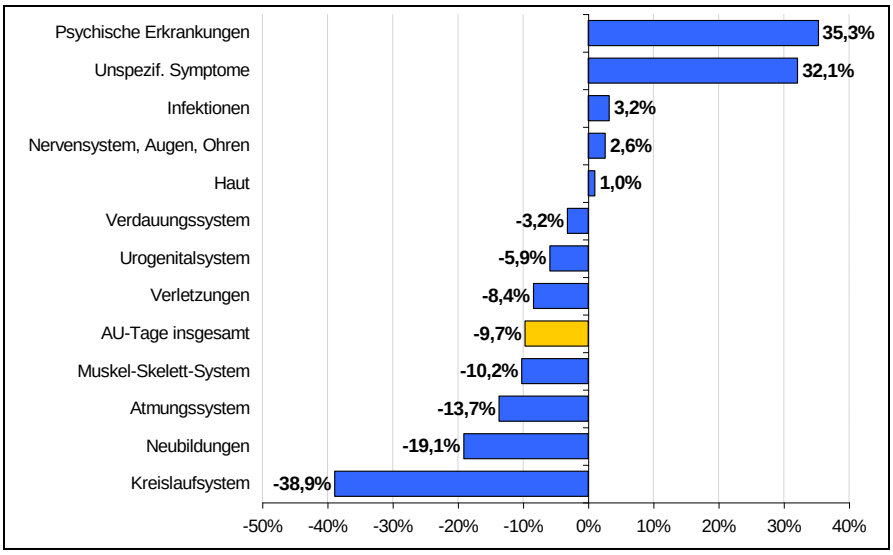


Abbildung 32:

Veränderung der AU-Tage pro 100 Versicherte in 2007 gegenüber 2000 bei den männlichen DAK-Versicherten nach ICD-Hauptgruppen für Sachsen-Anhalt

Quelle: DAK AU-Daten 2007 und 2000

Die Veränderungen des Krankheitsspektrums der Männer in Sachsen-Anhalt verlief nicht parallel zur Entwicklung der DAK-versicherten Männer insgesamt. Zunächst ist hervorzuheben, dass der Krankenstand der DAK-Männer in Sachsen-Anhalt mit 9,7 % etwa gleich stark zurückgegangen ist wie auf Bundesebene (-9,8%). Maßgeblichen Anteil an dieser Entwicklung haben Erkrankungen des Kreislaufsystems. Die hierdurch verursachten Fehltage sind im direkten Jahresvergleich um rd. 39% rückläufig (Bund: minus 30 %).

Anstieg der Fehltage aufgrund von psychischen Erkrankungen um 35 %

Mit Blick auf die Zuwächse zeigt sich die deutlichste Entwicklung bei den psychischen Krankheiten sowie bei den unspezifischen Symptomen. Es fällt auf, dass erstere bei den Männern in Sachsen-Anhalt mit 35 % deutlich stärker zugenommen haben als im Bundesdurchschnitt (18 %), jedoch liegt die absolute Zahl der Fehltage hinter dem Vergleichswert weiterhin zurück: 2007 fehlten in Sachsen-Anhalt Männer aufgrund von psychischen Erkrankungen an insgesamt 62,8 Tagen. Dies sind 33 % weniger Tage als im Bundesvergleich (92,9 AU-Tagen pro 100 Versicherte).

Das Argument einer höheren Entdeckungsrate bei psychischen Erkrankungen trifft auf Männer in Sachsen-Anhalt zwar zu, jedoch nicht in der Stärke wie bei den Frauen: Hier ist die Zahl der Fehltage um beachtliche 68 % gestiegen (vgl. Abbildung 33:).

Anstieg der Fehltage aufgrund von depressiven Episoden bei Männer in Sachsen-Anhalt um nur 3 %

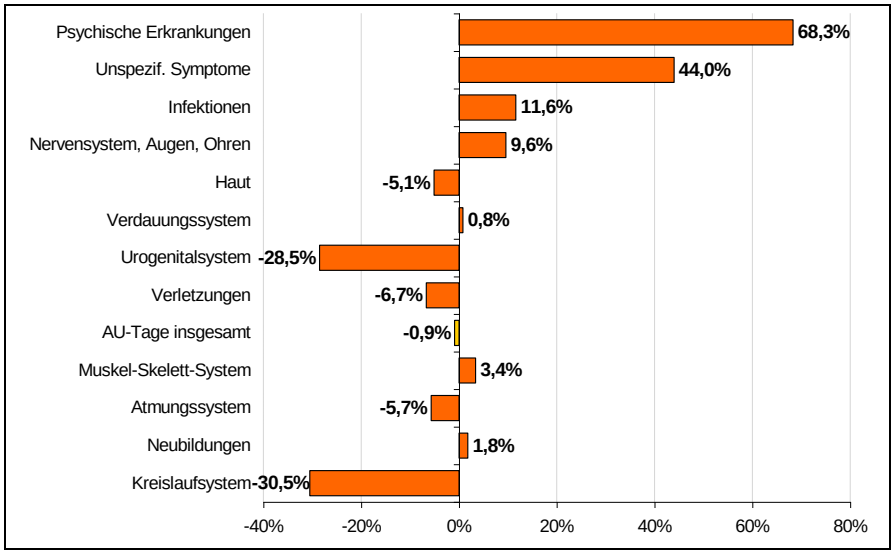
Auch in Sachsen-Anhalt sind depressive Episoden bei Männern die wichtigste Einzeldiagnose mit einem Anteil von 24,0 % an allen Fehltagen aufgrund von psychischen Erkrankungen (Bund: 29,1 %) gefolgt von Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen mit einem Anteil von 16 %. Im direkten Vergleich der Jahre 2000 und 2007 sind die durch depressive Episoden bedingten Fehltage um 3 % (Bund: 27 %) und damit unterdurchschnittlich gestiegen als die psychisch bedingten Fehltage bei Männern insgesamt. Im Jahr 2000 fehlten 100 Versicherte an insgesamt 14,6 AU-Tagen. In 2007 waren es 15,1 Tage (Bund: 27 AU-Tage pro 100 Versicherte).

In Sachsen-Anhalt eine um 8,4 Tage kürzere Falldauer bei „Männerdepressionen“

Hinter der niedrigeren Zahl an Fehltagen aufgrund von depressiven Episoden bei Männern in Sachsen-Anhalt im Vergleich zum Bundesergebnis in 2007 steht weniger eine niedrige Fallzahl - 0,6 AU-Fälle in Sachsen-Anhalt vs. 0,7 AU-Fälle pro 100 Versicherte im Bundesdurchschnitt - sondern eine im Bundesvergleich deutlich kürzere Falldauer (24,8 vs. 33,2 Tage pro Fall). Damit dauern depressive Episoden bei Männer in Sachsen-Anhalt auch kürzer als bei den Frauen (Frauen: 32,3 Tage pro Fall).

Abbildung 33:

Veränderung der AU-Tage pro 100 Versicherte in 2007 gegenüber 2000 bei den weiblichen DAK-Versicherten nach ICD-Hauptgruppen für Sachsen-Anhalt



Quelle: DAK AU-Daten 2007 und 2000

Fazit – gesundheitliche Probleme von Männern in der Arbeitswelt

Trotz des im Vergleich zu den Frauen niedrigen Krankstandes gibt männerspezifische Gesundheitsprobleme in der Arbeitswelt

Männer gelten, nicht zuletzt aufgrund des niedrigeren Krankenstandes im Vergleich zu den Frauen, als weniger belastet in der Arbeitswelt. Die Sonderanalysen im Rahmen des diesjährigen Schwerpunktthemas haben dennoch eine Reihe von männerspezifischen gesundheitlichen Problemstellungen erbracht, d.h. es zeigen sich geschlechtsspezifische Differenzen im Krankheitsspektrum von Männern und Frauen:

Männerspezifische Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen zählen vorrangig zu den Bereichen Muskel-Skelett-Erkrankungen und Verletzungen sowie Herzkreislauferkrankungen. Die höhere Betroffenheit der Männer im Vergleich zu den Frauen in Bezug auf diese Krankheitsspektren bestätigen auch die Analysen der Krankenhausdaten. Darüber hinaus zeigt sich anhand dieser Daten eine deutlich höhere Betroffenheit der Männer in Bezug auf psychische Verhaltensstörungen durch Alkohol, Neubildungen wie den Lungenkrebs sowie Erkrankungen des Verdauungssystems.

Gründe für geschlechtsspezifische Unterschiede:

Zur Erklärung der Problematik der geschlechtsspezifischen Diagnosen lassen sich zum einen Unterschiede in den Arbeitsbedingungen und Tätigkeitsschwerpunkten und damit einhergehende Belastungen anführen:

Arbeitsbedingungen und Tätigkeiten

- Männer arbeiten häufiger als Frauen an Arbeitsplätzen mit hohen körperlichen und Umgebungsbelastungen sowie häufiger in unfallträchtigen Branchen.

Der Einfluss dieses Faktors zeigt sich insbesondere bei den geschlechtsspezifischen Krankenstandwerten nach Wirtschaftsgruppen. Für die männlichen DAK-Versicherten zeigt sich in vier Branchen ein abweichendes Bild: Im „Baugewerbe“, im „sonstigen verarbeitendes Gewerbe“ sowie im Wirtschaftszweig „Verkehr und Nachrichtenübermittlung“ liegt der Krankenstand nicht nur deutlich über Durchschnitt der DAK-Männer, sondern auch deutlich über dem Krankenstandwert der Frauen in den jeweiligen Branchen. Höhere Krankenstände als die Frauen weisen auch die Männer im Wirtschaftszweig „Maschinen-, Anlagen- und Fahrzeugbau“ auf.

Innerhalb der männlichen DAK-Population und im Vergleich zu den Frauen sind die hier beschäftigten Männer zu den besonders belasteten Versicherten zu zählen. Ein wichtiger Erklärungsansatz, der für die Geschlechterdifferenz zum Tragen kommt ist, dass die Männer hier überwiegend im Produktionsbereich mit hohen Belastungen und die Frauen in dem weniger gesundheitlich belastendem Verwaltungsbereich tätig sind.

Zum anderen lassen sich zur Erklärung der geschlechtsspezifischen Diagnosen verhaltensbezogene Faktoren anführen:

Riskanteres Gesundheitsverhalten

- Männer verhalten sich in Bezug auf ihre Gesundheit deutlich riskanter als Frauen. So weisen Männer in den Statistiken zum Alkohol- und Tabakkonsum einen höheren Anteil aus und im Vergleich zu Frauen essen sie häufig üppiger, fettreicher und weniger gesund.[16]

Bei vielen der bekannten Risikofaktoren für Herzkreislauferkrankungen, Stoffwechselerkrankungen und Krebserkrankungen bestehen geschlechtspezifische Unterschiede, so dass diese Erkrankungen auch entsprechend häufiger bei den Männern auftreten.

- Männer verhalten sich nicht nur riskanter als Frauen. Männer haben ein anderes Gesundheitsverhalten als Frauen, insofern sie Krankheitszeichen später bemerken oder negieren und das Gesundheitswesen seltener beanspruchen.

Dieser Erklärungsansatz ist eher eine Begründung für den im Durchschnitt zu den Frauen niedrigeren Krankenstand. Die im Vergleich zu Frauen geringere Inanspruchnahme steht im Zusammenhang mit umfassenden Theorien zu geschlechtsspezifischen Unterschieden in der Körperwahrnehmung:

„Männer meiden Vorsorgeuntersuchungen und Arztbesuche werden aufgeschoben."

Dr. Oliver Busch, Urologische Praxis Diez

Männer neigen eher zur Verleugnung oder Bagatellisierung von Symptomen, suchen seltener oder später einen Arzt auf und nehmen weniger an Vorsorgeuntersuchungen teil. Ein möglichst frühe Wahrnehmung von Krankheitszeichen sowie eine regelmäßige Inanspruchnahme ist im Hinblick auf die Erkrankungsrisiken wünschenswert, weil die Heilungschancen dadurch erhöht werden.

Welche Vorstellung Männer von Gesundheit konkret haben und wie sensibel sie gegenüber gesundheitlichen Problem sind, diese Fragen wird vertiefend in Kapitel 4.3 nachgegangen.

3.3 Männergesundheit: Facetten männerspezifischer Gesundheitsrisiken und -potentiale

Geschlechtsspezifische Unterschiede in Bezug auf Krankheitsrisiken sind belegt. Woran liegt es nun, dass Männer kürzer leben als Frauen? Sind es die Gene, das Verhalten, die Arbeitsbedingungen oder der Rollenstress? Ist Mannsein für sich genommen bereits ein Risikofaktor? Sind Männer mit Bezug auf die kürzere Lebenserwartung das „schwache" Geschlecht?

[16] Gesundheitsberichterstattung des Bundes: www.gbe-bund.de (2.1.08) Statistiken: Verteilung der Bevölkerung nach ihrem Rauchverhalten in Prozent (Mikrozensus) und mittlerer täglicher Alkoholkonsum in Gramm (Bundes-Gesundheitssurvey 1998)

Die Ursachen für das höhere Erkrankungs- und Sterblichkeitsrisiko von Männern sind noch nicht völlig geklärt. Biologisch-genetische Faktoren, sozio-kulturelle, verhaltens- und umweltbezogene Faktoren tragen gleichermaßen zur Erklärung bei. Einen Überblick auf die nach heutigem Stand der Forschung relevanten Erklärungsansätze zeigt Abbildung 34.

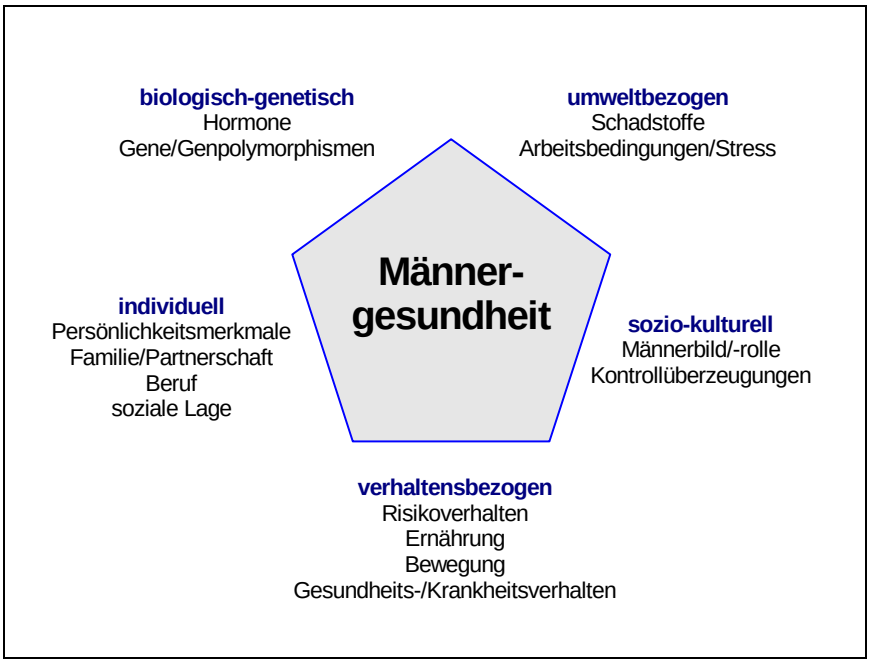


Abbildung 34:

Einflussfaktoren auf die Gesundheit von Männern

Quelle: IGES, eigene Darstellung

biologisch-genetische Grundausstattung

Ein nicht unbedeutender Faktor für die kürzere Lebenserwartung von Männern ist die biologisch-genetische Grundausstattung. Nicht nur Körpergröße, Augen, Haut- und Haarfarbe, also das äußere Erscheinungsbild des Mannes haben ihre Wurzeln in den Genen, auch die Veranlagung häufiger Erkrankungen des Mannes wie z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Prostatakarzinom und erektile Dysfunktionen können genetisch bedingt sein.[17]

Androtopie

Androtope Krankheiten, d.h. Krankheiten, die bevorzugt bei Männern auftreten, können durch Mutationen auf dem Y-Chromosom und rezessive Mutationen auf dem X-Chromosom verursacht werden.[18]

[17] Mathers MJ, Klotz T, Sommer F (2007) Polymorphismen in der Männergesundheit. In: Die Medizinische Welt, 3: 65–70

[18] Meschede D (2005) Molekulargenetik männertypischer Erkrankungen. In: Schill WB, Bretzel RG, Weidner W (Hrsg.) Männermedizin in der allgemeinmedizinischen und internistischen Praxis. München, Jena: Urban und Fischer: 599–601

Auch gelten männliche Föten aufgrund ihrer Gene bereits im Mutterleib als anfälliger und männliche Säuglinge versterben bereits im ersten Lebensjahr häufiger als weibliche Babys: Das Sterblichkeitsrisiko im ersten Lebensjahr je 100.000 Männer zu je 100.000 Frauen war 2006 um 20 % höher unter Berücksichtigung aller Todesursachen (vgl. Abschnitt 4.1). Bezogen auf die Diagnose „Plötzlicher Kindstod“ (R95) war das Sterblichkeitsrisiko der männlichen Babys nahezu doppelt so hoch (SMR = 1,9).

Einfluss von Geschlechtshormonen

Neben den Genen haben auch die Geschlechtshormone einen nicht zu vernachlässigenden Einfluss auf die Gesundheit von Männern und Frauen. Es ist bekannt, dass Testosteron nicht nur das Aggressionspotential, den Bewegungsdrang und die Risikobereitschaft, sondern auch das männliche Immunsystem beeinflusst. In Bezug auf Östrogen hält sich die These, dass dieses Hormon bei Frauen über eine längere Lebenspanne als natürlicher Schutzfaktor vor Herz-Kreislauf-Erkrankungen wirkt.[19]

Biologische Unterschiede zwischen Männern und Frauen erklären etwa ein bis zwei Jahre der Differenz in der Lebenserwartung

Es ist wissenschaftlich allerdings nicht zu rechtfertigen, die kürzere Lebenserwartung von Männern nur auf die Biologie zurückführen. Marc Luys „Klosterstudie“, in der er die Lebenserwartung von Mönchen und die von Nonnen miteinander und mit der Allgemeinbevölkerung verglich, stützt die These, dass biologische Unterschiede zwischen Männern und Frauen nur zu einem Teil – etwa ein bis zwei Jahre – die beobachtete Differenz in der Lebenserwartung erklären.[20]

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Interaktion zwischen den genannten Faktoren und damit das Wirkungsgefüge in Bezug auf die Gesundheit von Männern, aber auch von Frauen, nicht nur hoch komplex, sondern bislang auch nicht völlig geklärt ist. Obwohl die geschlechtsspezifischen Lebenserwartungsunterschiede sehr auffällig und seit langem bekannt sind, wurden nur wenige Anstrengungen bislang unternommen, diese Unterschiede interdisziplinär wissenschaftlich zu untersuchen.[21]

Dies hat Konsequenzen für Prävention, Diagnostik, Therapie. Erst allmählich wächst die Erkenntnis, dass es erforderlich ist, geschlechtsspezifische Unterschiede in diesen Feldern verstärkt zu thematisieren, zu erforschen und zu erklären. Die Ergebnisse wären bei der Weiterentwicklung der gesundheitlichen Versorgung entsprechend zu berücksichtigen.

---

[19] Deutsche Angestellten Krankenkasse (2006) DAK-Gesundheitsreport 2006. Schwerpunkt: Gesundheit von Frauen im mittleren Lebensalter. Hamburg

[20] Marc Luy (2002) Warum Frauen länger leben. Erkenntnisse aus einem Vergleich von Kloster- und Allgemeinbevölkerung. Materialien zur Bevölkerungswissenschaft, Heft 106. Wiesbaden: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung beim Statistischen Bundesamt

[21] Klotz T (2006) Kann Verhaltensänderungen Männersterblichkeit beeinflussen? Schnittstellen zwischen Soziologie und Physiologie. In: Blickpunkt DER MANN, 3:16–18

Welchen Belastungen sind Männern ausgesetzt, die ein gesundes langes Leben verhindern können? – Die Sicht von Experten

Wenn die biologisch-genetischen Faktoren lediglich ein bis zwei Jahre der kürzeren Lebenserwartung von Männern erklären, wäre der weitaus größere Erklärungsanteil den Verhaltensweisen, Umwelt- und Lebensbedingungen und den damit einhergehenden Risiken und Belastungen zu zuschreiben. Dies wirft die Frage auf, welche spezifischen Risiken und Belastungen vor allem auf Männer zutreffen. Die DAK hat diese Frage zum Anlass genommen und Experten aus Forschung und Praxis im Rahmen einer schriftlichen Befragung um ihre Einschätzung der Situation gebeten.

Die Mehrheit der Experten argumentiert vor dem Hintergrund rollentheoretischer Ansätze. Mannsein bringt spezifische Belastungen und Risiken mit sich, deren Grundstein bereits in frühster Jugend gelegt wird. Besonders häufig wurden genannt:

- Ehrgeiz, Leistungs- und Erfolgsorientierung einerseits,
- Verneinung von Schwäche, Angst und Unsicherheit andererseits.

Männliche Rollenbilder entwickeln sich weniger aus der Biologie heraus, sondern sind das Ergebnis einer spezifisch männlichen Sozialisation – „Indianerherz kennt kein Schmerz“: Männliche Verhaltensweisen werden befördert, weibliche negiert. Sie entfalten ihre Wirkung von Geburt an, in dem sie die Wahrnehmung, die soziale Stellung, das Verhalten sowie auch die Strukturen von Männern untereinander beeinflussen.

In dem männlichen Rollenstress – z.B. „Macht*mann*“ oder „Erwerbs*mann*“ – sehen die befragten Experten mehrheitlich den Hauptbelastungsfaktor für die gesundheitliche Gefährdung von Männern: Männer leben meist unbewusst mit einer gesellschaftlichen Erwartung an ihre Rolle als Arbeitnehmer, Führungskraft, Vater, Sohn, Lebenspartner, Ernährer, Finanzier, Beschützer oder einfach nur Mann. Bereits im Zuge einer geschlechtsspezifischen Sozialisationen werden Jungen zu einer weniger ausgeprägten Wachsamkeit gegenüber ihrem Körper erzogen. Im Erwachsenenalter erfüllen sie Erwartungen, erbringen Leistungen und negieren eigene Bedürfnisse wie Zeit für Freizeit und Entspannung.

Ein Teil der Experten problematisiert in diesem Zusammenhang aber auch das Phänomen der Doppelbelastung durch Beruf und Familie/Kindererziehung. Dieses wird alltagspraktisch oft nur Frauen zugeschrieben, Vereinbarkeitsprobleme können aber auch für alleinerziehende Väter bestehen sowie für „neue“ oder „moderne“ Männer, die in modernen Partnerschaften leben, die eine Arbeitsteilung bei Hausarbeit und Kindererziehung praktizieren.

„Ein wesentlicher Risiko- und Belastungsfaktor ist die traditionelle männliche Geschlechtsrolle selbst, da sie zu selbst- (und fremd-) schädigenden Einstellungen und Verhaltensweisen führt.“

PD Dr. Anne Maria Möller-Leimkühler, Ludwig-Maximilians-Universität München

„Macho-Mentalität, zu der die meisten Männer in ihrer Jugend auch infolge von gesellschaftlichem Selbstverständnis oder von „Peer-Pressure“ erzogen worden sind oder sich in dieser Richtung entwickelt haben, ist sicher eine Belastung, die ein gesundes, langes Leben beeinträchtigt.“

Christian Ligensa, Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e.V.

