



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Hochschule Neubrandenburg

Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management

Studiengang Gesundheitswissenschaften

Gender und Gesundheitsförderung

Geschlechtsspezifisches Gesundheitsverhalten von Frauen und Männern, anhand von Daten der betrieblichen Gesundheitsförderung

Wissenschaftliche Arbeit zur Erlangung des akademischen Grades
Bachelor of Science (B.Sc.)

urn:nbn:de:gbv:519-thesis 2011-0420-4

Vorgelegt von:

Claudia Wichmann

Betreuer:

Prof. Dr. Gabriele Claßen

Prof. Dr. Willi Neumann

Tag der Einreichung:

06.06.2011

Abstract

Vor dem Hintergrund sich ändernder Bedingungen im Gesundheitswesen, dem demografischen Wandel, knapper Ressourcen und unterschiedlicher Chancen von Frauen und Männern, in Bezug auf den Erhalt der eigenen Gesundheit, ist eine Diskussion über die Notwendigkeit einer geschlechtersensiblen Gesundheitsförderung und die Etablierung des Konzeptes Gender Mainstreaming entbrannt. Die vorliegende Arbeit greift dieses Thema auf. Was bedeutet Gender Mainstream in der Gesundheitsförderung? Warum ist es so wichtig bei gesundheitsförderlichen Projekten oder Maßnahmen, nach dem Geschlecht zu differenzieren? Nach einem theoretischen Überblick zu den Begriffen „Gesundheitsförderung“, „Gender“ und „Gender Mainstream“ wird zunächst die spezifische Gesundheitslage und anschließend das Gesundheitsverständnis sowie das gesundheitsrelevante Verhalten von Frauen und Männern betrachtet und verglichen. Im Folgenden werden als Vergleichsmaterial die Daten eines Projektes zur Betrieblichen Gesundheitsförderung, hinsichtlich des Gesundheitsverhaltens der befragten Frauen und Männer ausgewertet. Wie auch in zahlreichen Forschungen bestätigen die Ergebnisse der vorliegenden Daten, dass Frauen und Männer sich hinsichtlich ihres Gesundheitsbewusstseins und Gesundheitsverhaltens unterscheiden, was wiederum Auswirkungen auf ihren Gesundheitszustand hat. Die Ergebnisse beweisen, dass die Berücksichtigung von Genderaspekten in Gesundheitsförderung und Prävention durchaus sinnvoll ist und weiter gefördert werden sollte.

Inhalt

I	Abbildungsverzeichnis	5
II	Tabellenverzeichnis	6
III	Anhangsverzeichnis	6
1.	Einführung.....	7
2.	Theoretische Klärung relevanter Begriffe.....	7
2.1	Gesundheitsförderung	7
2.1.1	Begriff und Handlungsprinzipien der Gesundheitsförderung	8
2.1.2	Betriebliche Gesundheitsförderung	10
2.2	Genderforschung.....	12
2.2.1	Gender und Gendermainstream	12
2.1.2	Gendermainstreaming in der Gesundheitsförderung.....	14
3.	Bisherige Erkenntnisse über die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von Frauen und Männern.....	16
3.1	Lebenserwartung, Mortalität und Morbidität.....	17
3.2	Einschätzung des Gesundheitszustands	18
3.3	Gesundheitsverständnis	19
3.4	Geschlechterspezifisches Gesundheitsverhalten	20
3.4.1	Risikoverhalten	21
3.4.2	Ernährungsverhalten	23
3.4.3	Bewegung	24
3.4.4	Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Präventionsangeboten	25
3.4.5	Mögliche Ursachen für unterschiedliches Gesundheitsverhalten	26
4.	Vergleich des gesundheitsrelevanten Verhaltens von Frauen und Männern in einem Projekt der betrieblichen Gesundheitsförderung	28
4.1	Kooperationsprojekt „Betriebliche Gesundheitsförderung in klein- und mittelständischen Unternehmen“ der IKK Nord und der Hochschule Neubrandenburg.....	29
4.2	Datenerhebung	31

4.3 Auswertung der statistischen Daten von 2008 bis 2010	32
5. Zwischenfazit zur Auswertung der statistischen Daten	44
6. Konsequenzen für eine geschlechtergerechte Gesundheitsförderung.....	46
7. Wie können Männer durch gesundheitsfördernde Maßnahmen besser erreicht werden?	48
8. Fazit	50
9. Quellenverzeichnis.....	52
10. Erklärung an Eides Statt	55

I Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Verteilung der Befragten auf verschiedene Gewerke.....	32
Abbildung 2: Geschlechterverteilung der Befragten.....	33
Abbildung 3: Alter der Befragten.....	34
Abbildung 4: Wichtigkeit der Gesundheit, nach Geschlecht (in Prozent)	35
Abbildung 5: Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen, nach Geschlecht (in Prozent).....	37
Abbildung 6: Fühlen Sie sich ausreichend informiert über Leistungen der KK? Nach Geschlecht (in Prozent)	38
Abbildung 7: Körperliche Aktivitäten pro Woche, nach Geschlecht (in Prozent)	40
Abbildung 8: Überwiegend verzehrte Lebensmittel (mehrmals pro Woche und täglich), nach Geschlecht (in Prozent)	41
Abbildung 9: Public Health Action Cycle	47

II Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Kreuztabelle: Einschätzung der Gesundheit, nach Geschlecht.....	36
Tabelle 2: Kreuztabelle: Häufigkeit von Alkoholkonsum, nach Geschlecht.....	42
Tabelle 3: Zigarettenmenge pro Tag und Raucherjahre der Männer	43
Tabelle 4: Zigarettenmenge pro Tag und Raucherjahre der Frauen	44

III Anhangsverzeichnis

Anhang 1: Fragebogen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung.....	56
--	----

1. Einführung

Die in Deutschland von Jahr zu Jahr steigende Lebenserwartung gepaart mit den sinkenden Geburtenraten verändern die Bevölkerungsstruktur grundlegend und stellen das Gesundheitssystem vor eine große Herausforderung. In Zeiten knapper Ressourcen für den Bereich Gesundheit wird es wichtig sein, Strategien in der Gesundheitsförderung zu entwickeln, die die Menschen lange gesund erhalten. Seit einigen Jahren wird das Prinzip des Gender Mainstreamings in der Gesundheitsförderung diskutiert. Die unterschiedlichen gesundheitlichen Bedürfnisse von Frauen und Männern machen eine geschlechterspezifische Gesundheitsförderung unabdingbar. Zudem könnte zielgruppengerechteres Arbeiten sowie die Passgenauigkeit von Angeboten die Qualität und die Effizienz von Gesundheitsinterventionen steigern und einen Beitrag zur besseren Allokation der knappen Ressourcen leisten. Doch welche Unterschiede gibt es überhaupt in der Gesundheit und dem Gesundheitsverhalten von Frauen und Männern? Welche Konsequenzen müssen aus etwaigen Unterschieden gezogen werden und wie können geschlechtergerechte Ansätze in der Praxis aussehen? Diese Fragen stehen im Mittelpunkt der vorliegenden Arbeit. Bei der Beantwortung dieser Kernfragen werden sowohl Daten aus der bisherigen Gesundheitsforschung, als auch die Ergebnisse einer eigenen Überprüfung hinsichtlich des geschlechterspezifischen Gesundheitsbewusstseins und Gesundheitsverhaltens im Rahmen eines Projektes zur Betrieblichen Gesundheitsförderung berücksichtigt. Schließlich sollen in dieser Arbeit Möglichkeiten aufgezeigt werden, die zu einer geschlechtergerechten Gesundheitsförderung beitragen können.

2. Theoretische Klärung relevanter Begriffe

2.1 Gesundheitsförderung

Um den Zusammenhang zwischen Gesundheitsförderung und geschlechtsspezifischen Aspekten sowie die Notwendigkeit einer nach Geschlecht differenzie-

renden Gesundheitsförderung zu erschließen, wird zunächst die Bedeutung und die Dimension dieses Begriffes im folgenden Abschnitt 2.1.1 explizit dargelegt. In dem darauffolgenden Abschnitt möchte ich zudem einige Ausführungen zum Thema „Betriebliche Gesundheitsförderung“ erläutern, da die empirische Auseinandersetzung mit dem Gesundheitsverhalten von Frauen und Männern im späteren Verlauf der Arbeit auf den Daten eines Projektes zur Betrieblichen Gesundheitsförderung beruht.

2.1.1 Begriff und Handlungsprinzipien der Gesundheitsförderung

Der Begriff Gesundheitsförderung entstand Anfang der 1980er Jahre aus der Motivation der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organisation- WHO), gesundheitliche und soziale Ungleichheiten in der Gesellschaft abzubauen und eine gewisse Chancengleichheit und Gerechtigkeit in Bezug auf Gesundheit herzustellen. Im Jahr 1986 wurde auf einer Konferenz der WHO die „Ottawa – Charta zur Gesundheitsförderung“, benannt nach dem Tagungsort Ottawa (Kanada), verabschiedet. Diese definierte Gesundheitsförderung als einen Prozess, der darauf abziele, „[...]allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Lebensumstände und Umwelt zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.“(zit. WHO, 1986) Während frühere Strategien der Gesundheitserziehung primär am Individuum und seinem Risikoverhalten ansetzten, richtet die Gesundheitsförderung ihren Fokus eher auf die Veränderung von Lebensverhältnissen und Lebensweisen, eine Umorientierung von Gesundheitsdiensten und die größtmögliche Beteiligung der Bevölkerung , um ihre Ziele zu erreichen. (vgl. Faltermaier, 1994, S.58ff)

Faltermaier sieht demnach eine deutliche Schwerpunktverlagerung in den Vorstellungen der WHO, weg von der alleinigen Verantwortung des Individuums hin zur Gesundheitsförderung als öffentliche Aufgabe, die in der Verantwortung der Gesundheitspolitik liegt. Die Aufgabe der Gesundheitspolitik sei es, die Voraus-

setzungen dafür zu schaffen, dass Menschen gesund leben können. Gesundheitsförderung ist dabei nicht ausschließlich als medizinische Dienstleistung zu sehen, sondern soll Bestandteil des alltäglichen Lebens sein und sowohl die soziale und ökologische Umwelt, als auch die Lebensbedingungen und Lebensweisen der Menschen einschließen. (vgl. Faltermaier, 1994, S.59f)

Handlungsprinzipien

Um einen individuellen und kollektiven Gesundheitsgewinn in der Gesellschaft zu erreichen ist es jedoch unerlässlich die betroffenen Menschen aktiv an Programmen zur Gesundheitsförderung zu beteiligen und nicht über ihre Köpfe hinweg zu entscheiden. Diese Forderung ist zugleich eines der wichtigsten Handlungsprinzipien der Gesundheitsförderung - die **Partizipation**. Hierbei geht es vor allem darum, Menschen an der Gestaltung und Umsetzung gesundheitsförderlicher Maßnahmen zu beteiligen. Ziel dieses Konzeptes ist es also ein höchstes Maß an Selbstbestimmung und Mitgestaltung aller Beteiligten zu erreichen. Im Rahmen der „Betrieblichen Gesundheitsförderung“ zum Beispiel nutzt man dieses Prinzip, gerade weil die Mitarbeiter ein umfangreiches Erfahrungswissen rund um ihren Arbeitsplatz besitzen und somit wertvolle Verbesserungsvorschläge und Ideen zur Gestaltung von Maßnahmen beitragen können. Die Partizipation der Beteiligten an Veränderungsprozessen fördert zudem die Identifikation mit dem Projekt sowie die Motivation und das Engagement der Mitarbeiter. (vgl. Kerkau, 1997, S. 199f)

Eine wichtige Grundlage für Partizipation und gleichzeitig ein weiteres Handlungsprinzip der Gesundheitsförderung ist das sogenannte **Empowerment**. Dieses beinhaltet den Prozess eines Individuums die Selbstbestimmung für das eigene Leben zu erweitern und eigenverantwortlich zu handeln. Gesundheitsförderung hat in diesem Zusammenhang die Aufgabe, die Voraussetzungen dafür zu schaffen, die einen Menschen zu einem kompetenten und eigenverantwortlichen Individuum werden lassen, das selbstbestimmt die eigenen Lebensbedingungen und Lebensweisen gesundheitsförderlich gestaltet. (vgl. Ker-

kau, 1997, S.61) Zwei der wichtigsten Voraussetzungen sind hierbei die Handlungsspielräume und Einflussfaktoren der Menschen auf die gesundheitsbestimmenden Faktoren, weshalb in Projekten der „Betrieblichen Gesundheitsförderung“ den Mitarbeitern gezielt Spielräume für selbstständiges Handeln eingeräumt werden sollten. (vgl. Kerkau, 1997; S.199)

Das Prinzip des **multisektoriellen Vorgehens** geht davon aus, dass Faktoren die eine Auswirkung auf die Gesundheit haben, nicht ausschließlich im Einflussbereich der medizinischen Versorgung liegen. Vielmehr müssen alle Bereiche des gesellschaftlichen Lebens in die Gesundheitsförderung mit einbezogen und untereinander vernetzt werden. Andere gesellschaftliche Bereiche, wie zum Beispiel der Sozial- und Wirtschaftssektor liegen außerhalb des Einflusses des Gesundheitssektors und bringen eigene wichtige Faktoren mit sich, die die Gesundheit beeinflussen. Das Ziel ist eine koordinierte Zusammenarbeit der verschiedenen Sektoren, um gesunde Lebenswelten realisieren zu können. (vgl. Kerkau, 1997, S.63f)

2.1.2 Betriebliche Gesundheitsförderung

Die Arbeitswelt stellt abseits des Gesundheitssektors eines der bedeutsamsten Sektoren dar, in dem es wichtig ist gesundheitsförderliche Bedingungen zu schaffen. Gerade vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und seinen zukünftigen Auswirkungen, kommt der „Betrieblichen Gesundheitsförderung“ eine stetig wachsende Rolle zu. Die Arbeitswelt vieler Industrieländer, wie auch Deutschland, befindet sich in einem tiefgreifenden sozialen und wirtschaftlichen Umbruch. Während der Anteil älterer Mitarbeiter immer weiter steigt, verschärft sich auch zunehmend der Wettbewerb zwischen den Unternehmen, der wiederum eine stärkere Dienstleistungsorientierung und Personalabbau mit sich bringen kann. Gleichzeitig steigen die Anforderungen an die Mitarbeiter bezüglich des Tempos, der Qualität und der Flexibilität ihrer Arbeit. Unternehmen die

diese wirtschaftlichen und sozialen Herausforderungen bewältigen wollen, sind heutzutage gut damit beraten, sich um die Bedürfnisse und vor allem die Gesundheit und Motivation ihrer Mitarbeiter zu kümmern. (vgl. www.dnbgf.de)

Definition

„Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) ist eine moderne Unternehmensstrategie zur Verbesserung der Gesundheit am Arbeitsplatz. Sie umfasst die Optimierung der Arbeitsorganisation und Arbeitsumgebung, die Förderung aktiver Teilnahme aller Beteiligten sowie die Unterstützung der Personalentwicklung bei der Realisierung dieser Ziele. BGF zielt sowohl auf eine gesundheitliche Gestaltung der Arbeitsabläufe als auch auf Anreize für ein gesundheitsbewusstes Verhalten der Beschäftigten. Alle Gesundheitspotentiale in Unternehmen und Organisationen werden so gestärkt.“ (Zit. www.dnbgf.de)

Wirksamkeit und Nutzen

Ein erfolgreiches Projekt der betrieblichen Gesundheitsförderung kommt sowohl den Arbeitnehmern, als auch den Arbeitgebern zu Gute. Die Vorteile für den Arbeitgeber sind umfangreich und liegen praktisch auf der Hand.

BGF begünstigt:

- die Verringerung krankheitsbedingter Fehlzeiten/ Fehltage und damit eine langfristige Senkung des Krankenstandes,
- die Steigerung der Motivation der Mitarbeiter, mehr Flexibilität, offenere Kommunikation und Kooperationsbereitschaft sowie ein gutes Arbeitsklima,
- eine höhere Wertschöpfung des Unternehmens durch gesteigerte Qualität der Produkte und Dienstleistungen, Innovation und Kreativität und einer Steigerung der Produktivität des Unternehmens,
- ein höheres Ansehen in der Öffentlichkeit und eine größere Attraktivität als Arbeitgeber.

