

Im Gegensatz zu Frauen achten Männer seltener auf ihren Gesundheitszustand. Traditionelle Männerrollen verhindern oftmals einen fürsorglichen Umgang mit dem eigenen Körper und begünstigen die Bereitschaft, Risiken einzugehen.

Männerspezifische Bedarfslagen und Inanspruchnahmebarrieren werden im Bereich der Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung noch zu wenig in den Alltagsroutinen berücksichtigt. Demgegenüber nehmen die Informationsangebote im Internet zum Themenfeld Männergesundheit zu. Allerdings ist es häufig kaum möglich, seriöse Fachinformationen von kommerziell orientierten Angeboten mit teils zweifelhaftem Gesundheitsnutzen zu unterscheiden.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hat im Oktober 2009 das Fachforum „Männergesundheit“ durchgeführt, um neue umsetzungsorientierte Impulse zu setzen. Im Rahmen der Konferenz erfolgte ein Austausch über Daten, Fakten, Rahmenbedingungen und Bedarfe der Gesundheitsförderung bei Jungen und Männern. Ein sehr differenzierter Blick wurde auf männliche Identitäten, epidemiologische Grundlagen, gesundheitsbezogene Verhaltensweisen und Mediennutzung von Jungen und Männern geworfen. Ergänzend wurden Beispiele guter Praxis bei der Mediengestaltung und Netzwerke im Bereich der Männergesundheit vorgestellt. Diskutiert wurden Anforderungen an ein Internetportal zur Männergesundheit.

Das vorliegende Fachheft gibt die Beiträge des Fachforums wieder. In der Diskussion wurde deutlich, dass die Einrichtung eines Männergesundheitsportals in Form einer interessenneutralen und qualitätsgesicherten Informationsplattform als notwendig erachtet wird. Die Fachtagung war ein wichtiger vorbereitender Schritt unter Einbezug der Akteure, die bereits seit vielen Jahren auf dem Gebiet der Männergesundheit wertvolle Arbeit leisten.



**Bundeszentrale  
für  
gesundheitliche  
Aufklärung**

ISBN 978-3-937707-87-7

# Gesundheit von Jungen und Männern

**Hintergründe, Zugangswege und Handlungsbedarfe  
für Prävention und Gesundheitsförderung**

**Dokumentation des BZgA-Fachforums  
am 2. Oktober 2009**

## Gesundheit von Jungen und Männern

Hintergründe, Zugangswege und Handlungsbedarfe für Prävention  
und Gesundheitsförderung

Dokumentation des BZgA-Fachforums am 2. Oktober 2009

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek:

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Die Beiträge in dieser Reihe geben die Meinung der Autorinnen und Autoren wieder, die von der Herausgeberin nicht in jedem Fall geteilt werden muss. Die Fachheftreihe ist als Diskussionsforum gedacht.

Gesundheitsförderung konkret, Band 14

Gesundheit von Jungen und Männern – Hintergründe, Zugangswege und Handlungsbedarfe für Prävention und Gesundheitsförderung. BZgA, Köln 2011

Herausgeberin:

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Ostmerheimer Str. 220, 51109 Köln

Tel.: 02 21/89 92-0

Fax: 02 21/89 92-300

Projektleitung: Dr. Monika Köster

E-Mail: [monika.koester@bzga.de](mailto:monika.koester@bzga.de)

Alle Rechte vorbehalten.

Redaktion: Thomas Altgeld

Koordination: ProjektBüroKöln

Lektorat: René Zey, Frechen

Satz: Königsdorfer Medienhaus, Frechen

Druck: Warlich, Meckenheim

Auflage: 1.5.04.11

ISBN 978-3-937707-87-7

Band 14 der Fachheftreihe ist erhältlich

unter der Bestelladresse BZgA, 51101 Köln,

und über Internet unter der Adresse <http://www.bzga.de>

Diese Broschüre wird von der BZgA kostenlos abgegeben.

Sie ist nicht zum Weiterverkauf durch die Empfängerin/ den Empfänger oder Dritte bestimmt.

Bestellnummer: 60649140

# Vorwort

Gender Mainstreaming, als Grundsatz und Leitprinzip über das Bundesgleichstellungsgesetz verankert, bedeutet für den Gesundheitsförderungs- und Präventionsbereich vor allem, für geschlechtergerechte und geschlechtersensible Vorgehensweisen, Maßnahmen und Angebote Sorge zu tragen. Dies erfordert eine geschlechtersensible Ausrichtung gesundheitsfördernder Maßnahmen unter gleichzeitiger Beachtung weiterer spezifischer Zielgruppenmerkmale wie zum Beispiel Alter, soziale Lage, Familien- und Lebenssituation, sexuelle Orientierung oder Kultur. Anzustreben ist eine möglichst hochwertige und gleichwertige Informations- und Maßnahmenqualität für Frauen und Männer bzw. Mädchen und Jungen. In den Arbeitsbereichen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung spielen diese Aspekte eine wesentliche Rolle.

Im Bereich der Mädchen- und Frauengesundheit kann bereits auf eine längere Tradition zurückgeblickt werden. Jedoch hat sich die Datenlage auch in vielen Bereichen der Jungen- und Männergesundheit in den letzten Jahren deutlich verbessert. Damit sind auch Handlungsbedarfe klarer geworden. So zeigen die vorliegenden Daten deutliche Geschlechtsunterschiede in der Lebenserwartung, hinsichtlich des Krankheitsspektrums sowie des Gesundheitsverhaltens und des Gesundheitsbewusstseins. Die durchschnittliche Lebenserwartung von Männern liegt in allen westlichen Industriegesellschaften deutlich unter der Lebenserwartung der Frauen. In Deutschland haben Männer aktuell im Durchschnitt eine um etwa fünf Jahre geringere Lebenserwartung als Frauen. Bis zum Alter von 65 Jahren sterben Männer beispielsweise rund dreimal häufiger an tödlichen Verkehrsunfällen, Lungenkrebs und Suizid als Frauen. Beim Gesundheitsverhalten wird in fast allen geschlechtervergleichenden Analysen eine höhere Risikobereitschaft und ein vermeintlich geringeres Gesundheitsbewusstsein von Männern diagnostiziert. Diese Geschlechterunterschiede lassen sich nur zum Teil auf biologische Faktoren zurückführen. Eine bedeutsame Rolle spielen wahrscheinlich die Lebenssituationen, Rollenerwartungen und verhaltensbezogene Aspekte.

So ist im Alltag von Männern Gesundheit vielfach kein Thema. Traditionelle Männerrollen verhindern nach wie vor eher eine Fürsorglichkeit für den eigenen Körper. Der scheinbar unbesiegbare Mythos vom „starken Geschlecht“

oder die gesellschaftlich noch immer eher dem Mann zugeschriebene Rolle des „Familienernährers“ zeigen, dass Rollenvorstellungen sich nur langsam verändern. Die traditionelle Männerrolle ist immer noch an Leistung, Härte, Macht, Distanz und Konkurrenz gekoppelt. Diese männertypische Sozialisation ist einer der Gründe dafür, dass Männer seltener als Frauen auf ihren Gesundheitszustand achten und sich weniger anfällig gegenüber Krankheiten fühlen. Aber Männer und Jungen sind dabei keine homogene Gruppe, sondern das Geschlecht ist neben sozialer Lage, Alter, sexueller Orientierung und kulturellem Hintergrund nur eine der wesentlichen Dimensionen. Die anderen Dimensionen, insbesondere soziale Ungleichheiten, können geschlechtsbezogene Unterschiede noch vergrößern oder nivellieren. Das Gesundheitsverhalten von sozial benachteiligten Frauen beispielsweise ist in vielen Aspekten weniger ausgeprägt als das der Männer der sozial am besten gestellten Einkommensgruppen. Gerade die Vielfalt von Lebenslagen und -weisen ist eine besondere Herausforderung für effektive Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen.

Mit diesem Fachheft zur Männergesundheit setzt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung einen wesentlichen Akzent zur geschlechtersensiblen und geschlechtsspezifischen Ausgestaltung von Prävention und Gesundheitsförderung. Für den Bereich der Frauengesundheit hat die BZgA mit dem Frauengesundheitsportal bereits eine allseits akzeptierte Informationsplattform für diese Zielgruppe etabliert. Ein vergleichbar umfassend angelegtes, neutrales Informationsangebot für Männer- und Jungengesundheit fehlte bislang. Das am 2. Oktober 2009 in der BZgA durchgeführte Fachforum zur Männergesundheit, das hier dokumentiert wird, sollte die Bedarfslagen für ein Männergesundheitsportal aufzeigen und zugleich einen möglichen Rahmen für ein solches Portal abstecken. Deshalb wurde innerhalb der Veranstaltung ein sehr differenzierter Blick auf männliche Identitäten, epidemiologische Grundlagen, gesundheitsbezogene Verhaltensweisen und Mediennutzung von Männern und Jungen geworfen. Außerdem wurden Beispiele guter Praxis bei der Mediengestaltung und Netzwerke im Bereich der Männergesundheit vorgestellt.

Die Diskussionen mit den eingeladenen Expertinnen und Experten waren äußerst konstruktiv und von dem Wunsch getragen, die Gesundheit von Männern und Jungen effektiv zu fördern. Die Ergebnisse der Tagung machen deutlich, dass die Einrichtung eines Männergesundheitsportals in Form einer interessenneutralen Informationsplattform als notwendig erachtet und begrüßt wird. Hierbei wird es wichtig sein, aktuelle, seriöse qualitätsgesicherte Infor-

mationen einzustellen. Die BZgA wird sich dieser Herausforderung stellen und gemeinsam mit den relevanten Akteuren und Akteurinnen in diesem Feld weitere Akzente setzen.

Ich danke an dieser Stelle allen Mitwirkenden, die zu dem produktiven Austausch innerhalb des Fachforums beigetragen haben und die BZgA auch weiterhin in diesem Arbeitsfeld unterstützen werden.

Köln, Januar 2011

Prof. Dr. Elisabeth Pott  
Direktorin der Bundeszentrale  
für gesundheitliche Aufklärung



## Inhalt

<b>1. Einführung: Gesundheit von Männern und Jungen – Herausforderungen für die Prävention und die Gesundheitsinformation</b> Thomas Altgeld, Stephanie Schluck	9
<b>2. Eröffnung des Fachforums durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung</b> Harald Lehmann	21
<b>3. Grußwort des Bundesministeriums für Gesundheit</b> Dr. Petra Drohse	25
<b>4. Männliche Identität und Gesundheit: Bedarf, theoretische Perspektiven und Ansätze für eine männerspezifische Gesundheitsförderung</b> Prof. Dr. Toni Faltermaier	29
<b>5. Gesundheit und Krankheit von Männern und Jungen – ein Überblick über die aktuelle Datenlage</b> Dr. Cornelia Lange	45
<b>6. Der bewegte Mann – Sportengagement und somatische Kultur der Geschlechterordnung</b> Prof. Dr. Ilse Hartmann-Tews	65
<b>7. Früherkennung für Männer – „Männergesundheit“ aus ärztlicher Sicht</b> Prof. Dr. Theodor Klotz	79
<b>8. Internetnutzung von Männern bei Gesundheitsfragen: Status quo und Konsequenzen für die Konzeption eines BZgA-Onlineangebots zur Männergesundheit</b> Prof. Dr. Nicola Döring	93
<b>9. Wie geht's – wie steht's? – Ansprache von Jungen und Männern in der Sexualaufklärung und Familienplanung</b> Rainer Neutzling	119

<b>10. Projekt- und Netzwerksteckbriefe</b>	125
10.1 Männerarbeit der Evangelischen Kirche in Deutschland	126
10.2 Fachstelle Jungenarbeit in Nordrhein-Westfalen/ Landesarbeitsgemeinschaft Jungenarbeit in Nordrhein- Westfalen e. V.	128
10.3 Netzwerk für Männergesundheit	131
<b>11. Anhang</b>	135
11.1 Internetadressen	135
11.2 Verzeichnis der Teilnehmerinnen und Teilnehmer	140

# 1. Einführung: Gesundheit von Männern und Jungen – Herausforderungen für die Prävention und die Gesundheitsinformation

*Thomas Altgeld, Stephanie Schluck*

Die Forschungslage zu den geschlechtsspezifischen Gesundheitsaspekten verbessert sich langsam national und international. Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes hat in den vergangenen Jahren über verschiedene Spezialberichte, zum Beispiel über den Kinder- und Jugendgesundheitssurvey oder den Bericht zur Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter, Daten zur gesundheitlichen Situation von Jungen und Männern geliefert. Darüber hinaus hat das Infragestellen starker Männerbilder sowie in Folge davon die Neuentdeckung des gesundheitlich eigentlich „schwachen Geschlechts“ der Männer in bestimmten Teilen der gesundheitswissenschaftlichen Literatur mittlerweile Tradition. Die statistisch nachweisbare kürzere Lebenszeit der Männer in Deutschland verführt gemeinsam mit erhöhten Morbiditätsrisiken für eine Reihe von verhaltensbedingten Erkrankungen (zum Beispiel des Herz-

Kreislauf-Systems, der Lunge oder der Leber) zu dem (Kurz-)Schluss, dass Männer im Vergleich zu den diesbezüglich besser abschneidenden Frauen gesundheitlich vielleicht das „schwächere Geschlecht“ sein könnten. Das wird schon an den Titeln einiger Publikationen deutlich, zum Beispiel „Der frühe Tod des starken Geschlechts“ (Klotz et al. 1998), „Männerdämmerung“ (Hollstein 1999) oder „Konkurrenz, Karriere, Kollaps – Männerforschung und der Abschied vom Mythos Mann“ (Bründel und Hurrelmann 1999).

Viele Publikationen zur Männergesundheit bleiben bislang auf einer oberflächlich-beschreibenden Ebene stehen. In fast allen geschlechtervergleichen- den Analysen wird beinahe schon stereotyp die höhere Risikobereitschaft und das vermeintlich geringere Gesundheitsbewusstsein von Männern diagnostiziert. Verwiesen wird in diesem Zusammenhang beispielsweise auf den Konsum legaler und illegaler Drogen oder die Nahrungsmittelzufuhr von fettreicheren Lebensmitteln und den Konsum von mehr Süßgetränken. Diese Publikationen beziehen sich, wie Dinges feststellt, „noch zu oft auf ein überholtes monolithisches Bild von Männlichkeit. Ein statistischer Durchschnittsbefund – also ein Mehrheitsverhalten – reicht zur Behauptung einer ‚Essenz der Männlichkeit‘ nicht aus“ (Dinges 2007, S. 6). Tiefer gehende Erklärungen für diese höhere Risikobereitschaft werden jedoch kaum angeboten.

„In vielen Kulturen macht es der Prozess der männlichen Sozialisation – aus Jungs ‚richtige‘ Männer zu machen – den Männern oft schwer, Schwäche zu zeigen. Dies hält sie möglicherweise davon ab, Vorschläge für Gesundheitsförderung ernst zu nehmen und bei Problemen einen Arzt/eine Ärztin aufzusuchen. So sind viele Männer sich selbst ein Hindernis, was einen möglichst optimalen Nutzen des Gesundheitssystems angeht.“ (Doyal 2004, S. 156) Diese fast schon ontologisierte „männertypische“ Sozialisation scheint ein wesentlicher Grund dafür zu sein, dass Männer kaum auf ihren Gesundheitszustand achten und sich weniger anfällig gegenüber Krankheiten fühlen.