„Die mit der männlichen Geschlechtsrolle verknüpfte Insensibilität führt auch dazu, dass sich Männer seltener Erholungsphasen und Auszeiten gönnen, weil sie Erschöpfungssignale nicht wahrnehmen.“

Prof. Petra Kolip, Universität Bremen

„Die typische männliche Geschlechterrolle beinhaltet grundsätzlich einen wenig rücksichtsvollen Umgang mit der eigenen Gesundheit. Belastungen werden nicht als Beanspruchung empfunden, sondern als gelungene Herstellung der eigenen ‚Männlichkeit‘.“

Michael Gümbel, Gender-Trainer, Hamburg

„Riskantere Verhaltensweisen wie kräftiges Zulangen beim Essen, schnelles Fahren im Straßenverkehr, hohe Trinkfestigkeit u.ä sind häufig auch Ausdruck vom Ausleben der Männerrolle."

Thomas Altgeld, Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.

„Die Gesundheitsrisiken sind den Männern größtenteils unbekannt. Wenn sie bekannt sind, so wird nicht entsprechend gelebt bzw. gehandelt."

Prof. Lothar Weißbach, Stiftung Männergesundheit

Es wird zu sehr auf die klassisches Risikoverhaltensweisen (Alkohol, Rauchen usw.) abgezielt und weniger diffuse Risikokonstellationen (z.B. aggressives Peer-verhalten in Schulen, Stress in der Arbeitswelt) genauer analysiert und kommuniziert.

Thomas Altgeld, Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.

„Zur Männergesundgesundheit gehört unbedingt eine gesunde Psyche und geordnete Familienverhältnisse. Hier lauern bei Männern die größten Gefahren: Partnerschaftsproblemen, ungeklärte Beziehungen zur Herkunftsfamilie und Durchsetzungsprobleme in der Herkunfts- und aktuellen Familie sowie ungeklärte Rollenverteilung in modernen Beziehungen."

Prof. Anna Schoch, München

Einige Experten führen zudem an, dass nicht zuletzt auch die Modernisierung des Rollenbildes der Frau einen Belastungsfaktor darstellt: Tradierte männliche Kommunikations- und Verhaltensmuster verlieren ihre Gültigkeit, ohne dass es bereits einen allgemein erkannten Ersatz gibt. Die durch diese Veränderung einhergehende Verunsicherung und die Angst, gegenüber emanzipierten, selbstbewussten Frauen an Männlichkeit „zu verlieren", kann für Männer doppelt belastend sein.[22]

Neben dem traditionellen männlichen Rollenstress sehen die Experten besonders auch

- gefährlichere, körperlich fordernde Berufe,
- ungünstige Arbeitszeitlagen sowie lange Arbeitszeiten,
- berufliche Abhängigkeit und berufliche Gratifikationskrisen,
- stärkere Belastungen durch Arbeitsplatzunsicherheit, niedrigen beruflichen Status und Arbeitslosigkeit sowie
- Rivalität und Konkurrenz am Arbeitsplatz

als weitere spezifische Gesundheitsrisiken von Männern. Die negativen Folgen arbeitsweltbezogener Belastungsfaktoren spiegeln sich teils in den Arbeitsunfähigkeitsanalysen der männlichen DAK-Versicherten wider.

Als einen weiteren männerspezifischen Belastungsfaktor führen die Experten die bereits angesprochenen riskanteren Verhaltensweisen von Männern an. Besonders häufig wurden genannt:

- selbstschädigendes Verhalten (u. a. in Bezug auf Alkohol, Nikotin, Straßenverkehr und Sport)
- ungesundes Ernährungsverhalten (u.a. Fett, Fleisch, weniger Maßhalten, Übergewicht)
- unzureichendes Körper- und Gesundheitsverhalten (u.a. Bewegungsmangel, kaum Vorsorge, Negierung von Krankheit)

Die Experten weisen vereinzelt darauf hin, dass die riskanten Verhaltenweisen von Männern teils mit oben genannten Belastungsfaktoren in Zusammenhang stehen. Männer neigen in belastenden Situationen (z.B. Arbeitsstress, Überforderung, Partnerschaftsprobleme etc.) dazu, diese durch ungesunde übertriebene Verhaltensweisen zu kompensieren (z.B. Konsum von Alkohol). Männer verfügen im Vergleich zu Frauen vielfach über wenig angemessene Bewältigungsstile.

[22] Fischer G (2005) Warum Frauen gesünder leben & Männer früher sterben. Geschlechtsbezogene Krankheitsbilder. Wien

Auf die Frage, ob Männern diese Risiken bekannt sind, zeichnet sich unter den Experten kein einheitliches Bild ab. Einige Experten gehen davon aus, dass die Risiken Männern gar nicht bzw. nicht ausreichend bekannt sind und es daher einer verstärkten Aufklärung bedarf.

Dem steht der Teil der Experten gegenüber, die den Männern durchaus eine ausreichende Kenntnis über Gesundheitsrisiken bescheinigen. Dieses Wissen um Risiken wird jedoch nicht im Sinne eines guten Gesundheitsbewusstseins handlungsrelevant.

„Wie sich Männer verhalten sollten, ist eigentlich klar und durch epidemiologische Studien bestätigt... Dass Männer sich anders verhalten, hängt mit der Geschlechtsrolle zusammen und damit, dass viele der riskanten Verhaltensweisen natürlich lustvoller sind (und nicht so nach Askese klingen)."

Prof. Petra Kolip, Universität Bremen

Welche Ressourcen haben Männer, die ihnen ein gesundes Leben ermöglichen?

Ausgehend von einer salutogenetischen Perspektive hat die DAK die Frage nach männertypischen Ressourcen – gemeint sind Bewältigungs- und Widerstandsressourcen – ebenfalls dem Expertenkreis gestellt. Bei den Antworten der Experten fällt auf, dass die Faktoren, die zuvor zu den männerspezifischen Belastungen gezählt wurden, gleichermaßen zu den Ressourcenfaktoren gezählt werden, zumindest wenn sie positiv charakterisiert sind.

„Die Bewältigungsstrategien der Männer bestehen im Handeln. Insofern liegt der Therapie-Fokus bei Männern in der Entdeckung ihrer eigenen Bedürfnisse und Sehnsüchte."

Dr. Wolfgang Neumann, niedergelassener Psychologischer Psychotherapeut

Hinsichtlich der Schutzfaktoren für ein gesundes Leben von Männern sehen die Experten mehrheitlich die Vorteile in Bezug auf

- bessere Berufschancen und Vergütung bei gleicher Qualifikation, größere Aufstiegschancen in der Arbeitswelt
- in Beziehungen häufiger weniger Doppelbelastungen bzw. vergleichbare Mehrfachbelastung durch Berufstätigkeit, Hausarbeit und Versorgung pflegebedürftiger Angehöriger etc.
- mehr soziale Unterstützung (Eltern, Familie, Partnerschaften, Vereinszugehörigkeit)
- selbstwertsteigernde und handlungsbezogenere Copingstrategien (u.a. mehr körperliche Aktivität)
- höhere Symptomtoleranz, höhere körperliche und seelische Belastungsfähigkeit
- höhere Selbstzufriedenheit und Autonomie.

„Andererseits beinhaltet die männliche Geschlechtsrolle auch gewisse Vorteile bzw. Gesundheitspotentiale. Mit anderen Worten: Die gelungene Herstellung von ‚Männlichkeit' kann auch als Ressource wirken."

Michael Gümbel, Gender-Trainer

Nahezu alle Experten betonen die Bedeutung funktionierender und stabiler Partnerschaften für die Gesundheit von Männern. Die partnerschaftliche Unterstützung gilt als eine der wesentlichen protektiven Faktoren im Umgang von Belastungen und für den Aufbau eines bewussten Gesundheitsverhaltens. Bricht diese Unterstützung weg, zeigen Männer nicht selten eine höhere Morbidität sowie auch Mortalität.[23]

„Die größten Ressourcen sehe ich einerseits in der Fähigkeit, Stress auf der körperlichen Ebene abzureagieren. Andererseits trägt zur Gesundheit der Männer bei, dass sie immer noch mehr Geld verdienen und häufig in anspruchsvolleren beruflichen Positionen sind."

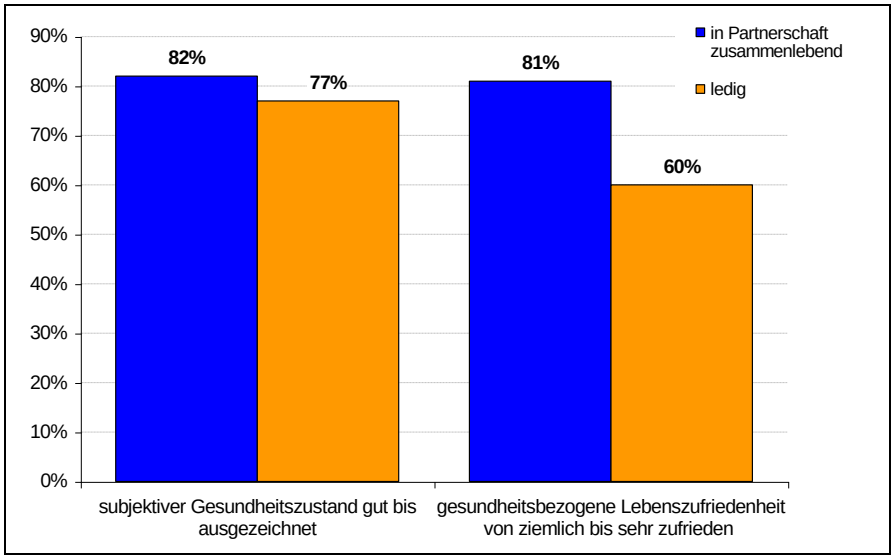
Prof. Petra Kolip, Universität Bremen

[23] Goeschel A (2007) Trennung und Scheidung als Gesundheitsrisiko für Männer in den Regionen für Deutschland. Blickpunkt DER MANN, 1: 29–37

Auch in der DAK-Bevölkerungsbefragung zeigt sich der hohe Stellenwert von Partnerschaften für das Wohlbefinden von Männern. Männer, die in Partnerschaft zusammenleben, bewerten im Vergleich zu ledigen Männern ihren subjektiven Gesundheitszustand sowie auch ihre gesundheitsbezogene Lebenszufriedenheit nennenswert besser (Abbildung 35).

Abbildung 35:

Subjektiver Gesundheitszustand und gesundheitsbezogene Lebenszufriedenheit differenziert nach Partnerschaft



Quelle: DAK Bevölkerungsbefragung 2007

Welche Vorstellungen haben Männer von Gesundheit und wie bewerten Sie ihr Gesundheitsverhalten? – Ergebnisse der DAK-Bevölkerungsbefragung

Im Rahmen der DAK-Bevölkerungsbefragung wurden die Männer nicht nach ihrem persönlichen Belastungsempfinden einerseits und den verfügbaren Ressourcen andererseits befragt. Im Fokus der Befragung von Männern im Alter von 30 bis 65 Jahren stand vielmehr die Bedeutung von Aspekten wie z.B. Partnerschaft, beruflichem Erfolg für ihr gesundheitliches Wohlbefinden und die damit zusammenhängende Lebenszufriedenheit sowie die Frage, was sie für ihre Gesundheit tun.

Auch bei der gesundheitsbezogenen Lebenszufriedenheit zeigt sich ein positives Bild. 34 % sind sehr und 41 % sind ziemlich zufrieden, wenn sie alle wichtigen Aspekte zusammennehmen.

Abbildung 36 zeigt das Ergebnis zur Bedeutung der abgefragten Dimensionen für das eigenen Wohlbefinden und die Gesundheit für alle Befragten im Überblick, da sich keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf Befragte mit einem sehr und einem weniger guten subjektiven Gesundheitszustand zeigen.

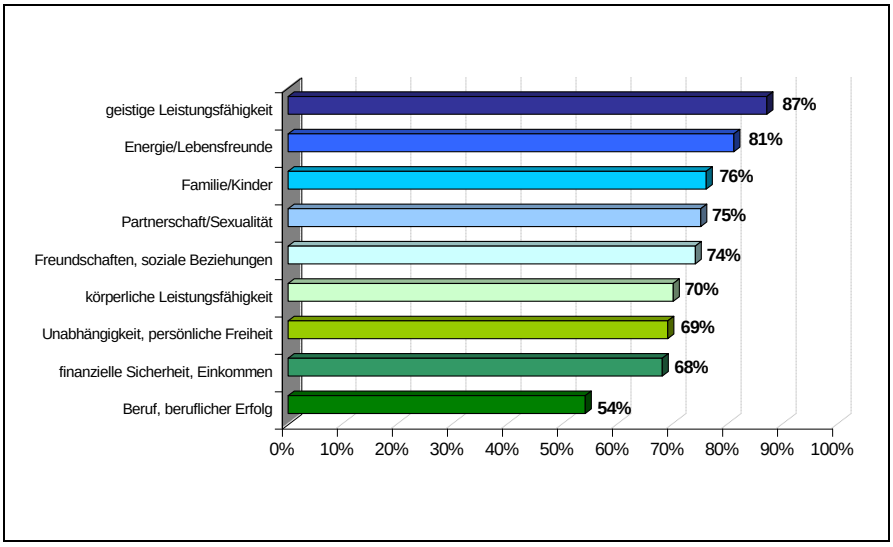


Abbildung 36:

Subjektive Gesundheitsvorstellung

Wie wichtig sind Ihnen die einzelnen Aspekte für Ihre Gesundheit und Ihr Wohlbefinden?

(Anteil extrem wichtig/ sehr wichtig)

Quelle: DAK Bevölkerungsbefragung 2007

Den Antworten nach kennzeichnen die Männer durchaus differenziertere Vorstellungen von Gesundheit. Neben der ausgesprochenen Wichtigkeit der hier abgefragten Dimensionen spricht für die Differenziertheit die Streuung der Angaben zwischen 87 % in Bezug auf „geistige Leistungsfähigkeit“ und 54 % hinsichtlich der Dimension „Beruf, beruflicher Erfolg“.

„Männergesundheit“ ist also nicht allein eine Frage der geistigen und körperlichen Gesundheit, sondern vielmehr ein mehrdimensionaler Prozess, der auch Energie und Lebensfreude, Familie und Kinder etc. umfasst.

Für 87 % der Männer ist die geistige Leistungsfähigkeit am wichtigsten für ihre Gesundheit

Anders als erwartet – gilt Berufstätigkeit doch als Kern männlicher Lebensinszenierung[24] – messen die befragten Männer dem Beruf und beruflichem Erfolg von allen abgefragten Dimensionen die geringste Bedeutung für ihre Gesundheit zu. Auch die körperliche Leistungsfähigkeit schätzen die Männer im Vergleich zur geistigen Leistungsfähigkeit deutlich weniger wichtig für die eigene Gesundheit und das Wohlbefinden ein.

In allen Altersgruppen sowie im Durchschnitt aller Befragten wird der geistigen Leistungsfähigkeit die höchste Bedeutung beigemessen. Dieses Ergebnis korrespondiert mit Studien- und Befragungsergebnissen, in denen Erkrankungen wie z.B. Alzheimer neben bösartigen Tumorerkrankungen als bedrohlichste Erkrankungen bewertet werden.

[24] Z.B. Lehner E (2004) Männer stellen Arbeit über die Gesundheit. Männliche Lebensinszenierungen und Wunschrollenbilder. In: Altgeld T (Hrsg.) Männergesundheit. Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention. Weinheim/München: Juventa: 49–63

Männer messen körperlichen, finanziellen und beruflichen Aspekten eine geringere Bedeutung bei

Alles in allem bleibt, insbesondere vor dem Hintergrund der eingangs präsentierten Expertenstatements, das überraschende Resümee zu ziehen, dass die befragten Männer durchaus ein differenziertes Gesundheitsverständnis kennzeichnet und sie psychischen und sozialen Aspekten wie der geistigen Leistungsfähigkeit, Energie und Lebensfreude, Familie/Kinder, Partnerschaft/ Sexualität sowie Freundschaftsbeziehungen eine höhere Bedeutung für ihre Gesundheit beimessen als beruflichen, finanziellen und körperlichen Aspekten.

Gewinnt Gesundheit für die Männer an Bedeutung?

Wie sind die aktuellen Zahlen zu interpretieren? Zeichnet sich unter Männern ein Wertewandel ab? Gewinnt Gesundheit für die Männer an Bedeutung und wird deshalb in Zukunft Gesundheit bzw. Gesundheitsbewusstsein zur selbstverständlichen Eigenschaft von Männern? Dafür spricht, dass die Ergebnisse der Befragten in der Altersgruppe der 30- bis 39-Jährigen in Bezug auf die finanzielle Sicherheit/Einkommen sowie Beruf/Karriere kaum von dem hier präsentierten Durchschnitt abweichen.

Als gesundheitsbewusst gilt, wer unter anderem auf eine gesunde Ernährung achtet und Sport treibt. Insgesamt kennzeichnet die DAK-Männerstichprobe eine hohe Aktivität in Bezug auf gesundheitsfördernde Verhaltensweisen. Gefragt nach Freizeitaktivitäten, denen man am häufigsten nachgeht, um etwas für das körperliche und seelische Wohlbefinden zu tun, antworten die Männer wie folgt:

Gesundheitsrelevante Freizeitaktivitäten bei Männern

- 69 % treiben aktiv Sport
- 63 % gehen regelmäßig spazieren
- 23 % gehen in die Sauna/ins Thermalbad
- 10 % machen autogenes Training oder ähnliches.

Die Ergebnisse sprechen dafür, dass die differenzierten Vorstellungen von Gesundheit in die Freizeitaktivitäten einfließen. Lediglich 6 % der Befragten machen nichts von alledem. In Bezug auf die Merkmale „treibe aktiv Sport“ und „Sauna/Thermalbad“ besteht ein deutlich positiver Zusammenhang zwischen Haushaltseinkommen und Bildung, d.h. je höher das Haushaltseinkommen bzw. die Bildung, desto häufiger wird diesen Aktivitäten nachgegangen. Befragte, die ihren Gesundheitszustand weniger gut einschätzen, sind in der Gruppe der aktiv Sporttreibenden nennenswert unterrepräsentiert.

Nur 5 % der Männer sind der Meinung, dass sie zum Erhalt ihrer Gesundheit wenig tun können.

Das differenzierte Gesundheitsverständnis der Männer mündet auch in die Vorstellung einer „selbstverantworteten Gesundheit“. Lediglich 5 % der Männer sind der Meinung, dass sie zum Erhalt ihrer Gesundheit wenig tun können. Weitere 8 % sind ebenfalls dieser Meinung, tun jedoch trotzdem etwas für ihre Gesundheit.

Die übrigen 87 % der Befragten wurden im Rahmen einer differenzierten Auswertung nach Alter vertiefend betrachtet (vgl. Abbildung 37).

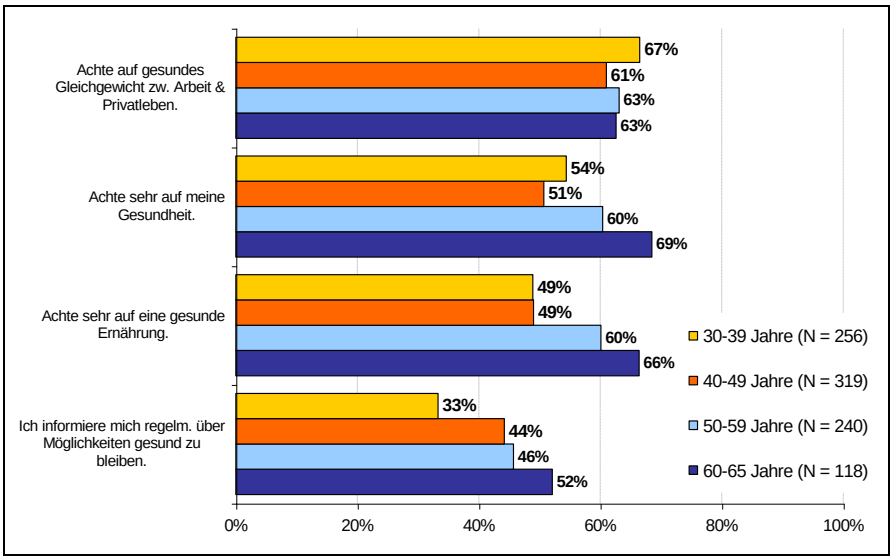


Abbildung 37:

Wie beurteilen Sie Ihr Gesundheitsverhalten?

Was trifft auf Sie zu?

(Nur Befragte, die nicht der Meinung sind, dass sie für ihre Gesundheit wenig tun können).

Mehrfachnennungen möglich

Quelle: DAK Bevölkerungsbefragung 2007

Work-Life-Balance bei allen Männern im Trend

Besonders im Trend, und das gilt für alle Gruppen, liegt das Thema Work-Life-Balance. Die befragten Männer geben an, dass sie auf ein gesundes Gleichgewicht zwischen Arbeit und Privatleben achten. Dieser Befund ist vor dem Hintergrund, dass die befragten Männer sozialen, familiären und partnerschaftlichen Aspekten für ihr Wohlbefinden einen höheren Stellenwert beimessen als beruflichen Dimensionen nachvollziehbar.

Alles in allem zeigt sich, dass die Männer vor dem Hintergrund eines differenzierten Gesundheitsbewusstseins auch ihr Gesundheitsverhalten differenziert beurteilen. Dass sich insbesondere in Bezug auf die Aspekte Ernährung und Information ein gewisser Altersgang zeigt, kann mit einem zunehmenden Risikobewusstsein im Altersverlauf in Verbindung gebracht werden.

Informationsverhalten birgt Verbesserungspotentiale

Dennoch: Im Hinblick auf das Informationsverhalten besteht bei Männern Verbesserungspotential. Nur rd. 39 % aller Befragten informieren sich regelmäßig über Möglichkeiten gesund zu leben.

Wie verhalten sich Männer im konkreten Krankheitsfall?

Über das Gesundheitsverhalten von Männern ist bekannt, dass der Besuch eines Arztes vielfach hinausgezögert wird. Nach dem GEK-Report 2007 variiert die Inanspruchnahme von ambulanten Leistungen nach Geschlecht und Alter. Bis zum Alter von 15 Jahren und nach dem 75. Lebensjahr weisen Männer und Frauen übereinstimmende Werte auf. In der Altersgruppe der 25- bis 29-Jährigen ist die Differenz zwischen Männern mit 7,1 Arztkontakten je Person gegenüber den Frauen am größten (16,1).[25]

61 % der Männer gehen bei gesundheitlichen Beschwerden gleich zum Arzt

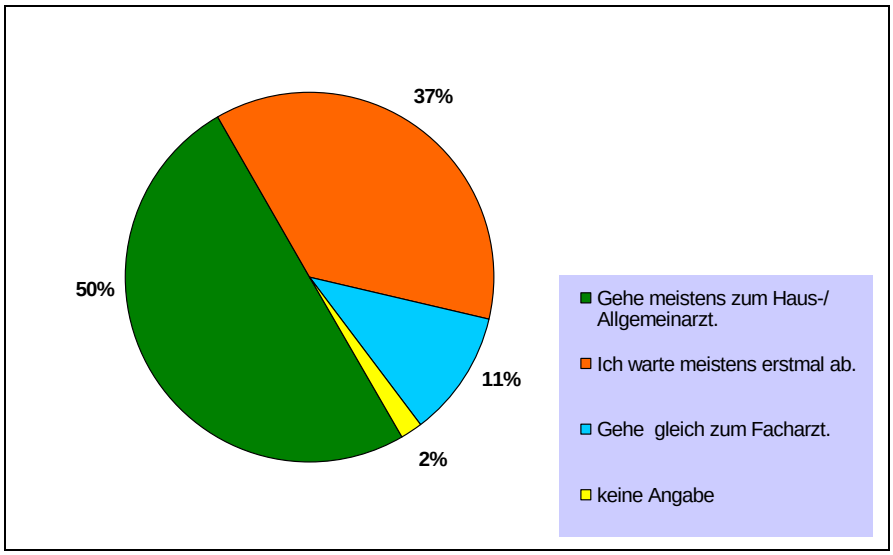
Nach dem konkreten Verhalten im Krankheitsfall bzw. beim Auftreten von gesundheitlichen Beschwerden gefragt, antwortet die Hälfte der Männer, dass sie zuerst zum Hausarzt und 11 %, dass sie gleich zum Facharzt gehen (Abbildung 38). Lediglich 37 % aller Männer antworten hingegen, dass sie – getreu dem Motto „Was von alleine kommt, geht auch von allein!“ – erst einmal abwarten. Bei einer geringeren subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustands senkt sich dieser Anteil auf unter 30 % ab und der Anteil der Männer, die sofort zum Hausarzt gehen, erhöht sich auf über 55 %.

