



Gesund leben und arbeiten in Schleswig-Holstein

Ausgabe 2010

- Männergesundheit -

Herausgeber:

Ministerium für Arbeit,
Soziales und Gesundheit
des Landes Schleswig-Holstein
Adolf-Westphal-Straße 4
24143 Kiel

E-Mail:

Bettina.Kuepper@SozMi.landsh.de

Telefon: 0431/988-5438

Redaktion: Sandra Diana Storch

Realisation:

Schmidt & Klaunig im Medienhaus Kiel

ISSN 0935-4379

Dezember 2009

Die Landesregierung im Internet:

www.schleswig-holstein.de

Titelfoto:

© Fotolia, shoot4u „Sir, it is Time!“

Diese Broschüre wurde aus Recyclingpapier hergestellt.

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der schleswig-holsteinischen Landesregierung herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Personen, die Wahlwerbung oder Wahlhilfe betreiben, im Wahlkampf zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf diese Druckschrift nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Landesregierung zugunsten einzelner Gruppen verstanden werden könnte. Den Parteien ist es gestattet, die Druckschrift zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder zu verwenden.

Inhalt

Vorwort	5
---------------	---

Teil I

Daten und Fakten zur Gesundheit des „starken Geschlechts“

Die häufigsten gesundheitlichen Beschwerden und Krankheiten der Männer	9
Nordlichter sind die Schlusslichter bei der Krebsvorsorge	13

Teil II

Gesundheitliche Prävention für Männer – eine Herausforderung

Männer als „neue“ Zielgruppe der Prävention	17
Ihre Partnerschaft ist ganz wichtig für die Gesundheit der Männer	21
Gesundheitsrisiko „Mann“ – Erkennen und reagieren	23
„Kleine Jungs“ im Fokus – Gesundheitsförderung von Anfang an	25

Teil III

Die (Arbeits-)Welt der Männer

Stress – (K)ein Thema für das starke Geschlecht	29
Mehr Leben ins Männerleben – Vor- und Fürsorge für Körper, Geist und Seele	31

Teil IV

„Echt stark“?!? So gehen Männer mit ihrer Gesundheit um

So stur kann doch kein Mann sein – Männer in der Ernährungsberatung	35
Sport ist die Kür, Bewegung ist Pflicht	39
Kochen mit Jochen - Ein Kurs nicht nur für Jungs	43

Teil V

Service

Präventionsticker: Nachrichten auf einen Blick	47
Tabellen	49
Adressen	55



Liebe Leserinnen, liebe Leser,

wer aktiv und gesund, motiviert und stark sein Leben gestalten will, muss dafür einiges tun. Gesundheit fällt nicht vom Himmel. Unter dem Stichwort „Prävention“ werden die wichtigsten Voraussetzungen gebündelt, die zu einem gesunden und aktiven Leben gehören. Medizinische Vorsorge, Bewegung, gesunde Ernährung und gesunde Arbeitsbedingungen helfen, bis ins hohe Alter fit zu sein und sich wohl zu fühlen. Deshalb steht „Prävention“ im Koalitionsvertrag der neuen schleswig-holsteinischen Landesregierung in der Gesundheitspolitik an erster Stelle.

Eine gesunde Lebensführung lässt sich nicht „verordnen“. Jeder Mensch muss seine Lebens- und Arbeitsbedingungen individuell gestalten. Aber je aktiver, je verantwortungsvoller wir mit unserer Gesundheit umgehen, umso weniger werden wir krank. Durch unser Verhalten am Arbeitsplatz oder in der Freizeit können wir Risiken minimieren – zum Beispiel, indem wir gesundheitsfördernde Angebote nutzen.

Die Broschüre „Gesund leben und arbeiten in Schleswig-Holstein“ soll auch in ihrer zweiten Ausgabe über schleswig-holsteinische Aktivitäten im Bereich der gesundheitlichen Prävention informieren. Die Broschüre greift Maßnahmen des Gesundheitsministeriums auf und will anregen, mitzureden und mitzumachen. Um den vielfältigen Aktivitäten der gesundheitlichen Prävention neue Anstöße zu geben, ist es mir wichtig, erstmalig mit dieser Ausgabe die Aufmerksamkeit auf einen Themenkomplex zu lenken, der immerhin die Hälfte der Bevölkerung anspricht: Männer. Männergesundheit rückt als

Thema auch bundesweit zunehmend in das Blickfeld der Gesundheitspolitik und der Prävention. Aber: Noch viel zu viele Männer kümmern sich erst um ihre Gesundheit, wenn es „fünf vor Zwölf“ ist.

Präventive Gesundheitspolitik kann nur erfolgreich sein, wenn sie selbstkritisch überprüft, ob ihre Informations- und Aufklärungsarbeit sowie ihr Angebot die Menschen tatsächlich erreicht und anspricht, von ihnen verstanden und angenommen wird. Die vorliegende Broschüre spiegelt wider, dass noch immer viele Männer das Thema „Gesundheit“ ignorieren. Dass Männer sich gesundheitsbewusst verhalten, ist eher die Ausnahme als die Regel.

Das wollen und müssen wir ändern. Diese Broschüre ist ein erster Schritt, um für dieses Thema zu sensibilisieren. Ich lade alle Akteure im Bereich gesundheitlicher Prävention dazu ein, sich an dieser Arbeit zu beteiligen.

Dr. Heiner Garg
Minister für Arbeit, Soziales und Gesundheit
des Landes Schleswig-Holstein

Teil I

Daten und Fakten zur Gesundheit des „starken Geschlechts“

Teil II

Gesundheitliche Prävention für Männer – eine Herausforderung

Teil III

Die (Arbeits-)Welt der Männer

Teil IV

„Echt stark“?!? So gehen Männer mit ihrer Gesundheit um

Teil V

Service

Die häufigsten gesundheitlichen Beschwerden und Krankheiten der Männer

1. Lebenserwartung

Die durchschnittliche weitere Lebenserwartung von 40-jährigen Männern liegt mit 37 Jahren deutlich unter der von gleichaltrigen Frauen (42 Jahre):

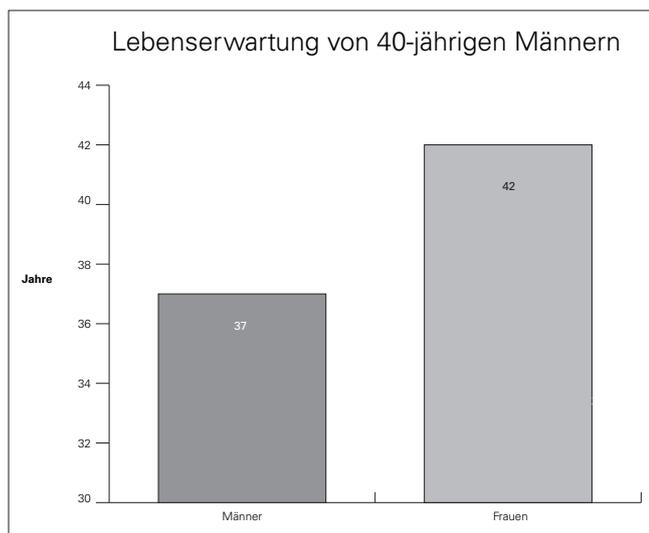


Abb. 1: Durchschnittliche weitere Lebenserwartung (in Jahren) von 40-jährigen Frauen und Männern 2001 in Deutschland
Quelle: Gender-Datenreport 2005, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

2. Häufige Erkrankungen bei Männern

Zu den häufigsten Diagnosen bei Männern zählen Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems und alkoholbedingte Auffälligkeiten. Bei den Krebserkrankungen stehen bösartige Tumoren der Atemwege und der Lunge im Vordergrund (s. Tabelle unten).

Anteil von Männern an häufigen Erkrankungen:

- Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit): Männer sind bis zum 70. Lebensjahr deutlich häufiger betroffen als Frauen
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Häufigste Todesursache bei Männern und Frauen; Männer sind acht Mal häufiger betroffen als Frauen, sie sterben neun Mal häufiger an einem Infarkt
- Psychische Erkrankungen: Selbstmordrate bei Männern (Anzahl absolut 2006: 7225) ist höher als bei Frauen (Anzahl 2006 absolut: 2540)
- Krebs: Unterschiede bezüglich Krebsarten zwischen Männern und Frauen
Häufigkeit bei Männern in abnehmender Reihenfolge: Prostata, Darm, Lunge
Häufigkeit bei Frauen in abnehmender Reihenfolge: Brust, Darm, Lunge

Quellen: RKI, Gesundheit in Deutschland 2006; Statistisches Bundesamt 2007

Rang	Diagnose	Angaben (absolut)
1	Herzmuskeldurchblutungsstörung	292.386
2	psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	196.364
3	Hernia inguinalis (Leistenbruch)	169.944
4	Angina pectoris (Herzenge)	137.241
5	Schlafstörungen	122.532
6	bösartige Neubildungen der Bronchien, der Lungen	119.078
7	intrakranielle Verletzung (Verletzung innerhalb des Schädels)	117.427
8	Herzinsuffizienz (Herzpumpschwäche)	113.586
9	Pneumonie (Lungenentzündung), Erreger nicht näher bezeichnet	112.265
10	akuter Myokardinfarkt (Herzinfarkt)	97.500
11	chronische Krankheiten der Gaumen- und Rachenmandeln	88.771
12	Binnenschädigung des Kniegelenks (internal derangement)	88.157
13	Nieren- und Harnleiterstein	86.992
14	Vorhofflattern und Vorhofflimmern (Herzrhythmusstörung)	86.409
15	Fraktur des Unterschenkels, einschl. des oberen Sprunggelenks	80.992
16	bösartige Neubildung der Prostata (Vorsteherdrüse)	80.639
17	Atherosklerose (allg. Gefäßverengung)	80.309
18	sonstige Bandscheibenschäden	76.724
19	Hirninfrakt (Schlaganfall)	75.580
20	sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	75.286
	Insgesamt	2.298.182

Tab. 1: Häufigste Diagnosen der aus dem Krankenhaus entlassenen männlichen Patienten in Deutschland 2002 (absolut)
Quelle: Gender-Datenreport 2005, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Statistisches Bundesamt 2004

3. Höhere Sterblichkeit von Männern

Der unten stehenden Abbildung ist zu entnehmen, dass eine Übersterblichkeit¹ von Männern in bestimmten Altersgruppen gegenüber Frauen bei folgenden Erkrankungen auftritt:

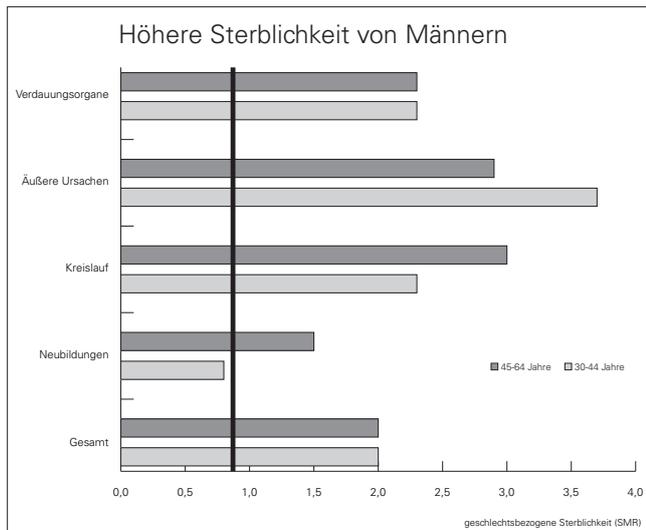


Abb. 2: Übersterblichkeit der Männer nach Haupttodesursachen – sex mortality ratio (SMR) nach Altersgruppen (Todesfälle 2001)
Quelle: Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter, RKI 2005

SMR (sex mortality ratio) gibt das Verhältnis der Sterblichkeit je 100.000 Männer zur Sterblichkeit je 100.000 Frauen an; ein Wert > 1 signalisiert eine so genannte Übersterblichkeit der männlichen Bevölkerung

4. Gesundheitliches Risikoverhalten

Zu den regelmäßigen Rauchern gehören deutlich mehr Männer als Frauen in allen Altersgruppen:

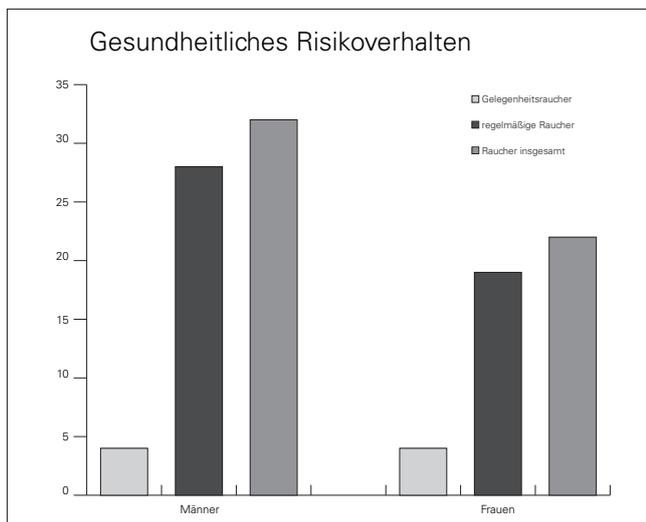


Abb. 3: Rauchgewohnheiten von Männern und Frauen in Deutschland im Vergleich 2005 (Angaben in Prozent)
Quelle: Leben in Deutschland — Haushalte, Familien und Gesundheit, Ergebnisse des Mikrozensus 2005, Statistisches Bundesamt 2006

5. Subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit

Subjektive Beschwerden von Frauen und Männern: Männer äußern weniger Beschwerden als Frauen. Mehr Männer als Frauen geben an, ihre Gesundheit sei sehr gut oder gut:

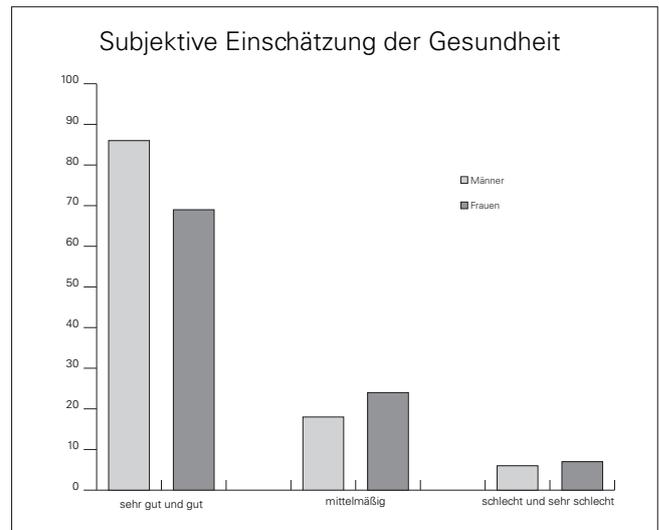


Abb. 4: Selbsteinschätzung der Gesundheit nach Alter und Geschlecht (in Prozent)
Quelle: RKI, Telefonischer Gesundheitssurvey 2003 (GSTel03)

Unterschiede bezüglich der Symptome eines Herzinfarkts bei Männern und Frauen

Männer erleben die Symptome eines Herzinfarktes anders als Frauen. Bei Männern findet sich der typische Brustschmerz gleich häufig wie bei Frauen. Andere bzw. zusätzliche Schmerzlokalisationen sind jedoch bei Männern seltener als bei Frauen:

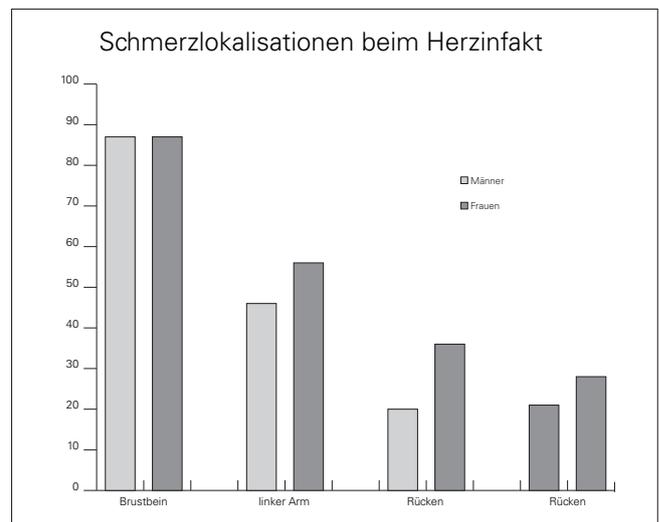


Abb. 5: Schmerzlokalisationen und Ausstrahlungen beim Herzinfarkt nach Geschlechtern in Prozent
Quelle: RKI, Gesundheit in Deutschland 2006

¹ Übersterblichkeit = die Sterblichkeit einer Gruppe liegt über der einer oder mehrerer anderer Vergleichsgruppen bzw. der restlichen Bevölkerungsteile

² zu den äußeren Ursachen zählen unter anderem Verkehrsunfälle und Arbeitsunfälle

6. Berufskrankheiten bei Männern

Auf Männer entfallen über 70 % der anerkannten Berufskrankheiten (BKen). In Schleswig-Holstein lagen 2008 die als beruflich bedingt anerkannte Lärmschwerhörigkeit und durch Asbest verursachte Lungenveränderungen (Asbestose, Lungen-, Kehlkopfkrebs und Rippenfellkrebs durch Asbest) an der Spitze der BKen. Weitere häufig gezählte Berufskrankheiten waren allergische Atemwegserkrankungen und Hautkrankheiten. Der männliche Anteil überwog gegenüber dem weiblichen Anteil der Erkrankten außer bei den Hautkrankheiten (Berufskrankheiten Dokumentation (BK-DOK)- Gewerbliche Wirtschaft und Öffentlicher Dienst, Anerkannte Bken, Bundesland Schleswig-Holstein 2008, DGUV Referat BK-Statistik/ ZIGUV, D-53757 Sankt Augustin, erstellt am 04.08.09).



Abb. 6: Anerkannte Berufskrankheiten insgesamt in Schleswig-Holstein 2008 nach Geschlechtern

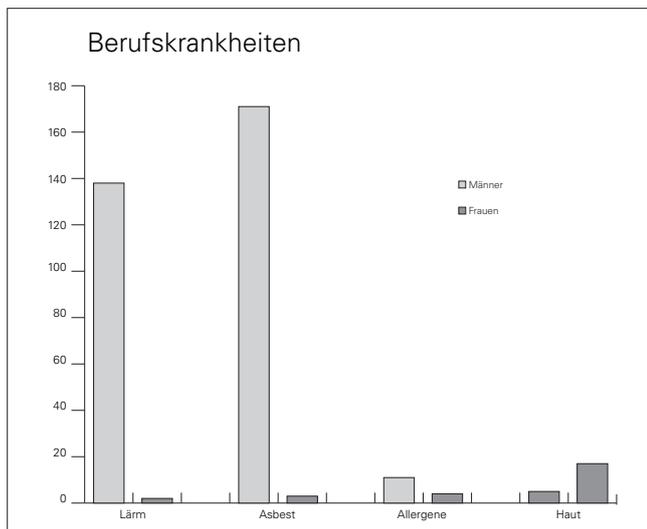


Abb. 7: Durch Lärm, Asbest, Allergene und Hauteinwirkungen beruflich verursachte und versicherungsrechtlich anerkannte Berufskrankheiten in Schleswig-Holstein 2008 nach Geschlechtern

7. Arbeitsunfälle bei Männern

Von schweren und tödlichen Arbeitsunfällen sind Männer häufiger als Frauen betroffen. Männer erlitten 20586 meldepflichtige und 8 tödliche Arbeitsunfälle in

Schleswig-Holstein im Jahr 2008. Bei Frauen ereigneten sich im Vergleich in 2008 in Schleswig-Holstein 6325 meldepflichtige Arbeitsunfälle und 1 tödlicher Arbeitsunfall (Gewerbliche Berufsgenossenschaften, Berichtsjahr 2008, Arbeitsunfälle in Schleswig-Holstein, Referat „Statistik – Arbeitsunfälle, Prävention“, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)).

