

Beiträge zur  
Gesundheitsberichterstattung  
des Bundes

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

### **Kapitel 7: Perspektive Männergesundheit**

## 7 Perspektive Männergesundheit

Der vorliegende Bericht liefert umfassende Daten und Informationen zur Männergesundheit für ausgewählte Themen aus den Bereichen Gesundheitsstatus, Gesundheitsverhalten, Arbeit, Lebensformen und Prävention. Der Bericht beschreibt gesundheitliche Unterschiede zwischen Männern und Frauen, aber auch innerhalb der Gruppe der Männer und versucht sie anhand der gegenwärtig existierenden Erklärungsmodelle zu interpretieren. Dabei zeigt sich, dass biologische Unterschiede die Geschlechterunterschiede in Bezug auf die gesundheitliche Lage, die Sterblichkeit und das Gesundheitsverhalten offenbar nur zu einem kleineren Teil erklären können. Die Ergebnisse verweisen vielfach auf den Einfluss des sozialen Geschlechts (*gender*) und die damit verbundenen soziokulturell geprägten Geschlechterrollen. Ebenso wichtig wie die Unterschiede zwischen Männern und Frauen sind jedoch auch Unterschiede innerhalb der Gruppe der Männer, die nach Lebensphase und sozioökonomischem Status stark variieren können. Zudem belegen die Ergebnisse des Berichtes, dass insbesondere das Arbeitsleben wie auch die Formen des familialen und partnerschaftlichen Zusammenlebens wichtige Potenziale aber auch Risiken für die Gesundheit von Männern bergen können. Angesichts der vielfältigen Lebenslagen und Lebensentwürfe wird die Heterogenität zwischen Männern und Frauen aber auch innerhalb der Geschlechter deutlich. Die Ergebnisse des Berichtes aus den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung betonen daher die Notwendigkeit einer zielgruppenspezifischen Ausdifferenzierung präventiver Maßnahmen. Die Berücksichtigung männerspezifischer Aspekte bedeutet dabei, Bedarfe und Bedürfnisse im Unterschied zum weiblichen Geschlecht zu erkennen und zu thematisieren, ohne jedoch wichtige Differenzierungen innerhalb der Gruppe der Männer aus den Augen zu verlieren.

Bei der Erstellung des Berichtes wurden Limitationen deutlich, aus denen sich spezifische Bedarfe und Herausforderungen für die Gesundheitsforschung ableiten lassen. Sie betreffen sowohl bisher nicht berücksichtigte Forschungsfragen als auch die Bereiche der Datenerhebung und -interpretation. Diese Aspekte stellen die Vor-

aussetzungen für eine geschlechtersensible Gesundheitsberichterstattung dar [1, 2]: die Verfügbarkeit von zuverlässigen und validen Daten und deren Interpretation vor dem Hintergrund theoretischer Erklärungsansätze. Nicht zuletzt verdeutlichen die Ergebnisse des Berichtes den Bedarf eines gesellschaftlichen Diskurses über spezifische Aspekte der Männergesundheit.

### 7.1 Herausforderungen für die Gesundheitsforschung

In der Gesundheitsforschung lässt sich eine Entwicklung von einer das Geschlecht weitgehend ausblendenden Praxis über geschlechtervergleichende bzw. -differenzierende Analysen hin zu einer stärker geschlechtersensiblen Betrachtungsweise nachzeichnen. Ausgehend von einer kritischen Auseinandersetzung mit dem medizinisch-biologischen Verständnis von Gesundheit und Krankheit und dem männlichen Normmodell in der Medizin durch die Frauengesundheitsbewegung in den 1970er Jahren, entwickelte sich der eigenständige sozialwissenschaftlich geprägte Forschungszweig der Frauengesundheitsforschung. Dieser Forschungszweig untersuchte zunächst Themen, die lange Zeit für Frauen vernachlässigt wurden oder aus einer männlich bestimmten Perspektive interpretiert wurden. Zu nennen sind beispielsweise die Pathologisierung von Schwangerschaft und Geburt oder die von Männern abweichende Herzinfarkt-Symptomatik bei Frauen. Es wurden aber auch Themen aufgegriffen, die sich mit den Geschlechterverhältnissen in der Gesellschaft auseinandersetzten und den Einfluss geschlechtsspezifischer sozialer Bedingungen auf die Gesundheit untersuchten [3, 4]. Diese Entwicklungen verstärkten eine Geschlechtersensibilität in der Forschung, der systematischen Wahrnehmung und Berücksichtigung unterschiedlicher Lebenssituationen und -bedingungen von Frauen und Männern. Eingegangen ist dieser Denkansatz in die Strategie des Gender Mainstreaming, die politisch inzwischen rechtlich verbindlich festgeschrieben ist [5]. Das Ziel von Gender Mainstreaming ist die Verwirklichung von

