

Beiträge zur
Gesundheitsberichterstattung
des Bundes

Gesundheitliche Lage der Männer in Deutschland

Kapitel 1: Einleitung

1 Einleitung

Anhand epidemiologischer Daten kann seit langem konsistent gezeigt werden, dass sich Männer und Frauen in Bezug auf Gesundheit und Krankheit deutlich unterscheiden [2, 3]. Auch hinsichtlich gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen und bei der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen lassen sich geschlechtsspezifische Unterschiede feststellen (siehe z.B. [4]). Ursachen hierfür werden u.a. in den unterschiedlichen Arbeits- und Lebensbedingungen gesehen. So gibt es Hinweise darauf, dass der Gesundheitszustand und die Mortalität eng mit sozialen Faktoren wie Bildung und Einkommenssituation verknüpft sind [5, 6]. Biologischen Faktoren wird ebenfalls ein Einfluss zugesprochen, wenn auch in geringerem Umfang [7]. Darüber hinaus scheinen sich Männer und Frauen in der Wahrnehmung, Bewertung und Kommunikation von Symptomen und gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu unterscheiden [8, 9]. Die Gesundheitswissenschaften (Public Health) verfolgen in der bevölkerungsbezogenen Erforschung der gesundheitlichen Lage einen interdisziplinären Ansatz und konzipieren Gesundheit und Krankheit als bio-psycho-soziale Phänomene [10–12]. Im Unterschied zu einer rein biologischen Sichtweise werden nicht nur somatische Einflussgrößen berücksichtigt, um die Entstehung und den Verlauf von Krankheiten zu erklären, sondern auch psychische, soziale und gesellschaftliche Faktoren und Prozesse. Außerdem werden nicht nur Krankheiten, sondern auch Gesundheit betrachtet. Ergänzend zu ätiologisch ausgerichteten Risikofaktorenmodellen, werden Schutzfaktoren und Bewältigungsressourcen sowie gesundheitsförderliche oder -abträgliche Verhaltens- und Lebensweisen einbezogen, um die Aufrechterhaltung von Gesundheit und Wohlbefinden zu erklären (Salutogenese) [13, 14].

1.1 Was beeinflusst die Gesundheit von Männern? ¹

Grundlegend für das Verständnis des Zusammenhangs von Geschlecht und Gesundheit ist die aus dem Englischen entlehnte Differenzierung zwischen *sex* und *gender*, zwischen einem biologischen und einem sozialen Geschlecht. Das Geschlecht eines Menschen und jede damit zusammenhängende Zuordnung einer Person ist demnach nicht nur abhängig von seinen biologischen Voraussetzungen, sondern hängt stark mit sozialen und kulturellen Prägungen zusammen. Unter *sex* ist alles zu verstehen, was als biologisch gegebenes und körperlich beschreibbares Geschlecht gilt, z.B. Anatomie, Morphologie, Physiognomie, Hormone und Chromosomen eines Menschen [15]. *Gender* umfasst dagegen die durch soziale Prozesse erworbenen und auf das Geschlecht bezogenen Verhaltensweisen, Eigenschaften und Interessen [16, 17]. In die Erklärung der Geschlechterunterschiede sind daher neben biologisch-genetischen Faktoren schon früh psychosoziale Aspekte in Form von sozialen Rollenerwartungen und Handlungsmustern einbezogen worden (vgl. u.a. [18]).

1.1.1 Biologisch-genetische Erklärungsansätze der Gesundheit von Männern (sex)

Männer und Frauen unterscheiden sich in ihrer biologisch-genetischen Ausstattung auf vielfältige Weise. Sie sind durch körperliche Merkmale, die primären und sekundären Geschlechtsmerkmale (Genitalien, Brüste, Behaarung, Körperbau), meist eindeutig zu erkennen. Neben diesen offensichtlichen Unterschieden weisen Männer und Frauen auch bei vielen anderen physiologischen Merkmalen Unterschiede auf. Diese sind jedoch oftmals, wie bei der Körpergröße und dem Hormonspiegel,

¹ Die in diesem Kapitel präsentierten Ergebnisse entstammen der Expertise »Was beeinflusst die Gesundheit der Männer?«, die am Institut für Gesundheits-, Ernährungs- und Sportwissenschaften, Abteilung Gesundheitspsychologie und Gesundheitsbildung der Europa-Universität Flensburg im Auftrag des Robert Koch-Instituts erstellt wurde [1].

weniger auffällig und eher kontinuierlich als dichotom verteilt [19].