Die zentrale Frage ist jedoch, ob nicht gerade die auf den ersten Blick riskanteren gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen von Männern wesentlicher Teil ihrer Art, „ihren Mann zu stehen“, sind. Das heißt, wenn Männlichkeitskonzepte und Rollenerwartungen sich nicht verändern, werden Männer diese Verhaltensweisen kaum aufgeben können, ohne den Verlust ihrer männlichen Identität und ihrer gesellschaftlich nach wie vor privilegierten Situation zu riskieren: „Men and boys do indeed use these resources and adopt unhealthy beliefs and behaviours in order to demonstrate manhood. Although nothing strictly prohibits a man from demonstrating masculinities differently, to do so

would require that he cross over socially constructed gender boundaries, and risk reproach and sometimes physical danger for failing to demonstrate gender correctly. By successfully using unhealthy beliefs and behaviours to demonstrate idealised forms of masculinity, men are able to assume positions of power – relative to women and less powerful men – in a patriarchal society that rewards this accomplishment. By dismissing their health needs and taking risks, men legitimise themselves as the ‚stronger‘ sex. In this way, men’s use of unhealthy beliefs and behaviours helps to sustain and reproduce social inequality and the social structures that, in turn, reinforce and reward men’s poor health habits.“ (Courtenay 2000, S. 1396)

Dinges wirft im deutschen Sprachraum einen Blick auf die Normen von Männlichkeit, insbesondere bei Heranwachsenden, und analysiert sie genauer bezüglich ihres Präventionsbezugs. Er stellt fest, dass damit konkurrierende Botschaften vermittelt werden: „Gesundheitsdiskurse, die auf Risikovermeidung in der Jugendphase setzen, stehen also in einer Spannung zu anderen gesellschaftlich vermittelten Anforderungen an Männer ... Auf Risikovermeidung zielende Gesundheitsdiskurse sollten nicht bei der Abwertung eines gängigen Verhaltens junger Männer als gesundheitsschädlich verharren, sondern die historischen Gründe für die Erziehung zur Härte und den rezenten Wandel in der Arbeitswelt reflektieren und ihre Botschaften darauf einstellen.“ (Dinges 2007, S. 7)

Faltermaier wird deshalb in diesem Fachheft die engen Zusammenhänge von Geschlechterrollen, Identität und Gesundheit von Männern näher analysieren. Er liefert damit auch die Begründung des Bedarfs für eine stärker auf Männer bezogene Forschung und Praxis. Vor allem fehlt nach wie vor eine intensivere Forschung über männliches Gesundheitsverständnis, subjektive Gesundheitskonzepte und deren Abhängigkeit von typisch männlichen Sozialisationserfahrungen sowie ein Blick auf die Ressourcen von Männlichkeit (vgl. Kapitel 4 von Anton Faltermaier, S. 29ff.).

**Eine genaue und differenzierende Analyse der geschlechtsspezifischen Unterschiede hinsichtlich Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten ist dringend notwendig.**

Weder der Mainstream der Public-Health-Forschung noch die meisten Gesundheitsberichte kommen bei Fragestellungen der Epidemiologie und der Versorgungsforschung über die Konstatierung von Geschlechtsunterschieden deutlich hinaus. Eine tiefer gehende, differenzierte Analyse der spezifischen Bedingungen der Gesundheit von Männern und Frauen, Jungen und Mädchen

findet hier bislang unzureichend statt. Kolip hat schon 2003 festgestellt: „Derzeit sind einige Bemühungen erkennbar, die gesundheitliche Benachteiligung von Frauen zu beheben, während eine genauere Analyse männerspezifischer Gesundheitsprobleme noch aussteht.“ (Kolip 2003, S. 653)

Zwar werden in den meisten Berichten auf Bundes- und Landesebene Geschlechterunterschiede bei der Prävalenz von Erkrankungen oder in der Morbidität mittlerweile standardisiert ausgewertet und publiziert. So liefert etwa der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey KiGGS des Robert Koch-Instituts seit 2007 eine Fülle neuer Daten zur Gesundheit von Jungen und Mädchen und stellt diese auch in Bezug zur sozialen Lage. Zudem werden Faktoren bei bestimmten gesundheitlichen Auffälligkeiten gewichtet, wobei sich das Geschlecht manchmal als ein wesentlicher Faktor erweist. Beispielsweise sind in Bezug auf psychische Auffälligkeiten 17,8 % der Jungen nach Elternurteilen grenzwertig bzw. auffällig. Während unaufmerksames und hyperaktives Verhalten vor allem im Grundschulalter vermehrt auftritt, machen sich aggressiv-dissoziale Verhaltensmuster besonders bei den 11- bis 13-Jährigen bemerkbar. Risikofaktoren für Verhaltensauffälligkeiten sind ein niedriger Sozialstatus, Migrationshintergrund, nur ein erziehender Elternteil sowie Arbeitslosigkeit der Mutter.

Spannend wäre eine weitere Analyse, ob und inwiefern sich Väter- und Mütterbeurteilungen in der Wahrnehmung des Gesundheitszustands ihrer Töchter und Söhne unterscheiden.

Lange gibt einen ausführlichen Überblick über die aktuelle Datenlage zur Gesundheit von Männern und Jungen. Berücksichtigt werden dabei Rahmenbedingungen (Erwerbsbeteiligung, Partnerschaft, Bildungsabschluss), gesundheitliche Lage (selbst eingeschätzte Gesundheit der Männer, geschlechtsspezifische Mortalität, Krebsinzidenzen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, psychische Störungen und Erkrankungen, Unfälle) und das Gesundheitsverhalten (Raucherquote, sportliche Aktivität, Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen und Maßnahmen der primären Prävention). Lange gibt darüber hinaus wichtige Anregungen für weitere differenzierte Männergesundheitsforschung auf verschiedenen Ebenen, um ganzheitliche Interventionen planen zu können (vgl. Kapitel 5 von Cornelia Lange, S. 45ff.).

Eine wesentliche gesundheitsrelevante Verhaltensweise, in der gravierende Geschlechterunterschiede festzustellen sind, ist das Bewegungsverhalten von Männern und Frauen. Hartmann-Tews beschreibt in diesem Fachheft ge-

schlechtsspezifische Unterschiede genauer. Sie analysiert das Sportengagement und die somatische Kultur geschlechtsbezogen und geht neben einer Datenerhebung zum Sportengagement in der deutschen Bevölkerung auch auf Körperkonzepte und deren Ursachen für die Auswahl von Sportarten sowie die Inszenierung von Männlichkeit und Weiblichkeit ein. Laut Hartmann-Tews kann Sport einen Beitrag zur Identitätsausbildung und Entwicklung des Selbstwertgefühls bei Jungen und Männern leisten. Jedoch sind diese Zusammenhänge in der Forschung erst ansatzweise nachgewiesen. Deshalb plädiert auch sie für eine weitere gendersensible Forschung in diesem Feld (vgl. Kapitel 6 von Ilse Hartmann-Tews, S. 65ff.).

Ein genauerer Blick auf die epidemiologischen Befunde und Befragungsergebnisse der Public-Health-Forschung zeigt, dass ein einfacher Geschlechtervergleich nur wenig dazu beiträgt, die spezifischen Gesundheitsbedürfnisse und Präventionspotenziale von Jungen und Männern auszuloten. So sind das Alter, die soziale Schicht, der berufliche Status, die Lebensform und die sexuelle Orientierung weitere wesentliche Dimensionen, entlang derer soziale Differenzierungen für Gesundheit und gesundheitsrelevantes Verhalten bedeutsam werden. Auch weitergehende Analysen des jeweiligen kulturellen Hintergrunds und der Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustands sind sinnvoll.

### **Welche Gesundheitsangebote lassen sich wie an den Mann bringen?**

Eine 2009 veröffentlichte Studie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zu „Männern in Bewegung“ zeigt, dass das Gesundheitsbewusstsein von Männern in den letzten zehn Jahren kaum angestiegen ist. Ein Drittel der Befragten gibt an, stark auf die Gesundheit zu achten. In der Vergleichsstudie 1998 waren es lediglich 1 % weniger. Dagegen hat sich die Anzahl der Männer, die sich wenig Gedanken um ihre Gesundheit machen, mit 17 % deutlich erhöht (1998: 10 %) (BMFSFJ 2009, S. 149).

Der Wellness- und Medizinsektor hat Männergesundheit dennoch längst als einen Zukunftsmarkt mit großen Wachstums- und Profitchancen entdeckt. Bestenfalls sind viele Angebote in diesem Marktsegment gut gemeint und mehr oder weniger unschädlich für die Gesundheit von Männern. Aber viele Angebote – insbesondere Schönheitschirurgische Eingriffe, Hormonbehandlungs- und Potenzsteigerungsmittel – haben langfristig eher gesundheitsschädigende Wirkungen auf die Gesundheit der so Behandelten. Im Bereich Männergesundheit wird vor allem Geld mit männlichen Omnipotenz- und Forever-young-Fantasien sowie den dazugehörigen Ängsten verdient. Diese

Entwicklung des Marktes zeigt aber auch, dass Männer entgegen traditioneller Vorstellungen für neue Gesundheitsangebote ansprechbar und empfänglich sind. Erforderlich sind eine adäquate, motivierende Zielgruppenansprache und passgenaue Angebote. Hier kann die Kommunikation im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention vom Wachstumsmarkt „Wellness- und medizinische Dienstleistungen für Männer“ durchaus Anregungen erhalten.

Der Beitrag von Klotz in diesem Fachheft analysiert Früherkennungsuntersuchungen und weitere Dienstleistungen für Männer aus ärztlicher Sicht. Er beschäftigt sich dabei mit den folgenden Fragen: Welche medizinischen Bereiche stehen im Zusammenhang mit dem Begriff „Männergesundheit“ in der ärztlichen Sprechstunde? Wie stellen sich geschlechtsspezifische Risiken und Lebenserwartungsunterschiede dar? Gibt es innerhalb von Deutschland regionale Unterschiede in der geschlechtsspezifischen Morbidität und Mortalität? Welche Elemente sollte ein Internetportal aus ärztlicher Sicht enthalten? Klotz fordert eine stärkere Fokussierung auf geschlechtsspezifisches Risikoverhalten und stellt die daraus resultierenden Konsequenzen für die präventive und kurative Medizin vor. Er plädiert für zielgruppengerichtete geschlechtsspezifische Interventionen in Prävention und Gesundheitsförderung (vgl. Kapitel 7 von Theodor Klotz, S. 79ff.).

Die verhaltensbezogenen, primärpräventiven Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in Form von Kursangeboten erreichen Männer bislang kaum. Kursangebote nach dem individuellen Ansatz werden überdurchschnittlich häufig von Frauen in Anspruch genommen. Ihr Anteil lag bei 77 % aller Kursteilnehmenden, der Anteil der männlichen Kursteilnehmer bei 23 % (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. 2009, S. 74).

Die Frage, wie Gesundheitsangebote männergerechter gestaltet und mit welchen Inhalten und in welcher Art von Ausgestaltung Männer und Jungen erreicht werden können, stellt sich für den gesamten Gesundheitsförderungs- und Präventionssektor. Altgeld hat vier Haupthandlungsfelder für die Entwicklung einer männergerechteren Gesundheitsförderung und -versorgung skizziert:

- Sensibilisierung und Qualifizierung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren im Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereich für männerspezifische Gesundheitsproblematiken und Gesundheitsförderungsansätze,
- Entwicklung einer jungen- und männerspezifischen Gesundheitskommunikation,

- Ausdifferenzierung von klar umrissenen Subzielgruppen,
- Implementation von Gender Mainstreaming als Querschnittsanforderung und Qualitätsmerkmal von Gesundheitsförderung und Prävention (vgl. Altgeld 2004, S. 279).

Insbesondere für den Bereich der Qualifizierung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren für männerspezifische Gesundheitsproblematiken und der männerspezifischen Gesundheitskommunikation gibt es bislang zu wenig Strategien und Angebote. Lediglich in einigen Bereichen der Sucht- und Gewaltprävention sowie der Sexualaufklärung liegen bislang vielversprechende Ansätze geschlechtergerechter Angebote vor.

Neutzling stellt in diesem Fachheft ein gelungenes Beispiel der geschlechtsspezifischen Ansprache von Jungen und Männern für Gesundheitsinformationen aus dem Sexualaufklärungsbereich vor. Er entwickelt anhand der Erfahrungen mit der BZgA-Broschüre „Wie geht’s – Wie steht’s?“, die sich an Jungen in der Pubertät richtet, Thesen zur Weiterentwicklung einer jugendgerechten Gesundheitskommunikation (vgl. Kapitel 9 von Rainer Neutzling, S. 119ff.).



Wichtig für die Entwicklung einer jungen- und männergerechten Gesundheitskommunikation sind natürlich auch wissenschaftliche Erkenntnisse zum Informationssuche- und -verarbeitungsverhalten von Männern und Jungen. In der Wahl der Medien und Themen sind deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern festzustellen. Döring analysiert in diesem Fachheft das Internetnutzungsverhalten aus der Genderperspektive. Für den Aufbau eines männerspezifischen Gesundheitsportals ist es wichtig zu wissen, wie und mit welchen Interessen Jungen und Männer das Internet für Gesundheitsfragen nutzen. Ausgehend von diesem Status quo werden jeweils Konsequenzen – insbesondere für den Punkt der Zielgruppenansprache – für ein übergreifendes Internetportal zur Männergesundheit abgeleitet (vgl. Kapitel 8 von Nicola Döring, S. 93ff.).

### **Perspektiven für ein Männergesundheitsportal**

Im Rahmen des BZgA-Fachforums zur Männergesundheit am 2. Oktober 2009 wurden Anforderungen an ein jungen- und männerspezifisches Gesundheitsportal, aufbauend auf den in dieser Publikation abgedruckten Fachbeiträgen, diskutiert. Das Portal ist als Teil eines komplexen Themenfelds „Männergesundheit“ zu sehen. 50 eingeladene Expertinnen und Experten aus verschiedenen Arbeitsfeldern erörterten die anstehenden Fragestellungen. Es bestand Konsens, dass Handlungsbedarfe hinsichtlich der Vermittlung männergerechter, seriöser Gesundheitsinformationen bestehen. In den Diskussionen wurden die folgenden Teilaspekte als relevant für die Entwicklung eines effektiven Ansatzes eingestuft:

- Der ganzheitliche Gesundheitsbegriff im Sinne der WHO-Definition sollte Grundlage für die Schwerpunkte des Portals sein.
- Der Aufbau eines Portals sollte sukzessive erfolgen. Gestartet werden sollte zunächst mit kleinen Modulen zu einzelnen relevanten Themenbereichen. Aus den Reaktionen auf diese Module sollte gelernt werden und eine Anpassung an die Bedürfnisse und Erwartungen der Adressaten erfolgen.
- Aufbauend auf den häufigsten Fragen und Antworten sollten ein FAQ-Bereich erarbeitet sowie Begriffserklärungen eingestellt werden (Glossar).
- Vorhandenes Wissen und Kompetenzen aus unterschiedlichen Bereichen (Epidemiologie, Prävention und Gesundheitsförderung, Männerarbeit, Kommunikation, Marketing, Webdesign etc.) sollten genutzt werden.
- Das Portal sollte sich auf die Vermittlung von Informationen konzentrieren und explizite Edukationsstrategien eher vermeiden.
- Die Zielgruppen für das Portal sollten altersgemäß genauer definiert werden. Als besonders wichtige Altersphasen wurden „Männliche Jugendliche“ und die Gruppe der Männer „50+“ herausgestellt.

