

Beiträge zur  
Gesundheitsberichterstattung  
des Bundes

## **Gesundheitliche Lage der Männer in Deutschland**

### **Kapitel 5: Lebensformen und Gesundheit von Männern**

## 5 Lebensformen und Gesundheit von Männern

Neben Erwerbsarbeit und Beruf stellen Partner- und Elternschaft zentrale Lebensbereiche dar, die für die Gesundheit von großer Bedeutung sind, jedoch bisher eher selten unter einem männerspezifischen Blickwinkel thematisiert werden. Nach einem Überblick über die Bedeutung der Pluralisierung von Lebensformen für Männer wird im vorliegenden Kapitel folgenden Fragen nachgegangen: Inwieweit variiert aktuell in Deutschland die Gesundheit von Männern nach Lebensform? Welche Rolle spielen im jüngeren und mittleren Erwachsenenalter Partnerschaft und Elternschaft für die Gesundheit von Männern? Zeigen sich hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen Lebensform und Gesundheit Unterschiede zwischen Männern und Frauen? Welche Bedeutung besitzt das partnerschaftliche Zusammenleben im höheren und hohen Alter für die Gesundheit von Männern? Wie ist die Gesundheit von Männern in gleichgeschlechtlichen Lebensgemeinschaften? Welche Zusammenhänge zeigen sich zwischen Trennung bzw. Scheidung und der gesundheitlichen Lage von Männern? Und wie wirken die Pluralisierung der Lebensformen und Veränderungen im männlichen Rollenverständnis auf die Gesundheit von Männern?

### 5.1 Pluralisierung von Lebensformen

In den vergangenen Jahrzehnten hat sich ein Wandel der privaten Lebensformen im Sinne einer zunehmenden Pluralisierung vollzogen. Während der Anteil der Alleinstehenden, der nicht-ehelichen und gleichgeschlechtlichen Lebensgemeinschaften mit und ohne Kinder, der Alleinerziehenden sowie der Stief- und Patchwork-Familien deutlich zugenommen hat, ist der Anteil der verheirateten Ehepaare mit Kindern zurückgegangen.

Männer leben, ebenso wie Frauen, im Laufe ihres Lebens in unterschiedlichen Lebensformen. Auffällig ist jedoch, dass altersspezifische Muster nach Geschlecht differieren. Während nach Angaben des Mikrozensus für das Jahr 2010 [1] im Alter von 20 bis 24 Jahren noch 62,7% der Männer bei ihren Eltern im Haushalt lebten, traf dies bei den

Frauen nur auf 45,7% zu. Bei den 30- bis 34-jährigen Männern stellte das Alleinleben die häufigste Lebensform da. Im Alter von 35 bis 50 Jahren lebte mehr als die Hälfte der Männer in Familien mit Partner(in) und Kind(ern); auf Frauen traf dies bereits ab dem Alter von 30 Jahren zu. Da Männer im Durchschnitt älter sind als Frauen, wenn sie eine Familie gründen, lebten im Alter zwischen 50 und 65 Jahren mehr Männer mit Kindern zusammen in einem Haushalt als Frauen, die sich in diesem Alter bereits häufiger in der »empty-nest-Phase« befanden. Auch im höheren Alter zeigen sich deutliche Geschlechtsunterschiede. Ab dem Alter von 65 Jahren lebten im Jahr 2010 nur 18,5% der Männer, aber 44,6% der Frauen in einem Einpersonenhaushalt. Altersdifferenziert zeigen sich dabei noch deutlichere Unterschiede: Während bei den Männern der Anteil der Alleinlebenden im Alter von 65 bis 69 Jahren 16,0% betrug und im Alter ab 85 Jahren auf 35,5% stieg, lag der Anteil der alleinstehenden Frauen bereits im Alter von 65 bis 69 Jahren bei 28,0% und stieg auf 75,0% bei den 85-Jährigen und Älteren. Der Großteil der Männer lebte somit im Jahr 2010, anders als Frauen, bis in die höchsten Altersgruppen in Partnerschaft [1]. Gründe hierfür liegen im Wesentlichen in der geringeren Lebenserwartung und dem geringeren »Verwitwungsrisiko« der Männer aufgrund des Altersunterschieds von Männern und Frauen in Partnerschaften [2, 3].

Die verschiedenen Formen des Zusammenlebens gehen für Männer und Frauen mit unterschiedlichen Aufgaben und Rollen einher, so dass sie in unterschiedlicher Weise vom Zusammenleben mit Partner(in), Kind(ern) oder anderen Menschen (Eltern, Wohngemeinschaften etc.) profitieren können.

Zwar weisen jüngere Frauen heute höhere Bildungsabschlüsse auf als Männer [4, 5] und sind insbesondere in jüngeren Jahren überwiegend berufstätig, die Geburt des ersten Kindes führt aber bei vielen Paaren zu einer Umverteilung von Erwerbsarbeit und generativer Sorgearbeit entlang traditioneller Geschlechterrollen und mündet vielfach wieder in der »traditionellen Ernährerehe« [6]. Diese ist dadurch gekennzeichnet, dass berufstätige Frauen ihre Erwerbstätigkeit im

Übergang zur Mutterschaft zum Teil erheblich reduzieren und Väter in dieser Phase vermehrt in Beruf und Karriere investieren und ihre Arbeitszeit erhöhen. Auch Paare mit egalitären Vorstellungen fallen oft bei Geburt des ersten Kindes in eine traditionelle Arbeitsteilung zurück [6]. Die Sachverständigenkommission zur Erstellung des Ersten Gleichstellungsberichtes der Bundesregierung spricht beim Übergang von der Partnerschaft zur Elternschaft von einer »Retraditionalisierung der Geschlechterarrangements« [6]. Die Verteilung von Zeit auf Beruf und Familie im Lebenslauf ist somit bis heute durch eine geschlechtsspezifische Ungleichheit gekennzeichnet. So weisen die Lebensläufe von Männern kontinuierliche Erwerbsbiografien und eine fast durchgehende Vollzeitbeschäftigung auf, während Frauen ihre Berufstätigkeit häufig unterbrechen und/oder ihre Arbeitszeit zum Teil deutlich reduzieren, oftmals bis unterhalb einer Halbtagsbeschäftigung [7].

Die Befunde der deutschen Zeitbudgeterhebungen, bei denen Tagesabläufe von über 12.000 Personen erfasst wurden, zeigen im Vergleich der Jahre 1991/92 zu 2001/2002 eine Stabilität der traditionellen Arbeitsteilung zwischen den Geschlechtern. Während in der Betrachtung der wöchentlichen Gesamtarbeitszeit von Männern und Frauen nur geringfügige Unterschiede zugunsten der Männer zu verzeichnen sind (in den Jahren 2001/2002 waren Männer mit bezahlter und unbezahlter Arbeit durchschnittlich 42 Stunden und Frauen 43 Stunden pro Woche beschäftigt), treten bei der Differenzierung nach bezahlter und unbezahlter Arbeit deutliche geschlechterrollenspezifische Unterschiede zu Tage. Frauen leisten pro Woche 31 Stunden unbezahlte Arbeit; Männer hingegen nur 19,5 Stunden. Bei der Erwerbsarbeit, einschließlich Arbeitssuche und Wegezeiten, verhält es sich umgekehrt. Männer sind im Durchschnitt 22,5 Stunden in der Woche erwerbstätig, Frauen lediglich 12 Stunden [8]. Ein Vergleich der Daten aus den Jahren 1991/92 und 2001/02 belegt, dass der Anteil, den Männer an der Hausarbeit leisten, in diesen zehn Jahren nur um 14 Minuten täglich gestiegen ist und überwiegend für die Tätigkeiten Kochen, Instandhaltung der Wohnung und Einkaufen verwendet wird [8, 9]. Es sind zudem insgesamt eher wenige Männer, die regelmäßig täglich Hausar-

beit verrichten. Auch wenn beide Partner in Vollzeit erwerbstätig sind, liegt die Zeit, die Männer für die unbezahlte Haus- und Sorgearbeit aufbringen, deutlich unter der der Frauen [8, 9]. Bei den Männern dominieren somit die haushaltsexternen Zeitbindungen durch Erwerbsarbeit, bei den Frauen dagegen haushaltsinterne Zeitbindungen durch Haus- und generative Sorgearbeit [6]. Die Ergebnisse der Zeitbudgeterhebung für 2012/2013 liegen noch nicht vor. Mit diesen Daten kann dann eingeschätzt werden, inwieweit sich die Arbeitsteilung zwischen den Geschlechtern geändert haben könnte. Aber auch aktuelle Studien zeigen, dass das Modell der traditionellen Arbeitsteilung zwischen Männern und Frauen weiterhin weit verbreitet ist [10].

In den letzten Jahren gibt es jedoch zunehmend mehr Männer, die alternative Lebensentwürfe zur traditionellen Arbeitsteilung praktizieren und versuchen, eine aktive Vaterschaft mit mehr zeitlichem Engagement für Kinder zu realisieren [11]. In der Studie »Männer in Bewegung« [12] zählen 19 % der Männer zur Gruppe des »modernen Mannes«, die sich eine egalitäre Aufgabenteilung in einer Partnerschaft wünscht. Auch die Zahl der Väter, die nach der Geburt eines Kindes ihre Erwerbstätigkeit, zumindest kurzfristig, unterbrechen, ist in den letzten Jahren durch die Einführung des Elterngeldes deutlich angestiegen [13]. Während vor Einführung des Elterngeldes der Anteil der Männer, die Erziehungsgeld bezogen, im 1. Quartal 2006 bei 3,5 % lag [14], nahmen im 1. Quartal 2007 schon 6,9 % [15] und im 1. Quartal 2010 bereits 24,4 % der Väter Elternzeit [16]. Im Jahr 2011 lag die Väterbeteiligung bei einem neuen Höchststand von 27,3 % [17]. Der überwiegende Anteil der Väter nimmt zwei Monate in Anspruch, insbesondere trifft dies auf ältere Väter mit einem hohen Bildungsabschluss zu, deren (Ehe-)Partnerin vor der Geburt erwerbstätig war [18].

Werden die Vorstellungen über Partnerschaftsmodelle von Männern und Frauen betrachtet, treten einige deutliche Geschlechterunterschiede zu Tage. So befürworten 80 % der jungen Frauen ein egalitäres Partnerschaftsmodell, aber lediglich 40 % der jungen Männer [19].

Werden die Arbeitszeitwünsche von Vätern und Müttern betrachtet, würden drei Viertel der Väter und mehr als die Hälfte der Mütter ihre

Arbeitszeiten gern reduzieren. Allerdings unterscheiden sie sich bei der gewünschten Wochenarbeitszeit: Mütter wünschen sich knapp 26 Stunden, Väter wünschen sich eine Wochenarbeitszeit von 37 Stunden. Acht von zehn Vätern wünschen sich somit lediglich die Einhaltung einer normalen Vollzeitbeschäftigung mit 35 bis 40 Wochenstunden, aber keine weitere Reduzierung [20]. Es besteht also auf Seiten der Männer einerseits durchaus die Bereitschaft, sich in der Familie stärker zu engagieren, andererseits fürchten viele Männer, dass eine Reduktion ihrer Arbeitszeit zu Lasten ihrer Karriere geht [10]. So besitzt trotz Pluralisierung der Lebensformen für den Großteil der Männer weiterhin die traditionelle männliche Normalbiographie Gültigkeit, die durch Vollzeiterwerbstätigkeit gekennzeichnet ist. Die männliche Identität und der männliche Lebensentwurf sind nach wie vor in starkem Maße an beruflichen Erfolg und an die Rolle des Familienernährers gekoppelt.

Nach dem traditionellen Männlichkeitsideal ermöglicht erst ein sicheres Einkommen, ein fürsorglicher Ehemann und Familienvater zu sein [21]. Viele Männer, aber durchaus auch Frauen, betrachten das Geldverdienen häufig immer noch als männliche Form der Familienarbeit [22], während das Zurückstellen des Berufs zugunsten der Familie von vielen Männern und auch Frauen als »unmännlich« angesehen wird. Deutlich wird dies auch daran, dass Probleme der Vereinbarkeit von Familie und Beruf bisher vorrangig mit Blick auf die Frauen diskutiert werden und erst nach und nach die Männer in den Blick geraten [23].

