



## **Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales**

### **112. Sitzung (öffentlich)**

7. September 2016

Düsseldorf – Haus des Landtags

15:40 Uhr bis 16:50 Uhr

Vorsitz: Astrid Birkhahn (CDU) (Amt. Vorsitzende)

Protokoll: Dagmar Glück

### **Verhandlungspunkt:**

**Gleichstellung von Frauen und Männern in der Gesundheitsprävention und -förderung voranbringen – Benachteiligung von Jungen und Männern abbauen**

Antrag  
der Fraktion der FDP  
Drucksache 16/12112

**– Öffentliche Anhörung –**

*(Teilnehmende Sachverständige und Stellungnahmen siehe Anlage.)*

\* \* \*



**Amt. Vorsitzende Astrid Birkhahn:** Meine Herren, meine Damen! Ich grüße Sie alle ganz herzlich, die Mitglieder des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales, die Vertretung der Landesregierung, die Damen und den Herren Sachverständigen, Zuhörerinnen und Zuhörer, so sie denn da sind, ob dienstlich oder aus Interesse, – Medienvertreter sind heute, glaube ich, nicht so üppig unter uns – und im weitesten Sinne alle Gäste. Herzlich willkommen zu dieser Anhörung.

Sie wundern sich sicher, dass Sie nicht Ihren vertrauten Vorsitzenden, Herrn Garbrecht, hier vorfinden. Er ist heute verhindert. Der stellvertretende Vorsitzende ist auch verhindert, deswegen übernehme ich die Leitung dieser Anhörung.

Die Einladung zu dieser Sitzung ist Ihnen mit der Nummer E16/1882 bekannt gegeben worden.

Wir kommen zur Tagesordnung.

**Gleichstellung von Frauen und Männern in der Gesundheitsprävention und -förderung voranbringen – Benachteiligung von Jungen und Männern abbauen**

Antrag  
der Fraktion der FDP  
Drucksache 16/12112

**– Öffentliche Anhörung –**

*(Teilnehmende Sachverständige und Stellungnahmen siehe Anlage.)*

Wir haben einen einzigen Tagesordnungspunkt, das sollte uns aber nicht dazu verleiten, in irgendeiner Weise langsamer zu arbeiten als üblich.

Die Drucksache wurde in der 115. Plenarsitzung am 9. Juni 2016 an den Ausschuss für Frauen, Gleichstellung und Emanzipation und federführend an den Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales überwiesen. Die abschließende Abstimmung findet in öffentlicher Sitzung im federführenden Ausschuss statt.

Der Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales hat am 29. Juni 2016 eine öffentliche Anhörung von Sachverständigen beschlossen. An dieser Anhörung ist der Ausschuss für Frauen, Gleichstellung und Emanzipation nachrichtlich beteiligt.

Vor diesem formalen Hintergrund begrüße ich die anwesenden Damen und Herren Sachverständigen noch einmal herzlich und danke Ihnen im Namen des Ausschusses für Ihre Bereitschaft, uns heute zur Klärung der Fragen zur Verfügung zu stehen. Ich danke für die vorab übersandten Stellungnahmen. Wer sie noch nicht in aller Fülle hat, kann Sie auf den Tischen am Eingang des Sitzungssaales einsammeln, bei Bedarf sind die Stellungnahmen auch dem Onlineangebot des Landtags zu entnehmen.

Zum technischen Verfahren: Im Hinblick auf den begrenzten Zeitrahmen und die den Ausschussmitgliedern bereits bekannten Stellungnahmen werden wir auf einführende Statements verzichten und direkt mit den Nachfragen an die Expertinnen und den Experten beginnen. – Wenn die Abgeordneten Fragen an Sie gerichtet haben, werde ich Ihnen nach Beendigung der Fragen das Wort für eine Antwort erteilen. Bitte drücken Sie dann den Knopf an Ihrem Platz, um das Mikrofon zu aktivieren, und nennen Sie vor Ihrer Antwort kurz Ihren Namen, damit die Stenografin diesen zutreffend im Protokoll erfassen kann. So weit die technischen Informationen.

Lassen Sie uns mit der ersten Fragerunde beginnen. Ich bitte die Kollegen aus dem Kreis der Abgeordneten, ihre Fragen an die Expertinnen und den Experten zu stellen. Im Anschluss werde ich die entsprechende Beantwortungsrunde eröffnen. – Meine verehrten Kolleginnen und Kollegen, Sie haben das Wort. Wir wollen uns an das Verfahren halten: Die antragstellende Fraktion, die FDP, beginnt. – Frau Schneider, bitte.

**Susanne Schneider (FDP):** Herzlichen Dank, werte Frau Vorsitzende. Sehr geehrte Damen und Herren, werte Sachverständige! Im Namen der FDP-Fraktion bedanke ich mich zunächst für Ihre schönen Stellungnahmen und dafür, dass Sie heute bei diesem wunderbaren Wetter zu uns in den Landtag nach Düsseldorf gekommen sind.

Wir haben eine Anhörung zum Thema Männergesundheit. An der Stelle möchte ich dem Kollegen Burkert von der CDU beste Genesungswünsche übersenden.

Ich möchte darauf hinweisen, ich bin heute quasi in einer Doppelrolle: als gesundheitspolitische Sprecherin der FDP-Landtagsfraktion, aber auch als gleichstellungspolitische Sprecherin. Leider hat Rot-Grün im Ausschuss für Frauen, Gleichstellung und Emanzipation beschlossen, nicht an dieser Anhörung teilzunehmen. Das finde ich sehr schade. Daher, ich bin im Doppelpack da, wenn gleichstellungspolitische Geschichten dazukommen – und das ist es ja eigentlich –, fragen Sie mich gern.

Ich fange mit Frau Prof. Dr. Hornberg an. Wieso wollen Sie zwar die Zielgruppe der Heranwachsenden unter einem ganzheitlichen Genderaspekt betrachten, nicht aber die Erwachsenen?

Ich habe zwei Fragen an Frau Prof. Dr. Bardehle. Es wird immer wieder diskutiert: Wir müssen das Thema Männergesundheit in Nordrhein-Westfalen erst untersuchen, wir müssen das erst erforschen. Die Datenlage sei mäßig. Welche Erkenntnisse haben Sie dazu? – Noch eine Frage: Mir persönlich macht die Zunahme der Depressionen bei den Herren der Schöpfung Sorgen. Gibt es irgendwelche Paradebeispiele, Vorzeigemodelle, wie man diese Depressionen behandelt? Gibt es sie in NRW, oder gibt es vielleicht noch Besseres in anderen Bundesländern? – Das wäre es fürs Erste von meiner Seite.

**Amt. Vorsitzende Astrid Birkhahn:** Frau Warden, Sie sind die nächste Fragestellerin.

**Marion Warden (SPD):** Frau Vorsitzende, meine Damen und Herren! Ich finde es interessant, liebe Kolleginnen und Kollegen, dass wir heute, ähnlich wie das schon im

Plenum der Fall war, sehr viele Frauen haben, die sich mit dem Thema Männergesundheit befassen. Das spiegelt sich auch ein bisschen in der Tendenz der Stellungnahmen wider.

Ich habe zwei, drei Fragen. Eine Frage richtet sich an die Stiftung Männergesundheit, an Frau Prof. Dr. Bardehle. Im Antrag ist der Vorschlag, dass das Aufgabenspektrum des Kompetenzzentrums Frauen und Beruf in Bochum um das Thema Männer erweitert werden soll. Dazu hätte ich gern Ihre Einschätzung.

An das Kompetenzzentrum Frauen und Beruf möchte ich die Frage richten: Was machen Sie bereits zum Thema Männergesundheit, denn das Thema ist für Sie nicht ganz neu?

An die Ärztekammer geht meine Frage: Wir haben uns schon sehr intensiv damit auseinandergesetzt – Sie haben es auch beschrieben –, dass der berufliche Status, der Druck, Ernährer einer Familie zu sein, und viele andere Umstände dazu beitragen, dass Männer ihre Gesundheit etwas mehr vernachlässigen als Frauen, vor allen Dingen Männer in prekären Beschäftigungsverhältnissen. Mich interessiert: Was würden Sie uns an Maßnahmen empfehlen, um dem Abhilfe zu schaffen? – Das sind im Moment meine Fragen.

**Amt. Vorsitzende Astrid Birkhahn:** Vielen Dank, Frau Warden. – Herr Kerkhoff, bitte.

**Matthias Kerkhoff (CDU):** Auch von der CDU-Fraktion vielen Dank für die Stellungnahmen. – Meine Fragen richte ich an die Ärztekammer und an Frau Prof. Dr. Bardehle: Können Sie Diskriminierungen von Personen oder Personengruppen durch Präventionsmaßnahmen oder Gesundheitsförderung sehen? Wie ließen sich in diesem Bereich Verbesserungen erzielen?

**Amt. Vorsitzende Astrid Birkhahn:** Vielen Dank. – Herr Ünal, bitte.

**Arif Ünal (GRÜNE):** Liebe Vorsitzende, liebe Kolleginnen und Kollegen! – Vielen Dank im Namen der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen für Ihre Stellungnahmen. Ich habe vier Fragen.

