



Gesundheit von Jungen und Männern in Nordrhein-Westfalen - Erkrankungshäufigkeit, Risikoverhalten und präventive Potentiale

Der Gesundheitsstatus und das Auftreten verschiedener Risikofaktoren unterscheiden sich je nach fokussierter Bevölkerungsgruppe. Betrachtet man die Gesundheit von Männern, so sind unter anderem die folgenden Verteilungen auffällig:

- männliche Neugeborene haben eine geringere Lebenserwartung als weibliche Säuglinge,
- Männer versterben häufiger als Frauen an vermeidbaren Erkrankungen, d.h. Erkrankungen, die in den entsprechenden Altersgruppen durch geeignete Behandlungs- und Vorsorgemaßnahmen beeinflussbar bzw. zu verhindern wären,
- gesundheitsriskante Verhaltensweisen wie Alkohol- und Tabakkonsum sind unter Männern stärker verbreitet als unter Frauen,
- Männer nehmen seltener als Frauen an Krebsvorsorgeuntersuchungen und an primär präventiven Maßnahmen teil.

Dies sind nur wenige Eckpunkte, denen im vorliegenden „NRW kurz und informativ“ näher auf den Grund gegangen werden soll. Generell werden in der Gesundheitsberichterstattung die Indikatoren soweit vorhanden geschlechtsspezifisch aufgezeigt, dennoch bietet ein Bericht, der sich schwerpunktmäßig mit einem Geschlecht beschäftigt, den Vorteil, gezielt häufig vorkommende Erkrankungen und geschlechtsspezifisches Risikoverhalten darzustellen, um den Versorgungsbedarf und präventive Potentiale zu erfassen.

► Demografie und sozio-ökonomische Variablen

In Nordrhein-Westfalen leben 2006 durchschnittlich 8,8 Millionen Jungen und Männer, welches einem Anteil von 48,7 % an der Gesamtbevölkerung in Nordrhein-Westfalen entspricht. Bis zu der Altersgruppe der 45- bis 49-jährigen überwiegt der Anteil an Männern in Nordrhein-Westfalen. In den höheren Altersgruppen nimmt der Männeranteil ab und erreicht in der höchsten Altersgruppe, den 90 Jahre und älteren Menschen, noch 22,7 %. Hier zeigen sich Auswirkungen der niedrigeren Lebenserwartung der Männer und die Folgen des zweiten Weltkrieges.

Aktuell befindet sich der größte Anteil der männlichen Bevölkerung im vierten Lebensjahrzehnt. Prognosen zeigen, dass bis 2025 mit einer Verschiebung um zwei Jahrzehnte zu rechnen ist – der größte Anteil der Männer wird sich dann im sechsten Lebensjahrzehnt befinden (vgl. Abbildung 1)

Ähnlich wie in der weiblichen Bevölkerungsgruppe verfügt der überwiegende Anteil der Männer ab 15 Jahren in Nordrhein-Westfalen über einen Volks- bzw. Hauptschulabschluss (43,6 %). Einen Realschul- oder gleichwertigen Abschluss haben 18,7 % und eine Fachhochschul- oder Hochschulreife 27,6 % der männlichen Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen. Als höchsten berufsbildenden Abschluss verfügen Männer wie Frauen in Nordrhein-Westfalen überwiegend über eine Lehrausbildung (Männer 42,8 %, Frauen 41,6 %). Einen Meister- oder Technikerabschluss haben mit 7,9 % mehr Männer als Frauen (2,9 %). Der Anteil an Universitätsabsolventen ist unter Männern und Frauen mit 5 % bis 6 % gleich verteilt, einen Fachhochschulabschluss haben

hingegen mehr Männer als Frauen (Männer 4,3 %, Frauen 1,9 %). Männer haben seltener als Frauen keinen berufsbildenden Abschluss (Männer 33,5 %, Frauen 42,7 %).

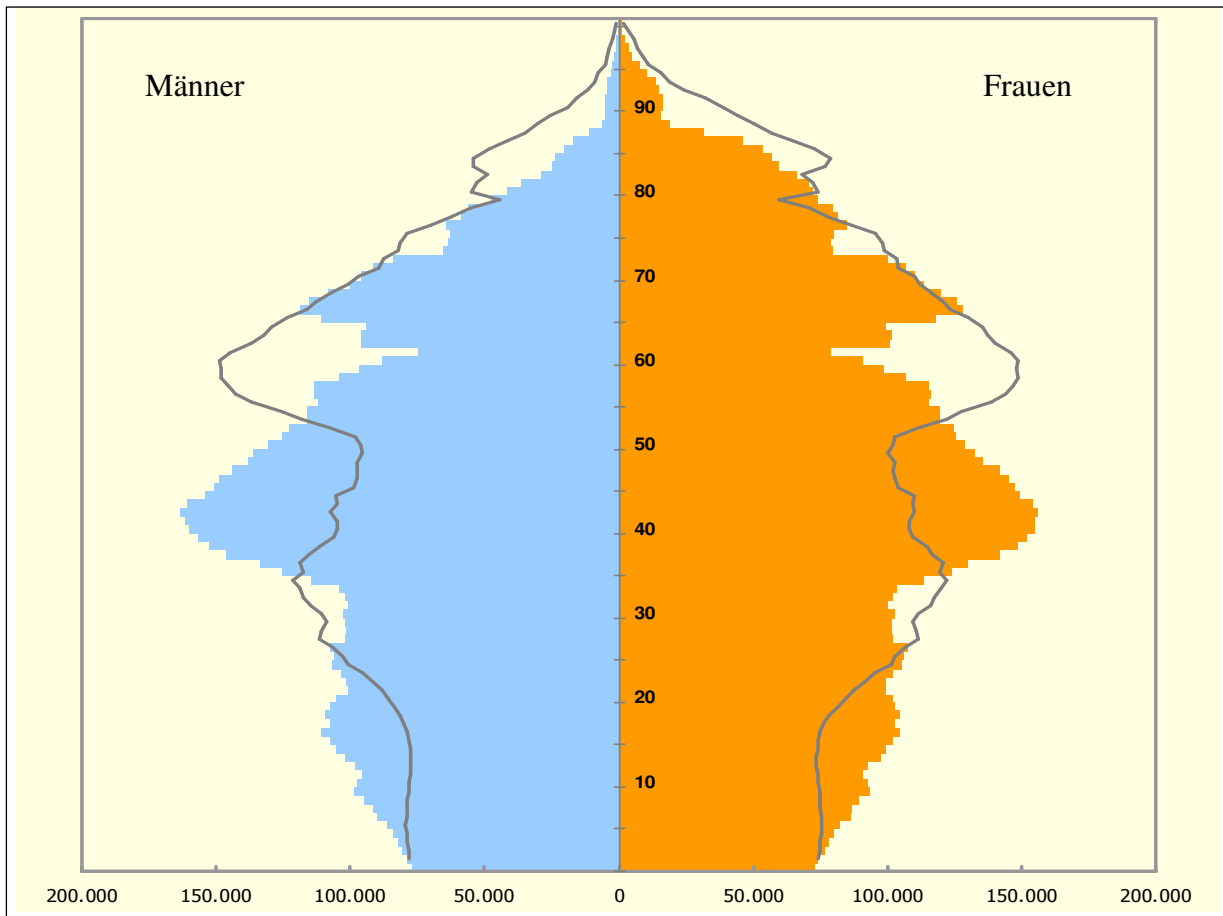


Abb. 1: Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen am 31.12.2006 und Prognose für 2025 (graue Linie) (Quelle: LIGA.NRW, Indikator 2.03)

► **Mortalität und Morbidität**

Allgemeine und gesunde Lebenserwartung

Die allgemeine, mittlere Lebenserwartung steigt im Zeitverlauf bei männlichen und weiblichen Neugeborenen stetig an. Männer versterben 2004/2006 mit einer durchschnittlichen Lebenserwartung von 76,2 Jahren 5,3 Jahre früher als Frauen, diese Differenz hat allerdings im Zeitverlauf abgenommen - in den Jahren 1990/1992 betrug die Differenz der Lebenserwartung von Frauen und Männern noch 6,6 Jahre (vgl. Abbildung 2).