Auch zeigt sich ein positiver Zusammenhang mit dem Alter. Je älter die Befragten, desto weniger warten die befragten Männer ab, bevor sie bei gesundheitlichen Problemen zum Arzt gehen. Auch das Zusammenleben in Partnerschaft wirkt sich positiv auf das Gesundheitsverhalten im konkreten Krankheitsfall aus.

Abbildung 38:

Verhalten im Krankheitsfall

Wie verhalten Sie sich im Krankheitsfall, beim Auftreten von gesundheitlichen Beschwerden?



Quelle: DAK Bevölkerungsbefragung 2007

[25] Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung (ISEG)(Hg.) (2007). GEK- Report ambulant-ärztliche Versorgung 2007. Auswertungen der GEK-Gesundheitsberichterstattung. Schwerpunkt Ambulante Psychotherapie. Sankt Augustin: Asgard-Verlag (= GEK-Edition, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Bd. 59)

Vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse sind leichte Zweifel an der These, dass Männer gesundheitliche Probleme verleugnen oder bagatellisieren, erlaubt. Auch ist die Frage zu stellen, ob nicht das „männliche“, sondern das „weibliche“ Gesundheitsverhalten in Bezug auf die hohe Inanspruchnahme ambulanter Versorgung auffällig ist. Allgemein gesprochen kann eine überhöhte Inanspruchnahme zu einer Fehlnutzung knapper Ressourcen im Gesundheitswesen führen.

Männer sollten zum Arzt gehen, wenn sie medizinische Hilfe und Bewertung benötigen. Angesichts des obigen Befunds wäre es allerdings verkürzt, die Steigerung der Inanspruchnahme des medizinischen Angebotes seitens der Männer allein als Königsweg zu mehr Männergesundheit zu propagieren. Auch sollte das Inanspruchnahmeverhalten von Frauen und die damit teils einhergehenden negativen Begleiterscheinungen (Stichwort: Medikalisierung) nicht als Norm gelten, von dem das männliche Verhalten negativ abweicht.

Kennen Männer den Check-up 35 und die Krebsvorsorge und wenn ja, nehmen sie auch teil?

Ein adäquates Gesundheitsverhalten beinhaltet nicht nur den Gang zum Arzt im Krankheitsfall, sondern auch die regelmäßige Teilnahme an entsprechenden Vorsorgeuntersuchungen:

Check-up 35 zur Früherkennung einer Herz-Kreislauf-Erkrankung

- Im Hinblick auf kardiovaskuläre Erkrankungen, Nierenerkrankungen und Diabetes mellitus wird zur Früherkennung die so genannte Gesundheitsuntersuchung – auch als Check-up 35 bezeichnet – angeboten. Ab dem 35. Lebensjahr könne alle Versicherte einer gesetzlichen Krankenkasse diese Untersuchung zweijährlich kostenlos in Anspruch nehmen.

Krebsvorsorge beim Mann

- Zur weiteren Standardleistungen zählt die jährliche Krebsvorsorge ab dem 45. Lebensjahr. Diese umfasst für den Mann stets die Tastuntersuchung der Prostata, die Untersuchung des äußeren Genitales und der Haut sowie des Urins. Ab dem 50. bis 55. Lebensjahr kommt hinzu ein jährlicher Test auf verborgenes Blut im Stuhl und mit 55 und 65 Jahren jeweils eine Darmspiegelung zur Früherkennung von Dickdarmkrebs, alternativ alle zwei Jahre ein Stuhlbluttest.

Kennen Männer, bei denen keine gesundheitliche Einschränkungen vorliegen, die einen häufigeren Arztkontakt erfordern, diese Vorsorgeleistungen? In die Analysen werden nur die Männer einbezogen, die mindesten 35 bzw. 45 Jahre alt sind.

81 % der Männer kennen den Check-up 35,

Erfreulich ist, dass mit 81 % die überwiegende Mehrheit der Männer das Vorsorgeangebot Check-up 35 kennt. Nur gut jeder fünfte Mann über 35 Jahre kennt die allgemeine Gesundheitsuntersuchung nicht (19 %). Im Vergleich zu den Frauen – im Rahmen der Analysen zum DAK-Gesundheitsreport 2006 zur Gesundheit von Frauen im mittleren Lebensalter wurde die gleiche Frage gestellt – erreicht die DAK-Männerstichprobe sogar geringfügig höhere Werte. 2006 gaben 80 % der Frauen an, die Gesundheitsuntersuchung zu kennen.

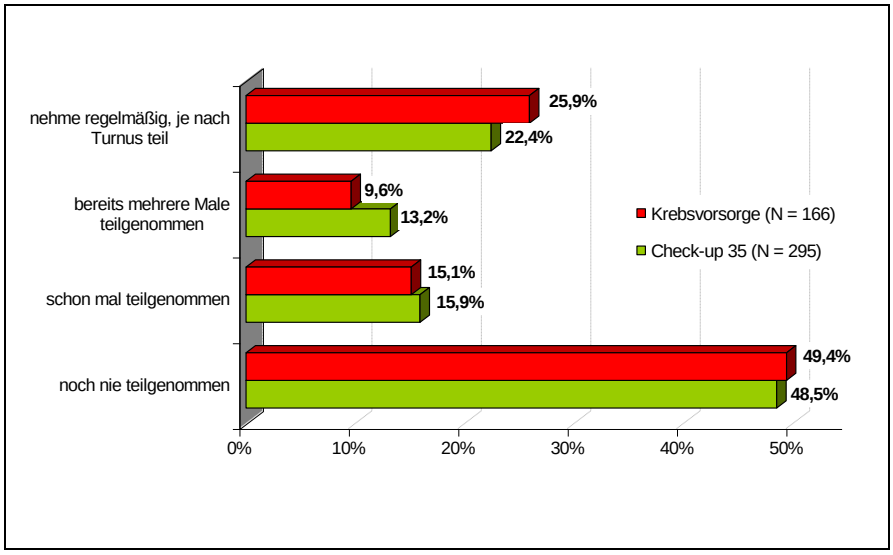
92 % kennen die Krebsvorsorge ab dem 45. Lebensjahr

Noch besser schneiden die Männer in Bezug auf die jährliche Krebsvorsorge ab, die 92 % der Männer im Alter von 45 und älter kennen. Nur weniger als jeder Zehnte kennt die Krebsvorsorgeuntersuchung nicht (8 %). Das Wissen um Vorsorgeuntersuchungen sagt jedoch noch nichts über die Inanspruchnahme aus: In der DAK-Männerstichprobe hat nur etwas mehr als die Hälfte der Männer, die diese Vorsorgeuntersuchungen kennen, auch bereits an diesen teilgenommen (vgl. Abbildung 39).

Abbildung 39:

Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen

(Nur Befragte, denen die Untersuchungen bekannt sind und die von keinerlei gesundheitlichen Einschränkungen berichten.)



Quelle: DAK Bevölkerungsbefragung 2007

Jeder 4. Mann nimmt an Vorsorgeuntersuchungen regelmäßig teil.

Innerhalb der Gruppe der Männer, die bereits an den Vorsorgeuntersuchungen teilgenommen haben, gibt es einige Unterschiede. Hervorzuheben ist, dass nur 22,4 % alle zwei Jahre regelmäßig am Check-up 35 teilnehmen und nur rd. 26 % die jährliche Krebsvorsorge wahrnehmen.

Im Vergleich zu den Frauen geringere Vorsorgementalität bei den Männern

Im Vergleich zu den in 2006 befragten Frauen schneidet die DAK-Männerstichprobe schlechter ab: Mehr als doppelt so viele Frauen (49 %) nehmen regelmäßig an der Gesundheitsuntersuchung Check-up 35 und zwei Drittel an der Krebsvorsorge teil.

Jeweils annähernd die Hälfte der Männer, die die Vorsorgeangebote kennen, haben jedoch noch nie an diesen teilgenommen. Wie passt dieses Ergebnisse mit dem Arztbesuch im Krankheitsfall, 61 % der Männer geht beim Auftreten von gesundheitlichen Beschwerden gleich zum Arzt (vgl. Abbildung 20), zusammen? Gehen Männer nur bei „Bagatellerkrankungen“ gleich zum Arzt, schrecken sie hingegen bei Früherkennungsuntersuchungen zurück?

Bezüglich der Frage, wie Männer zu einer regelmäßigeren Gesundheitsvorsorge motiviert werden können, wird häufig der Partnerin bzw. einer Partnerschaft eine hohe Bedeutung zugesprochen. Die Ergebnisse der DAK-Männerstichprobe bestätigen diesen Zusammenhang und zeigen auch, dass die regelmäßige Teilnahme im Alter steigt. Hingegen zeigt sich kein deutlicher Zusammenhang in Bezug auf soziale Faktoren wie Haushaltseinkommen oder berufliche Stellung.

Zur Steigerung des Vorsorgeverhaltens von Männern räumten einige Experten einen Bedarf an männerspezifischen Vorsorgeangeboten wie z.B. Männersprechstunden ein. Neben einer verstärkten Aufklärung im Vorfeld der Untersuchungen, sollten Vorsorgeuntersuchungen mit mehr „Prestige“ versehen und wissenschaftlich anerkannte diagnostische Verfahren in der Breite implementiert werden, damit im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen beispielsweise Tumorerkrankungen auch rechtzeitig erkannt werden (siehe auch Abschnitt 4.4).

Das Thema „Männergesundheit“ hat in den letzten Jahren einen beachtlichen Aufschwung erfahren, der sich unter anderem in der Entwicklung männerspezifischer präventivmedizinischer Angebote widerspiegelt, die zu einer höheren Früherkennungsrate und sinkenden Frühsterblichkeit führen sollen. In Kapitel 4.4 wird vertiefend auf diese Entwicklungen eingegangen.

„Unter Männern ist ein häufigerer Gang zur Früherkennung möglicher langsam entstehender oder bereits vorhandener Erkrankungen erforderlich. Hier ist insbesondere die Prostatakrebsvorsorge zu nennen, die üblicherweise in der Vorstellung der Männer und auch immer noch mancher Urologen in einer digitalen rektalen Untersuchung besteht. Das ist keine Früherkennung sondern eine Späterkennung. Der regelmäßige PSA-Test ab 40 Jahren sollte für jeden Mann eine (moralische) Pflicht sein.“

Christian Ligensa, Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e.V.

„Zur Steigerung der Inanspruchnahme der Krebsfrüherkennung durch Männer sollte die rektale Untersuchung weggelassen und die PSA-Bestimmung eingeführt werden.“

Prof. Lothar Weißbach, Stiftung Männergesundheit

3.4 Männer im Versorgungssystem – Schieflage zwischen Angebot und Nachfrage oder: Was braucht man(n)?

Ist das Versorgungssystem weiblich?

Im Vergleich zu Frauen gelten Männer als Vorsogemuffel. Ihre gering ausgeprägte Vorsorgementalität wird „häufig mit traditioneller Männlichkeit“ in Verbindung gebracht. Ist das der „wahre“ Grund? Sind Behandlungen und Therapien inkompatibel mit Männerbedürfnissen? Ist das Versorgungssystem sogar weiblich? – eine Hypothese, die im Rahmen der Expertenbefragung ein interessante Kontroverse hervorbrachte.

„Frauen können die Möglichkeiten, die unser Gesundheitssystem bietet, leichter nutzen; sie haben ein höheres Gesundheitsbewusstsein.“

Dr. Bernhard Schwindl, Klinik für Urologie und Kinderurologie, Klinikum Weiden

Ein Teil der Experten meint, dass Frauen unter anderem durch ihren frühen Kontakt mit dem Frauenarzt das Versorgungssystem mit einigen Ausnahmen (z. B. Chirurgie) – auch in ihrer Rolle als „Familien-Gesundheitsbeauftragte“– häufiger in Anspruch nehmen als Männer. In Reaktion auf diese Inanspruchnahme hat sich das Versorgungssystem den weiblichen Bedürfnissen angepasst. Außerdem sind Frauen in vielen Gesundheitsberufen (z.B. Pflege) sowie in verhaltens- und psychotherapeutischen Disziplinen in der Überzahl.

Andererseits werden die Strukturen der Versorgung – nach Einschätzung einiger Experten – männlich dominiert:

In vielen Disziplinen, insbesondere Facharztdisziplinen wie Radiologie, Chirurgie, Orthopädie oder Urologie – sind mehr als drei Viertel bis nahezu 100 % der Ärzte Männer. Zudem orientieren sich Therapie und Diagnostik standardmäßig am Mann (z. B. Herzinfarkt). Darüber hinaus nehmen Männer vielfach Entscheidungspositionen bei den beteiligten Institutionen ein. Dies könnte der – zugegebenermaßen paradoxe – Grund dafür sein, dass männerspezifische Gesundheitsprobleme im Versorgungssystem nicht thematisiert werden; selbige sind nicht vereinbar mit dem Rollenbild, das diese Männer selbst von sich haben.

„Das Gesundheitssystem ist geschlechtsunsensibel, weil es weder die Bedürfnisse von Frauen, noch jene von Männern angemessen berücksichtigt und bedient. In vielen Fällen finden wir Über-, Unter- und Fehlversorgung von Frauen, häufig aber auch von Männern, z.B. bei Präventionsangeboten.“

Prof. Petra Kolip, Universität Bremen

Ein weiterer Teil der Experten meint, dass das Versorgungssystem weder „weiblich“ noch „männlich“ sei, sondern vielmehr unsensibel gegenüber den Interessen von Männern und/oder Frauen, was auch beobachtbare Über-, Unter- und Fehlversorgung in der Gesundheitsversorgung sowohl von Männern als auch Frauen erkläre. Männer sind besonders unterrepräsentiert, wie gezeigt, in Bezug auf Vorsorgeleistungen sowie auch die Diagnose und Behandlung psychischer Erkrankungen wie Depressionen betreffen kann (siehe Exkurs auf S. 85).

Wodurch könnte die gesundheitliche Vorsorge und Versorgung von Männer verbessert werden? Männerärzte, Männersprechstunden und Zentren für Männergesundheit sind Schlagworte in der aktuellen Diskussion. All diesen Ansätzen ist gemein, dass der Mann mit seinen Gesundheitsbedürfnissen und gesundheitlichen Problemlagen in den Mittelpunkt gestellt wird.

Nachfolgend soll nun beleuchtet werden, wie die Fachleute im Rahmen der Expertenbefragung das Thema Männergesundheit und neue Konzepte wie Männersprechstunden und Männergesundheitszentren in Deutschland bewerten. Entsprechen diese neuen Versorgungsangebote einem männerspezifischen Bedarf?

„Männergesundheit ist ein Teilbereich von Gesundheit an sich. Spezifische Themen-stellungen sind Depressionen, Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit, Vulnerabilität von Männern bei Trennungen sowie Arbeitslosigkeit."

Dr. Anke Bramesfeld, Forschungsnetz psychische Gesundheit und Universitätsklinikum Leipzig

Welche Bereiche fallen aus Sicht der Experten unter die Themenstellung Männergesundheit und welche männerspezifischen Gesundheitsbedürfnisse sind auszumachen?

Spezifische Themen der Männergesundheit werden seitens der Experten einerseits von Unterschieden des Organ- und endokrinen Systems und den damit in Zusammenhang stehenden Krankheitsbildern abgeleitet. Gesundheitsrelevante „Problemzonen" des Mannes sind

- Prostatagesundheit
- Hodengesundheit, Störung der Hodenfunktion
- Zeugungsunfähigkeit (Infertilität)
- Störungen der Potenz (erektile Dysfunktionen)
- Sexualhormone im Alter (Andropause)
- Dranginkontinenz
- Osteoporose

„Männergesundheit befasst sich mit männerspezifischen gesundheitlichen Einschränkungen, insbesondere solchen, die Risiken beinhalten und die normalen Möglichkeiten menschlicher Lebensführung einschränken. Das sind für den Mann u.a. Herzkreislauferkrankungen, gutartige Prostatavergrößerung, Prostatakarzinom, die Dranginkontinenz des Alters und die Depression."

Prof. Lothar Weißbach, Stiftung Männergesundheit

Andererseits ergeben sich aus Sicht der Experten spezifische Themen der Männergesundheit aus dem Spektrum möglicher männlicher Lebenslagen und Krisen (z.B. Trennung oder Scheidung, Tod eines Kindes oder des Partners, Verlust von Eigentum, des Berufs, Gewalterfahrungen) sowie männlichen Verhaltensweisen (z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs- und Lebererkrankungen, Unfälle, Suizid) (siehe auch Abschnitt 4.2).

Alles in allem ist der Mann mit seinen spezifisch männlichen Gesundheitsproblemen sowie Einschränkungen und Risiken – in verschiedenen Lebensphasen – Gegenstand der Männergesundheitsforschung. Dabei sollte Männergesundheit alle Bereiche der körperlichen, psychischen und sozialen Gesundheit von Männern einschließen. Die Frage nach spezifischen Gesundheitsbedürfnissen von Männern halten die meisten Experten allerdings für kaum zu beantworten.

„Tatsache ist jedoch, dass Praxis, Forschung und Gesundheitspolitik erst noch für die Wahrnehmung männerspezifischer Gesundheitsbedürfnisse sensibilisiert werden müssen. Zwar gelten Männer weitgehend noch immer als Standardnorm für die Gesundheitsbedürfnisse der Frauen, aber die tatsächlichen Gesundheitsbedürfnisse der Männer sind weit unbekannter als die der Frauen. Frauen wurden eher somatisch und Männer eher psychologisch vernachlässigt."

PD Dr. Anne Maria Möller-Leimkühler, Ludwig-Maximilians-Universität München

Einhellige Meinung der meisten Experten aus Wissenschaft und Praxis ist, dass die Gesundheitsbedürfnisse von Männern nicht ausreichend beforscht sind und konstatierten folglich einen großen Nachholbedarf an geschlechtsspezifischer Bedürfnisforschung.

Neben der Erforschung des subjektiven Krankheits- und Belastungsempfindens bei Männern gilt es, die Gesundheitsvorstellungen von Männern und ihr Alltagsverständnis von gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen zu erforschen. Als defizitär wird das Wissen zudem in Bezug auf geschlechts- und damit auch männerspezifische Versorgungsbedarfe, insbesondere im Bereich Disease-Management-Programme, so genannter systematischer Behandlungsprogramme chronisch Kranker, und psychische Erkrankungen eingeschätzt. Gibt es Unterschiede zwischen Männern und Frauen bei der Compliance bzw. Therapietreue?

Bedarf es einer männlicheren Versorgung?

Um herauszufinden, welche Eigenschaften des Versorgungssystems es den Männern einfacher machen könnten, die Angebote für sich zu nutzen, wurden die Männer in der DAK-Bevölkerungsstichprobe befragt, wie wichtig ihnen z.B. im Falle von urogenitalen Beschwerden bestimmte Gegebenheiten in der Versorgung wären:

Fachliche Kompetenz des Arztes ist für Männer am wichtigsten

Für die überwiegende Mehrheit der Befragten (91 %) ist die hohe fachliche Kompetenz eines Arztes sehr wichtig. 20 % halten eine Männersprechstunde für sehr wichtig, wobei diese Präferenz bei den über 50-Jährigen mit 23 % am höchsten ist.

Gleich- oder gegengeschlechtliche Ärzte?

Die Frage nach der männergerechten Behandlungspraxis bei Beschwerden des Urogenitalsystems beinhaltete auch die Frage nach gleich- oder gegengeschlechtlichen Ärzten. Das es sich bei dem behandelnden Arzt um einen Mann handeln sollte, finden lediglich 16 % sehr wichtig.

In der Literatur finden sich häufig Hinweise, dass für Männer einfache und wenig zeitaufwendige Möglichkeiten für den Kontakt zu Ärzten von Bedeutung sind. In der DAK-Männerstichprobe zeigen sich bezüglich der abgefragten Optionen nur geringe Präferenzen. 16 % finden die Möglichkeit einer Telefonsprechstunde und 15 % die Möglichkeit zur Beratung per E-Mail wichtig.

Wie wird aus Expertensicht der Bedarf einer männlicheren Versorgung in Form von Männerärzten, Männersprechstunden und Männerzentren eingeschätzt?

Als ein Schritt zur Entwicklung einer männerspezifischen Behandlungspraxis wird die Einführung eines Männerarztes gesehen. Ein Männerarzt ist zunächst der Androloge, eine Zusatzweiterbildungsbezeichnung der Deutschen Gesellschaft für Andrologie.

Andrologie steht für Männerheilkunde und der Androloge wird analog zur Gynäkologie auch als „Männerarzt“ bezeichnet. „Andrologie ist die Lehre von den Fortpflanzungsfunktionen des Mannes und deren Störungen in allen Lebensphasen“.[26] Es sind in der Regel Urologen, die die Zusatzbezeichnung „Androloge“ führen.

Aus Sicht des überwiegenden Teils der Experten dürfe die Männergesundheit nicht nur einer einzelnen Fachrichtung zugewiesen werden. Als relevante Disziplinen für die Männergesundheit wurden von den Experten neben den Urologen und Andrologen die Psychologen (mit Spezialisierung auf Männerprobleme) und Internisten genannt. Des Weiteren sind Sexual- und Ernährungsberater, Kardiologen, Sportärzte, Orthopäden und Physiotherapeuten an der Männerversorgung beteiligt.

Für einen interdisziplinären Zugang zum Spektrum „Männergesundheit“ gibt es zudem eine von der Ärztekammer anerkannte interdisziplinäre Fortbildung „Männergesundheit“, die von Ärzten aller Fachrichtungen besucht werden kann.

Unabhängig davon, um welchen „Männerarzt“ es sich handelt, sprechen nicht alle befragten Experten den Männerärzten ein großes Potential zu:

Einerseits wird argumentiert, dass die Bezeichnung „Männerarzt“ zu einer Stigmatisierung und damit zu einer Ablehnung von Seiten der männlichen, insbesondere der jungen Patienten führen könnte. Ebenso führe die Bezeichnung Männermedizin zu einer Reduzierung der Männergesundheit auf den Urogenital-Bereich. Dabei haben mehr Männer einen internistischen als einen urologischen Behandlungsbedarf.

Andererseits problematisieren die Experten die vielfach von sogenannten „Männerärzten“ bzw. von auf Männer spezialisierte Ärzte angebotenen so genannten Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL). Dadurch, dass in das Spektrum der Männergesundheit zahlreiche sogenannte Lifestyle-Erkrankungen (Potenzprobleme, Haarausfall etc.) fallen, ist das Gebiet prädisponiert für Leistungen, die nicht von der Gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt werden. Auch der PSA-Test zur Identifikation des prostataspezifisches Antigens und der transrektale Ultraschall zur Früherkennung des Prostatakarzinoms sind bei unzureichender medizinischer Indikation IGeL.