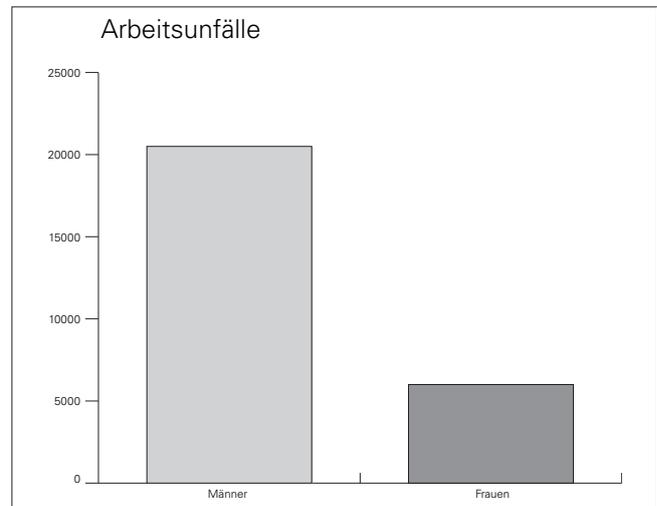


Abb. 8 : Meldepflichtige Arbeitsunfälle in Schleswig-Holstein 2008 nach Geschlechtern

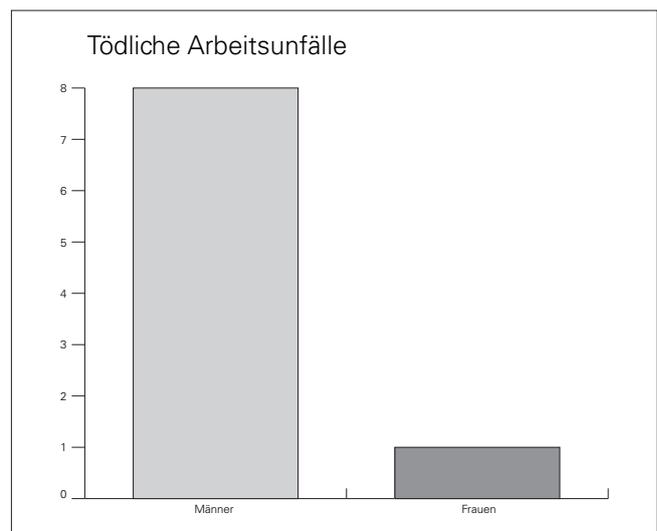


Abb. 9 : Tödliche Arbeitsunfälle in Schleswig-Holstein 2008 nach Geschlechtern

Zusammengestellt von Annika Sternberg, BA Vermittlungswissenschaften, Gesundheit und Ernährung, Uni Flensburg, und Dr. Ina Wiederhold, Landesgewerbeärztin, MASG

Nordlichter sind die Schlusslichter bei der Krebsvorsorge

Männer sind Vorsorgemuffel: In Schleswig-Holstein gehen nur 23 Prozent zur jährlichen Krebsfrüherkennung. Im bundesweiten Vergleich stehen die Nordlichter damit ganz weit hinten - nur die Männer aus dem Saarland und aus Thüringen besuchen ihren Arzt zur Krebsfrüherkennung noch seltener. Dagegen lassen sich immerhin fast sechs von zehn Frauen in Schleswig-Holstein regelmäßig durchchecken. Mit 59 Prozent liegen sie knapp unter dem bundesweiten Durchschnitt von 60 Prozent. Dies ist das Ergebnis einer aktuellen Forsa-Umfrage im Auftrag der Techniker Krankenkasse (TK).

Die Umfrage ist den Ausreden der – männlichen wie weiblichen – Vorsorgemuffel im Norden auf den Grund gegangen. Das Ergebnis: 63 Prozent der Befragten gaben an, dass sie nur zum Arzt gehen, wenn sie wirklich krank sind. Mehr als jeder Vierte sagt sogar: „Früherkennung betrifft mich nicht – ich bin doch gesund!“ 23 Prozent gaben Zeitmangel als Grund an. Obwohl eine Praxisgebühr bei der Krebsvorsorge nicht anfällt, gaben 15 Prozent der Befragten an, diese sparen zu wollen.

Laut der Studie wissen nur die wenigsten Menschen über das Thema Früherkennung Bescheid. Mehr als jeder Dritte im Norden hat sich noch nie über das Thema Früherkennung informiert. Dabei war Krebs im vergangenen Jahr für jeden vierten Todesfall in Deutschland verantwortlich.

Hintergrund:

Männer haben ab 45 Jahren Anspruch auf die jährliche Krebs-Früherkennung, die von den Krankenkassen bezahlt wird. Darin untersucht der Arzt neben der Haut und den äußeren Genitalien vor allem die Prostata.

Frauen können schon ab 20 Jahren zur jährlichen Krebsvorsorge gehen. Dabei untersucht der Arzt die Genitalorgane und macht einen Abstrich, der auf Krebszellen untersucht wird. Ab 30 Jahren kommen eine Untersuchung der Brust und der Haut hinzu und ab 50 können Frauen zusätzlich an dem so genannten Mammographie-Screening teilnehmen. Die Mammographie kann helfen, einen Tumor in der Brust möglichst früh zu erkennen.

Frauen und Männer ab 35 Jahren haben zusätzlich alle zwei Jahre Anspruch auf ein Hautkrebs-Screening. Ab 50 beinhaltet die jährliche Untersuchung darüber hinaus bei Männern wie Frauen die Darmkrebsfrüherkennung mit einem Test auf verstecktes Blut im Stuhl und ab 55 alle zehn Jahre mit einer Darmspiegelung. Wer sich gegen diese so genannte Koloskopie entscheidet, kann alternativ auch nach dem 55. Geburtstag weiterhin alle zwei Jahre den Stuhltest machen.

Männer sind Vorsorgemuffel

Nur jeder vierte Mann geht zur Krebs-Früherkennung – von den Frauen gehen immerhin sechs von zehn



Jeder Zweite geht nicht zur Krebsvorsorge

Das sind die Gründe der Vorsorgemuffel:



Quelle / Grafik: Techniker Krankenkasse (Meinungspuls Früherkennung 2009)

Teil I

Daten und Fakten zur Gesundheit des „starken Geschlechts“

Teil II

Gesundheitliche Prävention für Männer – eine Herausforderung

Teil III

Die (Arbeits-)Welt der Männer

Teil IV

„Echt stark“?!? So gehen Männer mit ihrer Gesundheit um

Teil V

Service

Männer als „neue“ Zielgruppe der Prävention

Bettina Küpper, Referatsleiterin im Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit

Dr. Ina Wiederhold, Landesgewerbeärztin im Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit



Prävention beugt Erkrankungen vor und hilft die Gesundheit zu erhalten. Die praktische Umsetzung von Prävention ist in vielfacher Hinsicht eine große Herausforderung; unter anderem dann, wenn Männer als Zielgruppe von Prävention erreicht werden sollen. Denn dem „kleinen Unterschied“ zwischen den Geschlechtern entsprechen große Unterschiede im Präventions- bzw. gesundheitsförderlichen Verhalten zwischen Männern und Frauen. Die allerdings sind nicht folgenlos für ihren jeweiligen Gesundheitszustand.

Konkreter: Männer nehmen deutlich seltener als Frauen an Vorsorgeuntersuchungen wie zum Beispiel Krebsfrüherkennung¹ oder an individuellen Präventionsangeboten der Krankenkassen teil. Die Ergebnisse des jährlichen Präventionsberichts der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) liefern hierzu eine eindeutige Aussage: „Seit Beginn der Erhebungen für das Berichtsjahr 2002 lag der Anteil der männlichen Kursteilnehmer an Kursen nach dem individuellen Ansatz konstant bei nur etwa 20 Prozent.“² Auch Präventionsangebote zur Bewegung, Ernährung, Stressreduktion, die auf die Verringerung von Risikofaktoren abzielen, die bei Männern besonders häufig anzutreffen sind, nutzen Männer weniger als Frauen. Lediglich die Sucht- und Genussmittelpräventionsangebote werden von beiden Geschlechtern in etwa gleich angenommen.

Als Ursache für Arbeitsunfähigkeit stehen bei Männern Muskel-Skeletterkrankungen an der Spitze, gefolgt von Herzinfarkt, äußeren Ursachen (Unfällen), Lebererkrankungen und psychischen Störungen.

Eine nähere Betrachtung der geschlechtsspezifischen Verteilung ausgewählter Erkrankungen zeigt:

- Die Zuckerkrankheit wird in den Altersgruppen von 50-59 Jahren und 60-69 Jahren in den alten Bundesländern bei den Männern mit 7,4% und 11,2% häufiger festgestellt als bei den Frauen mit 2,1% und 10,4%³. In Verbindung damit zu sehen ist: 66% der Männer in Deutschland sind übergewichtig oder gar adipös.⁴
- Von den ambulant oder am ersten Tag eines Klinikaufenthaltes gestorbenen Herzinfarktpatienten hatten 63% der Männer und 58% der Frauen eine Erkrankung der Herzkranzgefäße⁵.
- Im Alter von 40 bis 74 Jahren waren regelmäßig mehr Männer wegen Durchblutungsbedingten Gehirnerkrankungen wie Schlaganfall in stationärer Behandlung als Frauen⁶.
- Dreimal so viele Männer wie Frauen erkranken an Lungenkrebs. Er ist in Deutschland sowohl bei Män-

nern wie Frauen das dritthäufigste Krebsleiden. Im Jahr 2002 erkrankten etwa 32.550 Männer an Lungenkrebs. Das sind knapp 15 Prozent aller Krebserkrankungen beim männlichen Geschlecht, die mehr als ein Viertel aller Krebstodesfälle bei Männern verursachen. Bei den Frauen macht der Lungenkrebs mit jährlich rund 12.450 Neuerkrankungen derzeit „nur“ sechs Prozent aller bösartigen Tumoren aus und verursacht etwa sechs Prozent der Krebstodesfälle. Der Hauptrisikofaktor für Lungenkrebs ist seit langem bekannt. So sind bei Männern bis zu 90 Prozent, bei Frauen derzeit bis zu 60 Prozent der Lungenkrebsfälle auf das aktive Zigarettenrauchen zurückzuführen⁷.

- 5 bis 5,5% der Männer im Alter von 25 bis 69 Jahren haben eine asthmatische Erkrankung im Gegensatz zu 4,0 bis 4,6% der Frauen in diesem Alter⁸.
- In Bezug auf die Zahngesundheit leiden in der Altersgruppe von 35 bis 44 Jahren 87% der Männer und 82,7% der Frauen an einer Erkrankung des Zahnbettes, einer so genannten Parodontose bzw. Parodontitis⁹. Auch hier besteht ein Zusammenhang zum Nikotinmissbrauch.

Auf Männer entfallen über 70% der anerkannten Berufskrankheiten (BKen). In Schleswig-Holstein lagen 2008 die als beruflich bedingt anerkannte Lärmschwerhörigkeit und durch Asbest verursachte Lungenveränderungen an der Spitze. Letztere verlaufen tödlich. In Schleswig-Holstein treten jährlich circa 50 solcher Fälle auf. Weitere häufig gezählte BKen waren allergische Atemwegserkrankungen und Hautkrankheiten. Außer bei den Hautkrankheiten überwog der männliche Anteil gegenüber dem weiblichen Anteil der Erkrankten¹⁰.

Die zweifellos immer noch durchschnittlich kürzeren Erwerbsarbeitsverläufe, die durchschnittlich kürzere tägliche Erwerbsarbeitszeitdauer von Frauen (höherer Teilzeitanteil, weniger Überstunden als Männer) erklären diesen geringeren Anteil von Frauen an Berufskrankheiten nur unzureichend, ebenso die um rund 10% geringere Erwerbsquote von Frauen.

Mit zu berücksichtigen ist in diesem Zusammenhang die auch heute noch klar nachweisbare Geschlechtertrennung auf dem Arbeitsmarkt. Sie hat zur Folge, dass Frauen und Männer unterschiedlich stark als Führungskräfte vertreten sowie unterschiedlichen Arbeitsbedingungen, -anforderungen und -belastungen ausgesetzt sind, selbst wenn sie in derselben Branche beschäftigt sind.

>>

So ergreifen z.B. in Bäckereifachbetrieben Frauen eher eine Ausbildung zur Bäckereifachverkäuferin während Männer den Beruf des Bäckers mit handwerklicher Tätigkeit in der Backstube auswählen. Die Top 10 der am stärksten besetzten Ausbildungsberufe von Frauen sind: Bürokauffrau, Arzthelferin, Kauffrau im Einzelhandel, Friseurin, Zahnmedizinische Fachangestellte, Industriekauffrau, Fachverkäuferin im Nahrungsmittelhandwerk, Kauffrau für Bürokommunikation, Hotelfachfrau und Verkäuferin.

Dem gegenüber sind die Top 10 der am stärksten besetzten Ausbildungsberufe von Männern: Kraftfahrzeugmechaniker, Industriemechaniker, Elektroniker, Anlagenmechaniker für Sanitär-, Heizungs- und Klimatechnik, Kaufmann im Einzelhandel, Koch, Metallbauer, Maler und Lackierer, Kaufmann im Groß- und Außenhandel und Tischler.

Von 3,3 Mio Beamten, Richtern, Soldaten und sonstigen vergleichbaren Berufen sind 62% Männer und 38% Frauen. 5 Mio Selbständige und Mithelfende gliedern sich in 70% Männer und 30% Frauen. 4,7 Mio geringfügig Beschäftigte sind zu 33% Männer und zu 67% Frauen¹¹.

Frauen üben häufiger Tätigkeiten aus, in denen sie mit Menschen zu tun haben, z. B. im Betreuungs-, Pflege- und Dienstleistungsbereich. Männer sind in Tätigkeiten vorherrschend, die mit Maschinen oder Produkten zu tun haben und als „(körperlich) schwer“ oder „schwierig gelten“¹². Hierzu zählen z. B. Tätigkeiten, die mit höheren Umgebungsbelastungen (Vibration, Lärm, Hitze, Kälte, Nässe, verschiedene Gefahrstoffe...) sowie mit schwerem Heben und Tragen verbunden sind. Unter Mechanikern, auf dem Bau und im Tiefbau, an Arbeitsplätzen, die mit Lärm (oder Asbestexposition) verbunden sind, sind Frauen selten oder nie zu finden.

Von schweren und tödlichen Arbeitsunfällen sind Männer häufiger als Frauen betroffen: Von den insgesamt 26 926 meldepflichtigen Arbeitsunfällen 2008 in Schleswig-Holstein gingen 20 586 zu Lasten der Männer; von den insgesamt neun tödlichen Arbeitsunfällen acht¹³.

Eine nähere Betrachtung der Mortalität zeigt, dass Männer eine immer noch fünf bis acht Jahre geringere Lebenserwartung als Frauen haben und unter 65 Jahren eine höhere Sterblichkeit bei ihnen vorliegt (verhaltensbedingte Todesursachen).

Trotz dieser Fakten fühlen sich Männer weniger anfällig für Krankheiten als Frauen. Sie geben häufiger als Frauen an, ihre Gesundheit sei sehr gut oder gut. Männer nehmen gesundheitliche Beschwerden weniger wahr, nehmen weniger Selbsthilfegruppen in Anspruch und später Kontakt zu professionellen Gesundheitsdiensten auf¹⁴. Obendrein legen sie eine größere Risikobereitschaft sowie gesundheitlich riskantere Verhaltensweisen an den Tag. Risikofaktoren wie Rauchen, Alkohol, Drogenkonsum, Bluthochdruck, riskantes Verhalten im Straßenverkehr und Sport nehmen viele von ihnen in Kauf.

Gleichzeitig haben Männer „weniger angemessene Stile der Stressbewältigung“¹⁵. Ihr Bewältigungsstil ist defensiver als der von Frauen, sie wehren Belastungen eher ab und ziehen sich sozial zurück anstatt Unterstützung zu suchen. Manchmal versuchen sie auch Belastungen durch riskante Verhaltensmuster (Konsum von Alkohol, aggressive Strategien) zu bewältigen und schaffen sich damit neue (gesundheitliche) Probleme. Männer fühlen sich weniger anfällig für Krankheiten und sehen in deutlich geringerem Maße als Frauen die Notwendigkeit, für ihre eigene Gesundheit wirklich aktiv zu werden¹⁶.

Männer stellen 70% der beiden Bevölkerungsgruppen, für die Kartte/Neumann in ihrer Untersuchung feststellen, dass sie „ungesund handeln und an Krankheiten leiden“ oder aber „gesund sind und sich wohl fühlen aber ungesund leben“. Der Raucheranteil ist in diesen beiden Gruppen bis zu 6-mal so hoch, der der Nicht-Sportler bis zu 3-mal, der Anteil derjenigen, die sich schlecht ernähren, liegt sogar um das bis zu 16-Fache über dem der gesunden Menschen mit gesundem Verhalten und der gesund lebenden Kranken.¹⁷

Fazit: Gerade Männer hätten Prävention dringend nötig. Dennoch nehmen sie aus unterschiedlichsten Gründen Präventionsangebote seltener in Anspruch als Frauen. Damit entgeht ihnen individuell ein Zugewinn an Lebensqualität und Lebenszeit.

Gleichzeitig verursachen sie mit ihrem Verhalten vermeidbare Krankheitsfolgekosten, die vor dem Hintergrund der wachsenden Kosten des Gesundheitssystems an Bedeutung gewinnen.

Gesundheitspolitisch sollte die Kluft zwischen dem vorhandenen Präventionsbedarf von Männern und deren Präventionsverhalten nicht länger hingenommen werden. Zumal Prävention inzwischen als eine der wesentlichen Antworten auf die Herausforderungen unseres Gesundheitssystems diskutiert wird und der Ruf nach mehr Prävention spürbar größer wird. Der demografische Wandel erfordert es im übrigen, gesundheitspolitisch alle Möglichkeiten zu nutzen, die Prävention bietet, um die älter werdende Erwerbsbevölkerung - und die ist überwiegend männlich - bis zum Renteneintrittsalter beschäftigungsfähig zu halten.

Die Erfolgserwartungen setzen voraus, dass Prävention endlich stärker den Teil ihrer Zielgruppe, den sie bisher mit ihren Maßnahmen kaum oder gar nicht erreicht hat - die Männer - besonders anspricht und überzeugt. Es gilt daher, Männer als Zielgruppe von der Sinnhaftigkeit gesundheitsförderlicher Verhaltens- und Lebensweisen zu überzeugen und nachhaltig zu Verhaltensänderungen zu bewegen.

Hierzu müssen in stärkerem Maße als bisher Präventionskonzepte, -strategien und -ansätze entwickelt werden, die geschlechtersensibel auf die besondere Arbeits- und Lebenssituation sowie stärker auf die Bedürfnisse, Verhaltensweisen und Lebensstile von Männern zugeschnitten sind.

Prävention, die Männer erreichen will, muss „männlich“ sein

Welche ersten Anregungen können für Aufklärungskampagnen, Aktionen und Maßnahmen im Bereich gesundheitlicher Prävention formuliert werden, um die Zielgruppe Männer erfolgreich anzusprechen und zu Verhaltensänderungen zugunsten ihrer Gesundheit zu motivieren?

Präventionsangebote sollten zukünftig grundsätzlich stärker als bisher Unterschiede in den besonderen Arbeits- und Lebensbedingungen, in den Verhaltensweisen und Lebensstilen von Männern und Frauen, in ihren Einstellungen zur Gesundheit sowie bezogen auf ihre gesundheitliche Lage berücksichtigen; unabhängig davon, ob diese Unterschiede aus der jeweiligen sozialen Rolle resultieren oder biologisch begründet sind.

Für Präventionsangebote mit der Zielgruppe Männer heißt das konkret:

Für Männer ist die Leistungsfähigkeit zentraler Anknüpfungspunkt bezogen auf Gesundheit¹⁸. Deshalb sollte Prävention als Mittel/Instrument zur Steigerung oder zum Erhalt bzw. zur Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit „an den Mann gebracht werden“. Dementsprechend ist davon auszugehen, dass Männer insbesondere ab der Lebensmitte, beim Auftreten erster Anzeichen für das Nachlassen von Leistungsfähigkeit, solchen Präventionsangeboten gegenüber aufgeschlossener sein dürften als in jüngeren Jahren.

Die Aussicht, über Prävention das Wohlbefinden verbessern oder Entspannung erreichen zu können, spricht hingegen eher das weibliche Geschlecht an. Der Zeitschriftenmarkt hat diese geschlechtsspezifischen Unterschiede bereits berücksichtigt.

Die Lebens- und Arbeitswelt der meisten Männer ist in starkem Maße von Wettbewerb und Konkurrenz geprägt. Dies findet seinen Niederschlag in ihrer eher Wettkampforientierten, weniger Gesundheitsorientierten Einstellung zum Sport. Während dies in Sportangeboten der Vereine in der Regel bereits berücksichtigt wird, sollten auch Bewegungsangebote im Rahmen von betrieblicher Gesundheitsförderung hierauf noch stärker ausgerichtet werden.

Die Erwerbsarbeit stellt für die meisten Männer den zentralen Lebensbereich dar. Weil „das Verhältnis von Männern zu ihrer Arbeit und ihrem Beruf (...) in vielfacher Hinsicht zentral für ihre Gesundheit“ ist¹⁹, kommt in der auf Männer ausgerichteten Präventionsarbeit dem betrieblichen Setting ein ganz besonderer Stellenwert zu. Der Präventionsbericht der Krankenkassen von 2008 hält es für „lohnenswert, im Erwerbsleben stehende Männer über die betriebliche Gesundheitsförderung zu erreichen“²⁰.

Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) sollte daher eine hervorragende Rolle in dem Versuch spielen, Männer zu motivieren, sich um ihre Gesundheit zu kümmern und ihr Verhalten zu ändern. BGF ermöglicht es, gesundheitsrelevante Fragen, im Kontext der Arbeitswelt „männlergerecht“ zu stellen wie beispielsweise: Wie kann die eigene

Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz erhalten werden? Welchen Beitrag können Betriebssport oder Kantineessen dazu leisten? Wie kann erfolgreiche Kommunikation und Kooperation zum reibungslosen Arbeitsablauf beitragen und somit einen Beitrag zur Stressvermeidung leisten?