Einige wesentliche Unterschiede zwischen Männern und Frauen in Gesundheit und Krankheit können durch diese biologischen Aspekte erklärt werden. So haben die differierenden genetischen Anlagen, hormonellen Ausstattungen und Anatomien sowie die reproduktiven Organe und ihre Funktionen großen Einfluss auf das mögliche Krankheitsspektrum sowie auf die Häufigkeit, Symptomatik, Ausprägung und Dauer von vielen Krankheiten [20]. Im männlichen und weiblichen Genotyp finden sich zudem Einflussfaktoren, die Auswirkung auf die Prävalenz und Inzidenz einiger spezifischer Erkrankungen, wie z.B. Farbenblindheit oder Bluterkrankheit, haben [21]. Bei Autoimmunerkrankungen, wie beispielsweise Multiple Sklerose, haben Frauen genetisch bedingt höhere Erkrankungswahrscheinlichkeiten als Männer [22]. Frauen besitzen durch die Ausschüttung weiblicher Sexualhormone (Östrogene) einen protektiven Faktor hinsichtlich der koronaren Herzkrankheit. Dieser Schutz fehlt Männern und geht auch bei Frauen mit dem Absinken des Östrogenspiegels mit der Menopause wieder verloren [23]. In Bezug auf Hormone lassen sich jedoch nicht nur Faktoren finden, die das Risiko einzelner Erkrankungen direkt mitbestimmen. Indirekt beeinflussen vor allem Sexual-, Stress- und Schilddrüsenhormone (wie Testosteron, Cortisol und Thyroxin) auch die Verhaltensweisen von Männern und Frauen und damit ebenfalls ihr Gesundheitsverhalten [21, 24].

Die gesundheitlichen Differenzen zwischen Männern und Frauen können nur zum Teil mit biologisch-genetischen Faktoren erklärt werden. Man geht heute davon aus, dass lediglich etwa ein Jahr von insgesamt etwa sechs Jahren, die Männer im Mittel früher sterben, durch biologische Faktoren bedingt ist [25]. Aus diesem Grund kann eine reduktionistische Sicht auf rein biologische Prozesse als nicht ausreichend angesehen werden [24]. Um gesundheitliche Unterschiede zu erklären, muss häufig eine Kombination verschiedener Faktoren (biologisch und psychosozial) herangezogen werden [25], da sich die biologisch-genetischen und die psychosozialen bzw. kulturellen Faktoren wechselseitig bedingen.

1.1.2 Die soziale Konstruktion von Geschlecht (gender) und deren Einfluss auf das Gesundheits- bzw. Risikoverhalten

Neben den biologischen Unterschieden zwischen Männern und Frauen ist davon auszugehen, dass die Verschiedenheit der Geschlechter auch stark sozial geprägt ist [26]. Es existieren gesellschaftliche Vorstellungen über Männer und Frauen und ihr soziales Handeln für alle Lebensbereiche. Dabei gibt es keinen objektiven Standpunkt, von dem aus Männer oder Frauen bzw. Mann- oder Frausein definiert werden, und die Entwicklung zeigt, dass sich Vorstellungen darüber mit den gesellschaftlichen Veränderungen wandeln [27]. Das hat auch Folgen für das Verhältnis der Geschlechter untereinander [28].

Geschlechtsspezifische Haltungen und Verhaltensmuster bilden sich vor allem in Kindheit und Jugend aus. Insbesondere der Phase der Adoleszenz kommt für die Ausprägung des Geschlechterrollen-Selbstkonzeptes eine wesentliche Bedeutung zu [29]. Hier bilden sich männliche Identitäten und Lebensentwürfe mit Vorstellungen von gesellschaftlich anerkannten Männlichkeitsbildern und Geschlechterbeziehungen aus. Der Umgang mit den Entwicklungsaufgaben der Adoleszenz, wie z.B. der äußeren und inneren Abgrenzung von den Eltern, der Gestaltung der Mutter-Vater-Sohn-Beziehung oder der Auseinandersetzung mit Körperlichkeit und Sexualität nimmt wesentlichen Einfluss auf die Entstehung von männlichen Lebensentwürfen. Männlichkeitsmuster entstehen aber auch im Kontext von Jugendkulturen und Peers, beispielsweise in Form riskanter Inszenierungen als Ausdrucksform von »Männlichkeit« im Zuge des Heranwachsens [30].