„Weder Urologie noch Ernährungsberatung bilden den Bereich Männergesundheit adäquat ab. Wenn überhaupt in diesen frühen Stadien der Diskussion bereits irgendwelche Fachgebiete ins Spiel gebracht werden, dann sollte dies die Innere Medizin sein, die den breitesten Zugriff auf Amalgame aus Lebenslagen und Gesundheitszuständen bei Männern hat.“

Prof. Albrecht Goeschel, Staatliche Universität Rostov

„Dem Thema ‚Männergesundheit‘ wird aus meiner Sicht zu viel Bedeutung beigemessen. Die angebotenen Leistungen dienen hauptsächlich einer ‚Lifestyle-Verbesserung‘ und sollten nicht zu Lasten der Allgemeinheit erbracht werden. Das Thema wird gepusht, weil hier Geld zu verdienen ist.“

Dr. Oliver Busch, Urologische Praxis Diez

„Die Versorgungsrealität ist derzeit dadurch geprägt, dass im Vor- u. Umfeld der kaufkräftigen Männerbevölkerung ein kommerzieller Markt von Lifestyle, Fitness, Anti-Aging etc. entstanden ist, während die breite Mitte der Männerbevölkerung, deren Kaufkraft stagniert und deren Gesundheit sich erkennbar verschlechtert, im traditionellen Gesundheitssystem in wachsendem Maße unter- oder fehlversorgt bleibt.“

Prof. Albrecht Goeschel, Staatliche Universität Rostov/Don

[26] Vgl. Deutsche Gesellschaft für Andrologie e. V. (DGA) www.dgandrologie.de/

„Die Zu(ver)lässigkeit des PSA-Tests und anderer männerspezifischer Individueller Gesundheitsleistungen sollte dringend beforscht werden."

Thomas Altgeld, Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.

Auch in der DAK-Männerstichprobe wurde nach der Inanspruchnahme teils männerspezifischer IGeL wie z.B. dem PSA-Test gefragt. Hier zeigt sich eine überraschend hohe private Inanspruchnahme. 40 % aller befragten Männer haben bereits „geigelt".[27] Der Ultraschall der Niere (17 %) gefolgt vom Gesundheits- und sportmedizinischen Check-up (16 %) wurden am häufigsten genannt. 12 % haben bereits einen PSA-Test in Anspruch genommen. Lediglich 1 % haben bereits an einer sogenannten Anti-Aging-Beratung teilgenommen.

Aus Sicht der DAK ist mehr Forschung, Aufklärung und Beratung über männerspezifische Angebote der Frühdiagnostik und Prävention erforderlich.

Welche IGeL aus dem Spektrum der Frühdiagnostik und Prävention für einen Mann sinnvoll ist, diesbezüglich wäre aus Sicht der DAK mehr Forschung, Aufklärung und Beratung erforderlich. Der Nutzen solcher Leistungen ist in vielen Fällen wissenschaftlich unzureichend getestet bzw. umstritten. Wäre dies anders, dann würden diese Leistungen in den regulären Katalog der Gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen.

Die DAK rät ihren Versicherten, die Möglichkeit der Inanspruchnahme Individueller Gesundheitsleistungen kritisch abzuwägen. Wichtige Fragen, die Patienten ihrem Arzt stellen sollten sind:

- Was nutzt mir die zusätzliche Behandlung?
- Ist die Methode wissenschaftlich anerkannt?
- Welche Risiken bestehen bei der Behandlung?
- Wie hoch sind die Kosten der Behandlung?

Auch einige der Experten sehen den Bedarf an männerspezifischer Versorgung bereits ausreichend abgebildet durch vorhandene Fach- und Hausärzte. Ohnehin ist in vielen Fällen der Hausarzt der erste Ansprechpartner im Gesundheitswesen und genießt – wie die DAK-Männerstichprobe unterstreicht – beim männlichen Patienten bereits Vertrauen. Vielmehr sollten vorhandene Ärzte durch eine bessere Ausbildung hinsichtlich männerspezifischer bzw. geschlechtssensibler Themen unterstützt werden.

Mehr Akzeptanz – im Gegensatz zum Männerarzt – bringen die Experten interdisziplinären Männersprechstunden sowie den zunehmend entstehenden, häufig an ein Krankenhaus angebundenen Zentren für Männergesundheit entgegen, da sie sich in den bestehende Versorgungslandschaft gut einbetten lassen.

Inhalte einer Männersprechstunde

Befindlichkeitserhebung:

- erlernter und ausgeübter Beruf

- Erwerbslosigkeit, Frühberentung

- Berufsweg

- Mobbingsituation

- Einkommens- und Wirtschaftslage

- Familienstand und Freundeskreis

- Freizeitnutzung und Privatstress

- sexuelle Zufriedenheit

- Abhängigkeit

- Familienanamnese

Zustandsuntersuchung (Diagnoseangebote) hinsichtlich: Hernien, Varizen, Osteoporose, Depressionen, Schlafapnoe

(Quelle: Goeschel A, Bollmann M (2007)

[27] Das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) ermittelte 2005, dass rückblickend auf ein Jahr 44 % der befragten Patienten privat Zusatzleistungen angeboten bekommen haben (vgl. Zok K (2005). Goldgrube Privatabrechnung. In: Gesundheit und Gesellschaft, 10: 14–15). Für einen Vergleich mit der DAK-Bevölkerungsbefragung 2007 lässt sich aus dieser Zahl keine Inanspruchnahmequote ableiten.

Ob Urologe, Internist oder Allgemeinarzt, in der Männersprechstunde kümmert sich der Arzt in „ganzheitlicher“ Perspektive, meist außerhalb des normalen Praxisalltags, um den männlichen Patienten bzw. Klienten. Konkret geht es hier um die Identifizierung der Problemlagen des Mannes und nicht um die Untersuchung akuter Krankheitssymptome. Dabei stellt die Männersprechstunde zunächst eine Individuelle Gesundheitsleistung dar. Bei bestimmten Symptomen ist die Kostenübernahme durch die Krankenkasse zu klären.

Ob Männersprechstunden zu einer männersensibleren Versorgung führen, ob sie die Inanspruchnahme steigern und bessere medizinische Erfolge versprechen oder ob die speziell deklarierten Angebote wegen einer Stigmatisierung eher abschreckend wirken, muss weiterhin geschlechtsspezifisch evaluiert und beforscht werden. Ziel sollte es dabei sein, nicht nur solche Männer zur Inanspruchnahme zu bewegen, die das Versorgungssystem bereits nutzen, sondern durch eine Ausdifferenzierung der Angebote eine bedürfnis- und zielgruppengerechte Versorgung mit niedrigen Schwellen zu schaffen.

„Es ist meiner Meinung nach weniger ein Aspekt der medizinischen Versorgungsangebote. Männer würden sicherlich nicht häufiger zum Arzt gehen, wenn es eine Fachdisziplin Männerarzt gäbe! Eine andere Frage ist, wie die bestehenden Angebote so verändert werden können, dass die Zugangswege für Männer einfacher sind.“

Prof. Petra Kolip, Universität Bremen

Nach speziellen Zielgruppen für eine bessere gesundheitliche Versorgung von Männern gefragt, werden von den Experten neben Männern in kritischen Lebensphasen wie geschiedene, getrennt und allein lebende Männern mehrheitlich die Risikogruppe der psychisch Kranken, insbesondere an Depressionen erkrankten Männer genannt. Grund genug, das Thema „Männerdepressionen“ in einem Exkurs etwas näher zu beleuchten.

Exkurs: Männerdepressionen

In Deutschland leiden innerhalb eines Jahres ca. 8,3 % der Bevölkerung im Alter von 18 bis 65 Jahren an einer depressiven Störung.[28] Alle verfügbaren Statistiken weisen Frauen eine vielfach größere Krankheitshäufigkeit aus als Männern. Aus diesen Gründen wird das Thema Depressionen nur selten in Zusammenhang mit Männern diskutiert. Schaut man sich dagegen die Suizidzahlen an – und etwa zwei Drittel aller durch Suizid verstorbenen Menschen weisen eine Depression auf –, kommen Zweifel auf an der Beschränkung des Themas auf Frauen: Männer machen mit ca. 70 % aller Sterbefälle durch Suizid deutlich mehr als die Hälfte aller Suizid-Fälle aus.

„Männer haben nach wie vor große Probleme damit, ihre Psyche genauso ernst zu nehmen wie ihren Körper. Obwohl der Zusammenhang längst völlig unbestritten ist, werden seelische Leiden als peinlich und unmännlich empfunden. Der Gang zum Psychotherapeuten wird als Niederlage erlebt..“

Prof. Anna Schoch, München

Nach der sogenannten „Artefakt-Theorie“ ist die Erkrankungshäufigkeit von Männern und Frauen in etwa vergleichbar, jedoch beruhen die beobachtbaren Differenzen in Prävalenzstudien auf folgenden Gründen:

[28] Vgl. Wolfersdorf M, Schulte-Wefers H, Straub R, Klotz T (2006) Männer-Depression: Ein vernachlässigtes Thema – ein therapeutisches Problem. In: Blickpunkt DER MANN 4, 2: 6–9

Männerdepressionen

Männertypische Symptome bei einer Depression sind

- Unruhe, Unzufriedenheit

- Gereiztheit

- stark verringerte Stresstoleranz

- erhöhte Risikobereitschaft

- Verminderte Impulskotrolle

- Wutausbrüche

Quelle: Fischer (2005)

- Männer haben andere Symptome als Frauen.
- Männer kompensieren ihre Depressionen anders als Frauen.
- Männer haben ein anderes Hilfesuchverhalten als Frauen.

Eng in Zusammenhang mit der Artefakt-Theorie stehen Thesen zu systematischen Diagnosefehlern. Männern wird aufgrund wirksamer männlicher Rollenstereotype aus ärztlicher Sicht seltener eine Depression diagnostiziert. Und nach der „Expressivitäts-Hypothese“ können Frauen ihre psychische Befindlichkeit besser als Männer zum Ausdruck bringen und bekommen eine depressive Störung eher diagnostiziert als Männer.

Männliche Symptome und männliches Hilfesuchverhalten

Neben unterschiedlichen Auslösern für eine depressive Störung gibt es auch geschlechtsspezifische Unterschiede im Erscheinungsbild. Neben dem Leitsymptom, der depressiven Verstimmung, kommen bei Männern häufig aggressives Verhalten, Feindseligkeit, Gereiztheit und Ärger hinzu. Unpassende Stimmungs- und Wutausbrüche, ein ausgeprägtes Risikoverhalten und eine geringere Stresstoleranz gehen häufig mit der Erkrankung einher. Hoffnungslosigkeit kommt ebenfalls bei Männern ausgeprägter vor, was die erhöhte Suizidalität erklären könnte[29].

„Die Chancen, dass Depression bei Männern durch den Hausarzt diagnostiziert werden, sind gering. Die Ursachen liegen in dem vielfältigen Beschwerdebild der Depression, dem mangelnden Kenntnisstand des Hausarztes, der Ausblendung psychischer Probleme in der Kommunikation mit männlichen Patienten, der Kürze der Gesprächsdauer (insbesondere mit männlichen Patienten!) und nicht zuletzt in der Geschlechtstypik von Diagnosezuweisungen (Genderbias).“

PD Dr. Anne Maria Möller-Leimkühler, Ludwig-Maximilians-Universität München

In der Depressionsforschung verdichten sich Hinweise, dass die verwendeten geschlechtsneutralen Diagnoseinstrumente für den Symptomkomplex von depressiven Männern nicht sensibel genug sind, sie erfassen eher die weibliche Symptomatik (z.B. Grübeln, Selbstvorwürfe). Dies führt dazu, dass depressive Frauen sich mittels häufig benutzter Selbstbeurteilungsskalen stärker beeinträchtigt darstellen als depressive Männer.[30]

Männer neigen dazu, ihre depressiven Symptome nicht wahrzunehmen, sie zu bagatellisieren oder gar zu verleugnen. Ursache sind wahrscheinlich gesellschaftliche und eigene Erwartungen. Als Kompensation können sich unspezifische Stressverarbeitungsmuster zeigen, die die Diagnose Depression erschweren. Manche Männer reagieren mit sozial erwünschten Gewohnheiten wie z.B. sich in die Arbeit zu stürzen und Überstunden zu machen oder verschleiern die Depression durch Alkohol- und anderen Suchtmittelmissbrauch. Auch Gewalthandlungen können depressive Symptome überlagern.

[29] Wolfersdorf M (2007) Männerdepression. Blickpunkt DER MANN 5, 2: 19–20

[30] Wolfersdorf M, Schulte-Wefers H, Straub R, Klotz T (2006) Männer-Depression: Ein vernachlässigtes Thema – ein therapeutisches Problem. In: Blickpunkt DER MANN 4, 2: 6–9

Weil Männer wie oben beschrieben ihre Symptome nicht ernst nehmen, sehen sie für sich auch seltener die Notwendigkeit, sich einem Arzt oder Therapeuten anzuvertrauen. In das Bild, das Männer von sich – und auch Frauen von Männern – haben, passt Ängstlichkeit, Depression und das Angewiesensein auf die Hilfe anderer nicht hinein.[31] In Vorsorgungsstudien wird immer wieder gezeigt, dass Ärzte, insbesondere Hausärzte, Patienten mit Depressionen in etwa 50 % der Fälle nicht erkennen.

„Männer leiden genauso häufig (oder sogar häufiger) unter Depressionen, die aber nicht erkannt werden. Das mag an der fehlenden Eigenbeobachtung und an den hohen Erwartungen des Umfelds liegen. Die im Beruf, im Verein und in der Familie erhobenen Forderungen lassen die Diagnose einer Depression nicht zu. Hinweisend ist jedoch die höhere Suizidrate bei Männern."

Prof. Lothar Weißbach, Stiftung Männergesundheit

Diese unterschiedlichen Aspekte zu Depressionen bei Männern verdeutlichen, wie wichtig neben der Verbesserung der Instrumente zur Diagnostik insbesondere die Aufklärung unter Betroffenen sowie auch unter Ärzten, aber auch innerhalb der Allgemeinbevölkerung ist.

Verhinderung, Frührerkennung und nachhaltige Behandlung von Depressionen ist nationales Gesundheitsziel

An dieser Stelle sei erwähnt, dass seit März 2006 ein Zielkonzept zur Verhinderung, Früherkennung und nachhaltigen Behandlung von Depressionen im Rahmen des nationalen Gesundheitszieleprozesses, in Anknüpfung an die Initiative der WHO, existiert.[32] Männer werden hier in den insgesamt sechs Aktionsfeldern wie z.B. Aufklärung, Diagnostik, Stärkung der Patienten etc. nicht explizit als Zielgruppe genannt und das obwohl psychische Erkrankungen auch bei Männern mittlerweile die häufigste Ursache bei Frühberentungen sind. 2006 nahmen sie mit rd. 28 % aller Neufälle eines Jahres den ersten Platz unter den Ursachen der Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit ein.[33]

Eine nationale Versorgungsleitlinie zur Diagnostik und Therapie depressiver Störungen gibt es – angekündigter Veröffentlichungstermin ist 2008 – zur Zeit noch nicht. Anzumerken ist, dass Vorveröffentlichungen bei ihren Empfehlungen keinen Unterschied zwischen Männern und Frauen machen.[34] Vor dem Hintergrund der bisherigen Ausführungen stellt sich jedoch die Frage, ob es geschlechtsspezifischer Elemente in der Diagnostik und Therapie von Depressionen bei Männern bedarf.

Und wie sieht unabhängig von den gesundheits- und versorgungspolitischen Zielstellungen die Praxis aus? Welche Erfahrungen machen Männer, die sich auf die Suche von medizinisch-therapeutischer Hilfe bei Depressionen machen? Was oder wer motiviert Männer, wegen depressiver Symptome die Beratung eines Arztes oder Therapeuten in Anspruch zu nehmen?

---

31 Wolfersdorf M, Schulte-Wefers H, Straub R, Klotz T (2006) Männer-Depression: Ein vernachlässigtes Thema – ein therapeutisches Problem. In: Blickpunkt DER MANN 4, 2: 6–9

32 http://www.gesundheitsziele.de/xpage/objects/depression/docs/1/files/Gesundheitsziele_Depression_BMG _01-03-06.pdf

33 Vgl. Bundesverband Medizintechnologie e.V. BVMed-Newsletter. Nr. 49/07 – 10. Dezember 2007

34 Härter M, Berejo I, Schneider F, Kratz S, Gaebel W, Hegerl U, Niebling W, Berger M (2003) Versorgungsleitlinien zur Diagnostik und Therapie depressiver Störungen in der hausärztlichen Praxis. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung, 97, Suppl. IV: 16–35

Bestehen unter Männern Vorbehalte, sich in ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung zu begeben und wenn sie in Behandlung sind, welche Erfahrungen machen sie ?

11,3 % der Männer sind oder waren bereits wegen einer Depression in Behandlung

In der DAK-Männestichprobe waren zum Zeitpunkt der Befragung 3,5 % der Männer aktuell in Behandlung und 7,8 % waren bereits in Behandlung. 86,4 % der insgesamt 113 Betroffenen gaben an, dass ihre Beschwerden ernst genommen und nicht bagatellisiert werden/wurden. Im Sinne eines „informed shared decision making", d.h. Arzt und Patient haben gemeinsam über die Behandlung entschieden, wurde bei 81,5 % der Männer, die wegen einer Depression in Behandlung sind oder waren, gehandelt.

Einbeziehung des Patienten

Lediglich 15,5% geben an, dass der Arzt bzw. Therapeut dem Patienten das Krankheitsbild und den Nutzen möglicher medikamentöser und Psychotherapien nicht erläutert hat sowie auch nicht gemeinsam mit ihm über die Behandlung entschieden hat. Hier ist kritisch anzumerken, ob in diesen Fällen das Gesundheitsziel der Einbeziehung des Patienten, welches bei der Behandlung depressiver Patienten für den Therapieerfolg von zentraler Bedeutung ist, überhaupt erreicht wurde.

68,8 % konnten sofort ein vertrauensvolles Verhältnis zum Arzt/ Therapeuten aufbauen. 52,4 % wurde sofort eine antidepressive Medikation verschrieben.

Bei 65 % dauerte die Kontaktaufnahme maximal 6 Monate

Etwaigen Berührungsängsten mit dem medizinischen und therapeutischen Versorgungssystem wurde auch in der DAK-Männerbefragung nachgegangen. Entgegen den Literaturbefunden zeigt sich bei der Mehrheit der Befragten, die aktuell oder zu einem früheren Zeitpunkt bereits wegen einer Depression in Behandlung waren, eine relativ kurze Zeitspanne bis es zur Konsultation eines Arztes oder Therapeuten gekommen ist: 45,2 % haben bis zu drei Monate und 19,6 % bis zu einem halben Jahr gewartet.

Rd. drei Viertel nahmen innerhalb eines Jahres Kontakt mit einem Arzt oder Therapeuten auf.

Nach dem Auftreten der Symptome haben sich rund drei Viertel (72,6 %) innerhalb eines Jahres an einen Arzt oder Therapeuten gewandt. Damit unterscheidet sich die DAK-Männerstichprobe überraschenderweise nicht von der DAK-Bevölkerungsstichprobe aus dem Jahre 2005. Auch hier betrug der Anteil der Befragten, bei denen zwischen dem Auftreten der Symptome und der Kontaktaufnahme eines Arztes maximal ein Jahr lag, 73,4 %. Da 2005 Männer und Frauen zusammen betrachtet wurden, wurde für die DAK-Männerstichprobe ein niedrigerer Wert erwartet. Zeichnet sich – angesichts dieses Befunds – eines Verbesserung des Hilfesuchverhaltens der Männer ab?

Beispielsweise 11,5 % der Männer haben insgesamt zwei Jahre gewartet, was den Wert von 2005 in Höhe von 7,5 % zwar übersteigt, jedoch lediglich jeder Zehnte (10,3 %) hat mehr als drei Jahre gewartet, was unter dem Wert von 2005 in Höhe von 14 % liegt.

Auch wenn scheinbar eine Verschiebung zu beobachten ist zwischen denjenigen, die mit der Kontaktaufnahme länger als drei Jahre gewartet haben, hin zu denjenigen, die nur ein bis zwei Jahre warteten, muss dieser Befund insbesondere in Bezug auf das Risiko einer Chronifizierung bei depressiven Störungen als problematisch bewertet werden.

Hemmschwellen sind in Bezug auf das Chronifizierungsrisiko problematisch

In diesem Zusammenhang ist auch – trotz der insgesamt sehr geringen Datenbasis – zu problematisieren, dass aus dem Kreis von insgesamt 28 Befragten (rd. 3 % aller Befragten), bei denen mittels des WHO-5-Well-Being-Index (WHO-5), einem aus nur fünf Fragen bestehendem Screening-Verfahren für den hausärztlichen Gebrauch, eine depressive Verstimmung zugeordnet werden kann, nur 20 bzw. 71,4 % zum Zeitpunkt der Befragung bzw. noch nie sich in ärztlicher Behandlung befanden.

Wenn Hilfe und Unterstützung gesucht wurde, dann erweist sich die Eigeninitiative als stärkster „Motivator". Rd. 57 % geben an, aus Eigeninitiative einen Arzt oder Therapeuten aufgesucht zu haben. Dieser hohe Wert unterstreicht zugleich, dass die Bedeutung von Autonomie und Einflussmöglichkeiten bei männlichen Patienten von zentraler Bedeutung ist. Werden diese Aspekte berücksichtigt, kann dies die Akzeptanz und den Zugang zu Hilfe- und Unterstützungsangeboten auf Seiten der männlichen Patienten verbessern.

Eigeninitiative als stärkster „Motivator" männlichen Hilfesuchverhaltens

Lediglich 15,7 % sprechen dem Partner/der Partnerin eine wesentlich motivierende Rolle zu, die mit dem Alter des Befragten an Beutung gewinnt. Verwandte/Familienangehörige, Arbeitskollegen und Freunde spielen aufgrund von Nennungen in Höhe von nur 8,4 %, 3,5 % bzw. 2,3 % als Motivatoren eine untergeordnete Rolle.

„Bei der üblichen Depressionsdiagnostik sollten männertypische Stresssymptome berücksichtigt werden. Dies verbessert die Diagnostik von Depression bei Männern und ist ein wesentlicher Schritt zur Reduktion männlicher Suizidalität."

PD Dr. Anne Maria Möller-Leimkühler, Ludwig-Maximilians-Universität München

Sollten spezielle Anstrengungen unternommen werden, um Depressionen bei Männern zu identifizieren?

Der Frage nach erforderlichen geschlechtsspezifischen Elementen zur Verbesserung der Identifikation depressiver Männer und zur Steigerung der Inanspruchnahme von Hilfe- und Unterstützungsangeboten ist die DAK im Rahmen der Expertenbefragung nachgegangen.

Die Expertenbefragung hat mehrheitlich ergeben, dass spezielle Anstrengungen zur Identifikation depressiver Männer unternommen werden sollten. Neben der Verbesserung der Instrumente zur Diagnostik durch Berücksichtigung männertypischer Stresssymptome sprechen sich die Experten mehrheitlich für eine Verbesserung der Kompetenzen im Rahmen der hausärztlichen Versorgung sowie auch der betriebsmedizinischen Betreuung aus.

Problembewusstsein für das Phänomen „Männerdepression“ schärfen

Aus Sicht der Experten ist insbesondere auf Seiten der Hausärzte sowie auch der Betriebsärzte das Problembewusstsein für das Phänomen „Männerdepression“ zu schärfen. In der primärärztlichen Versorgung sollten einfach zu handhabende Selbstbeurteilungsinstrumente regelmäßig eingesetzt werden. Zudem sollten Männer im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen gezielt angesprochen werden. Einige Experten führten in diesem Zusammenhang auch den bereits genannten „Männerarzt“ an.

Einführung eines Routinescreenings?

In Ergänzung zur hausärztlichen Versorgung ließe sich aus Sicht einiger Experten im Rahmen der betriebsmedizinischen Betreuung ein Routinescreening in Bezug auf die Früherkennung depressiver Verstimmungen bei Männern gut realisieren.