BGF als zentrales Instrument einer Erfolg versprechenden Präventionsarbeit mit Männern sollte vor allem aus folgenden Gründen der Zusammenarbeit mit Führungskräften einen besonderen Stellenwert einräumen:

Für BGF gilt ganz grundsätzlich: „Sie steht und fällt mit den Führungskräften“ oder anders ausgedrückt: „An den Führungskräften führt - wenn es um betriebliche Gesundheitsförderung geht - kein Weg vorbei!“ Damit ist gemeint: Die beste BGF-Maßnahme scheitert, wenn sie von den Führungskräften nicht mitgetragen und -gelebt wird. BGF kann nur erfolgreich sein, wenn Führungskräfte selbst von der Sinnhaftigkeit und dem betrieblichen Nutzen der BGF überzeugt sind und sie infolgedessen unterstützen. Männliche Vorgesetzte gestalten Arbeitsverhältnisse entscheidend mit und tragen für die Gesundheit der Mitarbeiter/innen eine große Verantwortung. Von ihnen hängt es mit ab, ob die Arbeitsplätze ihrer Mitarbeiter von Merkmalen wie „Autonomie“, „Sicherheit“ und „Entwicklungsmöglichkeiten“ gekennzeichnet sind, die sich erfahrungsgemäß positiv auf die Gesundheit der Beschäftigten auswirken.

Infolgedessen sollte insbesondere dann eng mit den Führungskräften - die überwiegend selbst männlich sind - zusammengearbeitet werden, wenn männliche Belegschaftsmitglieder für die betriebliche Gesundheitsförderung gewonnen werden sollen.

Männliche Vorgesetzte sind im übrigen selbst gesundheitlich gefährdet und können ihren Mitarbeitern gegenüber ihre Vorbildfunktion hinsichtlich des Umgangs mit der eigenen Gesundheit nutzen. Sie nehmen eine Schlüsselrolle ein, wenn es darum geht, gesundheitsförderliches Verhalten in der Belegschaft zu initiieren und als Teil der Unternehmenskultur zu verankern. Von besonderer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang das gesundheitsrelevante Verhalten männlicher Vorgesetzter hinsichtlich der kollegialen Zusammenarbeit sowie des Umgangs mit Stress und Belastungsgrenzen sowie Pausen und Regenerationsphasen. Aktuelle Nachrichten über Doping am Arbeitsplatz belegen den Bedarf nach einer Unternehmenskultur, in der dem ständig wachsenden Leistungsdruck durch Führungskräfte eindeutige Grenzen gesetzt werden.

Führungskräfte haben Interesse am Erhalt, der Förderung bzw. der Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit ihrer Mitarbeiter, um den Unternehmenserfolg zu sichern. Das Thema Leistungsfähigkeit bietet ihnen gute Möglichkeiten, um mit ihren männlichen Mitarbeitern - von Mann zu Mann - über gesundheitsrelevantes Verhalten ins Gespräch zu kommen.

Bei dem Versuch, Anregungen für Aufklärungskampagnen, Aktionen und Maßnahmen im Bereich gesundheitlicher Prävention für die Zielgruppe Männer geben zu wollen, sollten auch folgende Hinweise nicht fehlen:

Rechtsvorschriften auf dem Gebiet von Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit berücksichtigen bislang zu wenig vorhandene wissenschaftliche Erkenntnisse bezogen auf die gesundheitlich riskanteren Verhaltensweisen und die größere Risikobereitschaft von Männern²¹. So müsste zum Beispiel die oben erwähnte deutlich höhere Zahl schwerer und tödlicher Arbeitsunfälle bei Männern zum Anlass genommen werden, vorhandene Unfallschutzvorschriften daraufhin zu überprüfen, ob sie auch dem risikofreundlicheren Lebens- und Arbeitsstil von Männern genügend Beachtung schenken. Dies sollte allerdings keinesfalls in eine Neuauflage geschlechtsspezifischer Arbeitsschutzbestimmungen münden.

Generell sollten Aufklärungskampagnen, Aktionen und Maßnahmen im Bereich gesundheitlicher Prävention für die Zielgruppe Männer von erfolgreichen männerspezifischen Marketingstrategien insbesondere aus dem Groß- und Einzelhandels- sowie aus dem Dienstleistungsbereich lernen. Aktuelle, nachahmenswerte Einzelbeispiele liefert zum Beispiel Arzneimittelwerbung, die in überwiegend von Männern gelesenen Zeitschriften geschaltet wird.

Die Akteure mit gesetzlichem Präventionsauftrag - Krankenkassen, Rentenversicherung und Unfallversicherungsträger - verfügen zum Teil bereits über Erfahrungen mit männerspezifischen Präventionsmaßnahmen. Diese gilt es im Rahmen einer vernetzten Zusammenarbeit zugunsten eines gemeinsamen Erfolgs in Sachen Prävention zu nutzen. Die für Prävention zuständigen Stellen auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene können als Initiator, Moderator und Begleiter eine Vernetzung und Zusammenarbeit von Krankenkassen, Rentenversicherung und Unfallversicherungsträgern anmahnen, fördern und unterstützen.

Trotz der oben ausgesprochenen Empfehlung, Männern vor allem am Arbeitsplatz Präventionsangebote nahe zu bringen, kann auf die Ansprache im privaten Lebenszusammenhang nicht völlig verzichtet werden. Die Möglichkeiten der Krankenkassen, sich mit Präventionsangeboten an ihre Versicherten zu wenden, sollte auch zukünftig genutzt werden. Dabei gilt es, bei der Ansprache im privaten Bereich allerdings eine ganz besondere Gruppe potentieller Unterstützer in die Aktivitäten einzubeziehen: Frauen, in ihrer jeweiligen Rolle als Mutter, (Ehe-)Frau, Lebensgefährtin oder Freundin, bei Selbständigen auch als „Mitarbeiterin“.

Der größte Teil der Frauen verfügt über zum Teil langjährige Erfahrungen mit Gesundheitsförderung in der Familie und kennt sich daher mit „männerspezifischer Präventionsarbeit“ aus. Im übrigen haben sie als Partnerinnen und Vertraute in der Regel den größten Einfluss auf die Zielgruppe Männer. Frauen von der Sinnhaftigkeit und dem Nutzen von Prävention zu überzeugen, ist bekanntlich leichter. „Frauen sehen sich in der Familie überwiegend als zuständig für die gesundheitlichen Belange der Familienmitglieder, sie eignen sich das notwendige Wissen an und setzen es um“²². Sie können damit rechnen, an dem Zugewinn an Lebensqualität, den ihre Männer, Söhne, Freunde und Lebensgefährten mittel- und langfristig durch Prävention erfahren können, indirekt teilhaben zu können. Daher sollte versucht

werden, Frauen als Unterstützerinnen für Präventionsaufklärungskampagnen, -aktionen und -maßnahmen zu gewinnen, die sich auf die Zielgruppe Männer beziehen.

- 1 vgl. hierzu den Beitrag „Nordlichter sind die Schlusslichter bei der Krebsvorsorge“ in der vorliegenden Broschüre
- 2 Präventionsbericht 2008: „Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in der Primärprävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung, Berichtsjahr 2007“, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. Essen/Düsseldorf, Dezember 2008, S.23
- 3 Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Themenhefte, Heft 24, Abbildung 1: Prävalenz des Diabetes mellitus, Quelle: RKI, Bundesgesundheitsurvey 1998
- 4 vgl. „So stur kann doch kein Mann sein“ von Dr. Petra Schulze-Lohmann in der vorliegenden Broschüre
- 5 Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Themenhefte, Heft 33, Abbildung 3: Kardiovaskuläres Risikoprofil der prähospital und der am ersten Kliniktag Verstorbenen, Quelle: Monica/Kora-Herzinfarktregister Augsburg 2001-2003
- 6 Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheit in Deutschland 2006, Abbildung 1.2.5: Krankenhausfälle Zerebrovaskuläre Krankheiten, Quelle: Krankenhausdiagnosestatistik, Statistisches Bundesamt, ICD-10: 160-169
- 7 Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheit in Deutschland 2006, Lungenkrebs Kapitel 1.2.6.1, Quelle: Dachdokumentation Krebs
- 8 Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Spezialbericht Allergien 2000, Tab.2.6: Prävalenz von Asthma und Asthmamedikation bei Erwachsenen.
- 9 Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheit in Deutschland 2006, Tab. 1.2.9: Parodontalerkrankungen, Quelle: IDZ-Survey 1997
- 10 Berufskrankheiten Dokumentation (BK-DOK)- Gewerbliche Wirtschaft und Öffentlicher Dienst, Anerkannte Bken, Bundesland Schleswig-Holstein 2008, DGUV Referat BK-Statistik/ZIGUV, D-53757 Sankt Augustin, erstellt am 04.08.09
- 11 Bundesagentur für Arbeit, Situationen von Frauen und Männern auf dem Arbeits- und Ausbildungsmarkt 2000-2007
- 12 Kuhn, K., Geschlechtsspezifische arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren und Erkrankungen. In: Badura, B. u.a. (Hrsg.) Fehlzeiten-Report, Heidelberg 2008, S.83-96
- 13 Gewerbliche Berufsgenossenschaften, Berichtsjahr 2008, Arbeitsunfälle in Schleswig-Holstein, Referat „Statistik – Arbeitsunfälle, Prävention“, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)
- 14 Faltermaier, T. (2008) Geschlechtsspezifische Dimensionen im Gesundheitsverständnis und Gesundheitsverhalten. In: Badura, B. u.a. (Hrsg.) Fehlzeiten-Report 2007, Heidelberg 2008, S. 35-45
- 15 Faltermaier, T. (2008) Geschlechtsspezifische Dimensionen im Gesundheitsverständnis und Gesundheitsverhalten. In: Badura, B. u.a. (Hrsg.) Fehlzeiten-Report 2007, Heidelberg 2008, S. 35-45
- 16 Faltermaier, T. (2008) Geschlechtsspezifische Dimensionen im Gesundheitsverständnis und Gesundheitsverhalten. In: Badura, B. u.a. (Hrsg.) Fehlzeiten-Report 2007, Heidelberg 2008, S. 35-45
- 17 Karte, J; Neumann, K., Strukturen der Prävention. Die richtigen Programme für die Bürger, Roland Berger Strategy Consults, 11/2009
- 18 Faltermaier, T. (2008) Geschlechtsspezifische Dimensionen im Gesundheitsverständnis und Gesundheitsverhalten. In: Badura, B. u.a. (Hrsg.) Fehlzeiten-Report 2007, Heidelberg 2008, S. 35-45
- 19 Faltermaier, T. (2008) Geschlechtsspezifische Dimensionen im Gesundheitsverständnis und Gesundheitsverhalten. In: Badura, B. u.a. (Hrsg.) Fehlzeiten-Report 2007, Heidelberg 2008, S. 35-45
- 20 Präventionsbericht 2008: „Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in der Primärprävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung, Berichtsjahr 2007“, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. Essen/Düsseldorf, Dezember 2008, S.23
- 21 Kuhn, K., Geschlechtsspezifische arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren und Erkrankungen. In: Badura, B. u.a. (Hrsg.) Fehlzeiten-Report, Heidelberg 2008, S.83-96
- 22 Faltermaier, T. (2008) Geschlechtsspezifische Dimensionen im Gesundheitsverständnis und Gesundheitsverhalten. In: Badura, B. u.a. (Hrsg.) Fehlzeiten-Report 2007, Heidelberg 2008, S. 35-45

Ihre Partnerschaft ist ganz wichtig für die Gesundheit der Männer

Interview mit Prof. Dr. Toni Faltermaier
Diplom-Psychologe, Professor für Gesundheitsbildung;
Geschäftsführender Direktor des Instituts für Psychologie;
Leiter der Abteilung Gesundheitspsychologie und Gesundheitsbildung an der Universität Flensburg



Bislang war keine Emanzipationsbewegung der Männer auf dem Gesundheitsfeld zu beobachten. Das spräche dafür, dass Männer in diesem Bereich keinen Leidensdruck erfahren. Ist „Männergesundheit“ also kein Thema der Männer sondern ein Thema der Expertinnen und Experten im Bereich Vorsorge/Prävention?

Eine Emanzipationsbewegung von Männern ist nach meinem Eindruck (noch) nicht zu erkennen, was sicher damit zusammenhängt, dass sich die meisten Männer nicht unterdrückt fühlen, auch nicht im Bereich Gesundheit. Eher sind Verunsicherungen bei den Männern zu beobachten, die zum einen mit der veränderten Rolle von Frauen zu tun haben, die heute selbstbewusster auftreten und in früher „männliche“ Domänen vorgezogen sind, zum anderen mit der heute nicht mehr so klaren und dominanten Männerrolle. Was die Bedeutung von Gesundheit betrifft, so ist sie bei Männern in der traditionellen Rolle kein großes Thema, sie wird es allenfalls, wenn Männer krank werden und dann natürlich einen Leidensdruck verspüren, auch weil nun ihre Unabhängigkeit und Stärke gefährdet ist. Krankheit ist ja subjektiv evident und meist nicht zu übersehen, dagegen ist Gesundheit eine Größe, die wenn sie vorhanden ist, meist gar nicht wahrgenommen wird. Ein Gesundheitsbewusstsein bedarf daher einer Selbstreflexion und eines zukunftsorientierten Denkens, auch eine Anerkennung eigener Gefährdungen. Das ist bei Männern meist weniger ausgeprägt, obwohl gerade sie eine Fülle von Risiken und Gefährdungen aufweisen, wie wir aus vielen Studien wissen. Männer gehen mehr gesundheitliche Risiken ein als Frauen, sie nehmen die Risiken aber weniger ernst und sind für präventive Angebote weniger offen. Daher werden heute Männer als eine wichtige Zielgruppe für die Prävention angesehen. Auch die so genannten Experten haben diese Gefährdung von Männern lange Zeit übersehen, das Thema Männergesundheit wird daher z.B. in Deutschland noch nicht viel länger als 10 Jahre verfolgt und sowohl in der Forschung als auch in der Praxis besteht noch großer Nachholbedarf.

Was gefährdet die Gesundheit „des Mannes“ stärker? Sind es Konflikte in der Partnerschaft oder eher Probleme im Job?

Die Gesundheit von Männern wird von beiden gefährdet, manchmal sogar von ihrer Kombination, aber auch von anderen Risiken: Die Probleme im Beruf sind dabei zentral, weil die Arbeit für Männer eine zentrale Bedeu-

tung für ihre Identität hat und ihren Selbstwert hat, sie daher für Karriere und beruflichen Erfolg manchmal viele Risiken eingehen oder sie nicht wahrnehmen. Insbesondere die lang andauernden Stressoren und Risiken am Arbeitsplatz gefährden die Gesundheit von Männern, sie tragen z.B. zu Herzerkrankungen, Rückenbeschwerden, Suchterkrankungen und Burnout bei. Viele diese Belastungen sind strukturell in den Arbeitsverhältnissen von Männern angelegt, aber viele Männer überfordern sich auch selbst und setzen sich – aus oftmals übertriebenem Ehrgeiz – Ziele und Anforderungen, die sie gar nicht schaffen können. Die Partnerschaft stellt eigentlich eine ganz wichtige Ressource für die Gesundheit von Männern dar, das sehen sie übrigens auch selbst so. Wenn aber diese soziale Ressource weg bricht, weil die Beziehung nicht mehr gut läuft, weil die Konflikte dominieren, oder wenn eine Trennung erfolgt (die heute zunehmend von Frauen initiiert wird), dann sind Männer besonders gefährdet, auch das ist ein wichtiges Ergebnis empirischer Forschung.

Es wird viel über die gesundheitlichen Risiken gesprochen, denen Männer verstärkt ausgesetzt sind (z. B. Herz-Kreislaufkrankungen, Diabetes). Sie, Herr Professor Faltermaier, sagen, Männer haben demgegenüber auch spezielle Ressourcen, ihre Gesundheit zu erhalten und zu fördern. Was heißt das konkret?

Alle Menschen haben neben Risiken auch gesundheitliche Ressourcen. Die wissenschaftliche Theorie der Salutogenese setzt nicht nur an den Krankheitsrisiken an, sondern sie formuliert auch Bedingungen und Schutzfaktoren, die Gesundheit erhalten oder sogar fördern können. Dazu gehören die schon genannten sozialen Ressourcen, z.B. die Einbindung in ein gutes soziales Netzwerk mit unterstützenden Beziehungen (Partner/in, enge Freunde, Kollegen, Kinder oder Eltern); dazu gehören aber auch so genannte personal-psychische Ressourcen, z.B. ein hohes Selbstbewusstsein, hohe Kontrollüberzeugungen (die Überzeugung, selbst Einfluss zu haben und auch in der Lage zu sein, Dinge in seinem Leben gestalten zu können) oder Kompetenzen in der Problemlösung; auch körperliche Ressourcen sind hier zu nennen, eine stabile körperliche Konstitution, ein gut funktionierendes Immunsystem, allgemeine körperliche Fitness oder ein Körpersensibilität, und natürlich gehört auch die materielle Lage dazu (Besitz, Einkommen). Diese Kräfte können gestärkt werden und stabilisieren damit indirekt auch die Gesundheit. Und sie haben den Vorteil, dass es leichter ist, Menschen für

positive Ziele zu motivieren als für die Vermeidung von negativen Ereignissen (Krankheiten) irgendwann in der fernen Zukunft.

Stichwort Vorsorge/Prävention: Wissenschaft und Praxis sind davon überzeugt, dass Männer „anders“ angesprochen werden müssen, um sie zu einer gesunden Lebensweise zu motivieren. Was könnten Sie sich in dieser Hinsicht praktisch vorstellen?

Männer müssen deshalb „anders“ angesprochen werden, weil sie mit den bisherigen Botschaften kaum erreicht werden. Oft machen Männer gleich zu, wenn man ihnen mit gesundheitlichen Fragen kommt, oder sie glauben, in ihrem Leben nicht die Zeit und den Spielraum zu haben, sich um ihre Gesundheit zu kümmern; oder sie denken, das ist jetzt noch kein Thema, weil sie sich ja noch jung fühlen oder keine starken Beschwerden haben. Es ist aber nicht so, dass Männer sich nicht für Gesundheit interessieren würden, teilweise haben sie sich bereits viele Gedanken dazu gemacht, aber – im Gegensatz zu Frauen – setzen sie ihre Motive weniger um. Sie tauchen kaum in den präventiven Angeboten der Krankenkassen auf, sie gehen weniger zu Vorsorgeuntersuchungen und manchmal auch bei Beschwerden zu spät zum Arzt; gesunde Ernährung überlassen sie ihren Frauen, allenfalls im sportlichen Bereich sind Männer häufiger aktiv, manchmal aber mit einer ungesunden Tendenz, zu hohe Leistungsanforderungen an sich zu stellen und sich zu überfordern. Männer müssen daher vermutlich verstärkt dort angesprochen werden, wo sie sich im Alltag aufhalten, in der Arbeit, als Führungskräfte, im Sportverein oder beim Militär, oder wo sie für Gesundheit sensibilisiert werden können, z.B. bei ersten Alterszeichen und Beschwerden in der Lebensmitte, bei Umbrüchen und Krisen im Leben (z.B. einem Verlust des Arbeitsplatzes, einer Trennung, einem beruflichen Aufstieg), aber auch ein Krankheitsereignis kann der Zeitpunkt sein, der sie zur Umorientierung bringt. Dazu braucht es aber Fachkräfte, die nicht nur wissen, wann, wo und mit welchen Mitteln sie Gesundheit fördern können, sondern auch wie geschlechtersensibel mit Männern gearbeitet werden kann, in der betrieblichen Gesundheitsförderung, in der Fort- und Weiterbildung, in der Suchtprävention bei Jugendlichen oder in der Arbeit mit älteren Männern z.B. vor oder nach dem Eintritt in den Ruhestand.

Geben Sie uns einen Ausblick, bitte: Wie geht es in Schleswig-Holstein weiter im Forschungsfeld „Männergesundheit“?

Wie gesagt, die Forschung zur „Männergesundheit“ ist in Deutschland noch ein recht „zartes Pflänzchen“, aber es entwickelt sich, auch weil sich das politische Prinzip des „Gender Mainstreaming“ nun auch in der Gesundheitspraxis verbreitet. Wir haben an der Universität Flensburg unsere Forschung in den Gesundheitswissenschaften stark auf Zielgruppen der Prävention und Gesundheitsförderung konzentriert, die hohen Bedarf haben, aber bisher schwer erreicht werden. Dazu gehören auch Männer: Wir versuchen z.B. durch Befragungen, die subjektiven und sozialen Voraussetzungen besser zu verstehen, die Männer zu einem Handeln für ihre Gesundheit motivieren könnten, aber auch die Hindernisse, die sie dabei haben und überwinden müssen. Dabei haben wir uns zunächst auf Männer in der Lebensmitte und im betrieblichen Kontext konzentriert, weil wir denken, dass eine Sensibilisierung für Gesundheit in diesem Alter eher zu erwarten ist und dass sich im Umgang mit ihren beruflichen Risiken und Belastungen zeigen wird, wo sie Schwerpunkte im Handeln setzen. Wir hoffen, bald erste Ergebnisse dieser Studien präsentieren zu können. Die Ergebnisse dieser Forschung gehen auch ein in unsere Lehre an der Universität Flensburg, die Studierende z.B. in einem Masterstudiengang Prävention und Gesundheitsförderung dazu ausbildet, geschlechtergerechte Angebote auch für Männer zu entwickeln, sie umzusetzen und zu evaluieren.