Die Differenz zwischen der allgemeinen Lebenserwartung und der behinderungsfreien (oder gesunden) Lebenserwartung ist ein Indikator dafür, wie viele Lebensjahre mit Behinderung verlebt werden. Daraus lässt sich ableiten, wie weit die gestiegene Lebenserwartung aus einem Zuwachs an gesunden oder kranken Lebensjahren resultiert. Grundlage der Berechnung ist die Schwerbehindertenstatistik, wobei Personen mit einem Behinderungsgrad größer 50 in die Berechnungen einfließen. Die männliche Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen hat bei Geburt in den Jahren 2003-2005 eine gesunde Lebenserwartung von 68,11 Jahren, welche 6,32 Jahre unter der gesunden Lebenserwartung der weiblichen Bevölkerung liegt. Die Differenz zwischen allgemeiner und gesunder Lebenserwartung hat in den letzten Jahren abgenommen, was bedeutet, dass die gesun-

de Lebenserwartung stärker steigt als die allgemeine Lebenserwartung. Krankheiten, die Behinderungen verursachen, verschieben sich demnach in höhere Altersgruppen. So beträgt die Differenz zwischen allgemeiner und gesunder Lebenserwartung 2001/2003 bei Männern in Nordrhein-Westfalen 8,09 Jahre, 2003/2005 ist sie auf 7,69 Jahre gesunken.

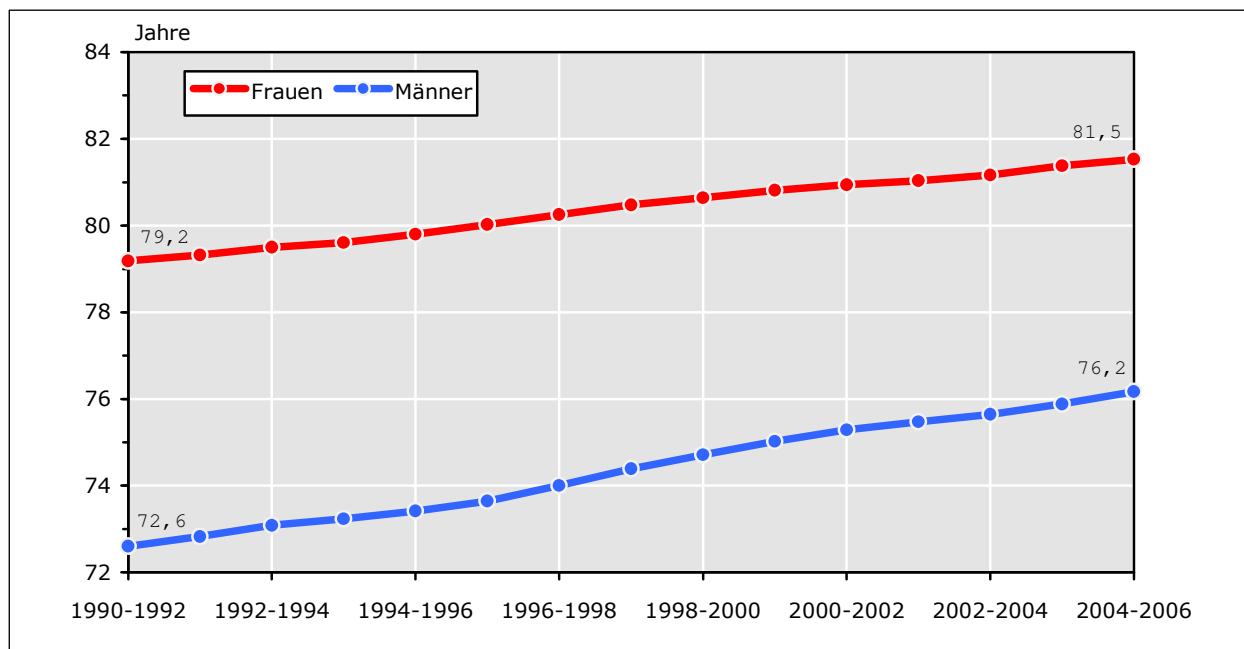


Abb. 2: Entwicklung der mittleren Lebenserwartung in Nordrhein-Westfalen, 1990-2006 (3-Jahres-Mittelwerte) (Quelle: LIGA.NRW, Indikator 3.09)

Haupttodesursachen

Insgesamt sind 2006 in Nordrhein-Westfalen 86.549 Männer und 97.192 Frauen verstorben. Die alterstandardisierte Mortalitätsrate der Männer liegt 2006 in Nordrhein-Westfalen bei 762,4 Todesfälle pro 100.000 Einwohner (Vergleich Frauen 495,0 pro 100.000 Einwohner).

Die zehn häufigsten Todesursachen unter Männern in Nordrhein-Westfalen machen 2006 etwa die Hälfte (47,2 %) aller Todesursachen aus (vgl. Abbildung 3).

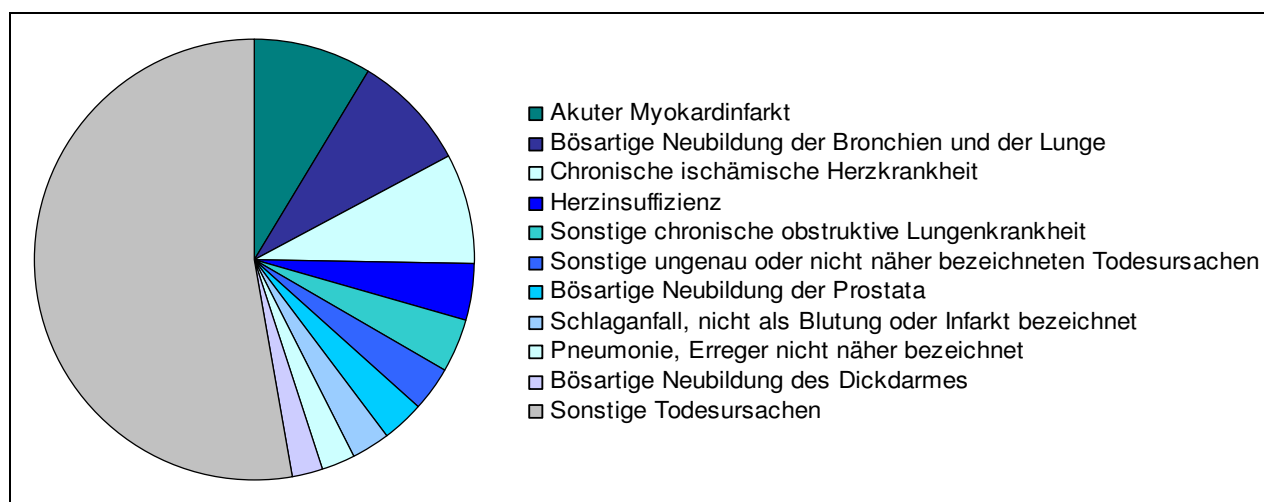


Abb. 3: Sterbefälle der 10 häufigsten Todesursachen (Fallzahlen), alle Altersgruppen, Männer, Nordrhein-Westfalen 2006 (Quelle: www.gbe-bund.de)

Unter den einzeln aufgeführten Todesursachen dominieren Todesfälle aufgrund akuter Myokardinfarkte, bösartiger Neubildungen der Bronchien und Lungen sowie aufgrund chronischer ischämischer Herzkrankheiten. Eine vergleichbare Verteilung konnte auch in den Jahren zuvor beobachtet werden.