Ein weiterer Aspekt von Partnerschaft, der besonders im Alter an Bedeutung gewinnt, ist die Pflege von Angehörigen. Männer pflegen vor allem, wenn sie selbst bereits im Rentenalter sind und dann vorrangig ihre Partnerin/ihren Partner [24]. Im Alter von über 65 Jahren pflegen dabei annähernd gleich viele Männer und Frauen ihre Partnerinnen bzw. Partner [25]. Insgesamt betrachtet, pflegen nach Angaben des Alterssurveys 2008 in der ältesten Gruppe der 70- bis 85-jährigen Befragten 11 % der Frauen und 9 % der Männer noch regelmäßig privat [26]. Frauen haben jedoch eine höhere Lebenserwartung, sind in (Ehe-)Beziehungen meist jünger und leben nach dem Tod des Ehepartners häufiger allein als Männer [3]. So lebten im Jahr 2003 21 % der pfl-

gebedürftigen Männer, aber 51 % der pflegebedürftigen Frauen in einem Einpersonenhaushalt [27].

## 5.2 Erklärungsansätze zum Zusammenhang zwischen Lebensform und Gesundheit

Bestehende Erklärungsansätze zum Zusammenhang von Lebensform und Gesundheit gehen von zwei verschiedenen Hypothesen aus. Zum einen lassen sich lebensformspezifische Unterschiede in der Gesundheit durch selektive Prozesse erklären (Selektionshypothese). Danach finden gesündere Personen leichter einen Partner bzw. eine Partnerin, während es für Kranke, Behinderte oder Menschen mit gesundheitsriskanten Verhaltensweisen schwieriger ist, eine stabile Partnerschaft aufzubauen oder eine Ehe zu schließen. Daneben erhöhen physische Attraktivität, emotionale Stabilität und insbesondere soziale und finanzielle Ressourcen, die ebenfalls mit Gesundheit verknüpft sind, die Chancen, eine Partnerschaft eingehen zu können. Es werden aber durchaus auch entgegengesetzte Selektionseffekte diskutiert, wonach Menschen mit gesundheitlichen Problemen schneller heiraten, um von der unterstützenden Wirkung der Partnerschaft zu profitieren [28].

Zum anderen werden Partnerschaft und Ehe protektive Effekte zugeschrieben, die in erster Linie auf Prozessen der sozialen Integration beruhen (Kausalitäts- bzw. Protektionshypothese). So erfahren Männer und Frauen in einer Partnerschaft ein höheres Maß an sozialer Bindung, Intimität und Unterstützung sowie sozioökonomischer Absicherung, was zu mehr Wohlbefinden und auch zu einer besseren Versorgung und Pflege im Krankheitsfall führt. Soziale Kontrolle und Regulation sowie klare Verantwortlichkeiten innerhalb einer stabilen Partnerschaft gehen zudem mit einem gesünderen, Risiken vermeidenden Lebensstil einher. Mit Blick auf die Bedeutung von Partnerschaft für die Gesundheit von Männern wird diesem Sachverhalt große Bedeutung beigemessen, da argumentiert wird, dass Männer aufgrund der Beziehungsarbeit der Frau und der damit einhergehenden sozialen Unterstützung in stärkerem Maße von Partnerschaft, Ehe und Familie profitieren als Frauen [29–33]. Darüber hinaus besitzen Partnerschaft und Ehe eine hohe gesellschaftliche Anerkennung. Auch

wenn von einer zunehmenden Akzeptanz von Alleinleben als Lebensform ausgegangen werden kann, kann das Fehlen eines Partners/einer Partnerin oder Trennung bzw. Scheidung, mit Gefühlen des Versagens und Scheiterns einhergehen, die sich ungünstig auf die Gesundheit auswirken können [34–36]. Der protektive Effekt von Partnerschaft bezieht sich sowohl auf die präventive Wirkung von sozialer Unterstützung als auch auf die leichtere Bewältigung von Krankheit und Wiederherstellung von Gesundheit durch partnerschaftliche Pflege, Betreuung und Unterstützung. Allerdings können Ehe und Partnerschaft auch Stress auslösende und gesundheitsschädigende Wirkungen besitzen, besonders wenn es in der Partnerschaft zu nicht lösbaren Konflikten oder zu Gewalt kommt.

Empirische Nachweise über die Wirkungsrichtung von Lebensform und Gesundheit lassen sich nur schwer erbringen und die Datenlage ist uneinheitlich, d.h. es gibt sowohl Studien, die Selektionseffekte nachweisen können [37–40] als auch Studien, deren Ergebnisse die Protektionshypothese stützen [29, 37, 40–42]. Insgesamt wird davon ausgegangen, dass Selektions- und Protektionseffekte ineinandergreifen und dass die Relation von beiden Effekten nach Zeit und Ort [41] sowie Geschlecht variieren kann.

### 5.3 Empirische Ergebnisse zu Lebensformen und Gesundheit von Männern in Deutschland

Im folgenden Abschnitt werden empirische Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen Lebensform und Mortalität, Morbidität und Gesundheitsverhalten von Männern vorgestellt. Der Fokus liegt dabei auf dem Einfluss von Ehe/Partnerschaft, da repräsentative Daten zu anderen Lebensformen und deren Einfluss auf die Gesundheit von Männern für Deutschland nicht vorliegen. Die anderen Lebensformen (z.B. Verwitwung, Alleinleben, Alleinerziehen) und ihre Bedeutung für die Gesundheit werden anhand (internationaler) Einzelstudien in den Abschnitten 5.3.3 bis 5.3.6 untersucht.

Mit Blick auf die Lebensform Ehe und deren Einfluss auf die Mortalität kommen zahlreiche internationale Studien zu dem Schluss, dass ver-

heiratete Männer ein geringeres Mortalitätsrisiko besitzen als nichtverheiratete Männer [29, 35, 42–47], wobei die Übersterblichkeit der nichtverheirateten Männer stärker ist als die der unverheirateten Frauen [29, 42, 45, 48–50]. Eine Differenzierung nach Mortalitätsrisiken zeigt, dass die erhöhte Mortalität alleinlebender Männer auf die Todesursachen externe Gewalt, Unfälle, Suizide und Sucht zurückzuführen ist, die u.a. mit der Bereitschaft zu riskantem Verhalten assoziiert sind [29, 51]. Auch für Deutschland konnte mit Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) der Jahre 1984 bis 1998 gezeigt werden, dass ledige Männer eine signifikant höhere Mortalität aufweisen als verheiratete [52]. Im genannten Untersuchungszeitraum war das Risiko, vorzeitig zu versterben, für ledige Männer um 58% höher als für verheiratete Männer. Ledige Frauen hatten ein um 43% erhöhtes Risiko für eine Übersterblichkeit als verheiratete Frauen [52]. Neuere Auswertungen des SOEP zum Zusammenhang zwischen Familienstand und Sterblichkeit liegen für Deutschland noch nicht vor.

Auch hinsichtlich Morbidität und Gesundheitsverhalten sind die Ergebnisse der meisten Studien so zu interpretieren, dass verheiratete Männer gesünder sind als nichtverheiratete Männer [29, 31, 53–56]. Unterschiede zeigen sich vor allem im Gesundheitsverhalten und bei der psychischen Gesundheit [32]. Insgesamt sind die Ergebnisse, besonders mit Blick auf den Vergleich von Männern und Frauen, weniger eindeutig als für die Mortalität [28]. Für die Unterschiede hinsichtlich der Mortalität, Morbidität und des Gesundheitsverhaltens innerhalb der Gruppe der Männer zugunsten der verheirateten Männer werden sowohl Selektionseffekte als auch Protektionseffekte angenommen, wonach gesündere Männer eher Ehepartnerinnen finden als kranke Männer bzw. in einer Ehe von sozialer Unterstützung sowie im Krankheitsfall von Hilfe- und Pflegeleistungen profitieren.

Befunde zum Männer-Frauen-Vergleich bei Verheirateten, nach denen Männer gesundheitlich in stärkerem Maße von einer Ehe zu profitieren scheinen, werden vorrangig damit erklärt, dass Männer in Beziehungen mit traditioneller Arbeits- und Rollenteilung mehr soziale Unterstützungsleistungen erhalten als Frauen. Gestützt wird diese These auch dadurch, dass für die

Gesundheit von Männern eher der formale Ehestand wichtig zu sein scheint, während es für Frauen die wahrgenommene emotionale Qualität der Ehebeziehung ist. Denn Frauen, die sich mit ihrer Ehe unzufrieden zeigen, besitzen ein höheres Mortalitätsrisiko [57] und ein höheres Risiko für Herz- Kreislauf-Erkrankungen als zufriedene Ehefrauen [33]. Bei Männern zeigen sich hingegen keine Unterschiede nach Zufriedenheit mit der Ehe.

Wird davon ausgegangen, dass im Bestehen einer Partnerschaft generell protektive Effekte für die Gesundheit liegen können, greift eine Differenzierung nach dem Ehestatus allerdings zu kurz, da auch ledige, geschiedene oder verwitwete Männer in einer (neuen) stabilen Partnerschaft ohne Trauschein leben können, von der sie gesundheitlich profitieren können. Vor diesem Hintergrund erscheint eine Differenzierung nach Lebensformen sinnvoll, die sowohl Partner- als auch Elternschaft berücksichtigt, unabhängig davon, ob das Paar verheiratet ist oder nicht [32, 58]. Dies wird im Folgenden mit den Daten des Gesundheitsmonitorings des Robert Koch-Instituts untersucht.

### 5.3.1 Lebensformen und Gesundheit von Männern im jungen und mittleren Erwachsenenalter

Für Deutschland liefert die Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2009« (GEDA 2009) Daten zur Gesundheit von Männern in Abhängigkeit von ihrer derzeitigen Lebensform. Bei der Darstellung der Ergebnisse zur gesundheitlichen Lage von Männern im jungen und mittleren Erwachsenenalter (18 bis 59 Jahre) nach Lebensform wurde der Schwerpunkt auf die Haushaltsform gelegt und eine Differenzierung nach »Single-Haushalt«, »Partnerhaushalt ohne Kinder« und »Partnerhaushalt mit Kind(ern)« vorgenommen. Da jüngere Männer zu einem Großteil noch im Elternhaus leben, werden für die Altersgruppe der 18- bis 29-Jährigen auch Ergebnisse für diese Lebensform berichtet. Aus Gründen der Übersichtlichkeit werden die Ergebnisse für die Altersgruppen 18 bis 29 Jahre, 30 bis 44 Jahre und 45 bis 59 Jahre berichtet.

Auf die gesundheitliche Situation alleinerziehender Väter wird in Abschnitt 5.3.6 gesondert

eingegangen, da diese Gruppe zahlenmäßig sehr klein ist und daher mit den Daten von GEDA 2009 keine altersstratifizierten Ergebnisse berichtet werden können.

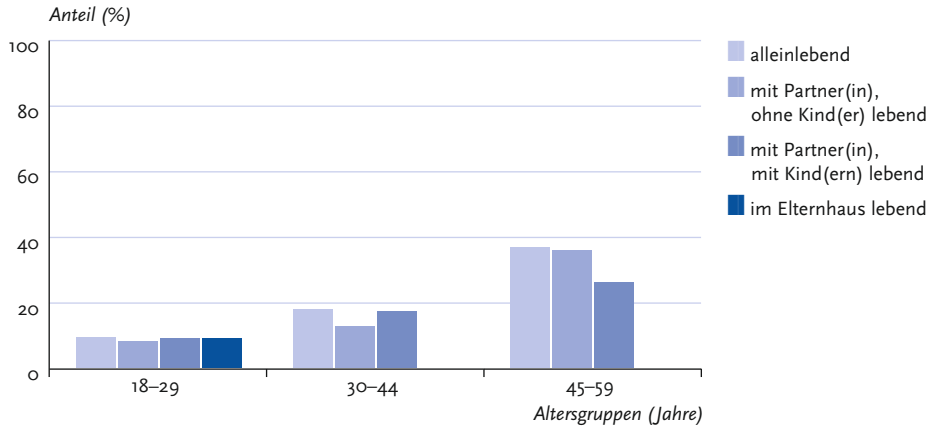
Zur Beantwortung der Frage, ob die Unterschiede in der Gesundheit zwischen den Lebensformen bei Männern oder bei Frauen größer sind bzw. Männer oder Frauen mehr von Partner- und Elternschaft »profitieren«, wird auf Odds Ratios (OR) zurückgegriffen, die mittels des statistischen Verfahrens der binär logistischen Regression berechnet werden. Das Odds Ratio ist eine statistische Maßzahl, die ausdrückt, um welchen Faktor das Risiko (statistisch korrekt: die Chance) für eine Erkrankung oder ein Verhalten in einer bestimmten Bevölkerungsgruppe im Vergleich zu einer Referenzgruppe erhöht bzw. erniedrigt ist. Als Referenzgruppe dient die Gruppe der Männer bzw. Frauen, die in einem Paarhaushalt mit Kindern leben. Da Sozialstatus und Alter innerhalb der untersuchten Altersgruppen wichtige Einflussgrößen in der Beziehung zwischen Lebensform und Gesundheit sein können, erfolgt in der statistischen Modellierung eine Kontrolle (Adjustierung) dieser Faktoren [59].