Meine erste Frage geht an Frau Prof. Dr. Hornberg. Wir haben seit dem Jahr 2000 in NRW, als erstes Bundesland in der Bundesrepublik, die geschlechtsspezifische Berichterstattung. Meine Frage ist: Was ist seitdem bundesweit passiert? Können Sie einen Vergleich zwischen den Bundesländern ziehen? Wo steht NRW jetzt, was die geschlechterspezifische Berichterstattung angeht?

Zweite Frage, an Dr. Grobe: Sie haben in Ihrer Stellungnahme dargestellt, dass die Differenzierung zwischen Männern und Frauen überhaupt nicht ausreicht, sondern dass bei Männern und Frauen unterschiedliche Untergruppen gebildet werden müssen, weil nicht alle Männer schlechter als alle Frauen dastehen. So gesehen kann man viel differenzierter vorgehen. Können Sie beispielhaft ein paar Untergruppen nennen,

wo tatsächlich sehr große Probleme entstehen? Sie haben nur die Einkommensabhängigkeit dargestellt, aber darüber hinaus gibt es auch andere Faktoren, die wir wahrscheinlich etwas differenzierter betrachten müssen.

Dritte Frage, an Frau Prof. Dr. Bardehle: Sie haben in Ihrer Stellungnahme die Datenlage in NRW dargestellt und gesagt – Gesundheitsberichterstattung 2015, IT.NRW und so weiter –, wir haben eigentlich sehr viele Daten, was die Gesundheitsversorgung von Männern und Frauen angeht. Beim Thema Förderung schlagen Sie aber vor, noch einmal männerspezifische Gesundheitsrisiken oder Probleme aufzulisten. Reicht die Datenlage in NRW nicht mehr aus? Was muss man darüber hinaus noch an anderen Daten heranziehen, damit man zielgruppenspezifische Präventionsarbeit entwickeln kann?

Eine vierte Frage, an die Ärztekammer Nordrhein: Ich bin neben meiner beruflichen Tätigkeit als Psychotherapeut auch Sozialarbeiter. In der sozialen Arbeit sind eigentlich alle Präventionsarbeiten zielgruppenspezifisch ausgerichtet, weil es allgemeine Präventionsarbeit nicht gibt. Gibt es zum Beispiel in der Ärztekammer Nordrhein in dem Bereich bestimmte spezifische Angebote für Männer, Frauen, junge Männer und junge Frauen? Was brauchen wir noch mehr in der Richtung? – Vielen Dank.

**Amt. Vorsitzende Astrid Birkhahn:** Vielen Dank, Herr Ünal. – Herr Sommer beschließt die Runde. – Bitte schön.

**Torsten Sommer (PIRATEN):** Vielen Dank, Frau Vorsitzende. – Auch von der Piratenfraktion vorab vielen Dank für die Stellungnahmen.

Jetzt sind schon eine Menge Fragen abgeräumt worden. Ich möchte die Frage des Kollegen Ünal nach den unterschiedlichen Zielgruppen und deren Förderung gern auch Herrn Dr. Grobe stellen, das würde ich an der Stelle gern erweitern.

Des Öfteren gab es den Hinweis, dass der geschlechtsspezifische Ansatz durchaus zu verfolgen sei, aber noch mehr macht gerade im Gesundheitssystem der sozioökonomische Ansatz den Unterschied. Ich möchte gern von Herrn Dr. Grobe, Frau Prof. Dr. Bardehle und Frau Prof. Dr. Hornberg wissen: Wie groß sind die einzelnen Unterschiede tatsächlich, wenn man einmal nach Geschlecht differenziert und einmal nach sozioökonomischem Status? Als zusätzliche konkrete Frage: In welchem Zusammenhang stehen Arbeitslosigkeit und Gesundheit?

Eine ergänzende Frage an Herrn Dr. Grobe, Frau Prof. Dr. Bardehle und Frau Prof. Dr. Hornberg: Wir waren gerade in Finnland und haben dort mitgeteilt bekommen, dass es dort gerade eine große Veränderung gibt, indem man dem medizinischen Personal Gesundheitsdaten und soziale Daten der einzelnen Patienten zur Verfügung stellt. Würden Sie es in Deutschland auch für sinnvoll erachten, dass man dem medizinischen Personal quasi noch mehr Handhabe und mehr Daten an die Hand gibt, um bessere Erfolge speziell auf einzelne Zielgruppen hin zu erzielen? – Vielen Dank.

**Amt. Vorsitzende Astrid Birkhahn:** Vielen Dank für die erste Fragerunde. Es sind Fragen an alle Expertinnen und den Experten gestellt worden. – Sie haben notiert,

wann Sie angesprochen sind. – Wir beginnen jetzt damit, dass wir nicht einzelne Fragen beantworten, sondern die Runde eröffnen und dann im Grunde fortlaufend verfahren. Ich bitte Frau Schindler-Marlow von der Ärztekammer, zu beginnen. – Bitte schön, Frau Schindler-Marlow.

**Sabine Schindler-Marlow (Ärztekammer Nordrhein):** Sehr geehrte Frau Vorsitzende, geehrte Abgeordnete! Zuerst zu Ihrer Frage, wie es mit den Arbeitsprozessen ist und was man dagegen tun könnte, dass Arbeitsprozesse unterschiedliche Menschen unterschiedlich tangieren. Wir wissen, dass Männer in vielen Bereichen sensibler oder auch gesundheitlich anders reagieren, zum Beispiel bei Gratifikationskrisen. Das nenne ich einmal als Beispiel. Man hat festgestellt, dass es einen großen Zusammenhang zwischen Herzerkrankungen bei Männern und Gratifikationskrisen im Job gibt. Das trifft Männer zu 24 Prozent – Schichtarbeit zum Beispiel: 5 Prozent. Da sieht man, was für einen großen Einfluss Gratifikationskrisen auf Menschen in ihrer Arbeit haben, und das erhöht also das Risiko von Herz-Kreislauf-Erkrankungen um 24 Prozent.

Das sind Dinge, die man natürlich analysieren muss. Es ist auch gut, dass das jetzt im Präventionsgesetz neu geregelt ist. Wir haben im Präventionsgesetz jetzt die engere Verzahnung zwischen der betrieblichen Gesundheitsförderung, dem Arbeitsschutz und dem Unfallschutz. Das macht Sinn. Man muss schauen, welche Instrumente man im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung hat und was auch außerhalb des Gesundheitsbereiches ist. Viele Dinge kann man im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung ansprechen, aber Entscheidungen über ganz bestimmte Arbeitsprozesse werden auf anderen Ebenen gefällt. Das heißt, der Gesundheitsbereich hat eben nur wenige Möglichkeiten, da etwas zu tun.

Generell sollen jetzt mehr Gesundheitsförderungsangebote auch für kleine und mittelständische Betriebe angeboten werden. Da wird ein regionaler Knoten aufgebaut, der eben auch Kleinbetriebe unterstützen soll, betriebliche Gesundheitsförderung aufzubauen. Es wäre sinnvoll, wenn die Strategie dieser Beratungszentren, dieser Knoten, die jetzt neu entstehen, das Thema Gender komplett mitdenkt. Darauf haben wir jetzt in dem Sinne keinen Einfluss, weil das im Moment ein Abkommen zwischen der Landesregierung, den Krankenkassen und den Sozialversicherungsträgern ist, aber immerhin könnte man vorschlagen, dass das mit berücksichtigt wird. Dann hätte man eben auch den strategischen Blick darauf. – Das wäre also eine Maßnahme.

Die betriebliche Gesundheitsförderung generell hat meiner Ansicht nach große Chancen, beide Geschlechter gut zu adressieren, weil sie vor Ort stattfindet. Für viele Berufstätige ist die Verbindung zwischen gesunder Lebensführung und Beruf häufig deshalb schwierig, weil sehr viele Angebote abends nicht mehr statthaben. Das ist für Berufstätige ein Problem, deshalb glaube ich, dass die betriebliche Gesundheitsförderung da sehr viel Potenzial hat, das man noch ausschöpfen müsste. Auch hier müsste man schauen: Wie sind die betrieblichen Gesundheitsmaßnahmen aufgestellt? Im Moment sind das häufig Angebote für alle. Da muss man einfach noch einmal differenzieren, wie das im Betrieb vor Ort ist. Das funktioniert meiner Ansicht aber nur, wenn man

die Menschen im Betrieb selbst mit in diese Präventionsmaßnahmen einbindet und das mit ihnen zusammen erarbeitet.

Die nächste Frage war: die Diskriminierung im Bereich Präventionsangebote. – Ich weiß nicht, ob das Diskriminierung ist, das sind einfach gewachsene Strukturen. Frauen nehmen durch ihre Vorsorgeuntersuchungen beim Frauenarzt, beim Gynäkologen, in der Regel generell eher Präventionsangebote, Krebsfrüherkennung zum Beispiel, wahr. Sie sind das einfach gewohnt, weil der Frauenarzt eine Frau ständig begleitet. Da wir keinen Männerarzt haben, ist dieser Rhythmus, diese Systematik, dass man alle halbe Jahre einen Termin macht, bei den Männern schlicht und ergreifend so nicht gegeben.