Betrachtet nach Altersgruppen werden die oben genannten Haupttodesursachen um Todesfälle durch Verletzungen und Vergiftungen erweitert, die überwiegend in den jungen Lebensjahren auftreten (Tabelle 1).

Tab. 1: Rang der häufigsten Todesursachen (ICD-Klassen) nach Altersgruppe unter Männern, Nordrhein-Westfalen aus den Jahren 2004-2006 (Quelle: LIGA.NRW, Indikator 3.08)

	Alter				
	1-14	15-34	35-64	65-79	80+
Verletzungen und Vergiftungen	1	1	3	-	-
Bösartige Neubildungen	2	3	1	2	2
Krankheiten des Kreislaufsystems	3	2	2	1	1
Krankheiten des Atmungssystems	-	-	-	3	3

Sterbefälle < 65 Jahre

Die vorzeitige Sterblichkeit vor dem Erreichen eines Alters von 65 Jahren ist von 1980 bis 2006 stark zurückgegangen. Dabei hat sich die vorzeitige Sterblichkeit bei den Männern im genannten Zeitraum um etwa 200 Fälle pro 100.000 Einwohner und Jahr reduziert. Bei den Frauen konnte eine Reduktion um etwa 100 Fälle pro 100.000 Einwohner und Jahr festgestellt werden. Generell versterben jedoch weitaus mehr Männer als Frauen vor dem 65. Lebensjahr (vgl. Abbildung 4).

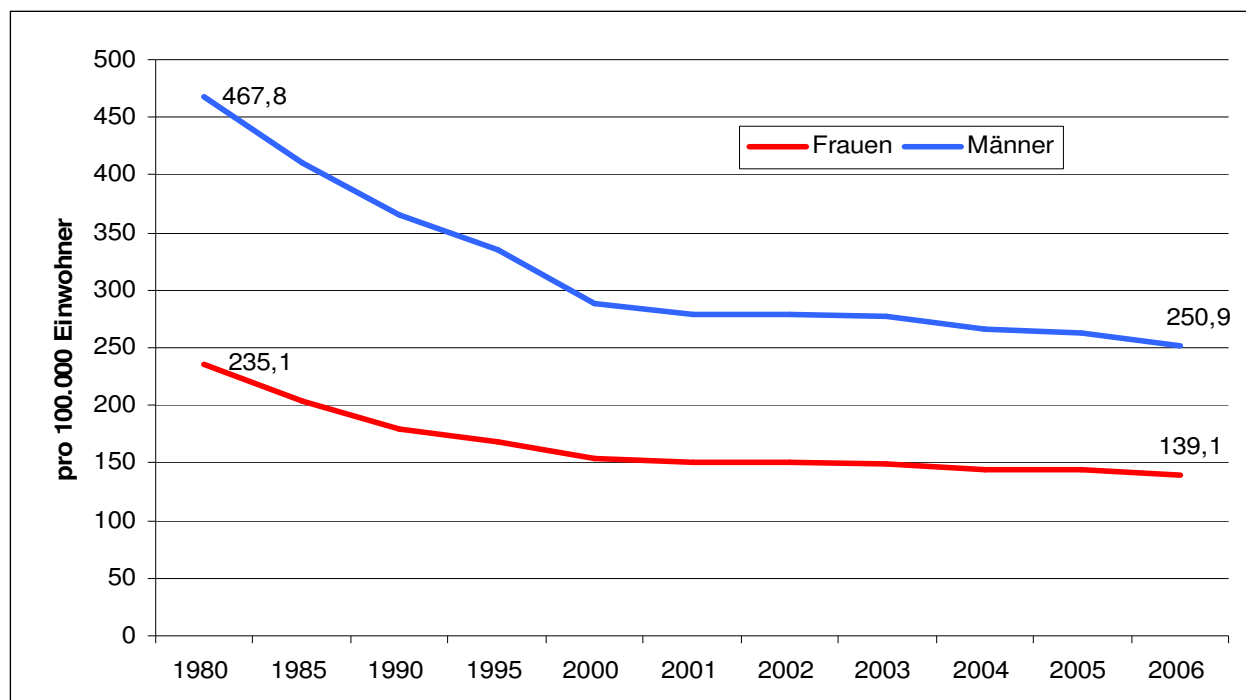


Abb. 4: Vorzeitige, altersstandardisierte Sterblichkeit (bis zum Alter von 64 Jahren) nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen, 1980, 1985, 1990, 1995, 2000 – 2006 (Quelle: LIGA.NRW, Indikator 3.05)

Bezogen auf die rohe Mortalitätsrate verstarben 2006 in Nordrhein-Westfalen unter den unter 65-Jährigen 1,77 Männer bezogen auf eine Frau. Verglichen mit anderen Todesursachen besteht der geringste geschlechtsspezifische Unterschied bei vorzeitigen Todesfällen aufgrund von Krebserkrankungen (vgl. Tabelle 2). Hier wird der relativ hohe Anteil der Sterblichkeit von Frauen aufgrund von Brustkrebs durch Todesfälle der Männer aufgrund bösartiger Neubildungen der Atmungsorgane kompensiert. Die größten geschlechtsspezifischen Unterschiede gibt es bei Todesfällen aufgrund vorsätzlicher Selbstbeschädigung (Suizid), ischämischer Herzkrankheit und darunter bei Todesfällen aufgrund des akuten Myokardinfarkts. Darüber hinaus fällt auf, dass Männer häufiger als Frauen an Verletzungen und Vergiftungen sterben.

Tab. 2: Rohe Mortalitätsraten und geschlechtsspezifisches Mortalitätsverhältnis ausgewählter Todesursachen in Nordrhein-Westfalen im Alter unter 65 Jahren je 100.000 Einwohner, 2006 (Quelle: LDS Nordrhein-Westfalen, eigene Berechnungen)

Todesursache (ICD-10)	Gestorbene < 65 Jahre /100.000 männl. Einwohner	Gestorbene < 65 Jahre /100.000 weibl. Einwohner	Verhältnis Frauen : Männer
Bösartige Neubildungen (C00-C97)	88,57	71,64	1:1,2
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	5,51	3,13	1:1,8
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	7,59	3,00	1:2,5
<i>darunter durch Drogenkonsum (F10-F19)</i>	7,33	2,76	1:2,7
<i>darunter durch Alkoholkonsum (F10)</i>	6,17	2,28	1:2,7
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	70,73	28,91	1:2,5
<i>darunter Ischämische Herzkrankheit (I20-I25)</i>	34,9	10,6	1:3,3
<i>darunter akuter Myokardinfarkt (I21)</i>	23,33	7,09	1:3,3
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	12,90	7,28	1:1,8
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	18,02	9,96	1:1,8
<i>darunter Krankheiten der Leber (K70-K77)</i>	12,50	6,28	1:2,0
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	1,90	1,47	1:1,3
Verletzungen, Vergiftungen (S00-T98)	26,93	8,53	1:3,2
vorsätzliche Selbstbeschädigung (X60-X84)	11,37	3,33	1:3,4

Vermeidbare Sterbefälle

Der Indikator „Vermeidbare Sterbefälle“ wird zur Beobachtung der Qualität und Effektivität der gesundheitlichen Versorgung und der Präventionspolitik eingesetzt. Er bezieht sich auf ausgewählte Todesursachen, die unter adäquaten Behandlungs- und Vorsorgebedingungen als vollständig oder zum Teil vermeidbar für die jeweils betrachtete Altersgruppe gelten [1].