Die Fragen stellte Sandra Diana Storch

Gesundheitsrisiko „Mann“ – Erkennen und reagieren

Prof. Dr. med. Matthias Köhler,
Dipl.-Psych. Jens Möller,
Dr. med. Matthias Grünhagen;
Deutsches Zentrum für Präventivmedizin Damp

Männer - das starke Geschlecht?

Männer haben nicht nur ein höheres Risiko ernsthaft zu erkranken, sie sterben im Schnitt auch fünfeinhalb Jahre früher als Frauen. Vor allem Lungenkrebs und alkoholbedingte Lebererkrankungen sind überwiegend bei Männern zu finden und das Herzinfarkt-Risiko ist bei Männern doppelt so hoch wie bei Frauen. Aber auch psychische Erkrankungen, wie zum Beispiel die als typische Frauenkrankheit geltenden Depressionen, werden von Männern häufig nicht wahrgenommen oder verharmlost. Ärzte und das soziale Umfeld deuten entsprechende Anzeichen nicht selten falsch. Die Zahl der Suizide ist bei Männern rund drei Mal so hoch wie bei Frauen – was darauf schließen lässt, dass Depressionen bei ihnen eine hohe Dunkelziffer haben. Frauen achten mehr auf ihren Körper und auf ihre Gesundheit. Vor diesem Hintergrund fallen ihnen entsprechende Veränderungen eher auf. Auch dies hat in der Vergangenheit dazu geführt, dass Frauen als das „kränkere“ Geschlecht etikettiert wurden. Tatsächlich ist das Gegenteil der Fall - Männer haben häufig ein positiv verzerrtes Bild von sich selbst und auch von ihrer Gesundheit. Zudem schaden Männer ihrer Gesundheit stärker durch bewusst riskantes Verhalten: Alkohol- und Drogenkonsum, riskantes Autofahren, risikoreiche Sportarten und Hobbys. Einhergehend mit Veränderungen der weiblichen Rolle haben Mädchen und Frauen zum Teil aber auch schon „aufgeholt“. Junge Frauen zum Beispiel rauchen inzwischen genauso häufig wie junge Männer.

Die Gefahr des 21. Jahrhunderts

Bereits 2001 erklärte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) Stress zu einer der größten Gesundheitsgefahren des 21. Jahrhunderts. Laut Gesundheitsbericht des Bundesverbandes der Krankenkassen 2008 haben seit 1991 die psychisch bedingten Fehlzeiten am Arbeitsplatz um 33 Prozent zugenommen und jeder fünfte Deutsche zeigt heute typische Stresssymptome wie Kopfschmerzen, Herzrasen, Schlafstörungen oder Durchfall. Zudem geht bereits jeder 10. berufliche Feiertag auf das Konto von Stress und kostet die Unternehmen und Volkswirtschaften jedes Jahr Millionen Euro. Stress-Krankheiten sind längst kein Zipperlein unruhiger Jammerlappen mehr – sie sind eine Volksgeißel.

Frauen geben eher zu als Männer, dass sie gestresst sind. Dagegen sind bei Männern häufig die körperlichen Reaktionen (Ausschüttung von Stresshormonen oder Blutdruckanstieg) stärker ausgeprägt, insbesondere bei leistungsbezogenen Stress-Faktoren. Dabei verdrängen Männer Stress-Symptome mehr. Es wird in diesem Zusammenhang z. B. vermutet, dass die höhere Anzahl von Herz-Kreislauf-Todesfällen bei Männern im mittleren



Lebensalter unter anderem auf dieses Verhalten zurückgeführt werden kann. Das alles hat aber weniger mit dem biologischen Geschlecht, sondern eher etwas mit dem Geschlechtsrollen- Selbstkonzept zu tun. In Studien konnte nachgewiesen werden, dass Frauen mit einem maskulinen Selbstkonzept genauso reagieren wie „der typische Mann“. Umgekehrt gibt es „feminine“ Männer, die eher ein typisch weibliches Reaktionsmuster zeigen. Auch wenn gesagt wird, dass Männer eher problemorientiert mit Stress umgehen und Frauen eher emotionsorientiert - entscheidend ist in diesem Zusammenhang, ob man ein Problem aktiv lösen kann oder nicht.

Für eine erfolgreiche Stressprävention bei Männern ist die Selbsterkenntnis bei den Betroffenen der entscheidende und wichtigste Schritt zur Problemlösung. Die Erwartungen, die man an sein Leben stellt, sollten kritisch überprüft und gegebenenfalls bescheidener werden. Vielleicht ist es auch notwendig, sich beruflich völlig neu zu orientieren. Ein neuer Anfang kann unter Umständen dem Leben einen neuen Sinn geben. Zur Stressprävention und Burn-out-Prophylaxe können verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen sowie kurzfristige Stressbewältigungsstrategien empfohlen werden. Im Rahmen entsprechender Präventionsprogramme sollten möglichst konkrete, detailreiche und alltagsnahe Umsetzungspläne mit den Betroffenen erarbeitet werden. Abgestimmt darauf, wie motiviert sie sind, ihre Situation ändern zu wollen, sollte ein maßgeschneidertes Programm folgen.

Risikofaktor - Körperliche Inaktivität

Körperliche Inaktivität ist ein äußerst ernstzunehmender gesundheitlicher Risikofaktor. In vielen wissenschaftlichen Studien konnte gezeigt werden, dass körperliche Aktivität mit einer Verbesserung der allgemeinen Gesundheit und Verminderung der Sterblichkeit z. B. durch Herz- und Kreislauferkrankungen - der häufigsten Todesursache von Männern in den westlichen Industrieländern - einhergeht. In Deutschland bewegen sich über alle Altersklassen hinweg nur wenig mehr als 10 % aller Menschen in ausreichendem Maße und es wird geschätzt, dass mehr als 6.500 Herz-Kreislauf-Todesfälle pro Jahr vermieden werden könnten, wenn die Hälfte körperlich inaktiver Männer im Alter von 40-69 Jahren gemäßigten körperlichen Aktivitäten nachgingen.

Die Bewegungs-Diät: Während zahlreiche mehr oder weniger sinnvolle Diäten und Ernährungskonzepte propagiert und angewandt werden, ist der Stellenwert der körperlichen Aktivität immer noch nicht hinreichend bekannt. Körperliche Aktivität vermindert einerseits die Risikofaktoren für Herz-Kreislauferkrankungen (z. B. Blut-

hochdruck, Diabetes mellitus und überhöhte Cholesterinwerte) und übt zusätzlich einen günstigen Einfluss auf das herzeigene Blutgefäßsystem aus. So können z. B. die Weite der Blutgefäße positiv beeinflusst und Entzündungsreaktionen in den Blutgefäßen unterdrückt werden, die für die Entstehung von gefährlichen Blutgefäßverkalkungen verantwortlich sind.

Die Fitness-Strategie: Bereits eine konsequente Steigerung der Bewegung im Alltag (z. B. Treppensteigen) wirkt sich gesundheitsfördernd aus. Ein Bewegungsziel von 10.000 Schritten/Tag kann Risikofaktoren für Herz-Kreislauferkrankungen, wie z. B. Body-Mass-Index und Blutdruckwerte, signifikant senken. Daneben sind gezielte sportliche Aktivitäten zur Verbesserung der motorischen Fähigkeiten (Kraft, Ausdauer, Koordination, Schnelligkeit und Beweglichkeit) und zum Ausgleich physischer und psychischer Handikaps zu empfehlen. Die Gestaltung der Bewegungsprogramme nach den individuellen Wünschen und Erfordernissen sichert dabei die Nachhaltigkeit und gesundheitliche Langzeiterfolge.

Die 7 wichtigsten Regeln für Bewegungs-Einsteiger:

- **Ziele formulieren.** Machen Sie sich zunächst genau klar, warum Sie sich von nun an mehr bewegen und welche konkreten Gesundheitsziele Sie erreichen möchten.
- **Konkrete Umsetzungspläne entwickeln.** Je konkreter das Trainingsvorhaben formuliert wird, desto einfacher wird es Ihnen fallen das neue gesundheitsbewusste Verhalten zu praktizieren. Bestimmen Sie jetzt ganz konkret Ihre regelmäßigen Trainingstermine für Ihre „Fun“-Sportart(en).
- **Langsam beginnen.** Auch Weltmeister brauchen Zeit, um Ihre Leistungsziele zu erreichen. Beginnen Sie mit kurzen Bewegungseinheiten und überfordern Sie sich nicht. Verlieren Sie beim Training nicht das Lächeln auf den Lippen, um auch die Motivation für das nächste Mal zu sichern.
- **Regelmäßig trainieren.** Nutzen Sie beim Training die Kraft des Rhythmus durch Regelmäßigkeit. Machen Sie sich bewusst, dass aller Anfang schwer ist - aber es wird leichter und selbstverständlicher mit jeder weiteren Trainingseinheit.
- **Positiv denken.** Alles geht einfacher, wenn man mit Überzeugung und Selbstvertrauen an eine Aufgabe herangeht. Dies gilt auch für Ihre Trainingspläne. Überlegen Sie, was Sie in Ihrem Leben schon alles aus eigener Kraft erreicht haben. Warum sollte Ihnen dies nicht gleichermaßen bei der Verbesserung Ihrer persönlichen Fitness gelingen?
- **Finde Trainingspartner.** Wenn einmal die Lust trotz aller eigenständigen Bemühungen fehlen sollte, hilft die Trainingsgruppe. Treffen Sie Verabredungen mit Trainingspartnern oder nutzen Sie die Trainingsgruppe dazu, sich zu motivieren und in Gesprächen persönlich weiterzuentwickeln.
- **Das Ziel vor Augen.** Stellen Sie sich immer wieder Ihr Fitness-Ziel - Ihren ganz persönlichen Sieg beim Erreichen dieses Ziels - und das Gefühl dabei vor. Erinnern Sie sich bei einem Motivationstief an Ihre ursprünglichen „Beweggründe“

Deutsches Zentrum für Präventivmedizin Damp

Im Deutschen Zentrum für Präventivmedizin Damp (DZPM) werden präventive sowie sportmedizinische Programme mit unterschiedlichen Schwerpunkten angeboten. Im Rahmen von Gesundheitswochen kann der Fokus auf Kreislauf-Training, Rückenfitness, Stressbewältigung und –vermeidung sowie Ernährung gelegt werden. Außerdem bietet das Zentrum individuelle Check-Ups an.

Im Bereich des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) werden maßgeschneiderte Konzepte entwickelt und durchgeführt.

Zum Spektrum gehören weiter eine sportmedizinische Leistungsdiagnostik und sportmedizinisches Coaching von Breiten- und Leistungssportlern.

Sportmedizinische Aus- und Weiterbildung runden das Repertoire ab.

Das Angebot wird in Kooperation mit universitären Einrichtungen wissenschaftlich evaluiert.

Kontakt:

Deutsches Zentrum für Präventivmedizin Damp
Reha-Klinik Damp GmbH
Seute-Deern-Ring 30
24351 Ostseebad Damp

Tel.: 04352/80-8207

Fax: 04352/80-8957

E-Mail: praevention@damp.de

„Kleine Jungs“ im Fokus

Gesundheitsförderung von Anfang an



Dr. Elfi Rudolph,
Geschäftsführerin der Landesvereinigung für
Gesundheitsförderung e.V. in Schleswig-Holstein

Das Thema Männergesundheit nimmt in der Arbeit der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung in Schleswig-Holstein e.V. (LVGF) zunehmend Raum ein. Seit vielen Jahren wird bei allen Maßnahmen besonderes Augenmerk auf die Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit gelegt. Ihre Basisfinanzierung erfolgt überwiegend aus der institutionellen Förderung des Ministeriums für Arbeit, Soziales und Gesundheit. Darüber hinaus werden verschiedene Projekte der LVGF finanziell gefördert. So sind im Laufe der Jahre verschiedene geschlechtsspezifische Angebote als regelmäßige Fortbildungen, als modellhafte Konzepte oder als besondere Angebote für besondere Zielgruppen in das Programm der LVGF aufgenommen worden. Hier ein Überblick:

Vor allem „kleine Männer“ stehen im Fokus von Qualifizierungsangeboten für Erzieherinnen und Erzieher und für Fachkräfte in der Ernährungs- und Gesundheitsberatung. Themen wie „Motorische Förderung der Jungen – Jungen in der Sporthalle“; „Toben, Raufen, Kräfte Messen – Spiele für starke Jungs“; „Sich zusammenraufen – soziales Lernen durch Kampfspiele“; „Jungen im Kindergarten – Dynamik – Grenzen – Förderung“; „Jungen gewinnen – wie Jungen zu interessieren sind“ oder „Jungen machen Probleme – was Jungen brauchen, um sozial zu sein“ werden regelmäßig angeboten und gut angenommen.

Ansprechpartnerin:

Sabine Hoffmann-Stuernagel,
e-mail: hoffmann-stuernagel@lvgfsh.de

Für „junge Männer“ hat die Landesvereinigung ein Modellprojekt mit dem Titel „Männersache“ entwickelt. In einer zweistündigen Unterrichtseinheit mit fachärztlicher Einbindung sollen junge Männer für ihre besonderen gesundheitlichen Risiken sensibilisiert und zur regelmäßigen Selbstuntersuchung motiviert werden. An beruflichen Schulen und für Auszubildende der DRÄGER Werke ist dieses Programm bereits mehrfach erfolgreich durchgeführt worden.

Ansprechpartnerin:

Dr. Elfi Rudolph,
e-mail: rudolph@lvgfsh.de

Auch für die Zielgruppe der „MSM-Männer“ (Männer, die mit Männern Sex haben) arbeitet die Landesvereinigung gemeinsam mit AIDS-Hilfen und dem Öffentlichen Gesundheitsdienst in einem Arbeitskreis an der Umsetzung verschiedener Projekte. Derzeit wird die bundesweite IWWIT-Kampagne (Ich weiß was ich tu) der Deutschen AIDS-Hilfe auf Landesebene etabliert, die auf Information sowie auf mehr Verantwortung für sich und andere abzielt.

Ansprechpartnerin:

Dr. Petra Schulze-Lohmann,
e-mail: schulze-lohmann@lvgfsh.de

„Männer in der KiTa“ sind als Erzieher rar. Um sie selbst, ihr Rollenverständnis, ihre Wünsche und Zukunftsvisionen geht es in den Fortbildungstagen, die die Landesvereinigung ausschließlich für Männer anbietet, die in der KiTa arbeiten.

Ansprechpartnerin:

Sabine Hoffmann-Stuernagel,
e-mail: hoffmann-stuernagel@lvgfsh.de

Die LVGF verfolgt das Ziel, die Bedeutung und Akzeptanz von Früherkennung, Prävention und Gesundheitsförderung zu festigen und zu erhöhen.

Neben regelmäßigen Qualifizierungsmaßnahmen in Form von Fortbildungsveranstaltungen und Fachtagungen für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren aus unterschiedlichen Fachbereichen sowie der Konzeption und Herausgabe von Infomaterialien zu verschiedenen Themen, hat die LVGF aktuell folgende Arbeitsschwerpunkte:

- Servicebüro Kindergarten
- Auditierungsverfahren „Gesunde Schule“ und „Gesunde Kita“
- „Healthy Regions“ und „Policy, Health und Family Learning“; die LVGF ist Partnerin dieser Europa-Projekte
- „Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte“; die LVGF ist Partnerin im bundesweiten Kooperationsverbund
- „Förderung der Alltagsbewegung für Menschen über 60 Jahren“; die LVGF ist Partnerin im bundesweiten Kooperationsverbund „Bewegungszentren“
- Primärprävention von AIDS und STD / landesweite Koordinierungsstelle
- „Gut behütet durch Impfen“ / Koordinierungsstelle Impfkampagne
- Früherkennung von Brustkrebs im Rahmen von „BRUSTlife“
- Qualitätsprüfung für Angebote zur Primärprävention gemäß §20 SGB V

Im Jahr 2009 ist die LVGF im Report der Bertelsmann-Stiftung „Fit und fröhlich – Gesundheitsförderung für junge Menschen“ porträtiert worden. Damit gehört die Landesvereinigung zu den sieben Institutionen, die sich in einem bundesweiten Auswahlverfahren gegen viele Bewerber durchsetzen konnten. Ausgewählt worden sind die Projekte „Lebenslust – Leibeslust“ und „Rück(g)rat“ aus dem „Servicebüro Kindergarten“.

Teil I

Daten und Fakten zur Gesundheit des „starken Geschlechts“

Teil II

Gesundheitliche Prävention für Männer – eine Herausforderung

Teil III

Die (Arbeits-)Welt der Männer

Teil IV

„Echt stark“?!? So gehen Männer mit ihrer Gesundheit um

Teil V

Service

Stress – (K)ein Thema für das starke Geschlecht

Sandra Diana Storch, Referentin für Prävention im Ministerium für Arbeit,
Soziales und Gesundheit



Nach der Arbeit ist „Mann“ wie erschlagen. Eine bleierne Müdigkeit bestimmt den Feierabend, der seinen Namen längst nicht mehr verdient. Morgens hängt ein dicker Kloß im Magen. Angst macht sich breit vor den scheinbar unberechenbaren Anforderungen, den Launen des Chefs und der mittlerweile unerträglichen „dicken Luft“ im Betrieb. Es folgt der Rückzug zunächst im Job, dann auch im Privatleben. Kollegen, Freunde, Familie – niemand kommt mehr an ihn ran. Die immer stärker werdenden Magenschmerzen führen ihn nach Monaten schließlich zum Arzt. Der diagnostiziert außer einem Magengeschwür eine ausgewachsene Angststörung. Begonnen hat alles mit ständigem Zeit- und Leistungsdruck am Arbeitsplatz.

Stress in Zahlen

Im Jahr 1999 meldete das Nachrichtenmagazin „Der Spiegel“: „Stress - Frauen leiden mehr als Männer.“ Einer Umfrage unter 30000 Menschen in 30 Ländern nach fühlten sich weltweit Frauen (21%) stärker belastet als Männer (15%). 2008 war in der Süddeutschen zu lesen, dass einer Studie aus Dänemark zufolge Männer stressanfälliger seien als Frauen. Stress erhöhe bei Männern die Sterblichkeit um 30 Prozent. Gestresste Männer sterben demzufolge häufiger an Erkrankungen der Atemwege. Auf die Lebenserwartung der Frauen habe erhöhte psychische Belastung jedoch keinen Einfluss (American Journal of Epidemiology 2008, 168: Seite 481).

In den neun dazwischen liegenden Jahren hat sich keinesfalls die Belastungssituation zwischen den Geschlechtern umgekehrt. Einig ist man sich in der Wissenschaft darüber, dass Frauen offensichtlich stärker auf ihre eigenen Stressreaktionen achten. Männer zeigen diese Reaktionen nicht weniger, sie berichten allerdings wesentlich seltener darüber. Sie missachten sogar diese Signale und begeben sich immer wieder in Situationen, in denen sie gestresst sind.

Was ist Stress?

Stress ist sicherlich ein Wort, das uns leicht im Kollegenkreis und in der Familie über die Lippen geht, wenn wir von unserer Arbeit sprechen. Beim Begriff Stress nicken alle. Jeder scheint den anderen zu verstehen. Doch kaum ein Wort wird so missverständlich gebraucht. Stress ist nicht gleichzusetzen mit „viel Arbeit“. In der Forschung hat sich die Definition von Lazarus und Launier (1981) durchgesetzt. Sie sieht Stress als einen Vorgang zwischen Individuum und Umwelt: Was kommt da an Anforderungen auf mich zu und was sind meine Möglichkeiten zur Bewältigung? In dem Moment, wo ich den Eindruck habe, meine Möglichkeiten reichen nicht aus, gerate ich in Stress.

Am Arbeitsplatz können diese Anforderungen von außen herangetragen werden (z.B. durch ein enges Zeitkorsett, das der Vorgesetzte vorgibt; Verhältnisse) und/oder sie kommen durch persönliche Zielsetzungen und Wertmaßstäbe (z.B. Es-allein-recht-machen-wollen; eigenes Verhalten). Zeitdruck gehört zu den so genannten Stressoren. Stressoren lösen unabhängig von der subjektiven Einschätzung bei vielen Menschen Stressreaktionen aus. Dabei spielt es keine Rolle, ob die Arbeit als unangenehm bewertet wird oder nicht. Krank machen Stressoren vor allem dann, wenn man ihnen über einen langen Zeitraum ausgesetzt ist. Und auch dann, wenn der eigene Einsatz nicht honoriert wird.

Stress als Führungsproblem

Fehlende Wertschätzung ist häufig ein Führungsproblem. „Bad bosses may damage your heart“ titelte BBC News im November 2008. Auch hier wurde auf Basis einer schwedischen Studie der Weg vorgezeichnet: „inconsiderate bosses“ / „stressful work“ / „increased risk of heart disease“. Der Effekt sei zudem kumulativ. Je länger ein Arbeitnehmer unter diesen Bedingungen arbeite, desto höher sei sein Risiko zu erkranken.