In der Regel brauchen Menschen zwischen 20 und 50 Jahren, wenn Sie Glück haben, selten einen Arzt. Das heißt, die Arztkontakte sind relativ gering. So haben wir überall das Phänomen, dass Männer eher weniger Krebsvorsorgeuntersuchungen in Anspruch nehmen als Frauen. Wir fordern jetzt nicht den Männerarzt, aber da müsste man vielleicht überlegen, wie wir es schaffen, strukturell eher Anbindung zu bekommen. Das kann sich ändern, weil jetzt im Präventionsgesetz auch steht, dass die Vorsorgeuntersuchungen ab 18 Jahren regelmäßig stattfinden. In welchen Intervallen wissen wir noch nicht, aber dann hätte man die Menschen eben eventuell schon vor dem 35. Lebensjahr angesprochen.

Es ist eine Aufgabe von uns Ärztinnen und Ärzten, in dem Bereich zu schauen: Wie sprechen wir Männer gezielter an? Es ist nicht nur eine Aufgabe von allen Ärzten, sondern natürlich auch von uns, von unseren Körperschaften, zu schauen, wie man das besser regeln kann. Wir haben bei der Mammografie ein Einladungswesen, wir haben das zum Beispiel bei der Darmkrebsvorsorgeuntersuchung nicht. Ich hoffe, dass das kommt. Wir haben im Bereich der Prostatauntersuchung kein Einladungswesen. Auch da müsste man schauen, wie man das vielleicht besser regeln kann.

Drittens: Sie haben gefragt, welche Angebote wir in der Ärztekammer haben. – Wir von der Ärztekammer können Präventionsangebote letztendlich immer nur ein bisschen supervidieren, selbst führen wir wenig durch. Wir haben zum Beispiel im Bereich Alkoholprävention versucht, geschlechtersensible Flyer, Angebote, in die Praxen zu legen, weil Frauen, das weiß man auch aus der Wissenschaft, andere Gründe als Männer haben, warum sie zum Alkohol greifen. Wir haben versucht, das aufzugreifen. Wir bieten Fortbildungen diesbezüglich an, wie man unterschiedliche Krankheiten in unterschiedlichen Phasen in der Arztpraxis anspricht. Das sind Dinge, die – in Anführungsstrichen – „ausprobiert“ werden, wo geschaut wird, wie sie ankommen.

Letztendlich braucht es aber bei all diesen Dingen immer eine Gesamtstrategie von allen, denn wenn ich in der Praxis geschlechtersensible Gespräche führe, wenn ich versuche, jemanden da hinzuführen, dann brauche ich natürlich auf der Angebotsseite entsprechende Angebote. Wenn ich zum Beispiel im Bereich der Bewegungsförderung nur Aquafit für Damen haben, brauche ich die Herren nicht anzusprechen. Im Moment klaffen da einfach viele Lücken auf der Angebotsseite, deshalb ist es auch sehr gut, dieses Thema hier anzubringen, weil man generell strategisch noch einmal ganz genau schauen muss, wie man hier eigentlich aufgestellt ist. Das muss immer von allen

gedacht werden und eben nicht nur von der einen oder anderen Seite. – Das wären fürs Erste die Antworten.

**Amt. Vorsitzende Astrid Birkhahn:** Vielen Dank, Frau Schindler-Marlow. – Ich möchte dann Frau Prof. Dr. Hornberg bitten, die Fragen, die an sie gerichtet worden sind, zu beantworten. – Bitte, Frau Prof. Dr. Hornberg.

**Prof. Dr. Claudia Hornberg (Kompetenzzentrum Frauen und Gesundheit NRW):** Vielen Dank. Schönen guten Tag in die Runde! – Zwei Fragen von meiner Seite aus: Eine Frage ging an das Kompetenzzentrum Frauen und Beruf. Ist da jemand anwesend, oder war das ans Kompetenzzentrum Frauen und Gesundheit gerichtet? Das können wir vielleicht gleich noch klären.

Ich möchte gern kurz auf die Frage antworten, die als erstes an mich gerichtet wurde – Kompetenzzentrum Frauen und Gesundheit –, warum wir uns mit Heranwachsenden und nicht mit Erwachsenen beschäftigen. Das ist so keinesfalls der Fall. Wir haben uns im ersten Förderzeitraum natürlich mit erwachsenen Frauen in den drei Themenschwerpunkten psychische Gesundheit, reproduktive Gesundheit und Gewalt befasst, aus guten Gründen. Wir haben jetzt im neuen Förderzeitraum – das ist richtig – Frauen jüngerer Alters, Kinder und Mädchen mit dazu genommen. Das nur zur Klärung von möglichen Unklarheiten.

Für die Gesamtveranstaltung ist mir wichtig: Mich hat es sehr erfreut, dass sie das Thema Gesundheitsprävention und -förderung im Titel hat, ich möchte aber in meiner Rolle als Ärztin ausdrücklich darauf hinweisen, dass es mindestens genauso wichtig ist, die Kategorie Geschlecht in die Behandlung, die Diagnostik und die Therapie mit einzubringen. Das ist ein ganz anderes Thema. Da sehe ich eine große Notwendigkeit, die Ausbildung von jungen Ärztinnen und Ärzten zu verbessern, weil da die Kategorie Gender als Strukturierungsdimension vielfach nicht vorhanden ist. Das fängt bei der Symptomschilderung an und geht über die unterschiedliche Beurteilung von Frauen und Männern bis hin zu unterschiedlichem Kommunikationsverhalten. – Ich selbst bin häufig an der RWTH Aachen unterwegs, in einer Veranstaltung zum Thema Gender-sensibilität, und kann sagen, da herrscht eine große Offenheit bei den jungen Kolleginnen und Kollegen. – Dieses Thema würde ich unbedingt noch einmal getrennt adressieren wollen.

Zum Thema heute möchte ich für mich festhalten: Ich argumentiere vor dem Hintergrund eines biopsychosozialen Gesundheits- und Krankheitsmodells. Das heißt, ich bin aus verschiedenen Gründen gesund oder krank – und ich nehme das deshalb auf, weil ich glaube, dass sich das in der Arbeit des Kompetenzzentrums sehr vielschichtig widerspiegelt. Im Bereich psychische Gesundheit, aber auch in den Bereichen reproduktive Gesundheit oder Gewalt sehen wir ganz klar auch Zusammenhänge mit sozio-ökonomischen Aspekten. Ich möchte darauf hinweisen: Wenn Sie international schauen, wenn Sie im europäischen Raum schauen, besteht Konsens darüber, dass Gesundheitsdeterminanten zum größten Teil im nichtmedizinischen Bereich determiniert werden. Das heißt, das Thema soziale Umwelt ist eine zentrale Größe, die man

sich natürlich anschauen wird. Ich nehme an, dazu wird Prof. Dr. Doris Bardehle sicherlich noch mehr sagen.

Ich will auf den Aspekt Gesundheitsberichterstattung eingehen. Da ist Nordrhein-Westfalen, wie ich finde, nach wie vor sehr gut aufgestellt, wir haben eine sehr gute Gesundheitsberichterstattung. Es wird aber darauf ankommen, Aktivitäten weiter nach vorn zu schieben, die derzeit auch im Rahmen des Masterplans Umwelt und Gesundheit laufen: dass wir nämlich versuchen, eine integrierte Gesundheits-, Sozial-, und Umweltberichterstattung zu haben, denn nur dann, wenn ich dies mit einer wirklich guten Datenqualität habe, kann ich unter Umständen Position zu Sozialräumen beziehen, in denen Menschen leben. Das kennen wir auch schon sehr lange, und da haben wir hier mit Prof. Dr. Doris Bardehle eine fast schon historische Protagonistin sitzen, die sich sehr früh mit dem Thema soziale Ungleichheit und dem Zusammenhang mit gesundheitlicher Ungleichheit befasst hat. Das ist nichts Neues, das ist wissenschaftlich seit Langem belegt, und da ist NRW in vielen Bereichen – auch wenn ich nach Bielefeld oder Bochum schaue – hervorragend aufgestellt und kann es durchaus auch mit Bundesländern wie Baden-Württemberg oder Bayern aufnehmen. Da gilt: Das, was wir können, ist so weiter aufrechtzuerhalten, weil eine adäquate Gesundheitsberichterstattung für alle Bereiche der Medizin, einschließlich der Prävention, ganz zentral ist.

Ich glaube nicht, dass es einfach sein wird, die Daten der Gesundheitsberichterstattung direkt in den kurativen Bereich überzusetzen, weil es einfach eine andere Fragestellung ist, ob ich eine Eins-zu-eins-Behandlung als Ärztin mache oder ob ich mich eher sozial, umweltepidemiologisch damit befasse.