Abbildung 5 zeigt die Verteilung einer Auswahl von vermeidbaren Sterbefällen. Es ist auffällig, dass in allen dargestellten Erkrankungsgruppen Männer weitaus häufiger betroffen sind als Frauen (ausführlichere Informationen im NRW- kurz und informativ „Vermeidbare Sterbefälle“, August 2008). Eine geschlechtsspezifische Ausrichtung von Präventionsmaßnahmen sowie eine geschlechtsspezifische Kommunikation von Frühwarnzeichen und Symptomen könnten gewinnbringend für die Vermeidung dieser Sterbefälle sein.

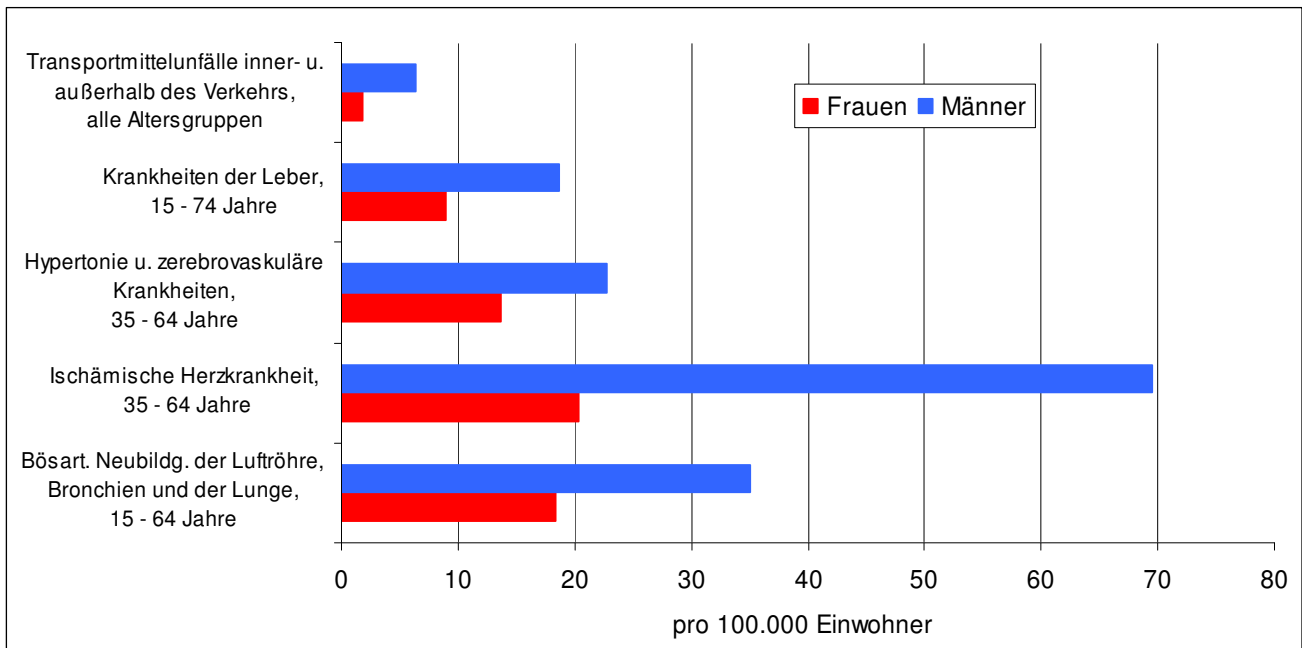


Abb. 5: Vermeidbare Sterbefälle (altersstandardisiert) nach ausgewählten Diagnosen und Geschlecht, Nordrhein-Westfalen, 2006 (Quelle: LIGA.NRW, Indikator 3.13)

Morbidität

Im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen werden neben somatischen Befunden (Sehschärfe, Übergewicht/Adipositas) auch kognitive, motorische, und sprachliche Fertigkeiten untersucht. Die Befunde der Schulanfänger in Nordrhein-Westfalen aus dem Jahr 2006 zeigen wie bereits in den Jahren 2004 und 2005, dass deutlich mehr Jungen als Mädchen unter Sprach- und Koordinationsstörungen leiden (Jungen 28,2 % bzw. 18,0 %; Mädchen 20,5 % bzw. 9,2 %). Störungen der Visomotorik (17,4 %) und visuellen Wahrnehmung (12,5 %) sind ebenso wie Verhaltensauffälligkeiten (9,7 %) unter Jungen häufiger zu beobachten als unter Mädchen (entsprechend 10,6 %; 9,5 %; 5,1 %).

Ihren allgemeinen Gesundheitszustand beurteilen Männer und Frauen im NRW Survey 2007 gleichermaßen mit etwa 75 % als sehr gut bis gut (Männer 75,6 %, Frauen 74,8 %). Somit konnte der Unterschied, der noch im Vorgängersurvey 2003 zwischen den Geschlechtern festgestellt wurde nicht erneut nachgewiesen werden. In der Gesundheitsbefragung 2003 hatten Männer häufiger als Frauen angegeben über eine sehr gute bis gute Gesundheit zu verfügen (Männer 75,4 %, Frauen 68,3 % (Datenstand 2003)).

Das Patienten-Arzt-Panel (ADT-Panel Nordrhein) des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland gibt Auskunft über die jährlich auftretenden Behandlungsdiagnosen in ambulanten Arztpraxen. Bei jedem Arztkontakt werden alle Diagnosen, die Behandlungsanlass waren, protokolliert. In Abbildung 6 sind die zehn häufigsten Behandlungsdiagnosen aus allgemeinmedizinischen Arztpraxen dargestellt. Wie Abbildung 6 zeigt, ist die Behandlungshäufigkeit einiger Erkrankungen wie Hypertonie, Rückenschmerzen und Adipositas zwischen Männern und Frauen annähernd gleich verteilt. Die häufigste Behandlungsdiagnose Hypertonie (Bluthochdruck) wurde 2006 bei 28,7 % der Männer und 29,2 % der Frauen gestellt. Bluthochdruck stellt ebenso wie die zweithäufigste Behandlungsdiagnose Störungen im Fettstoffwechsel einen Risikofaktor für Herzinfarkt und Schlaganfall dar. Etwas häufiger betroffen, bzw. häufiger behandelt worden sind Männer im Vergleich zu Frauen aufgrund von Störungen des Fettstoffwechsels, der chronisch ischämischen Herzkrankheit, Typ-2-Diabetes sowie

Krankheiten der Leber und Störungen im Purin- und Pyrimidinstoffwechsel. Fast alle der zehn häufigsten Erkrankungen gehen mit chronischen Beschwerden einher.