- Bei der Zielgruppenfrage sollte zudem bedacht werden, welche Teilgruppen unter den Männern bislang kaum erreicht werden (zum Beispiel Migranten/Migrantinnen, sozial benachteiligte Zielgruppen) und auf welchem Weg man diese erreichen könnte. Hierbei sollten in besonderem Maße Zugänge über Multiplikatoren und Multiplikatorinnen bedacht werden.
- Die Zielgruppen sollten bereits in den Entstehungsprozess des Männergesundheitsportals partizipativ einbezogen werden (als „Experten in eigener Sache“).
- Einen Zugangsweg zu den anvisierten Zielgruppen bietet die Vernetzung mit anderen Angeboten bzw. Foren.
- Es sollten positive Anknüpfungspunkte für Gesundheitsthemen entwickelt werden, orientiert an Stärken und Ressourcen. Defizitorientierte Bilder von Männlichkeit sollten vermieden werden, ebenso die alleinige Orientierung an Schwächen/riskanten Verhaltensweisen.
- Das Internet sollte als „Pull-Medium“ genutzt werden, das heißt vor allem über Verlinkungen zu seriösen und qualitätsgesicherten Anbietern.
- Das Portal sollte im weiteren Ausbau interaktive Beratungsmöglichkeiten bieten, im Rahmen derer Männer anonym Fragen stellen können und zeitnah Expertenantworten erhalten.
- Das Portal sollte sowohl über Fachleute aus der Männergesundheitsarbeit als auch über geeignete andere Werbestrategien „an den Mann gebracht“ werden. Hier wären möglicherweise Medienpartnerschaften denkbar.
- Denkbar für die Umsetzung eines Männergesundheitsportals ist eine entsprechende Verbindung zu Wikipedia, da Wikipedia eine der meistgenutzten Quellen bei gesundheitlichen Fragen ist.
- Eine weitere Möglichkeit des Zugangs insbesondere zu jungen Männern ist die Verlinkung bzw. Hinweissetzung in Onlinegames, ebenso das Anstreben einer entsprechenden Präsenz im Google-Ranking über geeignete Verschlagwortung.
- Der nächste Schritt sollte eine Konzeptentwicklung innerhalb eines Arbeitskreises sein, der die Fachleute des Fachforums und möglichst auch Zielgruppenvertretungen mit einbezieht.
- Unverzichtbar ist die Qualitätssicherung. Hier können die Erfahrungen und Instrumente des BZgA-Frauengesundheitsportals genutzt werden.
- Eine wissenschaftliche Begleitung des Gesamtprozesses ist erforderlich.

Die Vielzahl und die Breite der Anregungen machen die hohen Anforderungen an ein Männergesundheitsportal sehr deutlich. Die erörterten Aspekte werden in die Konzeption eines BZgA-Männergesundheitsportals einfließen.

## Literatur

- Altgeld, T. (Hrsg.) (2004): Männergesundheit – Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention. Weinheim und München.
- Altgeld, T. (2007): Warum weder Häschen noch Hans viel über Gesundheit lernen – Geschlechtsspezifische Barrieren der Gesundheitsförderung und Prävention, in: Prävention und Gesundheitsförderung 2, 90–97.
- Bründel, H., Hurrelmann, K. (1999): Konkurrenz, Karriere, Kollaps – Männerforschung und der Abschied vom Mythos Mann. Stuttgart.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2009): Evaluationsbericht Bundeselterngeld und Elternzeitgesetz 2009. Berlin.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2009): Männer in Bewegung – Zehn Jahre Männerentwicklung in Deutschland. Forschungsreihe Band 6. Nomos, Baden-Baden.
- Courtney, W. H. (2000): Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: A theory of gender and health, in: Social Science and Medicine 50, 1385–1401.
- Dinges, M. (2007): Was bringt die historische Forschung für die Diskussion zur Männergesundheit?, in: Blickpunkt Der Mann 5 (2), 6–9.
- Doyal, L. (2004): Sex und Gender: Fünf Herausforderungen für Epidemiologinnen und Epidemiologen, in: Das Gesundheitswesen 66, 153–157.
- Hollstein, W. (1999): Männerdämmerung: von Tätern, Opfern, Schurken und Helden. Göttingen.
- Kamtsiuris, P., Lange, M., Schaffrath Rosario A. (2007): Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Stichprobendesign, Response und Non-Response-Analyse, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 50, 547–556.
- Klotz, T., Hurrelmann, K., Eickenberg, H.-U. (1998): Männergesundheit und Lebenserwartung: Der frühe Tod des starken Geschlechts, in: Deutsches Ärzteblatt 95, A-460–464.
- Kolip, P. (2003): Frauen und Männer, in: Schwartz, F. W., Badura, B., Busse, R., Leidl, R., Raspe, H., Siegrist, J., Walter, U. (Hrsg.): Das Public Health Buch. München und Jena, 642–653.
- Kolip P., Altgeld T. (Hrsg.) (2006): Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Juventa, Weinheim und München.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS), GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2009): Präventionsbericht 2009 – Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2008. Essen.
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2008): Erkennen – Bewerten – Handeln. Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Berlin.



**PROGRAMM**  
**BZgA-FACHFORUM**  
**MÄNNERGESUNDHEIT**  
**02.10.2009, 10:30 - 17:00**

Ort: BZgA, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Postfach 18 15, 53115 Bonn  
www.bzga.de

**PROGRAMM**

**Begrüßung und Eröffnung**

Herausforderungen, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

**Grußwort des Bundesministeriums für Gesundheit**

Dr. Petra Farchert, Bundesministerium für Gesundheit

**PANEL 1**

**Männliche Identität und Gesundheit**

Prof. Dr. Anton Fahrensmeier, Universität Flensburg

**Gesundheit und Krankheit von Männern und Jungen**

Dr. Cornelia Lohse, Robert Koch-Institut

**Früherkennungsuntersuchungen für Männer**

Prof. Dr. Theodor Klotz, MPH, Klinik für Urologie und

Kinderurologie, Weiden

**Rückfragen und Diskussion**

**Mittagspause**

**PANEL 2**

**Sport- und Bewegungsverhalten von Männern**

Prof. Dr. Ina Hornemann-Jew, Deutsche Sporthochschule Köln

**Internetnutzung von Männern bei Gesundheitsfragen**

Prof. Dr. Nicole Döring, Technische Universität Ilmenau

**Ansprache von Jungen und Männern in der**

**Sexualaufklärung und Familienplanung**

Hainer Neutzing, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

**Rückfragen und Diskussion**



## 2. Eröffnung des Fachforums durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Harald Lehmann

Sehr geehrte Frau Dr. Drohsel,  
meine sehr geehrten Damen  
und Herren,

ich begrüße Sie sehr herzlich zu unserem heutigen Fachforum „Männergesundheit“.

Ich freue mich sehr, dass Sie unserer Einladung zur heutigen Tagung so zahlreich gefolgt sind. Das Fachforum findet im Rahmen der BZgA-Tagungsreihe „Gender Mainstreaming in der Gesundheitsförderung und Prävention“ statt. In dieser Tagungsreihe beschäftigen wir uns mit geschlechtsspezifischen Fragestellungen und Bedarfslagen in Bezug auf Gesundheit und Gesundheitsförderung. Bei unserer heutigen Veranstaltung geht es speziell um die Zielgruppe der Männer.

Wir wissen, dass es geschlechtsspezifische Unterschiede und Besonderheiten im Auftreten von Gesundheitsproblemen und Krankheiten gibt. Wir wissen, dass die Lebenserwartung der Männer etwa sechs Jahre niedriger ist als die der Frauen. Hier werden unterschiedliche ineinandergreifende Ursachen diskutiert: biologisch-genetische, soziokulturelle und sozioökonomische Faktoren, aber auch das individuelle Risikoverhalten.

Wir stellen zunächst die Frage: Was wissen wir über Gesundheit und Krankheit bei Männern? Hierzu wollen wir heute aktuelle Daten zum Status quo zusammentragen und zentrale Themenbereiche und Fragestellungen erörtern:

- Es geht um häufige und spezifische Gesundheitsbeschwerden und Krankheiten.
- Es geht um das Gesundheitsverhalten von Männern, denken wir zum Beispiel an
  - Alkohol,
  - Rauchen,
  - Sport- und Bewegungsverhalten,
  - Ernährung.



- Es geht um die Teilnahme an gesundheitsfördernden Angeboten.
- Es geht um die Wahrnehmung von Früherkennungsuntersuchungen.

Wir wissen, dass traditionelle Männerrollen oftmals einen fürsorglichen Umgang mit dem eigenen Körper verhindern. So stellen wir die zentrale Frage: „Wie erreichen wir die Zielgruppe der Männer mit Informationen zum Thema Gesundheit?“ Ich freue mich sehr, dass wir zu diesen Themen und Fragestellungen ausgewiesene Expertinnen und Experten gewinnen konnten.

Am Nachmittag wollen wir gemeinsam die Möglichkeiten des Internets als Informationsmedium gerade auch zum Thema Männergesundheit erörtern.

Zum Thema Frauengesundheit hat die BZgA mit dem Frauengesundheitsportal bereits einschlägige Erfahrungen sammeln können. Das Portal bietet seit 2003 frauenspezifische Gesundheitsinformationen in einem systematischen Überblick.

Wichtig – und von den Zielgruppen zu Recht gefordert – sind

- aktuelle Informationen,
- seriöse und interessenneutrale Informationen,
- qualitätsgesicherte Informationen.

Die BZgA hat in diesem Bereich sehr intensiv an Fragen der Qualitätssicherung gearbeitet. Die Qualität sichern wir ab über

- Kooperationen mit Netzwerken und Akteuren,
- Zusammenarbeit mit Expertinnen und Experten, mit Gremien,
- klare Qualitätskriterien, Aufnahme-/Ausschlusskriterien,
- regelmäßige Evaluationen, deren Ergebnisse in die Überarbeitung einfließen.

Wir wollen – als Pendant zum Frauengesundheitsportal – mit Beginn 2011 ein Männergesundheitsportal aufbauen. Diese Plattform soll neutrale und qualitätsgesicherte Gesundheitsinformationen für Männer bieten. Dies ist vor dem Hintergrund der Kommerzialisierung des „Männergesundheits-Marktes“ sehr wichtig. Hier findet man gerade auch im Internet eine Vielzahl an Informationen, teils allerdings von mangelhafter Qualität und Vertrauenswürdigkeit.

Das BZgA-Portal zur Männergesundheit soll seriös, fachlich geprüft und qualitativ hochwertig sein. Wir wollen das Angebot so gestalten, dass es das Interesse der Zielgruppe findet. Hierzu müssen wir uns die Zielgruppe gemeinsam

sehr genau ansehen, die Interessen und Bedarfe analysieren, die zentralen Themenbereiche identifizieren und entsprechend aufbereiten.

Dann wollen wir natürlich auch – und dies ist uns besonders wichtig – die Anbieter und Akteure einbeziehen, die bereits seit vielen Jahren auf dem Gebiet der Männergesundheit wertvolle Arbeit leisten und qualitätsvolle und seriöse Informationen anbieten. Denn bei einem nationalen Portal geht in erster Linie auch um Vernetzung und Zusammenführung. Hier erhoffe ich mir eine gute Zusammenarbeit.

Ich bin sehr gespannt auf den fachlichen Austausch mit Ihnen und wünsche uns eine interessante Veranstaltung und gute umsetzungsorientierte Diskussionen.



# 3. Grußwort des Bundesministeriums für Gesundheit

*Dr. Petra Drohse*

Sehr geehrte Damen und Herren,

dass Männer und Frauen verschieden sind, ist keine wirklich neue Erkenntnis. Dass im Gesundheitswesen und auch in der Gesundheitspolitik diesem Umstand lange vergleichsweise wenig Aufmerksamkeit geschenkt wurde, hängt ja vielleicht damit zusammen, dass über vermeintliche Selbstverständlichkeiten weniger nachgedacht wird als über Verwunderliches. Irgendwann ist es dann aber doch aufgefallen, dass Verschiedenes auch verschieden behandelt werden muss.



Zuerst fiel auf, dass der „Ideale Gesamtpatient“ unausgesprochenerweise doch männlichen Geschlechts gewesen sein muss, denn sowohl in der Diagnostik als auch bei der Behandlung sind – so die Wissenschaft – Spezifika der weiblichen Patienten oft vernachlässigt worden.

Heute geht es aber um die Herren der Schöpfung: Sie leben ungesünder, sie sind dementsprechend auch ungesünder. Und nicht zuletzt unter dem Gesichtspunkt der Prävention bedürfen sie deshalb einer besonderen Ansprache. Unser erster Schritt ist das „Männerportal“. Ich wünsche mir sehr, dass wir die erste Fachtagung „Männergesundheit“ nutzen, um später möglichst viele Männer zu überzeugen, durch dieses Portal in ein gesünderes Leben zu schreiten.

Zunächst einige Worte zur Analyse: Im Schwerpunktbericht „Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter“ des Robert Koch-Instituts werden die gesundheitlichen Unterschiede zwischen beiden Geschlechtern deutlich. Zum Beispiel sind bei den 30- bis 44-jährigen Männern 65 % und bei den 45- bis 64-Jährigen knapp 80 % übergewichtig bzw. adipös. Bei Frauen im gleichen Alter sind dagegen nur 40 % bzw. 66 % übergewichtig. Dass Übergewicht ein Risikofaktor für die Gesundheit ist, muss ich sicher nicht näher erläutern.

Tatsache ist: Frauen leben länger. Die Sterblichkeit von Männern im mittleren Lebensalter zwischen 30 und 64 Jahren ist doppelt so hoch wie die von Frauen. Als Gründe werden häufigere Unfälle, Selbstmorde, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krankheiten der Verdauungsorgane aufgeführt.

Gern wird dieser Unterschied auf die unterschiedlichen Lebensweisen von Frauen und Männern zurückgeführt, die sich aus den Geschlechterrollen ergeben. Das reicht aber nicht aus. Dass die Lebensweise, der soziale Status sowie die unterschiedlichen Arbeitsbedingungen eine Rolle spielen, ist unbestritten. Folglich führen diese Unterschiede auch zu unterschiedlichen Folgen für die Gesundheit und Lebenserwartung.

Im Armuts- und Reichtumsbericht (wird aus den Daten des Sozioökonomischen Panels von 1995–2005 abgeleitet) können wir nachlesen, dass Männer eine mittlere Lebenserwartung von 80,9 Jahren haben, wenn sie zu den oberen 25 % der Einkommensverteilung zählen. In den unteren 25 % der Einkommensverteilung reduziert sich die Lebenserwartung bereits auf 70,1 Jahre. Bei Frauen ist dieser Unterschied mit 85,3 gegenüber 76,9 Jahren etwas geringer.

Diese Daten machen deutlich, wie wichtig Prävention in den Lebenswelten ist. Denn auf diesem Weg können wir insbesondere die sozial Benachteiligten erreichen. Insofern bin ich weiterhin der Auffassung, dass die Prävention für diese Zielgruppe verstärkt werden muss. Es kann nicht sein, dass Menschen früher sterben, weil sie ärmer sind.

Aus der Statistik können wir auch erkennen, dass es neben den Unterschieden zwischen Arm und Reich auch geschlechtsspezifische Ursachen für die Gesundheit und die Lebenserwartung von Männern und Frauen gibt. So liegt die Differenz in der Lebenserwartung zwischen Frauen und Männern gegenwärtig bei 5,6 Jahren.