Bei einer Vielzahl der in der GEDA 2009 erfragten Parameter der gesundheitlichen Lage zeigen sich bei Männern keine Unterschiede nach Lebensform, so z.B. bei Diabetes mellitus, Asthma bronchiale, Krebs, Verletzungen bzw. Vergiftungen oder bei Rückenschmerzen. Auf eine Darstellung wird daher verzichtet. Erwähnt sei lediglich, dass sich bei Frauen bei den genannten Parametern (bis auf Diabetes mellitus) in einzelnen Altersgruppen Unterschiede nach Lebensform finden.

Bei Männern zeigen sich Unterschiede insbesondere in der subjektiven und psychischen Gesundheit sowie beim Gesundheitsverhalten. Im Folgenden werden deshalb Ergebnisse für den selbst eingeschätzten allgemeinen Gesundheitszustand, Depression, Übergewicht, Tabak- und Alkoholkonsum vorgestellt. Dabei wird für jeden dieser Indikatoren zunächst die Bedeutung der Lebensform innerhalb der Gruppe der Männer beleuchtet. Daran anschließend wird aufgezeigt, inwieweit Geschlechterdifferenzen im Zusammenhang zwischen den genannten Aspekten von Gesundheit und Lebensformen bestehen.

**Abbildung 5.1**  
**Anteil der Männer mit mittelmäßigem bis sehr schlechtem allgemeinem Gesundheitszustand (Selbsteinschätzung), stratifiziert nach Lebensform und Alter (in Prozent)**

Quelle: GEDA 2009, Robert Koch-Institut, eigene Berechnungen



### 5.3.1.1 Subjektive Gesundheit

Als ein wichtiges Maß zur Beschreibung der gesundheitlichen Lage gilt die subjektiv wahrgenommene Gesundheit, die sich in vielen Studien als geeigneter Prädiktor für die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und die Mortalität erwiesen hat.

Statistisch bedeutsame Unterschiede im selbst eingeschätzten allgemeinen Gesundheitszustand von Männern zwischen den untersuchten Lebensformen finden sich nur in der Altersgruppe der 45- bis 59-Jährigen zugunsten der Männer, die mit Partner(in) und Kind(ern) zusammen leben. Bei den jüngeren Männern bestehen hingegen nur geringe Unterschiede nach Lebensform (siehe Abbildung 5.1).

In der Altersgruppe 45 bis 59 Jahre, ist unter der Berücksichtigung von Unterschieden im Alter und in der sozialen Lage das Risiko (Odds Ratio) für einen mittelmäßigen bis schlechten Gesundheitszustand bei alleinlebenden Männern gegenüber Männern, die in einem Paarhaushalt mit Kind(ern) leben um 60 % höher, bei Männern, die nur mit Partner(in) zusammenlebenden um 50 %.

Bei den Frauen zeigen sich die Zusammenhänge zwischen Lebensform und einer weniger guten allgemeinen Gesundheit bereits in früherem Alter. So sind in der jüngsten Altersgruppe die

Frauen, die noch im elterlichen Haushalt leben, am zufriedensten mit ihrer Gesundheit. Im Alter von 30 bis 59 Jahren schätzen auch bei den Frauen die Alleinlebenden ihre Gesundheit schlechter ein als diejenigen mit Partner(in) und Kind(ern). Und während sich Unterschiede zwischen Partnerschaften mit und ohne Kinder bei den Männern in der ältesten Altersgruppe zeigen, trifft dies bei den Frauen bereits in der mittleren Altersgruppe zu (Daten nicht gezeigt).

### 5.3.1.2 Depression

Alleinlebende Männer im Alter von 30 bis 59 Jahren sind in stärkerem Maße von Depressionen betroffen als Männer, die in Partnerschaft leben: 8,6 % der 30- bis 44-jährigen und 12,2 % der 45- bis 59-jährigen alleinlebenden Männer gaben zum Zeitpunkt der Befragung eine durch einen Arzt oder Psychotherapeuten diagnostizierte Depression (12-Monats-Prävalenz) an. Die Unterschiede zwischen Männern in den anderen Lebensformen fallen demgegenüber eher gering aus.

Auch nach Berücksichtigung von Unterschieden im Alter und Sozialstatus bleiben die Ergebnisse für die alleinlebenden Männer ab 30 Jahren bestehen: Das Risiko (Odds Ratio), in den letzten 12 Monaten an einer Depression gelitten zu haben,

ist bei alleinlebenden Männern im Vergleich zu Männern, die mit Partner(in) und Kind(ern) zusammenleben 2- bis 3-fach erhöht.

Bei den Frauen sind es ebenfalls die Alleinlebenden in allen Altersgruppen, die ein mehr als 3-fach erhöhtes Risiko (Odds Ratio) besitzen, in den vergangenen 12 Monaten an einer Depression erkrankt zu sein. Darüber hinaus ist in den Altersgruppen 30 bis 44 Jahre und 45 bis 59 Jahre auch für Frauen in Paarhaushalten ohne Kinder das Risiko größer, in den vergangenen 12 Monaten an einer Depression gelitten zu haben, als für Frauen mit Partner(in) und Kind(ern). Darin unterscheiden sie sich von den Männern, bei denen das Bestehen einer Partnerschaft unabhängig von der Elternschaft mit einer geringeren Prävalenz diagnostizierter Depressionen einhergeht.

### 5.3.1.3 Übergewicht

Ein weiterer Indikator für Gesundheit, bei dem Unterschiede nach Lebensform sichtbar sind, ist das Übergewicht. Ausgehend von den in den Telefoninterviews gemachten Angaben der Teilnehmer(innen) zu Größe und Gewicht wurde der Body-Mass-Index (BMI) bestimmt, als Übergewicht gilt ein BMI größer als  $25 \text{ kg/m}^2$ .

Beim Übergewicht zeigen die alleinlebenden Männer ab dem Alter von 30 Jahren im Gegensatz zu den bisher vorgestellten Befunden günstigere

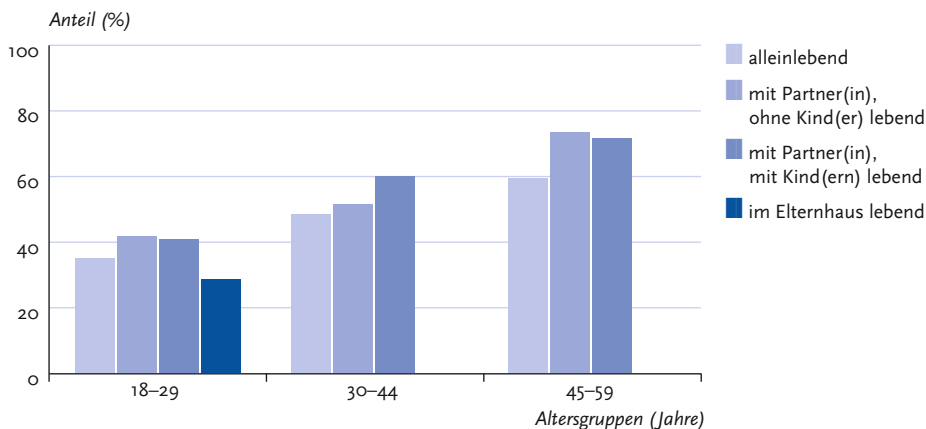
Ergebnisse, d.h. sie sind seltener übergewichtig als Männer in den anderen untersuchten Lebensformen (siehe Abbildung 5.2). In der Altersgruppe der 30- bis 44-Jährigen finden sich signifikante Unterschiede zwischen Alleinlebenden und Männern mit Kindern im Paarhaushalt. In der Altersgruppe der 45- bis 59-Jährigen zeigen sich diese zwischen Alleinlebenden und Männern in Paarhaushalten mit und ohne Kinder. Auch nach Berücksichtigung von Unterschieden hinsichtlich Alter und Sozialstatus besitzen alleinlebende Männer ab 30 Jahren ein signifikant geringeres Risiko (Odds Ratio), übergewichtig zu sein.

Im jungen Erwachsenenalter ist der Anteil der Übergewichtigen bei den im Elternhaus lebenden Männern am geringsten (siehe Abbildung 5.2). Nach der Kontrolle von Differenzen im Alter und Sozialstatus in den Lebensformen zeigt sich in der jungen Altersgruppe aber kein statistisch signifikanter Unterschied mehr.

Das für Männer beschriebene Muster, nach dem Alleinlebende seltener übergewichtig sind, trifft in der Tendenz auch auf Frauen zu. Während bei Männern jedoch Gewichtsunterschiede nach Lebensform mit dem Alter zunehmen, konnten bei Frauen lediglich in der Altersgruppe 18 bis 29 Jahre statistisch signifikante Unterschiede ermittelt werden (Daten nicht gezeigt).

**Abbildung 5.2**  
Anteil der übergewichtigen Männer, stratifiziert nach Lebensform und Alter (in Prozent)

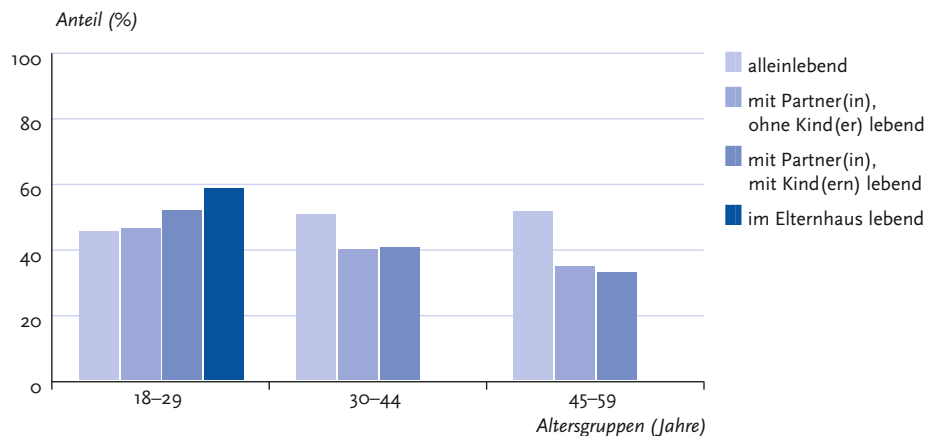
Quelle: GEDA 2009, Robert Koch-Institut, eigene Berechnungen





**Abbildung 5.3**  
**Anteil der aktuell rauchenden Männer, stratifiziert nach Lebensform und Alter (in Prozent)**

Quelle: GEDA 2009, Robert Koch-Institut, eigene Berechnungen



### 5.3.1.4 Tabakkonsum

Beim aktuellen Tabakkonsum finden sich bei Männern deutliche Unterschiede nach Lebensform zuungunsten von alleinlebenden Männern (siehe Abbildung 5.3). Diese Unterschiede sind noch nicht in der Altersgruppe der jüngeren Männer festzustellen, sondern erst in der Altersgruppe 30 bis 44 Jahre. In der Altersgruppe der 45- bis 59-Jährigen vergrößert sich die Differenz nochmals. Die Ergebnisse werden auch bei Berücksichtigung von Alter und Sozialstatus bestätigt.

Das Zusammenleben mit Kindern hat bei Frauen auch auf den Tabakkonsum einen größeren Einfluss als bei Männern. In den Altersgruppen 30 bis 44 Jahre und 45 bis 59 Jahre rauchen Frauen ohne Kinder deutlich häufiger als Frauen in einem Paarhaushalt mit Kindern (Daten nicht gezeigt).