Ein Punkt wurde von einigen Fragerinnen und Fragern angesprochen, manchmal implizit, manchmal explizit: Das Thema soziale und gesundheitliche Ungleichheit hängt meines Erachtens ganz entscheidend mit dem Aspekt der Lebenslage zusammen, das klang gerade schon in einem Kommentar an. Wir haben natürlich das Thema Vereinbarkeit von Beruf und Familie, wir haben das Thema Arbeit, Arbeitslosigkeit, Langzeitarbeitslosigkeit als psychische Belastung. Wir sehen im Kompetenzzentrum ganz klar, dass wir eine hohe psychische Belastung haben, wenn jemand alleinerziehend ist, wenn er mehrere Kinder hat und keine Arbeit – das heißt, überadditive Effekte und überadditive psychische Belastung. Da gilt es, auch zu schauen: Wie kann man den betroffenen Frauen – Klammer auf – und Männern adäquat Hilfestellung bieten, einerseits natürlich im psychischen, im psychotherapeutischen Bereich? Ausdrücklich muss ich an dieser Stelle sagen, dass eine Unterversorgung besteht, wenn es um die Psychotherapie geht, sowohl aus der psychologischen als auch aus der ärztlichen Ecke.

Der andere Punkt, der aber mindestens genauso wichtig ist, ist eben das Thema Lebensphase von Frauen, – Klammer auf, auch hier wieder – von Männern, um zu schauen: Wo kann ich wann unterstützend tätig sein? – Das ist eine Frage, die sicherlich auf Landesebene politisch entschieden werden muss, die aber im Grunde auch die kommunale Ebene tangiert, weil es immer darum gehen wird, die bestehenden Ressourcen zu nutzen, um auch eine psychische Stabilität und Sicherheit zu haben. An dieser Stelle also eine ganz klare Positionierung in Hinblick auf eine integrierte Sichtweise: Bitte nicht nur die Gesundheit allein anschauen, sondern wir brauchen

eine Sensibilisierung in Hinblick auf Gesundheit bezüglich der unterschiedlichen Geschlechterrollen in den verschiedenen Bereichen, beispielsweise der Bildung, aber eben entsprechend auch von Familie oder Schule.

**Amt. Vorsitzende Astrid Birkhahn:** Vielen Dank, Frau Prof. Dr. Hornberg. – Frau Prof. Dr. Bardehle, fahren Sie bitte fort.

**Prof. Dr. Doris Bardehle (Stiftung Männergesundheit):** Danke schön. Sehr geehrte Frau Vorsitzende, verehrte Abgeordnete, liebe Teilnehmer! Frau Prof. Dr. Hornberg hat schon angedeutet, dass ich mich auch im Land Nordrhein-Westfalen ein bisschen mit der Datenlage auskenne. Ich habe an der Erstellung der jetzigen Datenlage im Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst mitgewirkt. Den Indikatorenansatz, die Grundlage für die Daten, die hier ausgewertet werden, haben wir unter Federführung von Nordrhein-Westfalen mit mehreren Bundesländern erarbeitet. Diese Indikatoren sind jetzt Grundlage der Gesundheitsberichterstattung in allen Bundesländern in Deutschland. Das nur zur Einführung.

Was die Datenlage betrifft, so haben wir damals schon – das war 2001 bis 2003 – Wert darauf gelegt, die Daten so weit wie möglich geschlechtsspezifisch aufzusplitten. Wer sich noch erinnert: Vor etwa 20, 30 Jahren haben wir nur die Lebenserwartung von Männern und Frauen zusammen publiziert. Das gibt es jetzt gar nicht mehr, auch nicht in internationalen Gremien. In der Möglichkeit, die Daten geschlechtsspezifisch zu splitten, sind wir auch vom Statistischen Landesamt unterstützt worden – jetzt heißt es ja IT.NRW –, sodass wir eine sehr gute Datenhaltung nach Geschlecht haben. Wir haben im Landeszentrum für Gesundheit Nordrhein-Westfalen eine Datenbasis ab dem Jahr 2000, sodass diese Datenlage auch sehr gut fortgeschrieben werden kann.

Es tauchte die Frage auf, ob die Daten nun nicht ausreichen, um für Männergesundheit Schwerpunkte festzulegen, die mit Prävention zu koppeln wären, wobei es hier um primäre Prävention geht. Da sind die Männer ein bisschen schwächer, aber bei der sekundären und tertiären Prävention zur Stabilisierung nach bestimmten Krankheiten sind die Männer, glaube ich, voll im Boot.

Ich habe mir das noch einmal im Landesgesundheitsbericht aus dem Jahr 2000 genau angesehen. Er enthält nicht nur die Daten, die wir in der Datenbank haben, sondern Nordrhein-Westfalen ist in der Lage, im Landeszentrum Gesundheit spezifische Befragungen zur Gesundheit durchzuführen. Da ist zum Beispiel eine Befragung zu Migration durchgeführt worden, auch zur sozialen Lage. Sie finden hier die Ergebnisse, also nicht nur die konstante Datenlage der Datenbank, sondern auch die eigene Erhebung mit fast 2 000 Personen. Die Befragung ist auch zur Kindergesundheit durchgeführt worden, aber bisher nicht speziell zur Männergesundheit. Dieser Bericht schildert die Lage der Männer und Frauen, aber er zieht keine Schlussfolgerungen, was man jetzt eigentlich machen sollte. Genau das ist, glaube ich, der Kernpunkt: Jetzt haben wir so viele Daten, jetzt sind sie hier analysiert. Wie können wir jetzt die Schwerpunkte für Frauengesundheit und die Schwerpunkte für Männergesundheit festlegen? Wenn wir über das Präventionsgesetz reden, ist die Frage: Wie kommt es jetzt sozusagen zu spezifischen Maßnahmen zur Prävention?

Ich habe mir den auch im Antrag aufgeführten Gesundheitsbericht der DAK angesehen. Der ist sehr gut analysiert hinsichtlich Arbeitsunfähigkeit und bestimmter spezifischer Fragen der Frauen und der Männer und auch nach Berufsgruppen und der sozialen Lage. Da gibt es eine ganz interessante Auflistung, die von Experten erstellt wurde: „Aspekte geschlechtergerechter betrieblicher Gesundheitsförderung gemäß Befragung von Expertinnen und Experten“. Für Männer steht darin – was wäre hier männerspezifisch?

Vorsorge muss bei Männern lustbetonten und spielerischen Charakter haben

(Heiterkeit)

Ich glaube, irgendwo taucht auf, etwas mit Fußballspielen anzubieten, jedenfalls habe ich so etwas gesehen. – Das Zweite:

Kurse, die Technik einschließen, Fitness, „Waschbrettfigur“, Wettbewerbe, Fahrradfahren, Bootfahren

Das haben Experten zusammengestellt – und für Frauen:

Für durch Mehrfachbelastung beanspruchte Frauen dürfen nicht neue anstrengende Aufgaben hinzukommen

Gesunde Ernährung, Fitness, Gymnastik, Yoga, Stressabbau

Hier sieht man erst einmal verschiedene Texte sind, und die Frage ist jetzt: Wie kann man das in konkrete Maßnahmen umsetzen?

Neulich war eine Veranstaltung in Berlin-Mitte, da ging es um: „Gesunde Männer für Mitte“, und da haben sie – neben den eigenen Abgeordneten – Männer hereingeholt und sie gefragt: Was hättet ihr denn gern in der Prävention und Gesundheitsförderung? – Eingeladen waren vor allem Selbsthilfegruppen und -verbände, denn so sind sie an die Männer herangekommen. Sie sind eben in Verbänden organisiert. – Die Männer sagten: Gesundheitsförderung für Männer müsste eine Zielrichtung haben. Man müsste sich also etwas vornehmen: wie man seine Kraft steigert oder seine Beweglichkeit. Selbsthilfegruppen haben ja meistens irgendein gesundheitliches Problem. Ohne so eine Zielrichtung – bloß, dass man hinget – ist das für Männer schwer zu realisieren. Was will ich damit sagen? Wir müssen wahrscheinlich noch präziser ermitteln, was Männer eigentlich brauchen, wofür wir sie kriegen können, welche Altersgruppen das sind und welche Berufs- und sozialen Gruppen dabei eine Rolle spielen.

Im Landesgesundheitsbericht von Nordrhein-Westfalen gibt es zur Prävention eine ganze Menge Ausführungen. Ich weiß nicht, ob Sie diesen Bericht alle haben und ihn schon ein bisschen gelesen haben. Ich habe ihn extra mitgebracht, um das hier zu zeigen.

Ich will noch auf die Stiftung Männergesundheit eingehen, von der ich jetzt komme. Nachdem ich in Nordrhein-Westfalen sozusagen meine Zelte abgebrochen habe, bin ich jetzt in Berlin. Dort habe ich das Angebot gehabt, in der Stiftung Männergesundheit

an der Erstellung von Männergesundheitsberichten mitzuwirken. Auch als Frau kann man das machen.

Im ersten Männergesundheitsbericht haben wir eine Übersicht über die Lage der Gesundheit gegeben, und darin sind auch überall Handlungsempfehlungen. Diese Handlungsempfehlungen sind im Grunde genommen im Augenblick nicht umzusetzen, nicht auf Bundesebene und – Sie sehen das ja auch – auf Landesebene auch nicht. Wir haben keine Strukturen. Wir haben in Nordrhein-Westfalen und in anderen Bundesländern Kompetenzzentren für Frauen, aber für Männergesundheit haben wir keine Strukturen, die das in die Hand nehmen.