Geschlecht ist daher nicht nur etwas, das wir »haben oder sind, sondern etwas, das wir tun« [31]. Dieses geschlechtliche Handeln (*doing gender*) ist ein Komplex aus Aktivitäten, welche der männlichen oder weiblichen »Natur« Ausdruck verleihen [16]. Die Vorstellungen darüber, was Männer und Frauen sind oder wie sie sich verhalten sollten (Rollenerwartungen), werden in konkreten Situationen fortlaufend aktiv geschaffen und durch Handlungen und Verhaltensweisen ausgedrückt [16]. Mittels *doing gender* wird durch Abgrenzungen wie auch durch Zugehörigkeiten die eigene soziale Position als Mann oder Frau definiert [32].

Unterschiede zwischen Männern (*differences within*), die sich in weiteren sozialen Bezugsgrößen wie Ethnie, sozialer Status, Bildungsstand oder anderen, die Lebenssituation bestimmenden Faktoren manifestieren, sind aber ebenso relevant wie Unterschiede zwischen Männern und Frauen (*differences between*) [33]. Häufig lassen sich erst dadurch differenziertere geschlechterrelevante Handlungsbezüge erkennen (Intersektionalität) [34].

Auch das Gesundheits- und Risikoverhalten ist eng mit soziokulturellen Bedingungen und gesellschaftlichen Geschlechterrollen und entsprechenden Rollenerwartungen verbunden [35]. Das gesundheitsbezogene Verhalten hängt demnach, wie auch andere Verhaltensweisen, davon ab, welche Handlungen als normativ männlich oder weiblich wahrgenommen werden [36]. Folglich ist das Gesundheitsverhalten nicht nur durch individuelle Entscheidungen bestimmt, sondern als Ergebnis einer sukzessiven Aneignung vorgefundener und zum Teil geschlechtlich geprägter Mentalitäts- und Verhaltensvorgaben auch sozial konstruiert.

So wird das körperbezogene Verhalten von erlernten Regeln und Überzeugungen mitbestimmt (somatische Kultur) [37]. Es stellt ein sozialisationsabhängiges Muster dar, mit dem eigenen Körper umzugehen, welches auch andere Individuen in vergleichbarer gesellschaftlicher Position teilen [38, 39]. In ihren geschlechtsspezifischen Ausformungen beeinflussen somatische Kulturen demzufolge die Wahrnehmung von Lust und Unlust, die Einstellung zur Sexualität, den Umgang mit Krankheit und Gesundheit sowie die Inanspruchnahme medizinischer Hilfe [39]. Dabei wird deutlich, dass es keine einheitlichen geschlechtsspezifischen somatischen Kulturen gibt, sondern verschiedene Muster mehr oder weniger geschlechtsspezifischer Verhaltensregeln und Überzeugungen denkbar sind. Wenn unterschiedliche somatische Kulturen zur Erklärung von Gesundheitsunterschieden zwischen Männern (bzw. zwischen Frauen) herangezogen werden, können sie zu einer differenzierten Sichtweise auf männliche (oder weibliche) Gesundheit beitragen.

1.2 Männergesundheit als Thema für die Gesundheitsberichterstattung

Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes hat die Aufgabe, aktuelle Daten und Informationen über den Gesundheitszustand und die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in Deutschland bereitzustellen [40]. Gegenstand der Gesundheitsberichterstattung sind dabei neben der gesamten Bevölkerung auch einzelne Gruppen, die unterschiedlichen Gesundheitsrisiken ausgesetzt sind bzw. unterschiedliche Gesundheitschancen haben. In Deutschland wurden ausgehend von den Ergebnissen der Frauengesundheitsforschung bereits seit dem Jahr 2000 Frauengesundheitsberichte auf regionaler Ebene erstellt [41, 42], bevor im Jahr 2001 der »Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland« vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) herausgegeben wurde [43]. Seit Erscheinen der Frauengesundheitsberichte wurde auf Defizite in der Berichterstattung über Männergesundheit hingewiesen [44]. Die Länder Nordrhein-Westfalen und Mecklenburg-Vorpommern haben daher im Jahr 2008 Männergesundheit als eigenständige Themen in ihrer Gesundheitsberichterstattung aufgegriffen [45, 46]. Es folgten Schleswig-Holstein [47], Berlin [48] und Bayern [49]. Im Jahr 2010 veröffentlichte die Stiftung Männergesundheit und die Deutsche Gesellschaft für Mann und Gesundheit e.V. den Ersten Deutschen Männergesundheitsbericht [50] und im Jahr 2013 einen weiteren mit dem Fokus psychische Gesundheit [51]. Auch die Europäische Kommission erkannte die zunehmende Bedeutung des Themas aufgrund der z.T. erheblichen geschlechtsspezifischen Unterschiede einerseits und der Unterschiede innerhalb der Gruppe der Männer zwischen den Ländern der Europäischen Union und veröffentlichte im Jahr 2011 den Statusbericht »The State of Men's Health in Europe« [52].