Aus der Perspektive der Arbeitnehmer sind vor allem nachlassende gesundheitliche Belastungen und Beschwerden durch gesundheitsgerechteres Verhalten eine wesentliche Grundlage dafür, dass sich das psychische und physische Wohlbefinden der Mitarbeiter und die Arbeitszufriedenheit positiv verändern können. Letztlich profitieren auch die Sozialversicherungsträger durch Kosteneinsparungen von der Verringerung der Gesundheitsgefährdungen. (vgl. www.dnbfg.de)

2.2 Genderforschung

Die Begriffe „Gender“ und „Gendermainstream“ sind in den letzten Jahren zunehmend zu Schlagwörtern in Politik und Gesellschaft geworden. Doch was beinhalten diese Begrifflichkeiten, wo kommen sie her und vor allem welche Bedeutung haben sie für ein erfolgreiches Konzept der Gesundheitsförderung?

2.2.1 Gender und Gendermainstream

Der Begriff „Gender“ entstammt ursprünglich dem angelsächsischen Raum und beinhaltet die soziokulturell geprägte Geschlechterrolle eines Menschen. Er steht dem englischen Begriff „Sex“ gegenüber, der ausschließlich das biologische Geschlecht einer Person beschreibt. „Gender“ hingegen umfasst das gesamte Rollenverhalten und die Lebensbedingungen beider Geschlechter, ausgehend von individuellen Persönlichkeitsmerkmalen über Eigenarten und Gefühlen, bis hin zu Werten und Tätigkeiten, die die Gesellschaft vom jeweiligen Geschlecht erwartet. (vgl. Bühren, 2006, S. 54f)

Laut dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSJ) ist „Gender Mainstreaming“ ein Instrument um die Gleichstellung der Geschlechter zu erreichen. „Gender Mainstreaming ist dabei die Strategie, um geschlechtsspezifische Ausgangspositionen und Folgen einer Maßnahme zu bestimmen. Werden hierbei Benachteiligungen von Frauen oder von Männern festgestellt, sind Frauenpolitik bzw. Männerpolitik die einzusetzenden Instrumente, um der jeweiligen Benachteiligung entgegenzuwirken.“(zit. www.gender-mainstreaming.net)

„Gender Mainstreaming“ wurde erstmals 1985 auf der 3. Weltfrauenkonferenz der Vereinten Nationen in Nairobi als politische Strategie vorgestellt und wird seit 1995 als selbstverständliche Handlungsstrategie in allen Bereichen sogar international gefordert. (vgl. Bühren, 2006, S.56)

Im Wesentlichen geht es beim „Gender Mainstreaming“ darum, sich der unterschiedlichen Realitäten von Frauen und Männern bewusst zu werden, um geschlechtsspezifische Benachteiligungen abzubauen. Dabei ist der Blick aus der jeweiligen Geschlechterperspektive ein wichtiges Kriterium bei der Beurteilung der Qualität und der Geeignetheit von Maßnahmen.

Positive Effekte des „Gender Mainstreamings“ sind unter anderem:

- die Erhöhung der Wirksamkeit von politischen und verwaltungstechnischen Maßnahmen
- Verringerung von anfallenden Kosten für nachträgliche Korrekturmaßnahmen wegen auftretender Diskriminierung
- höhere Qualität von Dienstleistungen durch geschlechterspezifische Pass- und Zielgenauigkeit
- Motivation und Zufriedenheit bei den Beschäftigten
- Überwindung starrer und unproduktiver Arbeitsstrukturen und –kulturen (vgl. www.gender-mainstreaming.net)

2.1.2 Gendermainstreaming in der Gesundheitsförderung

Die zunehmende Bedeutung des Geschlechts für Gesundheitsforschung und Gesundheitspolitik entwickelte sich als Folge der Frauenbewegung der 1970er Jahre zunächst in Gestalt der Frauengesundheitsforschung in den 1980 Jahren. Auslöser der Diskussion über Frauengesundheit war die Tatsache, dass Frauen in der Gesundheitsforschung viel zu wenig bis gar nicht berücksichtigt wurden. Die Biologie des Mannes galt als Norm, Frauen hingegen gingen lediglich als „Abweichung von der Norm“ in Studien ein. Seit Ende der 1990er Jahre, im Zuge einer aufkeimenden Diskussion um Männer und Männlichkeit, findet auch das Thema Männergesundheit zunehmend Beachtung. Die Männergesundheitsforschung untersuchte vornehmlich die Auswirkungen von traditionellen Männerrollen auf Gesundheit und Krankheit, männliches gesundheitsbezogenes Verhalten und die geringere Lebenserwartung von Männern. Aus dieser schrittweisen Etablierung des Themas Geschlecht und Gesundheit entstand schließlich die Forderung einer angemessenen Einbeziehung des Geschlechts in die Gesundheitsforschung/ Gesundheitsförderung und die Versorgung sowie der Entwicklung geeigneter Instrumente. (vgl. Hahn/ Maschewsky-Schneider 2003)

Im Rahmen von Prävention und Gesundheitsförderung hat „Gendermainstreaming“ vorrangig die Aufgabe, die ungleichen Gesundheitschancen von Frauen und Männern auszugleichen. Mittlerweile ist es nämlich unumstritten, dass das Geschlecht neben anderen Faktoren, wie sozialer Lage und Alter der Betroffenen ein wesentlicher Einflussfaktor für die Gesundheit ist. Am deutlichsten werden diese unterschiedlichen Gesundheitschancen, wenn man die Lebenserwartungen von Frauen und Männern betrachtet und dabei feststellt, dass Männer eine mehr als fünf Jahre geringere Lebenserwartung haben als Frauen, die nicht ausschließlich durch eine höhere Säuglingssterblichkeit der männlichen Neugeborenen zu erklären ist. Vielmehr müssen als mögliche Ursachen auch

die gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen von Männern und Frauen in Betracht gezogen werden.

Vor diesem Hintergrund muss es Ziel der Gesundheitsförderung sein, geschlechterspezifische Präventionspotentiale und Versorgungsbedarfe stärker zu berücksichtigen und auch die gesundheitsbezogenen Angebote stärker an die Bedürfnisse des jeweiligen Geschlechts anzupassen. Dieses Ziel kann nur erreicht werden, wenn man das Prinzip des Gender Mainstreamings konstant in Gesundheitsförderung und Prävention integriert. Zu dieser Schlussfolgerung kam auch die WHO in ihren Strategieempfehlungen des Madrid-Statements im Jahre 2001, in denen sie feststellen, „[...]dass die Strategie des Gender-Mainstreamings die effektivste Strategie ist, die gesundheitliche Ungleichheit zwischen den Geschlechtern zu reduzieren und fordert die Mitgliedsstaaten auf, entsprechende Maßnahmen einzuleiten.“(zit. Altgeld/Kolip, 2006, S.16)

Nach Altgeld & Kolip bedeutet „Gender Mainstreaming“ in diesem Zusammenhang außerdem, dass sämtliche Maßnahmen daraufhin zu überprüfen sind, ob sie die Lebenswelten von Frauen und Männern angemessen berücksichtigen und geschlechtergerechte Zugänge und Methoden integrieren. Ein wesentlicher Vorteil, der sich aus der Etablierung dieser Konzepte in Gesundheitsförderung und Prävention ergeben würde, wäre zudem die Passgenauigkeit von Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten. Das zielgruppengerechte Ausarbeiten von Gesundheitsangeboten kann dazu beitragen, mehr Rationalität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen herzustellen, zumal Auswertungen ergeben haben, dass Männer „geschlechtsneutrale“ Gesundheitsangebote kaum in Anspruch nehmen und somit wertvolle Ressourcen vergeudet werden. (Altgeld/Kolip, 2006, S.15ff)

Aber auch Frauen werden von einigen Angeboten kaum erreicht, was ein Beispiel aus der Betrieblichen Gesundheitsförderung zeigt. Die einfache Tatsache, dass Betriebssport nach Arbeitsschluss angeboten würde, wäre Auslöser, dass viele Frauen, die Kinder oder andere Angehörige zu versorgen haben, von dem Programm ausgeschlossen wären. Im Sinne des Gender Mainstream wäre es dann, Angebote im Rahmen der Arbeitszeit oder eine entsprechende Kinderbe-

treuung zu organisieren, um den Frauen den Zugang zu den Gesundheitsangeboten zu erleichtern. (vgl. Kolip, 2009, S. 23)

3. Bisherige Erkenntnisse über die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von Frauen und Männern.

In den vorangegangenen Punkten wurde mehrmals darauf hingewiesen, dass das Geschlecht ein wesentlicher Einflussfaktor für die Gesundheit sein kann. Doch worin genau liegen die Unterschiede bezüglich des Gesundheitszustandes und gesundheitsrelevantem Verhalten zwischen Frauen und Männern? Gegenwärtig existieren mehrere Studien zu diesem Thema. Exemplarisch soll im Folgenden auf die Ergebnisse einer Studie aus dem Jahre 2005 eingegangen werden. Der Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes zum Thema „Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter“ untersuchte die spezifischen gesundheitlichen Problemlagen von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter und dessen Relevanz für die gesundheitliche Versorgung sowie die Ausschöpfung von Präventionspotentialen. Neben der Variable „Geschlecht“ wurden aber auch andere Einflussgrößen berücksichtigt, die von Bedeutung sind. Zwar kann ein Geschlechtervergleich erste Hinweise auf die unterschiedlichen Versorgungsbedarfe geben, innerhalb der Geschlechtergruppen kann es jedoch erhebliche Variationen geben, die auf anderen Faktoren, wie zum Beispiel Erwerbsstatus, Familienstand oder sozialer Schicht basieren. Zunächst beschreibt der Bericht aber die aktuelle gesundheitliche Lage der Männer und Frauen im mittleren Lebensalter ausgehend von Daten zur Mortalität, Morbidität und Lebenserwartung. (vgl. Lademann/Kolip, 2005, S.9f)

3.1 Lebenserwartung, Mortalität und Morbidität

Laut den Daten des statistischen Bundesamtes hatten männliche Neugeborene im Jahre 2002 eine durchschnittliche Lebenserwartung von 75,7 Jahren. Gege­nüber den weiblichen Neugeborenen mit 81,4 Jahren macht das eine fast sechs Jahre geringere Lebenserwartung aus. (vgl. Lademann/Kolip, 2005, S.16) Zwar stieg die durchschnittliche Lebenserwartung beider Geschlechter bis zum Jahre 2009 auf 77,5 Jahre (Männer) und 82,6 Jahre (Frauen) und die Differenz ver­ringerte sich geringfügig, jedoch trennen Frauen und Männer immer noch rund fünf Jahre in der Lebenserwartung. (vgl. www.destatis.de)

Die Ursachen dafür scheinen zu einem wesentlichen Teil im gesundheitlichen Risikoverhalten und in riskanteren Arbeitsbedingungen der Männer zu liegen. So ist laut der Todesursachenstatistik 2001 die Sterblichkeit der 30- bis 64- Jäh­rigen Männer doppelt so hoch wie die der Frauen (Sterbefälle: 490 je 100000 Männer; 247 je 100000 Frauen). Dabei sind bei den Männern vor allem Todes­ursachen verzeichnet worden, die mit einer risikobereiteren Lebensweise ein­hergehen, wie zum Beispiel Unfälle, alkoholische Leberkrankheit oder Suizide, wohingegen die häufigste Todesursache der 30-bis 64- Jährigen Frauen der Brustkrebs ist. (vgl. Lademann/Kolip, 2005, S.16f)

Morbidität

Bedeutende, die Gesundheit von Frauen und Männern beeinträchtigende Krankheiten, sind laut dem Fehlzeiten- Report 2007, vor allem Krankheiten des Herzkreislaufsystems, Krebserkrankungen, Muskel- und Skeletterkrankungen, sowie psychische Erkrankungen. Zwar sind von ischämischen Herzerkrankun­gen immer noch etwa doppelt so viele Männer wie Frauen betroffen, jedoch zeigt sich, dass die Neuerkrankungsrate des Herzinfarktes bei Frauen immer weiter ansteigt, was mit vermehrtem Tabakkonsum der Frauen in Verbindung gesetzt wird.

Von den Krebserkrankungen allgemein sind auch die Männer etwas häufiger betroffen als die Frauen. Die Neuerkrankungsrate lag 2007 in der männlichen Bevölkerung bei 452 Fällen pro 100000 Einwohner, bei den Frauen waren es 335 Fälle pro 100000 Einwohner. Die häufigsten Krebserkrankungen bei Männern und Frauen waren jeweils die geschlechtsspezifischen Krebsarten Prostatakrebs und Brustkrebs, dicht gefolgt von Darmkrebs, der sowohl bei den Männern, als auch bei den Frauen an zweiter Stelle stand. Der Lungenkrebs war bei beiden Geschlechtern die dritthäufigste Krebsart, wobei etwa dreimal so viele Männer wie Frauen erkrankten, aber auch hier steigt die Neuerkrankungsrate der Frauen seit 1990 kontinuierlich an.

Muskel- und Skeletterkrankungen verursachen bei beiden Geschlechtern die meisten Arbeitsunfähigkeitstage, dabei spielen vor allem chronische Rückenschmerzen eine bedeutende Rolle, von denen 22% aller Frauen und 15% aller Männer betroffen sind.

Psychische Erkrankungen wurden lange Zeit unterschätzt, jedoch zeigt sich, dass die Krankheitstage aufgrund von psychischen Erkrankungen immer weiter ansteigen. Insgesamt sind Frauen eher davon betroffen, als Männer. Angststörungen und Depressionen werden bei Frauen deutlich häufiger diagnostiziert als bei den Männern, unter Störungen durch psychotrope Substanzen allerdings leiden Männer häufiger als Frauen. (vgl. Lademann, Kolip, 2008, S.8ff)

3.2 Einschätzung des Gesundheitszustands

Entgegen der Erwartung, Frauen würden ihren Gesundheitszustand schlechter einschätzen als Männer, zeigte sich in den Untersuchungen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, dass Frauen und Männer ihren Gesundheitszustand eher gleich bewerten. In beiden Geschlechtergruppen sind dafür andere Faktoren, als das Geschlecht maßgeblich. Zum einen wird mit zunehmendem Alter und damit auch häufiger auftretenden körperlichen und psychischen Be-

schwerden, der Gesundheitszustand als schlechter eingeschätzt, was nachvollziehbar ist. Zum anderen sind Einflussfaktoren wie der Erwerbsstatus oder die Lebensform der Befragten ein wichtiges Kriterium für die Zufriedenheit mit der Gesundheit.