Weil sich die psychische Gesundheit von Männern als ein Schwerpunkt herauskristallisiert hat, haben wir den zweiten Männergesundheitsbericht geschrieben, im Fokus: psychische Gesundheit. Das bezieht sich auf die Probleme Depressionen, Suizid und andere psychische Belastungen mit Stressfaktoren, mit Burn-out, mit Versorgungsfragen, mit Therapiefragen. Auch hier findet sich im Augenblick nicht das richtige Umsetzungskonzept.

Das ist der Männergesundheitsbericht vom Robert Koch-Institut,

(Die Sachverständige hält den Bericht hoch.)

dreimal umgearbeitet, aber jetzt so erschienen. Nicht eine Handlungsempfehlung ist darin.

Das heißt, für die Umsetzung muss man sich etwas ausdenken. Deshalb habe ich in mein Statement mit hineingeschrieben, dass man jetzt, wenn Männergesundheit ein politisches Thema ist und das in der nächsten Zeit vielleicht noch stärker wird, ein Konzept machen müsste und vielleicht auch in die Landesgesundheitskonferenz hineingehen müsste, um Frauen- und Männergesundheit richtig auszuloten und das mit Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen spezifisch zu untersetzen. – Das erst einmal zu den Fragen.

**Amt. Vorsitzende Astrid Birkhahn:** Vielen Dank, Frau Prof. Dr. Bardehle. – Herr Dr. Grobe, Sie beschließen die Runde. Bitte schön.

**Dr. Thomas Grobe (MPH AQUA):** Mein Name ist Thomas Grobe. Vielleicht kurz zum Hintergrund: Ich bin eigentlich Arzt und beschäftige mich ungefähr seit 20 Jahren wissenschaftlich vorrangig mit der Auswertung von Daten gesetzlicher Krankenkassen.

Die erste Frage, die an mich ging: Gibt es außer dem Nettoeinkommen, das in dem Statement erwähnt ist, noch andere Merkmale, die mit gesundheitlichen Defiziten assoziiert sind? Im Endeffekt lässt sich da im Prinzip auf die bekannten Merkmale verweisen. Die Gesundheit ist abhängig von der Bildung. Die Gesundheit ist abhängig vom ausgeübten Beruf. Insbesondere prekär Beschäftigte haben sicherlich – bei beiden Geschlechtern – einen deutlich schlechteren Gesundheitszustand.

Eine Gruppe, die heraussticht – und zu der explizit eine Frage gekommen ist – ist sicherlich die der Arbeitslosen. Vielleicht zur Arbeitslosigkeit: Grundsätzlich habe ich

den Antrag so interpretiert, dass die erhöhte Sterblichkeit von Männern eigentlich impliziert, dass Männer insgesamt auf jeden Fall keinen besseren Gesundheitszustand als Frauen haben können, wenn sie denn eher sterben. Ähnliche Beobachtungen lassen sich auch im Hinblick auf die Arbeitslosigkeit machen, wir sehen also auch bei Arbeitslosen eine erhöhte Sterblichkeit.

Wir sehen in Abhängigkeit vom sozioökonomischen Status noch größere Unterschiede in der Sterblichkeit als im Unterschied zwischen Männern und Frauen. Ein weiterer Aspekt, der mich auch motiviert hat, mit auf die Bedeutung von Arbeitslosigkeit und sozioökonomischem Status einzugehen ist vielleicht: Wenn man die Gesundheit von Männern fördern will, ist das eben eine sehr heterogene Gruppe, die knapp die Hälfte der Bevölkerung darstellt, und ein grundsätzliches Problem, das man bei gesundheitsfördernden Maßnahmen sehen kann, ist: Wie erreiche ich wirklich diejenigen, die ich primär erreichen sollte? Das wären aus meiner Sicht diejenigen, die einem besonderen gesundheitlichen Risiko ausgesetzt sind. Besondere Risiken sehen wir eben beispielsweise bei Personen mit geringem sozioökonomischem Status.

Eine weitere Frage war, inwieweit sozioökonomische Daten und Gesundheitsdaten für betreuende Personen gemeinsam verfügbar sein sollten. Ich würde mich eher freuen, wenn es in diesem Bereich erst einmal in der Forschung ein noch breiteres Spektrum an zusammengeführten Daten gäbe und die Daten verfügbar wären. Ich denke, dass der Arzt zumindest in der individuellen ärztlichen Betreuung sicherlich üblicherweise ein so gutes Verhältnis zu seinen Patienten haben sollte, dass er entsprechende Merkmale auch direkt abfragen kann. – Gut, vielleicht erst einmal so weit. Danke.

**Amt. Vorsitzende Astrid Birkhahn:** Vielen Dank. – Wir haben die erste Antwortrunde gehört. Ich frage die Kolleginnen und Kollegen, ob sie weitere Fragen oder Nachfragen haben. Ich habe schon eine Wortmeldung und schaue noch einmal in die Runde. – Frau Schneider auch. – Wir beginnen, und ich schließe mich dann mit meiner Frage an. – Walter Kern, bitte.

**Walter Kern (CDU):** Besten Dank, Frau Vorsitzende. – Der Diskussionsverlauf und die Hinweise haben mich optimistisch gestimmt, dass hier endlich einmal etwas für Kerle passiert. Wir gehen ja rein statistisch fünf Jahre eher. Dass wir eher sterben müssen – so etwas kann man nicht über ein Gleichstellungsgesetz regeln.

(Heiterkeit)

Auch die Hinweise, welche Strukturen wir angehen können, haben mich sehr interessiert, darum bin ich Ihnen sehr dankbar. Es gibt durchaus Strukturen – wenn ich ausnahmsweise einmal antworten darf: Warum nehmen wir nicht die Mehrgenerationenhäuser, die vom Bund in jeder Kommune verankert sind, und machen da zum Beispiel eine Kasse auf, um Präventionsmaßnahmen für Männergesundheit dann auch einmal in den Fokus zu stellen? Als PR-Mann, der ich früher einmal war, habe ich mir gesagt: Warum stellen wir nicht die Frage nach dem Männerarzt – auch wenn wir es nicht wollen –, einfach um in der Öffentlichkeit den Fokus auf die Männergesundheit ein bisschen deutlicher zu stärken?

Dabei treibt mich Folgendes um: Es zeigt sich sehr deutlich – Sie haben auch davon gesprochen –, dass Männer, wenn sie beruflich Gegenwind haben, stärker gefährdet sind, in die psychische Erkrankung zu rutschen. Das hat vielleicht etwas damit zu tun, dass sie eher noch im klassischen Versorgermodell etabliert sind und die Verantwortung gegenüber der Familie spüren, um dann schneller auszubluten. Vielleicht gibt es darauf auch entsprechende Hinweise. Mir zeigt das einfach, dass wir sehr früh anfangen müssen, sogar schon mit der Jungenförderung, um die Resilienz, also die Widerstandsfähigkeit, der Jungen, bevor sie Männer werden, entsprechend vorzubereiten. Da habe ich die Frage an die Fachleute – ich weiß nicht, wer das beantworten kann: Müssen wir in der Bildung nicht sehr viel mehr auf Persönlichkeitsentwicklung achten, um dann auch den Umgang mit sich selbst anzutrainieren?

Die Anregung mit der Landesgesundheitskonferenz fand ich auch toll. Ich habe hier viele schöne Anregungen gehört.

Eine andere Frage, die ich vielleicht zum Abschluss noch stellen darf: Es gibt auch das Thema Familiengesundheit in den verschiedenen Sozialräumen. Wenn ich einen sozialen Brennpunkt wie Duisburg sehe, da steht die Familie in der Gesamtheit mit dem Rücken zur Wand. Wir müssen es vielleicht nicht nur geschlechtsspezifisch sehen, auch wenn wir heute eine Anhörung unter geschlechtsspezifischen Gesichtspunkten haben, so hängt das eine doch mit dem anderen zusammen. Vielleicht können Sie uns da auch noch Hinweise geben. – Danke.

**Amt. Vorsitzende Astrid Birkhahn:** Vielen Dank, Kollege Kern. – Frau Schneider, bitte.

**Susanne Schneider (FDP):** Vielen Dank. – Ich habe noch eine Frage an Frau Prof. Dr. Hornberg. Sie sagten jetzt, Sie täten auch etwas für Jungs oder für erwachsene Männer. Was machen Sie konkret für sie?

An Frau Schindler-Marlow und an Frau Prof. Dr. Bardehle: Welche Best-Practice-Beispiele für spezifische Angebote gibt es bereits? Wie könnte man die Selbsthilfe besser mit einbeziehen?

Noch einmal an Frau Schindler-Marlow und an Frau Prof. Dr. Bardehle: Macht aus Ihrer Sicht ein eigenes Zentrum Männergesundheit Sinn, oder sollte man unter dem ganzheitlichen Genderaspekt sagen, wir packen das alles in ein Häuschen, Institut? – Danke schön.