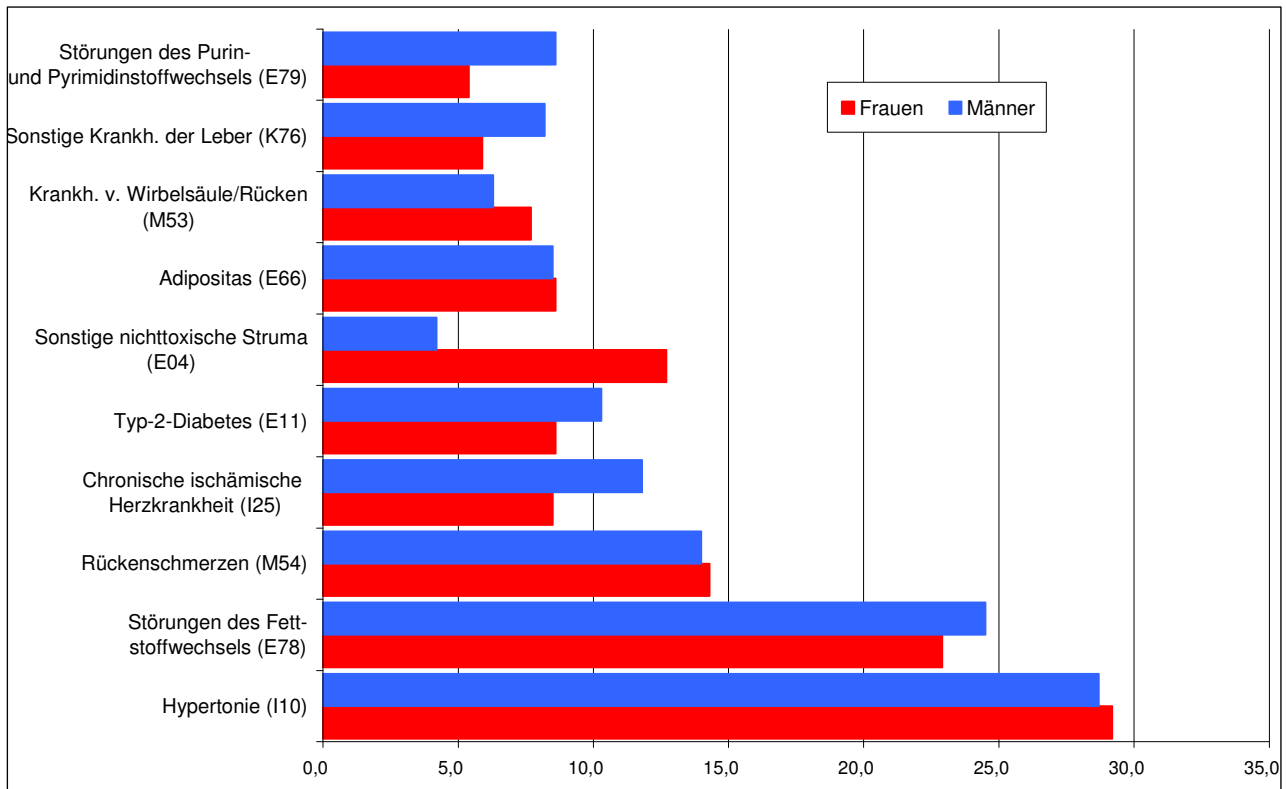


Abbildung 6 Die häufigsten Diagnosen in der allgemeinärztlichen Praxis nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen, 2006, Angabe in % (Quelle: LIGA.NRW, Indikator 3.19)

Behandlungen in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen waren 2005 innerhalb der männlichen Bevölkerungsgruppe am häufigsten aufgrund von Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes nötig. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie sonstige Leistungen zur Teilhabe infolge von Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems wurden 2006 von 606,1 pro 100.000 aktiv versicherten Männern unter 65 Jahre in Anspruch genommen. Innerhalb dieser Erkrankungsgruppe wurden am häufigsten Leistungen aufgrund von Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens bewilligt (444,5/100.000 aktiv versicherte Männer).

Den zweitgrößten Anteil der Behandlungsfälle in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen machten 2005 in der männlichen Bevölkerungsgruppe Behandlungen aufgrund von Erkrankungen des Kreislaufsystems (20,9 %), gefolgt von Behandlungen aufgrund von Neubildungen (12,8 %) aus.

Im Vergleich zu Frauen sind Männer deutlich häufiger von Berufserkrankungen betroffen. Im Jahr 2006 wurden in Nordrhein-Westfalen 4.025 Berufserkrankungen der Männer und 248 Berufserkrankungen der Frauen anerkannt. Dies entspricht 10,1 weiblichen Fällen und 125,8 männlichen Fällen pro 100.000 sozialversicherungspflichtig Beschäftigten. Unter den Berufserkrankungen dominieren bei den Männern Lärmschwerhörigkeit (39,8/100.000), Asbestose (34,3/100.000) und Silikose (13,8/100.000). Bei den Frauen werden Hautkrankheiten am häufigsten als Berufserkrankungen anerkannt (2,2/100.000). Die unterschiedlichen Krankheitshäufigkeiten spiegeln die unterschiedlichen Belastungen, denen Männer und Frauen im Berufsleben ausgesetzt sind.

► **Gesundheitsrelevantes Verhalten**

Ernährung und Übergewicht

Die Einschulungsuntersuchung 2007 zeigt, dass Jungen seltener von Übergewicht (6,3 %) und häufiger von Adipositas (4,9 %) betroffen sind als Mädchen (6,8 %; 4,5 %). Damit ist der Anteil übergewichtiger Kinder mit dem Anteil in der Kromeyer-Hauschild-Referenzpopulation von 7 % (90. Perzentil) vergleichbar. Der Anteil adipöser Kinder in Nordrhein-Westfalen überschreitet jedoch die Referenzmarke von 3 % (97. Perzentil) (ausführlichere Informationen im NRW- kurz und informativ „Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen“, Juni 2008).

Stärker als unter den Kindern sind sowohl in der erwachsenen männlichen als auch in der erwachsenen weiblichen Bevölkerungsgruppe Übergewicht und Adipositas verbreitet. Männer sind dabei häufiger von Übergewicht und Adipositas betroffen als Frauen. Daten des Mikrozensus 2005 zeigen, dass ab dem 34. Lebensjahr durchgängig mehr als die Hälfte der Männer übergewichtig oder adipös sind. Bei Frauen setzt dieses Verhältnis zehn Jahre später ein. Insgesamt betrachtet haben 56,4 % der Männer Angaben gemacht, nach denen sie als übergewichtig oder adipös einzustufen sind (BMI > 25). Ein BMI größer oder gleich 30 ist bei 14,2 % der Männer feststellbar, sie gelten somit als adipös. Die Vergleichswerte der Frauen liegen bei 48,5 %, (BMI > 24) bzw. 12,2 % (BMI ≥ 30).

Die aktuelle Veröffentlichung der Nationalen Verzehrsstudie (NVS) zeigt für Nordrhein-Westfalen interessanterweise ein etwas anderes Bild. In der NVS wurden die Körpermaße nach standardisierten Methoden gemessen und nicht wie im Mikrozensus anhand der subjektiven Angaben der Befragten berechnet. Die Objektivität der Messmethode mag der Grund sein, warum in der nordrhein-westfälischen Stichprobe (n = 1237) der NVS mit 66,4 % der männlichen Teilnehmer ein deutlich größerer Anteil als im Mikrozensus als übergewichtig oder adipös einzustufen ist. Adipös sind in der NVS Stichprobe 19,9 % der Männer. Ein ähnlicher Trend zeigt sich in der NVS auch unter den weiblichen Teilnehmern [2].