Wenn es aber um die Frage nach aktuellen Befindlichkeiten geht, geben Frauen in allen Altersgruppen deutlich häufiger Beschwerden an, als Männer. Dabei ist noch nicht klar, ob Frauen tatsächlich häufiger unter Beschwerden leiden, oder ob sie in den Befragungen offener mit dieser Frage umgehen als die Männer. So wird zum Beispiel vermutet, dass Männer einerseits anders mit Symptomen umgehen und Beschwerden eventuell geringer bewerten, als Frauen. Andererseits könnte auch das Selbstverständnis der traditionellen männlichen Rolle die Männer daran hindern, sich Beschwerden einzugestehen und sie bei einer Befragung anzugeben. (vgl. Lademann/Kolip, 2005, S.19f)

3.3 Gesundheitsverständnis

Zum allgemeinen Gesundheitsverständnis von Frauen und Männern und ob es dabei wesentliche Unterschiede gibt, machte T. Faltermaier im Fehlzeiten-Report 2007 mit dem Schwerpunkt „Arbeit, Geschlecht und Gesundheit“ einige Ausführungen. Er kommt dabei zu dem Schluss, dass sich zumindest keine gravierenden Unterschiede in den Vorstellungen von Gesundheit zwischen Frauen und Männern belegen lassen. Auch hier spielen andere Faktoren wie Alter, soziale Schicht und beruflicher Status eine wichtige Rolle. Belegbar ist hingegen jedoch, dass Frauen tendenziell differenziertere Konzepte von Gesundheit haben als Männer, wobei sie insbesondere die psychischen Aspekte, wie das psychische Wohlbefinden, stärker betonen. Männer dagegen verbinden Gesundheit eher mit der persönlichen Leistungsfähigkeit, vor allem im Beruf. Dementsprechend unterscheiden sie sich auch in ihrer Risikowahrnehmung von den Frauen dahingehend, dass sie ihre Risiken eher in den beruflichen Belastungen oder riskanten Lebensstilen sehen. Sie neigen jedoch dazu, ihre Verwundbarkeit gegenüber diesen Risiken niedriger einzuschätzen und in Lebens-

bereichen, die ihnen persönlich sehr wichtig sind, wie Arbeit und Sport, eine abwehrende Haltung gegenüber eventuellen Risiken einzunehmen. (vgl. Faltermaier, 2008, S. 38f)

Diese Annahme bestätigen auch die Ergebnisse der „Allensbach Studie“ zur Männergesundheit 2001. 55% der befragten Männer gaben hier an, innerhalb der letzten 12 Monate mehrmals zur Arbeit gegangen zu sein, obwohl sie sich krank fühlten. 22% taten dies nur einmal und nur 23% der Befragten nie. (vgl. Lehner, 2004, S.49)

Betrachtet man die Theorie der Kontrollüberzeugung, in der es darum geht ob Menschen glauben, dass sie einen persönlichen Einfluss auf die eigene Gesundheit haben (internale Kontrollüberzeugung) oder dass die eigene Gesundheit von äußeren Faktoren (Umwelt, Schicksal) bestimmt wird (externale Kontrollüberzeugung), ist auffällig, dass Männer eher die externale Kontrollüberzeugung einnehmen und weniger Interesse daran zu haben scheinen für die eigene Gesundheit aktiv zu werden. Bei den subjektiven Theorien darüber wie Krankheit entsteht und welche möglichen Ursachen es für den Ausbruch und die Verbreitung von Krankheiten gibt, sind es wieder vor allem die Frauen, die häufiger familiäre Belastungen und seelische Probleme als Ursachen für eine Krankheit vermuten, als Männer. (vgl. Faltermaier, 2008, S. 39f)

3.4 Geschlechterspezifisches Gesundheitsverhalten

Zweifellos haben die unterschiedlichen Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit auch Auswirkungen auf das gesundheitsrelevante Verhalten von Frauen und Männern. Doch welche Unterschiede und Besonderheiten im Gesundheitsverhalten von Männern und Frauen gibt es? Lassen sich die unterschiedlichen Daten zu Mortalität und Lebenserwartung auf geschlechterspezifi-

sches Gesundheitsverhalten zurückführen und welche Zusammenhänge bestehen zwischen spezifischen Geschlechterrollen und dem jeweiligen Verhalten? Diese Fragen soll der folgende Abschnitt klären.

3.4.1 Risikoverhalten

Wie in Abschnitt 3.1 zur Lebenserwartung und Mortalität bereits angedeutet wurde, überwiegen in den meisten Bereichen des Risikoverhaltens die Männer, was als eine der Hauptursachen ihrer geringeren Lebenserwartung gilt.

Rauchen

Im Jahre 2003 rauchten in Deutschland, laut Daten des Mikrozensus, 22% der Frauen und 33% der Männer im Alter von 15 Jahren und älter, wobei sich die Frauen in ihrem Rauchverhalten in den letzten Jahren immer mehr den Männern annähern. Auch bei der Konsummenge von Zigaretten sind die Männer immer noch Spitzenreiter. Der Mikrozensus stufte diesbezüglich 20% der Männer und 11% der Frauen als starke Raucher/-innen ein (Konsum von über 20 Zigaretten am Tag). Besorgniserregend ist dennoch der enorme Anstieg der rauchenden Frauen, was auch die Veränderung des durchschnittlichen Rauch-Einstiegsalters belegt. Der telefonische Gesundheitssurvey des Robert Koch Instituts 2003 verzeichnete einen Rückgang des Rauch-Einstiegsalters der Frauen, die vor 1930 geboren wurden im Vergleich zu den zwischen 1970 und 1985 geborenen, von 22 Jahren auf unter 16 Jahren. Bei den Männern der gleichen Geburtskohorten fiel das Rauch-Einstiegsalter weniger dramatisch von 17,3 auf 15,9 Jahre. Mögliche Gründe für die steigende Rauchprävalenz, vor allem bei jüngeren Frauen, sieht der Gesundheitsbericht zum einen in der Neigung der Frauen dazu, einen Zusammenhang zwischen dem Rauchen und der Kontrolle über das eigene Gewicht zu sehen und zum anderen die gezielten Werbeaktionen für Zigaretten in den späten 1960er und frühen 1970er Jahren,

die hauptsächlich auf junge Frauen gerichtet waren und dabei Attribute wie Attraktivität, Unabhängigkeit und Geselligkeit betonten. Neben diesen Aspekten hat sich in den letzten Jahren auch das gesellschaftliche Frauenbild stark gewandelt. Während das Rauchen früher als vorwiegend männliche Verhaltensweise angesehen wurde, ist das Rauchen unter Frauen heutzutage allgemein gesellschaftlich akzeptiert. (vgl. Lademann/Kolip, 2005, S.38ff)

Alkoholkonsum

Auch bezüglich des Alkoholkonsums verhalten sich Männer immer noch risikobereiter als Frauen. Laut dem telefonischen Gesundheitssurvey gaben mehr Frauen (26,8%) als Männer (11,8%) an, in den letzten zwölf Monaten keinen Alkohol zu sich genommen zu haben. Ein riskanter Alkoholkonsum kann jenen Männern zugesprochen werden, die einen Konsum über dem täglich tolerierbaren Wert von 20 Gramm aufweisen. Bei Frauen beträgt diese Grenze 10 Gramm pro Tag. Die Befragungen ergaben, dass knapp ein Drittel der Männer (30,2%) über der tolerierbaren Grenze lagen. Von den Frauen hingegen lagen nur 15,6% der Befragten über dem für Frauen geltenden Grenzwert. Die Frage nach den häufigsten Trinkanlässen ergab, dass gesellige Aspekte für den Konsum von Alkohol überwiegen (Feste, Abende mit Freunden oder Familie). Dabei war auffällig, dass mehr als doppelt so viele Männer (30,9%) wie Frauen (13,3%) sich eine Feier ohne Alkohol nicht vorstellen können und eine „trockene“ Runde als fad und ungemütlich beschreiben (18,9% Männer gegenüber 6,9% Frauen). Die höhere Risikobereitschaft der Männer zeigt sich auch in Bezug auf das Fahren eines Autos unter Alkoholeinfluss. Hier gaben 12,5% der Männer an, während der letzten 12 Monate trotz zu hohem Alkoholkonsum ein Auto gesteuert zu haben. Bei den Frauen waren es mit 5% weniger als halb so viele. (vgl. Lademann/Kolip, 2005, S.41ff)

Neben den klassischen Bereichen des Risikoverhaltens, wie das Rauchen und erhöhter Alkoholkonsum zeigt sich eine riskantere Lebensweise der Männer auch in ihren Freizeitaktivitäten. Jugendliche Mutproben sowie risikobereiteres

Verhalten im Straßenverkehr, in der Sexualität und im Sport sind unter Männern deutlich weiter verbreitet, als unter Frauen, was sich natürlich auf eine höhere Prävalenz der Männer bei lebensbedrohlichen Krankheiten und Unfällen auswirkt. (vgl. Faltermaier, 2008, S.40f)

3.4.2 Ernährungsverhalten

Eine gesunde und ausgewogene Ernährungsweise kann wesentlich dazu beitragen die eigene Gesundheit und das Wohlbefinden zu erhalten und zu steigern sowie Erkrankungen, die mit einer Über-, Fehl- oder Mangelernährung in Zusammenhang stehen, vorzubeugen. Das unterschiedliche Ernährungsverhalten von Frauen und Männern kann auch als eine mögliche Ursache für die Differenzen in der männlichen und weiblichen Gesundheit angesehen werden. Über das geschlechtsspezifische Ernährungsverhalten ist bis jetzt bekannt, dass Männer zum einen von fast allen Lebensmittelgruppen, mit Ausnahme von Obst und Gemüse, mehr zu sich nehmen als Frauen, wobei gerade der Verzehr von frischem Obst und Gemüse eine wichtige Rolle bei der Prävention chronischer Erkrankungen wie Herz- Kreislauferkrankungen und bestimmten Krebserkrankungen spielt. Andere Lebensmittelgruppen mit höheren Fett-, Eiweiß-, Zucker-, und Alkoholgehalten werden von Männern tendenziell mehr konsumiert. Hinzu kommt ein sinkender Energiebedarf mit zunehmendem Alter und eine zunehmend sitzende Lebensweise in beiden Geschlechtergruppen, was in den meisten Fällen eine Gewichtszunahme nach sich zieht. Ein zu hohes Körpergewicht wiederum, kann nachweislich Folgeerkrankungen wie Bluthochdruck, koronare Herzerkrankung, Diabetes Mellitus und einen Schlaganfall verursachen. Als Maß für die Verteilung von Übergewicht in der Bevölkerung gilt der Body-Maß-Index(BMI), wobei eine Erhöhung des BMI auch ein erhöhtes Mortalitätsrisiko nach sich zieht. Als normalgewichtig gelten Menschen mit einem BMI

von 18,5 bis 24,9. In beiden Geschlechtergruppen sinkt mit zunehmendem Alter der Anteil der Normalgewichtigen. In der Gruppe der Männer gibt es trotzdem immer noch mehr Übergewichtige, als in der Gruppe der Frauen. Auch Maßnahmen zur Reduktion des Körpergewichts werden überwiegend von Frauen durchgeführt, nicht zuletzt weil sie sich stärker an gesellschaftlichen Schlankheitsidealen, welche als Voraussetzung für Erfolg, Attraktivität und Glück gesehen werden, orientieren, als die Männer. Dementsprechend leiden aber auch mehr Frauen als Männer an gesundheitlichen Störungen im Essverhalten und schweren Essstörungen, wie Magersucht (Anorexie) und Ess-Brechsucht (Bulimie). (vgl. Lademann/Kolip, 2005, S.45ff)

3.4.3 Bewegung

Zusammen mit einer gesunden Ernährung ist auch ein angemessenes Maß an körperlicher Aktivität ein wichtiger Einflussfaktor für den Erhalt der Gesundheit und das allgemeine Wohlbefinden. Dabei ist es sinnvoll unter körperlicher Aktivität nicht nur bestimmte Sportarten oder angeleitete Übungen zu verstehen, sondern jegliche Art von Bewegung mit einzubeziehen. Bei Befragungen über die Wichtigkeit von Sport für die Gesundheit geben zwar die meisten Teilnehmer an, dass dieser eine bedeutende Rolle spiele, in der Tat binden Frauen wie Männer jedoch äußerst wenig Aktivität in ihr tägliches Leben ein. Gegenüber den Bereichen des Risikoverhaltens und der Ernährung sind es hier scheinbar die Frauen, die sich im Gegensatz zu den Männern risikobereiter verhalten. Mehr Frauen als Männer sind sportlich gänzlich inaktiv und auch bei der Dauer der sportlichen Aktivitäten pro Woche liegen die Frauen hinter den Männern. Eine deutliche Tendenz zeigt sich auch, wenn man die sportliche Aktivität mit der Lebensform in Zusammenhang bringt. Unter den Frauen, die Kinder zu versorgen haben und besonders unter den alleinerziehenden Müttern ist der Anteil

der sportlich Inaktiven besonders hoch. Dennoch müssen die Ergebnisse vorsichtig interpretiert werden, da die Befragungen häufig auf organisierten Sport und intensives Training abzielen und somit eher „frauentypische“ Aktivitäten im Haushalt, bei der Kinderbetreuung oder Gartenarbeit kaum berücksichtigen. (vgl. Lademann/Kolip, 2005, S.48ff)

3.4.4 Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Präventionsangeboten

Die allgemeine Motivation und das Interesse an Gesundheitsangeboten sind bei Frauen deutlich höher ausgeprägt als bei Männern, was womöglich auch daran liegen könnte, dass sich Frauen innerhalb der Familie eher verantwortlich für die gesundheitlichen Belange der Familienmitglieder sehen. Bei gesundheitlichen Beschwerden suchen sie häufiger und eher als Männer, aktiv Hilfe bei professionellen Gesundheitsdiensten. (vgl. Faltermaier, 2008, S.41)

Bei den Daten über die Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsmaßnahmen im Jahre 2003 ist der Anteil der teilnehmenden Frauen mit 49,4% sogar mehr als doppelt so hoch, wie der Anteil der Männer (19,7%). Mit zunehmendem Alter nehmen die Inanspruchnahme-Raten bei Frauen ab, was sich jedoch durch die Tatsache erklären lässt, dass Frauen sich im gebärfähigen Alter regelmäßiger gynäkologisch untersuchen lassen, als in den Jahren danach. Im Zuge dieser Untersuchungen werden dann auch regelmäßig Krebsfrüherkennungsmaßnahmen getroffen. Bei den Männern hingegen steigt der Anteil mit zunehmendem Alter etwa auf das Doppelte, da sie erst ab dem 45. Lebensjahr Krebsfrüherkennungsuntersuchungen nutzen können. Im Vergleich zu den Frauen nehmen aber auch im höheren Alter nur halb so viele Männer an den Früherkennungsuntersuchungen teil. Bei den Gesundheitsuntersuchungen oder sogenannten „Check-ups“ ab dem 35. Lebensjahr ist der Geschlechterunterschied nicht so gravierend und die Inanspruchnahmeraten nahezu gleich. Insgesamt nehmen Frauen wie Männer sowohl Früherkennungsuntersuchungen,

als auch Gesundheits-Checks zu wenig in Anspruch. Hier bedarf es intensiverer Aufklärungsmaßnahmen und flächendeckender Angebote für Reihenuntersuchungen.

Für Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme sind Frauen offenbar stärker empfänglich als Männer. Im Bundesgesundheitsurvey sollten Frauen und Männer angeben, an welchen gesundheitsfördernden Maßnahmen sie jemals teilgenommen hätten. Die Befragung ergab, dass 6,5% der Frauen und 1,5% der Männer schon einmal an einer Maßnahme zur Gewichtsreduktion teilgenommen haben. 6,9% der Frauen gegenüber 2,8% der Männer besuchten einen Kurs zur Ernährung, 14,7% der Frauen und 7,8% der Männer nahmen an einer Rückenschule teil und 7,8% der Frauen gegenüber 3,0% der Männer hatten schon Erfahrung mit einem Kurs zur Stressbewältigung. Auch aktuelle Auswertungen von Daten der Krankenkassen ergeben immer wieder, dass Männer von verhaltensbezogenen Angeboten kaum erreicht werden und vor allem „geschlechtsneutrale“ Angebote sehr wenig in Anspruch nehmen. Die enormen Unterschiede bei der Inanspruchnahme gesundheitsförderlicher Leistungen resultiert zum einen daraus, dass Frauen insgesamt gesundheitsbewusster mit ihrem Körper umgehen, zum anderen aus der Tatsache, dass die Angebote für Männer zu wenig ansprechend sind. Umso wichtiger wird es in Zukunft sein die geschlechtsspezifischen Präventionspotentiale zu ermitteln, um die Gesundheitsangebote stärker an die Bedürfnisse des jeweiligen Geschlechts anzupassen. (vgl. Lademann/Kolip, 2005, S. 53ff)

3.4.5 Mögliche Ursachen für unterschiedliches Gesundheitsverhalten

Was aber können die Gründe für die Unterschiede im Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitsverhalten der Frauen und Männer sein? Der Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes sieht die Ursachen vor allem in der geschlechtsspezifischen Körpersozialisation und der Orientierung an Rollenbildern.

Körpersozialisation

Die spezifische Körpersozialisation der Geschlechter macht sich in erster Linie durch den unterschiedlichen Umgang mit dem Körper und die unterschiedliche Sensibilität für körperliche Vorgänge bemerkbar. Die Bereitschaft über körperliche Vorgänge, insbesondere über Beschwerden zu sprechen, sowie die Bereitschaft an körperliche Grenzen zu gehen ist ebenfalls Ausdruck einer spezifischen Körpersozialisation. Während Männer ihren Körper eher als „funktional“ ansehen, häufiger bereit sind, an ihre körperlichen Grenzen zu gehen oder sie sogar zu überschreiten, sind Frauen deutlich sensibler im Umgang mit ihrem Körper und nehmen Warnsignale ernster. Zudem sprechen Frauen auch häufiger über ihre Beschwerden und sind eher bereit sich dementsprechend Hilfe zu holen. Den Männern hingegen wird oftmals zugesprochen, dass sie Warnsignale ihres Körpers eher verleugnen oder aushalten und seltener bereit sind darüber zu sprechen, was sich wiederum darin äußert, dass sie sich seltener Hilfe suchen. (vgl. Lademann/Kolip, 2005, S. 81f)

Rollenbilder

„Ein Indianer kennt eben keinen Schmerz“ - dieser allgemein bekannte und bei Kindern oft verwendete Ausspruch spiegelt ziemlich deutlich die typisch männliche Rolle wieder, die sich bis heute nicht weitgehend verändert hat.