Sie ist zum Teil biologisch – durch geschlechtsspezifische Unterschiede in Anatomie, Physiologie, Genetik und Hormonhaushalt – begründet. Dieser Unterschied wird von Fachleuten für eine Abweichung von rund ein bis zwei Jahren in der Lebenserwartung verantwortlich gemacht. Der „Rest“ ist im Wesentlichen verhaltensbedingt. Das gesundheitliche Verhalten der Männer ist deutlich riskanter.

Das gilt für die Alarmsignale des Körpers, die so oft überhört werden. Das gilt auch für die Krebsfrüherkennungsuntersuchungen, die oft unterlassen werden.

Männer beteiligen sich hier nur zu 20 %. Bei den Frauen sind es 47 %. Um diese Situation zu verändern, muss gezielter aufgeklärt werden. Dabei stellt sich die Frage, wie wir Männer besser ansprechen, informieren und motivieren können, damit sie mehr für ihre Gesundheit tun.

Das wollen wir mit Ihnen heute diskutieren. Ich bin sicher, dass wir heute von Ihnen viele interessante Anregungen bekommen werden und freue mich auf die Diskussionen.



# 4. Männliche Identität und Gesundheit: Bedarf, theoretische Perspektiven und Ansätze für eine männer-spezifische Gesundheitsförderung

Prof. Dr. Toni Faltermaier

## Abstract

*Männer haben bekanntermaßen hohe gesundheitliche Risiken, sind aber für Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung eine schwer zu erreichende Zielgruppe. Sexuelles Risikoverhalten oder riskante sportliche Aktivitäten, substanzbezogenes Risikoverhalten und Persönlichkeitsmuster wie das Typ-A-Verhaltensmuster sind nur einige Risikofaktoren, die in Studien empirisch belegt wurden. Die theoretischen Verbindungen zwischen Männern und Gesundheit werden anhand des Modells der psychosozialen Ätiologie von Krankheit, dem Modell der Salutogenese und der sozialwissenschaftlichen Subjektperspektive aufgezeigt. Sowohl Geschlechterrollen als auch Identitäten und die damit verbundenen Vorstellungen von Gesundheit befinden sich im stetigen Wandel. Aus diesem Grund wird eine gesundheitswissenschaftliche Männer- und Genderforschung benötigt, die nach sozialen, biografischen und den Bildungsgrad betreffenden Indikatoren der Zielgruppe differenziert. Als Ansatzpunkte für Interventionen bieten sich das Setting Betrieb und Familie, die Lebensphasen der Adoleszenz, Familien-gründung sowie das mittlere und späte Erwachsenenalter an.*



## Einleitung

Gesundheit scheint bisher kein bedeutsames Thema für Männer zu sein, sie sollte es aber in ihrem eigenen Interesse in Zukunft werden. Lange Zeit war weder in den Wissenschaften noch in der Praxis ein größeres Interesse an der Gesundheit von Männern zu erkennen. Das Thema Gesundheit war wie selbstverständlich mit Frauen verbunden. Im Zuge der weiblichen Emanzipations-

bewegung entwickeln Gesundheitsforscherinnen bereits seit mehr als 30 Jahren eine umfangreiche Frauengesundheitsforschung, die unsere Erkenntnisbasis deutlich verbessert und das frühere Defizit rasch ausgeglichen hat (vgl. Kuhlmann und Kolip 2005). In der Praxis wurden vielfältige Aktivitäten zur Förderung der Gesundheit von verschiedenen Gruppen von Frauen etabliert. Auch in der Gesundheitspolitik war die Gesundheit von Frauen bislang eher ein Thema als die Gesundheit von Männern; sie hat beispielsweise zu nationalen Frauengesundheitsberichten geführt, aber nicht zu vergleichbaren Berichten für Männer. Diese doch einseitige Lage scheint sich in den letzten zehn Jahren etwas geändert zu haben: Vor allem aus der Praxis ist allmählich ein wachsendes Interesse an der gesundheitliche Lage von Männern zu erkennen. Es wird verstärkt versucht, sie als Zielgruppe für die Prävention und Gesundheitsförderung zu bestimmen und zu erreichen (vgl. Altgeld 2004).

Diese neue Aufmerksamkeit speist sich auch aus der Erkenntnis, dass zwar in der Gesundheitsförderung heute viele Akteure und Akteurinnen in vielen Bereichen engagiert tätig sind und im Prinzip viele wichtige und relevante Maßnahmen ergreifen, dass wir damit auch manche Gruppen der Bevölkerung ganz gut erreichen, dass das aber leider oft nicht immer jene Gruppen sind, die den größten Bedarf haben. Damit weitet sich die soziale Schere im Gesundheitszustand zwischen gesundheitlich „Privilegierten“ und „Benachteiligten“ eher aus – eine Problematik, die in der Fachdiskussion als „Präventionsdilemma“ (Bauer 2005) bekannt ist.

Männer sind nun global sicher nicht als benachteiligte Bevölkerungsgruppe zu bezeichnen, es liegen aber empirische Erkenntnisse vor, die für eine stärkere Aufmerksamkeit für ihre Gesundheit sprechen: Sie haben teilweise hohe gesundheitliche Risiken, sind aber kaum für Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung zu erreichen. Dennoch hat die Forschung über das Feststellen von Geschlechtsunterschieden in Gesundheitsindikatoren hinaus die spezifischen gesundheitlichen Problemlagen von Männern und ihre Ursachen bisher nur wenig untersucht. Eine mit der Frauengesundheitsforschung vergleichbare, auf spezifische Gruppen von Männern fokussierte Gesundheitsforschung fehlt bisher. Das lässt die durchaus berechtigte Frage aufkommen, ob diese Tatsache nicht auch mit dem mangelnden Interesse von männlichen Forschern zu tun hat.

In Absprache mit den Veranstaltern wird es meine Aufgabe bei diesem BZgA-Fachforum *Männergesundheit* sein, einen ersten Überblick zu geben und einige Perspektiven für die folgenden Diskussionen zu skizzieren. Konkrete

Ergebnisse der Forschung und spezifische Praxisansätze werden dann in den folgenden Beiträgen im Mittelpunkt stehen. Ich werde in meinem Beitrag zunächst den Bedarf für eine stärker auf Männer bezogene Forschung und Praxis begründen. Dann werde ich einige theoretische Verbindungslinien zeichnen, die die Gesundheit von Männern auch auf ihre Geschlechterrolle beziehen und dabei die Frage stellen, ob die gesundheitliche Lage von Männern nicht viel mit ihrer Identität zu tun hat. Aus diesen theoretischen Bezügen wird dann für eine verstärkte Forschung über die Hintergründe der Gesundheit von Männern plädiert und insbesondere ein Bedarf für eine differenzielle Gesundheitsforschung bei Männern gesehen. Schließlich werden die aktuellen Strategien zur Etablierung eines Gender Mainstreaming aufgegriffen, um in diesem Rahmen auch Perspektiven für eine Gesundheitsförderung bei und mit Männern zu entwickeln.

## Bedarf: Gesundheitliche Lage von Männern

Der Bedarf für eine stärker auf Männer konzentrierte Gesundheitsforschung und -praxis lässt sich zunächst durch epidemiologische Befunde gut begründen (vgl. Beitrag von Cornelia Lange, Seite 45ff.). Männer haben bekanntlich in allen Industriegesellschaften eine fünf bis acht Jahre geringere Lebenserwartung als Frauen. Diese markanten Geschlechtsunterschiede in der Lebenserwartung bleiben auch dann erhalten, wenn sich die Lebenserwartung einer Gesellschaft verändert – ob sie nun kontinuierlich leicht ansteigt (wie in den letzten Jahrzehnten in fast allen Industriegesellschaften) oder dramatisch einbricht (wie zum Beispiel in den osteuropäischen Ländern nach dem Umbruch des Gesellschaftssystems).

Die Mortalitätsraten von Männern sind über die gesamte Lebensspanne höher als bei Frauen. Diese Unterschiede in der Sterblichkeit lassen sich einmal dadurch erklären, dass Männer im jüngeren Erwachsenenalter häufiger an Unfällen, Suiziden oder Gewalteinwirkungen sterben und dass zum anderen Männer im mittleren und späteren Erwachsenenalter häufiger lebensbedrohliche Krankheiten (etwa Herzinfarkt, Lungenkrebs oder alkoholismusbedingte Lebererkrankungen) erleiden (Merbach und Brähler 2004, DAK 2008). Bei Frauen werden zwar insgesamt häufiger Krankheiten diagnostiziert, vielfach sind das psychische, psychosomatische oder chronische Erkrankungen; diese Krankheiten sind aber insgesamt weniger lebensbedrohlich (Merbach und Brähler 2004, Sieverding 2005).

Viele der bei Männern gehäuft auftretenden Krankheiten sind nach dem Erkenntnisstand der Gesundheitswissenschaften durch psychosoziale Risikofaktoren oder Risikoverhaltensweisen bedingt, damit wären sie potenziell vermeidbar (Faltermaier 2005). Welche Risiken sind das? Männer zeigen generell eine höhere Bereitschaft, Risiken einzugehen, riskante Lebensweisen zeigen sich in allen Lebensphasen (Lee und Owens 2002, Waldron 1995). Die Entstehung des männlichen Risikoverhaltens lässt sich sehr gut in der Jugendphase beobachten: Junge Männer dominieren sowohl bei risikobereitem Verhalten – wie zum Beispiel bei Mutproben, sexuellem Risikoverhalten oder riskanten sportlichen Aktivitäten – als auch bei substanzbezogenem Risikoverhalten – wie zum Beispiel Rauchen, übermäßigem Alkoholkonsum oder Konsum illegaler Drogen (Raithel 2003). Die höhere Risikobereitschaft von Männern setzt sich im Laufe des weiteren Erwachsenenalters fort. Lediglich der riskante Medikamentenkonsum kommt bei Frauen deutlich häufiger vor als bei Männern. Risiken für die Gesundheit können aber auch mit der Lebenssituation und mit Persönlichkeitsmerkmalen zusammenhängen, insbesondere gelten Stressoren am Arbeitsplatz oder das Typ-A-Persönlichkeitsmuster (Neigung zu Hektik, Ungeduld und Konkurrenz sowie zu Ärger und Feindseligkeit) als bedeutsame Risikofaktoren, die teilweise auch noch eng zusammenhängen (Helgeson 1995, Faltermaier 2005).

Insgesamt deuten die Ergebnisse der internationalen Gesundheitsforschung darauf hin, dass Männer diese psychosozialen Risiken in ihrem Lebensstil, in der Lebenssituation und der Persönlichkeit häufiger aufweisen als Frauen. Damit wäre vor allem die höhere Prävalenz von Männern bei koronaren Herzkrankungen, Unfällen, Gewalt und Alkoholismus zu erklären (Faltermaier 2004, Lee und Owens 2002). Zudem zeigen Männer weniger gesundheitliches Vorsorgeverhalten und präventive Orientierungen: Männer nehmen Vorsorgeuntersuchung zum Beispiel deutlich geringer in Anspruch als Frauen. Männer zeigen zudem weniger gesundheitsbewusstes Verhalten im Alltag und nehmen professionelle Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung kaum in Anspruch. Männer suchen bei Belastungen im Alltag und in Problemsituationen weniger soziale Unterstützung als Frauen; ihr Hilfesuchverhalten ist oft nicht angemessen. Insbesondere sind Männer dann gesundheitlich gefährdet, wenn sie nicht in festen Partnerbeziehungen leben, weil sie weniger von den Gesundheitsleistungen von Frauen in der Familie und von ihrer sozialen Unterstützung profitieren (ebd.).

Resümierend kann man deshalb feststellen, dass Männer nach unserem bisherigen Wissensstand im Vergleich zu Frauen deutlich mehr gesundheitliche

Risiken aufweisen, die in ihrer Lebenssituation und Lebensweise begründet sind, dass sie zugleich weniger Schutzfaktoren haben und kaum eigene Aktivitäten zur Gesunderhaltung zeigen. Diese Lage lässt zumindest teilweise erklären, warum die Sterblichkeit von Männern höher ist als die von Frauen. Global gesehen sind Männer somit eine äußerst relevante Zielgruppe für die Prävention und Gesundheitsförderung.

## Theoretische Perspektiven: Risiken, Ressourcen, männliche Identität

In einem nächsten Schritt soll nun versucht werden, diese gesundheitliche Lage von Männern zu erklären. Welche Verbindungen lassen sich theoretisch zwischen Gesundheit und Geschlecht ziehen? Zunächst kann auf gesundheitswissenschaftliche Erklärungsmodelle verwiesen werden, die uns Hinweise auf diese Zusammenhänge geben (vgl. Faltermaier 2005, Hurrelmann et al. 2006).

*Erstens* ist als zentrale Perspektive der Gesundheitswissenschaften die Ätiologie von Krankheiten anzuführen; sie basiert auf einem bio-psycho sozialen Krankheitsmodell, geht also vom Zusammenwirken von biologischen, psychischen und sozialen Prozessen bei der Entstehung von Krankheiten aus (ebd.). Sie formuliert empirisch belegte Risikofaktoren als potenzielle Ursachen für spezifische Krankheiten. Insbesondere für die sehr gut untersuchten Herz- und Kreislauferkrankungen sind neben somatischen Risikofaktoren (Bluthochdruck, hohes Cholesterin, Diabetes) viele psychosoziale und verhaltensbedingte Risikofaktoren bekannt. Vor allem Stressfaktoren, Risikoverhaltensweisen und Persönlichkeitspositionen sind hier zu nennen, die über verschiedene physiologische Wege (zum Beispiel das kardiovaskuläre System) bei entsprechend langer Expositionsdauer zu Krankheiten beitragen können (vgl. Abb. 1 auf Seite 34).

Wie beschrieben, lassen sich bei Männern deutlich mehr dieser Risikofaktoren belegen. Diese Risiken haben mit der Lebenssituation sowie der sozialen Lage und Lebensweise von Männern zu tun. Sie verweisen damit auf gesellschaftliche und soziale Bedingungen, die in der männlichen Geschlechterrolle ihren Ausdruck finden, und auf psychologische Bedingungen, die sich in der Geschlechtsidentität abbilden lassen (Faltermaier 2004).