### 5.3.1.5 Alkoholkonsum

Zur Erfassung eines gesundheitsschädigenden Alkoholkonsums wurde in GEDA 2009 der international anerkannte Screening-Fragebogen »AUDIT-C« (Alcohol Use Disorders Identification Test) eingesetzt. Ausgehend von den am Telefon gemachten Angaben der Befragten zu Häufigkeit und Menge des Konsums von Alkohol wurde ein

Index gebildet, der eine Klassifikation in keinen, moderaten und riskanten Alkoholkonsum ermöglicht [60].

Mit Blick auf einen riskanten Alkoholkonsum lassen sich bei Männern insbesondere in der jüngsten Altersgruppe große Unterschiede nach Lebensform feststellen (siehe Abbildung 5.4). Es ist dabei weniger das Zusammenleben mit einer Partnerin/einem Partner als vielmehr das Zusammenleben mit Kindern, welches dazu führt, dass Männer seltener einen riskanten Umgang mit Alkohol pflegen. In der Altersgruppe der 30- bis 44-Jährigen steigt der Risikokonsum allerdings bei den Vätern an und sinkt bei den Männern ohne Kinder im Haushalt, so dass keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den verschiedenen Lebensformen mehr bestehen.

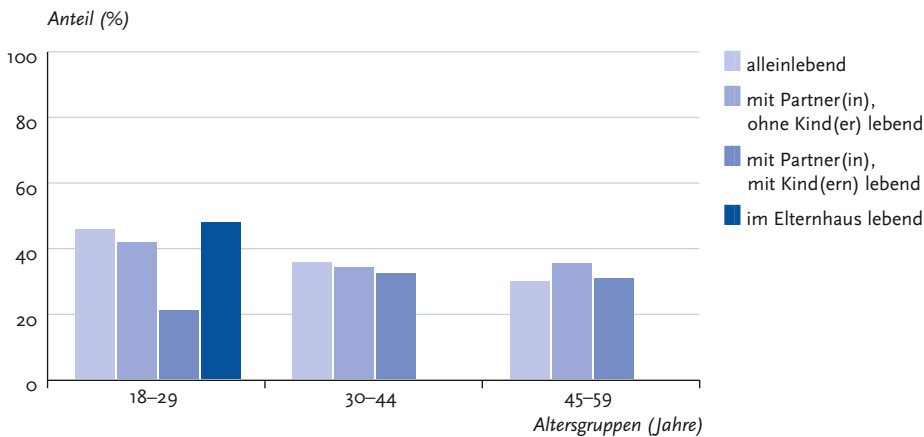
Der Vergleich von Lebensformen bei Männern und Frauen ohne Kinder mit der familiären Lebensform (Partner(in) und Kind(er)) für die Altersgruppe der 18- bis 29-Jährigen zeigt, dass das Risiko (Odds Ratio) für einen riskanten Alkoholkonsum bei jungen Frauen deutlich höher liegt als bei jungen Männern. In den beiden höheren Altersgruppen verringern sich dann bei Frauen wie bei Männern die Unterschiede nach Lebensform (Daten nicht gezeigt).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass bei vielen Aspekten von Gesundheit alleinlebende Männer ab dem Alter von 30 bzw. 45 Jahren un-

Abbildung 5.4

Anteil der Männer mit riskantem Alkoholkonsum, stratifiziert nach Lebensform und Alter (in Prozent)

Quelle: GEDA 2009, Robert Koch-Institut, eigene Berechnungen



günstigere Ergebnisse zeigen als Männer, die in einem Partnerhaushalt leben. Dies deckt sich mit den zu Anfang dargestellten internationalen Forschungsergebnissen [61]. In der jüngeren Altersgruppe zeigen sich hingegen (noch) keine bedeutenden Unterschiede zwischen den verschiedenen Lebensformen. Nur beim riskanten Alkoholkonsum treten gerade in der jüngeren Altersgruppe deutliche Unterschiede zutage. Ein riskanter Alkoholkonsum korreliert in der jungen Altersgruppe zudem weniger mit dem Leben in Partnerschaft als vielmehr in starkem Maße mit dem Vorhandensein von Kindern. Bei anderen Aspekten von Gesundheit ist bei Männern das Zusammenleben mit Kindern dagegen eher von untergeordneter Bedeutung; meist finden sich zwischen Männern in Partnerhaushalten mit und ohne Kinder(n) keine oder nur geringe Unterschiede. International zeigen sich beim Zusammenhang von Elternschaft und Gesundheit bei Männern keine einheitlichen Ergebnisse [51, 62–64].

Die hier vorgestellten Daten belegen auch bei Frauen ungünstigere Ergebnisse für die Alleinlebenden. Die in der Forschungsliteratur häufig vertretende These, wonach Männer in stärkerem Maße gesundheitlich von einer Partnerschaft »profitieren« bzw. alleinlebende Frauen aufgrund einer besseren sozialen Einbindung in soziale Netzwerke gesundheitlich besser abschneiden als alleinlebende Männer [29, 35], kann für die hier

ausgewählten Aspekte der gesundheitlichen Lage für Deutschland auf der Basis der Analysen der GEDA-Studie 2009 somit nicht bestätigt werden. Es zeigt sich vielmehr ein nach Alter und jeweiligem Gesundheitsindikator differenziertes Bild. Anders als bei Männern zeigen sich bei Frauen aber in stärkerem Maße Unterschiede zwischen Partnerhaushalten mit und ohne Kinder(n): Frauen mit Kindern erzielen meist bessere Ergebnisse bei den ausgewählten Aspekten von Gesundheit als diejenigen ohne Kinder. Dies deckt sich mit vielen Befunden der internationalen Forschung, die dem Zusammenleben von Frauen mit Kindern überwiegend einen protektiven Effekt für die Gesundheit zuschreiben [29, 36, 42, 64, 65].

Allerdings muss bei der Interpretation der Daten berücksichtigt werden, dass die Gruppe der Alleinlebenden sehr heterogen ist. So finden sich in dieser Gruppe neben den Nie-Verheirateten Singles auch Männer und Frauen, die eine Partnerin/einen Partner haben, mit der/dem sie nicht zusammenleben, sowie verwitwete, getrennt lebende oder geschiedene Personen. Auf die letztgenannten Aspekte wird in den Abschnitten 5.3.3 und 5.3.5 genauer eingegangen.

### 5.3.2 Lebensformen und Gesundheit von Männern im höheren Lebensalter

Der Übergang vom Erwerbsleben in den Ruhestand bringt Veränderungen mit sich, die auch Auswirkungen auf die Partnerschaft haben. Zu nennen sind bspw. Veränderungen in den Zuständigkeitsbereichen oder veränderte Erwartungen an den Partner. Diese können mit verschiedenen Effekten auf die Gesundheit verbunden sein. Auch mit Blick auf soziale Unterstützungsleistungen im Zuge gesundheitlicher Einschränkungen oder einer evtl. eintretenden Pflegebedürftigkeit kommt einer Partnerschaft im Alter besondere Bedeutung zu [66, 67].

Internationale Studien kommen zu dem Ergebnis, dass der Zusammenhang zwischen Familienstand und Mortalität im höheren Lebensalter weniger stark ausgeprägt ist, als bei jüngeren Menschen. Dies gilt sowohl für Männer als auch für Frauen [45, 46, 53, 68–70]. Der Verlust des Ehepartners scheint im höheren Lebensalter zudem in geringerem Maße mit Depressionen einherzugehen als im jüngeren Alter [71]. Es gibt jedoch auch Studien, die einen gegenteiligen Trend nahelegen [49]. Aufgrund von Unterschieden in den untersuchten Altersspannen und Todesursachen sowie in der Differenzierung des Familienstandes sind die Ergebnisse der verschiedenen Studien allerdings nur bedingt vergleichbar. Auch wenn nicht eindeutig geklärt ist, ob die Bedeutung von Ehe und Partnerschaft für die Gesundheit mit dem Alter zu- oder abnimmt, besteht darin Einigkeit, dass auch im höheren und hohen Alter Männer und Frauen, die in (Ehe-)Partnerschaft leben, eine geringere Mortalität aufweisen. Wie bereits gezeigt, unterscheiden sich die Lebensformen von Männern und Frauen im Alter. Insbesondere in der Altersgruppe ab 75 Jahren ist ein großer Anteil von Frauen alleinstehend, während drei von vier Männern auch in diesem Alter noch in einer Partnerschaft leben [1].

Um den Zusammenhang zwischen Lebensform und Morbidität von Männern im höheren Lebensalter darzustellen, wird erneut auf die Daten der GEDA-Studie 2009 zurückgegriffen. Hierbei werden mögliche Unterschiede in der Gesundheit zwischen alleinlebenden Männern und Männern in einem Partnerhaushalt (unabhängig davon, ob noch andere Personen im Haus-

halt leben) betrachtet. Ergebnisse werden für die Altersgruppen 60 bis 74 Jahre und 75 Jahre und älter vorgestellt. Um die Vergleichbarkeit der Ergebnisse mit denen des jungen und mittleren Erwachsenenalters gewährleisten zu können, werden die gleichen Indikatoren der gesundheitlichen Lage ausgewählt.

Insgesamt zeigen sich für die ausgewählten Aspekte von Gesundheit kaum statistisch signifikante Unterschiede nach Lebensform. Sowohl bei Diabetes mellitus, Asthma bronchiale, Krebs, Verletzungen bzw. Vergiftungen und Rückenschmerzen als auch beim Übergewicht, bei der subjektiven Gesundheit sowie beim Alkoholkonsum und der körperlichen Aktivität sind weder bei Männern noch bei Frauen Unterschiede danach festzustellen, ob der oder die Befragte in einem Paar- oder Singlehaushalt lebt.

Bei Depressionen bestehen auf Seiten der Männer im Alter ebenfalls keine signifikanten Unterschiede; während alleinlebende Frauen im Alter von 60 bis 74 Jahren in den vergangenen 12 Monaten mehr als doppelt so häufig an Depressionen litten wie Frauen, die in Partnerschaft leben.

Bei den Männern zeigen sich Unterschiede nach Lebensform nur beim aktuellen Tabakkonsum. So rauchen in der Altersgruppe der 60- bis 74-Jährigen 27,8% der Alleinlebenden und nur 16,0% der Männer mit Partner(in) im Haushalt. Im hohen Alter (75 Jahre und älter) konsumieren 19,1% der Alleinlebenden und 11,8% der Männer, die in einem Partnerhaushalt leben, Tabak. Bei den Frauen lässt sich beim Tabakkonsum kein signifikanter Unterschied feststellen.

### 5.3.3 Gesundheit von verwitweten Männern

Der Verlust der Partnerin/des Partners stellt ein Ereignis dar, das zu einer grundlegenden Veränderung der Lebenssituation führt. Wie sich diese auf die Gesundheit von Männern auswirkt, soll im Folgenden untersucht werden. Verwitwete Männer haben im Vergleich zu verheirateten Männern ein höheres Mortalitätsrisiko [43, 46, 53, 72] und eine schlechtere mentale Gesundheit [73, 74]. Auch bei Frauen kommt es durch Verwitwung zu einem Anstieg des Mortalitätsrisikos [47].