Um die spezifischen Besonderheiten von Männern in Bezug auf Gesundheit und Krankheit stärker zu berücksichtigen, stellt die Gesundheitsberichterstattung des Bundes das Thema Männergesundheit in den Mittelpunkt dieses Berichtes. Zur Beschreibung der gesundheitlichen Situation von Männern werden dabei nicht nur biologische und somatische Einflussgrößen

berücksichtigt, sondern auch psychische, soziale und gesellschaftliche Faktoren und Prozesse. Die Differenzierung zwischen *sex* und *gender*, also zwischen dem biologischen und dem sozialen Geschlecht, ist dabei eine wesentliche Grundlage [17, 32, 53].

Der Bericht soll wichtige Daten und Informationen zur Männergesundheit in Deutschland pointiert zusammenführen und analysieren. Ziel ist es, über eine geschlechtervergleichende Perspektive hinaus, innerhalb der Gruppe der Männer Unterschiede hinsichtlich Belastungen, Risiken und Potenzialen zu thematisieren. Für die verschiedenen Themenbereiche werden ausgehend von einem Geschlechtervergleich zunächst quantitative Unterschiede zwischen Männern und Frauen beschrieben. Dieser Vergleich ermöglicht es, geschlechtsspezifische gesundheitliche Chancen und Risiken zu identifizieren. Da in Abhängigkeit vom Lebensalter und von der Lebenssituation verschiedene Risiko-, aber auch Schutzfaktoren für die Gesundheit wirken und Geschlecht immer auch mit anderen Variablen sozialer Differenzierung interagiert, wird die Gesundheit von Männern in verschiedenen Lebensphasen und spezifischen Lebenslagen näher betrachtet. Alter, Bildung, soziale Lage, Lebensform und Erwerbsstatus sind dabei wichtige Differenzierungsmerkmale, wobei ein Schwerpunkt des Berichtes auf Männern im erwerbsfähigen Alter liegt. Ein weiteres wichtiges Merkmal, das gesundheitliche Auswirkungen haben kann, ist der Migrationsstatus (Übersicht unter [54]). Sofern es die Datenlage zulässt, wird für einzelne Themenbereiche die Darstellung um diesen Aspekt erweitert. Erst durch die Berücksichtigung der soziodemografischen Kennzahlen geraten die geschlechtsspezifischen Rahmenbedingungen und Einflussfaktoren für Gesundheit und Krankheit in den Blick. Die gefundenen Unterschiede zwischen den Geschlechtern wie auch die Unterschiede innerhalb der Gruppe der Männer werden theoriegeleitet interpretiert. Die geschlechtersensible Herangehensweise ermöglicht es, Verbesserungspotenziale im Hinblick auf die gesundheitliche Situation von Männern aufzuzeigen [55–57]. So können gesundheitspolitisch relevante Zielgruppen für Prävention und Gesundheitsförderung identifiziert, Hinweise zur Verbesserung der (geschlechtsspezifischen) gesundheitlichen Versorgung geliefert

und Mechanismen aufgezeigt werden, die insgesamt zur Gesunderhaltung von Männern beitragen können.

Der Bericht basiert dabei, wie für die Gesundheitsberichterstattung üblich, auf einer breiten, Datengrundlage. Eine wichtige Datenquelle sind dabei bevölkerungsrepräsentative Gesundheits-surveys. Außerdem werden die amtlichen Statistiken des Statistischen Bundesamtes genutzt sowie Register- und Routinedaten sowie für die Auswertungen herangezogen. Für eine geschlechtersensible Gesundheitsberichterstattung sind die amtlichen Statistiken, Register- und Routinedaten nicht immer ausreichend, weil sie in vielen Fällen nicht gestatten, die Gesundheit von Männern vor dem Hintergrund ungleicher Lebensbedingungen und Teilhabechancen zu betrachten. Hier eröffnen die, z.B. vom Robert Koch-Institut (RKI) durchgeführten Gesundheitssurveys einen erweiterten Zugang. Neben einem breiten Spektrum gesundheitsrelevanter Themen wie Krankheiten, Beschwerden, subjektive Gesundheit, gesundheitsbezogene Lebensqualität, psychische Störungen und Gesundheitsverhalten beinhalten sie auch Fragen zu Erwerbsarbeit, Familie, Wohnort und anderen Lebensbereichen und schaffen damit die Voraussetzung für eine die Lebenssituation berücksichtigende Gesundheitsberichterstattung. Zum Teil werden auch qualitative Studien verwendet, um mögliche Erklärungszusammenhänge aufzudecken.