Sehr treffend charakterisierte die männliche Rolle der amerikanische Sozialwissenschaftler Robert Brannon (1976). Er geht dabei auf vier wesentliche Merkmale ein:

- Zum einen das Bedürfnis der Männer sich deutlich von den Frauen abzugrenzen („no sissy stuff“),
- weiterhin das Bedürfnis, anderen überlegen zu sein („the big wheel“),
- die Demonstration der Unabhängigkeit („the sturdy oak“) und schließlich
- das Bedürfnis, sich mit allen Mitteln durchzusetzen („give `em hell“).

Die höhere Risikobereitschaft der Männer und die Tendenz möglichst keine Schwäche oder Angst zu zeigen, sowie mit gesundheitlichen Problemen allein fertig werden zu wollen, resultieren also vermutlich aus dem gesellschaftlich anerkannten Bild eines starken, unabhängigen Mannes. (vgl. Faltermaier, 2004, S.27f)

Die klassische weibliche Rolle dagegen ist gekennzeichnet von Wärme, Einfühlsamkeit, Emotionalität und Sorge um andere. Frauen fällt es im Allgemeinen leichter über ihre Beschwerden zu sprechen, da es gesellschaftlich anerkannt ist. Sich Hilfe zu suchen, bedeutet für sie außerdem nicht, dass sie ihre Autorität verlieren. (vgl. Felder, Brähler, 1992, S. 23f)

4. Vergleich des gesundheitsrelevanten Verhaltens von Frauen und Männern in einem Projekt der betrieblichen Gesundheitsförderung

Im Folgenden sollen die Daten eines Projektes der „Betrieblichen Gesundheitsförderung“ hinsichtlich des gesundheitsrelevanten Verhaltens der befragten Frauen und Männer näher beleuchtet und mit den bisherigen Erkenntnissen aus der Forschung in Beziehung gesetzt werden. Ziel soll es sein, die wesentlichen Unterschiede im geschlechtsspezifischen Gesundheitsverhalten hervorzuheben. Verhalten sich die Männer auch in dieser Stichprobe risikobereiter in Bezug auf ihre Gesundheit? Welche Unterschiede gibt es in Hinsicht auf das Gesundheitsbewusstsein, das Ernährungsverhalten, die Bewegung und das Risikoverhalten? Diese und weitere Fragen wird der folgende Abschnitt beantworten. Zunächst soll jedoch das Projekt, aus dem die Daten stammen, näher erläutert werden.

4.1 Kooperationsprojekt „Betriebliche Gesundheitsförderung in klein- und mittelständischen Unternehmen“ der IKK Nord und der Hochschule Neubrandenburg

Bei dem wissenschaftlichen Projekt „Betriebliche Gesundheitsförderung in klein- und mittelständischen Unternehmen“ handelt es sich um eine Kooperation zwischen dem Fachbereich „Gesundheit, Pflege und Management“ der Hochschule Neubrandenburg und der IKK Nord. Um Konzepte zur betrieblichen Gesundheitsförderung zu entwickeln, werden Studenten der Hochschule Neubrandenburg im Rahmen ihres 16-wöchigen Praktikums in klein- und mittelständische Unternehmen entsandt. Unter fachlicher Betreuung der Professoren Dr. W. Neumann, Dr. rer. Pol. I. Sachs, Dr. G. Claßen und der Projektkoordinatorin M. Sc. Brückner und in Zusammenarbeit mit der Unternehmensleitung analysieren sie vor Ort die gesundheitlichen Belastungen und Probleme der Mitarbeiter und entwickeln betriebsspezifische Maßnahmen, um diese zu reduzieren. (vgl. BGF Flyer IKK)¹

Phasen des Projektes

Das wissenschaftliche Projekt verläuft in den drei Phasen:

- Analysephase,
- Maßnahme- und Umsetzungsphase und
- Evaluationsphase.

In der Analysephase werden systematisch alle wichtigen Eckdaten, die zur Beurteilung der Gesundheitssituation des jeweiligen Betriebes notwendig sind ermittelt, um sich ein umfassendes Bild der aktuellen gesundheitsbezogenen Situation in dem Betrieb zu verschaffen. Dazu nutzen die Studenten verschiedene Analyseinstrumente wie die Beobachtung, die Mitarbeiterbefragung sowie die Ergebnisse aus Gesundheitsberichten oder Gesundheitszirkeln. Die beiden wichtigsten Instrumente sind jedoch die Beobachtung und die Mitarbeiterbefra-

¹ Das Kooperationsprojekt „Betriebliche Gesundheitsförderung in klein- und mittelständischen Unternehmen“ der Hochschule Neubrandenburg und der IKK Nord wurde zum 31.12.2010 beendet.

gung. In den ersten Wochen führen die Studenten zunächst unstrukturierte Beobachtungen durch, um den Betrieb mit seiner spezifischen Struktur und Arbeitsbereichen sowie die Mitarbeiter kennenzulernen. Darauf folgen in den nächsten Wochen gezielte und teilnehmende Beobachtungen im Betrieb. Dabei beteiligen sich die Studenten möglichst aktiv an der Arbeit, um am eigenen Leib zu erfahren, welche möglichen Probleme und Ressourcen die Mitarbeiter an ihrem jeweiligen Arbeitsplatz haben. Zudem haben sie so die Möglichkeit leichter mit den Beschäftigten ins Gespräch zu kommen und wertvolle Informationen zu erhalten, die der Fragebogen vielleicht nicht berücksichtigt. Schließlich führen die Studenten anonyme Mitarbeiterbefragungen mittels eines standardisierten Fragebogens durch und werten die gewonnenen Daten an ihrer Hochschule aus. Nun gilt es die gesammelten Daten zu bewerten und mögliche Gesundheitsprobleme herauszufiltern, um im Anschluss daran gezielte verhältnis- und verhaltensorientierte Interventionsvorschläge für den Betrieb zu entwickeln und vorzustellen. (vgl. BKK Flyer IKK)

Die Maßnahme- und Umsetzungsphase dient dem Namen nach, dazu die auf die Bedürfnisse des Betriebes abgestimmten Interventionen umzusetzen, die sich sowohl auf eine gesundheitsgerechte Arbeits- und Organisationsgestaltung als auch auf gesundheitsgerechte Verhaltensweisen der Mitarbeiter beziehen können. Dabei stehen der Betriebsleitung die Hochschule, Mitarbeiter des Präventionscenters der IKK und zertifizierte Kursleiter unterstützend zur Seite.

Die Evaluationsphase schließlich dient der längerfristigen Überprüfung der durchgeführten Maßnahmen und erreichter Ziele und ist ein unerlässliches Instrument der betrieblichen Gesundheitsförderung. Für diese Bewertung können die Analyseinstrumente der ersten Phase in der gleichen Weise oder auch verkürzt wiederholt eingesetzt werden. Wenn Ziele noch nicht oder nicht vollständig erreicht wurden, können Maßnahmen verändert und angepasst werden. (vgl. BGF Flyer IKK)

4.2 Datenerhebung

Obwohl das Kooperationsprojekt schon länger existierte, wurden für die vorliegende Arbeit lediglich die Daten aus den Jahren 2008 bis 2010 herangezogen, um eine einheitliche Datengrundlage zu gewährleisten, da der Fragebogen selbst in den Jahren zuvor noch verändert und erweitert werden konnte.

In dem Zeitraum 2008 bis 2010 wurden insgesamt 741 Mitarbeiter aus 36 verschiedenen Betrieben befragt. Zur Befragung haben alle diese Mitarbeiter den standardisierten Fragebogen der Hochschule Neubrandenburg („Fragebogen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung“) erhalten, der im Folgenden an der Hochschule anonym ausgewertet wurde.

Der Fragebogen ist in verschiedene Bereiche gegliedert und betrachtet folgende Aspekte:

- Persönliche Angaben
- Umgang mit Gesundheit und Krankheit
- Bewegung
- Ernährung
- Rauchen
- Schlaf und Entspannung
- Verhaltensänderung
- Beschwerden
- Belastungen
- Arbeitsklima
- Freizeitverhalten
- Lebensqualität
- Gesundheitsangebote

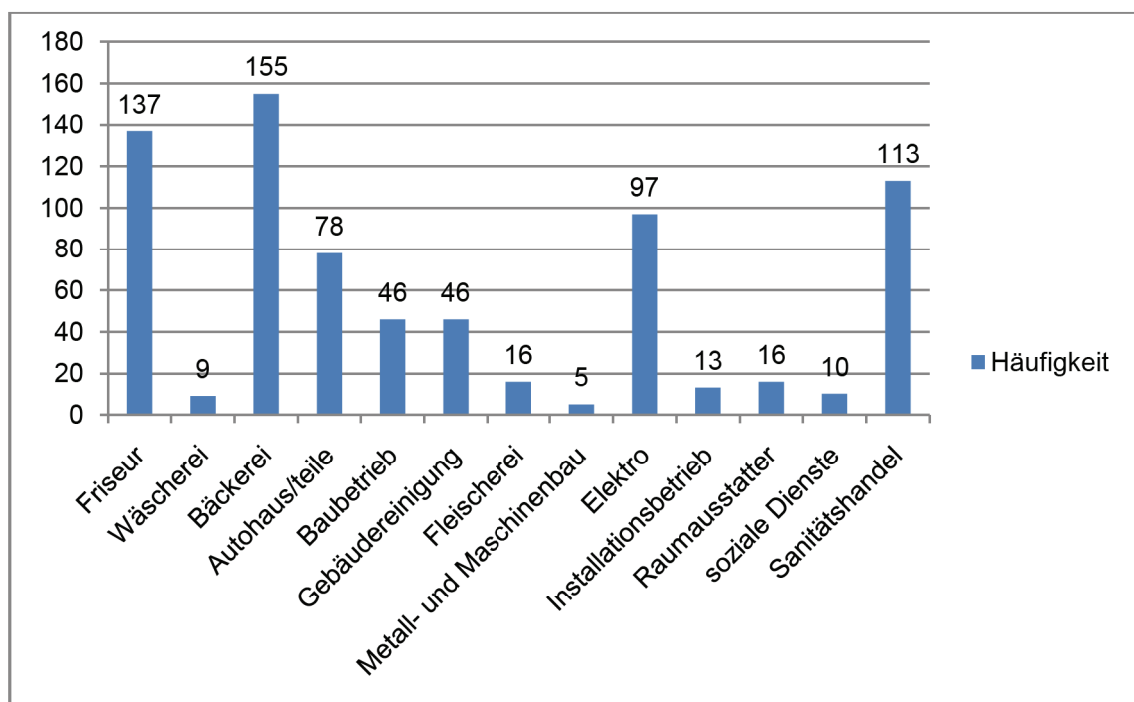
Für die Zwecke dieser Arbeit sollen aber nur die Bereiche, die sich auf das Gesundheitsbewusstsein und das gesundheitsrelevante Verhalten der Befragten beziehen, untersucht werden.

4.3 Auswertung der statistischen Daten von 2008 bis 2010

Gewerke

Die 741 befragten Mitarbeiter verteilen sich auf insgesamt 13 verschiedene Gewerke (siehe Abbildung 1). Der größte Anteil der Befragten arbeitet in einem Bäckereibetrieb (155 von 741 Befragten), dicht gefolgt von den Mitarbeitern mehrerer Friseurbetriebe (137 Mitarbeiter) und eines Sanitätsfachhandels (113 Mitarbeiter). Da die ersten beiden Gewerke eher von weiblichen Angestellten dominiert werden, zeichnet sich hier schon ab, dass der Frauenanteil in der Befragung etwas höher sein wird.

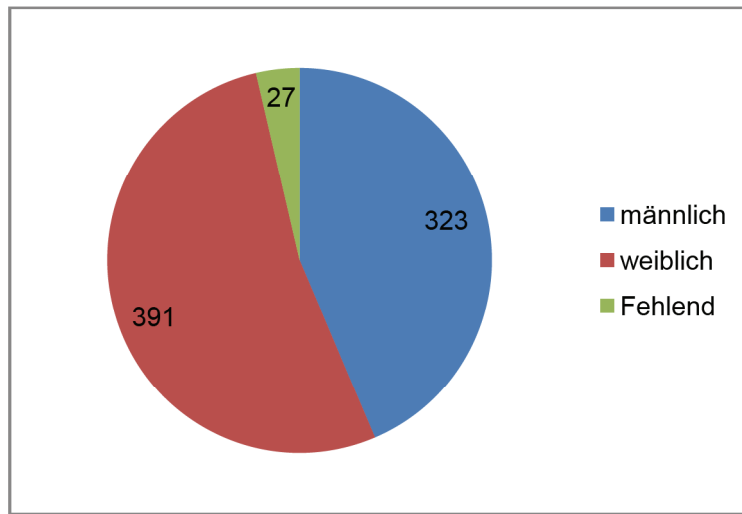
Abbildung 1: Verteilung der Befragten auf verschiedene Gewerke



(Quelle: eigene Darstellung)

Geschlecht

Abbildung 2: Geschlechterverteilung der Befragten



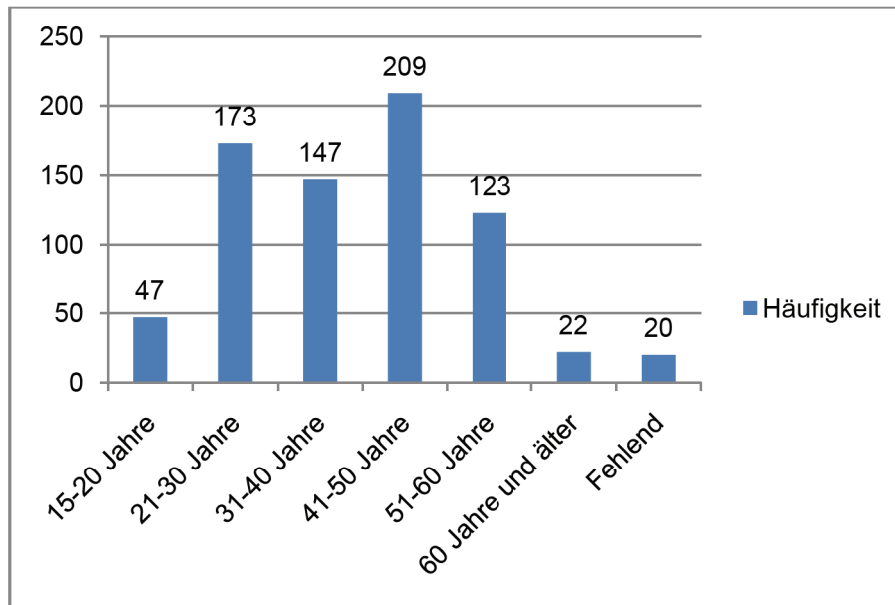
(Quelle: eigene Darstellung)

Von den 741 befragten Personen waren 391 weiblichen und 323 männlichen Geschlechts. 27 Personen antworteten nicht auf diese Frage. Der Anteil der Frauen in der Befragung überwiegt also leicht.

Altersstruktur

Die Befragten verteilen sich nahezu über das gesamte Altersspektrum, wobei den größten Anteil Personen im mittleren Lebensalter einnehmen. 479 von den 741 Befragten (ca. 65%) sind zwischen 31 und 60 Jahre alt. Insgesamt 220 Befragte sind 15 bis 30 Jahre alt, was einen prozentualen Anteil von etwa 30 % ausmacht. 22 Personen sind 60 Jahre oder älter und 20 Personen gaben ihr Alter nicht an.