Positiv gewendet bedeutet dies: Arbeit sinnvoll zu gestalten ist eine wesentliche Führungsaufgabe, die die Gesundheit der Beschäftigten mit beeinflussen kann. Führungskräfte können erheblich zur Verringerung arbeitsbedingter Belastungen wie Stress beitragen und damit vermeiden, dass sich Fehlbelastungen dauerhaft auf die körperliche und psychische Gesundheit der Mitarbeiter auswirken. Deshalb ist auch einer der Hauptstränge der Prävention in diesem Bereich, „Gute Mitarbeiterführung“ zu etablieren. Schwierigkeiten resultieren in der Praxis nach wie vor oft daraus, dass sich Führungskräfte nicht bewusst sind, welchen Einfluss sie auf das Befinden und die Gesundheit ihrer Mitarbeiter haben. Gerade für Männer, die sehr durch die „Leistungsbrille“ blicken, mag diese Erkenntnis neu sein.

Mithilfe von Aufklärung und Fortbildung sollten deshalb Vorgesetzte (in der Mehrzahl Männer) in die Rolle des „Gesundheitsmanagers“ für die Beschäftigten einerseits und als selbst Betroffene andererseits wachsen. Sie sollten verstärkt sensibilisiert werden für das Erkennen psychischer Fehlbelastungen und dieses Problemfeld bei der betrieblichen Arbeitsorganisation stärker in den Blick nehmen.

Dies bestätigt die europäische Sozialpartnervereinbarung „Stress am Arbeitsplatz“ („Framework agreement on work-related stress“), die im Oktober 2004 unterzeichnet wurde. Ziel der Vereinbarung ist es, das Bewusstsein

und das Verständnis von Arbeitgebern, Beschäftigten und deren Vertretern für arbeitsbedingten Stress zu steigern. Beispielhaft nennt die Vereinbarung u.a. die Fortbildung von Führungskräften zur Stressprävention.

Im Idealfall kann man von einer Win-win-Situation für das Unternehmen sprechen. Denn Stress hat nicht nur negative Auswirkungen auf Körper und Seele der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, sondern hemmt auch die Produktivitätsentwicklung und damit den wirtschaftlichen Erfolg der Unternehmen.

Stress und Angst um den Arbeitsplatz

Michael Ertel, Stressforscher an der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin in Berlin, sieht ein weiteres großes Problem in der durch Wirtschaftsflaute und Arbeitslosigkeit geprägten Unsicherheit im Job. Er sagt: „Man kann höhere Anforderungen leichter bewältigen, wenn es Sicherheit und Stabilität am Arbeitsplatz gibt.“ In der jetzigen Situation aber erhöht sich der Druck. Betroffene fürchten, ihren Job zu verlieren, wenn sie nicht funktionieren. Sie geraten in einen Teufelskreis, schleppen sich weiter zur Arbeit, obwohl sie innerlich „fix und alle“ sind. Gerade Männer, von denen sich viele traditionell eher über ihre berufliche Position als über ihre Familie definieren, sind hiervon bedroht.

Wege aus dem Teufelskreis

Der Appell geht daher auch an die Betroffenen, sich helfen zu lassen, bevor ihre Leiden zunehmen. Mehr als die Hälfte der Beschäftigten leidet laut der aktuellen Gesundheitsreports der Barmer und der DAK an typischen Symptomen von Stress, der sich zu psychischen Erkrankungen auswachsen kann. Das sind zum Beispiel Schlafstörungen (53%), depressive Verstimmungen (37%) und Nervosität (36%). Die Fehlzeiten aufgrund psychischer Erkrankungen sind in den vergangenen zehn Jahren um 80 % gestiegen (Wissenschaftliches Institut der AOK, WidO, Februar 2009). In einer Mitteilung vom November 2008 beziffert der BKK-Bundesverband in Essen die durch arbeitsbedingte psychische Belastungen entstehenden Kosten von 3 Milliarden Euro für die Krankheitsbehandlung sowie weitere 3,3 Milliarden Produktionsausfall.

Die Gründe, Stress am Arbeitsplatz frühzeitig gegenzusteuern sind offensichtlich. Für Betroffene gilt: Wer darüber spricht, was ihn belastet, tut den ersten Schritt heraus aus dem Teufelskreis. Eine Anlaufstelle ist z.B. der Betriebsarzt. Er kann dabei helfen, die Ursachen zu ermitteln, zumal er in der Regel in entscheidendem Maße an der Erstellung der Gefährdungsbeurteilung mitwirkt.

Die Gefährdungsbeurteilung nach § 5 Abs. 3 Arbeitsschutzgesetz ist ohnehin das entscheidende Instrument, um dem Stress in der Arbeitswelt zu Leibe zu rücken. Belastungen durch mangelnde Qualifikation, ungünstige oder schlecht geplante Arbeitsabläufe wirken in der Regel psychisch. Eine den gesetzlichen Bestimmungen entsprechende Gefährdungsbeurteilung muss demnach zwangsläufig die Erfassung psychischer Belastungen beinhalten.

Auch die Gesetzlichen Krankenkassen engagieren sich im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. Sie unterstützen Unternehmen bei der Umsetzung von Maßnahmen, die die gesundheitliche Situation der Arbeitnehmer verbessert (gemäß § 20 Sozialgesetzbuch V). Im Jahr 2007 konnten insgesamt 627 000 Beschäftigte erreicht werden. Am zweithäufigsten (nach dem Erkennen und Vermeiden von körperlicher Belastung) wurden Angebote zum Thema Stressmanagement von den Beschäftigten wahrgenommen (Wissenschaftliches Institut der AOK, WidO, Februar 2009).

Wird Stress bald strafbar?

In der Schweiz nehmen Fälle zu, bei denen Menschen ihre Arbeitgeber verklagen, weil sie durch Stress gesundheitliche Schäden davon tragen („Stress wird strafbar“, Neue Zürcher Zeitung, 31. August 2009). Dort ist es von Rechts wegen die Aufgabe des Arbeitgebers, die Fähigkeiten seiner Angestellten zu beurteilen. Wo dies nicht gelingt und die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter leidet, verstößt der Arbeitgeber u.a. gegen den Artikel 328 des so genannten Obligationsrechts, der von ihm verlangt für die physische und psychische Gesundheit des Arbeitnehmers Sorge zu tragen. Auch in England und Italien sind bereits ähnliche Urteile gefällt worden.

Viele Gründe, jetzt aktiv zu werden

1. Stress nimmt nachweislich zu.
2. Es gibt kein Wissensdefizit über arbeitsbedingten Stress. Über die Ursachen und Folgen liegen zahlreiche Erkenntnisse vor.
3. Jetzt kommt es darauf an, Vorgesetzte und Führungskräfte stärker zu sensibilisieren und das vorhandene Wissen effektiv in die Praxis umzusetzen.

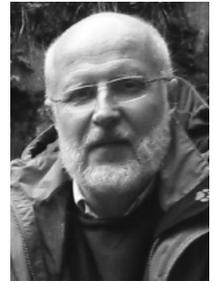
Die Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (GDA) wird hierbei in den nächsten Jahren eine zentrale Rolle spielen. Innerhalb der im Rahmen der GDA künftig durchgeführten Programme haben die psychischen Belastungen einen festen Platz erhalten. Die Aufsichtspersonen der staatlichen Behörden und der Unfallversicherungsträger werden in Zukunft bei ihren Betriebsbesichtigungen auch ein Auge darauf werfen, ob es Anhaltspunkte für psychisch besonders beanspruchende Arbeitsbedingungen gibt. Dafür werden sie derzeit speziell geschult. Maßnahmen zur Verringerung von Stress müssen nicht kompliziert, zeitaufwendig oder mit hohen Kosten verbunden sein, erfordern aber zum Teil nur mühsam zu verwirklichende Verhaltensänderungen vor allem bei Führungskräften, aber auch bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Stress in der Arbeitswelt zu reduzieren ist eine Investition in die Zukunft jedes Einzelnen wie auch des Betriebes. Schließlich profitiert die Gemeinschaft von sinkenden Gesundheitskosten und die zukünftige Generation von gesunden, lebensfrohen Vätern und Müttern.

Ein umfassender Wegweiser zum Thema „Stress am Arbeitsplatz“, der Zugang zu praktischen Lösungen, Werkzeugen und weiteren Informationsbörsen bietet, ist auf deutsch abrufbar bei der Europäischen Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz in Bilbao, Spanien (<http://osha.europe.eu>).

Mehr Leben ins Männerleben

Vor- und Fürsorge für Körper, Geist und Seele

Volker Karl Lindenberg, Diakon und Dipl. Soz. Päd.
Wildnispädagoge und Paartherapeut
Referent für Männerarbeit im Nordelbischen Männerforum der Nordelbische Ev. Luth. Kirche



„Männer in Bewegung“ so lautet der Titel der Studie, die Anfang dieses Jahres von der Bundesfamilienministerin der Öffentlichkeit vorgestellt wurde. Von der Männerarbeit der Evangelischen und Katholischen Kirche in Deutschland in Auftrag gegeben, sollte die Studie „zehn Jahre Männerentwicklung in Deutschland“ beleuchten, so der Untertitel. Die erste Untersuchung über männliche Lebenswelten erschien 1998 ebenfalls im Auftrag der beiden großen deutschen Kirchen. „Männer im Aufbruch“ war die erste umfassende Datensammlung über Männer in Deutschland und brachte erstaunliche Ergebnisse, die die Männerforschung, die Männerpolitik und nicht zuletzt auch die Männerarbeit wesentlich beeinflusst hat.

Warum befasst sich die Evangelische Männerarbeit mit wissenschaftlichen Analysen? Kurze Zeit nach der Veröffentlichung der ersten Studie haben wir vom Nordelbischen Männerforum in unserem Leitbild festgeschrieben: „Unter dem Leitwort „Männer für Männer“ eröffnet das Männerforum der Nordelbischen Kirche Männern Räume zur Selbstvergewisserung, zum Experiment und zur nachhaltigen Veränderung männlicher Lebensweisen.“ Wir haben damals auf die Erkenntnis reagiert, dass es keine eindeutigen männlichen Stereotype mehr gibt und Lebensentwürfe von Männern sehr bunt und vielfältig geworden waren, zum Teil begleitet von einer immensen Verunsicherung. Diese Situation hat sich in den letzten zehn Jahren noch verschärft. Lineare männliche Arbeitsbiographien sind die große Ausnahme geworden. Arbeit ist knapp und oft nur noch für begrenzte Zeit zu haben. Daher verwundert es auch nicht, wenn 56 Prozent der in der aktuellen Studie befragten Männer angaben, dass sie ihre Arbeit über ihre Gesundheit stellen. Das heißt konkret, dass sie auch dann nicht zu Hause bleiben, wenn es ihr Gesundheitszustand eigentlich erfordert. Diese Einstellung korrespondiert mit der Aussage, dass der Mann in der Arbeit seinen persönlichen Sinn erfährt. Waren es 1998 „nur“ 42 Prozent der Männer, die dem zustimmten, so sind es zehn Jahre später 62 Prozent. Gründe für diesen Anstieg sind in der Studie nicht genannt.

Eine weitere starke Veränderung betrifft die Vaterrolle. 71 Prozent der Väter mit einem oder zwei Kindern geben an, dass Kinder für sie eine sehr große Bedeutung haben. Unterstrichen wird dies in der Studie „Was Männern Sinn gibt – Leben zwischen Welt und Gegenwelt“. Sie weist aus, dass Vatersein eine hohe Bedeutung für das Selbstbild von Männern hat, vielfach sogar eine höhere als die Arbeit. Zur Aufwertung der Vaterrolle hat sicherlich auch die Einführung der Vätermonate beigetragen. Aber auch die gestiegene Attraktivität der Vaterrolle entbindet

die Männer in der Regel nicht davon, weiterhin Ernährer zu sein. Ob dies nun zum persönlichen Selbstverständnis gehört oder Männer damit zwangsweise auf die aktuelle wirtschaftliche Situation reagieren, sei dahingestellt.

Die beiden Lebensbereiche Arbeit und Familie/Vaterrolle sowie das Problem diese miteinander zu vereinbaren, sind wesentliche Felder, aus denen das nordelbische Männerforum seine Arbeit generiert. Hier liegen die zentralen Probleme, mit denen Männer sich beschäftigen und die sie zu unseren Veranstaltungen mitbringen. Dabei verstehen wir uns nicht als Spezialisten z. B. für Arbeitsrechtsfragen oder Erziehungsprobleme, sondern als Generalisten für die Bereitstellung von Räumen, in denen Klärung, Selbstvergewisserung und Heilung möglich ist. Gesundheitsvorsorge heißt für uns, eine gute Balance zwischen Körper, Geist und Seele herzustellen. Dabei wählen wir in der Regel Arbeitsformen, bei denen diese drei Lebensbereiche, wenn auch mit unterschiedlicher Gewichtung, angesprochen werden.

Beispiel Männertage: Hier wechseln sich Vorträge und Arbeitsgruppen mit kreativen Workshops ab. Neben dem Thema des Tages steht die Reflektion der eigenen Erfahrung im Vordergrund. Die Begegnung mit anderen Männern in einem geschützten Freiraum ermöglicht tiefgehende Gespräche über sehr persönliche Fragen. Viele der Teilnehmer setzen sich zum ersten Mal mit ihrer Rolle als Mann auseinander und bringen nicht unbedingt ein konkretes Anliegen mit. Sie sind einfach neugierig auf die Gespräche mit anderen Männern.

Beispiel Pilgerwege: In einem festen spirituellen Rahmen mit Morgen- und Abendgebeten sowie Schweigezeiten gemeinsam unterwegs zu sein, löst die Zurückhaltung und Scheu voreinander. Gemeinsam zu wandern schafft Vertrautheit und Vertrauen. Teilnehmer sagen: „Eine Herausforderung und zugleich eine völlig andere und neue Erfahrung in Verbindung mit Männern, in der Begegnung mit der Natur, ein Gottesgeschenk, ein Anstoß, lebendig zu werden, eine undogmatische Frömmigkeit, wie ich sie bisher noch nie erlebt habe.“ Die tägliche Sorge für das leibliche Wohl der Gruppe und der Austausch im Kreis der Männer gehören genauso dazu, wie das Übernachten in einfachen Gruppenquartieren.

Beispiel Visionssuche: Ein intensives Übergangsritual für Männer, deren Leben in Veränderung begriffen ist bzw. die eine bevorstehende Veränderung innerlich vorbereiten wollen. Nach einer umfassenden Vorbereitung taucht jeder allein für drei Tage und drei Nächte in die Wildnis ein und gibt der inneren Wandlung im Dialog mit der

Natur Raum. Hier verbinden sich in besonderer Weise die körperlichen, geistigen und seelischen Herausforderungen. Gute Kondition, Offenheit für die inneren Prozesse und eine große geistlich spirituelle Weite sind unbedingte Voraussetzung für die Teilnahme.

Weitere Beispiele sind: **Väter-Kinder-Wochenenden, Seminare für Paare, Fachtagungen** zu unterschiedlichen Themen, **Workshops zum Übergang in den Ruhestand**.

Besonders ein Ergebnis der aktuellen Studie hat uns in unserer Arbeit bestätigt: Immerhin antwortet ein Drittel der Männer auf die Frage ob der religiöse Glaube für sie eine Bedeutung bei der Bewältigung ihrer persönlichen Krisen hat, mit ja. Vor zehn Jahren waren es nur 14 Prozent der Befragten. Damit ist aber noch nicht gesagt, dass mit religiösem Glauben auch der christliche Glaube, egal welcher Konfession, gemeint ist. Für unsere Arbeit bedeutet dies, die Männer, die sich von uns ein Stück auf ihrem Lebensweg begleiten lassen, ernst zu nehmen, egal mit welcher Motivation und mit welcher Glaubenshaltung sie zu uns kommen. Dabei halten wir mit den Schätzen, mit dem Heilenden in unserem christlichen Glauben nicht hinter dem Berg, denn wir sind davon überzeugt, dass „eine männerbezogenen Theologie...die im Geist des Evangeliums Zugänge zu einer lebendigen Spiritualität (fördert), (auch) gestalterische Kraft für die alltägliche Lebensbewältigung freisetzt.“
(Auszug aus dem Leitbild)

Bleibt abschließend auf unsere männerpolitischen Aktivitäten hinzuweisen. Eine Begleitung von Männern für Männer, die nur auf der Ebene der individuellen Unterstützung bleibt, greift für uns zu kurz. Wir erleben hautnah in welchem Dilemma Männer tagtäglich stecken. Vor dem Hintergrund dieser persönlichen Schicksale und auf der Basis der Männerstudie sehen wir unser Mandat begründet, auch in den gesellschaftlichen und politischen Raum hineinzuwirken. So fordern wir bereits seit 2006 einen Männergesundheitsbericht für Schleswig-Holstein und engagieren uns für die Benennung eines Männer- und Väterbeauftragten in der Landesregierung.

Volker Karl Lindenberg
Nordelbisches Männerforum
+) Nordelbische Ev. Luth. Kirche
Gartenstraße 20
24103 Kiel
0431/55779-422
VKLindenberg@maennerforum-nek.de
www.maennerforum-nek.de
www.schoepfungsspirit.de

Teil I

Daten und Fakten zur Gesundheit des „starken Geschlechts“

Teil II

Gesundheitliche Prävention für Männer – eine Herausforderung

Teil III

Die (Arbeits-)Welt der Männer

Teil IV

„Echt stark“?!? So gehen Männer mit ihrer Gesundheit um

Teil V

Service

So stur kann doch kein Mann sein

Dr. Petra Schulze-Lohmann,
Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE) -
Sektion Schleswig-Holstein



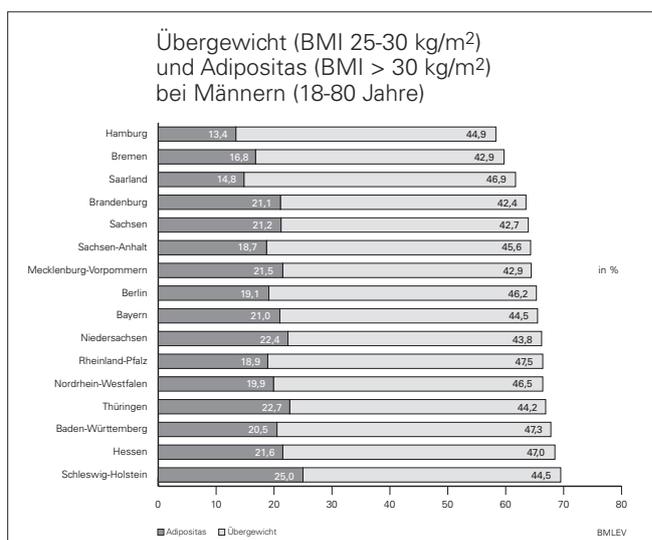
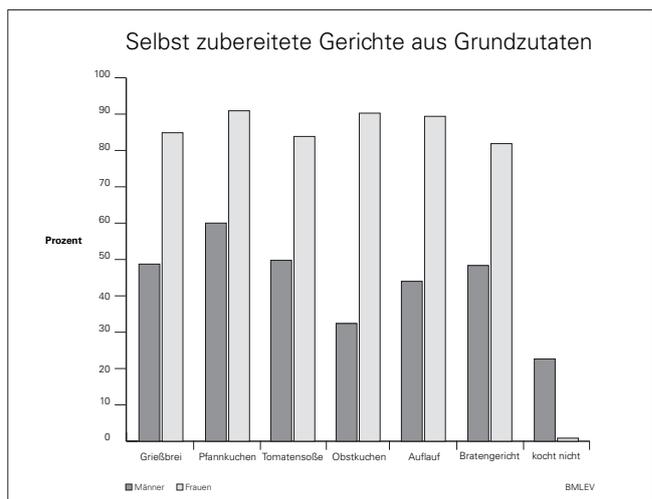
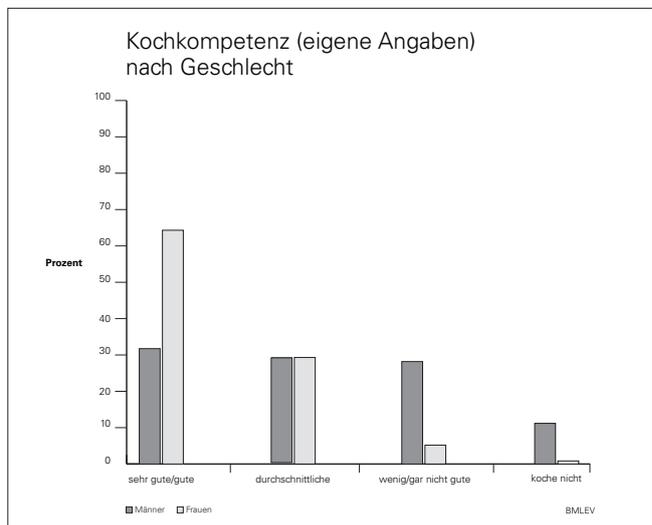
Männer in der Ernährungsberatung . . .