Chancengleichheit zwischen den Geschlechtern. Das bedeutet im Bereich der Gesundheitsforschung, dass bei allen Vorhaben, z.B. beginnend bei den Forschungsfragen über das Studiendesign bis hin zur Umsetzung von Maßnahmen, überprüft werden soll, ob das Geschlecht als Merkmal relevant ist und wenn ja, ob die unterschiedlichen Lebenssituationen und Interessen von Männern und Frauen angemessen berücksichtigt sind [2]. In vielen Bereichen der Public Health- und Versorgungsforschung existiert geschlechterbezogenes Fachwissen und die Berücksichtigung geschlechter-sensibler Ansätze ist auch als Selbstverpflichtung der epidemiologischen Forschungsgemeinschaft in ihren »Leitlinien und Empfehlungen zur Sicherung von Guter Epidemiologischer Praxis« [6] festgehalten. Dennoch ist beim Versuch, gesundheitliche Unterschiede zwischen Männern und Frauen, aber auch innerhalb der Geschlechtergruppen zu erklären, noch spezifischer Forschungsbedarf festzustellen [7]. Das betrifft vor allem die Bereiche der biologischen und der soziokulturellen Einflussfaktoren [8, 9], letztere gerade auch vor dem Hintergrund sich wandelnder geschlechtsspezifischer Rollenmuster, der Pluralisierung von Lebensformen und der sich ändernden Arbeitsbedingungen.

## 7.2 Herausforderungen für die Datenerhebung

Um die gesundheitsbezogenen Geschlechterunterschiede erklären zu können, wird – auch in diesem Bericht – auf bestehende Erklärungsansätze zurückgegriffen. Diese basieren zumeist auf theoretischen Konzepten, die sich der Interpretation von geschlechtsspezifischen Haltungen und Einstellungen widmen. Zu nennen sind bei Männern beispielsweise die höhere gesundheitliche Risikobereitschaft, die geringere Gesundheitsorientierung oder ein stärker instrumentelles Verhältnis zum eigenen Körper. Die Datenlage zu diesen Erklärungsmerkmalen ist jedoch noch deutlich lückenhafter als bei anderen Determinanten der Gesundheit. Auch fehlen für diese Merkmale konkrete Empfehlungen für die Operationalisierung in empirischen Untersuchungen. In vielen Studien stehen damit einer Fülle gesundheitsbezogener Indikatoren, z.B. Raucherstatus, deutlich weniger erklärende Variablen, z.B.

Gründe für das Rauchen, gegenüber. Theoretisch abgeleitete Erklärungszusammenhänge von Geschlecht und Gesundheit sind daher empirisch häufig nicht oder nur unzureichend überprüfbar. Aus genderspezifischer Perspektive ergibt sich daher die Herausforderung, mögliche Erklärungsmodelle zu benennen und zu deren Überprüfung eine entsprechende Erhebungspraxis sicherzustellen (Operationalisierung und Validierung). Dieser Herausforderung hat sich der Verbund für geschlechtersensible Forschung in Epidemiologie, Neurowissenschaften und Genetik/Tumorforschung gestellt, der dazu beitragen will, die Geschlechterperspektive in der epidemiologischen und medizinischen Forschung verstärkt zu integrieren [10]. Daten, mit denen sowohl geschlechtervergleichende Betrachtungen möglich sind, als auch Daten, die vor dem Hintergrund theoretischer Erklärungsmodelle interpretiert werden können, stellen aber eine Grundvoraussetzung für eine gendersensible Gesundheitsberichterstattung dar [1].