„Selbstmanagement ist wichtiger als Versorgung. Anleiten von Männern zum Krankheitsselbstmanagement entspricht wohl eher dem männlichen Selbstbild.“

Dr. Anke Bramesfeld, Forschungsnetz psychische Gesundheit und Universitätsklinikum Leipzig

Wie bzw. wodurch könnte bei depressiven Männern die Bereitschaft Hilfe anzunehmen gesteigert werden?

Wesentliche Ansatzpunkte zur Verbesserung des Hilfesuchverhaltens bei depressiven Männern sehen die Experten in einem Bewusstseinswandel der Gesellschaft, einerseits initiiert durch Aufklärungsprogramme in den Medien und die Einbeziehung prominenter Männer sowie durch die Hinterfragung und Auflösung tradierter Männlichkeitsbilder.

„Ich bin der Überzeugung, dass in der Psychotherapie ein spezifischer Zugang notwendig ist, weil Männer ihre Probleme externalisieren, anstatt innerpsychisch zu beobachten. Das führt dazu, dass Ihnen der Zugang zur Psychotherapie erschwert bzw. behindert ist. Aufgabe einer Psychotherapie bei Männern ist zunächst die Voraussetzung, d.h. Motivation, herzustellen.“

Dr. Wolfgang Neumann, niedergelassener Psychologischer Psychotherapeut

Neben der Erhöhung der medialen Aufmerksamkeit unterstreichen die Experten mehrheitlich die Bedeutung von Männergesundheitstagen für öffentliche Vorträge zum Thema, Depressionsforen für Männer im Internet sowie die bereits genannten Männersprechstunden, um bei depressiven Männer die Krankheitseinsicht und Behandlungsbereitschaft zu fördern.

Ziel derartiger Maßnahmen sollte die Ent-Stigmatisierung der Depression unter Männern sein. Umdeutungen von Depressionen in „Mangel an Erlebnisfähigkeit bzw. -tiefe“ oder die „Biologisierung der Depression“ in körperliche Erschöpfungsdepression – „wer erschöpft ist, hat geleistet“ – sind weitere Vorschläge der Experten zur Aufwertung von Depressionen bei Männern und zur Steigerung der Inanspruchnahme von Hilfe.

Neben der Umdeutung des Depressionsbegriffs sollte das Hilfesystem männlichen Geschlechtsrollenorientierungen Rechnung tragen. So sollte auch der Akt des Hilfesuchens umgedeutet werden in einen Akt der Stärke: „Ein Mann entscheidet sich aktiv für eine professionelle Problemlösung“. Diese zielgerichtete Handlung darf nicht länger als unmännlich gewertet werden.

3.5 Perspektiven der Männergesundheit: Bedarf es männerspezifischer Gesundheitsinformationen sowie Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote?

Die Hauptverursacher verlorener Lebensjahre bei Männern sind bekannt und die meisten Risikofaktoren wie z.B. Bewegungsmangel, Fehlernährung, schädlicher Alkoholkonsum etc. sind den Handlungsfeldern Prävention und Gesundheitsförderung zugänglich. Zudem sind sie durch bewusste Lebensstilveränderungen vermeidbar.

Der Prävention von männertypischen Erkrankungen wie z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen kommt mit Blick auf den steigenden Anteil älter Menschen und der damit verbundenen höheren Zahl älterer Männer in der Bevölkerung – der Anteil der über 60-jährigen Männer wird Prognosen zur Folge von heute 22 % auf gut 35 % im Jahr 2030 ansteigen – zudem eine zentrale Bedeutung zu.

Mit dem wachsenden Anteil der Männer an der älteren Bevölkerung wird erwartet, dass Erkrankungen, die vor allem gehäuft im Alter auftreten, wie z.B. Prostatakarzinom, Osteoporose, Schlaganfälle, Demenz und Depressionen, eine enorme Morbidisierung der männlichen Bevölkerung bedeuten. In Bezug auf Osteoporose, eine bisher nicht als männertypisch geltende Erkrankung, wird beispielsweise angenommen, dass bereits bis 2010 die osteoporosebedingten Morbiditätsraten der Männer, die der Frauen übertreffen werden.[35]

Die Verantwortung für ihre Gesundheit liegt bei den Männern zunächst einmal selbst: Nicht zu rauchen, weniger Alkohol, mehr Bewegung, ausgewogene Ernährung sind bekannte Rezepte für einen gesundheitsbewussteren Lebensstil. Um die Krankheitslast bzw. Erkrankungsrisiken bei Männern zu senken, stehen daher Maßnahmen zur Sensibilisierung und Unterstützung im Fokus der folgenden Ausführungen:

Inwieweit berücksichtigen die Bereiche Information, Prävention und Gesundheitsförderung die unterschiedlichen Interessen von Männern bzw. erreichen bestehende Angebote die Zielgruppe „Männer“?

„Zum Erhalt und Förderung ihrer Gesundheit sollten Männer ihre Dialogfähigkeit entwickeln, frühzeitig zum Arzt gehen und Männerfreundschaften pflegen.“

Dr. Wolfgang Neumann, niedergelassener Psychologischer Psychotherapeut

„Prostatakrebs sollte in der Öffentlichkeit eine sozial akzeptierte Krankheit werden und aus der Tabu-Zone herauskommen. Prostatakrebs scheint infolge des zunehmenden Lebensalters der Bevölkerung ein soziales Problem zu werden. Hier muss Angst und übermäßige Sorge durch Offenheit und sachliche Information abgebaut werden.“

Christian Ligensa, Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e.V.

[35] Stiftung Männergesundheit: www.stiftung-maennergesundheit.de/stiftung_fakten.php (2.1.07)

Spezifische Gesundheitsinformationen für Männer

Die Vermittlung von Informationen ist seitens der Experten einer der wichtigsten Schritte, Männern Risiken und Gesundheitsprobleme bewusst zu machen. Im Zentrum des Bedarfs an Gesundheitsinformationen stehen nach mehrheitlicher Einschätzung der Experten Informationen zu kardiovaskulären Erkrankungen, Krebs, Alkoholismus und Depression. Nur wer informiert über die ihm zur Verfügung stehenden Angebote ist, kann diese auch annehmen. Auch sollte, wie bereits genannt, über Information die Reflexion der Männerrolle und die Einstellung von Männern zu gesundheitlichen Fragestellungen beeinflusst werden.

„Sowohl die Aufklärung über Gesundheitsgefahren, Gesundheitsförderung als auch über Erkrankungen muss männerspezifisch angepasst werden. Die männerspezifische Gesundheitskommunikation muss erst noch entwickelt werden. Diese muss innerhalb der Lebenswelten von Männern ansetzen. Deshalb halte ich Gesundheitstage für kein Angebot, mit dem man viele Männer erreichen kann, sondern eben nur die bereits gesundheitsbewussten Männer."

Thomas Altgeld, Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.

Auch an dieser Stelle muss erneut festgestellt werden, dass es bislang wenig Erkenntnisse darüber gibt, welche Form der Informationsvermittlung sich bezogen auf die Zielgruppe Männer und Nachhaltigkeit besonders eignet. Trends wie der boomende Zeitschriftenmarkt zeigen, dass es den „neuen, gesundheitsbewussten Mann" gibt. Was spricht hingegen weniger gesundheitsbewusste Männer an?

Merkmale männergerechter Gesundheitsinformationen sind nach Analyse des kommerziellen Zeitschriftenmarktes von Altgeld (2004)[36]

- Vermittlung einer einfachen technischen Lösbarkeit möglicher Gesundheitsprobleme
- Ausblendung komplexerer, insbesondere psychischer Ursachen
- Bagatellisierung von Erkrankungsverläufen und -wahrscheinlichkeiten
- Überdeutliche Neigung zu Anglizismen, um Modernität und Machbarkeit der vermittelten Inhalte zu unterstreichen.

„Internetforen sind ganz gut, Gesundheitstage werden nur von Rentnern besucht. Der normale Mann im mittleren Alter wird sich dafür nicht interessieren. Zeitschriften wie der Spiegel, Focus, Stern oder Capital usw. wären gut geeignet, wenn sie immer wieder das Thema behandeln würden. Dort können sich Männer ohne Gesichtsverlust informieren. Wichtig sind auch gute Vorbilder, die die Wege vorzeigen."

Prof. Anna Schoch, München

Aus Expertensicht kommen neben Printmedien (besonders Zeitschriften) als Informationsmedien Vorträge (z. B. bei Selbsthilfegruppen), entsprechende Fernsehsendungen und Bücher in Frage. Ergänzt werden sollten diese Medien durch Kampagnen (Flyer, Broschüren, Plakate). Tagungen, Kongresse, Patientennachmittage, Schulungen in Gruppen, Einzelsprechstunde beim Arzt runden die geeigneten Informationsmedien ab. Hoch im Kurs als wichtiges männerspezifisches Medium für Gesundheitsinformationen steht nach Einschätzung der Experten das Internet.

[36] Altgeld T (2004) Jenseits von Anti-Aging und Work-out? Wo kann Gesundheitsförderung bei Jungen und Männern ansetzen und wie kann sie funktionieren? In Altgeld T (Hrsg.). Männergesundheit. Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention. Weinheim und München: Juventa: 265-288

Geeignet scheinen auch Informationen, die nicht mit Gesundheitsinformationen betitelt sind, wo also die Informationen über Gesundheit sich hinter einem anderen Thema verstecken. Männer des öffentlichen Lebens und Sportler sollten zudem als Vorbilder gewonnen werden, um spezifische Gesundheitsbedürfnisse zu fördern. In diesem Zusammenhang heben einige Experten hervor, dass es wichtig sei, nicht die klassischen Stereotype zu bedienen, sondern vielfältige „Männlichkeiten“, die zur Reflexion über die eigene Rolle anregen.

Wichtiges Leitmotiv männerspezifischer Gesundheitsinformation sollte dabei sein, Männer in sogenannten männerspezifischen Lebenswelten anzusprechen (z.B. Betrieb, Bau- und Elektronikmärkte, Sportstätten, TÜV, Fußballvereine, Kneipen, Fitnessclubs, Bundeswehr, Selbsthilfegruppen).

Männerspezifische Lebenswelten als Informationsforen nutzen

„Männer benötigen spezifische Gesundheitsinformationen. Auf den Gesundheitstagen besteht leider eine hohe Selektion. Deshalb sollten Männer dort angesprochen werden, wo sie einen großen Teil ihrer Zeit verbringen: Betriebe, Vereine, Bundeswehr.“

Prof. Lothar Weißbach, Stiftung Männergesundheit

Mit Männergesundheitstagen können bestimmte Zielgruppen unter den Männern erreicht werden: Besonders ältere und gesundheitsbewusste Männer werden angesprochen. Über die Nachhaltigkeit von Gesundheitstagen in Bezug auf eine positive Beeinflussung männlichen Gesundheitsverhaltens wird hingegen nicht nur im Feld der Männergesundheit debattiert. Andere „Großmaßnahmen“ wie Fahrradtouren durch Deutschland halten manche Experten für erfolgversprechender.

Auch Frauen sollten aus Sicht einiger Experten als wichtigster „Gesundheitscoach“ von Männern angesprochen werden. Wie sieht nun die Praxis aus? Im Rahmen der DAK-Männerstichprobe wurde der Frage nachgegangen, auf welchem Wege sich die Männer, abgesehen von Arztbesuchen, in den letzten 24 Monaten vorrangig über Gesundheitsthemen informiert haben (Abbildung 40).

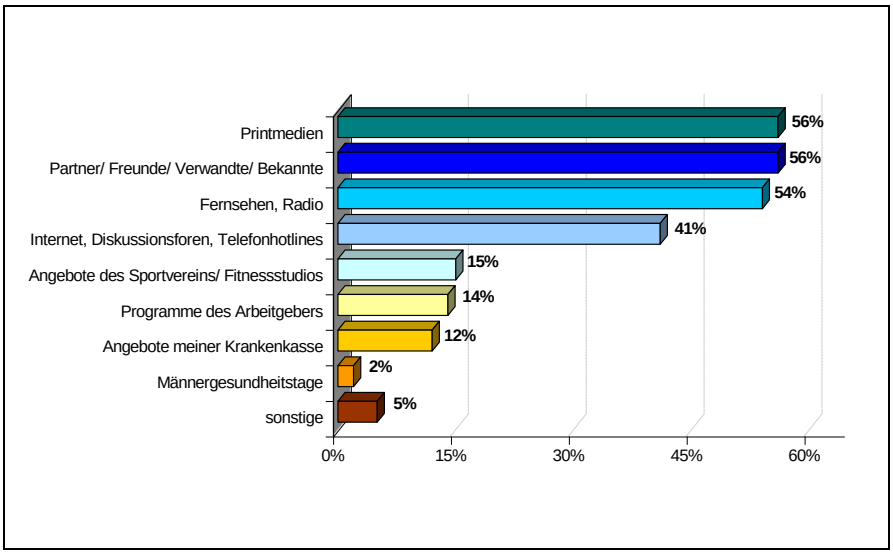


Abbildung 40:

Auf welchem Wege haben Sie sich, abgesehen vom Arztbesuch in den letzen 24 Monaten über Gesundheitsthemen informiert?

(Mehrfachnennungen)

Quelle: DAK Bevölkerungsbefragung 2007

Printmedien sind häufigste Informationsquelle sowie auch ...

...das soziale Umfeld.

Über Gesundheitsthemen haben sich die Befragten vorrangig über Printmedien wie Tageszeitschriften und Zeitschriften sowie auch Hand- und Gesundheitsbücher informiert. Genauso häufig wie Printmedien werden Gespräche mit Partnern, Freunden, Verwandten und Bekannten als Informationsquelle genannt, gefolgt von Radio und Fernsehen. Sonach unterstreicht die DAK-Männerstichprobe, wonach das soziale Umfeld der Männer für gesundheitsbezogene Informationen von hoher Bedeutung ist.

Bereits mit einem gewissen Abstand zum Platz 3 werden an vierter Stelle deutlich seltener Informationsquellen wie Internet, Foren und Telefonhotlines genannt. Nimmt der Anteil der Männer, die sich vorrangig über Radio und Fernsehen informieren, im Altersverlauf zu, zeigt sich, wie erwartet, eine gegenläufige Entwicklung bei der Quelle Internet etc. In der Gruppe der über 60-Jährigen geben 32 % der Befragten dies an, in der Gruppe der 30- bis 39-Jährigen sind es hingegen 51 %.

Angebote des Sportvereins, Arbeitgebers und der Krankenkassen werden nachrangig genutzt

Über Angebote des Sportvereins bzw. des Fitnessstudios und des Arbeitgebers haben sich mit 15 % bzw. 14 % etwas mehr Männer in den letzten zwei Jahren informiert als über Angebote der Krankenkasse (12 %). Alle genannten Akteure könnten jedoch, teils in Kooperation, einen Beitrag zur Verbesserung des Informationsverhalten von Männern leisten.

Weit abgeschlagen im Vergleich zu diesen „etablierten“ Angeboten liegt das noch relativ „neue“ Angebot an speziell ausgerichteten Männergesundheitstagen. Lediglich 2 % der Männer haben diese bereits für ihre Zwecke genutzt.

Die geringe Nutzung der Informationen von Krankenkassenangeboten und damit der noch ausbaufähige Zugang der Männer zu diesen spiegelt sich auch in den jährlichen Präventionsberichten wider. Männer sind bei primärpräventiven Angeboten in Bezug auf Bewegung, Ernährungsverhalten, Stressvermeidung sowie Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln im Vergleich zu Frauen größtenteils deutlich unterrepräsentiert: Im Jahr 2006 waren nur 22 % der Teilnehmer von Programmen der gesetzlichen Krankenkassen Männer (Abbildung 41). Im Vergleich zum Vorjahr ist der Männeranteil von 20,4% auf 22 % gestiegen.

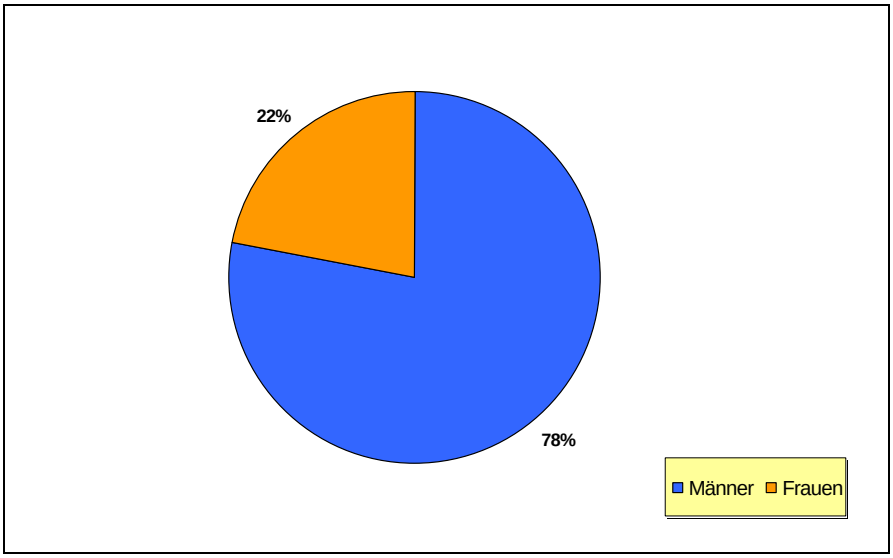


Abbildung 41

Inanspruchnahme primärpräventiver Angebote der GKV insgesamt in 2006 differenziert Geschlecht

Quelle: MDS 2008

Am ehesten werden von Männern wie auch von Frauen Bewegungsprogramme angenommen. Vergleicht man die geschlechtsspezifische Teilnahme nach Handlungsfeldern, so überrascht es nicht, dass die Männer auch in drei von vier Feldern deutlich unterrepräsentiert sind (vgl. Abbildung 42). Lediglich in den suchtbezogenen Programmen nehmen annähernd so viele Männer wie Frauen teil.

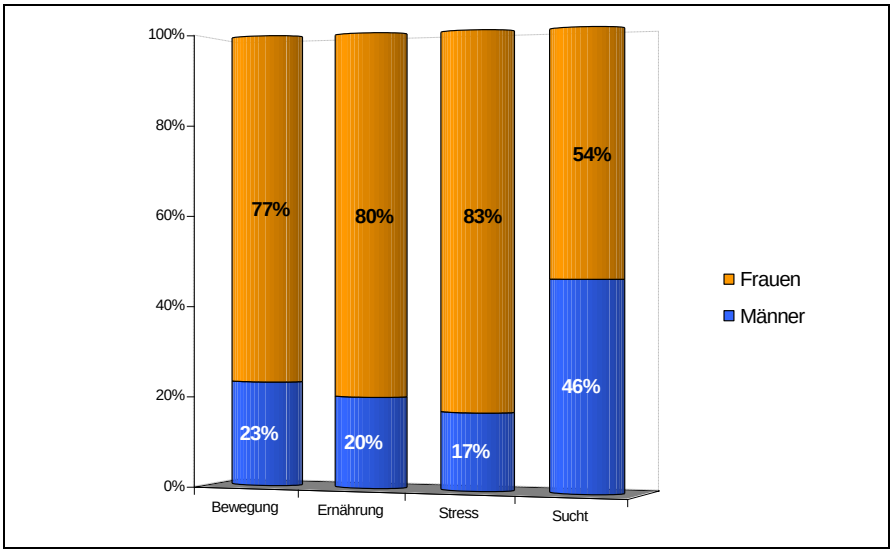


Abbildung 42:

Inanspruchnahmequote primärpräventiver Angebote der GKV in 2006 differenziert nach Handlungsfeldern und Geschlecht

Quelle: MDS 2008

„Alle Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote sollten gegendert werden, um die Effektivität für beide Geschlechter zu erhöhen."

Thomas Altgeld, Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.

Woran liegt es, dass bei den bestehenden Angeboten Männer unterrepräsentiert sind? Entspricht die Teilnahme nicht ihrem Rollenverständnis? Muss sich ein gesundheitliches Risiko wie z.B. Übergewicht, Bewegungsmangel etc. erst manifestieren oder sind die Angebote, beispielsweise in Bezug auf Zeitpunkt, Ort, Zusammensetzung und Inhalte etc. männerunfreundlich gestaltet? Haben die Krankenkassen Männer als spezifische Zielgruppe von Präventions- und betrieblichen Gesundheitsförderungsangeboten und damit die Potentiale zur Minimierung männerspezifischer Erkrankungsrisiken von Männern bereits entdeckt?

Eine seitens der Experten häufig ausgesprochene Empfehlung an die Krankenkassen ist die der Verbesserung der Angebote an sich sowie eine Männer ansprechende Werbung für die Angebote. Die Erhöhung der Attraktivität der Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote für Männer sollte insbesondere durch die Definition von männlichen Subgruppen anvisiert werden. Männer stellen keine homogene Gruppe dar.

Dabei wird insbesondere der Organisation von Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten in der Arbeitswelt – als besonders männernahe Lebenswelt – seitens der Experten eine große Bedeutung zugemessen.

Vor dem Hintergrund unterschiedlicher Berufs- und Tätigkeitsfelder ist die Arbeitswelt einer der Orte, an dem Unterschiede innerhalb der Gruppe der Männer sichtbar werden. Die unterschiedlichen Konstellationen von Lebensbedingungen sowie arbeitsplatzbezogenen gesundheitsbelastenden und -fördernden Faktoren auf Seiten der Männer gilt es beispielsweise im Rahmen einer geschlechtersensiblen betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung stärker zu berücksichtigen:

3.6 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Das Thema „Männer und Gesundheit" wurde in dem DAK-Gesundheitsreport 2008 unter den Gesichtspunkten männerspezifischer Gesundheitsrisiken, -potentiale, Ansätze im Versorgungssystem sowie in Bezug auf Prävention und Gesundheitsförderung diskutiert. Die in diesem Zusammenhang vorgenommen Analysen bestätigen, dass Krankheits- und Todesursachen geschlechtsspezifisch ausgeprägt sind. Auch berichten Männer seltener über gesundheitliche Beschwerden und sind im Vergleich zu Frauen im Durchschnitt seltener arbeitsunfähig erkrankt.

Trotz des niedrigen Krankenstands von Männern haben vertiefte Analysen des vorliegenden DAK-Gesundheitsreports 2008 eine Reihe von Erkenntnissen zu konkreten männerspezifischen Gesundheitsrisiken in der Arbeitswelt geliefert:

Männertypische Krankenstände in insgesamt vier Wirtschaftsgruppen

- Auffällig hohe Krankenstände weisen die männlichen Versicherten in den Branchen „Baugewerbe“, „sonstiges verarbeitendes Gewerbe“ sowie „Verkehr und Nachrichtenübermittlung“ auf. Ihr Krankenstand liegt hier nicht nur deutlich über dem DAK-Durchschnitt aller Männer in Höhe von 3,0 %, sondern auch über dem Durchschnitt aller weiblichen DAK-Versicherten (3,3 %).
- In der Branche „Maschinen-, Anlagen- und Fahrzeugbau“ entspricht der Krankenstand zwar genau dem Durchschnitt aller DAK-Männer, jedoch auch hier liegt der Krankenstand der Männer noch deutlich über dem der weiblichen Kolleginnen (2,7 %).

Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung

In den genannten Wirtschaftsgruppen könnten die männlichen Versicherten von Ansätzen zur Prävention und betrieblichen Gesundheitsförderungen besonders gut profitieren, da sie in diesen Bereichen häufiger an Plätzen mit hohen körperlichen und Umgebungsbelastungen sowie auch Unfallgefahren arbeiten.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind männertypisch

Die für die Arbeitsunfähigkeit von Männern typischen Krankheiten und damit das männerspezifische Präventionspotential wurde auf der Ebene von Einzeldiagnosen differenziert untersucht. Das männerspezifische AU-Geschehen wird vorrangig durch „Erkrankungen des Kreislaufsystems“ bestimmt:

Typische AU-Diagnosen von Männern

- Ingesamt 18 männertypische AU-Diagnosen konnten für das Jahr 2007 identifiziert werden. Die größten Unterschiede zwischen Männern und Frauen in Bezug auf die Summe der AU-Tage pro 100 Versicherte zeigen sich bei den Diagnosen Leistenbruch (8,8 vs. 1,2 AU-Tage), akuter Myokardinfarkt (6,5 vs. 1,2 AU-Tage), chronisch ischämische Herzkrankheit (6,0 vs. 1,2 AU-Tage), offene Wunden der Hand bzw. des Handgelenkes (5,2 vs. 1,5 AU-Tage) sowie Angina pectoris (5,4 vs. 1,6 AU-Tage).