. . . tauchen nur selten auf. Wenn, dann zumeist auf massiven Druck des Hausarztes oder der Lebenspartnerin. Gewichtsreduktionskurse sind zu 99% weiblich besetzt und in der individuellen Beratung ist „er“ auch eher eine Rarität.

Es ist bekannt, dass die Lebensmittelauswahl das Ernährungsverhalten, die Einstellung zur Ernährung und selbst Orte des Verzehrs einen Zusammenhang mit dem Geschlecht haben. Während die weibliche Sozialisation in hohem Maße auf den Körper und seine Manipulation (schlank und schön) konzentriert ist, wird Jungen eher ein leistungsorientierter, instrumenteller Körpergebrauch (stark und kraftvoll) vermittelt. Das daran geknüpfte Essverhalten und die Zufriedenheit mit dem eigenen Körper zeigt deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Während Frauen viel mehr auf den Kaloriengehalt und den Gesundheitswert der Speisen achten, steht für Männer der Geschmack deutlich im Vordergrund. Bei Mädchen herrschen oft bereits in jungen Jahren negative Gefühle wie Ängste und Sorgen – vor allem vor einer unerwünschten Gewichtszunahme- vor. Jungen dagegen, die gern und viel essen, gelten als fit und gesund. Während ein aufgeschlossenes Verhältnis gegenüber dem Thema Ernährung mit Weiblichkeit gleichgesetzt wird, bedeutet Männlichkeit sich über Ernährungsempfehlungen hinwegzusetzen und den Genuss in den Mittelpunkt zu stellen. Gesundheitsriskantes Verhalten passt auch beim Essen in das traditionelle Konzept von Männlichkeit (Bilckhauser und von Bargaen, 2007).

Diese Fakten ändern nun aber noch nichts an der Tatsache, dass sich Männer im Falle ernährungsmittbedingter Probleme nicht in Beratung begeben. Warum nutzen nicht mehr Männer die professionellen Hilfeangebote? Die Sektion Schleswig-Holstein der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) hat sich dieser Problematik angenommen und unter dem Motto „So stur kann doch kein Mann sein“ Seminare zum Thema „Männer in der Ernährungsberatung“ für Ernährungsfachkräfte angeboten, referiert von Josef Riederle vom Institut Kraftprotz, Bildungsinstitut für Jungen und Männer. Schon die Teilnehmer(innen)listen zeigen das erste Problem: Männer mit Ernährungsproblemen werden fast ausschließlich von Frauen beraten.

Das Seminar verdeutlichte anhand verschiedener Punkte, warum Männer sich nicht holen, was sie eigentlich brauchen (wobei an dieser Stelle deutlich gesagt sein soll, dass Männer natürlich keine homogene Gruppe sind, die ein stereotypes Verhaltensmuster repräsentieren). Män-



Bundesländer im Vergleich: Anteil der fettleibigen und übergewichtigen Männer nach Bundesland

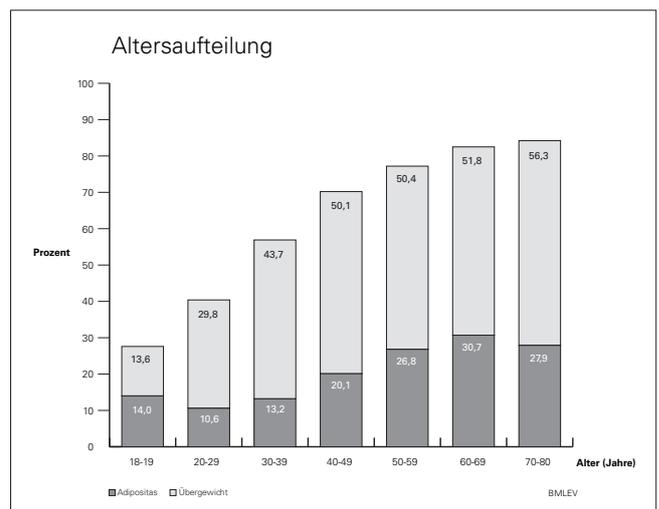
ner reflektieren ihren gesundheitlichen Zustand meistens weniger als Frauen, Grenzen werden leichter ignoriert bzw. überschritten (z.B. beim Alkohol). Sie konkurrieren häufiger in unnötiger, selbstschädigender Weise (z.B. Essorgien), haben eine geringere Frustrationstoleranz und vermeiden in Krisensituationen professionelle Hilfe. Da gesundheitliche Probleme ein Zeichen von Schwäche sind, ignorieren sie diese. Leistungsfähigkeit, Stärke und Coolness werden nach außen demonstriert. Umgekehrt bieten diese Eigenschaften natürlich auch Potential, das für die Ernährungsberatung genutzt werden kann: wer wirklich leistungsfähig ist/sein will, wird auch die Stärke aufbringen, sein Essverhalten nachhaltig zu verändern. Wer cool und stark auf seine Außenwelt wirken will, wird dieses kaum mit einem Bier-, sondern eher mit einem Waschbrettbauch erreichen können.

Den Ernährungsfachkräften wurde im Seminar verdeutlicht, dass für Männer die Umsetzung von Informationen entsprechend ihrer Lebenswelt entscheidend ist. Dazu zwei Beispiele: „Wenn Sie 140 kg wiegen, ist das so, als wäre Ihr Auto ständig überladen – Bremsen, Stoßdämpfer und Motor gehen viel schneller kaputt“ oder „Das Gewicht, das Sie zu viel mit sich herumtragen entspricht 2 Kästen Bier“. Die Tipps müssen in die Lebensumstände des Ratsuchenden integrierbar sein. Durch männliche oder weibliche Ernährungsstrategien wird die Zugehörigkeit zum eigenen Geschlecht demonstriert. So sind als typisch weiblich bezeichnete Speisen „schwach“: Quark, süße Desserts, Gemüse und Obst sind mild, nachgiebig, leicht zu kauen und zu schlucken. Männliche Speisen dagegen sind „stark“: sie haben eine schleimhautreizende Wirkung (starke gewürzte, scharfe Speisen, hochprozentiger Alkohol), leisten spürbaren Widerstand beim Verzehr (Fleisch) und sind energiereich zusammen gesetzt. Diese typisch männlichen Attribute, die sicher bei jedem unterschiedlich intensiv ausgeprägt sind, müssen in der Beratung berücksichtigt werden. So wird es als unmännlich empfunden, in einer typisch männlichen Arbeitswelt, z.B. in einer Autowerkstatt, in der Kaffeepause an einer Möhre zu knabbern. Die Empfehlung zum eventuellen Genuss selbiger muss also in eine Tageszeit verlegt werden, zu der der Betreffende nicht von Kollegen oder Freunden umgeben ist.

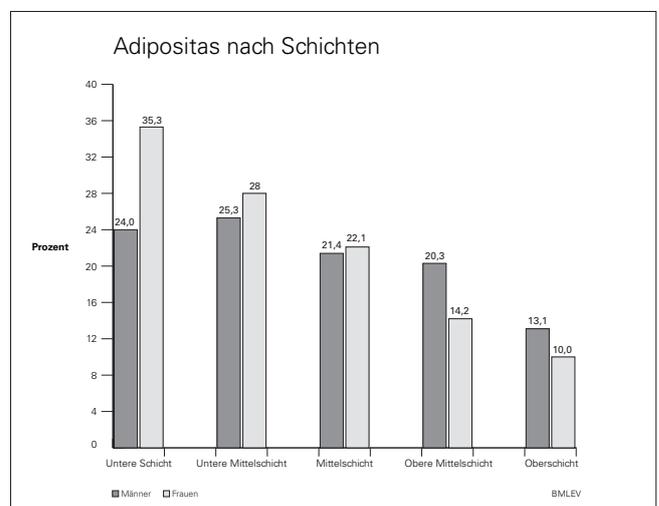
Verschiedene Faktoren können für Männer den Einstieg in eine Beratung erleichtern: so fühlen sich Männer in geschlossenen Räumen oft unwohl und der Beraterin ausgeliefert (keine „Fluchtmöglichkeit“). Ein Beratungsgespräch in einem Cafe (wobei natürlich auch hier ein geschützter Bereich vorhanden sein muss), im Garten oder besser noch bei einem Spaziergang im Park ist sicherlich in unserer Beratungslandschaft noch unüblich, aber durchaus überlegenswert. Im schulischen Bereich hat man beispielsweise schon lange auf Konzepte umgestellt, bei denen Kinder während bzw. in Kombination mit Bewegung lernen (Stichwort „Eckenrechnen“). Entgegen dem typisch weiblichen Bedürfnis (also dem Bedürfnis der Ernährungsberaterin), das Beratungsumbiente schön zu gestalten, z.B. Blumen auf dem Tisch und Gardinen vor dem Fenster zu haben, sind Männer leichter mit einem nüchtern-professionellen Raumklima

Durchschnittlicher Verzehr in g/d	Männer	Frauen
Gemüseverzehr	112	129
Obstverzehr	278	230
Fleischverzehr	103	53
Alkoholische Getränke	308 g	81
Süßigkeiten	23	21
Speiseeis	7	6
Süße Aufstriche	19	17
Süßungsmittel	6	3
Knabberartikel	8	6
Anteil übergewichtiger und adipöser Personen in Deutschland	66	50,6
Anteil übergewichtiger Männer in Schleswig-Holstein	Gesamt: 70% Übergewichtig: 45 % Adipös: 25%	Gesamt 60%
S-H-Männer sind damit derzeit die dicksten in Deutschland		
Derzeit halten Diät (wegen Gewichtsreduktion oder bestimmter Erkrankungen)	4,8	7,2

Quelle: Nationale Verzehrstudie: Max-Rubner-Institut (Bundesforschungsanstalt für Ernährung und Lebensmittel (Hrsg.): Ergebnisbericht, Teil 1, Nationale Verzehrstudie II. Karlsruhe (2008).



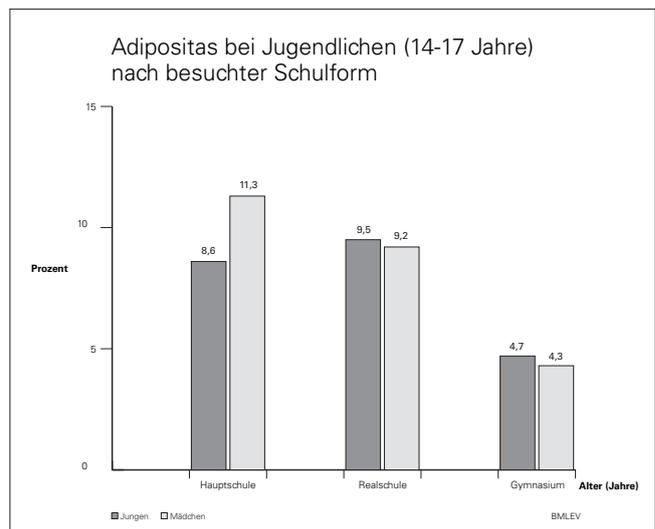
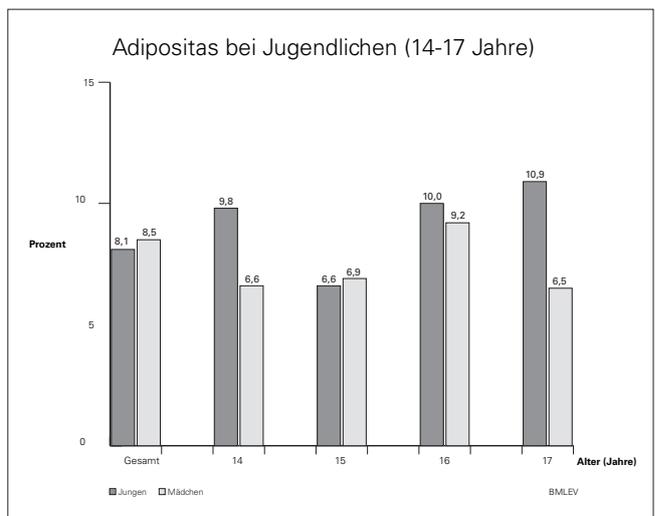
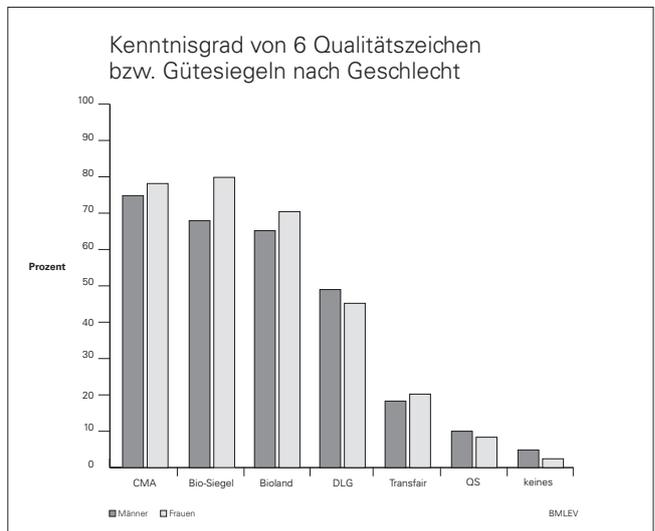
Bundesländer im Vergleich: Anteil der fettleibigen und übergewichtigen Männer nach Alter



Faktor soziale Schicht: Anteil der fettleibigen Männer und Frauen nach sozialer Schicht

zu erreichen. Auch Papier und Stifte, die während der Beratung eingesetzt werden, gehören dazu (er sollte nicht mit einem rosafarbenen Filzstift die Ernährungstipps mitschreiben müssen). Während Frauen untereinander oft auf eine Atmosphäre aus Verständnis und Mitgefühl setzen, ist für Männer jedwede „Gefühlsduselei“ eher nicht angezeigt. Das Beratungsgespräch muss von einer fachlich und methodisch-didaktischen Kompetenz geprägt sein, bei dem die Beraterin verdeutlicht, dass die Verhaltensänderung ein Prozess ist, der vom Ratsuchenden ausgehen muss und von der Fachkraft lediglich moderiert wird.

In zukünftigen Beratungen, Kursen oder Projekten im Bereich Ernährung müssen diese geschlechterspezifischen Ansätze stärker berücksichtigt und neue Wege ausprobiert werden. Ob dieses nun beispielsweise ein offenes Beratungsangebot an einem von Männern häufig frequentierten Platz (sei es der örtliche Fußballclub oder die Herrenabteilung eines Kaufhauses) oder vielleicht die stärker anonymisierte Beratung per Email sein wird . . . die DGE bleibt dran – an ihm!



Sport ist die Kür, Bewegung ist Pflicht

Prof. Dr. med. Burkhard Weisser,
Institut für Sport und Sportwissenschaft der Christian-Albrechts-Universität in Kiel



Körperliche Inaktivität als gesundheitlicher Risikofaktor für Männer

Noch im 2. Weltkrieg bezeichnete der Leibarzt des verstorbenen amerikanischen Präsidenten Roosevelt den tödlichen Schlaganfall als völlig unerwartet („out of the blue“), obwohl Roosevelt seit Jahren an einem massiven Bluthochdruck (systolische Blutdruckwerte bis 270 mm Hg) gelitten hatte. Ein Risikofaktor (wie z.B. Bluthochdruck) ist nach der WHO ein Faktor, der die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer Erkrankung (in diesem Fall Schlaganfall) oder des Todes in einem bestimmten Zeitraum steigert. Bluthochdruck, Rauchen, Übergewicht und Fettstoffwechselstörungen (Hypercholesterinämie) wurden neben anderen Faktoren als wichtige gesundheitliche Risikofaktoren identifiziert.

Obwohl die Frauen hier aufholen, sind diese Risikofaktoren bei Männern immer noch wesentlich häufiger als bei Frauen (besonders in der Gruppe der 40–60-jährigen Männer). Die Lebenserwartung für Männer ist immer noch deutlich niedriger als bei den Frauen.

Körperliche Inaktivität ist ebenfalls zweifelsfrei als kardiovaskulärer Risikofaktor einzuordnen. Seit 1953 wurden mehr als 40 epidemiologische Studien veröffentlicht, die den Einfluss der körperlichen Aktivität auf das kardiovaskuläre Risiko, bzw. die Mortalität untersucht haben. Die große Mehrzahl dieser Studien hat eine Reduktion von Herz- Kreislauferkrankungen, aber auch Krebs durch körperliche Aktivität in der Größenordnung von 10–50 % dokumentiert.

Bemerkenswerterweise hat eine beruflich bedingte erhöhte körperliche Aktivität wie schwere Fabrikarbeit nicht den gleichen positiven Effekt wie ein vermehrter Energieverbrauch durch Bewegung in der Freizeit. Die Ursache für diese Diskrepanz ist noch nicht vollständig verstanden. Möglich ist ein allgemein gesünderer Lebensstil bei hoher körperlicher Aktivität in der Freizeit. In den letzten Jahren ist das Verständnis der Interaktion von Sport, körperlicher Aktivität und Gesundheit durch eine große Zahl von Untersuchungen zu nicht-kardiovaskulären Erkrankungen erweitert worden. In Tabelle 1 sind die wichtigsten Erkrankungen aufgeführt, bei denen ein körperlich aktiver Lebensstil offensichtlich einen präventiven und überwiegend auch einen therapeutischen Nutzen hat.

Körperliche Leistungsfähigkeit (Fitness) und Gesundheit

Während ursprünglich davon ausgegangen wurde, dass der Umfang der sportlichen Aktivität der entscheidende Parameter der präventiven Wirkung ist, hat u.a. die

Auswahl wichtiger Erkrankungen mit nachgewiesenem präventiven oder therapeutischen Effekt von körperlicher Aktivität für Männer

Kardiovaskuläre Erkrankungen

- Koronare Herzkrankheit, Herzinfarkt
- Herzinsuffizienz
- Schlaganfall
- Arterielle Verschlusskrankheit
- Chronisch venöse Insuffizienz
- Hypertonie
- Thrombosen/Embolien

Stoffwechselerkrankungen

- Fettstoffwechselstörungen
- Diabetes mellitus Typ 2
- Übergewicht

Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen

- Emphysem
- Chronische obstruktive Bronchitis (Asthma bronchiale)

Krebserkrankungen

- Darmkrebs

Neurologisch-psychiatrische Erkrankungen

- Endogene Depression
- Psychosen
- Demenz

Augenerkrankungen

- Glaukom
- Altersbedingte Makuladegeneration

Tabelle 1

Gruppe um den US-amerikanischen Sportmediziner Steven Blair in den 90er Jahren die Fitness als unabhängigen Risikofaktor etabliert. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen waren in mehrerer Hinsicht bemerkenswert. Zunächst wurde die körperliche (Ausdauer-) Leistungsfähigkeit als unabhängiger Risikofaktor etabliert, d.h. unabhängig vom Umfang der körperlichen Aktivität erlaubt die Messung der körperlichen Leistungsfähigkeit eine prognostische Aussage zur Gesamtsterblichkeit und zum Auftreten von Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems und von Krebserkrankungen. Ein weiterer wichtiger Aspekt dieses Konzepts ist der Vergleich der prognostischen Bedeutung unterschiedlicher Risikofaktoren. Hier ergab sich, dass die Fitness-Kategorie als Indikator für die gesundheitliche Prognose mindestens ebenso wich-

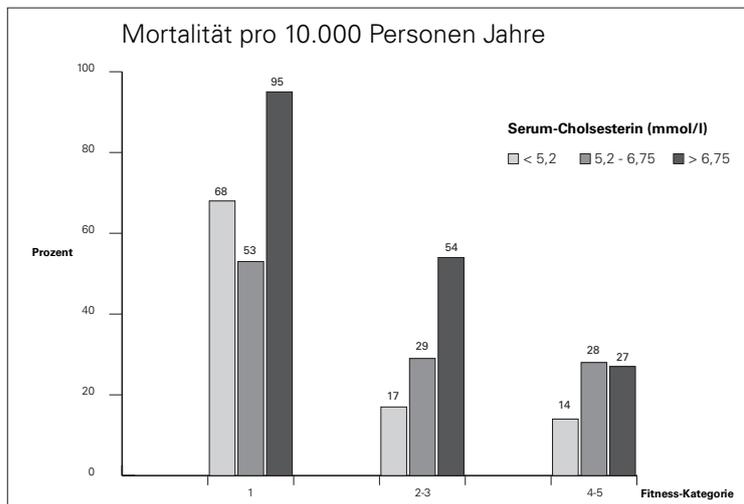


Abbildung 1: Einfluss der körperlichen Leistungsfähigkeit (Einteilung nach Quintilen auf dem Laufband) und des Serum-Cholesterins auf die Sterblichkeit. In den oberen Fitness-Bereichen (4-5) hat auch ein deutlich erhöhtes Cholesterin nur einen geringen Einfluss. Personen in der untersten Fitness-Quintile (1) mit normalem Serum Cholesterin haben eine höhere Sterblichkeit als fitte Personen mit stark erhöhtem Cholesterin (> 6,75 mmol/l = ca. 260 mmol/l), modifiziert nach Blair. Diese Daten beziehen sich ausschließlich auf die untersuchten Männer.