Wird jedoch auch die Zeit berücksichtigt, die nach einer Verwitwung verstrichen ist, sowie die

Todesursache zeigen sich Unterschiede nach Geschlecht. Für Frauen und Männer ist das Mortalitätsrisiko unmittelbar nach dem Tod des Ehepartners/der Ehepartnerin am höchsten [72]. So wurde beispielsweise innerhalb der ersten sieben Tage nach Verlust des Ehepartners für Männer ein 2,3-fach und für Frauen ein 3,5-fach erhöhtes Mortalitätsrisiko für ischämische Herzerkrankungen gefunden [72]. Bei Männern unter 65 Jahren konnte aber auch Jahre nach der Verwitwung noch eine Übersterblichkeit an ischämischen Herzerkrankungen beobachtet werden. Bei Männern findet sich zudem innerhalb des ersten Monats nach Verlust der Ehepartnerin ein deutlich erhöhtes Risiko, aufgrund einer nicht-natürlichen Todesursache zu versterben. Das Risiko für einen Suizid war bei Männern während des ersten Monats der Witwenschaft deutlich erhöht und lag auch ein Vielfaches über dem der Frauen. Auch Monate und Jahre nach der Verwitwung ließen sich unabhängig vom Alter bei beiden Geschlechtern, erhöhte Suizidraten messen [72]. Bezogen auf alle Todesursachen zeigte sich, dass das Mortalitätsrisiko mit zunehmender zeitlicher Distanz zum Tod der Ehepartnerin/des Ehepartners abnimmt. Für Männer unter 65 Jahren waren auch im dritten Jahr nach dem Verlust der Ehepartnerin die Werte deutlich erhöht und Männer ab 65 Jahren erreichten erst etwa nach sechs Monaten wieder das durchschnittliche Mortalitätsrisiko. Bei Frauen war dies, unabhängig vom Alter, aber bereits nach einem Monat wieder der Fall [72]. Dies könnte damit zusammenhängen, dass Männer nach dem Tod ihrer Ehefrauen in geringerem Maße sozial eingebunden sind als Frauen, die bereits während der Phase des Zusammenlebens mehr soziale Kontakte außerhalb der Partnerschaft pflegen. Nach Angaben des Alterssurveys 2008 konnten im Alter von 55 bis 69 Jahren 19 % der Männer und 38 % der Frauen und im Alter von 70 bis 85 Jahren 14 % der Männer und 26 % der Frauen auf emotionale Unterstützung durch Bezugspersonen außerhalb der Familie zurückgreifen [75]. Studien zeigen ferner, dass mit Blick auf die Gesundheit, im Alter größere soziale Netzwerke und enge Beziehungen zu Freund(inn)en und Verwandten wichtiger zu sein scheinen, als der Familienstand und der Kontakt zu den eigenen Kindern [32, 70, 76]. Die Verkürzung der Lebenserwartung nach Verwitwung wird als Beleg

dafür interpretiert, dass beim Zusammenhang zwischen Lebensform und Gesundheit nicht nur Selektions-, sondern auch Kausalitätseffekte wirksam sind [77].

### 5.3.4 Gleichgeschlechtliche Lebensformen und Gesundheit von Männern

Nach Berechnungen des Mikrozensus gab es 2009 in Deutschland mindestens 63.000 gleichgeschlechtliche Lebensgemeinschaften. 59 % der gleichgeschlechtlichen Lebensgemeinschaften wurden von Männern geführt. Diese Angaben sind als untere Grenze anzusehen. Eine obere Grenze ergibt sich aus einem Schätzverfahren, bei dem alle Haushalte, in denen mindestens zwei nicht miteinander verwandte 16-jährige oder ältere Personen gleichen Geschlechts leben, gezählt werden. Nach dieser Schätzung gab es im Jahr 2009 in Deutschland 177.000 gleichgeschlechtliche Lebensgemeinschaften. Dieser Wert ist jedoch mit großer Vorsicht zu interpretieren, da hierbei beispielsweise auch Wohngemeinschaften ohne partnerschaftlichen Hintergrund in die Berechnung eingehen [78].

Repräsentative Daten zur gesundheitlichen Situation von homo- oder bisexuellen Männern bzw. von Männern in gleichgeschlechtlichen Lebensgemeinschaften liegen in Deutschland nicht vor. In der internationalen Forschung findet mit Blick auf die gesundheitliche Situation weniger das Zusammenleben mit einem gleichgeschlechtlichen Partner als vielmehr die sexuelle Orientierung Berücksichtigung. Die Studien unterschieden sich in der Operationalisierung der Frage nach der sexuellen Orientierung (sexuelle Identität versus Geschlecht der Sexualpartner(innen)) und im Studiendesign und stellen vielfach keine repräsentativen Daten zur Verfügung. Dennoch geben sie Hinweise auf gesundheitliche Unterschiede zwischen Männern mit homosexueller Orientierung und Männern mit heterosexueller Orientierung. So zeigen in einer Metaanalyse, in die nur populationsbasierte Studien eingingen, homo- oder bisexuelle Männer ein etwa 3-fach erhöhtes Risiko für eine Depression (12-Monats-Prävalenz) [79, 80]. Für Suizidversuche fand sich ein 5- bis 6-fach erhöhtes Risiko (Lebenszeitprävalenz); die Suizidversuchsrate lag

bei homo- oder bisexuellen Männern zwischen 6% und 19%, bei heterosexuellen Männern hingegen niedriger (bis 6%) [79]. Insbesondere vor und während der Comingout-Phase, die zumeist im Jugendalter stattfindet, werden erhöhte Suizidversuchsraten berichtet [79]. Eine dänische Studie belegt, auch nach Kontrolle diverser Risikofaktoren, für Männer, die in einer eingetragenen Lebensgemeinschaft lebten, ebenfalls eine deutlich erhöhte Suizidrate [81]. Erhöhte Risiken zeigen sich daneben auch für Angststörungen und Substanzmissbrauch [82, 83].

Die höheren Prävalenzen für psychische Erkrankungen von homo- und bisexuellen Menschen werden in der Literatur u.a. damit erklärt, dass sie spezifischen Stressoren ausgesetzt sind (so genannter Minoritätenstress), die auf Prozessen der sozialen Stigmatisierung und Diskriminierung beruhen. Dazu zählen sowohl distale Stressoren (konkret erlebte Diskriminierung und Gewalt) als auch proximale Stressoren wie Angst vor potenzieller Diskriminierung und Gewalt, Verbergen der sexuellen Orientierung sowie die Verinnerlichung negativer gesellschaftlicher Bewertungen von Homosexualität [83, 84]. Das erfordert dauerhaft eine höhere Bewältigungsleistung mit möglichen negativen Folgen für die psychische und körperliche Gesundheit [85]. Viele empirische Untersuchungen stützen das Minoritätenstressmodell. Viele Männer mit homosexueller Orientierung erleben zudem bereits in der Kindheit wegen ihres geschlechtsrollenabweichenden Verhaltens negative soziale Reaktionen und werden so für Depression und Suizidalität anfällig [79]. Forschungsbefunde zeigen des Weiteren, dass soziale Unterstützung den schädigenden Effekt von homophoben Erlebnissen und Erwartungen puffern kann [79].

Da die Datenlage zur Gesundheit homo- und bisexueller Männer bisher insgesamt recht dünn ist, ruft die »American Public Health Association« in einer Resolution zu mehr Forschung zum Zusammenhang von Gesundheit und sexueller Orientierung auf [86]. Insbesondere die Bedeutung von Partnerschaft für die Gesundheit von Männern mit homo- oder bisexueller Orientierung oder Lebensweise bedarf einer genaueren wissenschaftlichen Untersuchung.

### 5.3.5 Bedeutung von Trennung und Scheidung für die Gesundheit von Männern

In Deutschland wurden im Jahr 2012 374,9 von 1.000 Ehen geschieden. Hierbei handelt es sich um die zusammengefasste ehedauerspezifische Scheidungsziffer, welche die Anzahl der im Berichtsjahr geschiedenen Ehen eines Eheschließungsjahrgangs je 1.000 geschlossene Ehen desselben Jahrgangs angibt [87].

Für beide Partner können Trennung und Scheidung große soziale Veränderungen mit sich bringen. Neben dem Verlust des Partners/der Partnerin kann eine Trennung auch mit einer Verschlechterung der finanziellen Lage, mit dem Wechsel in eine ungünstigere Wohnsituation oder mit der Ausdünnung des sozialen Netzes bestehend aus Freund(inn)en, Verwandten und Nachbarn einhergehen. Allerdings sind in Forschung und Literatur über die gesundheitlichen Folgen von Trennung und Scheidung Männer das am wenigsten berücksichtigte Familienmitglied [88]. Auswirkungen von Trennung und Scheidung wurden in Deutschland bisher vorwiegend für Frauen und Kinder untersucht [89].

Zahlreiche internationale empirische Studien belegen jedoch, dass geschiedene Männer ein deutlich höheres Mortalitätsrisiko [44, 46, 47, 68] und eine schlechtere mentale Gesundheit [37, 40, 90] besitzen als verheiratete Männer. Insbesondere bildungsferne Männer, die nicht in den Arbeitsmarkt eingebunden sind, weisen nach einer Trennung oder Scheidung ein hohes Mortalitätsrisiko auf [35]. Es gibt zudem Hinweise darauf, dass sich bei Männern in Folge einer Scheidung oder Trennung größere gesundheitliche Belastungen ergeben als bei Frauen [45, 88, 91–94]. Zwar berichten Frauen eine größere Anzahl an Beschwerden, allerdings waren diese weniger stark ausgeprägt als bei Männern [93]. Auch fand sich bei Männern ein stärkerer negativer Einfluss auf die Lebenserwartung als bei Frauen [52].

Mit Blick auf den Belastungshöhepunkt zeigen sich ebenfalls geschlechtsspezifische Unterschiede. Für viele Männer beginnen Probleme erst unmittelbar mit der Trennung, und sie reagieren in größerem Maße nach der Scheidung mit gesundheitlichen Problemen [31, 55], Frauen berichten dagegen häufig schon eine längere Zeit vor der Trennung von Problemen und gesundheit-

lichen Belastungen [35, 95]. Für die möglichen gesundheitlichen Belastungen ist jedoch entscheidend, ob die Trennung auf Basis einer gemeinsamen Entscheidung erfolgt, oder in stärkerem Maße von einem der Partner ausgeht. Eine neue Partnerschaft kann Männern bei der Bewältigung der Scheidungsfolgen helfen [35, 88, 96], wobei das Eingehen einer neuen Partnerschaft nach einer Trennung für mehr Männer als Frauen eine Coping-Strategie zu sein scheint [97].

Wenn das Paar gemeinsame Kinder hat, kann eine Trennung mit weiteren Problemen verbunden sein. Neben den oben genannten Veränderungen bedeutet eine Trennung oder Scheidung die Klärung von Fragen zum Unterhalt sowie zum Sorge- und Besuchsrecht. In Deutschland ist seit der Reform des Kindschaftsrechtes im Jahr 1998 die gemeinsame Sorge auch nach einer Scheidung der gesetzliche Regelfall. Wird das alleinige Sorgerecht für die gemeinschaftlichen Kinder von einem Elternteil beansprucht, muss dies beantragt werden. Allerdings gilt diese Regelung nicht bei der Trennung nichtverheirateter Eltern.

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes verbleibt das Sorgerecht inzwischen bei der Mehrzahl der Scheidungen von Ehen mit minderjährigen Kindern zunächst bei beiden Elternteilen. Allerdings beantragen geschiedene Eltern häufiger nachträglich eine gerichtliche Klärung des Sorgerechts für die gemeinschaftlichen Kinder. Die Daten zeigen außerdem, dass bei strittigen Fällen in gerichtlichen Entscheidungen das Sorgerecht mehrheitlich der Mutter zugesprochen wurde [98, 99]. Insbesondere in Fällen, in denen der Umgang mit den Kindern zwischen den ehemaligen Partnern nicht konfliktfrei geregelt werden kann, kann die Trennung der Familie für Väter mit einem hohen emotionalen und psychischen Stress einhergehen [100, 101]. Die Trennung von ihren Kindern kann daher für Väter eine schwerwiegende Lebenskrise darstellen [102]. Studien zu Belastungsmustern nach Trennung und Scheidung zeigen, dass Väter, die nach der Trennung nicht mit ihren Kindern zusammenleben, mit ihrer finanziellen Situation und ihrem Leben im Allgemeinen unzufriedener sind und seltener eine gute allgemeine Gesundheit berichten als Väter, die mit ihren Kindern in einem Haushalt wohnen [102, 103]. Mit Blick auf die Gesamtmor-

talität zeigten von ihren Kindern getrennt lebende Väter ohne neue Partnerin im Haushalt neben alleinstehenden kinderlosen Männern gegenüber Männern, die in einem Paarhaushalt mit Kindern leben, das höchste Risiko. Selbst alleinerziehende Väter weisen ein signifikant geringeres Mortalitätsrisiko, auf als Väter, die ohne ihre Kinder leben [51]. Von ihren Kindern getrennt lebende alleinstehende Väter besitzen darüber hinaus häufig einen ungesünderen Lebensstil als alleinerziehende Männer bzw. geschiedene Männer, die mit ihren Kindern und neuer Partnerin zusammenleben, oder geschiedene kinderlose Männer [32, 103].