In Ergänzung zu den AU-Daten konnten zudem 23 männertypische Krankenhausdiagnosen ermittelt werden:

Typische KH-Diagnosen von Männern

- Auch hier zeigt sich die größte Differenz bei den Krankhaustagen pro 1.000 ganzjährig versicherte Männer und Frauen bezüglich der Diagnose Leistenbruch (10,2 vs. 1,1 KH-Tage) gefolgt von chronisch ischämischer Herzkrankheit (7,7 vs. 0,9 KH-Tage), dem akuten Myokardinfarkt (11,6 vs. 1,7 KH-Tage), Schlafstörungen (6,4 vs. 1,2 KH-Tage) sowie der Angina pectoris (9,3 vs. 2,4 KH-Tage).

Zur Begründung der höheren Betroffenheit der Männer in Bezug auf die genannten AU- und KH-Diagnosen lassen sich neben den bereits genannten arbeitswelt- auch verhaltensbezogene Faktoren anführen:

- Männer verhalten sich in Bezug auf ihre Gesundheit deutlich riskanter als Frauen.

AU-Volumen gegenüber 2000 rückläufig,

jedoch Anstieg der Fehltage aufgrund psychischer Erkrankungen

Hervorzuheben ist, dass das gesamte AU-Volumen im direkten Vergleich der Jahre 2000 und 2007 – trotz des leichten Anstiegs in 2007 gegenüber 2006 – rückläufig ist. Einem Rückgang in Höhe von 10 % steht bei den Männern ein Anstieg der Fehltage aufgrund psychischer Erkrankungen von 18,4 % gegenüber (Frauen: 26,8 %). Dominierten 2000 bei den Männern sowie auch Frauen noch die neurotischen Störungen, haben in 2007 bei den Männern die affektiven Störungen als wichtigste Diagnosegruppe deutlich aufgeholt.

Wichtigste Einzeldiagnosen dieser Gruppe sind sowohl bei Männern als auch Frauen die depressiven Episoden. Dass diese bei Männern im Vergleich zu den Frauen im Auftreten seltener sind (2007: 27,0 vs. 48,8 AU-Tage), ist hinlänglich bekannt. Die Interpretation dieses Ergebnisses sollte jedoch im Zusammenhang mit Erkenntnissen zur Diagnostik und Versorgungssituation von an Depressionen erkrankten Männer erfolgen:

Depressionen bei Männern

- Männer haben teils andere Depressionssymptome als Frauen, kompensieren ihre Depressionen anders als Frauen sowie sie sich auch in ihrem Verhalten, medizinische und therapeutische Hilfe zu suchen, unterscheiden.

Es ist davon auszugehen – auch aus Sicht der befragten Experten – dass psychische Störungen wie Depressionen bei Männern häufiger auftreten, als Statistiken wie z.B. die AU-Daten zeigen. Daher sind nach Einschätzung der Experten spezielle geschlechtsspezifische Anstrengungen zur Identifikation an Depressionen erkrankter Männer erforderlich. Insbesondere auf Seiten der Hausärzte sowie auch Betriebsärzte ist das Problembewusstsein für das Phänomen „Männerdepression“ zu schärfen.

Das Hilfesuchverhalten von Männern korrespondiert auch mit einem im Vergleich zu den Frauen anderem Gesundheitsverhalten:

Männliches Gesundheitsverhalten

- Männer bemerken Krankheitszeichen später oder negieren diese, gehen seltener zum Arzt und nehmen weniger an Vorsorgeuntersuchungen teil.

Dieses Verhalten wird in der Männergesundheitsforschung häufig mit traditionellen Männlichkeitsidealen wie Leistungsorientierung und Verneinung von Schwäche begründet und trägt sicherlich auch dazu bei, dass der durchschnittliche Krankenstand der Männer im Vergleich zu den Frauen niedriger ist.

Zielstellungen der Männergesundheits-forschung

Eine möglichst frühe Wahrnehmung von Krankheitszeichen sowie eine regelmäßige Inanspruchnahme des medizinischen Versorgungssystems seitens der Männer ist aus der Perspektive der Männergesundheit wünschenswert. Der Männergesundheitsforschung sollte es daher auch darum gehen, die konkreten gesundheitsrelevanten Einstellungen und Verhaltensweisen bei Männern sowie deren Bedürfnisse zu ermitteln.

Die Ergebnisse können bei der Weiterentwicklung der gesundheitlichen Versorgung helfen.

Repräsentative Bevölkerungsumfrage bei Männern

Vor diesem Hintergrund nun einige Ergebnisse der DAK-Männerstichprobe, einer repräsentativen Befragung von mehr als 1.000 Männern im Alter von 30 bis 65 Jahren im Herbst 2007:

Männer haben durchaus differenzierte Gesundheitsvorstellungen

- Die Ergebnissen zeigen, dass Männergesundheit nicht allein eine Frage der geistigen und körperlichen Gesundheit, sondern vielmehr ein mehrdimensionaler Prozess ist, der auch Energie und Lebensfreude, Familie/Kinder sowie Partnerschaft/Sexualität umfasst. Für 87 % der Männer ist die geistige Leistungsfähigkeit der wichtigste Aspekt für das eigene Wohlbefinden. Von allen abgefragten Dimensionen messen die Männer dem Beruf bzw. beruflichem Erfolg die geringste Bedeutung zu.

Vorstellung einer selbstverantworteten Gesundheit weit verbreitet

- Die DAK-Männerstichprobe kennzeichnet die weit ausgeprägte Vorstellung einer selbstverantworteten Gesundheit. Lediglich 5 % der befragten Männer sind der Meinung, dass sie zum Erhalt ihrer Gesundheit wenig tun können und gehen in ihrer Freizeit keinerlei Aktivitäten nach, die sich steigernd auf ihr körperliches und seelisches Wohlbefinden auswirken.

Beurteilung des Gesundheitsverhaltens

- Das differenzierte Gesundheitsverständnis der Männer mündet auch in eine differenzierte Beurteilung ihres Gesundheitsverhaltens. Auch zeigt sich, dass im Altersverlauf, wohl aufgrund eines zunehmendem Risikobewusstseins, der Gesundheit mehr Bedeutung beigemessen wird. Überraschend ist dabei, dass Work-Life-Balance, d.h. auf ein gesundes Gleichgewicht zwischen Arbeit und Privatleben zu achten, in allen Altersgruppen im Trend liegt. Die Mehrheit der Männer betreibt dabei aktiv Sport zur Steigerung des körperlichen und seelischen Wohlbefindens.

Informationsverhalten ist verbesserungsbedürftig

- Verbesserungspotentiale bestehen in Bezug auf das Informationsverhalten. Nur rd. 39 % aller Männer informieren sich regelmäßig über Möglichkeiten gesund zu leben: Häufigste Informationsquellen sind mit jeweils 56 % der Nennungen Printmedien wie Tageszeitungen und Zeitschriften sowie auch das soziale Umfeld (Partner, Freunde etc.). Angebote der Krankenkassen rangieren bei den Männern mit 12 % an Nennungen hinter Angeboten des Arbeitgebers (14 %) oder Angeboten des Sportvereins/Fitnessstudios (15 %).

Vorsorgeuntersuchungen sind mehrheitlich bekannt, jedoch nur etwa jeder 4. Mann nimmt regelmäßig teil

- 81 % der befragten Männer kennen den zweijährlichen Check-up-35 und 92 % die jährliche Krebsvorsorgeuntersuchung. Jedoch hat nur etwas mehr als die Hälfte der Männer, die diese Vorsorgeuntersuchungen kennen, bereits auch an diesen teilgenommen. Regelmäßig, d.h. turnusmäßig, haben jeweils nur etwa ein Viertel der Männer teilgenommen.

Bedarf es einer männlicheren Versorgung?

Um die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen durch Männer im Bedarfsfall sowie auch deren Vorsorgementalität zu steigern, wurde im DAK-Gesundheitsreport der Frage nach dem Bedarf einer männlicheren Versorgung nachgegangen. Die DAK-Männerstichprobe ergab folgende Auffälligkeiten:

- Beispielsweise im Fall von Beschwerden im Urogenitalbereich ist für die Mehrheit der Männer bei Kontakt eines Arztes, dessen/ihre hohe fachliche Kompetenz am wichtigsten (91 %).

Bedarf gleichgeschlechtlicher Behandlung

- Für 20 % der Männer ist zudem wichtig, dass es eine Sprechstunde speziell für Männer gibt. Und für 16 % der Männer ist eine Behandlung von Mann zu Mann sehr wichtig.

Bedarf es neuer Konzepte zur Verbesserung der Männergesundheit?

Männerärzte, Männersprechstunde und Zentren für Männergesundheit sind weitere Schlagworte in der aktuellen Diskussion zur Verbesserung der gesundheitlichen Vorsorge und Versorgung von Männern. Entsprechen diese Angebote einem männerspezifischen Bedarf? Die Befragung der Experten ergab folgendes Bild:

- Die Mehrheit spricht sich für einen interdisziplinären Zugang zum Spektrum Männergesundheit aus. Als relevante Disziplinen wurden neben Urologen und Andrologen die Internisten, Psychologen, Kardiologen, Sportärzte, Orthopäden, Sexual- und Ernährungsberater genannt. Eine besonders wichtige Rolle nimmt nach Einschätzung einiger Experten der Hausarzt ein.

- Durchaus kritisch betrachten die Experten so genannte „Männerärzte“, insbesondere in Bezug auf das Angebot individueller Gesundheitsleistungen, für das das Feld der Männergesundheit prädisponiert ist.

- Es wird ein größerer Bedarf an interdisziplinären Männersprechstunden gesehen. Zum einen auch, weil der hier ganzheitliche Zugang gegenüber männlichen Patienten eine differenzierte Befindlichkeitserhebung sowie umfassende Diagnostik, z.B. auch im Hinblick auf Depressionen, erlaubt. Zum anderen weil erwartet wird, dass die Männersprechstunde als ergebnisoffenes Patientengespräch zu einem informierten Gesundheitshandeln führt, beispielsweise im Sinne einer zielgerichteten Vorsorge.

- Grundsätzlich sprechen sich die Experten dafür aus, den Bedarf an männerspezifischen Versorgungsangeboten zu erforschen sowie den Nutzen bestehender männerspezifischer Angebote zu evaluieren.

Entgegen dem aktuellen Trend zu männerspezifischen Angeboten sehen einige der Experten den Bedarf an männerspezifischer Versorgung bereits ausreichend abgebildet durch vorhandene Fach- und Hausärzte. Aus Sicht der Experten sollte die Inanspruchnahme des Systems einerseits durch eine Veränderung der Angebote und andererseits durch Informationen verbessert werden.

Zusammenfassung der Analysen der AU- und KH-Daten für das Bundesland Sachsen-Anhalt

Auch die Männer in Sachsen-Anhalt weisen im Vergleich zu den Frauen einen niedrigeren Krankenstand auf (3,6 % zu 4,1 %), jedoch auffällig hohe Krankenstände weisen die Männer im „Baugewerbe“ (4,3 %), im "Maschinen-, Anlagen- und Fahrzeugbau" (4,1 %) sowie im "sonstigen verarbeitenden Gewerbe" auf. Maßgeblichen Anteil am höheren Krankenstand der Männer in Sachsen-Anhalt im Vergleich zum Bund haben Fehltage aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen mit insgesamt 84 mehr Fehltage pro 100 Versicherte.

Typische AU-Einzeldiagnosen von Männern in Sachsen-Anhalt

Insgesamt 21 und damit drei Diagnosen mehr als auf Bundesebenen konnten für das Jahr 2007 als männertypische Arbeitsunfähigkeiten identifiziert werden In Sachsen-Anhalt wird das männerspezifische AU-Geschehen vorrangig durch Erkrankungen aus dem Bereich Verletzungen und Vergiftungen bestimmt. Herz-Kreislauferkrankungen sind in Sachsen-Anhalt jedoch weniger ein männertypisches Phänomen.

Die größten Unterschiede zwischen Männern und Frauen in Bezug auf die Summe der AU-Tage pro 100 Versicherte zeigen sich bei den Diagnosen

- Leistenbruch (12,0 vs. 1,1 AU-Tage),
- offene Wunden der Hand bzw. des Handgelenkes (11,2 vs. 1,8 AU-Tage),
- Fraktur der Rippen, des Sternums (5,6 vs. 0,9 AU-Tage),
- Krankheiten des Weichteilgewebes im Zusammenhang mit Belastungen (5,3 vs. 1,1 AU-Tage) sowie
- Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes (6,5 vs. 1,4 AU-Tage).

In Ergänzung zu den AU-Daten wurden zudem 19 männertypische Krankenhausdiagnosen ermittelt. Dies sind im Bundesvergleich drei Diagnosen weniger, obwohl Männer in Sachsen-Anhalt mit rd. 856 KH-Tagen pro 1.000 Versicherte an mehr Tagen behandelt wurden als im Bundesdurchschnitt (Bund: 773 KH-Tagen pro 1.000 Versicherte).

Neben psychischen Verhaltensstörungen durch Alkohol, die auch in Sachsen-Anhalt die meisten Krankenhaustage und zugleich bei Männern etwa ein Drittel mehr Tage als auf Bundesebene begründen (40,2 vs. 30,4 KH-Tage pro 1.000 Versicherte) ist das männertypische Krankenhausgeschehen in Sachsen-Anhalt in Bezug auf die Diagnosen heterogener als das AU-Geschehen. Im Vergleich zum AU-Geschehen gewinnen beim Krankhausgeschehen Herz-Kreislauferkrankungen an Bedeutung.

Typische KH-Diagnosen von Männern in Sachsen-Anhalt

Die größten Differenzen in Bezug auf die Krankhaustagen pro 1.000 ganzjährig versicherte Männer und Frauen zeigen sich bei folgenden Diagnosen:

- Vorhofflattern und -flimmern (9,1 vs. 1,4 KH-Tage) gefolgt von
- Herzinsuffizienz (7,0 vs. 1,3 KH-Tage), den
- Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie (6,8 vs. 2,0 KH-Tage),
- Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (40,2 vs. 12,7 KH-Tage) sowie beim
- Hirninfarkt (5,4 vs. 2,2 KH-Tage).

Rückgang des AU-Volumens um 9,7 %

Auch in Sachsen-Anhalt ist das Volumen an Fehltagen im direkten Vergleich der Jahre 2000 und 2007 – trotz des leichten Anstiegs in 2007 gegenüber 2006 – rückläufig. Dabei fällt der Rückgang – bei insgesamt höherem Volumen – in Sachsen-Anhalt mit 9,7 % in etwa gleich stark wie im Bundesvergleich (-9,8 %) aus.

Anstieg der Fehltage aufgrund von psychischen Erkrankungen um 32 %, Anstieg bei depressiven Episoden jedoch nur um 3 %

Dem Rückgang in Höhe von rd. 10 % steht bei den Männern ein Anstieg der Fehltage aufgrund psychischer Erkrankungen von 35 % gegenüber (Frauen: 68 %). Wichtigste Einzeldiagnose dieses Spektrums sind depressive Episoden. Im direkten Vergleich der Jahre 2000 und 2007 sind die hierdurch bedingten Fehltage jedoch nur um rd. 3% gestiegen (Bund: 27 %). 2007 fehlten 100 Versicherte an insgesamt 14,6 Tage (Bund: 27 AU-Tage pro 100 Versicherte). Auffällig im Bundesvergleich ist die bei den Männern in Sachsen-Anhalt die deutlich kürzere Falldauer (24,8 vs. 33,2 Tage pro Fall), was auch die Differenz zum Bundeswert entscheidend begründet.

Vor dem Hintergrund der Ausführungen zum diesjährigen Schwerpunktthema ergeben sich aus Sicht der DAK folgende Empfehlungen und Forderungen.

Empfehlungen der DAK zum Thema „Mann und Gesundheit“

Betriebliche Gesundheitsförderung

- Betriebliche Gesundheitsförderung bietet vor allem durch den Abbau von Belastungen und der Stärkung von Ressourcen, nicht zuletzt auch aufgrund der noch immer höheren Erwerbsbeteiligung von Männern, große Potentiale zur Verbesserung der Gesundheit von Männern. Dazu gehört neben der Erweiterung von Handlungs- und Entscheidungsspielräumen der Abbau von Unfall- und Verletzungsgefahren sowie Stressbelastungen, eine ergonomische Arbeitsplatzgestaltung und Suchtprävention am Arbeitsplatz.

Mehr Aufmerksamkeit für männerspezifische Gesundheitsrisiken in den Medien

- Aufklärung und Motivation durch Information sind wesentliche Maßnahmen, um das Gesundheitsverhalten von Männern zu steigern und Risikofaktoren durch z.B. Lebensstilveränderungen zu verringern. Einen wesentlichen Beitrag dieser Informationsarbeit liefern die Medien. Öffentlichkeitsarbeit im Bereich Männergesundheit sollte jedoch dazu beitragen, diese nicht nur im Vergleich zu Frauen, sondern auch unter Männern aufzuzeigen. Auch sollten Potentiale der Männergesundheit nicht nur auf körperliche Gesundheit reduziert, sondern stets auch im Zusammenhang mit seelischer Gesundheit erörtert werden.

Stärkung der Kompetenzen im Versorgungssystem

- Am Beispiel Depressionen zeigt sich, dass bei Männern andere Symptome und Verhaltensweisen als bei Frauen im Vordergrund stehen können. Auf medizinischer und therapeutischer Seite scheinen männliche Spezifika nicht immer hinreichend bekannt zu sein. Die Verbesserung der Diagnostik und Therapie von Männerdepressionen sollte durch die Stärkung der Kompetenzen, insbesondere jedoch der Hausärzte, weiter verbessert werden. Die zur Diagnostik existierenden Instrumente und Methoden sollten auch männerspezifische Symptome berücksichtigen. Darüber hinaus sollte durch mehr Aufklärung und Fortbildung sowie auch Vernetzung die Kompetenzen von Haus-, Fach- und Betriebsärzten gestärkt werden.

Mehr Männergesundheitsforschung

- In einer zielgerichteten Intensivierung der Männergesundheitsforschung, z.B. in Bezug auf männerspezifische Sichtweisen hinsichtlich gesundheitlicher Belastungen sowie auch Ressourcen, sieht die DAK weitere Potenziale zur Verbesserung der Gesundheit von Männern. Zudem sollte erforscht werden, wie der Zugang von Männern zu Präventions- und Vorsorgeangebote verbessert werden kann. Auch das Wissen bezüglich unterschiedlicher Krankheitsbilder zwischen den Geschlechtern und damit einhergehend möglicher unterschiedlicher Therapie- und Versorgungsanforderungen sollte durch entsprechende Forschungsausrichtungen erweitert werden.

Verbesserung der Vorsorgementalität von Männern durch Anreize

- Männer, die die gesetzlich empfohlenen Vorsorgeangebote nicht oder nur unregelmäßig nutzen, können stärker, unter anderem durch finanzielle Anreize, zur Inanspruchnahme bewegt werden. Die DAK bedient diesen Vorschlag mit dem Individualtarif DAKpro Balance. Männer, die sich um ihre Gesundheit kümmern, an den notwendigen Vorsorgeuntersuchungen teilnehmen, einmal im Jahr wichtige Gesundheitswerte messen lassen und sich um eine gesunde Lebensführung bemühen, werden hier belohnt. Die Praxis zeigt, dass mehr Männer dieses Tarifangebot wählen als man aufgrund der Zahlen zur Inanspruchnahme verschiedener Präventionsangebote der gesetzlichen Krankenversicherung erwartete.

Verbesserung der Attraktivität und Nachhaltigkeit von Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung

- Die Prävention männerspezifischer Erkrankungsrisiken wie z.B. kardiovaskulärer Erkrankungen sollte bei Männern im mittleren Lebensalter im Vordergrund stehen. Angebote der Primärprävention der gesetzlichen Krankenkassen sollten daher in Bezug auf ihre Akzeptanz und Attraktivität bei Männern geprüft werden. Auch sollten sich die Angebote mehr an geschlechtsspezifischen Bedürfnissen und Lebenslagen, z.B. durch eine Integration in den Arbeits- und Betriebsalltag, orientieren. Dies könnte ihre Nachhaltigkeit für mehr Männergesundheit erhöhen. Da Männern sozialen Aspekten wie Familien, Kindern und Partnerschaft eine besonders hohe Bedeutung für ihre Gesundheit und Wohlbefinden beimessen, bieten Partnerprogramme und familienfreundliche Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote weitere zentrale Anknüpfungspunkte für mehr Männergesundheit.

4 Ursachen für bundeslandspezifische Krankenstands-unterschiede

Der Krankenstand in Sachsen-Anhalt lag 2007 mit 3,8% deutlich über dem Niveau des bundesweiten DAK-Krankenstandes von 3,2%. Es erscheint daher naheliegend, mögliche bundeslandspezifische Ursachen für den hohen Krankenstand näher zu analysieren

4.1 Wie können bundeslandspezifische Unterschiede im Krankenstand zustande kommen?

Regionale Abweichungen der Krankenstände vom Bundesdurchschnitt

Auf der Landkarte der DAK-Krankenstände (Abbildung 5) sind teilweise deutliche regionale Abweichungen zum Bundesdurchschnitt erkennbar: Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern liegen zusammen mit Sachsen-Anhalt im Jahr 2007 mit einem Krankenstand von 3,8 % deutlich über und Baden-Württemberg mit nur 2,6 % bzw. 2,8 % deutlich unter dem DAK-Bundesdurchschnitt.

Einfluss von Alter und Geschlecht wird ausgeschaltet

Bei Vergleichen zwischen einzelnen Bundesländern oder auch zwischen einem Bundesland und dem Bundesdurchschnitt ist jedoch zu berücksichtigen, dass die Zusammensetzung der DAK-Versicherten in einem Bundesland deutlich von der Zusammensetzung der DAK-Versicherten bundesweit abweichen kann. Dies gilt zum einen für die Zusammensetzung nach Alter und Geschlecht. Diese beiden Faktoren werden jedoch in allen DAK-Gesundheitsreports bereits durch ein Standardisierungsverfahren ausgeglichen.

Aber: Einfluss der Wirtschaftsstruktur auf den Krankenstand

Zum anderen gibt es einen weiteren wichtigeren Faktor, der zu Krankenstandsunterschieden führen kann: Die Wirtschaftsstruktur ist nicht in allen Bundesländern identisch.

Abweichende Wirtschaftsstruktur kann Auswirkungen auf das Krankenstandsniveau haben

Die bundesweiten Zahlen der DAK zeigen, dass Beschäftigte in Wirtschaftszweigen, wie etwa den Öffentlichen Verwaltungen oder dem Gesundheitswesen erheblich höhere Krankenstände haben als Beschäftigte, die beispielsweise bei Banken und Versicherungen oder in der Rechts- und Wirtschaftsberatung arbeiten. Der Gesamtkrankenstand in einem Bundesland hängt aus diesem Grund auch davon ab, wie groß die Anteile von Beschäftigten aus Wirtschaftszweigen mit hohem oder niedrigem Krankenstand an den DAK-Mitgliedern in dem betreffenden Bundesland sind.