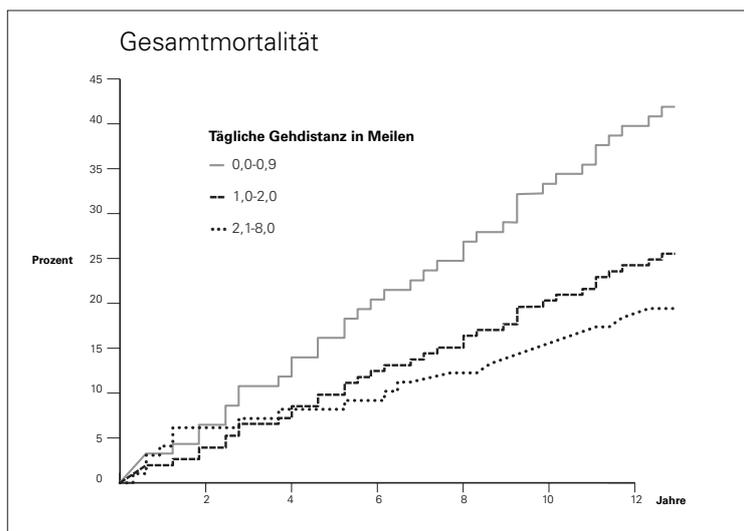


Abbildung 2: Gesamtmortalität bei 707 älteren Männern (Nicht-raucher, mittl. Alter 64 J.) in Abhängigkeit der selbst angegebenen täglichen Gehstrecke.

tig ist wie die klassischen Risikofaktoren (z.B. Bluthochdruck, Hypercholesterinämie). Beim direkten, methodisch nicht unumstrittenen Vergleich ergibt sich sogar, dass es häufig günstiger ist, in einem guten Fitness-Bereich zu liegen, als etwa einen niedrigen Blutdruck oder niedrige Blutfette zu haben (Abb.1).

Besonders beeindruckt der Vergleich Übergewicht und Fitnesszustand. **Offensichtlich hat die Gruppe der (leicht) übergewichtigen und körperlich leistungsfähigen Männer („fit and fat“) eine bessere gesundheitliche Prognose als die Gruppe der nicht leistungsfähigen Normal- oder Untergewichtigen.** Insbesondere die

schlechtesten 25–35 % der Fitness-Verteilung haben ein deutlich erhöhtes Risiko, während der relative Einfluss der Fitness als Risikofaktor im oberen Fitness-Bereich deutlich geringer ist.

Weiterhin wird die Fitness zwar durch den Umfang der körperlichen Aktivität beeinflusst, hat aber auch eine starke genetische Komponente. In Untersuchungen zur genetischen Komponente der körperlichen Leistungsfähigkeit waren ca. 50 % der interindividuellen Unterschiede bei körperlich inaktiven Personen familiär erklärbar.

Empfehlungen zur körperlichen Aktivität für Männer

In den 80er und 90er Jahren wurden sportart-spezifische Belastungsempfehlungen gegeben. Empfehlungen, bestimmte Sportarten auszuüben, haben jedoch offensichtlich aufgrund des „Alles oder nichts“ Effektes („ich beginne jetzt mit einer Sportart“) die Eintrittsbarrieren für eine regelmäßige sportliche Aktivität unnötig erhöht und führten in den letzten Jahrzehnten nicht zu einer nachhaltigen Steigerung der körperlichen Aktivität der Bevölkerung in den westlichen Gesellschaften. Es kam im Gegenteil zu einem weiteren Anwachsen der Risikofaktoren wie Übergewicht, Hypertonie und Diabetes mellitus Typ 2 in zunehmend jüngeren Altersgruppen. Aufgrund der Erfolglosigkeit des Konzeptes, Sportprogramme zu empfehlen, haben sich die Empfehlungen gewandelt. Inzwischen wird ein körperlich aktiver Lebensstil im täglichen Leben empfohlen und in den internationalen Empfehlungen wird der Sportbegriff durch körperliche Aktivität und Bewegung ersetzt. Im Folgenden werden Daten zu Umfang und Intensität der körperlichen Aktivität mit gesundheitlicher Zielsetzung dargestellt. Die wichtigsten Studien sind mit ausdauer-basierten Bewegungskonzepten durchgeführt worden, sodass hier die daraus abgeleiteten Empfehlungen reflektiert werden. In der Sport- und Präventivmedizin hat in den letzten Jahren jedoch auch ein überwacht Krafttraining bei einer Reihe medizinischer Indikationen sehr positive Effekte demonstriert. Exemplarisch seien hier Stoffwechseleffekte und sogar blutdrucksenkende Wirkungen genannt, während bis vor kurzem Krafttraining bei arterieller Hypertonie noch generell abgelehnt wurde.

Treiben Männer weniger oder mehr Sport als Frauen? Gibt es spezifische Empfehlungen für Männer?

Interessanterweise treiben Männer besonders in höherem Alter zwar sehr selten Sport, tun dies aber immer noch häufiger als ältere Frauen. Die Motivation ist bei Männern aber seltener die Gesundheit. Männer tendieren aber auch eindeutig zu einem Sportverhalten, mit dem sie sich möglicherweise überfordern. Männer müssen häufig eher gebremst werden, wenn sie mit Sport beginnen.

Lange Zeit wurde kontrovers diskutiert, welche minimale Intensität eine Verbesserung der kardio-respiratorischen Fitness ergibt. Studien fanden eine geringe Verbesserung der Leistungsfähigkeit bereits bei einer Herzfrequenz von 130/min. während eines täglichen Trainings von 10 Minuten. Amy A. Hakim konnte zeigen, dass die tägliche Geh-

strecke einen Einfluss auf die Sterblichkeit bei älteren Männern hat („The Honolulu Heart Program“, 1998). Eine Gehstrecke von 1,6 km bis 3,2 km die Mortalität gegenüber einer Gehstrecke von unter 1 Meile (1,6 km) fast halbiert (siehe Abb.2).

Aus diesen Untersuchungen und den Befunden von Ralph S. Paffenbarger, dass ein wöchentlicher zusätzlicher Energieverbrauch von ca. 1500-2000 kcal einen optimalen protektiven Effekt hat, ergaben sich die im Folgenden dargestellten Bewegungsempfehlungen:

Bewegungsempfehlungen aus gesundheitlicher Sicht für Männer

Nutzung aller Möglichkeiten der körperlichen Aktivität im Alltag, zusätzlich ausdauergestützte und kraftbasierte Bewegungsaktivitäten, optimaler Energieverbrauch 1500-2000 kcal/Woche

Intensität: moderate Intensität, 3-6 METs*
(Gehen ca. 4-6,5 km/h)

Dauer: mindestens 30 min.

Häufigkeit: mindestens 3-4 Tage pro Woche, möglichst täglich

Nicht nur Ausdauer- sondern auch Krafttraining

Modifiziert nach: Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention, American Heart Association

* METs: Der wichtigste Parameter für die körperliche Fitness ist das metabolische Äquivalent (MET). 1 MET entspricht dem Sauerstoffverbrauch in vollkommener Ruhe.

Die Diskussion über die Intensität der körperlichen Aktivität ist noch nicht abgeschlossen. Einerseits wird generell eine „moderate“ Intensität als ausreichend angesehen. Eine moderate Intensität für einen jungen Menschen kann durchaus auf einem Gehtempo von 6,4 km/h beruhen. Für 75-jährige kann das aber schon eine hohe Intensität sein, deswegen müssen die Empfehlungen individuell angepasst werden, eine Möglichkeit wäre die Angabe eines Prozentsatzes (z.B. 60–70 %) der individuellen maximalen Leistungsfähigkeit. Andererseits gibt es aber auch Daten, dass höhere Intensitäten einen stärkeren gesundheitlichen Effekt haben.

Spezifische Programme für Frauen und Männer zu entwickeln ist, ist sinnvoll und aus medizinischer Sicht unterstützenswert. Hier spielen unterschiedlich häufige Erkrankungen (z.B. Herzinfarkt bei Männern im mittleren Alter oder Osteoporose bei Frauen) eine wichtige Rolle. Wichtig sind aber unterschiedliche Einstellungen von Frauen und Männern zum Sport. Wenn Frauen Sport treiben, tun sie dies gesundheitsbewusst, ihrem Körper zuliebe. Männer reizt an Sport eher der Wettkampf, das Messen mit den anderen. Wer Männer (erfolgreich) zu mehr körperlicher Aktivität motivieren will, sollte das stets im Blick behalten.

Fazit:

Sport und Gesundheit für Männer - 10 Punkte

1. Schon geringe Mengen körperlicher Aktivität und Bewegung im Alltag haben im Vergleich mit einem völlig inaktiven Lebensstil positive Effekte auf die

Gesundheit von Männern, die nach wie vor eine geringere Lebenserwartung als Frauen haben.

2. Männer profitieren, unabhängig von ihrem Alter, von körperlicher Aktivität.
3. Eine moderate Intensität (z.B. 6 METs = schnelles Gehen, ca. 6,5 km/h) ist für eine gesundheitliche Wirkung ausreichend. Neben ausdauergestützten Bewegungsprogrammen wird der positive Effekt eines strukturierten Krafttrainings immer deutlicher.
4. Der optimale Umfang besteht ungefähr aus einem zusätzlichem Energieverbrauch von 1500-2000 kcal/Woche, d.h. es wird eine Aktivität von 30 min. 3–4 x wöchentlich, möglichst sogar täglich empfohlen.
5. Unklar ist, ob größere Umfänge körperlicher Aktivität und höhere Intensitäten der Belastung einen wesentlichen zusätzlichen Nutzen haben.
6. Die körperliche Leistungsfähigkeit (Fitness) ist unabhängig vom Umfang der Bewegungsaktivität ein Schutzfaktor und scheint genetisch beeinflusst zu sein.
7. Das Konzept der körperlichen Leistungsfähigkeit als gesundheitswirksamer Faktor muss in der Ärzteschaft stärker verankert werden und eine detaillierte Bewegungsanamnese sollte genauso wichtig wie die Messung von Blutdruck und Körpergewicht werden.
8. Mehr Programme für Männer sollten sich auf die Gruppe mit der niedrigsten Fitness konzentrieren (25–35 %), da hier der absolut größte gesundheitliche Effekt zu erzielen ist.
9. Ein lebenslanger körperlich aktiver Lebensstil schützt nicht nur vor Herz- Kreislauferkrankungen, sondern auch vor einer großen Zahl anderer wichtiger Volkskrankheiten (z.B. Krebserkrankungen, Stoffwechselerkrankungen und Depressionen)
10. Weitere Forschungsanstrengungen sind im Bereich Sportmedizin, öffentliche Gesundheit/Public Health notwendig um individualisierte, dem Risiko angepasste Bewegungsempfehlungen und -programme zu entwickeln.

„Kochen mit Jochen“ – ein Kurs (nicht) nur für Jungs

Dr. Michael Lohmann, Ärztekammer des Landes Schleswig-Holstein, Koordinator für das Gesundheitsziel „Verringerung der koronaren Herzkrankheit“ des Landes Schleswig-Holstein



Kindern stehen pro Tag 3,51 € für ihr Essen zur Verfügung – diese und ähnliche Meldungen heizen seit geraumer Zeit die familienpolitischen Diskussionen an. Hier setzt ein Kochworkshop an, den Jochen Arnhofer, selbständiger Koch und foodstylist, mit Jugendlichen in Schleswig-Holstein durchführt.

„Studien zeigen, dass insbesondere sozial benachteiligte Jugendliche zu einem ungünstigen Lebensstil neigen: Ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel, Stress, Rauchen und Alkohol sind die typischen Risikofaktoren,“ erklärt Dr. Michael Lohmann von der Ärztekammer Schleswig-Holstein, der das Projekt im Rahmen des schleswig-holsteinischen Gesundheitszieles „Verringerung der koronaren Herzkrankheit“ koordiniert. „Vielfach fehlen schon bei Kindern und Jugendlichen einfachste Kenntnisse über Lebensmittel und Essenszubereitung.“ Für Arnhofer und Lohmann lag es daher nahe, einen alltagsnahen Kochworkshop zu entwickeln, bei dem Jugendlichen Wissenswertes über den Umgang mit scharfen Messern und heißen Töpfen vermittelt wird.

„Es geht uns im wesentlichen darum, den Jugendlichen aufzuzeigen, dass sie auch mit einem kleinen Budget viel für eine gesunde Ernährung und damit für einen präventiv orientierten Lebensstil tun können,“ sagt Lohmann. Ganz nebenbei spielen auch die Themen Esskultur sowie Förderung der Eigenaktivität und soziale Kompetenz eine wichtige Rolle.

Karotten, Zucchini, Reis und Bohnen sind einige der Zutaten, mit denen vier Jugendliche an diesem Nachmittag eine asiatische Gemüsepfanne zubereiten werden. Die Besonderheit: heute kochen wieder einmal nur Männer. Um etwas präziser zu sein: solche, die noch welche werden wollen.

„Der Gender-Aspekt stand bei der Konzeption nicht im Vordergrund,“ erläutert Lohmann. Aber es zeigte sich, dass die Ausrichtung auf Kochkurse für Jungs eine bisher nicht vorhandene, zusätzliche Attraktivität bot. Seit 2007 sind verschiedene Veranstaltungen in Kiel, Rendsburg und Flensburg durchgeführt worden.

Adrian, Dennis, Marc und Brian im Alter von 13-16 Jahren nutzen die Möglichkeit, in den nächsten Stunden ein 3-4 Gänge Menü zuzubereiten. Zu Beginn des Workshops recherchieren die vier im Internet nach Rezepten für „pürierte Karottensuppe mit Ingwer und Ceyloncurry“ und „Asiatische Gemüsepfanne“. Dann geht es gemeinsam zum Einkaufen – zuerst zum Discounter, anschließend für die noch fehlenden Zutaten in den größeren Lebensmittelmarkt vor Ort.

Jochen Arnhofer erklärt, dass die lose angebotenen Gemüse oft günstiger sind als die im Mix angebotene Ware. Vor dem Regal mit Kidneybohnen zeigt er, dass die

teuren Markenartikel immer in Augenhöhe platziert sind und günstigere Produkte oft im unteren Regalbereich zu finden sind. Mit etwas Bücken sind schnell ein paar Euro gespart!

Auch bei der Wahl eines Saftgetränks sollen Preis und Leistung stimmen. Die Jungs entdecken einen Saft mit 100% Fruchtgehalt. Der ist zwar 10 Cent teurer als ein Markenprodukt, das aber enthält neben dem bekannten Namen nur 30 % Fruchtanteil und ist damit teuer bezahltes Wasser mit Zucker.

Anhand einer asiatisch anmutenden Fertigsoße erklärt Arnhofer, dass die Zutatenlisten auf den Packungen wichtige Informationen liefern. Die Hauptbestandteile stehen an erster Stelle, in diesem Falle Salz. „Genau genommen ist dieses Produkt ein teures Salz, ähnlich wie bei auch Backmischungen das Mehl teurer ist.“

Der 49jährige Arnhofer kocht seit über 30 Jahren. „Mit 150 Euro kann sich ein Single-Haushalt im Monat täglich eine warme Mahlzeit mit Vorspeise und Dessert zubereiten,“ erklärt er den Jungs. Er sagt, dass er beim Essen herumgemäkelt habe, als er jung war. „Ich wollte dann mein eigenes Essen zubereiten, so bin ich Koch geworden.“

Keiner der vier Jugendlichen, die heute gemeinsam kochen, hat jemals zuvor frisches Gemüse verarbeitet. Bereitwillig lassen sie sich zeigen, wie man Gemüse putzt. Das Wort Gesundheit wird während der Veranstaltung übrigens selten verwendet. Denn das Thema Gesundheit ist in diesem Alter für zahlreiche Jungs „uncool“. Hier gilt die Devise: das Essen muss schmecken und die Zubereitung muss Spaß machen.

Was dagegen besonders Jungs aus der Reserve lockt, ist die Technik. Auch die in der Küche. Vor allem der perfekte Umgang mit den Küchenmessern kommt bei den Jungs gut an, berichtet Arnhofer. Regelmäßig bringt er seinen eigenen Messerkoffer zu den Veranstaltungen mit. Begeisterung kommt auf, als Jochen zeigt, wie man professionell und in Sekundenschnelle die Zucchini in hauchdünne Scheibchen schneidet.

Um den Küchentisch füllen sich langsam die Schüsseln. Auch Marc möchte lernen, wie man eine asiatische Reispfanne zubereitet. Die Kenntnisse bei der Zubereitung der Gemüsepfanne kann man später auch auf andere Rezepte übertragen. „Ich habe das Rezept vom letzten Mal, ein Cordon-bleu, zubereitet und meiner Mutter präsentiert – sie fand es echt lecker“ erzählt der 16jährige. Das gemeinsame Essen am selbst gedeckten Tisch ist der Höhepunkt des Workshops. Stolz servieren die Jungs die lecker abgeschmeckte Reispfanne. Nur Dennis stochert ein wenig in der Gemüsepfanne herum. Brian

fragt ihn provozierend, ob ihm etwas nicht schmeckt? Dennis erwidert, dass es in seiner Familie fast nie ein warmes Essen gab, sondern nur Brot. Wenn er etwas Warmes wollte, musste er sich eine Dose Ravioli oder andere Konserven warm machen. Jetzt ist es Brian, der sich bei ihm entschuldigt.

„Jungs, die kochen können, kommen bei Mädchen gut an“ meint Arnhofer. Folgerichtig steht das Kochen bei den Jungs hoch im Kurs. Die Veranstaltungen sind mittlerweile aber auch für Mädchen zugänglich. Karina beispielsweise hat an einer Veranstaltung vor zwei Wochen teilgenommen. Sie bestätigt: „Jungs, die kochen können, sind cool“.

Die Evaluation der Veranstaltungen hat gezeigt, dass die Jungs an den Kochkursen insbesondere das „Selbermachen“ schätzen. Daneben werden das Gemeinschaftsgefühl, die Teamarbeit und der Austausch zwischen den Jugendlichen untereinander als positiv bewertet. Zudem werden die Möglichkeiten zur Partizipation genutzt. Das beinhaltet nicht nur Mitgestaltung und Mitbestimmung (z.B. durch das Einbringen eigener Rezeptideen oder Speisenwünsche), sondern auch die Förderung von Eigenaktivität in Richtung Hilfe zur Selbsthilfe und Selbstorganisation.

Das gemeinsame Einnehmen von Mahlzeiten ist für etliche der Jugendlichen, die an den Kochkursen teilnehmen, ungewohnt. Sich in Ruhe unterhalten zu können und auch nach dem Essen noch eine Zeitlang entspannt sitzen zu bleiben, eine neue und positive Erfahrung. Während des Essens wird intensiv über Essgewohnheiten, Lieblingsspeisen und Kochkenntnisse diskutiert. Alle sind erstaunt, dass man auch mit kleinem Budget und wenig Aufwand etwas leckeres selbst kochen kann. Und ganz nebenbei haben die Nachwuchsköche auch Teamfähigkeit und geschmackliche Kreativität bewiesen.

Fazit des Tages: Selbstgekochtes ist keine Hexerei und schmeckt besser als viele Fertigprodukte. Und auf die Frage, ob man das wiederholen sollte, kommt wie aus einem Munde ein spontanes „Klar, war doch cool...“

Bei Anfragen zum Projekt und für Terminbuchungen steht Ihnen der Projektleiter gerne zur Verfügung:

Dr. Michael Lohmann
Landeskoordinator bei der Ärztekammer Schleswig-Holstein für das Gesundheitsziel „Verringerung der KHK“
Bismarckallee 8-12
23795 Bad Segeberg
Tel (1): 04551-803-247
Tel (2): 0431-988-5497
michael.lohmann@aeksh.org oder
michael.lohmann@sozmi.landsh.de

Teil I

Daten und Fakten zur Gesundheit des „starken Geschlechts“

Teil II

Gesundheitliche Prävention für Männer – eine Herausforderung

Teil III

Die (Arbeits-)Welt der Männer

Teil IV

„Echt stark“?!? So gehen Männer mit ihrer Gesundheit um

Teil V

Service

Präventionsticker

Doping im Job

Der von der Krankenkasse DAK veröffentlichte Gesundheitsbericht 2009 ist der Frage nachgegangen, inwieweit Medikamentenmissbrauch gegen Stress und psychische Belastungen am Arbeitsplatz eine Rolle spielt. Nach einer repräsentativen Befragung dopen gut zwei Prozent aller Erwerbstätigen regelmäßig. Hochgerechnet auf Schleswig-Holstein sind das fast 25000, die von mehrmals im Monat bis zu täglich Medikamente zur Stressbewältigung oder Leistungssteigerung einnehmen. Dabei neigen Männer zu aufputschenden und konzentrationsfördernden Präparaten, während Frauen beruhigende Mittel gegen depressive Verstimmungen oder Ängste bevorzugen. „Männer frisieren ihr Leistungspotential, Frauen polieren ihre Stimmung auf“, sagte DAK-Chef Andreas Lie. Die Kasse warnte eindringlich davor, derartige Medikamente ohne medizinische Begründung einzunehmen.

Macht ein unsicherer Arbeitsplatz krank?