Es besteht zudem ein Zusammenhang zwischen der Häufigkeit des Kontakts zu den eigenen Kindern und einem gesunden Lebensstil sowie einer guten Gesundheit [104]. Männer, die nach der Trennung weiterhin guten und kontinuierlichen Kontakt zu ihren Kindern haben, zeigen weniger gesundheitliche Probleme als Väter, bei denen dies nicht der Fall war [90, 103]. Die hohe gesundheitliche Bedeutung des Zusammenlebens mit den eigenen Kindern wird u.a. darin gesehen, dass Kinder den Lebensalltag der mit ihnen zusammenlebenden Elternteile strukturieren, eine intensive soziale Beziehung und Verantwortungsbereitschaft erfordern und Lebenssinn stiften [105].

Es gibt Hinweise darauf, dass Väter, die von ihren Kindern getrennt und ohne neue Partnerin leben, bereits vor der Trennung von der (Ehe-) Partnerin stärker von Arbeitslosigkeit betroffen waren sowie häufiger von sozialstaatlichen Transferleistungen lebten und wegen psychiatrischen und Suchtproblemen in Kliniken behandelt wurden als Männer in anderen Lebensformen mit und ohne Kinder [51]. Das könnte dafür sprechen, dass mit Blick auf Scheidung und Trennung auch ein Selektionseffekt zu vermuten ist [51].

### 5.3.6 Gesundheit von alleinerziehenden Vätern

Studien zur Gesundheit Alleinerziehender liegen aufgrund des niedrigen Anteils alleinerziehender Männer bisher fast nur für Frauen vor [106–108]. Der Anteil der alleinerziehenden Männer an allen Alleinerziehenden mit minderjährigen Kindern lag nach Angaben des Mikrozensus des Jahres 2009 bei 10 % [109]. Er ist in den letzten Jahren

leicht zurückgegangen und liegt in Ostdeutschland geringfügig unter dem entsprechenden Anteil in Westdeutschland [109, 110]. Verglichen mit alleinerziehenden Müttern sind alleinerziehende Väter im Durchschnitt älter, häufiger verwitwet, seltener in einer sozioökonomisch benachteiligten Situation [111] und haben häufiger nur ein Kind zu versorgen [106] (vgl. auch [112]). Alleinerziehende Väter weisen somit ein anderes sozioökonomisches Profil auf als alleinerziehende Mütter [108]. Ergebnisse aus Studien über alleinerziehende Mütter können daher nicht auf Männer, die alleine mit ihren Kindern leben, übertragen werden.

Mit Blick auf die Gesamtmortalität weisen alleinerziehende Väter zwar ein deutlich höheres Risiko auf als verheiratete Männer; das Mortalitätsrisiko liegt jedoch niedriger als bei alleinstehenden Vätern, die von ihren Kindern getrennt leben, sowie alleinstehenden kinderlosen Männern [51]. Alleinerziehende Väter rauchen zudem signifikant häufiger als Väter, die in Partnerschaft leben; die Ergebnisse bleiben auch nach Adjustierung für ökonomische Schwierigkeiten, Sozialstatus und soziale Beziehungen stabil [113]. Darüber hinaus besitzen alleinerziehende Väter gegenüber Männern in anderen Lebensformen ein 4-fach erhöhtes Risiko für eine psychische Störung. Für alleinerziehende Frauen gegenüber Frauen in anderen Lebensformen ist das Risiko auch erhöht, allerdings auf niedrigerem Niveau (2-fach) [108]. Nach Adjustierung für finanzielle Belastungen und soziale Unterstützung zeigen sich bei Frauen keine Unterschiede mehr zwischen diesen Gruppen. Bei den Männern hingegen bleibt das Odds Ratio nach Adjustierung für finanzielle Belastungen und soziale Unterstützung konstant, d.h. die höhere psychische Belastung der alleinerziehenden Väter ist von diesen Faktoren unabhängig [108]. Mit Blick auf die selbst eingeschätzte Gesundheit alleinerziehender Eltern kommt eine Studie zu dem Ergebnis, dass diese bei alleinerziehenden Vätern besser ist als bei alleinerziehenden Müttern [111].

In Ermangelung deutscher Studien zur gesundheitlichen Lage von alleinerziehenden Vätern in Deutschland, wird diese ebenfalls unter Verwendung der Daten aus GEDA 2009 kurz skizziert. Da die Gruppe der alleinerziehenden Männer klein ist, sind sie nur mit einer geringen Fallzahl in der bevölkerungsrepräsentativen Stich-

probe vertreten. Aus diesem Grund werden für sie keine altersstratifizierten Ergebnisse berichtet, sondern lediglich Tendenzen für die gesamte Gruppe der 18- bis 59-jährigen alleinerziehenden Männer.

Sowohl mit Blick auf die selbst eingeschätzte allgemeine als auch die psychische Gesundheit und den aktuellen Konsum von Tabak schneiden alleinerziehende Väter deutlich schlechter ab als Männer, die alleine, mit Partner(in) oder mit Partner(in) und Kind(ern) in einem Haushalt leben. Alleinerziehende Väter weisen allerdings in der Tendenz seltener einen riskanten Alkoholkonsum auf als Männer ohne Kind(er). Beim Übergewicht zeigen sich keine Unterschiede zwischen alleinerziehenden Vätern und Vätern, die mit Partner(in) und Kind(ern) zusammenleben.

Ein Vergleich der ausgewählten Gesundheitsindikatoren von alleinerziehenden Männern und Frauen erlaubt differenzierte Aussagen dazu, ob und wieweit alleinerziehende Väter und Mütter in ähnlichem oder unterschiedlichem Maße gesundheitlich belastet sind. Im Hinblick auf eine als nicht gut eingeschätzte allgemeine Gesundheit sind mehr alleinerziehende Männer im Vergleich zu Männern mit Partner(in) und Kind(ern) betroffen. Bei alleinerziehenden Frauen zeigt sich ein ähnliches Bild, wenn auch nicht so deutlich wie bei den Männern. Alleinerziehende Männer weisen gegenüber Männern in Partnerschaft (mit Kind bzw. ohne Kind) ein höheres Risiko (Odds Ratio) für eine depressive Erkrankung in den vergangenen 12 Monaten auf, was auch auf die Gruppe der Frauen zutrifft. Bei den Frauen fällt hingegen auf, dass die Unterschiede zwischen Alleinerziehenden und denjenigen, die mit Partner(in) und Kind(ern) zusammen leben, beim Tabak- und Alkoholkonsum größer sind als bei den Männern.

Insgesamt bestätigen diese Befunde, dass alleinerziehende Väter vergleichsweise stark psychisch belastet sind und ihren eigenen Gesundheitszustand subjektiv als wenig gut einschätzen. Der in Abschnitt 5.3.1 berichtete Befund, dass für Männer insbesondere das Zusammenleben mit einer Partnerin/einem Partner mit einer guten Gesundheit assoziiert ist bzw. das Fehlen einer Partnerin/eines Partners mit einer gesundheitlichen Benachteiligung einhergeht, findet auch mit Blick auf die alleinerziehenden Väter Bestätigung, wobei die alleinige Zuständigkeit für die Betreu-

ung und Erziehung von Kindern diesen Zusammenhang noch zu verstärken scheint.

#### 5.4 Veränderung des männlichen Rollenverständnisses und die Gesundheit von Männern

Die Pluralisierung von Lebensformen und der Wandel der Geschlechterverhältnisse sind in vielfältiger Weise miteinander verwoben. Dies kommt u.a. auch in neuen Geschlechterarrangements innerhalb der Familie zum Ausdruck [114, 115]. Studien, die explizit der Fragestellung nachgehen, wie sich Veränderungen im Rollenverständnis von Männern auf ihre Gesundheit auswirken, gibt es allerdings im deutschsprachigen Raum bisher nicht. Es finden sich aber einige nationale und internationale Studien, die Hinweise geben, in welcher Weise die Veränderung des männlichen Rollenverständnisses Einfluss auf die Gesundheit von Männern nehmen könnte.

Eine Entkopplung vom traditionellen männlichen Ernährermodell eröffnet Männern einerseits die Möglichkeit, in stärkerem Maße nicht-stereotype Eigenschaften und Verhaltensweisen zeigen zu können, die mit einer besseren Gesundheit von Männern in Zusammenhang zu stehen scheinen. So kommt beispielsweise eine Längsschnittstudie, die den Zusammenhang von Mortalität aufgrund koronarer Herzkrankheit und Geschlechtsrollen-Selbstkonzepten untersucht, zu dem Ergebnis, dass traditionell als feminin geltende Persönlichkeitseigenschaften bei Männern einen protektiven Einfluss auf Gesundheit besitzen [116]. Männer, die sich selbst zu Studienbeginn in überdurchschnittlichem Maß Persönlichkeitseigenschaften, wie z.B. »verständnisvoll«, »warmherzig« oder »sensibel für die Bedürfnisse anderer« zuschrieben und damit vom stereotypen maskulinen Männerbild abwichen, verstarben signifikant seltener an einer koronaren Herzkrankheit als Männer, die sich in unterdurchschnittlichem Maße diese Eigenschaften zuschrieben [116, 117]. In eine ähnliche Richtung gehen Ergebnisse einer Studie, die zeigt, dass Männer, die eine egalitäre Arbeitsteilung zwischen den Geschlechtern befürworten, mit ihrem Leben zufriedener sind als Männer, die eher ein traditionelles Männerbild aufweisen [12]. Unter Berücksichtigung dieser Studienergebnisse

kann angenommen werden, dass sich eine in der Gesellschaft abzeichnende Modernisierung des männlichen Rollenverständnisses langfristig positiv auf die Lebenszufriedenheit und Gesundheit von Männern auswirken könnte.

Andererseits legen Studien nahe, dass es bei Männern mit einer traditionellen Männerrolle, also der des Hauptnährers und Versorgers, bei Abweichungen von dieser zu Einbußen der psychischen und gesundheitlichen Lebensqualität kommt [118]. Dies kann als Beleg für die »Unfulfilled-Husband-Hypothese« gewertet werden, die davon ausgeht, dass der Mann verunsichert ist, wenn seine Partnerin eine längere Wochenarbeitszeit und ein höheres Erwerbseinkommen hat als er selbst und er somit die Rolle als Hauptverdiener und Ernährer der Familie nicht erfüllt.

Auch eine aktuelle Studie des Roman Herzog Instituts zur Lebenszufriedenheit der deutschen Bevölkerung [119] kommt zu dem Schluss, dass Männer, die ein egalitäres Arbeitsteilungsmodell leben (beide Partner arbeiten Vollzeit) unzufriedener sind als Männer, deren Partnerinnen weniger oder gar nicht arbeiten. Dies gilt sowohl für Männer, die in kinderlosen Haushalten leben, als auch für Männer mit Kindern. Als besonders negativ stellt sich hier wiederum eine Teilzeitbeschäftigung oder Nichterwerbstätigkeit des Mannes bei gleichzeitiger Vollzeitbeschäftigung der Frau dar. Die Ergebnisse werden dahingehend gedeutet, dass eine andere Beschäftigungsart als die der Vollzeiterwerbstätigkeit für viele Männer bedeutet, dass sie ihrer gesellschaftlich zugewiesenen Rolle nicht entsprechen können [119].

Es lassen sich somit gegenwärtig sowohl Ansätze einer Modernisierung von Männlichkeit als auch Beharrungstendenzen traditioneller männlicher Rollenvorstellungen beobachten [120]. Im Zusammenhang mit einer stärkeren Präsenz in der Familie und dem Wunsch, mehr Zeit für ihre Kinder zu haben, entwickeln sich zunehmend beziehungsorientierte Formen von Männlichkeit. Trotzdem besitzt das Berufsleben, das stark an der traditionellen »männlichen Normalerwerbsbiografie« orientiert ist, weiterhin große Bedeutung für die männliche Identität [121]. Denn alternative Lebensentwürfe dazu gehen vielfach mit finanziellen Einbußen und weniger Anerkennung einher und erschweren so die Wahl neuer, nichtstereotyper Handlungsoptionen bei Män-



nern [122] oder führen zu Abstrichen in Lebensqualität und Gesundheit. Darüber hinaus haben Männer, die heute sowohl der traditionellen Ernährerrolle als auch der modernen Partner- und Vaterrolle gerecht werden wollen, ähnlich wie Frauen, ein Vereinbarkeitsproblem und geraten unter Druck, berufliche Karriere und Familie unter einen Hut bringen zu müssen [11]. Durch den Zugewinn an Aufgaben in Partner- und Vaterschaft können dabei, entsprechend der »*role strain theory*«, Gesundheitsprobleme verursacht und/oder entsprechend der »*role-enhancement theory*« verhindert werden [61]. Welche Bedeutung dies für die Gesundheit von Männern langfristig haben wird, lässt sich zum jetzigen Zeitpunkt jedoch noch nicht abschließend beurteilen.