1.3 Struktur des Berichtes

Das nachfolgende Kapitel (**Kapitel 2**) gibt einen Überblick über Aspekte des Gesundheitsstatus von Männern, die aus der Public Health-Perspektive besonders wichtig sind. Ausgehend von Geschlechtsunterschieden in der Lebenserwartung sowie bei den Haupttodesursachen werden Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen sowie das Unfallgeschehen beschrieben. Des Weiteren wird auf die Häufigkeit psychischer Störungen und die mögliche Spezifik der Krankheitsbilder bei Männern eingegangen, auch im Hinblick auf Abhängigkeitserkrankungen (Sucht) und Suizidalität. Sexuelle Funktionsstörungen, die Problematik der Unfruchtbarkeit sowie sexuell übertragbare Infektionen bilden weitere Aspekte dieses Kapitels. Die

Angaben der Männer zur Zufriedenheit mit dem eigenen Gesundheitszustand in Abhängigkeit verschiedener Einflussfaktoren runden das Kapitel ab. Ergebnisse zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch Männer fließen in die Darstellungen einzelner Aspekte mit ein.

Kapitel 3 richtet den Blick auf das Gesundheitsverhalten von Männern. Neben körperlicher Aktivität und Sport werden Ernährungsverhalten, Alkoholkonsum und Substanzgebrauch (illegale Drogen, Medikamentenmissbrauch, Doping) von Männern dargestellt. Gewalt von und gegen Männer ist ebenfalls ein Thema dieses Kapitels. Die ausgewählten Aspekte des Gesundheitsverhaltens werden hinsichtlich der wichtigsten Differenzierungsmerkmale beschrieben und auch hinsichtlich des möglichen Einflusses gesellschaftlicher Leitbilder von Männlichkeit diskutiert.

Ein Fokuskapitel (**Kapitel 4**) des Berichtes widmet sich der Bedeutung von Erwerbsarbeit und Arbeitslosigkeit für die Gesundheit. Dabei wird zunächst die Erwerbstätigkeit von Männern und Frauen hinsichtlich Erwerbsbeteiligung, Wirtschaftszweigen und beruflichen Tätigkeiten, Einkommensverteilung und familiärer Arbeitsteilung beschrieben. Anschließend werden spezifische Gesundheitsrisiken untersucht, denen Erwerbstätige an ihren Arbeitsplätzen ausgesetzt sind. Berücksichtigt werden dabei sowohl physische und umgebungsbezogene als auch psychosoziale Arbeitsbelastungen. Die gesundheitlichen Folgen von Arbeitslosigkeit speziell bei Männern sind ein weiterer Aspekt des Kapitels.

Neben der Arbeitswelt spielt die Lebensform bzw. der familiäre Lebenskontext eine zentrale Rolle für das Wohlbefinden und die Gesundheit. Aus diesem Grund widmet sich das zweite Fokuskapitel (**Kapitel 5**) des Berichtes dem Thema Lebensformen und Gesundheit von Männern. Darin wird zunächst ein Überblick über die Pluralisierung privater Lebensformen gegeben. Im Zentrum des Kapitels stehen Ergebnisse zu den Auswirkungen von Partnerschaften und Familie auf die Gesundheit von Männern. Diese werden vor dem Hintergrund diskutiert, dass Lebensformen in verschiedenen biografischen und lebensphasenspezifischen Kontexten unterschiedliche Bedeutung erlangen können. Gleichgeschlechtliche Lebensformen, Trennung und Scheidung und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit von Männern so-

wie die gesundheitliche Situation von Alleinerziehenden sind weitere Themenbereiche in diesem Kapitel. Abschließend wird der Frage nachgegangen, wie sich Veränderungen des männlichen Rollenverständnisses auf die Gesundheit von Männern auswirken.