Eine Studie der Universität Ulm kommt zur rechten Zeit. Fast täglich verkünden Unternehmen den Beginn von Kurzarbeit oder können einen Arbeitsplatzabbau nicht mehr vermeiden. „Ein Zusammenhang zwischen befristeten oder anderweitig unsicheren Jobs und schlechter psychischer wie körperlicher Verfassung besteht. Das ist vielfach belegt“, sagt Professor Richard Peter, Leiter der Studie. Nun will man den Ursachen auf die Spur kommen. Die abschließenden Ergebnisse werden 2010 erwartet.

Mehr Lebenszeit für Frauen

Nach einer aktuellen Meldung des Statistischen Bundesamtes in Wiesbaden steigt die Lebenserwartung weiter. Neugeborene Mädchen werden künftig im Durchschnitt 82,4 Jahre alt, männliche Säuglinge haben 77,2 Jahre vor sich. Auch ältere Menschen können sich über ein längeres Leben freuen: 60-jährige Männer haben im Schnitt noch 20,9 Jahre vor sich, Frauen in diesem Alter sogar noch 24,7 Jahre.

Basis der Berechnung ist die sog. Sterbetafel der Jahre 2006/2007. Jeder zweite Mann in Deutschland erlebt seinen 80. Geburtstag, jede zweite Frau feiert ihren 85., das 60. Lebensjahr erreichen 94 Prozent der Frauen und 89 Prozent der Männer. Nach wie vor ist die Lebenserwartung im früheren Bundesgebiet etwas höher als in den neuen Bundesländern. Der Abstand beträgt bei neugeborenen Jungen 1,3 Jahre, bei den Mädchen nur 0,3 Jahre.

Jeder Dritte bekommt den Winterblues

Fast jeder dritte Deutsche leidet im Winter an Stimmungsschwankungen, Konzentrationsschwäche und Müdigkeit, wie eine Forsa-Umfrage im Auftrag der Techniker Krankenkasse ergab. Frauen sind davon stärker betroffen als Männer. 36 Prozent der befragten Frauen gaben an, in der dunklen Jahreszeit in ein Stimmungstief zu fallen, dagegen nur jeder vierte Mann.

Ausgelöst wird das Tief hauptsächlich durch Lichtmangel. Denn ohne Licht schüttet der Körper geringere Mengen des „Glückshormons“ Serotonin aus. Tageslicht gilt als beste Therapie. Eine Viertelstunde täglich an der frischen Luft kann stimmungsaufhellend wirken.

Männerarzt ist nicht gleich Männerarzt

Den „Männerarzt“ gibt es noch nicht auf dem Praxisschild. Angeblich wird es aber für Hausärzte immer interessanter, sich dem Thema Männergesundheit zu widmen, so Dr. Wolfgang Grebe, Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Mann und Gesundheit. Gemeinsam mit dem Institut für zertifizierte medizinische Information (cni) bietet die Gesellschaft eine Fortbildung zum „Männerarzt cni“ an. Bei den Ärzten wachse das Interesse an der Zusatzqualifikation. „Mehr als 1000 ‚Männerärzte cni‘ gibt es in Deutschland, 50 davon sind Hausärzte“, so Grebe. Bedarf bestehe insbesondere in der Vorsorge. Gesundheitsbewusste Verhaltensweisen widersprechen oft den Normen der Männlichkeit. Der „Männerarzt cni“ ist eine von der Landesärztekammer zertifizierte interdisziplinäre Fortbildung und umfasst drei Wochenendseminare mit Prüfung. Er ist nicht zu verwechseln mit einem Arzt, der die Zusatzbezeichnung „Andrologie“ führt. Diese sind Spezialisten u.a. für die Behandlung von Störungen der männlichen Fruchtbarkeit. Die Weiterbildungszeit beträgt 18 Monate.

ANNA – ein neues Verfahren in der urologischen Tumordiagnostik

Prostatakrebs ist der häufigste bösartige Tumor und die zweithäufigste krebsbedingte Todesursache bei Männern. Der Krebs ist in über 80 Prozent der Fälle heilbar, wenn er früh erkannt wird. Statistisch gesehen wird jeder vierte Mann im Laufe seines Lebens an diesem Tumor erkranken, das sind bundesweit rund 45 000 Neuerkrankungen im Jahr. Um mögliche Prostatakarzinome präziser und schonender als bislang diagnostizieren zu können, hat Dr. Tillmann Loch, Chefarzt der Urologie in der Ev.-Luth. Diakonissenanstalt in Flensburg (DIAKO) ein neues Diagnoseverfahren entwickelt. Das neue Verfahren ermöglicht es, mithilfe des Computers (C-TRUS) zusätzliche Informationen aus den Aufnahmen herauszufiltern und auszuwerten, die mit bloßem Auge nicht zu erkennen sind. C-TRUS/ANNA heißt das neue Verfahren. Das Computersystem kann exakter als bisher gut- und bösartige Veränderungen des Gewebes erkennen. Eine gezieltere Biopsie ist dadurch möglich. Mit ANNA können Tumore zuverlässiger in Stadien eingeteilt werden. Dabei können die behandelnden Ärztinnen und Ärzte mehr Informationen erhalten, ob der Krebs bereits über die Prostata hinaus gewachsen ist. C-TRUS/ANNA wurde als ein Leitprojekt der Gesundheitsinitiative des Landes Schleswig-Holstein gefördert. Mit Erfolg: Inzwischen können Bilder an das Analysereferenzzentrum an der DIAKO gesendet und mittels C-TRUS ANNA ausgewertet werden. So entsteht in Flensburg ein klinisches Referenzzentrum.

Die nachfolgenden Tabellen geben einen Überblick über die Arbeit der Staatlichen Arbeitsschutzbehörde bei der Unfallkasse Nord.

Personal der Arbeitsschutzbehörden (besetzte Stellen zum Stichtag 30. Juni 2008)*

Pos.	Personal	oberste Landesbehörden		Landesoberbehörden		Mittelbehörden		untere Landesbehörden		Einrichtungen (UKN)*		Summe	
		männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Ausgebildete Aufsichtskräfte												
	Höherer Dienst									1,00	2,00	1,00	2,00
	Gehobener Dienst	1,00	1,00							18,00	3,00	19,00	4,00
	Mittlerer Dienst									11,00		11,00	0,00
	Summe 1	1,00	1,00							30,00	5,00	31,00	6,00
2	Aufsichtskräfte in Ausbildung												
	Höherer Dienst											0,00	0,00
	Gehobener Dienst											0,00	0,00
	Mittlerer Dienst											0,00	0,00
	Summe 2	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3	Gewerbeärztinnen u. -ärzte											0,00	0,00
4	Entgeltprüferinnen u. -prüfer											0,00	0,00
5	Sonstiges Fachpersonal**												
	Höherer Dienst	1,00								1,00	1,00	2,00	1,00
	Gehobener Dienst	2,00	1,00							10,00	1,50	2,00	2,50
	Mittlerer Dienst									3,00	4,50	3,00	4,50
	Summe 5	3,00	1,00							14,00	7,00	7,00	8,00
6	Verwaltungspersonal ***									4,00	7,38	4,00	7,38
	Insgesamt	4,00	2,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	48,00	19,38	42,00	21,38

Tabelle 1 * Das ehemalige Personal der oberen Landesbehörde LGASH wurde durch Gesetz zum 1.1.2008 auf die Unfallkasse Nord übertragen und nimmt dort im Fachbereich „Staatlicher Arbeitsschutz“ die Aufgaben der Staatlichen Arbeitsschutzbehörde bei der Unfallkasse Nord wahr.

Betriebsstätten und Beschäftigte im Zuständigkeitsbereich* (Ist-Anzahl am 30. Juni 2008)

Größenklasse	Betriebsstätten		Beschäftigte	
	1	7	7	7
1: Groß- und Mittelbetriebsstätten				
100 und mehr Beschäftigte**		1.139		303.832
50 bis 99 Beschäftigte		1.533		105.103
20 bis 49 Beschäftigte		4.509		136.080
Summe		7.181		545.015
2: Kleinbetriebsstätten				
10 bis 19 Beschäftigte		6.951		93.306
6 bis 9 Beschäftigte		8.832		63.844
1 bis 5 Beschäftigte		51.775		110.882
Summe		67.558		268.032
Insgesamt		74.739		813.047

Tabelle 2 * Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Nürnberg, 30. Juni 2008

** Die Betriebsgrößenklassen wurden der Tabelle der Bundesagentur angepasst, die alle Betriebe größer 100 Beschäftigte zu einer Größenklasse zusammenfasst.

Dienstgeschäfte in Betriebsstätten

(01. Januar bis 31. Dezember 2008)

Schl.	Leitbranche	erfasste Betriebsstätten *)				aufgesuchte Betriebsstätten				Dienstgeschäfte in den Betriebsstätten				Überwachung/Prävention				Entscheidungen				Zwangsmassnahmen	Ahndung						
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	darunter		15	16	17	18	19	20			21	22	23	24	25	26
														Gr. 1	Gr. 2														
01	Chemische Betriebe					4	55	45	104	9	82	61	152			87	1		29	12			309	7		1		10	
02	Metallverarbeitung					1	30	119	150	1	37	141	179			160			10	2			966	8		4	1	12	
03	Bau, Steine, Erden					1	58	580	639	1	75	670	746			631			25	12	2	2070	45		52	4	115		
04	Entsorgung, Recycling					1	37	106	144	3	56	131	190			146			23	2		317	2		10		44		
05	Hochschulen, Gesundheitswesen					10	164	390	564	17	202	449	668			446			130	17	1	1640	8	1	51	2	4		
06	Leder, Textil						9	88	97		10	103	113			95			4	1	1	180			1		8		
07	Elektrotechnik					2	20	47	69	5	25	59	89			47			10	7		153	3		2		7		
08	Holzbe- und -verarbeitung						26	196	222		36	236	272			242			25	1		655			6	1	27		
09	Metallerzeugung						2	1	3		2	1	3			1			1			3	2						
10	Fahrzeugbau					4	8	31	43	15	19	39	73			57			2	7		198	10		1		3		
11	Kraftfahrzeugreparatur; -handel, Tankstellen						37	411	448		44	481	525			432	3		35	6		1638	31		11	3	21		
12	Nahrungs- und Genussmittel					3	54	187	244	6	87	207	300			223	1		37	16		557	7		20		102		
13	Handel					1	67	290	358	1	85	337	423			247	2	4	95	10		867	22		68	1	207		
14	Kredit-, Versicherungsgewerbe						2	10	12		2	12	14			7			4	2		31	1		5		9		
15	Datenverarbeitung, Fernmeldedienste					1	2	3	6	1	2	3	6			2			1			6	1				1		
16	Gaststätten, Beherbergung						5	138	143		11	166	177			43			123	2		461	5	2	20		4		
17	Dienstleistung					3	48	309	360	5	61	353	419			330	19		26	1		745	9	1	26		13		
18	Verwaltung					1	36	43	80	2	110	56	168			9			23			73	16		22		16		
19	Herstellung von Zellstoff, Papier und Pappe						4	1	5		8	1	9			1			4			5	7		2				
20	Verkehr					2	45	132	179	3	55	162	220			120	4	34	5	2	185	10	1	346	14	1916			
21	Verlagsgewerbe, Druckgewerbe, Vervielfältigungen					3	14	43	60	6	17	49	72			57			6	2		122	1		1		4		
22	Versorgung					2	6	18	26	2	11	19	32			16			2	1		49	7		3		1		
23	Feinmechanik					2	15	77	94	2	20	91	113			92			1			252	3		2				
24	Maschinenbau					4	39	58	101	4	50	73	127			83			23	6		429	21		7	1	6		
Insgesamt						45	783	3323	4151	83	1107	3900	5090			3574	26	8	673	112	6	11911	226	5	661	27	2530		

Tabelle 3.1

*) Die Spalten 1 - 4 bleiben frei aufgrund der unterschiedlichen Systematik zwischen den Daten der Bundesagentur für Arbeit (siehe auch Tabelle 2) und denjenigen der Staatlichen Arbeitsschutzbehörde bei der Unfallkasse Nord

Dienstgeschäfte außerhalb von Betriebsstätten (01. Januar bis 31. Dezember 2008)

Pos.	Art der Arbeitsstelle bzw. Anlage	Überwachung/Prävention							Anz. Beanstandungen	Entscheidungen			Zwangsmaßnahmen	Ahndung
		eigeninitiativ			auf Anlass					erteilte Genehmigungen/ Erlaubnisse/Zulassungen/ Ausnahmen/Ermächtigungen	abgelehnte Genehmigungen/ Erlaubnisse/Zulassungen/ Ausnahmen/Ermächtigungen	Anfragen/Anzeigen/ Mängelmeldungen		
		1	2	3	4	5	6	7						
	Dienstgeschäfte	Besichtigung/Inspektion (punktuell)	Besichtigung/Inspektion (Schwerpunktprogramm)	Messungen/Probenahmen/ Analysen/Ärztl. Untersuchungen	Besichtigung/Inspektion	Untersuchungen von Unfällen/Berufskrankheiten	Messungen/Probenahmen/ Analysen/Ärztl. Untersuchungen					Anordnungen/ Anwendung von Zwangsmitteln	Verwarnungen/Bußgelder/ Strafanzeigen	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	Baustellen	273	222			36		2	227	2		3		1
2	überwachungsbedürftige Anlagen	101	19	11		70	1		58				4	
3	Anlagen nach dem Bundesimmissionschutzgesetz	6	3			1			1					
4	Lager explosionsgefährlicher Stoffe	3	1			2			1					
5	Märkte und Volksfeste (fliegende Bauten, ambulanter Handel)	3	2			1			2					
6	Ausstellungsstände	2				1								
7	Straßenfahrzeuge													6
8	Schienenfahrzeuge													
9	Wasserfahrzeuge	2	2											
10	Heimarbeitsstätten													
11	private Haushalte (ohne Beschäftigte)	14	8			4			1					
12	Übrige	7												
	Insgesamt	411	257	11		115	1	2	290	2		3	4	7
13	sonstige Dienstgeschäfte im Außendienst*)													

Tabelle 3.2 *) sofern sie nicht in Betriebsstätten nach Tabelle 3.1 oder in den Positionen 1 bis 12 dieser Tabelle durchgeführt wurden.

Begutachtete Berufskrankheiten

(01. Januar bis 31. Dezember 2008)

Nr.	Berufskrankheit	Zuständigkeitsbereich						Summe	
		Arbeitsschutzbehörden		Bergaufsicht		sonstiger, unbestimmt		begutachtet	berufsbedingt
		begutachtet	berufsbedingt	begutachtet	berufsbedingt	begutachtet	berufsbedingt		
1	2	3	4	5	6	7	8		
1	Durch chemische Einwirkungen verursachte Krankheiten								
11	Metalle oder Metalloide	4						4	
12	Erstickungsgase								
13	Lösemittel, Schädlingsbekämpfungsmittel (Pestizide)	25	2					25	2
2	Durch physikalische Einwirkungen verursachte Krankheiten								
21	Mechanische Einwirkungen	145						145	
22	Druckluft								
23	Lärm	175	22					175	22
24	Strahlen	1						1	
3	Durch Infektionserreger oder Parasiten verursachte Krankheiten sowie Tropenkrankheiten	17	2					17	2
4	Erkrankungen der Atemwege und der Lungen, des Rippenfells und Bauchfells								
41	Erkrankungen durch anorganische Stäube	268	53	1				268	53
42	Erkrankungen durch organische Stäube	1						1	
43	Obstruktive Atemwegserkrankungen	76	8					76	8
5	Hautkrankheiten	148	11					148	11
6	Krankheiten sonstiger Ursache								
9999	Entscheidungen nach § 9 Abs. 2 SGB VII								
	Insgesamt	860	98					860	98

Tabelle 6

Ihre Ansprechpartner zum Thema Prävention

AOK Schleswig-Holstein

Edisonstr. 70
24145 Kiel
Bernd Letsch
E-Mail: bernd.letsch@sh.aok.de
Tel.: 0431 / 605 -1355
Fax: 0431 / 605 -251355

BKK-Landesverband Nord

Süderstr.24
20097 Hamburg
Heiko Wolgast
E-Mail: info@bkk-sh.de
Tel.: 040 / 251 505 – 298
Fax: 04124 / 608 19 – 28

Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. Sektion Schleswig-Holstein

Hermann-Weigmann Str. 1
24103 Kiel
Dr. Petra Schulze-Lohmann
E-Mail: nissen.dge@gmx.de
Tel.: 0431 / 6 27 06
Fax: 0431 / 67 40 92

GESA-Netzwerk:

Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit
Adolf-Westphal-Str. 4
24143 Kiel
Bettina Küpper
E-Mail: bettina.kuepper@sozmi.landsh.de
Tel: 0431 / 988 -5438
Fax: 0431 / 988 -5416

Handwerker-Fonds Suchtkrankheit im Handwerkskammerbezirk Lübeck e.V. c/o KDA Dienststelle Lübeck

Mengstraße 8 a-f
23552 Lübeck
Rüdiger Schmidt
E-Mail: kda-luebeck@kda-nordelbien.de
Tel.: 0451/ 891 574
Fax: 0451/ 891 695

Handwerker-Fonds Suchtkrankheit e.V.

Wiesendangerweg 14
24941 Flensburg
Hans-Christian Lorenzen (Geschäftsführer)
E-Mail: hclorenzen@handwerker-fonds.de
Tel.: 0461 / 31 80 55 24

IKK Nord

Parkallee 21
24782 Büdelsdorf
Anke Fuchs
E-Mail: anke.fuchs@ikk-nord.de
Tel.: 04331 / 345-727
Fax: 04331 / 345-778

Initiative „Arbeit im demografischen Wandel“:

Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit
Adolf-Westphal-Str. 4
24143 Kiel
Kerstin Ehlers
E-Mail: kerstin.ehlers@sozmi.landsh.de
Tel.: 0431 / 988 -4657
Fax: 0431 / 988 -5416
Bettina Küpper
E-Mail: bettina.kuepper@sozmi.landsh.de
Tel: 0431/988-5438
Fax: 0431/988-5416

Landesarbeitsgemeinschaft Herz und Kreislauf in Schleswig-Holstein e.V.

Auguste-Viktoria-Str. 15
24103 Kiel
Heidmarie Berke
E-Mail: info@lagsh.net
Tel.: 0431/5303136

Landesstelle für Suchtfragen Schleswig-Holstein e.V.

Schauenburger Str. 36
24105 Kiel
E-Mail: sucht@lssh.de
Tel.: 0431/564770
Fax: 0431/564780

Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V. in Schleswig-Holstein

Flämische Str. 6-10
24103 Kiel
E-Mail: gesundheit@lvgfsh.de
Tel.: 0431/94294
Fax: 0431/94871

Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft Schleswig-Holstein und Hamburg

Schulstr. 29
24143 Kiel
Rüdiger Aumann
E-Mail: ruediger.aumann@kiel.lsv.de
Tel.: 0431/7024-1260
Fax: 0431 7024-6360

Leitstelle Suchtgefahren am Arbeitsplatz
Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit
Adolf-Westphal-Str. 4
24143 Kiel
Natalie Syring
E-Mail: natalie.syring@sozmi.landsh.de
Tel: 0431/988-5495
Fax: 0431/988-5416

Netzwerk Ernährung:
Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit
Adolf-Westphal-Str. 4
24143 Kiel
Sabine Gatzemeyer
E-Mail: sabine.gatzemeyer@sozmi.landsh.de
Tel: 0431/988-7327
Fax: 0431/988-5416

**Reha-Netzwerk: Netzwerk Betrieb
und Rehabilitation e.V.**
c/o Ilensee 4
24837 Schleswig
Klaus Leuchter
E-Mail: info@esa-sh.de
Tel.: 04621 / 96 -0099
Fax: 04621 / 9631-29

Sprecher der Ärzte im ÖGD Schleswig-Holstein
c/o Gesundheitsamt
Moltkestraße 8
25421 Pinneberg
Dr. Raimund Hümmelink
r.huemmelink@kreis-pinneberg.de
Tel. 04101 – 212-421
Fax 04101 – 212- 187

**Verein zur Förderung der Betrieblichen Eingliederung
im Handwerk e.V.**
c/o IKK Nord
Ilensee 4
24837 Schleswig
Klaus Leuchter
E-Mail: info@esa-sh.de
Tel.: 04621 / 96 -0099

**Staatliche Arbeitsschutzbehörde
bei der Unfallkasse Nord**
Seekoppelweg 5a
24113 Kiel
Jan Holger Stock
E-Mail: jhstock@uk-nord.de
Tel.: 0431/6407-250
Fax: 0431/6407-250

**Verband der Ersatzkassen e.V. – vdek –
Landesvertretung Schleswig-Holstein**
Wall 55 (Sell-Speicher)
24103 Kiel
Marlies Rother
E-Mail: Marlies.Rother@vdek.com
Tel.: 0431/97441-25
Fax: 0431/97441-23

Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e.V.
An der Miele 10
25704 Meldorf
Detlef Glomm (Vizepräsident)
E-Mail: glomm@bad516.bad-gmbh.de
Tel.: 04832/955-0
Fax: 04832/5196