Die Perspektive der Salutogenese in den Gesundheitswissenschaften verfolgt *zweitens* – und in Ergänzung zur Pathogenese – eine andere wichtige Frage,

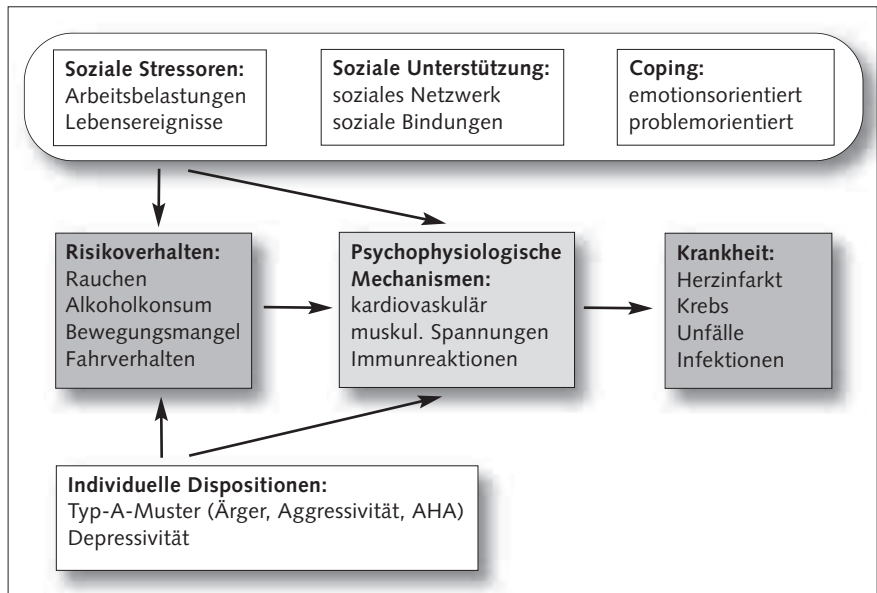


Abb. 1: Psychosoziale Ätiologie von Krankheit (Quelle: Faltermaier, 2005, S. 58)

nämlich welche Faktoren zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Gesundheit beitragen (vgl. Faltermaier 2005). In diesem Gesundheitsmodell werden jene Prozesse betont, die die Position von Menschen auf einem Kontinuum von Gesundheit beeinflussen. Zentral ist dabei, wie erfolgreich sie Stressoren und Risiken in ihrem Leben bewältigen, welche Widerstandsressourcen sie besitzen und ob sie Lebenseinstellungen haben, die ein Gefühl der Kohärenz ausdrücken (vgl. Abb. 2).

Obwohl insgesamt über diese Gesundheitsprozesse weniger Erkenntnisse als über Krankheitsprozesse vorliegen, sind doch einige zentrale Gesundheitsfaktoren so gut belegt, dass sie auch für die Erklärung der Gesundheit von Männern herangezogen werden können. In der Salutogenese wird der Blick insbesondere auf die Bewältigungsstile von Männern, auf ihre sozialen, personalen und körperlichen Ressourcen sowie auf ihr Kohärenzgefühl gelenkt, um die genannten Geschlechtsunterschiede zu erklären (ebd.).

Auch die salutogenetische Perspektive verweist somit auf die männliche Rolle und Identität, die sich zum Beispiel in einem männlichen Stil der Bewältigung

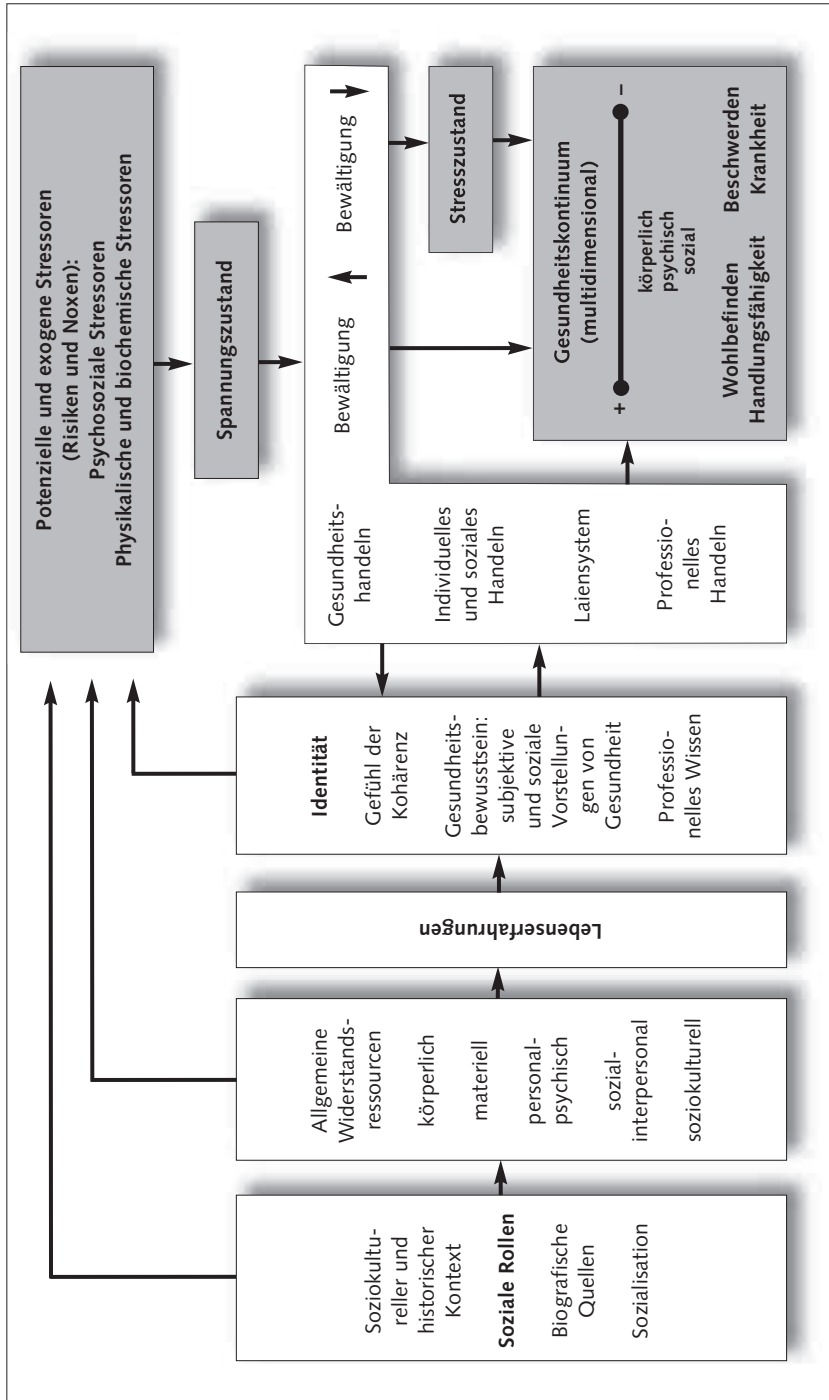


Abb. 2: Das erweiterte Modell der Salutogenese (Quelle: Faltermaier 2005, S. 66)

von Problemen, in den typischen sozialen Netzwerken von Männern oder in den spezifischen Lebensentwürfen von Männern ausdrücken können (Faltermaier 2004).

Schließlich ist *drittens* die sozialwissenschaftliche Subjektperspektive anzuführen, weil sie ergänzend zu den genannten Perspektiven die Gesundheit von Menschen auch durch das aktive Handeln von individuellen und sozialen Akteuren geprägt sieht (vgl. Abb. 2 auf Seite 35). Gesundheit wird dabei nicht nur als Resultat von externen Einwirkungen gesehen, sondern auch als subjektiv und sozial konstruiert (Faltermaier 2005): Wie sich Menschen zu ihrer Gesundheit und ihrem Körper verhalten, welche aktiven Bemühungen sie zur Gesundheitserhaltung im Alltag zeigen, wie diese Aufgaben sozial verteilt und abgestimmt werden, wie sie die Gesundheit in den Lebenslauf und in ihre Lebensweise integrieren oder ausschließen, das sind bedeutsame psychosoziale Einflüsse, die auch die gesundheitliche Lage von Männern erklären können. Auch dieser subjekttheoretische Zugang verweist auf die männliche Geschlechterrolle und Identität, weil diese subjektiven Überzeugungen und Handlungsmuster als Ergebnis einer geschlechtsspezifischen Sozialisation verstanden werden können (Courtenay 2000, Faltermaier 2004).

Diese theoretischen Verbindungslinien zwischen der Gesundheit, dem Geschlecht als sozialer Kategorie (Gender) und der in der Sozialisation angeeigneten (Geschlechts-)Identität sollen nun an einigen Aspekten exemplarisch ausgeführt werden (vgl. auch Faltermaier 2004). Dabei muss betont werden, dass die im Folgenden skizzierten Verbindungen zwischen Gesundheitsaspekten und der männlichen Rolle und Identität noch vielfach hypothetischen Charakter haben, weil eine sie stützende männerspezifische Gesundheitsforschung noch weitgehend aussteht.

1. Zunächst stellt sich die Frage, wie die Häufung von gesundheitlichen Risiken bei Männern und ihre Bereitschaft, vermehrt Risiken einzugehen, zu erklären sind. Eine Erklärung könnte darin liegen, dass die männliche Geschlechterrolle und Sozialisation nach wie vor impliziert, Stärke zu demonstrieren und Schwäche zu vermeiden. Stärke nach außen zu zeigen, kann aber bedeuten, aktiv riskante Situationen einzugehen oder bewältigen zu wollen, und auch, vor gefährlichen Situationen keine Angst zu haben oder sie zu verdrängen. Es gibt in sozialen Situationen für Männer viele Möglichkeiten, diese Stärke direkt oder auch symbolisch auszudrücken: Rauchen kann als Ausdruck einer coolen Haltung verstanden werden, starker Alkoholkonsum als Ausdruck einer stabilen Konstitution und Wider-

standskraft, riskante Manöver im Verkehr können als Imponierpose gedeutet werden. Auch im öffentlichen Raum können Männer ihren Körper in seiner Stärke, Kraft und Fitness (Muskeln, Jugendlichkeit, sexuelle Potenz) vielfach präsentieren und demonstrieren. Alle diese Aspekte sind Ausdruck einer männlichen Identität, die auch den Selbstwert steigern und damit Teil von sich selbst verstärkenden Prozessen werden kann. Wenn aber Stärke demonstriert werden soll, dann muss ihr Gegenteil – Schwäche – vermieden werden. Wenn gesundheitliche Beschwerden oder Krankheiten als Zeichen von Schwäche interpretiert werden, dann müssen sie abgewehrt oder ignoriert werden. Die Gesundheit hätte dann, weil sie Schwäche impliziert, potenziell die männliche Identität bedrohende Momente, die zu meiden oder zu verdrängen wären. Auch das Suchen nach Hilfe bei Beschwerden und Problemen kann dann als Zeichen von Schwäche verstanden werden, weil es Abhängigkeit von anderen erzeugt (statt Unabhängigkeit). Es muss daher möglichst lange aufgeschoben oder vermieden werden, die Probleme müssen zugedeckt (Drogenkonsum) und können nicht öffentlich gemacht werden.

Das in Gesundheitsstudien vielfach belegte Phänomen, dass Menschen ihr eigenes Risiko unterschätzen, dagegen das Risiko von anderen durchaus angemessen wahrnehmen, wird als „Illusion der Unverwundbarkeit“ bezeichnet (Faltermaier 2005). Es spricht einiges dafür, dass die traditionellen Männlichkeitskonstruktionen diese Unverwundbarkeit als Zeichen von Stärke bewahren und so sich und anderen Stärke versichern. Wenn Männer in ihrer Rolle und Identität diese Stärke demonstrieren müssen, dann kann bereits das Erkennen von Grenzen oder die Antizipation eines Verlusts von Stärke als bedrohlich wahrgenommen werden. Insofern ist es nahe liegend, dass auch das Altern für Männer als Verlust von jugendlicher Stärke und körperlicher Attraktivität – damit als Schwächung – verstanden wird. Das extreme Demonstrieren von körperlicher Fitness (zum Beispiel im Sport) und Leistungsfähigkeit (im Beruf) im Alter kann somit durchaus riskante Züge annehmen, wenn es die natürlichen Grenzen des Körpers ignoriert. In mancherlei Hinsicht hat das Bewusstsein von und die Sensibilisierung für die eigene Gesundheit mit der Anerkennung dieser Grenzen und eigener Verwundbarkeit zu tun.

2. Die traditionelle männliche Rolle setzt auf die hohe Bedeutung von Arbeit und Beruf, auf die Betonung der eigenen Leistungsfähigkeit im Beruf und Sport, auf die darüber jeweils erzielbare soziale Anerkennung und den damit erreichbaren sozialen Status. Hohe Leistungsmotivation und Streben

nach Aufstieg in Arbeit und Beruf bedeuten aber auch hohen Arbeitseinsatz. Damit sind oft hohe und andauernde körperliche und psychische Belastungen verbunden sowie eine geringe Wahrnehmung von arbeitsbedingten Risiken. Wenn das Leistungsstreben zudem stark im sozialen Vergleich gelebt wird, dann ist damit oft die Konkurrenz mit anderen verbunden. Eine starke Konkurrenzorientierung führt aber nicht nur zu hohen Anforderungen an sich selbst – damit tendenziell zu Überbelastungen und Überforderungen –, sondern auch zu geringeren Chancen, bei Problemen soziale Unterstützung von anderen zu erhalten. Schließlich birgt das Scheitern dieser hoch besetzten männlichen Projekte in der Arbeitswelt (durch fehlenden Aufstieg, unternehmerischen Misserfolg und Arbeitslosigkeit) ein hohes Gefährdungspotenzial, zumal Männer im Umgang mit diesen Verlusten weitere Risiken eingehen können.

3. Für Männer haben neben dem Beruf immer noch die Familie und Partnerschaft eine sehr hohe Wertigkeit. In der Partnerbeziehung erhalten Männer vielfach hohe und nahezu exklusive Unterstützungsleistungen, die wesentlich zum Erhalt ihrer Gesundheit beitragen; Ehe oder Partnerschaft können daher als wichtige soziale Ressource für die Gesundheit von Männern gelten (weniger für Frauen). Bekanntlich ist jedoch dieses Beziehungsmodell sehr brüchig geworden. Es gibt empirische Hinweise, dass Männer dann gesundheitlich stark gefährdet sind, wenn enge Beziehungen scheitern, auch weil ihre sozialen Netzwerke oft stark auf die Partnerbeziehung konzentriert sind. Es gibt zudem Erkenntnisse, dass die gegenseitigen Unterstützungsleistungen in der Partnerschaft nicht gleich verteilt sind, vielmehr häufig zu Ungunsten der Frauen ausfallen („support gap“), die oft mehr Unterstützung geben als sie von Männern erhalten.

Warum ist das so? Studien weisen auch auf die Defizite von Männern hin, Gefühle zu entwickeln und auszudrücken, was mit ihrer geschlechtsspezifischen Sozialisation erklärt wird (Lee und Owens 2002). Emotionen haben aber wichtige Schutzfunktionen: So kann Angst als ein wichtiges Signal für Gefährdungen fungieren. Emotionen wie Empathie und Selbstenthüllung stellen zudem Grundlagen für den Austausch von emotionaler Unterstützung mit anderen dar; der Aufbau stabiler sozialer Beziehungen hat viel mit der Entwicklung und Erhaltung von Zuneigung und Vertrauen zu tun. Wenn aber Männer weniger gefühlsmäßig in Beziehungen investieren und weniger soziale Unterstützung geben als sie bekommen, dann tragen sie damit (unbewusst?) auch zur geringeren Stabilität von Beziehungen bei. Dazu passt ein wichtiger Befund aus der Entwicklungspsycho-

logie: Männer scheinen ihre Identität mehr durch die Abgrenzung von anderen zu gewinnen, während Frauen sich selbst mehr über und in sozialen Beziehungen definieren (Gilligan 1983).