Abbildung 3: Alter der Befragten



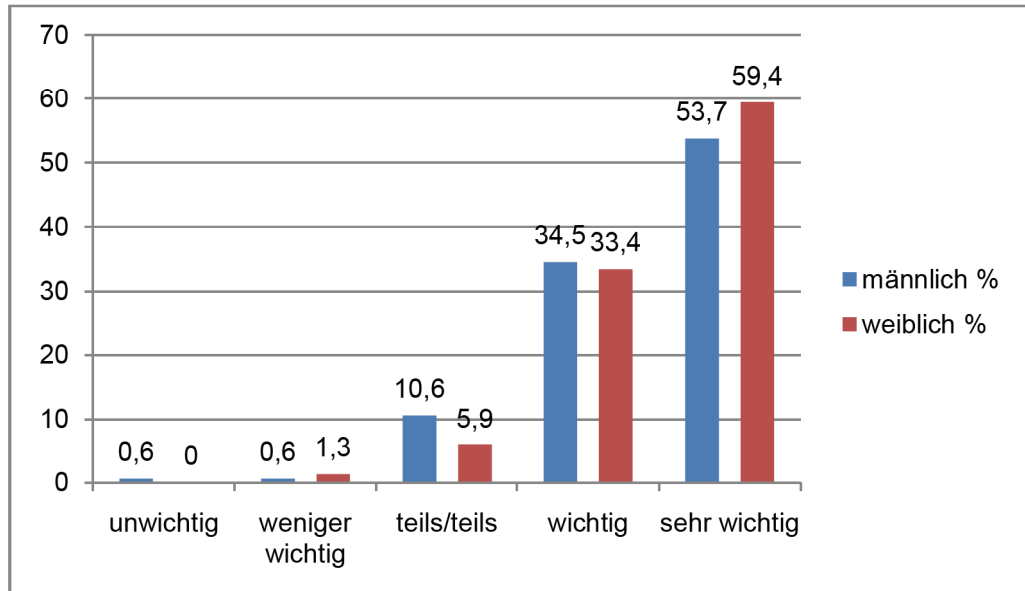
(Quelle: eigene Darstellung)

Umgang mit Gesundheit und Krankheit

In diesem Teilbereich der Befragung wurden Fragen über die Wichtigkeit der Gesundheit, den Gesundheitszustand und die Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen zusammengefasst. Er kann erste Hinweise darauf geben, wie hoch das Gesundheitsbewusstsein ist und wie sich die Frauen und Männer in dieser Stichprobe in Bezug auf ihre Gesundheit verhalten. Der jeweilige Vergleich zwischen Frauen und Männern wurde anhand von Kreuztabellen vorgenommen. Da der Anteil der Frauen in der Befragung etwas höher lag und zusätzlich bei jedem einzelnen Item unterschiedlich viele Frauen und Männer geantwortet haben, werden die Grafiken mit relativen Häufigkeiten dargestellt, um eine höhere Aussagekraft zu erhalten.

Wie wichtig ist Ihnen Ihre Gesundheit?

Abbildung 4: Wichtigkeit der Gesundheit, nach Geschlecht (in Prozent)



(Quelle: eigene Darstellung)

Bei der Frage nach der Relevanz der eigenen Gesundheit ergab sich eine leichte Tendenz dahingehend, dass den Frauen die eigene Gesundheit etwas wichtiger zu sein scheint, als den Männern. 711 Teilnehmer antworteten insgesamt auf diese Frage, davon 322 männliche und 389 weibliche Mitarbeiter. Laut den Angaben der Frauen ist 92,8% der Befragten die eigene Gesundheit wichtig bis sehr wichtig. Bei den Männern trifft dies auf 88,2% der Befragten zu. Demzufolge ist auch der Anteil der Männer, denen die Gesundheit nur teilweise wichtig bis unwichtig erscheint etwas höher, als der Anteil der Frauen, die sich auf die gleichen Antworten festlegten. (11,8% der Männer gegenüber 7,2% der Frauen). Dieses Ergebnis deckt sich gut mit den Ergebnissen aus der Forschung, wie in Abschnitt 3.3 beschrieben wurde. Danach könnte es an der vorwiegend externalen Kontrollüberzeugung der Männer liegen, dass sie sich tendenziell weniger um die eigene Gesundheit kümmern, wobei der Unterschied zu den Frauen in dieser Stichprobe nicht gravierend ist.

Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben

Die allgemeine Vermutung, Frauen würden ihren Gesundheitszustand schlechter einschätzen, als die Männer, bestätigt sich auch in dieser Stichprobe nicht. (siehe Absatz 3.2) Im Gegenteil bewerten die Frauen ihren Gesundheitszustand tendenziell sogar etwas besser als die Männer. 87% der Frauen gegenüber 84,3% der Männer schätzten ihren allgemeinen Gesundheitszustand als gut bis ausgezeichnet ein (siehe Tabelle1). Ebenso war der Anteil der Männer, die ihre Gesundheit für weniger gut bis schlecht befinden geringfügig höher als der Anteil der Frauen bei diesen Antwortmöglichkeiten (15,7% gegenüber 13%). Allerdings sollte ein derart minimaler Unterschied zwischen Frauen und Männern bei diesem Item nicht zu hoch bewertet werden. Die Tendenz könnte auch durch den Frauenüberschuss in der Befragung oder durch andere Effektgrößen, die hier nicht berücksichtigt wurden, wie das Alter oder die Lebensform der Befragten zu Stande gekommen sein. Ähnlich wie die Gesundheitsberichterstattung des Bundes könnte man hier zu dem Schluss kommen, dass Frauen und Männer ihre Gesundheit nahezu gleich einschätzen.

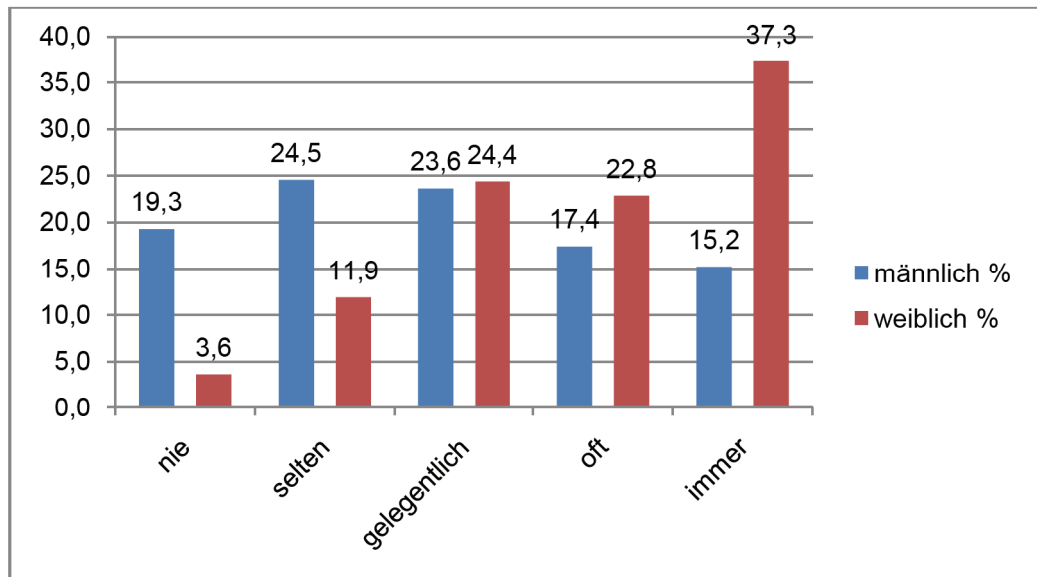
Tabelle 1: Kreuztabelle: Einschätzung der Gesundheit, nach Geschlecht

	Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?					Gesamt
	schlecht	weniger gut	gut	sehr gut	ausgezeichnet	
Anzahl	5	45	184	68	17	319
männlich %	1,6%	14,1%	57,7%	21,3%	5,3%	100%
Anzahl	1	49	239	90	7	386
weiblich %	0,3%	12,7%	61,9%	23,3%	1,8%	100%
Anzahl	6	94	423	158	24	705
Gesamt %	0,9%	13,3%	60,0%	22,4%	3,4%	100%

(Quelle: eigene Darstellung)

Gehen Sie regelmäßig zu ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen?

Abbildung 5: Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen, nach Geschlecht (in Prozent)



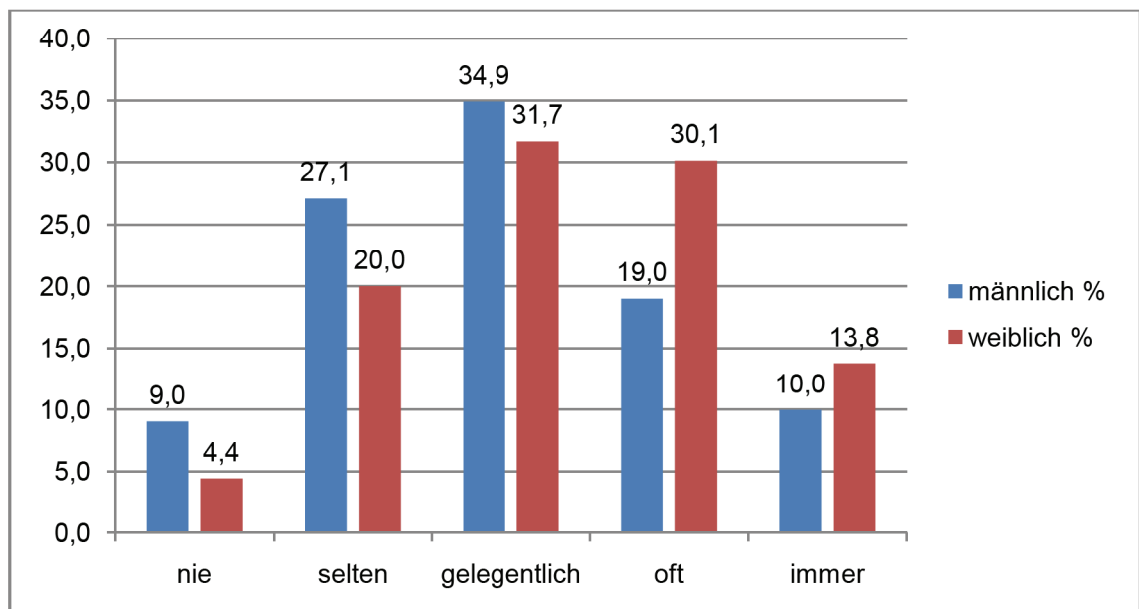
(Quelle: eigene Darstellung)

Auch bei der Frage nach der regelmäßigen Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen, ergibt sich in dieser Stichprobe ein sehr ähnliches Bild wie in dem Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. (siehe Absatz 3.4.4) Frauen scheinen tatsächlich eine höhere Motivation zu haben, sich um die Belange ihrer eigenen Gesundheit zu kümmern. So gaben bei dieser Befragung 60,1% der Frauen und nur etwa halb so viele Männer (32,6%) an, oft bis immer zu ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen zu gehen. Analog ist der Anteil der Männer, die so etwas selten bis nie tun ist mehr als doppelt so hoch wie der Anteil der Frauen (43,8% Männer gegenüber 15,3% Frauen). Allerdings ist auch hier der Unterschied vorsichtig zu bewerten, da Frauen durch ihre regelmäßigen gynäkologischen Untersuchungen automatisch häufiger an Vorsorgeuntersuchungen teilnehmen und Männer im Normalfall erst ab dem 45. Lebensjahr Früherkennungsmaßnahmen in Anspruch nehmen.

Fühlen Sie sich ausreichend über Leistungen der Krankenkasse informiert?

Die Frage danach, ob sich die Teilnehmer der Befragung ausreichend über Leistungen der Krankenkasse informiert fühlen, ergab ebenfalls einen leichten Vorsprung bezüglich des Informationsstandes über Gesundheitsleistungen, zugunsten der Frauen. 43,9% der Frauen gegenüber 29% der Männer fühlen sich oft bis immer ausreichend informiert. Nur gelegentlich, selten oder nie informiert fühlen sich insgesamt 71% der Männer. Der Anteil der Frauen, die das gleiche von sich sagen beträgt dagegen 56,1%. Dieses Ergebnis spricht einerseits dafür, dass Frauen wie Männer immer noch zu wenig von Gesundheitsangeboten der Krankenkassen erreicht werden und andererseits auch dafür, dass ein großer Handlungsbedarf für die Verantwortlichen im Gesundheitssystem besteht, auf die Zielgruppe der Männer abgestimmte Maßnahmen zu entwickeln, um diese besser erreichen zu können. Gerade auch vor dem Hintergrund, dass Männer scheinbar seltener aus eigener Motivation etwas für ihre Gesundheit tun, ist es umso wichtiger, ansprechende Angebote für sie zu schaffen und diese hinreichend publik zu machen.

Abbildung 6: Fühlen Sie sich ausreichend informiert über Leistungen der KK? Nach Geschlecht (in Prozent)



(Quelle: eigene Darstellung)

Bewegung

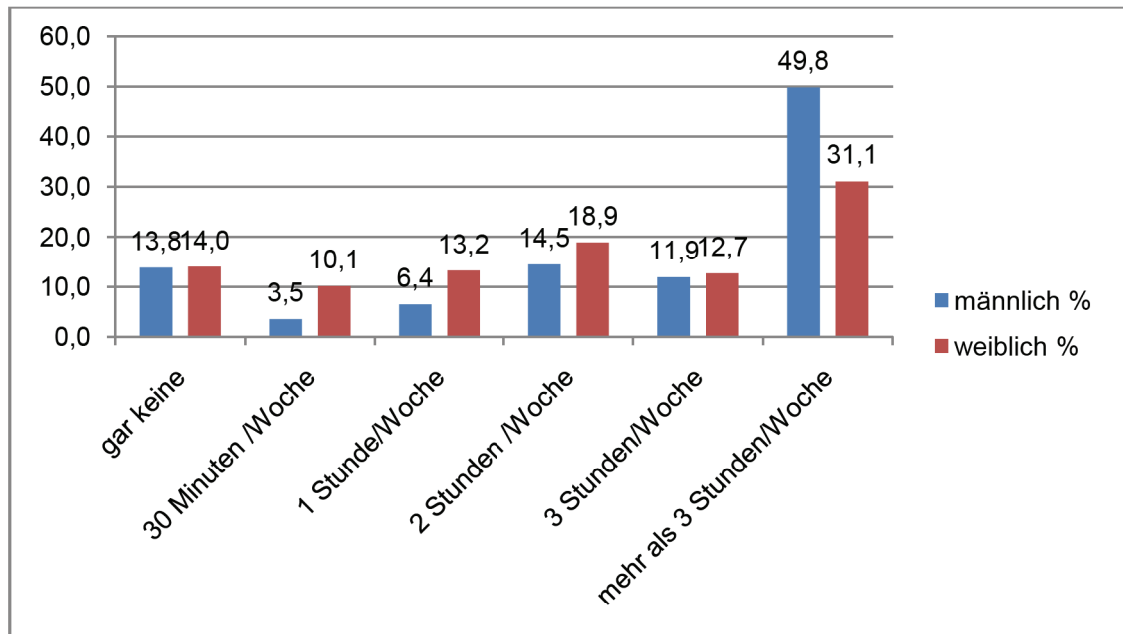
Üben Sie regelmäßig mehrmals pro Woche körperliche Aktivitäten aus?

Die Einbindung von körperlichen Aktivitäten in das tägliche Leben ist ein wichtiger Faktor, um den eigenen Körper gesund und fit zu erhalten. Die Ergebnisse der Gesundheitsberichterstattung des Bundes zeigten, dass Männer deutlich mehr sportliche Aktivitäten in ihr Leben einbinden, als Frauen, wobei damit meistens nur die Formen organisierten Sports gemeint waren und Aktivitäten des täglichen Lebens nicht oder kaum berücksichtigt wurden. (vgl. Absatz 3.4.3)

Der Fragebogen zur betrieblichen Gesundheitsförderung fragt hingegen nicht ausschließlich nach ausgeführten Sportarten, sondern allgemein nach den körperlichen Aktivitäten pro Woche, womit auch unorganisierte Formen von Bewegung wie Fahrradfahren, Spaziergänge oder Hausarbeit mit eingeschlossen sind. Dabei bleibt es fraglich, ob die Teilnehmer diese Frage auch so offen gesehen haben oder ob sich ihre Antworten überwiegend auf sportliche Aktivitäten an sich beziehen.