Neben dem BMI wurde in der NVS das Ernährungsverhalten abgefragt. Hier zeigt sich, dass die befragten Männer in Nordrhein-Westfalen im Vergleich zu den Frauen seltener Obst und Gemüse, aber häufiger Fleisch/-erzeugnisse und Wurstwaren verzehren [3].

Tabak

Im Rahmen des Mikrozensus (2005) geben Männer (29,8 %) häufiger als Frauen (21,6 %) an regelmäßige (tägliche) Raucher zu sein. Neben den regelmäßigen Rauchern rauchen 3,7 % gelegentlich und 66,5 % sind Nichtraucher. Abbildung 7 zeigt die Altersverteilung des Rauchverhaltens unter den männlichen Befragten. Der größte Anteil der Raucher befindet sich unter den 25-55-jährigen. Mit steigendem Alter nimmt der Anteil der rauchenden Männer deutlich ab.

Die soziale Schichtzugehörigkeit der Raucher wurde im telefonischen Gesundheitssurvey des RKI (2002/2003) erhoben. Demnach rauchen deutlich weniger Männer der oberen Sozialschicht (19,3 %) täglich als Männer der mittleren und unteren Sozialschicht (32,4 %, 38,1 %).

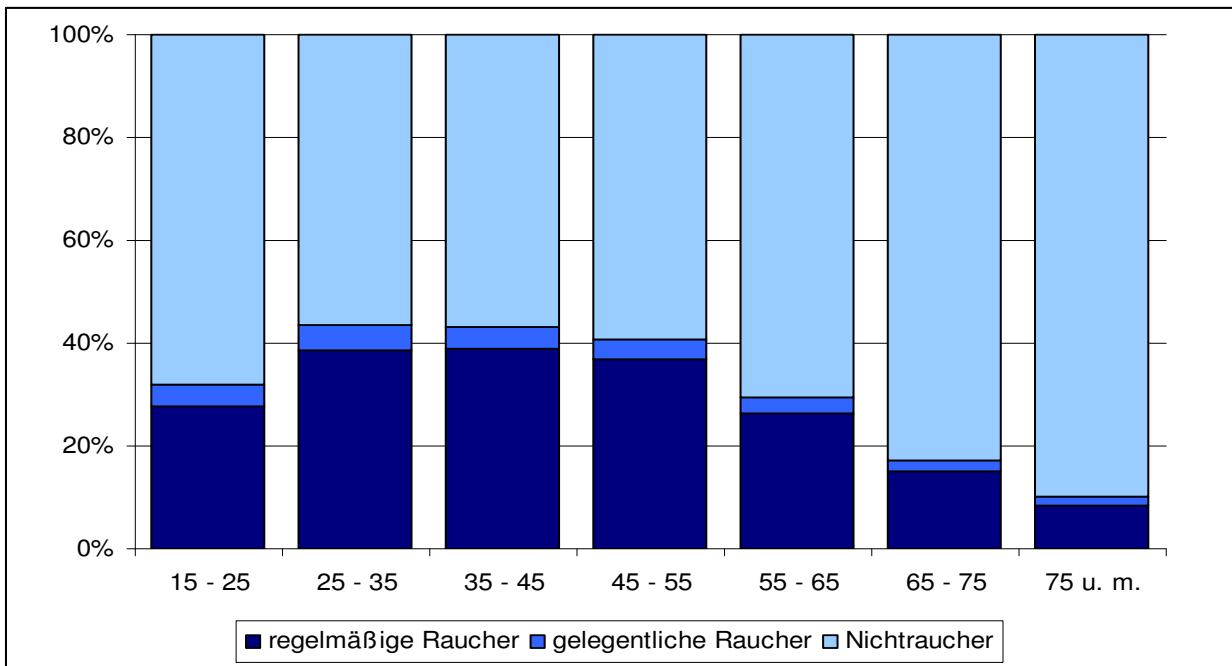


Abb. 7: Rauchverhalten der Männer nach Alter, Mikrozensus, Nordrhein-Westfalen, 2005 (Quelle: LIGA.NRW, Indikator 4.01)

Alkohol

Männer trinken deutlich mehr Alkohol als Frauen. 18,7 % der Männer konsumieren täglich durchschnittlich zwischen 20 und 60 g Alkohol (20g Alkohol entsprechen 0,5l Bier oder 0,25l Wein). Im Vergleich gaben 10,1 % der Frauen im Rahmen eines Surveys an, zwischen 10 und 40 g Alkohol durchschnittlich pro Tag zu konsumieren. Mehr als 60g Alkohol pro Tag konsumieren 3,2 % der männlichen Befragten.

Daten der nordrhein-westfälischen Stichprobe der NVS zeigen, dass Männer etwa fünfmal soviel Alkohol in Form von Bier zu sich nehmen als Frauen (Männer etwa 2 l Bier/Tag, Frauen < 0,5 l Bier/Tag). Wein bzw. Sekt wird von Männern und Frauen in Nordrhein-Westfalen gleichermaßen konsumiert [3].

Unfälle im Straßenverkehr

Männer sind mehr als doppelt so oft Hauptverursacher von Unfällen mit Personenschaden (Männer, 65,6 %; Frauen, 29,9 %, Rest keine Angabe des Geschlechts). Darüber hinaus sind Männer sechs bis acht Mal häufiger als Frauen alkoholisiert an schwerwiegenden Unfällen mit Sachschaden bzw. Personenschaden beteiligt. Mit einem Anteil von 57,4 % verunglückten 2006 in Nordrhein-Westfalen mehr Männer als Frauen im Straßenverkehr. Am häufigsten betroffen sind jeweils Männer zwischen dem 18. und 50. Lebensjahr.

Körperliche Bewegung

Insgesamt geben 61,1 % der Männer und 60,6 % der Frauen im Rahmen des RKI Gesundheitssurveys 2003 an, sich sportlich zu betätigen. Insbesondere in den jungen Jahren betreiben Männer mehr als zwei Stunden Sport in der Woche. Dieser Anteil ist bis zum 59. Lebensjahr unter den Männern größer als in der weiblichen Bevölkerungsgruppe. Erstmals ab der Alters-

gruppe der 50-59-Jährigen steigt der Anteil an Männern, die angeben keinen Sport zu treiben, über den Anteil der weiblichen Gruppe.