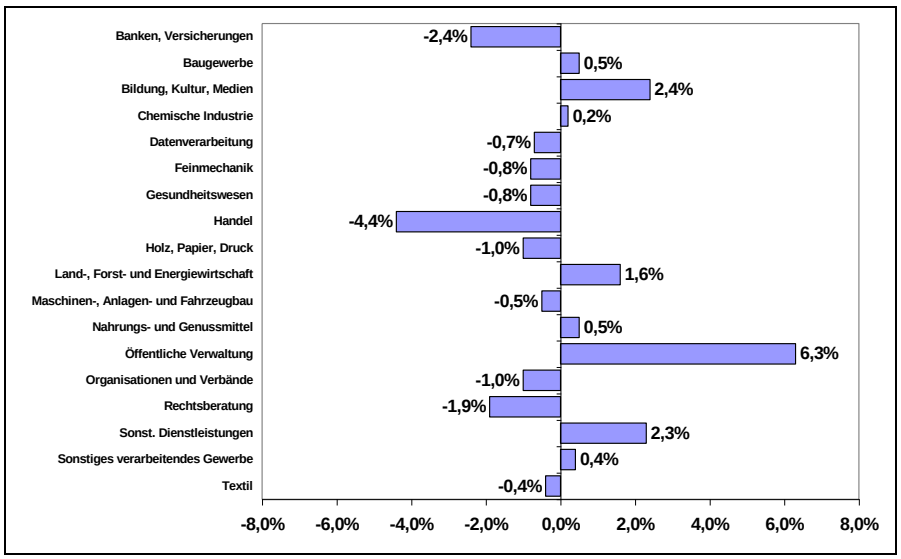
In den folgenden Auswertungen wird daher der Einfluss, den die Wirtschaftsstruktur eines Bundeslandes auf den Krankenstand hat, näher beleuchtet.

4.2 Die Wirtschaftsstruktur der DAK-Mitglieder in Sachsen-Anhalt im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Als erstes stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage, ob die Zusammensetzung der DAK-Mitglieder in Sachsen-Anhalt nach Wirtschaftsgruppen überhaupt nennenswert vom DAK-Bundesdurchschnitt abweicht. Abbildung 43 zeigt, welche Unterschiede zum Bundesdurchschnitt beim Anteil von Mitgliedern aus unterschiedlichen Wirtschaftsgruppen bestehen.

Abbildung 43:

Abweichungen in der Verteilung der DAK-Mitglieder in Sachsen-Anhalt auf Wirtschaftsgruppen 2007 vom DAK-Bundesdurchschnitt



Quelle: DAK AU-Daten 2007

Zusammensetzung der Wirtschaftszweige, in denen die DAK-Mitglieder in Sachsen-Anhalt beschäftigt waren, zeigt eine gegenüber der DAK insgesamt deutlich abweichende Struktur. Die DAK-Mitglieder in Sachsen-Anhalt waren im Vergleich zum Bundesdurchschnitt seltener in den Wirtschaftsgruppen „Handel“, „Banken und Versicherungen“ sowie in der „Rechtsberatung/Wirtschaftsprüfung“ beschäftigt. Nennenswert häufiger waren sie demgegenüber in den Wirtschaftsgruppen „Öffentliche Verwaltung“ , „Bildung, Kultur, Medien“ und im "sonstigen verarbeitenden Gewerbe" tätig.

Angesichts der Vielzahl kleinerer und größerer Abweichungen in der Wirtschaftsstruktur des Bundeslandes Sachsen-Anhalt gegenüber dem DAK-Bundesdurchschnitt lässt sich natürlich nicht auf einen Blick erkennen, ob daraus für das Bundesland insgesamt nun eine krankenstandserhöhende oder -vermindernde Wirkung resultiert.

4.3 Der Einfluss der Wirtschaftsstruktur auf den Krankenstand in Sachsen-Anhalt

Der Einfluss der Wirtschaftsstruktur auf die Höhe des Krankenstandes lässt sich berechnen. Das Ergebnis ist: Die Wirtschaftsstruktur in Sachsen-Anhalt wirkte sich ungünstig auf den Krankenstand der DAK-Mitglieder aus.

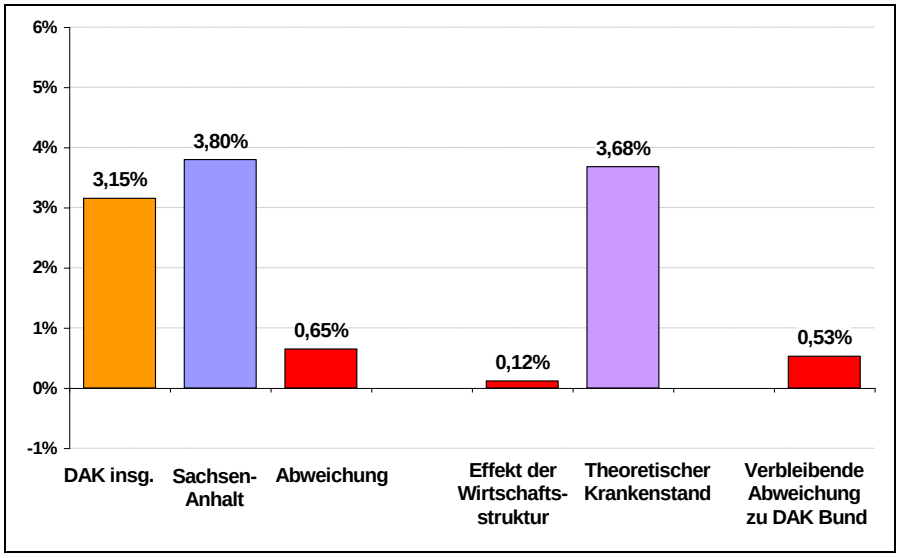


Abbildung 44:

Einfluss der Wirtschaftsstruktur auf den Krankenstand in Sachsen-Anhalt

Quelle: DAK AU-Daten 2007

Der Krankenstand in Sachsen-Anhalt wird durch die Wirtschaftsstruktur beeinflusst

Abbildung 44 zeigt den Krankenstandsunterschied zwischen Sachsen-Anhalt und dem Bund gesamt. Der Krankenstand in Sachsen-Anhalt liegt um 0,65 Prozentpunkte über dem Bundesdurchschnitt. Der Effekt der Wirtschaftsstruktur in Sachsen-Anhalt beträgt 0,12 Prozentpunkte. Das bedeutet, dass 0,12 Prozentpunkte des Krankenstandes in Sachsen-Anhalt durch eine im Vergleich zum Bundesdurchschnitt ungünstigere Wirtschaftsstruktur bedingt sind.

Für einen fairen Vergleich muss der bereinigte Krankenstand von 3,68% herangezogen werden

Für einen fairen Vergleich zwischen den Bundesländern und dem Bundesdurchschnitt müsste man also den Einfluss der besonderen Wirtschaftsstruktur in Sachsen-Anhalt auf den Krankenstand in Rechnung stellen. Abbildung 44 zeigt den „theoretischen Krankenstand“, der sich ergibt, wenn man den Krankenstandswert um den Einfluss der besonderen Wirtschaftsstruktur bereinigt. Beim Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt wäre theoretisch also ein niedrigerer Krankenstand von 3,68% anzusetzen.

Die verbleibende Abweichung des Krankenstandes zum Bund in Höhe von 0,53 Prozentpunkten ist also nicht auf die Alters-, Geschlechts- oder Wirtschaftsstruktur zurückzuführen.

Auch das Meldeverhalten beeinflusst den Krankenstand

Sonderanalysen der DAK und dem IGES Institut im Herbst 2007 haben gezeigt, dass ein Teil der Differenz zwischen dem hohen Krankenstand im Osten im Vergleich zu westlichen Bundsländern auch teils darauf zurückgeführt werden kann, dass Beschäftigte hier eher zum Arzt gehen und der DAK auch häufiger eine Krankschreibung vorlegen.

Arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren und Arbeitszufriedenheit

Welche Faktoren genau den Krankenstand in Sachsen-Anhalt beeinflussen, kann den vorliegenden Krankenstandsdaten nicht entnommen werden.

Ursachen sind vor allem im Bereich der arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren und der Arbeitszufriedenheit zu vermuten. Hier könnten ggf. gezielte branchenspezifische Untersuchungen weiteren Aufschluss geben.

Belastungen und Beanspruchungen am Arbeitsplatz sind je nach Wirtschaftszweig sehr unterschiedlich. Dies drückt sich nicht zuletzt in branchenspezifisch sehr unterschiedlichen Krankenständen aus. Im folgenden Kapitel werden daher die Krankenstandswerte in 19 Wirtschaftszweigen in Sachsen-Anhalt vergleichend dargestellt.

5 Krankenstände nach Wirtschaftszweigen

Nach den Betrachtungen zur Wirtschaftsstruktur und ihrem Einfluss auf den Krankenstand sollen nun abschließend die Krankenstände der einzelnen Branchen in Sachsen-Anhalt dargestellt werden.

Abbildung 45 zeigt die Krankenstände der Branchen, in denen DAK-Mitglieder in Sachsen-Anhalt wie auch bundesweit besonders stark vertreten sind. Abbildung 46 zeigt die Zahlen für die übrigen Wirtschaftsgruppen.

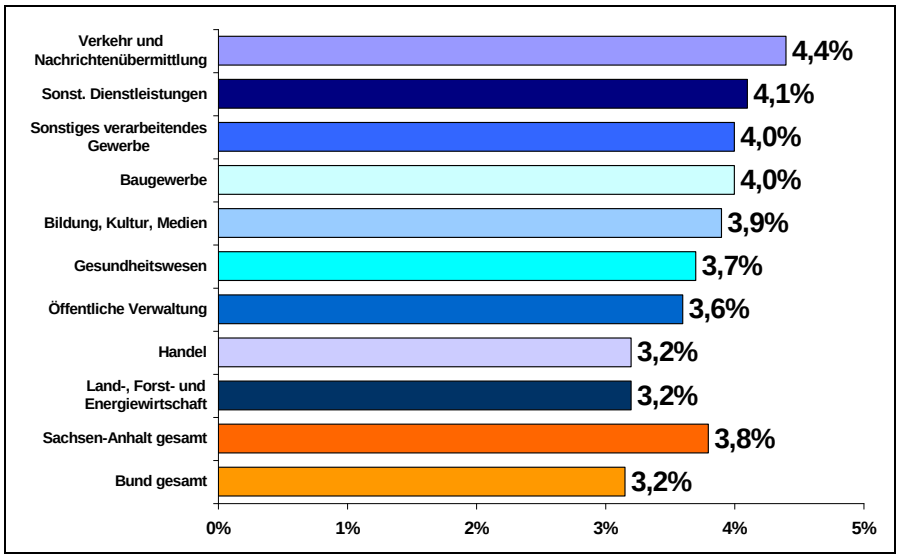


Abbildung 45:

Krankenstandswerte 2007 in den neun Wirtschaftsgruppen mit besonders hohem Anteil von DAK-Mitgliedern in Sachsen-Anhalt

Quelle: DAK AU-Daten 2007

In Sachsen-Anhalt wies die Wirtschaftsgruppe „Verkehr und Nachrichtenübermittlung“ mit 4,4% den höchsten Krankenstand unter den wichtigen Branchen auf, gefolgt von „Sonst. Dienstleistungen“ mit 4,1% sowie „Sonstiges verarbeitendes Gewerbe“ mit 4,0%. Alle drei Krankenstände lagen deutlich über dem Durchschnitt in Sachsen-Anhalt.

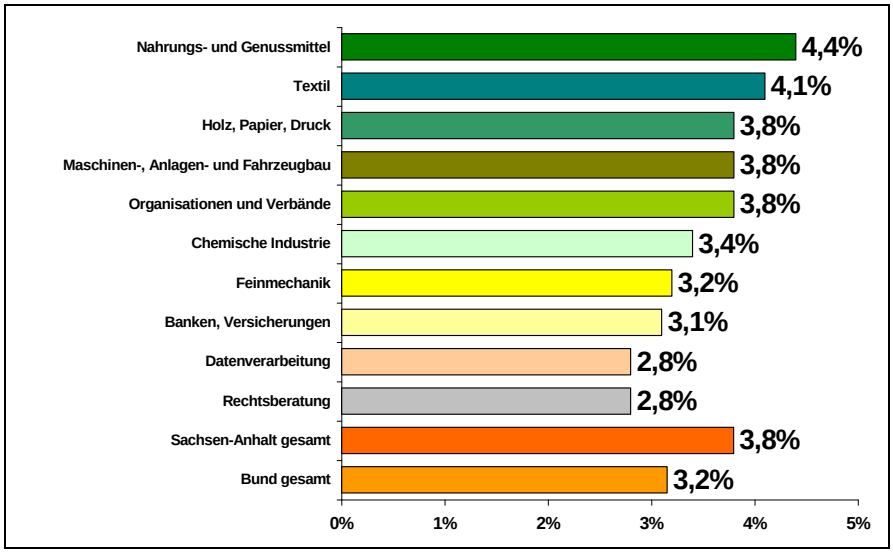
Wirtschaftsgruppe „Verkehr und Nachrichtenübermittlung“ weist in Sachsen-Anhalt den höchsten Krankenstand auf

Deutlich unter dem Durchschnitt in Sachsen-Anhalt liegen dagegen die Branchen „Land-, Forst- und Energiewirtschaft“ und „Handel“ mit jeweils 3,2% sowie „Öffentliche Verwaltung“ mit 3,6%.

Der hohe Krankenstand in der Branche „Verkehr und Nachrichtenübermittlung“ wird weniger durch eine hohe Fallzahl verursacht; sie beträgt 108 AU-Fälle pro 100 Versicherte, während der Gesamtwert für Sachsen-Anhalt bei 124,1 Fällen liegt. Die durchschnittliche Falldauer dieser Wirtschaftsgruppe liegt jedoch mit 14,9 Tagen deutlich über dem Landesdurchschnitt (11,2 Tage).

Abbildung 46:

Krankenstands-werte 2007 in den übrigen zehn Wirt-schaftsgruppen



Quelle: DAK AU-Daten 2007

Bei den übrigen Wirtschaftsgruppen lagen „Nahrungs- und Genussmittel“ und „Textil“ über dem durchschnittlichen Krankenstand in Sachsen-Anhalt. Die Krankenstandswerte der restlichen Branchen befanden sich auf dem oder lagen unter dem Durchschnittswert.

6 Schlussfolgerungen und Ausblick

Der für Sachsen-Anhalt registrierte Krankenstand liegt mit 3,8% deutlich über dem Bundesdurchschnitt

Der Krankenstandswert der DAK-Mitglieder in Sachsen-Anhalt liegt mit 3,8% deutlich über dem bundesweit von der DAK beobachteten Wert. Bereinigt man diesen Wert um den ungünstigen Effekt der Wirtschaftsstruktur, ergibt sich ein Krankenstand in Höhe von 3,68%. Dies ist der Wert, den man für einen fairen Vergleich mit anderen Bundesländern heranziehen sollte.

Anstieg des Krankenstandes in Sachsen-Anhalt

Erklärungen für das bei den DAK-Mitgliedern in Sachsen-Anhalt leicht gestiegene Krankenstandsniveau müssen auf der volkswirtschaftlichen wie auch der betrieblichen Ebene gesucht werden. Die jeweiligen Faktoren können sich dabei in ihrer Wirkung verstärken oder auch aufheben: Auf volkswirtschaftlicher Ebene wird ein enger Zusammenhang zwischen wirtschaftlicher Konjunktur und der damit verbundenen Lage auf dem Arbeitsmarkt und der Höhe des Krankenstandes angenommen. Bei guter Konjunktur und sinkender Arbeitslosigkeit steigt in der Tendenz auch das Krankenstandsniveau.

Betriebliche Gesundheitsförderung verhindert einen deutlichen Anstieg des Krankenstandes

Auf der betrieblichen Ebene kommt es durch einen verstärkten Wettbewerb und die Notwendigkeit von Einsparungen zu Arbeitsverdichtungen und Rationalisierungen, die krank machende Arbeitsbelastungen der Beschäftigten zur Folge haben. Dass diese Entwicklung nicht zu einem deutlichen Anstieg des Krankenstandes führen, daran haben Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung und die Berücksichtigung von Fragen der Mitarbeitergesundheit bei der Organisations- und Personalentwicklung in den Unternehmen einen Anteil.

Einflussfaktoren auf den betrieblichen Krankenstand

Die Betrachtung des Gesamtkrankenstandes sagt für die Beurteilung der gesundheitlichen Belastung allein allerdings eher wenig aus. Die Auswertungen des DAK-Gesundheitsreports für Sachsen zeigen teilweise größere Krankenstandsunterschiede zwischen den Branchen, die auf Unterschiede in den Gesundheitsgefährdungen und Arbeitsbelastungen der Beschäftigten hindeuten.

Strukturelle Aspekte, soziale Kultur und Betriebsklima können die Krankheitsquote beeinflussen

Auch können je nach Branche konjunkturelle und strukturelle Entwicklungsaspekte für die Krankheitsquote eine große Rolle spielen. So fällt auf, dass der Krankenstand in den Dienstleistungsbranchen sowie in den Branchen besonders gering ist, in denen kleinbetriebliche Strukturen wie z. B. bei der „Rechtsberatung/ Wirtschaftsprüfung“ oder der „Datenverarbeitung“ vorliegen. Für Groß- und Kleinbetriebe gleichermaßen ist das Betriebsklima, d. h. die soziale Kultur des Unternehmens, eine wichtige Einflussgröße, um den Krankenstand erfolgreich zu senken.

Die im „DAK Gesundheitsreport 2008“ für das Bundesland Sachsen-Anhalt enthaltenen Informationen über das Morbiditätsgeschehen können als Grundlage für gezielte Präventionsmaßnahmen in den Betrieben dienen.

Anhang I: Hinweise und Erläuterungen

Erwerbstätige DAK-Mitglieder in Sachsen-Anhalt 2007

Datenbasis: alle in Sachsen-Anhalt lebenden erwerbstätigen Personen, die 2007 Mitglied der DAK waren

Der Gesundheitsreport berücksichtigt in Sachsen-Anhalt lebende Personen, die im Jahr 2007 aktiv erwerbstätig und wenigstens einen Tag lang Mitglied der DAK waren sowie im Rahmen ihrer Mitgliedschaft einen Anspruch auf Krankengeldleistungen der DAK hatten. Für diesen Personenkreis erhält die DAK die ärztlichen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, falls eine Krankheit auftritt. Allerdings ist zu beachten, dass nur diejenigen krankheitsbedingten Ausfalltage in die Auswertung einfließen, für die der DAK Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen vorlagen.

Die gesamte Datenbasis für das Bundesland Sachsen-Anhalt umfasst rund 63.600 DAK-Mitglieder, die sich zu 60,7% aus Frauen und zu 39,3% aus Männern zusammensetzen. Die DAK versichert auch in Sachsen-Anhalt sehr viele weibliche Beschäftigte in typischen Frauenberufen (z. B. im Gesundheitswesen, Handel, Büros, Verwaltungen). Daher der im Vergleich zu anderen Krankenkassen deutlich höhere Frauenanteil.

Erläuterungen zu den wichtigsten Begriffen und Kennzahlen

Viele Kennwerte werden „pro 100 Versicherte" angegeben

Nicht alle Mitglieder im Bundesland Sachsen-Anhalt waren das ganze Jahr über bei der DAK versichert. Rechnet man die rund 63.600 Mitglieder auf „ganzjährig versicherte Mitglieder" um, ergeben sich für das Jahr 2007 etwa 54.100 Versichertenjahre. Viele der Auswertungen zeigen die Krankenstandskennwerte „pro 100 Versicherte". Die korrektere Bezeichnung wäre pro 100 "Versichertenjahre". Im Sinne einer besseren Lesbarkeit verzichten jedoch auf diesen Terminus.

Krankenstand

Die Kennzahl „Krankenstand" wird hier in der für die Daten einer gesetzlichen Krankenkasse angemessenen Weise berechnet: Alle Tage, für die der DAK eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vorliegt (einschließlich Sonn- und Feiertage) dividiert durch die Zahl der Versichertentage (die ebenfalls Sonn- und Feiertage einschließen) und multipliziert mit 100.

AU-Fälle oder Fallhäufigkeit

Als ein Arbeitsunfähigkeitsfall wird jeder ununterbrochene Zeitraum von Arbeitsunfähigkeit mit der gleichen Hauptdiagnose gezählt. Im Gesundheitsreport finden Sie zumeist die Kennzahl Arbeitsunfähigkeitsfälle pro 100 Versichertenjahre.

Fälle von weniger als drei Tagen Dauer sind in den Daten der DAK nur enthalten, wenn für den betreffenden Fall eine ärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vorgelegt wurde.

Durchschnittliche Falldauer

Die durchschnittliche Falldauer errechnet sich, indem man die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage durch die Zahl der Fälle dividiert.

Betroffenenquote

Die Betroffenenquote ist der Anteil von Versicherten, der im Berichtszeitraum überhaupt wenigstens eine Arbeitsunfähigkeit hatte. Die Differenz zwischen Betroffenenquote und 100 % ergibt somit den Anteil der Versicherten ohne Arbeitsunfähigkeit.

Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen

Als Diagnose eines Arbeitsunfähigkeitsfalls wird jeweils die vom Arzt angegebene Hauptdiagnose ausgewertet. Weitere Diagnoseangaben zu einem Fall werden nicht berücksichtigt.

Hinweise zu den standardisierten Kennzahlen

Die Bedeutung der Altersstruktur bei Vergleichsbetrachtungen

Bei Vergleichen zwischen Gesundheitsberichten unterschiedlicher Krankenversicherungen müssen die standardisierten Kennzahlen herangezogen werden. Hintergrund dafür ist der starke Einfluss des Lebensalters auf die Krankheitshäufigkeit eines Menschen. Ältere leiden öfter unter chronischen Krankheiten als Jüngere und haben daher zumeist auch längere Arbeitsunfähigkeiten. Bei Jüngeren beobachtet man hingegen zumeist eine größere Zahl von Krankheitsfällen, die aber nur sehr kurze Zeit dauern und daher wenig Einfluss auf den Krankenstand haben.

Vergleiche sollten nicht zu irreführenden Schlussfolgerungen führen!

Wenn sich die jeweiligen Anteile der älteren und der jüngeren Personen in zwei zu vergleichenden Gruppen voneinander unterscheiden, dann wird die Gruppe mit dem höheren Anteil Älterer beim Krankenstand in der Regel schlechter abschneiden. Dies muss jedoch nicht bedeuten, dass in der betreffenden Versichertenpopulation stärkere gesundheitliche Belastungen existieren - es kann auch einfach an der größeren Zahl von älteren Mitgliedern liegen.

Lösung für zusammenfassende Vergleiche:

standardisierte Kennzahlen

Eine Möglichkeit, mit diesem Problem umzugehen, besteht darin, immer nur altersgruppenweise zu vergleichen. Darüber hinaus besteht aber auch Interesse daran, zusammengefasste Werte für die gesamte DAK mit den Ergebnissen aus anderen Gesundheitsberichten zu vergleichen. Um dabei die geschilderten Probleme mit unterschiedlichen Altersstrukturen ausschalten zu können, berechnet man so genannte standardisierte Kennzahlen. Durch die Standardisierung werden Einflüsse auf das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen, die aus diesen Abweichungen folgen können, aus den beobachteten Zahlen herausgerechnet.

Standardisierung nach Geschlecht und Alter auf die Erwerbsbevölkerung der Bundesrepublik

Dies geschieht, indem beiden Gruppen rechnerisch eine identische Altersstruktur unterlegt wird. In den DAK-Gesundheitsreporten wird diese Standardisierung nicht nur für die Altersstruktur, sondern auch für die Anteile der Geschlechter vorgenommen. Unterlegt wird gemäß der „Empfehlungen der Ersatzkassen und ihrer Verbände zur Umsetzung des § 20 SGB V“ der Alters- und Geschlechtsaufbau der erwerbstätigen Bevölkerung der Bundesrepublik im Mai 1992.