## Differenzierungen und Bedarf für eine gendersensible Männergesundheitsforschung

Die skizzierten Zusammenhänge von Gesundheit mit der männlichen Geschlechterrolle und Identität verweisen deutlich auf soziale Strukturen, aber auch auf ihre gesellschaftliche Dynamik: Die Geschlechterrollen stellen die Grundlagen für die geschlechtsspezifische Sozialisation einer Generation dar; die Identitäten der Individuen entwickeln sich in diesem Rahmen. Aber die Geschlechterrollen sind nicht starr, sondern zunehmend im Wandel und beziehen sich aufeinander. Die großen Veränderungen der weiblichen Rolle im Zuge der Emanzipationsbewegung hatten – und haben – natürlich auch Auswirkungen auf die männliche Rolle, die sich gleichwohl viel weniger und weniger offensiv bewegt hat. Insofern muss eine stärkere wissenschaftliche Aufmerksamkeit für die Gesundheit von Männern zwei potenzielle Gefahren vermeiden, nämlich Männer als stereotype soziale Kategorie zu beschreiben und sie getrennt von den sozialen Interaktionen mit Frauen zu betrachten.

Die Geschlechterdebatten und auch die epidemiologischen Untersuchungen von Geschlechtsunterschieden folgen aber häufig einer stark vereinfachenden zweiwertigen Logik, die zwischen den sozialen Kategorien der Geschlechter maximal kontrastiert (große Unterschiede zwischen Männern und Frauen) und innerhalb einer sozialen Kategorie stark homogenisiert (alle Männer sind gleich). Männer sind aber (wie Frauen) weder eine statische noch eine homogene Gruppe. Daher sind beim Blick auf die Gesundheit von Männern viele Differenzierungen angebracht, von denen einige im Folgenden kurz angedeutet werden.

Bei Männern bestehen in ihren Einstellungen zur Gesundheit deutliche Altersunterschiede. Generell ist davon auszugehen, dass mit dem Alter auch ihr Gesundheitsbewusstsein zunimmt. Es gibt zudem möglicherweise sehr bedeutsame Kohortenunterschiede, über die wir bisher noch wenig wissen. In der jüngeren Generation von Männern könnten aufgrund von Änderungen in der Männerrolle und aufgrund eines inzwischen gestiegenen Gesundheitsbewusstseins der Öffentlichkeit andere Gesundheitsüberzeugungen vorherrschen als in den vorhergehenden Generationen. Es gibt zudem große soziale

Unterschiede zwischen Männern, die sich auch auf ihre Gesundheit auswirken werden; soziale Differenzierungen bei Männern sollten mindestens nach ihrem sozialen Status, nach ihrer Berufsgruppe und nach der kulturellen Herkunft erfolgen.

Forschungsergebnisse deuten auch darauf hin, dass das Gesundheitsbewusstsein bei Männern meist deutlich weiter entwickelt ist als ihr alltägliches Gesundheitshandeln (Faltermaier 2004). Diese Diskrepanz deutet darauf hin, dass bei Männern die Probleme möglicherweise mehr (als bei Frauen) in der Umsetzung von Gesundheitsmotiven liegen und dass diese auch in strukturellen Hindernissen begründet sein könnten. Es gibt aber andererseits auch empirische Hinweise, dass Männer im Lebenslauf durch spezifische Lebensereignisse (Familiengründung) oder Krankheitsereignisse für gesundheitliche Fragen sensibilisiert werden können. Welche Ereignisse unter welchen Umständen bei Männern welche Reflexionsprozesse auslösen, wäre näher zu untersuchen.

Wie oben argumentiert, liegen bei Männern deutliche strukturelle Barrieren für ein höheres Gesundheitsbewusstsein in der traditionellen männlichen Geschlechterrolle. Daraus ließe sich folgern, dass für einen offeneren Umgang von Männern mit gesundheitlichen Fragen eine männliche Sozialisation günstig wäre, die mehr Akzeptanz für ein breiteres Spektrum des Rollenhandelns schaffen würde, ohne dabei neue Ängste zu stimulieren.

Nach meiner Überzeugung brauchen wir eine gesundheitswissenschaftliche Männer- und Genderforschung, die die angedeuteten Differenzierungen vornimmt und folgende allgemeine Perspektiven haben könnte:

- von der Feststellung von generellen Geschlechtsunterschieden zur Untersuchung der spezifischen Bedingungen der Gesundheit bei spezifischen sozialen Gruppen von Männern;
- Vermeidung der Gefahr von stereotypen Konstruktionen der Geschlechter (dichotome soziale Kategorien) durch Berücksichtigung von gesellschaftlich-historischen Veränderungsprozessen der männlichen Geschlechterrolle (auch in Relation zur weiblichen Rolle), von spezifischen soziokulturellen Konstruktionen von Männlichkeit und von subjektiven Aneignungsprozessen der Geschlechterrolle (in der Identität) sowie der Entwicklung der männlichen Identität über den Lebenslauf;
- Orientierung an Praxisanforderungen, die Männer als wichtige, aber vernachlässigte Zielgruppen der Prävention, Gesundheitsförderung und Rehabilitation betrachten.

- Insgesamt würde damit eine gendersensible und differenzielle Forschungsperspektive vorgeschlagen, die sich auf die Analyse der Bedingungen von Gesundheit bei spezifischen Gruppen von Männern konzentriert – wenn notwendig auch jener Bedingungen, die Relationen zu Frauen herstellen. Dabei könnte angeknüpft werden an die klassischen gesundheitswissenschaftlichen Forschungsgebiete wie zum Beispiel die gesundheitspsychologischen Untersuchungen von Risikowahrnehmungen und Risikobereitschaft, von Bedingungen des Risiko- und Gesundheitsverhaltens, an die Stress- und Bewältigungsforschung, die salutogenetische Forschung zu Gesundheitsressourcen und Schutzfaktoren sowie die Untersuchung von Gesundheit im Kontext einer Lebenslaufperspektive.

## Perspektiven einer Gesundheitsförderung bei Männern

Schließlich soll noch kurz angedeutet werden, welche Perspektiven sich daraus für die stärker auf Männer bezogene Gesundheitsförderung ergeben würden. Als allgemeine Prinzipien der Gesundheitsförderung halte ich es auch für die Zielgruppe Männer für essenziell, dass sie in einem salutogenetischen Sinn auch positive Gesundheitsziele formuliert, dass Interventionen sowohl an der Verringerung von Risiken als auch an der Stärkung von Ressourcen orientiert sind, dass sie Partizipation und Empowerment als unverzichtbare professionelle Grundhaltung versteht und dass sie sowohl an sozialen Verhältnissen als auch an subjektiven Bedingungen der Zielgruppen ansetzt (vgl. Abb. 3 auf Seite 42).

Wir brauchen durch eine Männergesundheitsforschung noch viel mehr und differenziertere empirische Hinweise, welche Zielgruppen von Männern in welchen sozialen Strukturen mit welchen subjektiven Voraussetzungen (Alltagswissen und Handlungskompetenzen) und mit welchen methodischen Zugängen erreicht werden können. Und natürlich brauchen wir auch Evidenzen über die Wirkungen und die Nachhaltigkeit von männerspezifischen Ansätzen der Gesundheitsförderung in verschiedenen Settings. „Gender Mainstreaming“ in der Gesundheitsförderung für Männer würde daher in Anlehnung an Kolip und Altgeld (2006) bedeuten, dass die Lebenswelten von Männern angemessen berücksichtigt werden, dass der deutliche Nachholbedarf von Männern in der Prävention und Gesundheitsförderung zu vermehrten Anstrengungen führen muss, in denen auch die spezifischen Potenziale von Männern berücksichtigt werden und angemessene Zugänge auch für schwer erreichbare Gruppen von Männern entwickelt werden sollten.

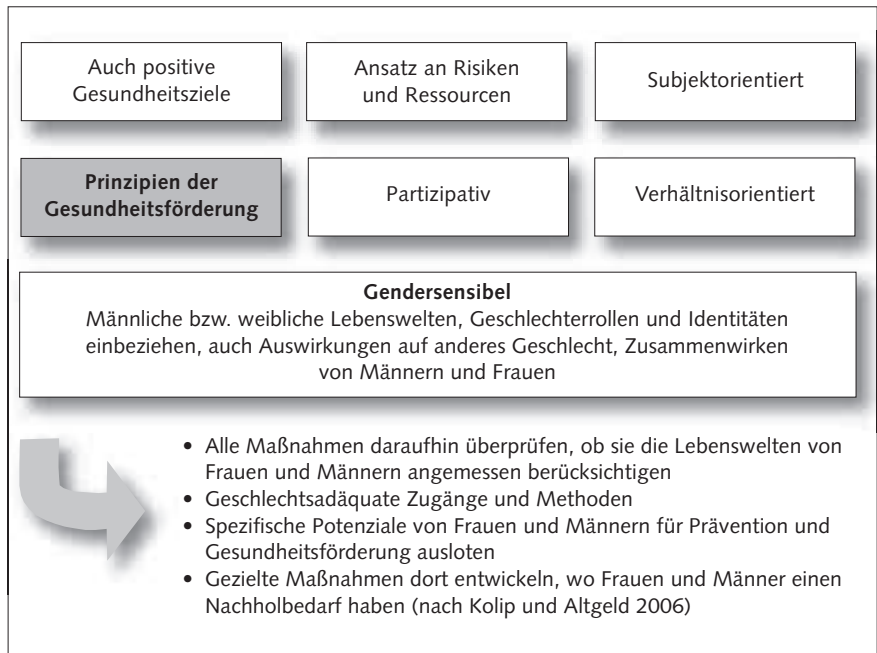


Abb. 3: Gender Mainstreaming in der Gesundheitsförderung

Aus den obigen Ausführungen ergibt sich, dass sich zentrale Ansatzpunkte für die Förderung der Gesundheit von Männern beispielsweise in den Settings Betrieb und Familie, in den Lebensphasen der Adoleszenz, Familiengründung sowie des mittleren und späten Erwachsenenalters anbieten würden und dass besondere professionelle Herausforderungen darin liegen, Männer in sozial und kulturell schwierigen Verhältnissen zu erreichen.

Es gibt also wie gezeigt gute Gründe, hohen objektiven Bedarf und geeignete theoretische Perspektiven für eine stärkere Thematisierung der Gesundheit von Männern und für intensiverte Bemühungen, Männer in der Prävention und Gesundheitsförderung zu erreichen. Meine Hoffnung auf einen Aufschwung des Männerthemas in der Gesundheitsförderung verbindet sich aber gleichzeitig mit der Sorge, dass die Männergesundheit dabei zu einem gesellschaftlichen oder professionellen Modethema wird, in dem Gesundheit mit stereotypen Konstruktionen von Männlichkeit und hohem sozialem Druck in einem von Experten und Expertinnen gesteuerten Risikodiskurs verbunden wird. Die Individualisierung von männlichen Risiken und die Stigmatisierung

von männlichen Risikogruppen würde uns ebenso wenig weiterbringen wie der Versuch, Männern zu suggerieren, dass es einfache und medikalisierte Lösungen gibt, die ihren Lebensstil und ihre Rolle unverändert lassen. Gesundheit wird für Männer nur dann ein Thema werden, wenn sie die Vorteile eines gesundheitlichen Engagements erkennen und sich darüber letztlich auch ihre Lebensqualität verbessert.

## Literatur

- Altgeld, T. (Hrsg.) (2004): Männergesundheit. Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention. Juventa, Weinheim.
- Bauer, U. (2005): Das Präventionsdilemma. Potentiale schulischer Kompetenzförderung im Spiegel sozialer Polarisierung. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Courtenay, W. H. (2000): Constructions of masculinity and their influence in men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science & Medicine*, 50, 1385–1401.
- DAK (Hrsg.) (2008): Gesundheitsreport 2008. Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Schwerpunktthema Mann und Gesundheit. DAK Forschung, Hamburg.
- Faltermaier, T. (2004): Männliche Identität und Gesundheit. Warum Gesundheit von Männern? In: Altgeld, T. (Hrsg.): Männergesundheit. Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention. Juventa, Weinheim, 11–33.
- Faltermaier, T. (2005): Gesundheitspsychologie. Kohlhammer, Stuttgart.
- Gilligan, C. (1983): Verantwortung für die anderen und für sich selbst – das moralische Bewusstsein von Frauen. In: Schreiner, G. (Hrsg.): Moralische Entwicklung und Erziehung, Braunschweig.
- Helgeson, V. S. (1995): Masculinity, men's roles, and coronary heart disease. In: Sabo, D., Gordon, D. F. (eds.): Men's health and illness. Gender, power, and the body. Sage, London, 68–104.
- Hurrelmann, K., Laaser, U., Razum, O. (Hrsg.) (2006): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Juventa, Weinheim.
- Kolip, P., Altgeld, T. (Hrsg.) (2006): Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis. Juventa, Weinheim.
- Kuhlmann, E., Kolip, P. (2005): Gender und Public Health. Grundlegende Orientierungen für Forschung, Praxis und Politik. Juventa, Weinheim.
- Lee, C., Owens, R. G. (2002): The psychology of men's health. Open University Press, Buckingham.
- Merbach, M., Brähler, E. (2004): Daten zu Krankheiten und Sterblichkeit von Jungen und Männern. In: Altgeld, T. (Hrsg.): Männergesundheit. Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention. Juventa, Weinheim, 67–84.
- Raithel, J. (2003): Risikobezogenes Verhalten und Geschlechtsrollenorientierung im Jugendalter. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 11 (1), 21–28.
- Sieverding, M. (2005): Geschlecht und Gesundheit. In: Schwarzer, R. (Hrsg.): Gesundheitspsychologie. Enzyklopädie der Psychologie C/X/1. Hogrefe, Göttingen, 55–70.
- Waldron, I. (1995): Contributions of changing gender differences in behavior and social roles to changing gender differences in mortality. In: Sabo, D., Gordon, D. F. (eds.): Men's health and illness. Gender, power, and the body. Sage, London, 22–45.



# 5. Gesundheit und Krankheit von Männern und Jungen – ein Überblick über die aktuelle Datenlage

Dr. Cornelia Lange

## Abstract

*Zunächst ist festzustellen, dass Männer über eine fünf Jahre niedrigere Lebenserwartung im Vergleich zu Frauen verfügen – bei höherer Unfallhäufigkeit, geringerer subjektiv eingeschätzter Krankheitsbelastung und einem anderen Mortalitäts- und Morbiditätsspektrum. Die Rahmenbedingungen, die Gesundheit und ein Gesundheitsbewusstsein von Männern und Frauen bedingen, werden durch Erwerbsbeteiligung, das persönliche monatliche Nettoeinkommen, Partnerschaften und Bildungsabschlüsse beschrieben. Die gesundheitliche Lage wird anhand der Kenngrößen zum allgemeinen Gesundheitszustand, zur Morbidität und Mortalität, zu der psychischen Gesundheit, dem gesundheitsrelevanten Verhalten sowie der Inanspruchnahme von Maßnahmen der Krankheitsfrüherkennung bestimmt. Es lässt sich anhand dieser Daten und Kenngrößen erkennen, dass Männer keine homogene Gruppe sind, sondern sich nach Alter, ihren Lebens- und Arbeitsbedingungen, ihrer sozialen Position, ihren sozialen Ressourcen, ihrer sexuellen Identität und den Möglichkeiten, Gesundheitschancen wahrzunehmen, unterscheiden. Jedoch ist diese Heterogenität einer ständigen Dynamik unterworfen, in der sich die traditionellen männlichen Rollen verändern und die Orientierung an einem Männerbild erschwert ist. Um die Identitätsbildung von Jungen und Männern und deren Ressourcen zu fördern, ist es die Aufgabe einer Männergesundheitsforschung, neue Räume der Gesundheitsentfaltung aufzuzeigen und eine Männlichkeit jenseits des Klischees vom harten Mann zu definieren. Eine umfassende, kontinuierliche und geschlechtsdifferenzierte Gesundheitsberichterstattung ist ein erster Schritt in diese Richtung.*



Während in Deutschland die Frauengesundheitsforschung auf eine mehr als 20-jährige Tradition zurückblicken kann und sowohl in der Frauengesund-

heitsbewegung als auch in der sozialwissenschaftlichen Frauenforschung Wurzeln hat, steht eine eigenständige Männergesundheitsforschung noch eher in ihren Anfängen. Der Blick auf die Gesundheitsunterschiede der Geschlechter und die teilweise schlechteren Gesundheitschancen der Männer wurde durch die gendersensible Gesundheitsforschung geöffnet und vorangebracht. Erschwerend für die Entwicklung einer eigenständigen emanzipatorischen Männergesundheitsforschung kommt hinzu, dass in den letzten Jahren das Thema Männergesundheit stark kommerziell genutzt wurde und gut verkäufliche Themen wie Potenz, urologische Probleme und Fitness in den Vordergrund traten (Hurrelmann und Kolip 2002). Nichtsdestotrotz ist mittlerweile einiges an validen Daten über die Gesundheit von Männern und Jungen zusammengetragen worden.