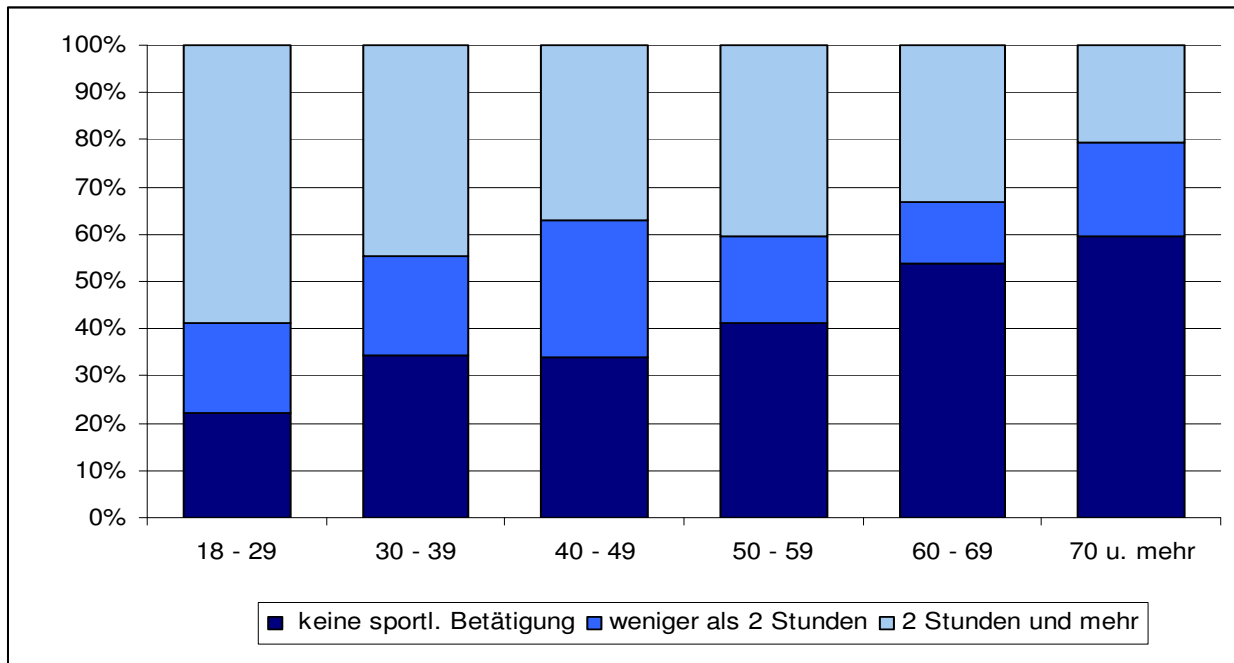


Abb. 8: Sportverhalten der Männer nach Alter (Quelle: RKI Survey 2002/2003, Indikator 4.13)

► **Inanspruchnahme medizinischer Dienste und Präventionsangebote**

Die Krankenhausstatistik beschreibt unter anderem die Häufigkeit der Krankenhausbehandlungen. Insgesamt gab es 2005 3,95 Millionen Einweisungen. Die Anzahl der stationären Aufenthalte ohne Einweisungen von Frauen aufgrund von Schwangerschaft, Wochenbett und Geburt sind unter Männern und Frauen annähernd vergleichbar (Männer, 1,83 Millionen; Frauen 1,91 Millionen). Die Anzahl der Krankheitsfälle nimmt mit dem Alter stetig zu.

Gesundheits-Check-Up

Ab dem 36. Lebensjahr haben Männer wie Frauen im zweijährigen Abstand Anspruch auf einen Gesundheits-Check-Up. Die Gesundheitsuntersuchungen haben das Ziel Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Nierenerkrankungen und Diabetes mellitus frühzeitig zu erkennen. Außerdem sollen die für diese Krankheiten bedeutsamen Risikomerkmale erkannt und Betroffene frühzeitig auf gesundheitsschädigende Verhaltensweisen hingewiesen werden. Die Untersuchung besteht aus der Erfassung der Krankheitsvorgeschichte, einer körperlichen Untersuchung sowie aus Laboruntersuchungen (Gesamtcholesterin, Blutzucker, Harnsäure und Kreatinin).

Geschlechtsdifferenzierende Daten zur Inanspruchnahme des so genannten Gesundheits-Check-Up liegen für Nordrhein-Westfalen in Form der Routinedaten nicht vor. In Nordrhein-Westfalen nahmen 2006 knapp 2 Millionen Menschen an einer dementsprechenden Untersuchung teil. Bei 11,2 Millionen Personen der anspruchsberechtigten Altersgruppe in Nordrhein-Westfalen entspricht dies einer Teilnahme von 17,9 %. Im Rahmen des telefonischen Gesundheitssurveys des RKI, der eine repräsentative Stichprobe für Nordrhein-Westfalen beinhaltet, wurden Männer und Frauen nach der Teilnahme an Check-Up Untersuchungen und der Messung des Blutdrucks befragt. Demnach haben 60 % der teilnahmeberechtigten Männer und 53 % der teilnahmeberech-

tigten Frauen schon einmal an so einer Untersuchung teilgenommen, überwiegend auch - wie empfohlen - in den letzten zwei Jahren.

Die Daten der Befragung weisen einen weitaus höheren Teilnahmeanteil an den Check-Up Untersuchungen als die Routinedaten der Kassenärztlichen Vereinigungen aus. Allerdings bestehen Limitationen bezüglich der Vergleichbarkeit, da sich die Befragungsdaten auf Angaben über die Lebenszeit („schon einmal“) bzw. über die letzten zwei Jahre beziehen und die Abrechnungsdaten auf ein Jahr. Die Daten des Telefonsurveys zeigen auch, dass die überwiegende Mehrheit mindestens einmal im Jahr den Hausarzt aufsucht. Ein Erklärungsansatz könnte sein, dass die Befragten Untersuchungen ihres Arztes aufgrund von vorliegenden Erkrankungen oder zur Abklärung von Symptomen als Check-Up Untersuchung wahrnehmen.

Krebsfrüherkennung

Entsprechend der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen haben Männer ab dem 46. Lebensjahr Anspruch auf Krebsfrüherkennungsuntersuchungen der Prostata, des äußeren Genitales und der Haut. Früherkennungsuntersuchungen des Rektums und des Dickdarms sind ab einem Alter von 50 Jahren möglich. Die Untersuchung zur Erkennung von Darmkrebs umfasst entweder eine jährliche Untersuchung auf occultes Blut im Stuhl oder ab dem 55. Lebensjahr eine Koloskopie mit einer wiederholten Untersuchung alle zehn Jahre bei Symptommfreiheit. Seit dem 1. Juli 2008 ist ein zwei-jährliches Hautscreening bereits ab dem 36. Lebensjahr möglich [4].

2006 haben nach den Abrechnungsdaten knapp 20 % der Männer an einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung teilgenommen. Zwischen 2002 und 2006 hat sich der Anteil an Männern, die an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen teilnehmen, um 7,5 Prozentpunkte erhöht. Dieser Anstieg ist jedoch vermutlich durch Veränderungen der Abrechnungsziffern der Ärzte zu begründen. Während es bis Ende 2004 eine gemeinsame Abrechnungsziffer für kombinierte Check-Up- und Krebsvorsorgeuntersuchungen gab, erfolgt die Abrechnung seit 2005 getrennt. Von den Frauen nehmen knapp 50 % der gesetzlich Versicherten, die Anspruch auf Krebsfrüherkennungsuntersuchungen haben, diese Untersuchungen wahr.