### Literatur

1. Statistisches Bundesamt (2011) Lebensformen nach Altersgruppen. Sonderauswertung Mikrozensus 2010 (eigene Berechnungen)
2. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg) (2003) Die Familie im Spiegel der amtlichen Statistik. Erweiterte Neuauflage. BMFSFJ, Berlin
3. Statistisches Bundesamt (Hrsg) (2010) Frauen und Männer in verschiedenen Lebensphasen. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
4. Autorengruppe Bildungsberichterstattung (2010) Bildung in Deutschland 2010. Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zu Perspektiven des Bildungswesens im demografischen Wandel. W. Bertelsmann Verlag, Bielefeld
5. Statistisches Bundesamt, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, Bundeszentrale für politische Bildung, (Hrsg) (2011) Datenreport 2011 – Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn
6. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2011) Neue Wege – Gleiche Chancen. Gleichstellung von Frauen und Männern im Lebensverlauf. Erster Gleichstellungsbericht. BMFSFJ, Berlin
7. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg) (2006) Familie zwischen Flexibilität und Verlässlichkeit. Perspektiven für eine lebenslaufbezogene Familienpolitik. Siebter Familienbericht. BMFSFJ, Berlin
8. Pinl C (2004) Wo bleibt die Zeit? Die Zeitbudgeterhebung 2001/02 des Statistischen Bundesamts. Aus Politik und Zeitgeschichte (B 31–32): 19–25
9. Döge P, Volz R (2004) Männer – weder Paschas noch Nestflüchter. Aspekte der Zeitverwendung von Männern nach den Daten der Zeitbudgetstudie 2001/2002 des Statistischen Bundesamts. Aus Politik und Zeitgeschichte (B 46): 13–23
10. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2013) Jungen und Männer im Spagat: Zwischen Rollebildern und Alltagspraxis. Eine sozialwissenschaftliche Untersuchung zu Einstellungen und Verhalten BMFSFJ, Berlin
11. Henry-Huthmacher C, Schmitz M (2010) Väter zwischen Karriere und Familie. Zukunftsforum Politik, Nr.104. Konrad-Adenauer-Stiftung, Sankt Augustin, Berlin
12. Volz R, Zulehner P (2009) Männer in Bewegung. Zehn Jahre Männerentwicklung in Deutschland. Nomos, Baden-Baden
13. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg) (2012) Familienreport 2011. Leistungen. Wirkungen. Trends. BMFSFJ, Berlin
14. Statistisches Bundesamt (2007) Elterngeld attraktiv für Väter. Pressemitteilung Nr. 205 vom 16.05.2007
15. Statistisches Bundesamt (2007) Elterngeld bei Vätern meistens für 2 Monate bewilligt. Pressemitteilung Nr. 453 vom 13.11.2007
16. Statistisches Bundesamt (2011) Elterngeld steht bei Vätern und Müttern hoch im Kurs. Pressemitteilung Nr. 321 vom 06.09.2011
17. Statistisches Bundesamt (2013) Elterngeld: Väterbeteiligung mit 27,3 % auf neuem Höchststand. Pressemitteilung Nr. 176 vom 27.05.2013
18. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg) (2008) Evaluation des Gesetzes zum Elterngeld und zur Elternzeit. Endbericht 2008. BMFSFJ, Berlin
19. Shell Deutschland Holding (Hrsg.) (2006) 15. Shell Jugendstudie Jugend 2006. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main
20. Klenner C, Pfahl S (2008) Jenseits von Zeitnot und Karriereverzicht – Wege aus dem Arbeitszeitdilemma. Arbeitszeiten von Müttern, Vätern und Pflegenden WSI-Diskussionspapier Nr 158. Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut in der Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf
21. Beck U (1990) Freiheit oder Liebe. Vom Ohne-, Mit- und Gegeneinander der Geschlechter innerhalb und außerhalb der Familie. In: Beck U, Beck-Gernsheim E (Hrsg) Das ganze normale Chaos der Liebe. Suhrkamp, Frankfurt am Main, S 20–64
22. Gesterkamp T (2009) Vielfalt der Geschlechterrollen. Aus Politik und Zeitgeschichte (41): 7–12

23. Hank K, Tölke A (2004) Männer – Das ‚vernachlässigte‘ Geschlecht in der Familienforschung: Untersuchungen zu Partnerschaft und Elternschaft bei Männern. *Zeitschrift für Familienforschung Sonderheft 4*: 7–17
24. Langehennig M (2009) Männer in der häuslichen Angehörigenpflege – Forschungsbefunde, Forschungsartefakte, Forschungsperspektiven. In: Jansen M (Hrsg) *Pflegende und sorgende Frauen und Männer – Aspekte einer künftigen Pflege im Spannungsfeld von Privatheit und Professionalität* POLIS (49). Hessische Landeszentrale für politische Bildung, Wiesbaden, S 43–58
25. Schneekloth U, Wahl HW (2006) *Selbständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten. Pflegearrangements, Demenz, Versorgungsangebote*. Kohlhammer Verlag, Stuttgart
26. Künemund H (2010) *Kurzexpertise zu ehrenamtlichem Engagement, Pflegetätigkeiten und (Enkel-) Kinderbetreuung: Ergebnisse der Alters-Surveys. Expertise für den Ersten Gleichstellungsbericht der Bundesregierung*, Vechta; zit. n.: Sachverständigenkommission zur Erstellung des Ersten Gleichstellungsberichtes der Bundesregierung (2011) *Neue Wege – Gleiche Chancen. Gleichstellung von Frauen und Männern im Lebensverlauf*. Gutachten der Sachverständigenkommission an das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend für den Ersten Gleichstellungsbericht der Bundesregierung
27. Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (Hrsg) (2007) *Frauen – Männer – Räume. Berichte*. Bd. 26. BBR, Bonn
28. Lillard LA, Panis CWA (1996) *Marital Status and Mortality: The Role of Health*. *Demography* 33 (3): 313–327
29. Gove WR (1973) Sex, marital status, and mortality. *American journal of sociology* 79 (1): 45–67
30. Lademann J, Kolip P (2005) *Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Robert Koch-Institut, Berlin
31. Umberson D (1987) Family status and health behaviors: social control as a dimension of social integration. *Journal of health and social behavior* 28 (3): 306–319
32. Scafato E, Galluzzo L, Gandin C et al. (2008) Marital and cohabitation status as predictors of mortality: A 10-year follow-up of an Italian elderly cohort. *Social Science & Medicine* 67 (9): 1456–1464
33. Kulik JA, Mahler HIM (2006) Marital quality predicts hospital stay following coronary artery bypass surgery for women but not men. *Social Science & Medicine* 63 (8): 2031–2040
34. Stiehler M, Tüffers U, Seikowski K (2013) Männer in Beziehungen. In: Weißbach L, Stiehler M (Hrsg) *Männergesundheitsbericht 2013. Im Fokus: Psychische Gesundheit*. Verlag Hans Huber, Bern, S 173–196
35. Hemström Ö (1996) Is Marriage Dissolution Linked to Differences in Mortality Risks for Men and Women? *Journal of Marriage and the Family* 58 (2): 366–378
36. Anson O (1988) Living arrangements and women's health. *Social Science & Medicine* 26 (2): 201–208
37. Hope S, Rodgers B, Power C (1999) Marital status transitions and psychological distress: longitudinal evidence from a national population sample. *Psychol Med* 29 (2): 381–389
38. Unger R (2007) *Gesundheit im Lebenslauf. Zur relativen Bedeutung von Selektions- gegenüber Kausaleffekten am Beispiel des Familienstands*. SOEP-papers on Multidisciplinary Panel Data Research. DIW, Berlin
39. Mastekaasa A (1992) Marriage and Psychological Well-Being: Some Evidence on Selection into Marriage. *Journal of Marriage and Family* 54 (4): 901–911
40. Wade TJ, Pevalin DJ (2004) Marital transitions and mental health. *Journal of health and social behavior* 45 (2): 155–170
41. Valkonen T, Martikainen P, Blomgren J (2004) Increasing excess mortality among non-married elderly people in developed countries. *Demographic Research* 12 (12): 305–330
42. Kobrin FE, Hendershot GE (1977) Do Family Ties Reduce Mortality? Evidence from the United States 1966–1968. *Journal of Marriage and the Family* 39: 737–745
43. Baumann A, Filipiak B, Stieber J et al. (1998) Familienstand und soziale Integration als Prädiktoren der Mortalität: eine 5-Jahres-Follow-up Studie an 55- bis 74-jährigen Männern und Frauen in der Region Augsburg. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 31: 184–192
44. Ben-Shlomo Y, Smith GD, Shipley M et al. (1993) Magnitude and causes of mortality differences between married and unmarried men. *Journal of epidemiology and community health* 47 (3): 200–205
45. Hu YR, Goldman N (1990) Mortality differentials by marital status: an international comparison. *Demography* 27 (2): 233–250
46. Johnson NJ, Backlund E, Sorlie PD et al. (2000) Marital status and mortality: the national longitudinal mortality study. *Ann Epidemiol* 10 (4): 224–238
47. Manzoli L, Villari P, M Pirone G et al. (2007) Marital status and mortality in the elderly: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine* 64 (1): 77–94

48. Lillard LA, Waite LJ (1995) Til Death Do Us Part: Marital Disruption and Mortality. *American Journal of Sociology* 100 (5): 1131–1156
49. Murphy M, Grundy E, Kalogirou S (2007) The increase in marital status differences in mortality up to the oldest age in seven European countries, 1990–99. *Population Studies* 61 (3): 287–298
50. Ikeda A, Iso H, Toyoshima H et al. (2007) Marital status and mortality among Japanese men and women: the Japan Collaborative Cohort Study. *BMC public health* 7: 73
51. Ringbäck Weitoff G, Burström B, Rosén M (2004) Premature mortality among lone fathers and childless men. *Social Science & Medicine* 59 (7): 1449–1459
52. Brockmann H, Klein T (2004) Love and death in Germany: The marital biography and its effect on mortality. *Journal of Marriage and Family* 66 (3): 567–581
53. Goldman N, Korenman S, Weinstein R (1995) Marital status and health among the elderly. *Social Science & Medicine* 40 (12): 1717–1730
54. Waite LJ, Gallagher M (2000) *The Case for Marriage: Why Married People Are Happier, Healthier, and Better Off Financially*. Doubleday, New York
55. Wickrama K, Conger RD, Lorenz FO (1995) Work, marriage, lifestyle, and changes in men's physical health. *J Behav Med* 18 (2): 97–111
56. Ross CE, Mirowsky J, Goldstein K (1990) The impact of the family on health: The decade in review. *Journal of Marriage and the Family* 52: 1059–1078
57. Hibbard JH, Pope CR (1993) The quality of social roles as predictors of morbidity and mortality. *Social Science and Medicine* 36 (3): 217–225
58. Lund R, Due P, Modvig J et al. (2002) Cohabitation and marital status as predictors of mortality – an eight year follow-up study. *Social Science & Medicine* 55 (4): 673–679
59. Lampert T, Kroll LE, Müters S et al. (2013) Messung des sozioökonomischen Status in der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell« (GEDA). *Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitschutz* 56 (1): 131–143
60. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2010) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2009«. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
61. Plaisier I, Beekman ATF, de Bruijn JGM et al. (2008) The effect of social roles on mental health: A matter of quantity or quality? *Journal of Affective Disorders* 111 (2–3): 261–270
62. Kotler P, Wingard DL (1989) The effect of occupational, marital and parental roles on mortality: the Alameda County Study. *Am J Public Health* 79 (5): 607–612
63. Muhammad A, Gagnon A (2010) Why should men and women marry and have children? Parenthood, marital status and self-perceived stress among Canadians. *Journal of health psychology* 15 (3): 315–325
64. Hewitt B, Baxter J, Western M (2006) Family, work and health: The impact of marriage, parenthood and employment on self-reported health of Australian men and women *Journal of Sociology* 42 (1): 61–78
65. Christie-Mizell CA, Peralta RL (2009) The gender gap in alcohol consumption during late adolescence and young adulthood: gendered attitudes and adult roles. *Journal of health and social behavior* 50 (4): 410–426
66. Schmitt M, Re S (2004) Partnerschaft im Alter. In: Kruse A, Martin M (Hrsg) *Enzklopädie der Gerontologie*. Huber, Bern, S 373–386
67. Tesch-Römer C (2010) *Soziale Beziehungen alter Menschen*. Kohlhammer, Stuttgart
68. Sorlie PD, Backlund E, Keller JB (1995) US mortality by economic, demographic, and social characteristics: the National Longitudinal Mortality Study. *Am J Public Health* 85 (7): 949–956
69. Korenman S, Goldman N (1993) Health and mortality differentials by marital status at older ages: economics and gender. Working Paper 93–8. Office of Population Research, Princeton University, New Jersey
70. Seeman TE, Kaplan GA, Knudsen L et al. (1987) Social network ties and mortality among the elderly in the Alameda County Study. *Am J Epidemiol* 126 (4): 714–723
71. Nolen-Hoeksema S, Ahrens C (2002) Age differences and similarities in the correlates of depressive symptoms. *Psychology and Aging* 17 (1): 116–124
72. Kaprio J, Koskenvuo M, Rita H (1987) Mortality after bereavement: a prospective study of 95,647 widowed persons. *Am J Public Health* 77 (3): 283–287
73. Hewitt B, Turrell G, Giskes K (2012) Marital loss, mental health and the role of perceived social support: findings from six waves of an Australian population based panel study. *Journal of epidemiology and community health* 66 (4): 308–314
74. Buber I, Engelhardt H (2011) Der Zusammenhang zwischen Alter und depressiven Symptomen bei Männern und Frauen höheren Lebensalters in Europa. Erkenntnisse aus dem SHARE-Projekt. *Journal Comparative Population Studies-Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft* 36: 1
75. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg) (2010) *Altern im Wandel. Zentrale Ergebnisse des deutschen Alterssurveys (DEAS)*. BMFSFJ, Berlin
76. Giles LC, Glonek GF, Luszcz MA et al. (2005) Effect of social networks on 10 year survival in very old Australians: the Australian longitudinal study of aging.