Ergebnisse zu den gesundheitlichen Unterschieden im Vergleich zu Frauen und Mädchen wurden in gendersensiblen oder männerspezifischen Gesundheitsberichten oder Abhandlungen dargestellt (Männergesundheitsbericht, Wien 1999; Gesundheit von Männern und Frauen, NRW 2000; Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter, RKI 2005; Klotz 1998; Altgeld 2004). Zur Erklärung der Unterschiede zwischen den Geschlechtern werden biologische, soziale, kulturelle und methodische Unterschiede diskutiert (Robert Koch-Institut 2005). Dabei wird vielfach eine höhere Risikobereitschaft und ein (vermeintlich) geringeres Gesundheitsbewusstsein von Männern als wesentliche Ursache der Gesundheitsunterschiede im Vergleich zu Frauen diagnostiziert. Auf diese Weise tragen entsprechende Erklärungsansätze, die ein spezifisches männliches Rollenverhalten („doing gender“) als konstitutiv für Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten ansehen, mit zur Ausbildung von Geschlechtsstereotypen bei (Courtenay 2000). Absicht dieses Vortrags ist es, einen Blick auf die hinter diesem Verhalten liegenden Ursachen anhand aktueller Daten zu werfen.

Für Deutschland lässt sich die Gesundheit von Männern zunächst grob anhand der in Tabelle 1 dargestellten Kennzahlen charakterisieren. Zu konstatieren ist eine um fünf Jahre niedrigere Lebenserwartung der Männer im Vergleich zu Frauen bei höherer Unfallhäufigkeit, geringerer subjektiv eingeschätzter Krankheitsbelastung und einem anderen Mortalitäts- und Morbiditätsspektrum.

Zur Herausarbeitung der Bedingungsfaktoren für Gesundheit und Krankheit gibt es eine Vielzahl von theoretischen Modellen. Um die vorgestellten Daten in einem Zusammenhang interpretieren zu können, wurde hier das European

	Männer	Frauen
Lebenserwartung bei Geburt (2006/2008)	77,2 Jahre	82,4 Jahre
Häufigste Todesursachen (2007)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chronische ischämische Herzkrankheit</li> <li>• Akuter Myokardinfarkt</li> <li>• Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge</li> <li>• Herzinsuffizienz</li> <li>• Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chronische ischämische Herzkrankheit</li> <li>• Herzinsuffizienz</li> <li>• Akuter Myokardinfarkt</li> <li>• Bösartige Neubildung der Brustdrüse</li> <li>• Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge</li> </ul>
Häufigste Ursachen für Krankenhausbehandlungen (2007)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol</li> <li>• Angina pectoris</li> <li>• Herzinsuffizienz</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Herzinsuffizienz</li> <li>• Bösartige Neubildung der Brustdrüse</li> <li>• Cholelithiasis (Gallensteine)</li> </ul>
Selbst eingeschätzte Gesundheit (sehr gut und gut) GEDA 2008/2009	72,9 %	68,0 %
Leiden unter chronischer Krankheit (Selbstangabe) GEDA 2008/2009	35,8 %	42,3 %
Beeinträchtigung durch Krankheit (mindestens sechs Monate andauernd; Selbstangabe) GEDA 2008/2009	28,5 %	32,4 %
Anteil an den meldepflichtigen Arbeitsunfällen	80,0 %	20,0 %
Unfälle in den letzten zwölf Monaten (Selbstangabe) GEDA 2008/2009	8,8 %	5,7 %

Tab. 1: Allgemeine gesundheitliche Kennzahlen für Männer und Frauen in Deutschland

Health Promotion Indicator Development Model herangezogen, das die Konzeption eines einheitlichen Bezugsrahmens von Gesundheitsförderung und Public Health zum Ziel hat (Bauer et al. 2006). Unter der Voraussetzung, dass sich Gesundheit durch fortlaufende Interaktion zwischen dem Individuum und seiner Umwelt entwickelt und von einer salutogenetischen oder pathogenetischen Perspektive aus interpretiert werden kann, greift dieses Modell sowohl die Risikofaktoren für die Entwicklung von Krankheiten auf als auch die Faktoren, die dazu beitragen, dass die Gesundheit erhalten bleibt (Salutogenese).

## Rahmenbedingungen

Es sollen daher zunächst einige Rahmenbedingungen skizziert werden, innerhalb derer sich die Gesundheit und ein Gesundheitsbewusstsein von Männern und Frauen entfalten können.

Erwerbsbeteiligung ist eine der wesentlichen Grundlagen für wirtschaftliche Unabhängigkeit; daneben ist die Einbindung in Arbeitsprozesse bedeutend für das Selbstwertgefühl und soziale Kontakte. Auf der anderen Seite kann die Teilnahme am Erwerbsleben auch die Gesundheit belasten, zum Beispiel durch Stress, Monotonie, einseitige körperliche Beanspruchungen, psychosoziale Belastungen oder Belastungen durch Schadstoffe. Schließlich müssen die aus der Erwerbsarbeit resultierenden zeitlichen Anforderungen mit denen der

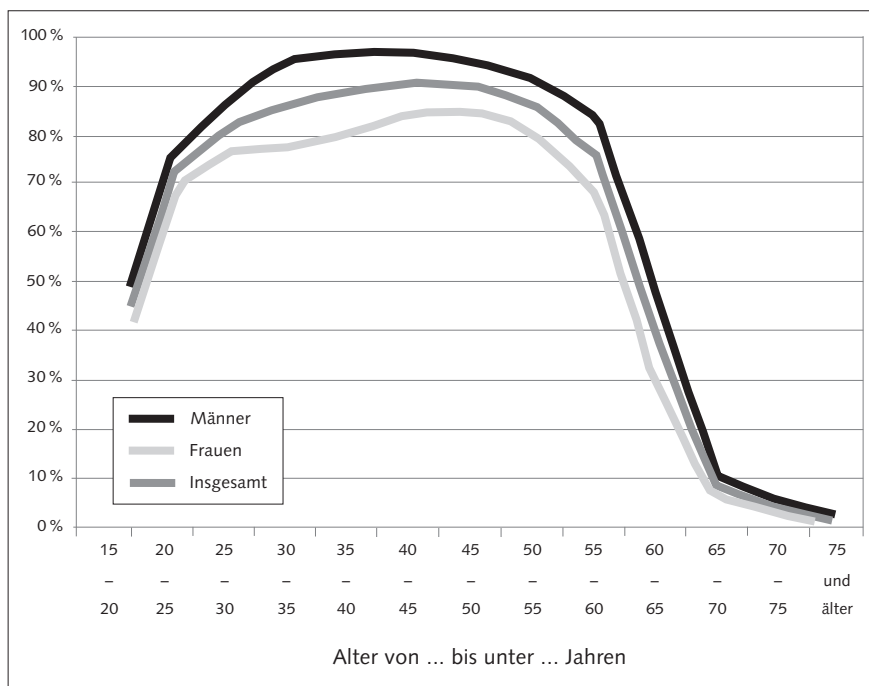


Abb. 4: Altersspezifische Erwerbsquoten bei Männern und Frauen, Deutschland 2008 (Quelle: Statistisches Bundesamt 2009a). Ergebnisse des Mikrozensus. Anteil der Erwerbspersonen (Erwerbstätige und Erwerbslose gemäß ILO-Konzept) an der Bevölkerung je Geschlecht und Altersgrenze.

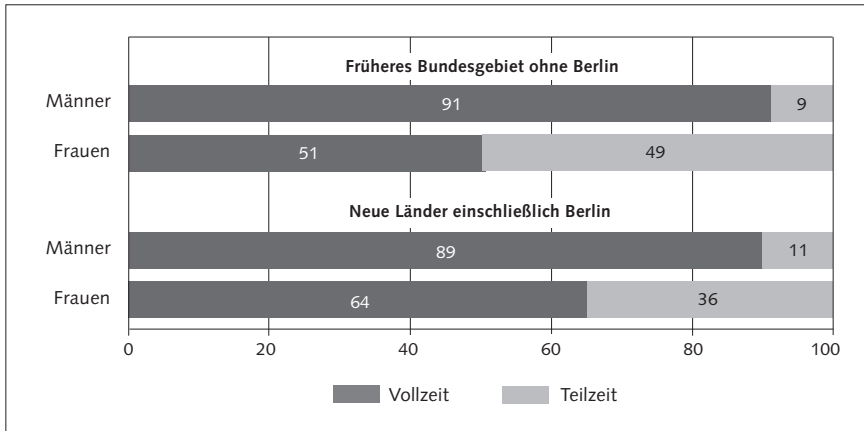


Abb. 5: Abhängig Erwerbstätige Deutschland 2008, nach Vollzeit-/Teilzeittätigkeit (Quelle: Statistisches Bundesamt 2009a). Ergebnisse des Mikrozensus. Selbsteinstufung der Befragten (Angaben in Prozent).

familiären Situation und den Bedürfnissen nach einer zufriedenstellenden Freizeit ausbalanciert werden. Ergebnisse des Mikrozensus 2008 zeigen, dass im Alter von 20 bis 60 Jahren die Erwerbsquoten der Männer bis zu fast 20 % über denen der gleichaltrigen Frauen liegen. Differenziert man nach Vollzeit- und Teilzeittätigkeit, so zeigt sich, dass in dem früheren Bundesgebiet und in den neuen Ländern jeweils um die 90 % der Männer vollzeiterwerbstätig sind, während dies auf die Hälfte der Frauen im früheren Bundesgebiet und fast zwei Drittel der Frauen in den neuen Ländern zutrifft (Statistisches Bundesamt 2009a). Festzuhalten ist somit, dass das Modell des männlichen Broterwerbers auch im jetzigen Jahrzehnt noch vorherrschend ist.

Mit diesem Befund stimmen Angaben aus dem Telefonischen Gesundheitssurvey 2005 des Robert Koch-Instituts überein, in dem die Belastung durch Familien- und Berufsarbeit der Befragten erhoben wurde. Gut dreimal häufiger als Männer geben Frauen eine starke oder sehr starke Belastung durch Hausarbeit und Betreuung von Kindern an; durch die Pflege von Angehörigen sind knapp doppelt so viele Frauen als Männer sehr stark oder stark belastet (einbezogen wurden die 18- bis 64-Jährigen). Bezüglich der Belastungen aus der Arbeitswelt berichten mehr Männer als Frauen über zeitliche Belastungen, Umgebungsbelastungen und Stress. Über körperliche Belastungen berichten dagegen geringfügig mehr Frauen als Männer.

Ein Vergleich des persönlichen monatlichen Netto-Einkommens in Euro zeigt, dass im Jahr 2008 gut die Hälfte der Männer über ein persönliches monatliches Einkommen bis zu 1700 Euro verfügt; knapp die andere Hälfte hat ein persönliches Einkommen zwischen 1700 Euro und mehr als 4500 Euro. Dagegen muss die Hälfte der Frauen mit einem Einkommen von bis zu 900 Euro auskommen, die andere Hälfte hat ein Einkommen von 900 Euro bis zu über 4500 Euro (Statistisches Bundesamt 2009b). Auch in diesen Angaben spiegelt sich die Ungleichverteilung der Erwerbsbeteiligung bei Männern und Frauen und somit der Zugang zu materiellen Ressourcen wider.

	Alter von ... bis ... Jahren	Noch in schulischer Ausbildung	Mit allgemeinem Schulabschluss					Ohne allgemeinen Schulabschluss
			Hauptschulabschluss	Abschl. der polytechn. Oberschule	Realschulabschluss	Hochschulreife	Ohne Ang. zur Art des Abschl.	
Männlich	15–19	59,6	15,8	–	17,2	2,6	0,8	4,0
	20–24	2,9	26,6	–	33,1	32,7	1,5	3,2
	25–29	/	28,2	–	30,8	36,7	1,1	3,0
	30–34	/	30,0	11,2	21,3	33,8	0,9	2,7
	35–39	/	32,8	12,3	20,8	30,4	1,0	2,8
	40–44	/	35,3	14,3	18,3	28,3	1,0	2,8
	45–49	/	39,2	14,0	16,1	27,1	0,9	2,6
	50–54	–	44,1	13,5	13,0	26,0	1,2	2,2
	55–59	/	51,9	7,4	13,0	23,6	1,5	2,6
	60–64	–	61,3	2,6	11,6	20,7	1,4	2,4
	65+	/	70,3	0,9	9,6	16,0	1,0	2,2
	Gesamt	4,5	42,9	7,2	17,1	24,5	1,1	2,7
Weiblich	15–19	64,3	10,4	–	17,5	3,6	0,8	3,3
	20–24	2,5	17,9	–	35,4	39,9	1,2	3,0
	25–29	/	22,0	–	34,1	39,6	1,0	3,1
	30–34	/	23,7	11,5	28,4	32,0	0,9	3,5
	35–39	/	25,5	12,6	29,9	28,3	0,8	2,8
	40–44	/	29,3	14,5	27,3	25,2	0,9	2,8
	45–49	/	36,8	14,9	22,7	22,0	0,9	2,8
	50–54	–	46,1	13,7	18,3	17,9	1,2	2,8
	55–59	/	55,1	8,2	18,4	14,0	1,1	3,3
	60–64	/	65,9	2,8	17,5	10,4	0,8	2,5
	65+	/	77,5	0,8	12,0	6,2	0,9	2,6
	Gesamt	4,4	44,3	6,9	21,5	19,1	0,9	2,9

Tab. 2: Bevölkerung 2004 nach allgemeiner Schulausbildung, Altersgruppen und Geschlecht (Angaben in Prozent) (Quelle: Konsortium Bildungsberichterstattung 2006)

Zwei Drittel der Männer leben in Partnerschaften (mit oder ohne Kinder) zusammen, wobei in den neuen Ländern der Anteil der unverheiratet Zusammenlebenden höher als im früheren Bundesgebiet ist (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2005). Der Anteil der in Partnerschaften lebenden Frauen ist etwas geringer. Aus salutogenetischer Sicht stellt das Leben in Partnerschaft eine Ressource dar (Lorenz 2006).