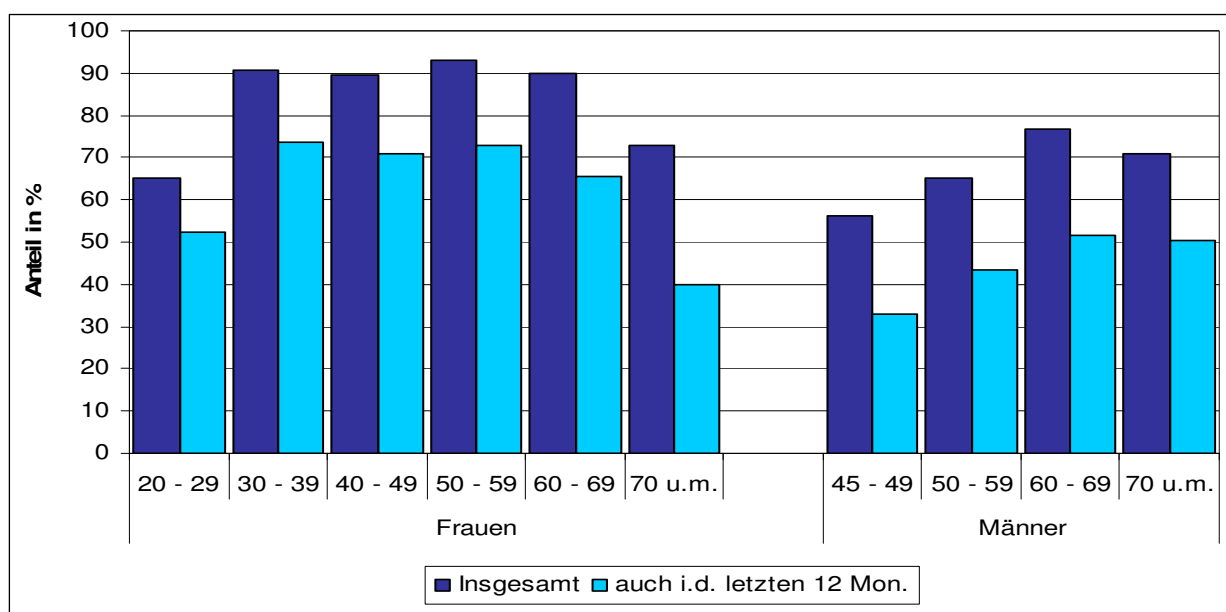


Abb. 9: Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (Quelle: RKI Survey 2002/2003, eigene Berechnungen)

Wie bereits bei den Check-Up Untersuchungen weisen auch hier die Survey-Daten einen höheren Anteil an Personen aus, die angeben, schon einmal an einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung teilgenommen zu haben – der Anteil der Männer (ab 40 Jahren) liegt bei knapp 70 %. Die höhere Beteiligung von Frauen an entsprechenden Früherkennungsuntersuchungen lässt sich vermutlich durch die routinemäßigen Besuche von Gynäkologen aufgrund von Schwangerschaftsverhütung, Schwangerschaft und Beschwerden in der Menopause erklären. Männer hingegen müssen gezielt für die Check-Up Untersuchungen den Arzt aufsuchen, was als potentielle Zugangsbarriere angesehen wird [5].

Primärprävention

Daten zur Inanspruchnahme primär präventiver Angebote der Krankenkassen liegen für Nordrhein-Westfalen nicht vor. Im Rahmen des nationalen Gesundheitsberichtes wurden Daten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen analysiert. Demnach nahmen 2004 1,1 % der gesetzlich Versicherten an Kursen zur Primärprävention teil. Die Kurse wurden überwiegend von Frauen wahrgenommen, nur 1/5 der Kursteilnehmer waren männlich. Insgesamt wurden am häufigsten Bewegungskurse belegt (69,4 % der Kursangebote), diese Kurse wurden zu 20,8 % von Männern wahrgenommen. Einzig bei Kursen zur Sucht- und Genussmittelreduktion war die Geschlechterverteilung annähernd ausgeglichen (Männer 44,3 %, Frauen 55,7 %) [5].

Eine Gripeschutzimpfung ist insbesondere für ältere Personen über 60 Jahre empfohlen. Männer der NRW Stichprobe des telefonischen Gesundheitssurveys des RKI haben mit einem Anteil von knapp 70 % in den Altersgruppen der 60 bis 69-jährigen und über 70-jährigen jemals an einer Gripeschutzimpfung teilgenommen. Da die Impfung jährlich wiederholt werden sollte wurde außerdem die Inanspruchnahme in den letzten 12 Monaten abgefragt. Diese lag in den zuvor genannten Altersgruppen bei 38,3 bzw. 53,7 %.

► Zusammenfassung, Ausblick

Aus den zuvor genannten Daten lassen sich je nach Altersgruppe der Jungen und Männer spezifische gesundheitliche Problemlagen oder unzureichende Inanspruchnahmen von Gesundheitsleistungen identifizieren, die Ansatzpunkte für gesundheitsbezogene Interventionen bieten:

- **Kindheit und Jugend (0-18 Jahre):** Unfälle, Verhaltensstörungen, Einstieg in Suchtverhalten, insbesondere Rauchen
- **frühes Erwachsenenalter (19-29 Jahre):** Unfälle, Suchtverhalten
- **mittleres Erwachsenenalter (30-65 Jahre):** Übergewicht / Adipositas (Ernährung / sportliche Betätigung), Suchtverhalten, Mobilisation zur Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen und primär präventiven Maßnahmen, chronische Erkrankungen (Diabetes, Herz-Kreislaufkrankungen, Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems, Krebserkrankungen der Atemwege)
- **spätes Erwachsenenalter (> 65 Jahre):** Übergewicht / Adipositas (Ernährung / sportliche Betätigung), Mobilisation zur Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen und primär präventiven Maßnahmen, chronische Erkrankungen (Diabetes, Herz-Kreislaufkrankungen, Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems, Krebserkrankungen der Atemwege), Suizide

Die Ergebnisse zeigen, dass geschlechtsspezifische Angebote zur Gesundheitsförderung, -aufklärung und Prävention sowie zielgruppengerechte Ansprache in allgemeinen gesundheitsbezogenen Maßnahmen wichtig sind und auch zukünftig intensiv berücksichtigt werden sollten.

► **Literatur**

- [1] Ellen Nolte, Martin McKee. Does Health Care Save Lives? Avoidable Mortality Revisited. The Nuffield Trust, London 2004
- [2] Max Rubner-Institut, Bundesforschungsinstitut für Ernährung und Lebensmittel. Nationale Verzehrsstudie II Ergebnisbericht, Teil 1. Karlsruhe 2008
- [3] Max Rubner-Institut, Bundesforschungsinstitut für Ernährung und Lebensmittel. Nationale Verzehrsstudie II Ergebnisbericht, Teil 2. Karlsruhe 2008
- [4] Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen. Richtlinie über die Früherkennung von Krebserkrankungen. http://www.g-ba.de/downloads/62-492-251/RL_KFU_2007-11-15.pdf (aufgerufen am 30.06.2008)
- [5] Robert Koch-Institut, Statistisches Bundesamt. Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin 2006

Weitere Informationen: Kolip, P. & Altgeld, T. (Hrsg.) Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis. Weinheim 2005, Juventa.

► **Informationen zu Gesundheit**

NRW-Gesundheitsportal: <http://gesundheit.nrw.de>

Der Text beruht auf einer Ausarbeitung von Herrn Thomas Altgeld, Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. und Frau Prof. Petra Kolip, Universität Bremen, die von Mitarbeitern der Fachgruppe 3.2 des LIGA.NRW aktualisiert und gestrafft wurde.

Thomas Altgeld, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V., Fenskeweg 2, 30165 Hannover
Tel.:(+49) 05 11/3 88 11890, Fax: 05 11/3 50 55 95, e-mail: thomas.altgeld@gesundheit-nds.de

Prof. Dr. Petra Kolip, Universität Bremen, Postfach 330 440, 28334 Bremen
Tel.: 0421/218-9726, e-mail: kolip@uni-bremen.de

Für Rücksprachen:
Dr. Wolfgang Hellmeier
Landesinstitut für Gesundheit und
Arbeit NRW (LIGA.NRW)
Fachgruppe 3.2 Gesundheitsinformation
E-Mail: Wolfgang.Hellmeier@liga.nrw.de
Tel. (05 21) 80 07 - 2 16

Stand: August 2008