**Amt. Vorsitzende Astrid Birkhahn:** Vielen Dank. – Gibt es weitere Fragen? – Dann möchte ich noch gern eine Anmerkung machen. Frau Schindler-Marlow und Frau Prof. Dr. Bardehle, ich war ganz überrascht, als Sie ausführten, welche Bereiche für unsere Gesundheit als Einflussfaktoren anzusehen sind, und ich habe mich gewundert, warum wir so wenig auf das Individuum selbst schauen, also auf die Achtsamkeit, das Sich-Kümmern um sich selbst, das In-sich-Hineinhören. Das ist wahrscheinlich ein typisch weiblicher Gedanke, Achtsamkeit ist ja auch ein ganz modisches Wort in dem Zusammenhang. Wie können wir aber letztlich bei Jungen und Männern erreichen,

dass sie sich um ihr Wohlbefinden, ihre Gesundheit, ihre Sensibilität, was Gesundheit angeht, deutlicher bemühen? Ich denke, das ist erst einmal der Impuls. Frau Prof. Dr. Bardehle sagte: Wenn Männer Prävention machen, um letztlich in der Reha zu arbeiten, befolgen sie das im Grunde durchaus, weil sie verstanden haben: Da war etwas, und ich muss etwas tun, damit so etwas nicht wieder passiert. Ansonsten war ziemlich viel von Action die Rede, bei dem, was Sie angebracht haben. Diese Dinge waren für mich also relativ überraschend. Also: Wo bleibt das Individuum mit seinem In-sich-Hineinhören oder dem Kümmern?

Frau Schindler-Marlow möchte ich gern fragen, ob sie sich vorstellen könnte, wie Bildungsinstitutionen – ich will nicht sagen Schule, aber wie man letztlich erreichen kann, dass junge Leute, nicht Erwachsene, sondern Jugendliche, bewusster auf ihre Gesundheit achten. Wir wissen selbst, was für ein Problem das beim Umgang mit Suchtmitteln ist, aber auch beim Sport. Wie bekommen wir es hin, dort mehr Achtsamkeit hineinzubekommen? Vielleicht haben Sie eine Idee. Es würde mich freuen, wenn Sie darauf eine Antwort hätten. – Vielen Dank.

Das war die Fragerunde. – Wir beginnen bei Frau Schindler-Marlow. Die beiden anderen Damen sind auch befragt worden. – Dr. Grobe, ich darf Sie bitten, sich anzuschließen, falls Sie Ergänzungen haben. – Bitte, Frau Schindler-Marlow.

**Sabine Schindler-Marlow (Ärztchammer Nordrhein):** Weil es jetzt zwei Mal um das Thema Bildung ging, möchte ich gern Folgendes sagen: Ich denke, im Bildungsbereich liegt eine Riesenchance. Deshalb auch wieder: Das Präventionsgesetz eröffnet jetzt die Möglichkeit, sich doch noch mehr in Settings, also Lebenswelten, zu engagieren. Es ist absolut sinnvoll, das möglichst auch schon in der Kita und der Grundschule zu tun. Das tun wir auch schon.

Die Ärztekammer hat zum Beispiel ein Programm, „Gesund macht Schule“, in dem wir durchaus sehr unterschiedlich an die Themen herangehen. Es gibt Themen, da kann man Jungen und Mädchen gut zusammen adressieren. Es gibt aber auch Bereiche wie zum Beispiel Sexualerziehung, wo es absolut sinnvoll ist, wenn man Mädchen und Jungen in der Schule trennt, damit die Jungen – und da haben wir ein großes Problem: Wir haben viele weibliche Ansprechpartner. Nicht, dass das ein Problem ist, aber die Jungen würden andere Sachen fragen, wenn sie einen männlichen Ansprechpartner hätten. Wir haben versucht, zum Beispiel über ein Patenarzt-Modell Patenärzte, Männer, in die Schulen zu bekommen, damit sie vielleicht den Part übernehmen, den Jungs die Fragen zu beantworten, die sie einer Lehrerin niemals stellen würden. Ich glaube, dass wir da ein Problem haben, das ist aber auch ein Bildungsproblem, weil wir letztendlich zu wenige Männer in den Schulen haben. Da machen wir ein ganz anderes Fass auf, und dazu sage ich nichts, dazu denke ich mir meinen Teil.

Die zweite Sache: Ich denke, wir haben gerade in diesen Lebensweltmodellen durchaus Möglichkeiten. – Jungs, und Kinder sowieso, machen ja nie Dinge unter dem Aspekt: Ich bleibe gesund. Das ist für sie kein Konzept, sondern Kinder machen Dinge, weil sie Spaß machen. Wenn Jungen und Mädchen in der Schule und in der Kita merken, dass ihnen ganz bestimmte Dinge guttun, dann ist die Chance sehr hoch, dass sie das auch weiter tun. Das Setting Schule und das Setting Kita sind deshalb ganz

wichtige Bereiche, die ausgebaut sind. Deshalb ist es wichtig, über die Landesgesundheitskonferenz, die sich ja im nächsten Jahr mit dem Thema Prävention beschäftigt, eine Gesamtstrategie hinzubekommen und auch zu schauen: Welche Angebote habe ich für die Jungen in der Schule? Wie sieht es aber auch mit der Lehrerausbildung aus? Was machen eigentlich Lehrerinnen mit Jungs? Das ist ein großes Thema, weil wir festgestellt haben, dass sich viele Lehrerinnen zum Beispiel beschweren, dass die Jungs nur prügeln. Dann müssen sie hinterher was weiß ich was an Maßnahmen bekommen. Wenn man aber einen anderen Ansatz hätte, die Jungen einmal in ihrem Wesen zu lassen, vielleicht mit unterschiedlichen Sportangeboten oder wie auch immer, dann hätte man auch die Chance, ihnen im Endeffekt zu sagen: Wie fühle ich mich in mich selbst ein und was kann ich? Und auch: Was kann ich nicht, und wo kann ich mich abgrenzen? – Ich finde, dass der Unterschied zwischen XX- und XY-Chromosom durchaus auch tragbar ist und behaltbar sein sollte. – Das ist das eine.

Ich glaube an viel mehr Chancen im Settingbereich, und da müssen wir eben schauen, dass wir nicht nur abfragen, wie das im Moment ist: Sind Ihre Maßnahmen in der Gesundheitsförderung geschlechtsspezifisch oder gendersensibel? – Nein, wir müssen sagen: Wenn nicht, dann begründet das! – In dem Moment, in dem ich als Studienmensch oder Planer anfangen, etwas begründen zu müssen, fange ich auch an, ganz anders über dieses Thema nachzudenken. Das heißt, wir müssen eigentlich in der Evaluation und Prüfung viel mehr darauf schauen, dass nicht lapidar ein Kreuzchen gemacht wird: Ja, das ist gendersensibel. – Nein, ich möchte eine Begründung dafür haben, warum das so ist, und in dem Moment werden meine Maßnahmen besser. Das muss man strategisch anfassen, und eigentlich muss das bei allen Präventionsmaßnahmen, egal ob Bildung oder Gesundheitsförderung, in der Praxis so sein. Oder wir müssen schauen: Warum ist das gerade so und was entscheidet? – Das wäre eine wichtige Sache.

Best-Practice-Modelle in der Gesundheitsförderung, Einladen: Es gibt eben mittlerweile sehr viele gute Modelle, die auch im Bereich Bildung passieren. Ich weiß nicht, ob ich das alles auflisten soll. Es gibt aber zum Beispiel keine Angebote im Einladungswesen zur Krebsfrüherkennungsuntersuchung, Check-up, wo man sagen könnte, die haben den Effekt, dass wir die Männer besser ansprechen. Das liegt, wie gesagt, auch daran, dass sie eher selten in den Praxen auftauchen. Dann habe ich eben nicht die Chance, ihnen zu sagen: Das ist eine gute Gelegenheit. – Das ist mir jedenfalls nicht bekannt, dazu kann ich nichts sagen. – Ich glaube, das war es eigentlich.

**Amt. Vorsitzende Astrid Birkhahn:** Vielen Dank, Frau Schindler-Marlow. – Frau Prof. Dr. Hornberg fahren Sie fort. Es waren auch Fragen an Sie gerichtet. Bitte.

**Prof. Dr. Claudia Hornberg (Kompetenzzentrum Frauen und Gesundheit NRW):** Zu Beginn: Mir ist das, ehrlich gesagt, ein bisschen zu polarisiert, „Frauen- gegen Männergesundheit“, weil ich glaube, so wird kein Schuh draus. Wenn man sich Maßnahmen überlegt, muss man breiter schauen und so, dass alle etwas davon haben. Es ist sicherlich richtig, in bestimmten Fragestellungen genau auf die sogenannten Zielgruppen zu schauen. Da wäre mir aber wichtig, mit den Gruppen zu schauen, was sie

eigentlich brauchen, und das nicht sozusagen überzustülpen. Ich glaube aber, dass viele Dinge, die man aus der Frauenperspektive betrachtet, sehr wohl auch für Männer Gültigkeit haben oder andersherum, dass wenn ich Männerperspektiven einbringe, auch die Frauen etwas davon haben. Deshalb finde ich, dass es keinen Sinn macht, zu polarisieren, sondern ich glaube, dass wir die Vielgestaltigkeit von Geschlechtern durchaus im Blick haben müssen, wir müssen aber auch das Alter im Blick haben. Es gibt also nicht nur Männer und Frauen – Klammer auf, Klammer zu. Das vielleicht nur als Kommentar meinerseits.