In **Kapitel 6** werden die Handlungsfelder einer mänderspezifischen Prävention und Gesundheitsförderung skizziert. Dazu werden zunächst die Angebotsstruktur und die Inanspruchnahme von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung analysiert. Im Anschluss daran werden bedarfsorientierte Weiterentwicklungsmöglichkeiten aufgezeigt und Kriterien für die Gestaltung einer männergerechten Versorgungsstruktur im Rahmen der Prävention und Gesundheitsförderung aufgestellt. Die Notwendigkeit der Ausdifferenzierung von Zielgruppen sowie geschlechtersensibler Kommunikationsansätze werden dabei ebenso thematisiert wie die Implementierung von Gender Mainstreaming als Querschnittsanforderung und Qualitätsmerkmal von Gesundheitsförderung und Prävention.

Das abschließende **Kapitel 7** zeigt auf der Grundlage der Erkenntnisse des Berichtes mögliche Perspektiven der Männergesundheitsforschung auf.

Literatur

1. Faltermaier T, Schulz I-M, Schwarz F (2012) Epertise zum Thema »Was beeinflusst die Gesundheit der Männer?« im Auftrag des Robert Koch-Instituts. Institut für Psychologie, Abteilung Gesundheitspsychologie und Gesundheitsbildung der Universität Flensburg
2. Verbrugge LM (1985) Gender and health: an update on hypotheses and evidence. *Journal of Health and Social Behavior* 26 (3): 156–182
3. Verbrugge LM (1989) The twain meet: Empirical explanations of sex differences in health and mortality. *Journal of Health and Social Behavior* 30 (3): 282–304
4. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2012) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2010«. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
5. Richter M, Hurrelmann K (2007) Warum die gesellschaftlichen Verhältnisse krank machen. *APuZ* 42: 3–10

6. Babitsch B (2005) Soziale Ungleichheit, Geschlecht und Gesundheit. Verlag Hans Huber, Bern
7. Pauli A, Hornberg C (2010) Gesundheit und Krankheit: Ursachen und Erklärungsansätze aus der Gender-Perspektive. In: Becker R, Kortendick B (Hrsg) Handbuch der Frauen- und Geschlechterforschung, Teil III. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden S24–335
8. Kolip P, Hurrelmann K (2002) Geschlecht – Gesundheit – Krankheit: Eine Einführung. In: Kolip P, Hurrelmann K (Hrsg) Geschlecht, Gesundheit und Krankheit Männer und Frauen im Vergleich. Verlag Hans Huber, Bern
9. Kolip P (1997) Geschlecht und Gesundheit im Jugendalter: Die Konstruktion von Geschlechtlichkeit über somatische Kulturen. Leske + Budrich, Opladen
10. Faltermaier T (2009) Gesundheit: Körperliche, psychische und soziale Dimensionen. In: Bengel J, Jerusalem M (Hrsg) Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie. Hogrefe, Göttingen, S 46–57
11. Hurrelmann K, Razum O (Hrsg) (2012) Handbuch Gesundheitswissenschaften. Beltz, Weinheim
12. Kolip P (Hrsg) (2002) Gesundheitswissenschaften. Eine Einführung. Juventa, Weinheim
13. Antonovsky A (1979) Health, stress and coping. Jossey-Bass, San Francisco
14. Antonovsky A (1997) Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. DGTV-Verlag, Tübingen
15. Gildemeister R (2008) Soziale Konstruktion von Geschlecht: »Doing gender«. In: Wilz S (Hrsg) Geschlechterdifferenzen, Geschlechterdifferenzierungen; Ein Überblick über gesellschaftliche Entwicklungen und theoretische Positionen, Studentexte zur Soziologie. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S 167–193