- Journal of epidemiology and community health 59 (7): 574–579
77. Klein T (1993) Familienstand und Lebenserwartung. Eine Kohortenanalyse für die Bundesrepublik Deutschland Zeitschrift für Familienforschung 5 (2): 99–114
  78. Statistisches Bundesamt (2011) Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Haushalte und Familien. Ergebnisse des Mikrozensus 2009. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
  79. Plöderl M, Kralovec K, Fartacek C et al. (2009) Homosexualität als Risikofaktor für Depression und Suizidalität bei Männern. Blickpunkt der Mann 7: 28–37
  80. Dennert G (2006) Die psychische Gesundheit von Lesben und Schwulen – eine Übersicht europäischer Studien. Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis 38 (3): 559–576
  81. Qin P, Agerbo E, Mortensen PB (2003) Suicide Risk in Relation to Socioeconomic, Demographic, Psychiatric, and Familial Factors: A National Register-Based Study of All Suicides in Denmark, 1981–1997. American Journal of Psychiatry 160 (4): 765–772
  82. Plöderl M (2005) Sexuelle Orientierung, Suizidalität und psychische Gesundheit. Psychologie – Forschung – aktuell. Beltz, Weinheim, Basel
  83. Meyer IH (2003) Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. Psychological Bulletin 129 (5): 674–697
  84. Steffens MC, Wagner C (2009) Diskriminierung von Lesben, Schwulen und Bisexuellen. In: Beelmann A, Jonas KJ (Hrsg) Diskriminierung und Toleranz: Psychologische Grundlagen und Anwendungsperspektiven. VS-Verlag, Wiesbaden, S 241–262
  85. Dennert G (2009) Gesundheit und Gesundheitsversorgung lesbischer und schwuler MigrantInnen in Deutschland Migration & Gesundheit Dossier. Heinrich-Böll-Stiftung, Berlin, S 14–23
  86. Wang J, Häusermann M, Vounatsou P et al. (2007) Health status, behavior, and care utilization in the Geneva Gay Men’s Health Survey. Prev Med 44 (1): 70–75
  87. Statistisches Bundesamt (2014) Scheidungen. Maßzahlen zu Ehescheidungen 2000 bis 2012. [www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Gesellschaft-Staat/Bevoelkerung/Ehescheidungen/Tabellen/MasszahlenEhescheidungen.html](http://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Gesellschaft-Staat/Bevoelkerung/Ehescheidungen/Tabellen/MasszahlenEhescheidungen.html) (Stand: 09.05.2014)
  88. Decurtins L, Niklowitz M, Meyer PC (1997) Lebensformen nach dem Bruch. Auswirkungen der Lebensform geschiedener Väter auf soziale Beziehungen und Gesundheit im Vergleich zu verheirateten Vätern. System Familie (10): 166–173
  89. Rueger H, Schneider NF, Zier U et al. (2011) Health risks of separated or divorced over-indebted fathers: separation from children and financial distress. Soc Work Health Care 50 (3): 242–256
  90. Gähler M (2006) »To Divorce Is to Die a Bit ...«: A Longitudinal Study of Marital Disruption and Psychological Distress Among Swedish Women and Men. The Family Journal 14 (4): 372–382
  91. Kohler-Riessman C, Gerstel N (1985) Marital dissolution and health: Do males or females have greater risk? Social Science & Medicine 20 (6): 627–635
  92. Guttman J (1989) The Divorced Father: A Review of the Issues and the Research. Journal of Comparative Family Studies 20 (2): 247–261
  93. Goeschel A (2007) Kongreßbeitrag: Trennung und Scheidung als Gesundheitsrisiko für die Männer in den Regionen Deutschlands: Überlegungen zu einer Präventionsstrategie. Blickpunkt der Mann 5 (1): 29–37
  94. Williams K, Umberson D (2004) Marital status, marital transitions, and health: A gendered life course perspective. Journal of health and social behavior 45 (1): 81–98
  95. Choi H, Marks NF (2011) Socioeconomic status, marital status continuity and change, marital conflict, and mortality. Journal of aging and health 23 (4): 714–742
  96. Stone G (2001) Father postdivorce well-being: an exploratory model. J Genet Psychol 162 (4): 460–477
  97. Baruch G, Barnett RC, Rivers C (1983) Life prints: New patterns of love and work for today’s women. New American Library; zit. n.: Decurtins L, Niklowitz M, Meyer PC (1997) Lebensformen nach dem Bruch. Auswirkungen der Lebensform geschiedener Väter auf soziale Beziehungen und Gesundheit im Vergleich zu verheirateten Vätern. System Familie (10): 166–173, New York
  98. Statistisches Bundesamt (2011) Wie leben Kinder in Deutschland? Begleitmaterial zur Pressekonferenz am 3. August 2011 in Berlin. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
  99. Cornelißen W (Hrsg) (2005) Gender-Datenreport. 1. Datenreport zur Gleichstellung von Frauen und Männern in der Bundesrepublik Deutschland im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. 2. Fassung. Deutsches Jugendinstitut e.V. in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt, München
  100. Bartlett EE (2004) The effects of fatherhood on the health of men: a review of the literature. The Journal of Men’s Health & Gender 1 (2–3): 159–169
  101. Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz Österreich (Hrsg) (2003) Scheidungsfolgen für Männer. Juristische,

- psychische und wirtschaftliche Implikationen. BMASK, Wien
102. Grill E, Weitkunat R, Crispin A (2001) Separation from children as a specific risk factor to fathers' health and lifestyles. *Soz Präventivmed* 46 (4): 272–278
  103. DeGarmo DS, Reid JB, Leve LD et al. (2010) Patterns and predictors of growth in divorced fathers' health status and substance use. *Am J Mens Health* 4 (1): 60–70
  104. DeGarmo DS (2010) A Time Varying Evaluation of Identity Theory and Father Involvement for Full Custody, Shared Custody, and No Custody Divorced Fathers. *Fathering* 8 (2): 181–202
  105. Stiehler M (2003) Alleinerziehende Vaterschaft und Gesundheit – sind alleinerziehende Väter die neuen Männer? *Blickpunkt der Mann* 1 (4): 6–10
  106. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2003) Gesundheit alleinerziehender Mütter und Väter. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 14. RKI, Berlin
  107. Kolip P, Lademann J (2006) Familie und Gesundheit. In: Hurrelmann K, Laaser U, Razum O (Hrsg) *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. Juventa, Weinheim, München, S 625–652
  108. Cooper C, Bebbington PE, Meltzer H et al. (2008) Depression and common mental disorders in lone parents: results of the 2000 National Psychiatric Morbidity Survey. *Psychological Medicine* 38 (03): 335–342
  109. Hammes W, Rübenach SP (2010) Haushalte und Lebensformen der Bevölkerung. Ergebnisse des Mikrozensus 2009. Statistisches Bundesamt, Wirtschaft und Statistik (10): 905–917
  110. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg) (2008) Alleinerziehende in Deutschland – Potenziale, Lebenssituationen und Unterstützungsbedarfe *Monitor Familienforschung – Beiträge aus Forschung, Statistik und Familienpolitik* Nr 15. BMFSFJ, Berlin
  111. Benzeval M (1998) The self-reported health status of lone parents. *Soc Sci Med* 46 (10): 1337–1353
  112. Kuther U (2011) Alleinerziehende Väter im Vergleich zu alleinerziehenden Müttern. *BZgA Forum Sexualaufklärung* 1: 36–39
  113. Rahkonen O, Laaksonen M, Karvonen S (2005) The contribution of lone parenthood and economic difficulties to smoking. *Social Science & Medicine* 61 (1): 211–216
  114. Baer S, Lepperhoff J (2007) Gleichberechtigte Familien? Eine Einleitung. In: Baer S, Lepperhoff J (Hrsg) *Gleichberechtigte Familien? Wissenschaftliche Diagnosen und politische Perspektiven – Gender kompetent – Beiträge aus dem GenderKompetenzZentrum*, Bd 3. Kleine Verlag, Bielefeld, S 7–17
  115. Meuser M (2009) Männer und Familie : Perspektiven aus der Männlichkeitsforschung. In: Kapella O, Rille-Pfeiffer C, Rupp M et al. (Hrsg) *Die Vielfalt der Familie : Tagungsband zum 3 Europäischen Fachkongress Familienforschung*. Verlag Barbara Bude- rich, Opladen, S 145–155
  116. Hunt K, Lewars H, Emslie C et al. (2007) Decreased risk of death from coronary heart disease amongst men with higher 'femininity' scores: a general population cohort study. *International journal of epidemiology* 36 (3): 612–620
  117. Sieverding M (2007) *Geschlecht und Gesundheit*. *Rezensionszeitschrift für Frauen- und Geschlechterforschung* 8 (22). [www.querelles-net.de/index.php/qn/article/view/542/550](http://www.querelles-net.de/index.php/qn/article/view/542/550) (Stand: 15.09.2011)
  118. Spruijt E, Duindam V (2003) Das Wohlbefinden der Väter und die Wochenarbeitszeit der Mütter. *Zeitschrift für Familienforschung* 15 (2): 105–119
  119. van Schoor B, Seyda S (2011) *Die individuelle Perspektive: Die Zufriedenheit von Männern und Frauen mit Familie und Beruf. Wie viel Familie verträgt die moderne Gesellschaft?* Roman Herzog Institut, München, S 23–42
  120. Otto S (2007) *Gender und Gesundheit – Geschlechtsdifferentes Gesundheitsverhalten und Gesundheitswissen – differente Partizipation*. Dokumentation 12. bundesweiter Kongress Armut und Gesundheit. Gesundheit Berlin, Berlin
  121. Höyng S (2009) *Männer: Arbeit, privates Leben und Zufriedenheit*. In: Volz R, Zulehner P (Hrsg) *Männer in Bewegung – Zehn Jahre Männerentwicklung in Deutschland*. Nomos, Baden-Baden, S 342–355
  122. Bentheim A, Haase A (2007) *Männergesundheit und Gender Mainstreaming*. In: Stiehler M, Klotz T (Hrsg) *Männerleben und Gesundheit Eine interdisziplinäre, multiprofessionelle Einführung*. Juventa, Weinheim, München, S 261–270

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](mailto:gbe@rki.de)  
[www.rki.de/gbe](http://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