## 7.3 Bedarf für einen gesellschaftlichen Diskurs

Diskussionen zum Thema Männergesundheit wurden und werden oft von negativen Darstellungen sowie einem einheitlichen Bild von Männlichkeit dominiert [11, 12]. Beispielsweise wird verallgemeinernd oft von »den Männern« gesprochen oder die Inanspruchnahme von Vorsorgeangeboten bei Männern als »mangelhaft« eingeschätzt. Dieser Defizitdiskurs stellt die Unterschiede zwischen Männern und Frauen in den Vordergrund und konzentriert sich auf »typisch männliche« oder »typisch weibliche« Verhaltensweisen. Das kann dazu führen, dass sich tradierte Leitbilder von Männlichkeit weiter verfestigen anstatt über den öffentlichen Diskurs in Frage gestellt zu werden. Oftmals wird in diesem Kontext auch eine alleinige Verantwortung des Einzelnen für seine Gesundheit postuliert ohne beispielsweise den Einfluss der Lebenslage auf die Gesundheit zu berücksichtigen. Dadurch geraten bestimmte Problembereiche aus dem Blick, deren Veränderung aber entscheidend zur Verbesserung der Männergesundheit beitragen könnten [13, 14], z.B. Maßnahmen zum Abbau sozial bedingter Ungleichheit [15].

In den letzten Jahren sind bereits Erfolge sichtbar, das Thema Männergesundheit stärker und auch positiver im öffentlichen Bewusstsein zu verankern. So gibt es in Deutschland inzwischen verschiedene Initiativen und Akteure, die sich um eine differenzierte Diskussion von männerspezifischen Aspekten beim Thema Gesundheit bemühen und auch öffentlich wirksam auftreten [z.B. 16, 17, 18]. Auch die Männergesundheitsberichte auf europäischer [19] und nationaler Ebene [20–25] haben zur Sensibilisierung gegenüber diesem Thema einen wesentlichen Beitrag geleistet. Wichtige öffentliche Impulse lieferten außerdem eine internationale Konferenz zur Männerpolitik im Jahr 2012 [26] des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und der erste Männergesundheitskongress [27] des Bundesministeriums für Gesundheit in Kooperation mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Jahr 2013. Auch der vorliegende Gesundheitsbericht will dazu beizutragen, die Sensibilisierung für das Thema Männergesundheit in Politik, Wissenschaft und Praxis weiter voranzutreiben.