Sie haben gerade Studienqualitäten angesprochen. Es gibt einige Beispiele, die das schon sehr schön machen, dass sie nämlich parallel schauen – so gehen wir in unseren Themenschwerpunkten im Kompetenzzentrum eigentlich auch vor –, natürlich zunächst mit dem Fokus auf einem Geschlecht, aber dann sofort vergleichen. Nehmen Sie beispielsweise die sogenannte BELLA-Studie, in der es um psychische Auffälligkeiten bei beiden Geschlechtern geht: Da sieht man, dass sogenannte psychische Auffälligkeiten bei beiden Geschlechtern mit einer verminderten Lebensqualität einhergehen. Das ist ein Befund, den man in beide Richtungen nutzen kann, und da brauche ich nicht alles geschlechterspezifisch aufzudröseln. Ich glaube, man muss eine kontinuierliche Sichtung der vorhandenen Daten machen, um die Maßnahmen dann adäquat zu adressieren.

Ich möchte noch einen Punkt ansprechen, der mir wirklich zentral zu sein scheint. Die Gesundheit von Frauen wurde in Forschung und Praxis bis in die 1980er-Jahre so gut wie nicht berücksichtigt. Das ist auch heute in vielen Fällen nicht der Fall. Ich nehme ein Beispiel, Gender in der Orthopädie: Die Orthopädie ist ein männlich dominierter Bereich, gar keine Frage. Die Forschungsdaten, die es dazu gibt, sind bislang unzureichend auf Geschlechterunterschiede analysiert. Insgesamt sind Frauen aber sehr viel häufiger von orthopädischen Erkrankungen betroffen, weil sie einfach älter werden. Ich will damit zeigen, das ganze System ist sehr viel vielschichtiger, und wir müssen uns Zeit nehmen, um uns die einzelnen Schwerpunkte noch einmal anzuschauen.

Vorhin wurde der Aspekt psychische Gesundheit bei Männern benannt. Wir wissen, dass Frauen entweder doppelt so häufig an einer Depression erkranken oder die Diagnose doppelt so häufig gestellt wird. Wir wissen eigentlich gar nicht, was genau das Faktum ist, also ob Frauen wirklich häufiger erkranken oder ob nur die Diagnosestellung häufiger erfolgt. Frauen sind häufiger von Angststörungen betroffen, und man muss einfach sagen – wenn man den DAK-Gesundheitsbericht 2016 nimmt –, die Arbeitsfehlrate bei Frauen sind deutlich höher als bei Männern. Das heißt, ich finde eigentlich für beide Geschlechter etwas, das mich in Schwingung bringen sollte. Mein Punkt ist einfach: Wir sollten „geschlechtersensibel“ als eine Kategorie nehmen und dann schauen: Wo haben wir eine Unterversorgung, wo haben wir eine Fehlversorgung?

Ich möchte noch etwas zu den Maßnahmen sagen, und zwar zu Ihrer Frage, die ich ganz interessant fand wie auch das Thema Individualisierung: Wo bleibt eigentlich der Einzelne in seiner Verantwortlichkeit? – Das ist, finde ich, eine zentrale Frage. Es gibt eine individuelle Verantwortlichkeit. Ich glaube aber, dass ich für das Ausleben einer solchen Verantwortlichkeit eine gewisse Grundsicherheit haben muss, eine gewisse

Existenzsicherung, und da kommt der Aspekt der sozialen Ungleichheit zum Tragen. Ich bin im Übrigen froh, dass wir diesen klassischen Krankenkassenblick ein bisschen verloren haben – diese Verhaltensprävention: wir sitzen alle zu viel und ernähren uns nicht gesund. Wir müssen den Blick eher noch einmal auf die Verhältnisprävention richten. Das hängt für mich ganz eng mit dem Resilienzkonzept zusammen.

Im Ruhrgebiet haben wir eine klassische Nord-Süd-Gliederung. Das haben wir beispielsweise in Dortmund, wir haben es in Bochum: Wir haben bestimmte Stadtquartiere, in denen die Leute kränker sind, wo sie eben nicht nur häufiger an Lebererkrankungen erkranken, sondern wo sie auch früher sterben. Wir haben in den südlichen Bereichen bessere Stadtquartiere. – Wir müssen individuelles Verhalten anschauen, wir müssen aber auch die Lebenssituation in den Quartieren betrachten und das mit der Lebenslage koppeln. Wir können für Nordrhein-Westfalen eigentlich ganz genau kartieren, wo wir Alleinerziehende mit vielen Kindern haben, mit niedrigem Einkommen oder hoher Arbeitslosigkeit. Das sind alte Daten, die schon lange da sind. Da muss man schauen, wie man das vor dem Hintergrund der Haushaltssicherung in die Kommunen bekommt. Wie spreche ich beispielsweise die alleinerziehenden Frauen an?

Was mache ich denn, wenn ich eine psychische Erkrankung habe? Wie lange dauert es, bis ich in eine Therapie komme? – Ich habe vorhin die BELLA-Studie auf Bundesebene angesprochen. Die hat einen Nebenbefund gezeigt, den ich hochdramatisch finde, dass nämlich mit zunehmendem sozioökonomischem Status die Behandlungshäufigkeit ansteigt. Das heißt, je mehr Geld ich habe, umso mehr habe ich auch einen Zugriff auf das Behandlungssystem, und umso schneller falle ich durch das Loch, wenn ich keine finanzielle Grundsicherung habe, um vielleicht für einen privaten Psychotherapeuten zu bezahlen. – Das ist der eine Punkt.

An der Stelle ist mir noch einmal die Passgenauigkeit von Präventionsprogrammen wichtig. Wir haben, seit Langem bekannt, das sogenannte Präventionsdilemma: Prävention machen die Leute, die es ohnehin wissen, also wir alle hier. An die Leute, an die wir herankommen wollen, kommen wir nicht heran. Wir müssen uns überlegen – das haben wir im Kompetenzzentrum sehr wohl für Frauen betrachtet –, was wir eigentlich jenseits der wichtigen ärztlichen Versorgung anbieten. Da spielen Sozialarbeiter im Quartier für mich eine entscheidende Rolle, um eine Stabilisierung und ein erstes Krisenmanagement hinzubekommen. Da kann die soziale Dimension auf die Gesundheit auch sofort in die Umsetzung kommen.

Vorletzter Punkt: Ich finde, wir haben in Nordrhein-Westfalen ein wunderbares Instrument neben der Landesgesundheitskonferenz, wir haben die kommunalen Gesundheitskonferenzen. Da könnte man Themen adressieren. Die kommunalen Gesundheitskonferenzen machen zum Teil eine super Arbeit. Ich glaube, da kann die LGK wirklich richtungweisend sein, und man kann eben auch die Kommunen mit ins Boot holen, in denen viele Leute ganz aktiv in der Aufwertung von Stadtquartieren unterwegs sind. Wenn Sie nach Wattenscheid gehen, wenn Sie nach Bochum Werne/Langendreer gehen, da sind Stadtplaner, die sich Gedanken um Gesundheit machen. Die müssen wir mit ins Boot holen.

Letzter Punkt, Thema Bildung, das liegt mir seit Jahrzehnten am Herzen: Eigentlich bräuchten wir so etwas wie ein Schulfach „Gesundheit“, da bekommt man nämlich

viele Themen hinein. Das ist hier nicht Thema, das gehört in ein anderes Ressort, aber ich glaube, damit könnte es weitergehen.

**Amt. Vorsitzende Astrid Birkhahn:** Vielen Dank. – Frau Prof. Dr. Bardehle, bitte.

**Prof. Dr. Doris Bardehle (Stiftung Männergesundheit):** Ich gehe auf einige Fragen ein – Individuum und Achtsamkeit: Das Wort „Achtsamkeit“ haben wir diskutiert, als wir 2013 versucht haben, für Deutschland eine Definition zur Männergesundheit zu erarbeiten. Wir sind auf verschiedene Definitionen gestoßen, die es schon gab, die aber sozusagen die Realität nicht wiedergespiegelt haben. Wir haben in einer Expertengruppe mit zwölf Experten eine Definition zusammengestellt, die ich auch in die Stellungnahme eingearbeitet habe. Dabei ging es auch um Achtsamkeit und individuelles Herangehen, aber auch um partnerschaftliche und kollektive Verantwortung. Es ging auch um Risikofaktoren und eigene Verantwortung. Die Frage ist, dass man auch für Männergesundheit eine Definition braucht, mit der man aber arbeiten sollte. Ich gebe nur einmal zu bedenken, dass wir versucht haben, dieses zu definieren und auch einen internationalen Vergleich dazu zu machen. Dabei haben wir festgestellt, dass es in Deutschland keine verbindliche Definition zur Frauengesundheit gibt. Es ist also auch ein Thema, das irgendwann einmal mit der internationalen Definition abzuklären.