Trotzdem zeigt sich in dieser Befragung auch, dass vorwiegend die Männer, diejenigen sind, die besonders häufig körperlich aktiv sind. Über die Hälfte der befragten Männer (61,7%) gab an, 3 Stunden oder mehr pro Woche körperliche Aktivitäten auszuüben. Bei den Frauen waren es 43,8% der Befragten. Bei den Mitarbeitern, die gänzlich inaktiv waren, gab es jedoch keinen gravierenden Geschlechterunterschied. In beiden Geschlechtergruppen waren es etwa 14% der Befragten, die angaben, gar keine Aktivitäten auszuüben. (siehe Abb. 7)

Abbildung 7: Körperliche Aktivitäten pro Woche, nach Geschlecht (in Prozent)



(Quelle: eigene Darstellung)

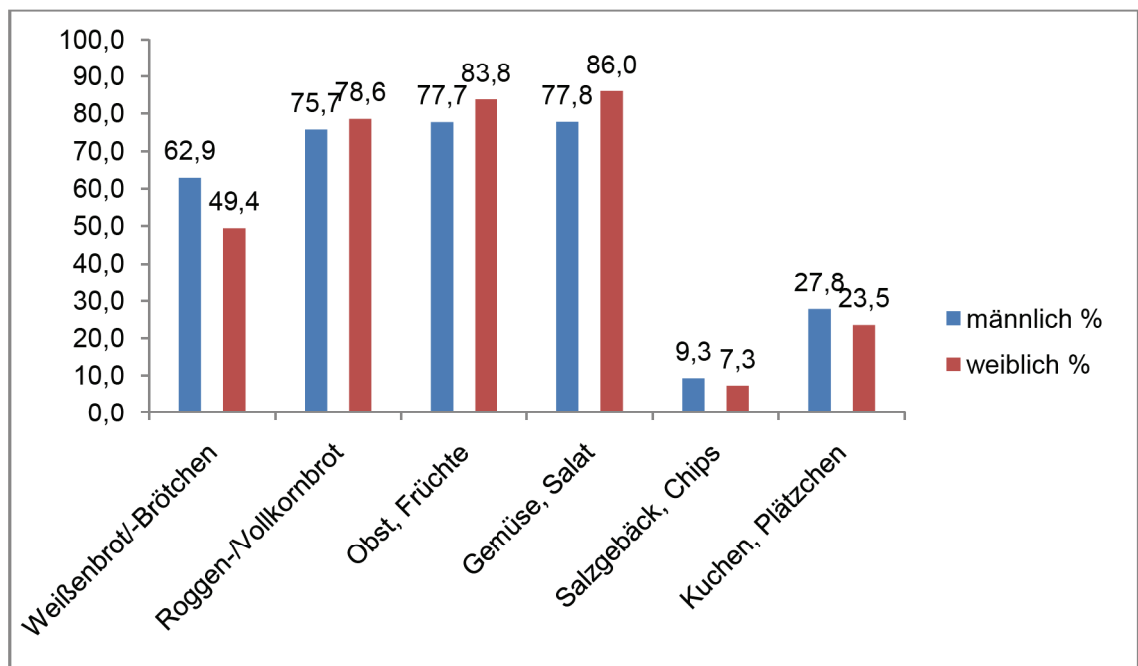
Ernährung

Um etwas über das Ernährungsverhalten der Mitarbeiter herauszufinden, wurden die Teilnehmer befragt, welche der folgenden verschiedenen Lebensmittel sie in welcher Häufigkeit verzehren:

- Weizenbrot/-Brötchen
- Roggen-/ Vollkornbrot
- Obst, Früchte
- Gemüse, Salat
- Salzgebäck, Chips
- Kuchen, Plätzchen

Um einen geeigneten Vergleichswert zu haben, wurden in der folgenden Grafik nur die Antworten „mehrmals pro Woche“ und „täglich“ herausgefiltert und die Angaben der Frauen und Männer zum Verzehr der verschiedenen Lebensmittel verglichen. (siehe Abb.8) Zwar ergab sich bei der Untersuchung kein gravierender Unterschied im Ernährungsverhalten von Frauen und Männern, aber dennoch verzehren Frauen gesündere Lebensmittel wie Obst, Gemüse und Vollkornbrot etwas häufiger als die Männer. Der größte Unterschied ergibt sich hier beim Verzehr von Gemüse und Salat, von denen 86% der Frauen mehrmals pro Woche bis täglich etwas zu sich nehmen, von den Männern im Gegensatz dazu 77,8%. Bei den ballaststoffarmen, fetthaltigen und zuckerhaltigen Lebensmitteln wie Weißbrot, Salzgebäck und Kuchen, ergibt sich ein umgekehrtes Bild. Diese Lebensmittel werden von den Männern etwas häufiger verzehrt, wobei der Unterschied auch hier nicht sehr ausgeprägt ist. Die größte Ausprägung war beim Verzehr von Weißbrot und Brötchen zu beobachten. 62,9% der Männer gegenüber 49,4% der Frauen, nehmen diese Lebensmittel mehrmals pro Woche bis täglich zu sich.

Abbildung 8: Überwiegend verzehrte Lebensmittel (mehrmals pro Woche und täglich), nach Geschlecht (in Prozent)



(Quelle: eigene Darstellung)

Auch dieses Ergebnis deckt sich relativ gut mit den Erkenntnissen der Forschung, denn auch die Gesundheitsberichterstattung des Bundes fand heraus, dass sich die Männer tendenziell ungesünder ernähren als die Frauen (vgl. Absatz 3.4.2)

Risikoverhalten

Gerade in Bezug auf riskante Lebensweisen, so ermittelte der Schwerpunktbericht, verhalten sich Männer oftmals unvorsichtiger als Frauen. Sie trinken deutlich häufiger Alkohol und rauchen mehr als Frauen, wobei die Zahl der rauchenden Frauen immer weiter steigt. (vgl. Absatz 3.4.1) Im Folgenden sollen die vorhandenen Daten der betrieblichen Gesundheitsförderung auf diese Aspekte hin untersucht werden.

Alkoholkonsum

Tabelle 2: Kreuztabelle: Häufigkeit von Alkoholkonsum, nach Geschlecht

		Wie häufig trinken Sie alkoholische Getränke?				Gesamt
		nie	seltener	mehrmals/ Woche	täglich	
männlich	Anzahl	21	192	75	25	313
	%	6,7%	61,3%	24%	8%	100%
weiblich	Anzahl	41	314	27	3	385
	%	10,6%	81,6%	7,0%	0,8%	100%
Gesamt	Anzahl	62	506	102	28	698
	%	8,9%	72,5%	14,6%	4%	100%

(Quelle: eigene Darstellung)

Bezüglich des Alkoholkonsums können die Ergebnisse des Schwerpunktberichtes mit den vorliegenden Daten in Tabelle 2 bestätigt werden. Ein relativ hoher

Anteil von 32% der befragten Männer gab an, mehrmals die Woche bis täglich Alkohol zu konsumieren. Das sind etwa viermal so viele Männer wie Frauen, die in dieser Häufigkeit Alkohol zu sich nehmen, da der Frauenanteil bei 7,8% liegt. Der Anteil der Männer, die völlig auf Alkohol verzichten, ist dementsprechend kleiner als der Anteil der Frauen (6,7% gegenüber 10,6%).

Rauchen

Zu ihrem Rauchverhalten wurden die Mitarbeiter durch die beiden Items „Wie viele Zigaretten rauchen Sie am Tag?“ und „Seit wie vielen Jahren rauchen Sie?“ befragt. Die Ergebnisse dazu sollen im Folgenden für Männer und Frauen getrennt aufgeführt werden.

Männer

Von den insgesamt 323 befragten Männern antworteten auf die Frage nach der Zigarettenmenge pro Tag 137 Männer, auf die Frage nach den Raucherjahren dagegen 139 Männer. Es kann also davon ausgegangen werden, dass 139 von den 323 befragten Männern rauchen (42,4% der Männer), wobei 2 Männer auf die erste Frage nicht geantwortet haben. Die 139 Raucher konsumieren im Durchschnitt 16,37 Zigaretten am Tag und rauchen durchschnittlich 17,6 Jahre lang (siehe Tab. 3).

Tabelle 3: Zigarettenmenge pro Tag und Raucherjahre der Männer

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert
Wie viele Zigaretten rauchen sie am Tag?	137	2	40	16,37
Seit wie vielen Jahren rauchen Sie?	139	1	40	17,60

(Quelle: eigene Darstellung)

Frauen

Von den insgesamt 391 Frauen antworteten 164 auf diese beiden Fragen. Das ergibt einen prozentualen Anteil von 41,9% der Frauen die rauchen. Im Vergleich zu den Männern ist der Anteil der rauchenden Frauen also geringfügig kleiner. Die durchschnittlich 12,28 konsumierten Zigaretten pro Tag und auch die durchschnittliche Anzahl der Raucherjahre der Frauen mit 15,19 Jahren, liegen unter den entsprechenden Werten der Männer.

Tabelle 4: Zigarettenmenge pro Tag und Raucherjahre der Frauen

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert
Wie viele Zigaretten rauchen sie am Tag?	164	1	40	12,28
Seit wie vielen Jahren rauchen Sie?	164	1	45	15,19

(Quelle: eigene Darstellung)

Anhand dieser Werte lässt sich feststellen, dass sich auch in dieser Stichprobe die Männer in Bezug auf das Rauchen etwas risikobereiter verhalten als die Frauen, obwohl sich die Ergebnisse nicht gravierend unterscheiden.

5. Zwischenfazit zur Auswertung der statistischen Daten

Betrachtet man die Ergebnisse der Befragung zur betrieblichen Gesundheitsförderung aus den Jahren 2008 bis 2010, kann festgestellt werden, dass es sehr wohl Unterschiede zwischen den Geschlechtern im Gesundheitsverständnis und Gesundheitsverhalten gibt. Zusammenfassend ergibt sich ein Bild des

geschlechtsspezifischen Gesundheitsverhaltens, das mit den Ergebnissen des Schwerpunktberichtes der Gesundheitsberichterstattung des Bundes zur Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter vergleichbar ist. Genau wie in den Ausführungen des Schwerpunktberichtes, wurde auch in dieser Stichprobe ermittelt, dass Frauen scheinbar ein höheres Gesundheitsverständnis haben und sich aktiver um ihre gesundheitlichen Belange bemühen als die Männer. Den Frauen dieser Stichprobe ist die eigene Gesundheit tendenziell wichtiger, sie nehmen häufiger an ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen teil und sind besser informiert über die Leistungen der Krankenkassen.

Auch in Bezug auf das gesundheitsrelevante Verhalten gibt es keine wesentlichen Abweichungen zu den Ergebnissen des Schwerpunktberichtes. Es konnte ermittelt werden, dass die Männer dieser Befragung sich ebenfalls tendenziell risikobereiter verhalten als die Frauen. So ergab die Befragung, dass die Männer sich, wenn auch nur geringfügig, ungesünder ernähren als die Frauen. Außerdem konnte dargelegt werden, dass Männer mehr Zigaretten pro Tag und durchschnittlich länger im Leben rauchen. Des Weiteren konsumieren Männer laut den Ergebnissen der Befragung häufiger Alkohol. Einzig beim Thema Bewegung haben die Männer gegenüber den Frauen einen Vorteil, da sie deutlich häufiger aktive Bewegung in ihr Leben einbinden.

Es ist folglich unbestritten, dass es aus unterschiedlichen Gründen geschlechtsspezifisches Verhalten in Bezug auf die Gesundheit gibt und dieses auch Auswirkungen auf die unterschiedlichen Morbiditäts- und Mortalitätsprofile der Geschlechter hat. Daraus resultiert die Fragestellung hinsichtlich der Reaktionsmöglichkeiten der Akteure des Gesundheitswesens. Welche Konsequenzen haben diese Erkenntnisse und wie kann geschlechtergerechte Gesundheitsförderung in Zukunft aussehen? Der folgende Abschnitt setzt sich mit den aufgeführten Fragen auseinander und soll diese auf der Grundlage der vorliegenden Erkenntnisse beantworten.

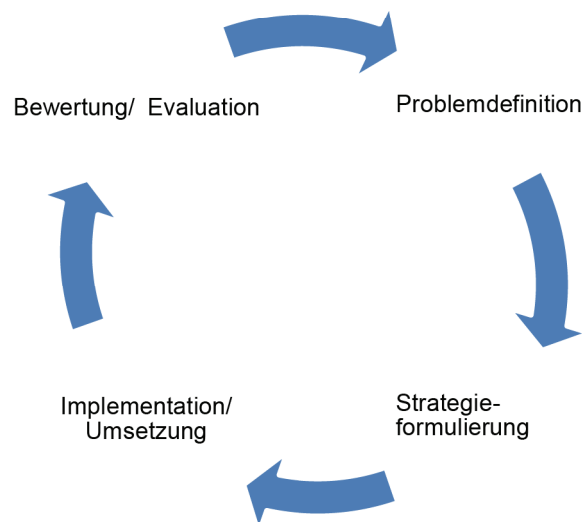
6. Konsequenzen für eine geschlechtergerechte Gesundheitsförderung

Wenn es das Ziel sein soll, Frauen und Männer in gleichem Maße mit gesundheitsförderlichen Maßnahmen zu erreichen und dadurch Chancengleichheit unter den Geschlechtern herzustellen, ist es notwendig, die unterschiedlichen subjektiven Voraussetzungen, Lebenswelten und sozialen Situationen der Zielgruppen stärker in Betracht zu ziehen. Das seit einigen Jahren viel diskutierte Prinzip des „Gender Mainstreaming“ in der Gesundheitsförderung beschäftigt sich mit eben dieser Forderung und fördert die Entwicklung geschlechtergerechter Ansätze. Jedoch haben Frauen und Männer dabei unterschiedliche Startbedingungen, wenn man bedenkt, dass die Frauengesundheitsforschung schon seit Jahrzehnten wichtige Erkenntnisse sammeln konnte, während die Männergesundheit erst seit kurzem im Interesse der Forschung und Praxis steht. Da es aber gerade das männliche Geschlecht ist, welches durch ungünstigere Mortalitäts- und Morbiditätsprofile auffällt und zudem für Gesundheitsförderungsmaßnahmen auch noch schlechter zu erreichen ist, besteht ein großer Bedarf für speziell auf die Zielgruppe der Männer gerichtete Ansätze. (vgl. Faltermaier, 2008, S.43)

Laut Lademann und Kolip (2008) ist es unerlässlich, den Blick von der Benachteiligung der Frauen zu lösen und die Perspektive auf beide Geschlechter zu erweitern, um den spezifischen Gesundheitsbedürfnissen gerecht zu werden. Diese neue Sichtweise hätte nicht nur zum Ziel die gesundheitlichen Chancen anzugleichen, sondern könnte ebenso eine Qualitätsverbesserung im Gesundheitssystem bedeuten. Die knappen Ressourcen könnten durch geschlechtergerechte und zielgruppenspezifische Planung von Interventionen viel sinnvoller und ökonomischer verteilt werden. Bei der weiteren Etablierung des „Gender Mainstreamings“ geht es außerdem darum vertikale und horizontale Chancengleichheit herzustellen. Horizontale Chancengleichheit meint, dass Frauen und Männer dort die gleichen Gesundheitsangebote bekommen sollen, wo sie die gleichen Bedürfnisse haben. Die vertikale Ebene dagegen meint, dass überall

dort wo Frauen und Männer unterschiedliche Bedürfnisse haben, auch auf diese abgestimmte Gesundheitsleistungen erhalten sollen. Der Public Health Cycle soll bei der praktischen Umsetzung helfen. (siehe Abb. 9) Dabei sollte in jedem Schritt darauf geachtet werden, dass alle möglichen Geschlechteraspekte berücksichtigt werden, um Hinweise auf geschlechtsspezifische Interventionsbedarfe zu erhalten.

Abbildung 9: Public Health Action Cycle



(Quelle: vgl. Rosenbrock, 1995)

Zunächst müssen bei der Problemdefinition die vorhandenen Daten gendersensibel interpretiert werden und dabei nicht nur einen Geschlechtervergleich sondern auch die unterschiedlichen Lebensbedingungen und andere psychosoziale Einflüsse mit einbeziehen. Für die Strategieformulierung ist es wichtig, dass die Akteure Kenntnisse über den jeweiligen Interventionsbereich besitzen, um genau zu beurteilen, in welchen Bereichen das Geschlecht eine Rolle spielt. In der Umsetzungsphase ist darauf zu achten, dass die gewählten Methoden und Zugangswege auch geeignet sind um beide Geschlechter zu erreichen. Schließlich muss in der Evaluation geschlechtersensibel untersucht werden, inwiefern die Maßnahmen bei den Frauen und Männern gewirkt haben.