## Literatur

1. Lange C, Lampert T (2004) Perspektiven einer geschlechtersensiblen Gesundheitsberichterstattung. *Gesundheitswesen* 66 (3): 158–163
2. 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 Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S 509–523
3. Kolip P (2001) Von der Frauen- zur gendersensiblen Gesundheitsforschung. *Sozial- und Präventivmedizin* 46 (4): 219–220
4. Hahn D (2008) Zweigeschlechtlichkeit und Hierarchische Geschlechterordnung: Von der Kritik der Gesundheitsforschung zur Institutionalisierung der Chancengleichheit. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 51 (1): 61–69
5. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2012) Strategie »Gender Mainstreaming«. [www.bmfsfj.de/BMFSFJ/gleichstellung,did=192702.html](http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/gleichstellung,did=192702.html) (Stand: 20.11.2013)
6. Hoffmann W, Latza U, Terschüren C (2005) Leitlinien und Empfehlungen zur Sicherung von Guter Epidemiologischer Praxis (GEP) – Überarbeitete Fassung nach Evaluation. *Gesundheitswesen* 67 (3): 217–225
7. Gansefort D, Jahn I (2012) Geschlechtersensible Forschung in der Epidemiologie – eine Einladung. *Public Health Forum* 20 (3): 10.e11–10.e13
8. Gansefort D, Jahn I (2013) Geschlechtersensible Forschung in Epidemiologie und Medizin. *Impulse für Gesundheitsförderung* 78: 19
9. Jahn I, Foraita R (2008) Geschlechtergerechte epidemiologische Datenanalyse: Methodische Aspekte und empirische Befunde: Dargestellt an einem Beispiel aus der Gesundheitsberichterstattung. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 51 (1): 13–27
10. Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie – BIPS GmbH (2011) *Verbund Geschlechtersensible Forschung in Epidemiologie, Neurowissenschaften und Genetik/Tumorforschung*. [www.epimed-gender.net](http://www.epimed-gender.net) (Stand: 08.10.2013)
11. Dinges M (2007) Was bringt die historische Forschung für die Diskussion zur Männergesundheit? *Blickpunkt DER MANN* 5 (2): 6–9
12. White A, McKee M, Richardson N et al. (2011) Europe's men need their own health strategy. *BMJ (Online)* 343 (7834): 1144–1147
13. Dinges M (2009) Männer, die beratungsresistenten Gesundheitsidioten? *Blickpunkt DER MANN* 7 (1): 19–23
14. Stiehler M (2007) Männergesundheit in der Gesellschaft. In: Stiehler M, Klotz T (Hrsg) *Männerleben und Gesundheit – Eine interdisziplinäre, multiprofessionelle Einführung*. Juventa Verlag, Weinheim und München, S 280–286
15. Lehmann F, Weyers S (2007) Programme und Projekte zum Abbau sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen in Deutschland und Europa. *Pravention und Gesundheitsförderung* 2 (2): 98–104
16. Bundesforum Männer. Interessenverband für Jungen, Männer und Väter in Deutschland. [www.bundesforum-maenner.de/bfm-plattform/](http://www.bundesforum-maenner.de/bfm-plattform/) (Stand: 08.10.2013)
17. Deutsche Gesellschaft für Mann und Gesundheit e.V. [www.mann-und-gesundheit.com](http://www.mann-und-gesundheit.com) (Stand: 25.11.2013)
18. Stiftung Männergesundheit. [www.stiftung-maennergesundheit.de/](http://www.stiftung-maennergesundheit.de/) (Stand: 25.11.2013)
19. European Commission, Directorate Health and Consumers (2011) *The State of Men's Health in Europe*. European Commission

20. Bardehle D, Stiehler M, (Hrsg) (2010) Erster Deutschen Männergesundheitsbericht. Ein Pilotbericht. W. Zuckschwerdt Verlag, München
21. Bayerisches Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit (StMUG) (2012) Gesund in Bayern – Männergesundheit. StMUG (Hrsg), München
22. Landesarbeitsgemeinschaft Männergesundheit Mecklenburg-Vorpommern (2008) Dokumentation der LAG »Männergesundheit« Mecklenburg-Vorpommern. Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Mecklenburg Vorpommern e.V., Schwerin
23. 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
24. 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
25. Weißbach L, Stiehler M, (Hrsg) (2013) Männergesundheitsbericht 2013. Im Fokus: Psychische Gesundheit. Verlag Hans Huber, Bern
26. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2013) Männerpolitik – männerpolitische Beiträge zu einer geschlechtergerechten Gesellschaft. Tagungsdokumentation. Internationale Konferenz am 22. und 23. Oktober 2012 in Berlin. Langfassung. BMFSFJ, Berlin
27. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2013) 1. Männergesundheitskongress der BZgA und des BMG.  
[www.maennergesundheitsportal.de/veranstaltungen/maennergesundheitskongress-der-bzga-und-des-bmg/](http://www.maennergesundheitsportal.de/veranstaltungen/maennergesundheitskongress-der-bzga-und-des-bmg/)(Stand: 08.10.2013)

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