Was die standardisierten Kennzahlen zeigen

An den standardisierten Kennzahlen lässt sich dann der Unterschied zwischen den DAK-Ergebnissen und den entsprechenden Resultaten anderer Gesundheitsberichte ablesen, der nicht auf verschiedene Alters- und Geschlechtsstrukturen zurückgeführt werden kann und der daher anderweitig erklärt werden muss.

Korrektur um den Einfluss der Wirtschaftsstruktur

Der Einfluss der Wirtschaftsstruktur wurde folgendermaßen korrigiert: Für den Krankenstand eines Bundeslandes werden durch indirekte Standardisierung auf die Referenzpopulation der DAK-Mitglieder insgesamt (bundesweit) zwei Erwartungswerte berechnet: EW_1 indirekt standardisiert nach Alter und Geschlecht, EW_2 indirekt standardisiert nach Alter, Geschlecht und Wirtschaftsstruktur. Der Quotient aus EW_1 und EW_2 ergibt einen Korrekturfaktor, mit dem die direkt standardisierten Krankenstandswerte multipliziert werden.

Anhang II: Tabellen

Die folgenden Tabellen geben einen vollständigen Überblick über die für das Bundesland Sachsen-Anhalt für die Berichtsjahre 2006 und 2007 analysierten AU-Daten. Experten des Arbeits- und Gesundheitsschutzes erhalten so die Möglichkeit, über die im Bericht vorgestellten Zahlen hinaus eigene Berechnungen vorzunehmen oder die Zahlen mit Ergebnissen anderer Gesundheitsberichte zu vergleichen.

An dieser Stelle sei noch einmal darauf hingewiesen, dass Kennzahlen aus diesem Bericht nur mit den Ergebnissen in Gesundheitsberichten anderer Ersatzkassen unmittelbar verglichen werden können.

Verzeichnis der in Anhang II aufgeführten Tabellen:

Tabelle A1: Die wichtigsten Krankheitsarten 2007: DAK-Bund und Sachsen-Anhalt 106

Tabelle A2: Die wichtigsten Krankheitsarten 2006: DAK-Bund und Sachsen-Anhalt 107

Tabelle A3: Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2007: DAK-Bund und Sachsen-Anhalt 108

Tabelle A4: Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2006: DAK-Bund und Sachsen-Anhalt 109

Tabelle A1: Die wichtigsten Krankheitsarten 2007:
DAK bundesweit und Sachsen-Anhalt

Krankheitsart (ICD 10)			Pro 100 Versichertenjahre			
			AU-Tage	AU-Fälle	∅ Tage je AU-Fall	Anteil am Kranken-stand
A00-B99	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	DAK Bund	51,6	9,3	5,5	4,5%
		Sachsen-Anh.	47,0	7,5	6,2	3,4%
C00-D48	Neubildungen	DAK Bund	44,2	1,3	33,0	3,8%
		Sachsen-Anh.	45,7	1,8	25,0	3,3%
F00-F99	Psychische Erkrankungen	DAK Bund	117,1	4,3	27,0	10,2%
		Sachsen-Anh.	98,4	4,4	22,1	7,1%
G00-H95	Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	DAK Bund	48,7	4,7	10,3	4,2%
		Sachsen-Anh.	54,5	5,9	9,2	3,9%
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	DAK Bund	54,1	3,0	18,2	4,7%
		Sachsen-Anh.	70,1	4,3	16,4	5,1%
J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems	DAK Bund	193,1	30,9	6,3	16,8%
		Sachsen-Anh.	261,8	33,9	7,7	18,9%
K00-K93	Krankheiten des Verdauungs-systems	DAK Bund	84,7	14,5	5,8	7,4%
		Sachsen-Anh.	115,8	19,8	5,8	8,4%
M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	DAK Bund	251,8	15,3	16,5	21,9%
		Sachsen-Anh.	287,8	18,7	15,4	20,8%
N00-N99	Krankheiten des Urogenitalsystems	DAK Bund	25,4	2,6	9,8	2,2%
		Sachsen-Anh.	41,0	3,5	11,8	3,0%
R00-R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	DAK Bund	52,9	6,0	8,8	4,6%
		Sachsen-Anh.	64,3	6,1	10,5	4,6%
S00-T98	Verletzungen und Vergiftungen	DAK Bund	164,4	9,8	16,8	14,3%
		Sachsen-Anh.	223,7	12,8	17,5	16,1%
A00-Z99	Gesamt	DAK Bund	1.150,8	106,2	10,8	100,0%
		Sachsen-Anh.	1.386,1	124,1	11,2	100,0%

Tabelle A2: Die wichtigsten Krankheitsarten 2006:
DAK bundesweit und Sachsen-Anhalt

Krankheitsart (ICD 10)			Pro 100 Versichertenjahre AU-Tage	AU-Fälle	∅ Tage je AU-Fall	Anteil am Kranken-stand
A00-B99	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	DAK Bund	45,6	8,1	5,7	4,2%
		Sachsen-Anh.	40,0	6,5	6,2	3,0%
C00-D48	Neubildungen	DAK Bund	44,8	1,3	34,5	4,1%
		Sachsen-Anh.	41,9	1,7	24,2	3,2%
F00-F99	Psychische Erkrankungen	DAK Bund	109,8	4,0	27,3	10,0%
		Sachsen-Anh.	91,6	4,0	22,6	6,9%
G00-H95	Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	DAK Bund	48,4	4,7	10,4	4,4%
		Sachsen-Anh.	56,3	5,9	9,6	4,3%
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	DAK Bund	54,4	3,1	17,5	5,0%
		Sachsen-Anh.	81,9	4,7	17,3	6,2%
J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems	DAK Bund	171,7	27,4	6,3	15,7%
		Sachsen-Anh.	224,4	30,2	7,4	16,9%
K00-K93	Krankheiten des Verdauungs-systems	DAK Bund	79,2	13,4	5,9	7,2%
		Sachsen-Anh.	108,4	18,5	5,9	8,2%
M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	DAK Bund	241,3	14,8	16,4	22,0%
		Sachsen-Anh.	285,6	17,8	16,1	21,6%
N00-N99	Krankheiten des Urogenitalsystems	DAK Bund	25,1	2,5	9,9	2,3%
		Sachsen-Anh.	39,0	3,6	10,9	2,9%
R00-R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	DAK Bund	48,9	5,5	8,9	4,5%
		Sachsen-Anh.	56,8	5,8	9,8	4,3%
S00-T98	Verletzungen und Vergiftungen	DAK Bund	165,6	9,9	16,8	15,1%
		Sachsen-Anh.	224,2	12,9	17,4	16,9%
A00-Z99	Gesamt	DAK Bund	1.095,3	98,9	11,1	100,0%
		Sachsen-Anh.	1.324,1	116,9	11,3	100,0%

Tabelle A3: Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2007: DAK bundesweit und Sachsen-Anhalt

Wirtschaftsgruppe (Wirtschaftszweige*)		Pro 100 Versichertenjahre		∅ Tage je AU-	Kranken-stand
		AU-Tage	AU-Fälle	Fall	
Banken, Versicherungen (65 - 67)	DAK Bund	942,5	97,7	9,6	2,6%
	Sachsen-Anh.	1.127,2	114,3	9,9	3,1%
Baugewerbe (45)	DAK Bund	1.176,9	104,9	11,2	3,2%
	Sachsen-Anh.	1.462,7	115,5	12,7	4,0%
Bildung, Kultur, Medien (73, 80, 92)	DAK Bund	971,5	103,9	9,3	2,7%
	Sachsen-Anh.	1.425,1	159,2	9,0	3,9%
Chemische Industrie (23 - 25)	DAK Bund	1.105,1	109,3	10,1	3,0%
	Sachsen-Anh.	1.253,2	128,5	9,8	3,4%
Datenverarbeitung (72)	DAK Bund	784,2	90,1	8,7	2,1%
	Sachsen-Anh.	1.038,6	105,5	9,8	2,8%
Feinmechanik (30 - 33)	DAK Bund	999,5	103,0	9,7	2,7%
	Sachsen-Anh.	1.169,6	126,2	9,3	3,2%
Gesundheitswesen (85)	DAK Bund	1.323,5	110,5	12,0	3,6%
	Sachsen-Anh.	1.360,6	117,4	11,6	3,7%
Handel (50 – 52)	DAK Bund	1.045,4	93,6	11,2	2,9%
	Sachsen-Anh.	1.172,6	99,5	11,8	3,2%
Holz, Papier, Druck (20 - 22)	DAK Bund	1.036,3	100,7	10,3	2,8%
	Sachsen-Anh.	1.388,9	112,4	12,4	3,8%
Land-, Forst- und Energiewirtschaft	DAK Bund	1.202,2	107,5	11,2	3,3%
(01 - 02, 05, 10 - 14, 37, 40, 41)	Sachsen-Anh.	1.158,8	112,4	10,3	3,2%
Maschinen-, Anlagen- und Fahrzeugbau	DAK Bund	1.063,9	107,7	9,9	2,9%
(29, 34, 35)	Sachsen-Anh.	1.377,2	136,8	10,1	3,8%
Nahrungs- und Genussmittel (15 - 16)	DAK Bund	1.255,7	100,9	12,4	3,4%
	Sachsen-Anh.	1.623,0	122,2	13,3	4,4%
Öffentliche Verwaltung (75)	DAK Bund	1.268,2	114,0	11,1	3,5%
	Sachsen-Anh.	1.303,8	120,0	10,9	3,6%
Organisationen, Verbände, soz. Einrichtungen	DAK Bund	1.020,6	107,3	9,5	2,8%
(91, 95)	Sachsen-Anh.	1.404,0	134,8	10,4	3,8%
Rechtsberatung, Wirtschaftsprüfung (74.1)	DAK Bund	788,8	87,4	9,0	2,2%
	Sachsen-Anh.	1.017,1	109,3	9,3	2,8%
Sonstige Dienstleistungen	DAK Bund	1.159,1	106,8	10,9	3,2%
(55, 70, 71, 74.2-74.8, 90, 93)	Sachsen-Anh.	1.482,6	124,9	11,9	4,1%
Sonstiges verarbeitendes Gewerbe (26 - 28, 36)	DAK Bund	1.140,5	109,9	10,4	3,1%
	Sachsen-Anh.	1.468,3	130,1	11,3	4,0%
Textil (17 - 19)	DAK Bund	996,2	97,7	10,2	2,7%
	Sachsen-Anh.	1.487,8	137,0	10,9	4,1%
Verkehr und Nachrichtenübermittlung (60 - 64)	DAK Bund	1.227,5	102,9	11,9	3,4%
	Sachsen-Anh.	1.601,9	107,7	14,9	4,4%

(*) In Klammern sind die Wirtschaftszweige gem. Systematik der Bundesanstalt für Arbeit angegeben, die zu einer Wirtschaftsgruppe gehören.

Tabelle A4: Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2006: DAK bundesweit und Sachsen-Anhalt

Wirtschaftsgruppe (Wirtschaftszweige*)		Pro 100 Versichertenjahre		∅ Tage je AU-	Kranken-
		AU-Tage	AU-Fälle	Fall	stand
Banken, Versicherungen (65 - 67)	DAK Bund	894,4	91,4	9,8	2,5%
	Sachsen-Anh.	1.093,9	110,9	9,9	3,0%
Baugewerbe (45)	DAK Bund	1.121,1	96,4	11,6	3,1%
	Sachsen-Anh.	1.235,3	107,5	11,5	3,4%
Bildung, Kultur, Medien (73, 80, 92)	DAK Bund	954,7	101,6	9,4	2,6%
	Sachsen-Anh.	1.465,9	161,2	9,1	4,0%
Chemische Industrie (23 - 25)	DAK Bund	1.049,0	101,9	10,3	2,9%
	Sachsen-Anh.	1.249,5	121,9	10,3	3,4%
Datenverarbeitung (72)	DAK Bund	767,7	84,1	9,1	2,1%
	Sachsen-Anh.	1.231,4	108,7	11,3	3,4%
Feinmechanik (30 - 33)	DAK Bund	941,3	95,4	9,9	2,6%
	Sachsen-Anh.	1.389,9	115,3	12,1	3,8%
Gesundheitswesen (85)	DAK Bund	1.262,6	104,6	12,1	3,5%
	Sachsen-Anh.	1.284,5	109,7	11,7	3,5%
Handel (50 – 52)	DAK Bund	990,3	86,4	11,5	2,7%
	Sachsen-Anh.	1.158,6	93,3	12,4	3,2%
Holz, Papier, Druck (20 - 22)	DAK Bund	971,3	93,0	10,4	2,7%
	Sachsen-Anh.	1.209,4	102,3	11,8	3,3%
Land-, Forst- und Energiewirtschaft	DAK Bund	1.169,3	101,8	11,5	3,2%
(01 - 02, 05, 10 - 14, 37, 40, 41)	Sachsen-Anh.	1.279,9	113,7	11,3	3,5%
Maschinen-, Anlagen- und Fahrzeugbau	DAK Bund	1.011,7	100,3	10,1	2,8%
(29, 34, 35)	Sachsen-Anh.	1.215,0	122,5	9,9	3,3%
Nahrungs- und Genussmittel (15 - 16)	DAK Bund	1.169,7	94,3	12,4	3,2%
	Sachsen-Anh.	1.523,9	114,5	13,3	4,2%
Öffentliche Verwaltung (75)	DAK Bund	1.219,7	108,0	11,3	3,3%
	Sachsen-Anh.	1.251,9	116,3	10,8	3,4%
Organisationen, Verbände, soz. Einrichtungen	DAK Bund	1.180,4	123,4	9,6	3,2%
(91, 95)	Sachsen-Anh.	1.731,7	156,6	11,1	4,7%
Rechtsberatung, Wirtschaftsprüfung (74.1)	DAK Bund	758,2	80,7	9,4	2,1%
	Sachsen-Anh.	1.058,0	100,3	10,6	2,9%
Sonstige Dienstleistungen	DAK Bund	1.087,6	97,0	11,2	3,0%
(55, 70, 71, 74.2-74.8, 90, 93)	Sachsen-Anh.	1.391,5	116,8	11,9	3,8%
Sonstiges verarbeitendes Gewerbe (26 - 28, 36)	DAK Bund	1.059,7	100,3	10,6	2,9%
	Sachsen-Anh.	1.239,0	107,6	11,5	3,4%
Textil (17 - 19)	DAK Bund	917,9	91,3	10,1	2,5%
	Sachsen-Anh.	1.175,9	125,6	9,4	3,2%
Verkehr und Nachrichtenübermittlung (60 - 64)	DAK Bund	1.158,3	95,9	12,1	3,2%
	Sachsen-Anh.	1.401,4	102,2	13,7	3,8%

(*) In Klammern sind die Wirtschaftszweige gem. Systematik der Bundesanstalt für Arbeit angegeben, die zu einer Wirtschaftsgruppe gehören.

Anhang III: Erläuterungen zu den Datenquellen, die im Rahmen des diesjährigen Schwerpunktthemas genutzt wurden

Arbeitsunfähigkeitsdaten (AU-Daten)

Datenbasis: Alle in 2007 Erwerbstätigen mit Krankengeldanspruch

Die Auswertungen bezüglich der Arbeitsunfähigkeitsdaten im Rahmen des Schwerpunktthemas beziehen sich ebenfalls auf alle im Jahr 2007 aktiv erwerbstätigen Personen mit Anspruch auf Krankengeldleistungen der DAK, die mindestens einen Tag lang DAK-Mitglied waren. Gleiches gilt für die Krankenhausdaten.

Bevölkerungsbefragung

Repräsentative Befragung mehr als 1.000 Männern

Für die im Rahmen des diesjährigen Schwerpunktthemas durchgeführte telefonische Bevölkerungsbefragung wurden etwas 1.000 Männer im Alter zwischen 30 und 65 Jahren befragt.

Expertenbefragung

Insgesamt wurde 25 Experten aus Wissenschaft und Praxis um eine Teilnahme an der Befragung zum Thema „Männergesundheit“ gebeten. Insgesamt 14 Fragebögen wurden zurückgesandt und 13 davon konnten ausgewertet werden.

Der Fragenbogen und die Liste der Experten ist im DAK-Gesundheitsreport 2008 abgedruckt und steht auf dem DAK-Presse-Server als Download zur Verfügung.

Anhang IV: Männertypische Diagnosen 2007

Die folgenden Tabellen geben einen vollständigen Überblick über die im Zuge der Sonderanalysen identifizierten männertypischen Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen im Berichtsjahr 2007 auf der Ebene des Bundes und für Sachsen-Anhalt (siehe Kapitel 3.3).

Übersicht der in Anhang IV aufgeführten Tabellen:

Tabelle C1: Männertypische Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen bundesweit (absteigend sortiert nach AU-Tage pro 100 Versicherte bei Männern)

Tabelle C2: Männertypische Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen in Sachsen-Anhalt (absteigend sortiert nach AU-Tage pro 100 Versicherte bei Männern)

Tabelle C3: Männertypische Krankenhausdiagnosen bundesweit (absteigend sortiert nach KH-Tage pro 1.000 Versicherte bei Männern)

Tabelle C4: Männertypische Krankenhausdiagnosen in Sachen-Anhalt (absteigend sortiert nach KH-Tage pro 1.000 Versicherte bei Männern)

Tabelle C1: Männertypische Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen bundesweit (absteigend sortiert nach AU-Tage pro 100 Versicherte bei Männern)

ICDHG	ICDTitel	AU-Tage pro 100 VJ. bei Männern	AU-Tage pro 100 V. bei Frauen	Verhältnis Männer / Frauen
M54	Rückenschmerzen	89,5	73,6	1,22
T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	43,0	19,2	2,23
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	20,6	13,5	1,52
S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	15,2	8,4	1,81
S93	Luxation, Verstauchung und Zerrung der Gelenke und Bänder in Höhe des oberen Sprunggelenkes und des Fußes	14,0	10,3	1,36
S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	12,0	9,4	1,28
S62	Fraktur im Bereich des Handgelenkes und der Hand	11,2	3,4	3,28
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	9,4	7,7	1,21
M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	8,9	6,8	1,31
K40	Hernia inguinalis [Leistenbruch]	8,8	1,2	7,20
S92	Fraktur des Fußes [ausgenommen oberes Sprunggelenk]	7,8	5,2	1,50
M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	7,6	5,8	1,31
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	7,4	3,5	2,11
I21	Akuter Myokardinfarkt	6,5	1,2	5,66
I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	6,0	1,2	5,42
S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	5,5	3,6	1,53
I20	Angina pectoris	5,4	1,6	3,29
S61	Offene Wunde des Handgelenkes und der Hand	5,2	1,5	3,50

Quelle: DAK AU-Daten 2007

Tabelle C2: Männertypische Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen in Sachsen-Anhalt (absteigend sortiert nach AU-Tage pro 100 Versicherte bei Männern)

ICDHG	ICDTitel	AU-Tage pro 100 VJ. Bei Männern	AU-Tage pro 100 V. bei Frauen	Verhältnis Männer / Frauen
M54	Rückenschmerzen	127,0	100,3	1,27
T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	59,2	23,6	2,51
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	19,7	12,7	1,55
S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	19,1	9,4	2,03
S52	Fraktur des Unterarmes	16,0	8,0	2,00
S62	Fraktur im Bereich des Handgelenkes und der Hand	15,6	5,4	2,89
M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	12,6	8,3	1,52
K40	Hernia inguinalis	12,0	1,1	10,91
S61	Offene Wunde des Handgelenkes und der Hand	11,2	1,8	6,22
M99	Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	9,1	6,8	1,34
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	8,3	4,1	2,02
S80	Oberflächliche Verletzung des Unterschenkels	7,8	3,3	2,36
S92	Fraktur des Fußes [ausgenommen oberes Sprunggelenk]	7,0	4,3	1,63
S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	6,5	1,4	4,64
S63	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern in Höhe des Handgelenkes und der Hand	6,5	2,9	2,24
S20	Oberflächliche Verletzung des Thorax	5,8	2,0	2,90
S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	5,6	0,9	6,22
R07	Hals- und Brustschmerzen	5,4	1,9	2,84
M70	Krankheiten des Weichteilgewebes im Zusammenhang mit Beanspruchung, Überbeanspruchung und Druck	5,3	1,1	4,82
M13	Sonstige Arthritis	5,2	4,0	1,30
S60	Oberflächliche Verletzung des Handgelenkes und der Hand	5,1	2,2	2,32

Quelle: DAK AU-Daten 2007

Tabelle C3: Männertypische Krankenhausdiagnosen bundesweit (absteigend sortiert nach KH-Tage pro 1.000 Versicherte bei Männern)

ICDHG	ICDTitel	KH-Tage pro 1.000 VJ. Bei Männer	KH-Tage pro 1.000 V. bei Frauen	Verhältnis Männer / Frauen
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	30,4	10,2	2,97
F20	Schizophrenie	21,8	11,6	1,88
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	17,4	14,4	1,21
I21	Akuter Myokardinfarkt	11,6	1,7	6,75
S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	10,4	7,6	1,36
K40	Hernia inguinalis [Leistenbruch]	10,2	1,1	8,97
I20	Angina pectoris	9,3	2,4	3,92
K57	Divertikulose des Darmes	8,7	5,7	1,54
N20	Nieren- und Ureterstein	8,1	3,6	2,26
J34	Sonstige Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen	7,8	4,5	1,73
I63	Hirninfarkt	7,7	3,2	2,39
I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	7,7	0,9	8,20
G40	Epilepsie	7,0	4,4	1,59
E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	6,7	2,0	3,35
S06	Intrakranielle Verletzung	6,7	3,8	1,74
C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	6,5	3,8	1,71
G47	Schlafstörungen	6,4	1,2	5,28
K85	Akute Pankreatitis	6,4	2,5	2,59
S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes/ von Bändern des Knies	5,8	2,9	2,04
I48	Vorhofflattern und Vorhofflimmern	5,7	1,7	3,34
I70	Atherosklerose	5,6	1,6	3,49
J32	Chronische Sinusitis	5,6	4,5	1,24
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	5,5	3,7	1,49
	Krankenhaustage gesamt	773,4	1002,5	0,77
	Krankenhaustage gesamt (Frauen ohne AU-Tage i. V. m. Schwangerschaft, Geburt)	773,4	778,0	0,99

Quelle: DAK KH-Daten 2007

Tabelle C4: Männertypische Krankenhausdiagnosen in Sachsen-Anhalt (absteigend sortiert nach KH-Tage pro 1.000 Versicherte bei Männern)

ICDHG	ICDTitel	KH-Tage pro 1.000 VJ. Bei Männer	KH-Tage pro 1.000 V. bei Frauen	Verhältnis Männer / Frauen
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	40,2	12,7	3,17
S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	13,0	6,2	2,10
G40	Epilepsie	10,0	5,4	1,85
I20	Angina pectoris	9,1	4,0	2,27
I48	Vorhofflattern und Vorhofflimmern	9,1	1,4	6,50
N20	Nieren- und Ureterstein	7,9	5,4	1,46
K29	Gastritis und Duodenitis	7,8	3,2	2,44
E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	7,4	3,4	2,18
C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	7,3	3,6	2,03
I50	Herzinsuffizienz	7,0	1,3	5,38
I21	Akuter Myokardinfarkt	6,4	1,9	3,37
N13	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie	6,8	2,0	3,40
K57	Divertikulose des Darmes	6,6	4,6	1,43
S06	Intrakranielle Verletzung	6,6	4,9	1,35
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	5,7	3,7	1,54
E10	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]	5,5	4,5	1,22
I63	Hirninfarkt	5,4	2,2	2,45
M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	5,3	4,2	1,26
S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	5,3	2,2	2,41
	Krankenhaustage gesamt	855,9	1.147,2	0,75

Quelle: DAK KH-Daten 2007

Sachsen-Anhalt