Die Frage der Individualisierung spielt bei der hausärztlichen Versorgung eine große Rolle. Ich denke, dass wir die Rolle des Hausarztes für Männergesundheit und für Prävention und Gesundheitsförderung noch nicht ausgeschöpft haben. Ich habe jetzt gehört, dass in Kroatien – ist ja auch ein EU-Land – ein Konzept für die hausärztliche oder familienärztliche Versorgung etabliert ist, das die Prävention und Gesundheitsförderung in die ärztliche Tätigkeit der Hausärzte unbedingt einschließt. Inwieweit das bei uns umgesetzt und realisiert wird ist, glaube ich, noch verbesserungsbedürftig. Vielleicht warten wir hier noch auf die Durchführungsbestimmung zum Präventionsgesetz, welche Rolle der Hausarzt übernehmen kann, wenn das jetzt bei Patienten ab 18 Jahren eine Rolle spielt. – Ein Problem ist auch die Sensibilität der Hausärzte für geschlechtssensible oder geschlechtsspezifische Herangehensweisen an die Patienten. Sie sehen die Patienten ja auch am meisten. Das ist für die Zukunft auch noch ein Modell, an dem wir weiter arbeiten können.

Die nächste Frage war: Männergesundheitszentren. Da gibt es zwei verschiedene Sachen. Wir haben in Berlin ein Männergesundheitszentrum, das cash arbeitet. Privatpatienten gehen früh dorthin, werden im Laufe des Tages total durchgecheckt mit höchster Technik und allem, nachmittags bekommen sie ihren Befund, und wenn etwas pathologisch ist, auch gleich die Hinweise, wo das behandelt wird. Das kostet etwa 1 000 Euro. Das gibt es inzwischen in mehreren Städten, nicht nur in Berlin. Das Problem ist, das ist etwas für Leute, die genügend Geld in der Tasche haben. Was können wir aber mit der normalen männlichen Bevölkerung machen? So ein Modell – ich gehe hin und werde durchgecheckt, und ich muss nicht dahin wegen urologischen Fragen, dorthin wegen der anderen und dahin, um mein Gehör testen zu lassen, sondern alles ist an einer Stelle –, das ist eines der Best-Practice-Modelle. Wie kann man das umsetzen, ohne dass man 1 000 Euro kassiert?

Die nächste Frage, wenn es um Best-Practice-Modelle geht, ist: Männer haben ausgesagt, dass sie mit den Sprechzeiten der ambulanten Ärzte schlecht klarkommen. Wir sehen, dass jetzt ein Run auf die Notfalleinrichtungen ist. Weshalb ist das zum Teil so? Weil zu wenig Abendsprechstunden angeboten werden, freitagnachmittags quasi null. Die Frage ist also, bei der ärztlichen Versorgung doch einmal zu prüfen, was männerspezifisch ist und was nicht. – Das sind ein paar solche Modelle.

Noch einmal zum Männergesundheitszentrum: Das eine ist, die Versorgung sozusagen zu fokussieren und geballt anzubieten und die Männer nicht zwischen verschiedenen Praxen hin- und herschicken. Das Zweite ist ein Kompetenzzentrum mit wissenschaftlicher Zielstellung. Uns fehlt doch im Augenblick eine Liste von richtigen Best-Practice-Modellen, über die wir sagen können, die sind evaluiert, die bringen etwas und die können wir anbieten. Jeder macht doch irgendein Projektchen und weiß nicht, wie gut das ankommt. Ich denke, wir müssen uns dem stärker stellen, damit das in Zukunft eine wissenschaftliche Basis bekommt. Vielleicht sind sogar auch die Evaluationen von Angeboten für Frauen nicht alle sehr effektiv.

Noch einmal etwas zur Depression, auch als Best-Practice-Modell: Wir haben in Niedersachsen bei Hannover eine Station, wo Depression nur für Männer behandelt wird, ohne Frauen, keine Frauen auf der Station. Die Erfolge sind so gravierend, dass das ein richtiges Erfolgsmodell ist. Für Nordrhein-Westfalen wäre jetzt einmal zu überdenken, sich das in Niedersachsen anzuschauen und dann zu sagen, ob das auch ein Modell hier in diesem großen Land wäre, so etwas zu testen. Da kann man einmal schauen, was andere Länder machen.

Wenn Sie mich nach Best-Practice-Modellen für normale Prävention in den Städten und Gemeinden fragen, könnte ich Ihnen keine Liste vorlegen, die so griffig ist, dass man gleich sagen kann, das könnte man auswählen und für Männer anbieten. Man könnte in Nordrhein-Westfalen zum Beispiel vorschlagen, dass das Landeszentrum Gesundheit eine seiner nächsten Erhebungen zur Frage Prävention und Gesundheitsförderung, und zwar geschlechtsspezifisch, durchführt, und die müsste dann in das einfließen, was hier im Land weiter durchgeführt werden soll. Ich glaube, bei diesen Erhebungen kommen sehr gute Sachen heraus.

**Amt. Vorsitzende Astrid Birkhahn:** Ganz herzlichen Dank, Frau Prof. Dr. Bardehle. – Dr. Grobe, möchten Sie im Hinblick auf Best-Practice-Beispiele noch Ergänzungen machen?

**Dr. Thomas Grobe (MPH AQUA):** Ja, ich möchte gern noch eine Frage loswerden. Ich frage mich, wie man Prävention für spezifische prekäre Zielgruppen attraktiver machen kann, und zwar für die Anbieter. Gerade wenn ich an Männergesundheit denke, habe ich den Eindruck, unsereins wird durchaus mit erheblichen Gesundheitsangeboten überflutet und hat eine riesengroße Auswahl. Die Krankenkassen zum Beispiel engagieren sich im betrieblichen Gesundheitsmanagement, aber ich glaube, keine Krankenkasse wagt es, speziell für Arbeitslose Präventionsangebote zu propagieren

und groß auf die Agenda zu setzen. Deshalb die Frage: Wie kann ich es möglicherweise erreichen, dass sich mehr Gruppen, mehr Institutionen für solche Randgruppen engagieren?

**Amt. Vorsitzende Astrid Birkhahn:** Es wird Sie vielleicht wundern, von den Krankenkassen gibt es diese Angebote nicht, aber es gibt die Jobcenter, die sich um die Gesundheit ihrer Kunden und Kundinnen und kümmern und daher diese Angebote einkaufen, bereitstellen oder sehr sensibel dafür sind. Das ist eine Entwicklung, die jetzt im Grunde auch von der anderen Seite die Problematik in den Blick nimmt, und ich denke, da wird sich auf Dauer sicherlich eine ganze Menge bewegen, weil die Sensibilität für das Problem da ist.

Ich schaue in die Runde. Wenn ich das richtig sehe, gibt es keine weiteren Fragen.

Ich danke den Expertinnen und dem Experten für die Beantwortung unserer Fragen. Ich denke, das ist eine wichtige Abrundung unserer Kenntnisse gewesen. Zunächst Ihnen einen herzlichen Dank für Ihre schriftlichen Stellungnahmen und für Ihre Zeit, die Sie heute mit uns verbracht haben.

(Beifall)

Was Sie ausgeführt haben, war eine Erweiterung und eine Menge an wertvollen Hinweisen, die wir für unsere weitere politische Arbeit gut gebrauchen können. Herzlichen Dank. Ich wünsche Ihnen eine gute Heimreise und einen angenehmen Tag – und den Kolleginnen und Kollegen Abgeordneten auch einen guten Abend. Danke für heute.

Ich weise darauf hin, dass die nächste Ausschusssitzung am 28. September stattfindet. Die Sitzung ist geschlossen. Auf Wiedersehen.

Astrid Birkhahn  
Amt. Vorsitzende

## Anlage

20.10.2016/27.10.2016

215

Stand: 02. September 2016

Anhörung  
des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales  
am Mittwoch, 7. September 2016, 15.30 Uhr, Raum E 3 D 01

Thema: "**Gleichstellung von Frauen und Männern in der Gesundheitsprävention und -förderung voranbringen - Benachteiligung von Jungen und Männern abbauen**"

Antrag der Fraktion der FDP, Drucksache 16/12112

## Tableau

eingeladen	Redner/in Weitere Teilnehmer/-innen	Stellungnahme
Ärztammer Nordrhein Düsseldorf	<b>Sabine Schindler-Marlow</b> Christa Schalk	<b>16/4100</b>
Ärztammer Westfalen-Lippe Körperschaft des öffentlichen Rechts Münster/Westfalen	<i>keine Teilnahme</i>	<b>16/4107</b>
Dr. med. Thomas G. Grobe, MPH AQUA - Institut für angewandte Qualitäts- förderung und Forschung im Gesundheits- wesen GmbH Göttingen	<b>Dr. Thomas Grobe</b>	<b>16/4120</b>
Prof. Dr. Theodor Klotz Stiftung Männergesundheit	<b>Prof. Dr. Bardehle</b>	<b>16/4090</b>
Prof. Dr. Doris Schaeffer Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld Bielefeld	<b>Prof. Dr. Hornberg</b>	<b>16/4123</b>
Kompetenzzentrum Frauen und Gesundheit NRW Bochum		
Prof. Dr. med. Frank Sommer Abteilung Männergesundheit UKE Hamburg Hamburg	<i>keine Teilnahme</i>	---

\* \* \*