16. West C, Zimmerman DH (2009) Doing gender. *Faire le genre* 28 (3): 34–61+153–154
17. Kuhlmann E, Kolip P (2005) Gender und Public Health. Grundlegende Orientierungen für Forschung, Praxis und Politik. Juventa, Weinheim
18. Nathanson CA (1975) Illness and the feminine role. A theoretical review. *Social Science and Medicine* 9 (2): 57–62
19. Arnold A (2007) Biologische Grundlagen von Geschlechtsunterschieden. In: Lauterbach R, Güntürkün O, Hausmann M (Hrsg) Gehirn und Geschlecht Neurowissenschaft des kleinen Unterschieds zwischen Frau und Mann. Springer Medizin Verlag, Heidelberg, S 20–26
20. Pauli A, Hornberg C (2010) Gesundheit und Krankheit: Ursachen und Erklärungsansätze aus der Gender-Perspektive. In: Becker R, Kortendick B (Hrsg) Handbuch der Frauen- und Geschlechterforschung, Teil III. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S 24–335
21. Klotz T (1998) Der frühe Tod des starken Geschlechts: Unterschiede im Gesundheits- und Krankheitszustand von Männern und Frauen. Cuvillier, Göttingen
22. Nussinovitch U, Shoenfeld Y (2012) The role of gender and organ specific autoimmunity. *Autoimmunity Reviews* 11 (6–7): A377–A385
23. Goldberg R, Goff D, Cooper L et al. (2000) Age and sex differences in presentation of symptoms among patients with acute coronary disease: The REACT trial. *Coronary Artery Disease* 11 (5): 399–407
24. Degenhardt A, Thiele A (2002) Biomedizinische und biopsychosoziale Modelle. In: Hurrelmann K, Kolip P (Hrsg) Geschlecht, Gesundheit und Krankheit; Männer und Frauen im Vergleich. Huber, Bern, S 87–103
25. Luy M (2009) Warum Mönche länger leben: Männer und Sterblichkeit: Erkenntnisse aus zehn Jahren Klosterstudie. In: Gruner PH, Kuhla E (Hrsg) Befreiungsbewegung für Männer; Auf dem Weg zur Geschlechterdemokratie – Essays und Analysen. Psychosozial-Verlag, Gießen, S 259–276
26. Baur N, Luedtke J (2008) Konstruktionsbereiche von Männlichkeit: Zum Stand der Männerforschung. In: Baur N (Hrsg) Die soziale Konstruktion von Männlichkeit: Hegemoniale und marginalisierte Männlichkeiten in Deutschland. Budrich, Opladen Farmington Hills, S 7–30
27. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2013) Jungen und Männer im Spagat: Zwischen Rollenbildern und Alltagspraxis. Eine sozialwissenschaftliche Untersuchung zu Einstellungen und Verhalten. BMFSFJ, Berlin
28. Meuser M (2005) Die widersprüchliche Modernisierung von Männlichkeit. Kontinuitäten und Veränderungen im Geschlechterverhältnis. Gender Lecture im GenderKompetenzZentrum am 23. Mai 2005.
www.genderkompetenz.info/veranstaltungen_publications_und_news_archiv/genderlectures/050523glhu (Stand: 06.06.2014)
29. Sticher B (2010) Gesundheitsrisiken aus der Arbeitswelt und gesundheitsrelevante Verhaltensweisen. Riskantes Verhalten. In: Bardehle D, Stiehler M (Hrsg) Erster deutscher Männergesundheitsbericht: Ein Pilotbericht. Zuckschwerdt, München, S 87–111
30. King V, Flaake K (2005) Sozialisations- und Bildungsprozesse in der männlichen Adoleszenz: Einleitung. In: King V, Flaake K (Hrsg) Männliche Adoleszenz Sozialisation und Bildungsprozesse zwischen Kindheit und Erwachsensein. Campus Verlag, Frankfurt am Main, S 9–18