Dieser zum Teil zwar sehr aufwendige Prozess ist jedoch wichtig, um gesundheitsfördernde Maßnahmen bedarfsgerecht zu planen und die Passgenauigkeit der Projekte und Angebote zu erhöhen. Belohnung dieses Vorgehens wird eine höhere Effizienz und Qualität der Gesundheitsförderungsmaßnahmen sein und nicht zuletzt können zielgruppenspezifische Interventionen auch mehr Menschen erreichen. (vgl. Lademann, Kolip, 2008, S.15ff)

Für eine erfolgreiche Verankerung von „Gender Mainstreaming“ in der Gesundheitsförderung fordern Ritter et.al außerdem einen klaren politischen Auftrag und Engagement von möglichst vielen Einrichtungen und Akteuren, sowie die Fort- und Weiterbildung aller Beteiligten zu dem Thema „Gender“ und „Gender Mainstream“, da geschlechtssensibles Arbeiten auch Verständnis und Wissen über Genderaspekte voraussetzt. (vgl. Ritter et.al, 2008, S. 207f)

7. Wie können Männer durch gesundheitsfördernde Maßnahmen besser erreicht werden?

Wie im einzelnen geschlechtergerechte Ansätze aussehen könnten, soll im Folgenden nur am Beispiel der Zielgruppe der Männer dargelegt werden, da gerade für diese Geschlechtergruppe ein hoher Bedarf an geschlechtersensiblen Angeboten besteht und die Betrachtung beider Geschlechter den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde. Das höhere Gefährdungspotential der Männer, sowie die unzulängliche Erreichbarkeit wurden in der vorliegenden Arbeit schon mehrmals angesprochen. Obwohl diese Geschlechtergruppe sich in vielen Belangen risikobereiter verhält, Warnsignale häufig überhört und demzufolge auch ungünstigere Morbiditäts- und Mortalitätsdaten aufweist, sind sie doch diejenigen, die sich am wenigstens an Gesundheitsförderungs-oder Präventionsangeboten beteiligen. Doch wie kann das männliche Geschlecht besser auf derartige Maßnahmen angesprochen werden? Was braucht es um die Männer für ihren Körper und ihre Gesundheit stärker zu sensibilisieren?

Zunächst wäre es wichtig das Thema Männergesundheit besser in der politischen Öffentlichkeitsarbeit zu verankern. Zwar gab es diesbezüglich schon einige Bemühungen, wie zum Beispiel den ersten internationalen Kongress zum Thema Männergesundheit im November 2001 in Wien (vgl. Kolip et.al, 2004, S. 220) oder die Bemühungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, um ein eigenes Männergesundheitsportal im Internet, das seit 2010 in Arbeit ist (vgl. www.bmg.bund.de), dennoch ist die Männergesundheitsbewegung noch lange nicht so weit fortgeschritten und politisch motiviert, wie die Frauengesundheitsbewegung. (vgl. Kolip et.al, 2004,S.220)

Als Rahmen gesundheitsfördernder Maßnahmen für Männer ist das Setting „Betrieb“ durchaus geeignet. Zum einen, weil Männer in ihrem Betrieb tendenziell besser erreichbar sind als in der Freizeit, zum anderen weil gerade das Verhältnis der Männer zum eigenen Beruf ein zentrales Thema für ihre Gesundheit ist. In gesundheitsfördernden Projekten kann dann mit den Männern daran gearbeitet werden, dass sie die Risiken durch ihren Beruf realistischer einzuschätzen lernen und Ideen entwickeln, wie sie langfristig ihre berufliche Leistungsfähigkeit erhalten können. Gerade das Ansprechen auf die persönliche Leistungsfähigkeit könnte Männer stärker motivieren, sich um gesundheitliche Belange zu kümmern, da dies oft ein zentrales Merkmal ihrer Identitätskonstruktion ist. (vgl. Faltermaier, 2008,S.43f)

Auch R. Winter sieht die Berufsarbeit als zentrales Thema für die männliche Gesundheit, da sie für viele Männer die stärksten Gesundheitsrisiken beinhaltet. Die Berufswelt ist außerdem für die meisten Männer Schauplatz ihrer „Männlichkeit“, auf dem sie lernen, sich eben nicht um die Belange ihres Körpers zu kümmern und dabei möglichst gesund zu bleiben. In einer beruflichen Männergesundheitsförderung muss es deshalb stärker darum gehen, Männern die Erlaubnis zu übermitteln, sich um den eigenen Körper zu sorgen. Winter äußert außerdem die Idee, bei gesundheitsförderlichen Projekten für Männer einen Perspektivenwechsel einzunehmen. Verbote für gesundheitsgefährdendes Verhalten auszusprechen, stoße demnach vor allem auf Widerstand, weil die Männer durch riskante Verhaltensweisen auch Männlichkeit ausdrücken und dabei

Lust empfinden. Demzufolge sollte besser an den Potenzialen des Mannseins und Ressourcen angesetzt werden. (vgl. Winter, 2004, S. 244f)

Auch könnte die Betitelung der Angebote ein wesentlicher Faktor sein, der die Bereitschaft zur Teilnahme beeinflusst. Für den Bereich Gesundheitssport hat sich zum Beispiel gezeigt, dass den Angeboten mit dem Etikett „präventiv“ oder „gesundheitsorientiert“ von den Männern kaum Beachtung geschenkt wird. Das Hauptinteresse bei sportlichen Aktivitäten liegt für die Männer aber in der Leistungsverbesserung. Dies sollte bei der Namensfindung berücksichtigt werden. So könnte eine Rückenschule auch Muskeltraining oder der Gesundheitssport genauso gut Fitnesstraining heißen. (vgl. Pfeffer, Alfermann, 2006, S.71)

Altgeld kritisiert zudem die Wahl der Zugangswege für Gesundheitsinformationen. Der klassische Weg über Broschüren- und Medienproduktion werde den Bedarfen und Routinen der Zielgruppen oft nicht gerecht. So werden durch Broschüren eher Mädchen und Frauen erreicht, da sie im Allgemeinen mehr lesen, als Jungen und Männer. Sinnvoller wäre es seiner Meinung nach, Informationen ansprechend über das Internet bereitzustellen. (vgl. Altgeld, 2009, S.50)

8. Fazit

Abschließend betrachtet ist der unterschiedliche Bedarf von Frauen und Männern in der Gesundheitsförderung offensichtlich. Es gibt nicht nur erhebliche Unterschiede im Gesundheitszustand der Geschlechter, sie unterscheiden sich außerdem grundlegend im Gesundheitsbewusstsein, im Umgang mit ihrem Körper und ihrem Gesundheitshandeln. Zudem werden der Umgang mit Gesundheit und Krankheit sowie das gesundheitsrelevante Verhalten im Wesentlichen beeinflusst durch geschlechtsspezifische Sozialisation und die Übernahme von Rollenbildern. Dies könnte begründen, weshalb geschlechtsneutrale Projekte und Interventionen nicht hinreichend gut funktionieren. Deutlich wird diese Tatsache, betrachtet man die Daten bezüglich der Inanspruchnahme von

Gesundheitsförderungsleistungen. Hierbei stellt man fest, dass Männer durch geschlechtsneutrale Angebote kaum erreicht werden. Eines der Hauptziele einer geschlechtergerechten Gesundheitsförderung wird es in Zukunft daher sein müssen, geschlechtersensible Angebote zu entwickeln und die jeweilige Zielgruppe durch spezifische Marketinginstrumente entsprechend zu erschließen. Zudem hat die Männergesundheitsforschung gegenüber der Frauengesundheitsforschung noch einiges aufzuholen, um in der Gesundheitsförderung beiden Geschlechtern gerecht werden zu können. Außerdem wird es darum gehen, die Lebenswelten der Frauen und Männer stärker zu berücksichtigen sowie geschlechtsspezifische Probleme herauszufiltern. Derartigen Forderungen soll das Konzept des „Gender Mainstreamings“ gerecht werden, welches weiter in gesundheitsfördernde Arbeit etabliert werden muss. Bei der Diskussion um Genderaspekte dürfen andere Faktoren, die die Gesundheit beeinflussen, wie das Alter, die soziale Schicht oder die Lebensform natürlich nicht vernachlässigt werden. Speziell für die „Betriebliche Gesundheitsförderung“ bedeutet eine stärkere Einbindung des Konzeptes „Gender Mainstreaming“ in Zukunft die Lebenswelten der Frauen und Männer in ihrem Betrieb, mit ihren spezifischen Arbeitsplätzen, Belastungen und Beschwerden stärker in Augenschein zu nehmen. Wichtig wäre es zudem, Erfassungsinstrumente zu entwickeln, die auch Genderaspekte berücksichtigen. In der Umsetzungsphase sollte in Zukunft außerdem darauf geachtet werden, dass die Angebote geschlechtergerecht konzipiert werden. Zum einen sollten diese natürlich niemanden ausschließen, wie zum Beispiel Frauen mit einer Doppelbelastung (Pflege von Angehörigen oder Kinderbetreuung) und zum anderen sollte besonderer Wert darauf gelegt werden, dass sie ansprechend für die jeweilige Zielgruppe gestaltet werden, insbesondere für die Männer. Ein nicht unwesentliches Argument für eine gendersensible Gesundheitsförderung ist weiterhin die Erhöhung der Passgenauigkeit der Angebote. Durch die Planung zielgruppenspezifischer Maßnahmen kann nicht nur die Qualität der Leistungen sondern auch deren Effizienz verbessert werden, was bei den knappen Ressourcen im Gesundheitswesen durchaus wünschenswert wäre.

9. Quellenverzeichnis

Altgeld, Thomas/ Kolip Petra (2006): Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention - Ein Beitrag zur Qualitätsverbesserung im Gesundheitswesen. In: Kolip, Petra/ Altgeld, Thomas (Hrsg.): Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention – Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis. Juventa Verlag: Weinheim und München, S.15-26

Altgeld, Thomas (2009): Aspekte der Männergesundheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Gender Mainstreaming in der Gesundheitsförderung/ Prävention – Anwendungsorientierter Austausch zwischen Forschung und Facharbeit unter Berücksichtigung der Anforderungen an eine geschlechtersensible Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. BzgA: Köln, S. 43-54

BGF Flyer der IKK

Bühren, Astrid Ingrid Dorit (2006): Gender und Gendermainstreaming in die psychosoziale Medizin. In: Pawels/ Koch (Hrsg.): Psychosoziale Versorgung in der Medizin – Entwicklungstendenzen und Ergebnisse der Versorgungsforschung. Schattauer Verlag: Stuttgart, S.54-68

Faltermaier, Toni (1994): Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitshandeln – Über den Umgang mit Gesundheit im Alltag. Beltz, Psychologie Verlags Union: Weinheim

Faltermaier, Toni (2004): Männliche Identität und Gesundheit – Warum Gesundheit von Männern? In: Altgeld, Thomas (Hrsg.): Männergesundheit – Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention. Juventa Verlag: Weinheim und München, S.11-33

Faltermaier, Toni (2008): Geschlechtsspezifische Dimensionen im Gesundheitsverständnis und Gesundheitsverhalten. In: Badura, Bernhard et.(Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2007 – Arbeit, Geschlecht und Gesundheit. Springer Medizin Verlag: Heidelberg, S.35-45

Felder, Hildegard/ Brähler, Elmar (1992): Weiblichkeit, Männlichkeit und Gesundheit. In: Brähler, Elmar/ Felder, Hildegard (Hrsg.): Weiblichkeit, Männlichkeit und Gesundheit – Medizinpsychologische und Psychosomatische Untersuchungen. Westdeutscher Verlag: Opladen, S. 9-32

Hahn, Daphne; Maschewsky-Schneider, Ulrike (2003): Stichwort „Geschlechtsunterschiede und Gesundheit/Krankheit“. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. Schwabenheim an der Selz: Peter Sabo. 49 – 52

Kerkau, K. (1997): Betriebliche Gesundheitsförderung: Faktoren für die erfolgreiche Umsetzung des Gesundheitsförderungskonzepts in Unternehmen. Verlag für Gesundheitsförderung. Hamburg

Kolip, Petra et.Al. (2004): Was können Männer von der Frauengesundheitsforschung lernen? In: Altgeld, Thomas (Hrsg.): Männergesundheit – Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention.. Juventa Verlag: Weinheim und München, S. 219-231

Kolip, Petra (2009): Was bietet die Forschung für die Facharbeit? In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Gender Mainstreaming in der Gesundheitsförderung/ Prävention – Anwendungsorientierter Austausch zwischen Forschung und Facharbeit unter Berücksichtigung der Anforderungen an eine geschlechtersensible Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. BzgA: Köln, S. 21-29

Lademann, Julia/ Kolip, Petra (2005): Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter. Robert-Koch-Institut: Berlin

Lademann, Julia/ Kolip, Petra (2008): Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. In: Badura, Bernhard et.(Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2007 – Arbeit, Geschlecht und Gesundheit. Springer Medizin Verlag: Heidelberg, S.5-20

Lehner, Erich (2004): „Männer stellen Arbeit über die Gesundheit“ – Männliche Lebensinszenierungen und Wunschrollenbilder. In: Altgeld, Thomas (Hrsg.): Männergesundheit – Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention.. Juventa Verlag: Weinheim und München, S. 49-66

Pfeffer, Ines/ Alfermann, Dorothee (2006): Fitnesssport für Männer - Figurtraining für Frauen?! – Gender und Bewegung. In: Kolip, Petra/ Altgeld, Thomas (Hrsg.): Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention – Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis. Juventa Verlag: Weinheim und München, S.61-74

Ritter, M. et. Al. (2008): Projekt „Gender Mainstreaming in der betrieblichen Gesundheitsförderung.“ In: Badura, Bernhard et.(Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2007 – Arbeit, Geschlecht und Gesundheit. Springer Medizin Verlag: Heidelberg, S.193-210

Rosenbrock, R. (1995): Public Health als soziale Innovation. In: Das Gesundheitswesen, Jg. 57, S. 140–144.

Winter, Reinhard (2004): Balancierte Männergesundheit - Männergesundheitsförderung jenseits von Medizin? In: Altgeld, Thomas (Hrsg.): Männergesundheit – Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention.. Juventa Verlag: Weinheim und München, S. 243-255

Internetquellen

Statistisches Bundesamt Deutschland: Lebenserwartung in Deutschland.URL: http://www.destatis.de/jetspeed/portal/_ns:YWI3bXMtY29udGVudDo6U2VhcmNoUG9ydGxldDo6MXxjMHxkMA__/_cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Bevoelkerung/GeburtenSterbefaelle/Tabellen/Content50/Lebenserwartung_Deutschland,templateId=renderPrint.psml. (Stand 01.06.2011)

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Unterschiede zwischen Gender Mainstreaming und Frauenpolitik. URL: <http://www.gender-mainstreaming.net/gm/Hintergrund/gender-mainstreaming-undfrauenpolitik.html>. (Stand 01.06.2011)

Deutsches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung: Was ist BGF? URL: <http://www.dnbgf.de/bgf-themen.html> (Stand 01.06.2011)

10. Erklärung an Eides Statt

Ich erkläre an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken hab ich als solche kenntlich gemacht.

Ort, Datum

Unterschrift

Anhang 1

Fragebogen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung

Wir möchten mit Ihrer Hilfe mehr für Ihre Gesundheit und Ihr Wohlbefinden während der Arbeit tun. Sie sind die Experten an Ihrem Arbeitsplatz und können somit die besten Auskünfte geben.

Wir bitten Sie, die folgenden Fragen zu beantworten, denn nur so können Maßnahmen zur Gesundheitsförderung in Ihrem Betrieb vorgeschlagen werden, die sinnvoll sind und Ihren Wünschen entsprechen.