31. Hagemann-White C (1993) Die Konstrukteure des Geschlechts auf frischer Tat ertappen? Methodische Konsequenzen einer theoretischen Einsicht. *Feministische Studien* II 2: 68–78
32. West C, Zimmerman DH (2009) Accounting for doing gender. *Gender and Society* 23 (1): 112–122
33. Moore H (1993) The differences within and the differences between. In: Del Valle T (Hrsg) *Gendered Anthropology*. Routledge, New York, S 193–204
34. Meuser M (2010) Geschlechtersoziologie. In: Kneer G, Schroer M (Hrsg) *Handbuch Spezielle Soziologien*. VS Verlag, Wiesbaden
35. Sieverding M (2005) Geschlecht und Gesundheit In: Schwarzer R (Hrsg) *Gesundheitspsychologie (Enzyklopädie der Psychologie, Serie D)*. Hogrefe, Göttingen, S 55–70
36. Mahalik JR, Burns SM, Syzdek M (2007) Masculinity and perceived normative health behaviors as predictors of men's health behaviors. *Social Science and Medicine* 64 (11): 2201–2209
37. Boltanski L (1976) Die soziale Verwendung des Körpers. In: Kamper D, Rittner V (Hrsg) *Zur Geschichte des Körpers*. Hanser, München, S 138–177
38. Kolip P (Hrsg) (1997) *Männlichkeit und Gesundheit im Jugendalter: Die Konstruktion von Geschlechtlichkeit über somatische Kulturen*. Leske + Budrich, Opladen
39. Gredig D, Parpan A, Nideröst S (2002) Somatic culture and HIV protection strategies of heterosexual men. *Soz Präventivmed* 47 (6): 366–377
40. Lampert T, Horch K, List S et al. (2010) Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Ziele, Aufgaben und Nutzungsmöglichkeiten. *GBE kompakt 1/2010*. Robert Koch-Institut (Hrsg). www.rki.de/gbe-kompakt (Stand: 01.02.2010)
41. Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (Hrsg) (2001) *Frauengesundheitsbericht Bremen*. Freie Hansestadt Bremen
42. Sozialministerium Baden-Württemberg (Hrsg) (2000) *FrauenGesundheit. Zur gesundheitlichen Situation der Frauen in Baden-Württemberg*. Stuttgart
43. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), Verbundprojekt zur gesundheitlichen Situation von Frauen (Hrsg) (2001) *Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland* Schriftenreihe des BMFSFJ, Bd 209. Kohlhammer, Berlin
44. Stiehler M (2004) Das Kreuz mit der Geschlechterdifferenzierung in der Gesundheitsberichterstattung. In: Österreichisches Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz (BMSG) (Hrsg) *Psychosoziale und ethische Aspekte der Männergesundheit*. BMSG, Wien, S 15–22
45. Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW (2008) *Gesundheit von Jungen und Männern in Nordrhein-Westfalen – Erkrankungshäufigkeit, Risikoverhalten und präventive Potentiale*. *Gesundheit in NRW – kurz und informativ*. LIGA NRW, Bochum
46. Landesarbeitsgemeinschaft Männergesundheit Mecklenburg-Vorpommern (2008) *Dokumentation der LAG »Männergesundheit« Mecklenburg-Vorpommern*. Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Mecklenburg Vorpommern e.V., Schwerin
47. Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein (2010) *Gesund leben und arbeiten in Schleswig-Holstein. Männergesundheit*. Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein, Kiel
48. Bezirksamt Lichtenberg von Berlin, Amt für Gesundheit und Verbraucherschutz, Planungs- und Koordinierungsstelle Gesundheit (2011) *Man(n), wie geht's? Eine neue Perspektive für die Gesundheitsförderung*. Lichtenberger Männergesundheitsbericht 2011. Berlin
49. Bayerisches Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit (StMUG) (2012) *Gesund in Bayern – Männergesundheit*. StMUG (Hrsg), München
50. Bardehle D, Stiehler M, (Hrsg) (2010) *Erster Deutschen Männergesundheitsbericht. Ein Pilotbericht*. W. Zuckschwerdt Verlag, München
51. Weißbach L, Stiehler M, (Hrsg) (2013) *Männergesundheitsbericht 2013. Im Fokus: Psychische Gesundheit*. Verlag Hans Huber, Bern
52. European Commission, Directorate Health and Consumers (2011) *The State of Men's Health in Europe – Extended Report*. European Commission
53. Gildemeister R (2008) *Soziale Konstruktion von Geschlecht: »Doing gender«*. In: Wilz S (Hrsg) *Geschlechterdifferenzen, Geschlechterdifferenzierungen Ein Überblick über gesellschaftliche Entwicklungen und theoretische Positionen, Studentexte zur Soziologie*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S 167–193
54. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2008) *Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. RKI, Berlin
55. Kolip P (2011) *Wege zu einer geschlechtersensiblen Gesundheitsberichterstattung*. In: Schott T, Hornberg C (Hrsg) *Die Gesellschaft und ihre Gesundheit 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft*. VS Verlage für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S 509–523
56. Lange C, Lampert T (2004) *Perspektiven einer geschlechtersensiblen Gesundheitsberichterstattung*. *Gesundheitswesen* 66 (3): 158–163

57. Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg) (2000) Gesundheit von Frauen und Männern. Landesgesundheitsbericht 2000. MFJFG NRW, Bielefeld

Bibliografische Informationen Der Deutschen Bibliothek
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation
In der Deutschen Nationalbibliografie

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion

Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und
Gesundheitsmonitoring
Anne Starker, PD Dr. Thomas Lampert, Dr. Thomas Ziese
General-Pape-Straße 62–66
12101 Berlin

Redaktionsschluss

15. Juli 2014

Bezugsquelle

E-Mail: gbe@rki.de
www.rki.de/gbe
Tel: 030-18754-3400
Fax: 030-18754-3513

Grafik/Satz

satzinform, Berlin

Zitierweise

Robert Koch-Institut (Hrsg) (2014)
Gesundheitliche Lage der Männer in
Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsbericht-
erstattung des Bundes. RKI, Berlin

Druck

Königsdruck, Berlin

ISBN

978-3-89606-224-6