Wichtig für Sie ist, dass der Fragebogen anonymisiert in der Hochschule ausgewertet wird! Der Datenschutz wird gewährleistet

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Persönliche Angaben

1. **Geschlecht** ↑ weiblich ↑ männlich

2. **Alter**

↑ 15-20 Jahre ↑ 21-30 Jahre ↑ 31-40 Jahre ↑ 41-50 Jahre ↑ 51-60 Jahre ↑ 60 Jahre und älter

3. **Wie lange arbeiten Sie schon in dieser Tätigkeit?**

↑ < 2 Jahre ↑ 2-5 Jahre ↑ 6-10 Jahre ↑ 11-20 Jahre ↑ 21 Jahre und länger

Umgang mit Gesundheit und Krankheit

4. **Wie wichtig ist Ihnen Ihre Gesundheit?**

↑ unwichtig ↑ weniger wichtig ↑ teils/teils ↑ wichtig ↑ sehr wichtig

5. **Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?**

↑ ausgezeichnet ↑ sehr gut ↑ gut ↑ weniger gut ↑ schlecht

6. **Gehen Sie regelmäßig zu Vorsorgeuntersuchungen?**

↑ nie ↑ selten ↑ gelegentlich ↑ oft ↑ immer

7. **Gehen Sie regelmäßig zu zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen?**

↑ nie ↑ selten ↑ gelegentlich ↑ oft ↑ immer

8. Fühlen Sie sich gut über Maßnahmen und Leistungen der Krankenkasse informiert?

↑ nie ↑ selten ↑ gelegentlich ↑ oft ↑ immer

Gesundheitsverhalten

Bewegung

9. Üben Sie regelmäßig mehrmals pro Woche körperliche Aktivitäten aus?

↑ Mehr als 3 Stunden/Woche ↑ 1 Stunde/Woche
↑ 3 Stunden/Woche ↑ 30 Minuten/Woche
↑ 2 Stunde/Woche ↑ gar keine

10. Bitte geben Sie an, welche Aktivitäten Sie betreiben. Mehrfachantworten sind möglich:

Wandern	↑ täglich	↑ mehrmals pro Woche	↑ seltener	↑ nie
große Spaziergänge	↑ täglich	↑ mehrmals pro Woche	↑ seltener	↑ nie
Laufen/Joggen	↑ täglich	↑ mehrmals pro Woche	↑ seltener	↑ nie
Fahrradfahren	↑ täglich	↑ mehrmals pro Woche	↑ seltener	↑ nie
Arbeiten in Haus und Garten	↑ täglich	↑ mehrmals pro Woche	↑ seltener	↑ nie
Sonstiges: _____	↑ täglich	↑ mehrmals pro Woche	↑ seltener	↑ nie

Ernährung

11. Wie häufig essen Sie die folgenden Nahrungsmittel:

Weizenbrot/-brötchen	↑ täglich	↑ mehrmals pro Woche	↑ seltener	↑ nie
Roggen-/Vollkornbrot	↑ täglich	↑ mehrmals pro Woche	↑ seltener	↑ nie
Kuchen, Plätzchen	↑ täglich	↑ mehrmals pro Woche	↑ seltener	↑ nie
Schokolade	↑ täglich	↑ mehrmals pro Woche	↑ seltener	↑ nie

Salzgebäck, Chips	↑täglich	↑mehrmals pro Woche	↑seltener	↑nie
Obst, Früchte	↑täglich	↑mehrmals pro Woche	↑seltener	↑nie
Frisches Gemüse, Salat	↑täglich	↑mehrmals pro Woche	↑seltener	↑nie

12. Was möchten Sie an Ihrem Ernährungsverhalten verändern?

Weniger essen

↑trifft nicht zu ↑trifft etwas zu ↑trifft teilweise zu ↑trifft überwiegend zu ↑trifft genau zu

regelmäßiger essen

↑trifft nicht zu ↑trifft etwas zu ↑trifft teilweise zu ↑trifft überwiegend zu ↑trifft genau zu

weniger zwischendurch essen

↑trifft nicht zu ↑trifft etwas zu ↑trifft teilweise zu ↑trifft überwiegend zu ↑trifft genau zu

mir mehr Zeit nehmen zum Essen

↑trifft nicht zu ↑trifft etwas zu ↑trifft teilweise zu ↑trifft überwiegend zu ↑trifft genau zu

gesünder essen

↑trifft nicht zu ↑trifft etwas zu ↑trifft teilweise zu ↑trifft überwiegend zu ↑trifft genau

abnehmen

↑trifft nicht zu ↑trifft etwas zu ↑trifft teilweise zu ↑trifft überwiegend zu ↑trifft genau zu

13. Wie häufig trinken Sie folgende Getränke?

Kaffee	↑täglich	↑mehrmals pro Woche	↑seltener	↑nie
Tee	↑täglich	↑mehrmals pro Woche	↑seltener	↑nie
Mineralwasser	↑täglich	↑mehrmals pro Woche	↑seltener	↑nie
Limonaden, Cola	↑	täglich	↑mehrmals pro Woche	↑seltener ↑nie

14. Wie viel Liter Flüssigkeit nehmen Sie täglich zu sich?

↑< 1 Liter ↑1 Liter ↑2 Liter ↑3 Liter ↑> 3 Liter

15. Wie häufig trinken Sie alkoholische Getränke?

↑täglich ↑mehrmals pro Woche ↑seltener ↑nie

Rauchen

16. Wie viele Zigaretten rauchen Sie am Tag?

Zigarettenanzahl: _____

17. Seit wie vielen Jahren rauchen Sie?

Seit _____ Jahren

Schlaf/Entspannung

18. Es fällt mir leicht, nach der Arbeit abzuschalten.

↑nie ↑selten ↑gelegentlich ↑häufig ↑sehr häufig

19. Ich schlafe schlecht ein, weil mir Berufsprobleme durch den Kopf gehen.

↑nie ↑selten ↑gelegentlich ↑häufig ↑sehr häufig

20. Wachen sie nach dem Einschlafen nachts wieder auf?

↑nie ↑selten ↑gelegentlich ↑häufig ↑sehr häufig

21. Haben Sie Schwierigkeiten nach dem nächtlichen Aufwachen wieder einzuschlafen?

↑nie ↑selten ↑gelegentlich ↑häufig ↑sehr häufig

Verhaltensänderung

22. Möchten sie ihr Gesundheitsverhalten in Bezug auf einen oder alle Aspekte des Gesundheitsverhaltens (wie z.B. Bewegung, Ernährung, Alkoholkonsum, Rauchen oder Entspannung) ändern?

Nein, und ich habe nicht vor, in den nächsten 6 Monaten mein Gesundheitsverhalten zu ändern. ↑

Ja, ich habe vor, in den nächsten 6 Monaten mein Gesundheitsverhalten zu ändern. ↑

Ja, ich habe vor, in den nächsten 30 Tagen mein Gesundheitsverhalten zu ändern. ↑

Vor weniger als 6 Monaten habe ich mein Gesundheitsverhalten verändert. ↑

Vor mehr als 6 Monaten habe ich mein Gesundheitsverhalten verändert. ↑

Beschwerden

23. Wie häufig treten folgende gesundheitliche Beschwerden bei Ihnen während oder unmittelbar nach der Arbeit auf?

Rückenschmerzen/Rückenprobleme	↑nie	↑selten	↑gelegentlich	↑oft	↑immer
Geschwollene, schmerzende Gelenke	↑nie	↑selten	↑gelegentlich	↑oft	↑immer
Muskelverspannungen	↑nie	↑selten	↑gelegentlich	↑oft	↑immer
Kopfschmerzen	↑nie	↑selten	↑gelegentlich	↑oft	↑immer
Reizungen der Haut/Schleimhaut(Augen/Nase/Husten)	↑nie	↑selten	↑gelegentlich	↑oft	↑immer
Sonstige: _____	↑nie	↑selten	↑gelegentlich	↑oft	↑immer

Belastungen

24. Durch welche der folgenden Arbeitsbedingungen fühlen Sie sich belastet?

einseitig, verkrampfte Haltung	↑nie	↑selten	↑gelegentlich	↑oft	↑immer	
vorwiegend Stehen/Sitzen/Knien		↑nie	↑selten	↑gelegentlich	↑oft	↑immer
schweres Heben/Tragen/Ziehen/Schieben		↑nie	↑selten	↑gelegentlich	↑oft	↑immer
Staub	↑nie	↑selten	↑gelegentlich	↑oft	↑immer	
Haare	↑nie	↑selten	↑gelegentlich	↑oft	↑immer	
Lärm	↑nie	↑selten	↑gelegentlich	↑oft	↑immer	
Umgang mit Gefahrenstoffen	↑nie	↑selten	↑gelegentlich	↑oft	↑immer	
Hitze	↑nie	↑selten	↑gelegentlich	↑oft	↑immer	
Kälte	↑nie	↑selten	↑gelegentlich	↑oft	↑immer	
Durchzug	↑nie	↑selten	↑gelegentlich	↑oft	↑immer	
ungünstige Beleuchtung		↑nie	↑selten	↑gelegentlich	↑oft	↑immer
fehlendes/schlechtes Werkzeug oder Material	↑nie	↑selten	↑gelegentlich	↑oft	↑immer	
lange Anfahrtswege		↑nie	↑selten	↑gelegentlich	↑oft	↑immer
lange Arbeitszeiten/häufige Überstunden		↑nie	↑selten	↑gelegentlich	↑oft	↑immer
ungünstige Arbeitszeiten/Schichtarbeit/Nachtarbeit	↑nie	↑selten	↑gelegentlich	↑oft	↑immer	
sonstige: _____		↑nie	↑selten	↑gelegentlich	↑oft	↑immer

25. Ich arbeite unter starkem Zeitdruck/ Termindruck.

↑nie ↑selten ↑gelegentlich ↑oft ↑immer

26. Ich unterliege hohem Verantwortungsdruck.

↑nie ↑selten ↑gelegentlich ↑oft ↑immer

27. Ich fühle mich von meiner jetzigen Tätigkeit nicht voll ausgelastet.

↑nie ↑selten ↑gelegentlich ↑oft ↑immer

28. Manchmal fühle ich mich den Anforderungen, die die Arbeit an mich stellt, nicht gewachsen.

↑nie ↑selten ↑gelegentlich ↑oft ↑immer

29. Bei meiner Arbeit tauchen häufig Probleme auf, die schwer zu überwinden sind.

↑nie ↑selten ↑gelegentlich ↑oft ↑immer

30. Mit meiner derzeitigen Arbeit bin ich ganz zufrieden.

↑ nie ↑ selten ↑ gelegentlich ↑ oft ↑ immer

31. Meistens gehe ich gerne zur Arbeit.

↑ nie ↑ selten ↑ gelegentlich ↑ oft ↑ immer

32. Nach getaner Arbeit habe ich das Gefühl, etwas geleistet zu haben.

↑ nie ↑ selten ↑ gelegentlich ↑ oft ↑ immer

33. Der gleiche Betriebsablauf geht mir auf die Nerven.

↑ nie ↑ selten ↑ gelegentlich ↑ oft ↑ immer

34. Wenn ich könnte, würde ich den Beruf wechseln.

↑ nie ↑ selten ↑ gelegentlich ↑ oft ↑ immer

35. In unserem Betrieb herrscht großes Konkurrenzdenken. Keiner hilft dem anderen.

↑ nie ↑ selten ↑ gelegentlich ↑ oft ↑ immer

36. Haben Sie Angst um Ihren Arbeitsplatz?

↑ nie ↑ selten ↑ gelegentlich ↑ oft ↑ immer

37. Wie beurteilen Sie die wirtschaftliche Stabilität Ihrer Branche?

↑ sehr schlecht ↑ schlecht ↑ teils/teils ↑ gut ↑ sehr gut

Arbeitsklima

38. Wie wichtig ist ein gutes Betriebsklima für Ihre Gesundheit?

↑ unwichtig ↑ weniger wichtig ↑ teils/teils ↑ wichtig ↑ sehr wichtig

39. An meiner Arbeitsstelle herrscht ein ausgezeichnetes Betriebsklima.

↑ nie ↑ selten ↑ gelegentlich ↑ oft ↑ immer

40. Mit dem Verhältnis zu meinen Arbeitskollegen bin ich sehr zufrieden.

↑ nie ↑ selten ↑ gelegentlich ↑ oft ↑ immer

41. Auf meine Arbeitskollegen kann ich mich voll verlassen.

↑ nie ↑ selten ↑ gelegentlich ↑ oft ↑ immer

42. Der Informationsfluss unter den Kollegen ist gering.

↑ nie ↑ selten ↑ gelegentlich ↑ oft ↑ immer

43. Bei Problemen mit der Arbeit erhalte ich Unterstützung von den Kollegen.

↑ nie ↑ selten ↑ gelegentlich ↑ oft ↑ immer

44. Bei Problemen mit der Arbeit erhalte ich Unterstützung durch den Vorgesetzten.

↑ nie ↑ selten ↑ gelegentlich ↑ oft ↑ immer

45. Bei privaten Problemen hat der Vorgesetzte ein offenes Ohr.

↑ nie ↑ selten ↑ gelegentlich ↑ oft ↑ immer

46. Der Vorgesetzte zeigt Anerkennung, wenn ein Mitarbeiter gute Arbeit leistet.

↑ nie ↑ selten ↑ gelegentlich ↑ oft ↑ immer

47. Der Vorgesetzte ist gut erreichbar.

↑ nie ↑ selten ↑ gelegentlich ↑ oft ↑ immer

48. Der Vorgesetzte hat Vertrauen in die Mitarbeiter.

↑ nie ↑ selten ↑ gelegentlich ↑ oft ↑ immer

49. Der Vorgesetzte ist ein gutes Vorbild.

↑ nie ↑ selten ↑ gelegentlich ↑ oft ↑ immer

50. Es gibt regelmäßig Besprechungen, auf denen Probleme diskutiert werden.

↑ nie ↑ selten ↑ gelegentlich ↑ oft ↑ immer

51. Der Vorgesetzte ist am Wohlergehen seiner Mitarbeiter interessiert.

↑ nie ↑ selten ↑ gelegentlich ↑ oft ↑ immer

52. Der Vorgesetzte kritisiert die Mitarbeiter vor anderen.

↑ nie ↑ selten ↑ gelegentlich ↑ oft ↑ immer

53. Er weist Änderungsvorschläge zurück.

↑ nie ↑ selten ↑ gelegentlich ↑ oft ↑ immer

54. Der Umgangston ist unhöflich und taktlos.

↑ nie ↑ selten ↑ gelegentlich ↑ oft ↑ immer

55. Rückmeldung vom Vorgesetzten gibt es nur, wenn etwas schief gelaufen ist.

↑ nie ↑ selten ↑ gelegentlich ↑ oft ↑ immer

56. Der Informationsfluss vom Vorgesetzten zum Mitarbeiter ist gering.

↑ nie ↑ selten ↑ gelegentlich ↑ oft ↑ immer

57. Ich unterliege starker Kontrolle durch Vorgesetzte.

↑ nie ↑ selten ↑ gelegentlich ↑ oft ↑ immer

Freizeitverhalten

58. Ich habe genug Freizeit, um mich erholen zu können.

↑ nie ↑ selten ↑ gelegentlich ↑ oft ↑ immer

59. Ich unternehme aktive Freizeitaktivitäten.

↑ nie ↑ selten ↑ gelegentlich ↑ oft ↑ immer

60. Ich unternehme passive Freizeitaktivitäten (Kino, Fernsehen, lesen).

↑ nie ↑ selten ↑ gelegentlich ↑ oft ↑ immer

Lebensqualität

61. Wenn Sie einmal über Ihre Lebensqualität nachdenken: Wie sind die Dinge für Sie in den letzten 4 Wochen gelaufen?

↑ Sehr gut, könnte kaum besser sein

↑ ziemlich schlecht

↑ Ziemlich gut

↑ sehr schlecht, könnte kaum schlechter sein

↑ Gut & schlecht, ungefähr zu gleichen Teilen

62. Wie würden sie Ihre Lebensqualität beurteilen?

Bitte ordnen Sie sich auf dem Zahlenstrahl ein und kreuzen Sie an. Die „0“ steht dabei für „völlig unzufrieden“ und die „100“ für „völlig zufrieden“.

0-----10-----20-----30-----40-----50-----60-----70-----80-----90-----100

Gesundheitsangebote

63. Welche Gesundheitsangebote würden Sie gerne in Anspruch nehmen?

- ↑ Aktives Entspannungstraining (z.B. TaiChi, Qigong, Yoga)
- ↑ Stressmanagement mit Konfliktbewältigung (Umgang mit Kunden, mit Kollegen)
- ↑ Bewegungsprogramme (z.B. Nordic Walking, Aquafitness)
- ↑ Rückenschule
- ↑ Ernährungsberatung/Gesundes Frühstück
- ↑ Raucherentwöhnung
- ↑ Beratung, Vorträge zu gesundheitsrelevanten Themen
- ↑ Sonstige Gesundheitsangebote

64. Haben Sie sonstige Anmerkungen zu diesem Fragebogen oder dem Projekt zur Betrieblichen Gesundheitsförderung?