Hinsichtlich des erreichten höchsten Bildungsabschlusses zeigt sich ein starker gesellschaftlicher Wandel. Während 20,7 % der 60- bis 64-jährigen Männer und 10,4 % der 60- bis 64-jährigen Frauen die Hochschulreife (einschließlich Fachhochschulreife) haben, sind es bei den 40- bis 44-Jährigen 28,3 % der Männer und 25,2 % der Frauen. Unter den 20- bis 24-Jährigen haben 32,7 % der Männer und 39,9 % der Frauen die Hochschulreife (einschließlich Fachhochschulreife) erlangt. Es ist über die Geburtskohorten hinweg nicht nur insgesamt der Anteil der hohen Bildungsabschlüsse in der Bevölkerung gestiegen, sondern vor allem haben die Frauen die Männer hinter sich zurückgelassen (Konsortium Bildungsberichterstattung 2006).

Differenziert man Schulabsolventinnen und -absolventen nach Geschlecht und Nationalität, wird deutlich, dass ausländische Männer zu den eigentlichen Verlierern gehören. Über ein Fünftel von ihnen verlässt die Schule ohne Abschluss (dagegen 10 % der deutschen Männer), und nur 8,5 % der ausländischen Männer erreichen eine (Fachhoch-)Schulreife (Deutsche Männer: 22,3 %) (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2005). Welche Auswirkungen diese (weibliche) Bildungsexpansion auf Erwerbsbeteiligung und Lebensform haben wird, wird sich erst in den nächsten Jahren zeigen.

## Gesundheitliche Lage

Im Folgenden soll die gesundheitliche Lage anhand wesentlicher Kenngrößen zum allgemeinen Gesundheitszustand, zur Morbidität und Mortalität, zu der psychischen Gesundheit, dem gesundheitsrelevanten Verhalten sowie der Inanspruchnahme von Maßnahmen der Krankheitsfrüherkennung beschrieben werden.

### Allgemeiner Gesundheitszustand (selbst eingeschätzte Gesundheit)

Die Selbsteinschätzung des eigenen Gesundheitszustandes ist eine etablierte Methode zur Erfassung der subjektiven Gesundheit. Sie gilt als geeigneter

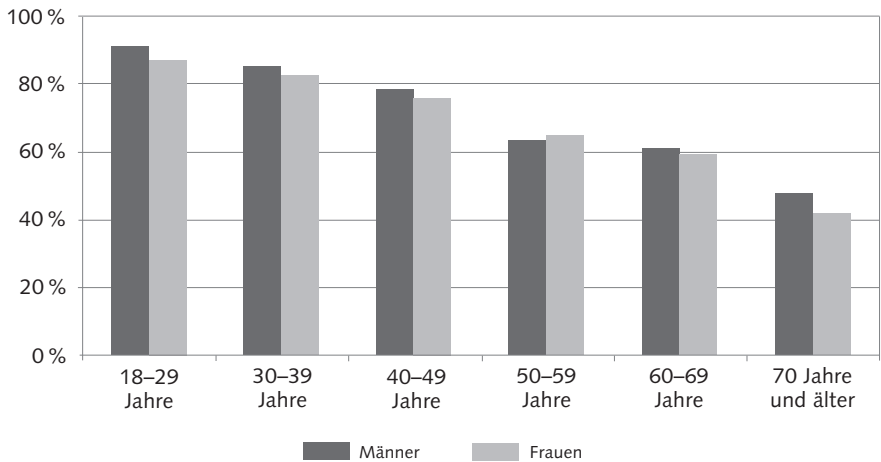


Abb. 6: Prävalenz des selbstberichteten allgemeinen Gesundheitszustands als „sehr gut“ oder „gut“ nach sechs Altersgruppen (Quelle: GEDA 2008) (Angaben in Prozent)

Indikator für den objektiven Gesundheitszustand der Befragten; in Längsschnittstudien hat sich der Indikator als aussagekräftig für die spätere Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems erwiesen. Die gesundheitliche Selbsteinschätzung beeinflusst möglicherweise auch die Motivation, gesundheitlich riskante Verhaltensstile zu verändern, beispielsweise das Rauchen aufzugeben oder einen Bewegungsmangel auszugleichen. In den Altersgruppen zwischen 18 und 49 Jahren schätzen Männer ihre Gesundheit etwas besser ein als gleich alte Frauen; ab dem Alter von 50 Jahren sind diese Unterschiede nicht mehr bedeutsam. Bei den 70-jährigen und älteren Männern ist der Anteil derjenigen mit „sehr guter“ oder „guter“ Gesundheit wiederum höher als bei den Frauen.

### **Geschlechtsspezifisches Sterblichkeitsverhältnis**

Bevor auf die Sterblichkeit an wichtigen Krankheitsgruppen näher eingegangen wird, soll zunächst das geschlechtsspezifische Sterblichkeitsverhältnis dargestellt werden. Insgesamt sind Männer – über alle Altersgruppen hinweg – von einer höheren Sterblichkeit betroffen als Frauen. Es zeigt sich, dass bei einigen Krankheitsgruppen auf jede verstorbene Frau mehr als zwei verstorbene Männer kommen. Zu den Diagnosegruppen mit besonders hoher Übersterblichkeit der Männer gehören: psychische Störungen und Verhaltensstörungen (dazu zählen u. a. der Gebrauch psychotroper Substanzen), Verletzun-

Krankheitshauptgruppen	Relation Männer–Frauen 2004
Infektionskrankheiten	1,51
Neubildungen	1,61
Krankheiten des Blutes	1,21
Endokrinopathien	1,2
Psychische Verhaltensstörungen	2,33
Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	1,53
Krankheiten des Kreislaufsystems	1,44
Krankheiten des Atmungssystems	2,1
Krankheiten des Verdauungssystems	1,7
Krankheiten der Haut	0,6
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	0,81
Krankheiten des Urogenitalsystems	1,5
Zustände, die Ursprung in Perinatalperiode haben	1,17
Angeborene Fehlbildungen	1,15
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	1,67
Verletzungen und Vergiftungen	2,52

Tab. 3: Geschlechtsspezifisches Sterblichkeitsverhältnis bei ausgewählten Krankheitshauptgruppen im Jahr 2004 (Quelle: Robert Koch-Institut 2006)

gen und Vergiftungen (einschließlich Unfälle und Suizide), Krankheiten des Atmungssystems. Die unter Männern erhöhte Sterblichkeit bei Krankheiten des Verdauungssystems und bei Krebsleiden wird vor allem durch chronische Leberschäden sowie Lungenkrebs verursacht.

### Bösartige Neubildungen

Bei Betrachtung einzelner Krankheitshauptgruppen zeigt sich, dass bei bösartigen Neubildungen fast die Hälfte aller Sterbefälle der Männer auf Lungenkrebs, Darmkrebs und Prostatakrebs entfallen. Bei den Krebsneuerkrankungen treten bei Männern am häufigsten Prostata-, Darm- und Lungenkrebs auf. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der hohe und in den letzten Jahren gestiegene Anteil der Prostatakrebs-Neuerkrankungen auf den vermehrten Einsatz

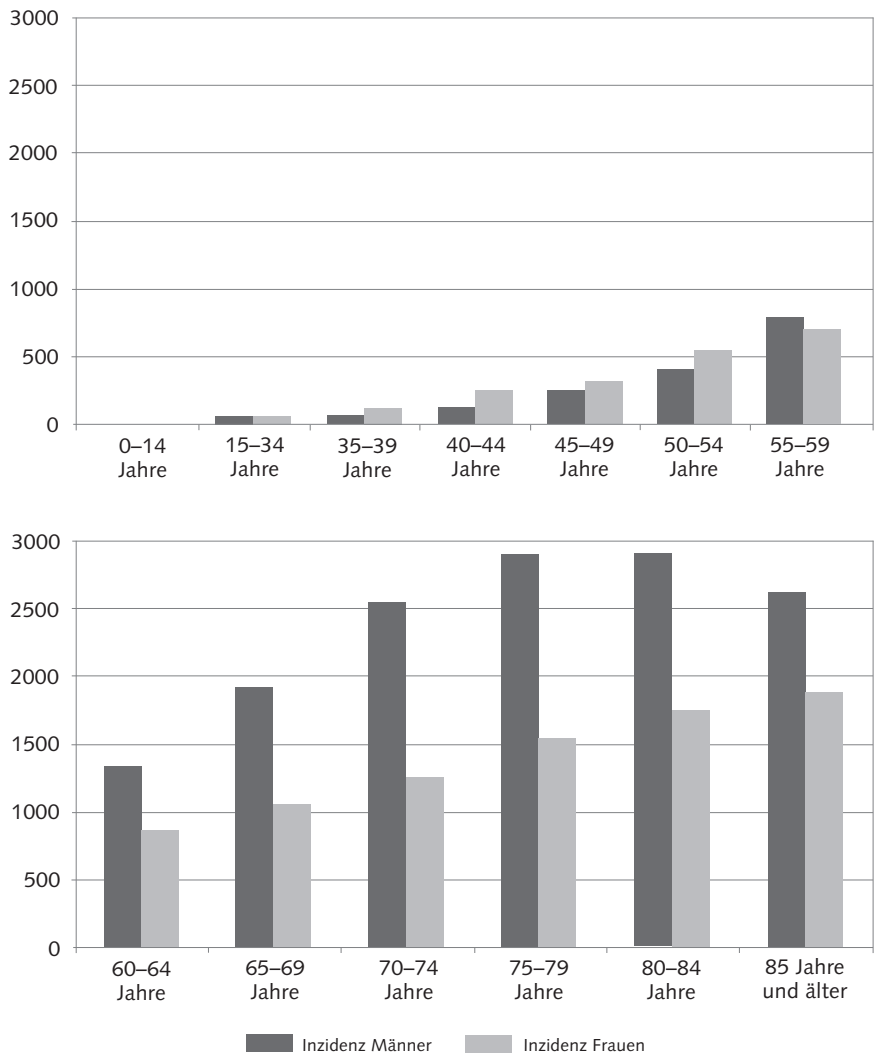


Abb. 7: Schätzung der altersspezifischen Inzidenz von Krebsneuerkrankungen in Deutschland 2004, ICD-10 C00 – 97 ohne C44-Neuerkrankungen pro 100 000 in Altersgruppen (Quelle: RKI, GEKID 2008)

von PSA-Tests (Prostata-spezifischer Antigentest) als Voruntersuchung zur Früherkennung von Prostatakarzinomen sowie die zunehmende Vollständigkeit der Erkrankungsmeldungen an die Krebsregister zurückzuführen ist (Robert

Koch-Institut, Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister e.V. 2008). Unterteilt nach Altersgruppen zeigt sich, dass Männer ab dem Alter von 55 Jahren deutlich häufiger an Krebs erkranken als gleich alte Frauen.

### Herz-Kreislauf-Krankheiten

Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems sind bei Männern wie Frauen die führende Todesursache. Die altersangepasste Sterbeziffer für Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems beträgt 276,75 bei Männern und 191,54 bei Frauen (bezogen auf 100 000 Einwohner; Todesursachenstatistik 2007) und liegt somit bei Männern 1,4-mal so hoch wie bei Frauen. In den letzten Jahrzehnten ist die Sterblichkeit an Herz-Kreislauf-Krankheiten deutlich gesunken: zwischen 1990 und 2004 um 38,2 % bei den Männern und um 33,1 % bei den Frauen. Insbesondere in den Altersgruppen zwischen 60 und 89 Jahren reduzierte sich zum Beispiel die Sterblichkeit am Myokardinfarkt bei Männern teilweise auf die Hälfte des Ausgangswerts.

Altersgruppe	1990	2003
25–29	2	1
30–34	5	2
35–39	11	6
40–44	26	17
45–49	50	33
50–54	91	55
55–59	178	86
60–64	306	133
65–69	486	220
70–74	705	360
75–79	1055	543
80–84	1275	817
85–89	1410	1226
≥ 90	1459	1404

Tab. 4: Zeitliche Trends der Sterblichkeit an akutem Myokardinfarkt je 100 000 Einwohner 1990–2003 bei Männern (Quelle: Robert Koch-Institut 2006)

## Psychische Störungen/Erkrankungen

Psychische Störungen und Erkrankungen bestimmen in erheblichem Maß das Morbiditätsgeschehen im Erwachsenenalter und beeinträchtigen die gesundheitsbezogene Lebensqualität. Nach den zur Verfügung stehenden Datenquellen sind Frauen allgemein häufiger von psychischen Störungen betroffen als Männer. Dies betrifft vor allem affektive Störungen (zum Beispiel Depression), Angststörungen sowie somatoforme Störungen. Bei den Diagnosegruppen „Störungen durch psychotrope Substanzen“ liegt die Prävalenz der Männer dagegen höher als die der Frauen (Robert Koch-Institut 2008). Die häufigste Ursache für Krankenhausbehandlungen bei Männern war im Jahr 2007 die Diagnose „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ (Statistisches Bundesamt 2008). Auch paranoide, schizoide und antisoziale Persönlichkeitsstörungen sind bei Männern häufiger als bei Frauen. Gefürchtete Folge einer Depression ist der Selbstmord. Es wird geschätzt, dass 40 bis 70 % aller Selbstmorde auf eine Depression zurückgehen. Im Jahr 2007 nahmen sich nach Angaben des Statistischen Bundesamtes 7009 Männer und 2383 Frauen das Leben; das Geschlechtsverhältnis beträgt 2,9 zu Ungunsten der Männer und hat sich in den letzten Jahren etwas verschlechtert.

Bereits im Kindes- und Jugendalter kommen psychische Probleme in vielfältiger Gestalt vor und können zu schwerwiegenden Beeinträchtigungen führen. Psychische Probleme können bis in das Erwachsenenalter hinein bestehen bleiben oder in entsprechende Auffälligkeiten und Störungen des Erwachsenenalters übergehen. Im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) des Robert Koch-Instituts wurden Hinweise auf psychische Auffälligkeiten und Stärken bei Kindern und Jugendlichen mit dem Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) erfasst. Der SDQ erfragt Stärken und Schwächen in den fünf Bereichen „emotionale Probleme“, „Hyperaktivitätsprobleme“, „Verhaltensprobleme“, „Probleme mit Gleichaltrigen“ und „prosoziales Verhalten“.

Die hier vorgestellten Auswertungen beruhen auf Elternangaben (Alter der Kinder: 3 bis 17 Jahre). Danach zeigt sich bei Jungen ein deutlich höherer Anteil als bei Mädchen als auffällig bezüglich des Gesamtproblemwerts. Bei Jungen liegen deutlich häufiger als bei Mädchen in den Einzeldimensionen „Verhaltensauffälligkeiten“, „Hyperaktivitätsprobleme“, „Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen“ und „Defizite bezüglich prosozialem Verhalten“ Hinweise für eine Auffälligkeit vor. Lediglich in der Subskala „emotionale Probleme“ (zum Beispiel „sich Sorgen machen“, „ängstlich und niedergeschlagen sein“) zeigt sich eine höhere Betroffenheit der Mädchen im Vergleich zu Jungen (Hölling et al. 2007). Es bleibt also zu hinterfragen, ob und in

Jungen		grenzwertig	auffällig
	Gesamtproblemwert (SDQ)	8,8	9
	Emotionale Probleme	6,9	8,6
	Verhaltensauffälligkeiten	17,5	17,6
	Hyperaktivitätsprobleme	7,3	10,8
	Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen	11,3	13,1
	Defizite prosoziales Verhalten	9	4,7

Mädchen		grenzwertig	auffällig
	Gesamtproblemwert (SDQ)	6,2	5,3
	Emotionale Probleme	7,5	9,7
	Verhaltensauffälligkeiten	14,5	11,9
	Hyperaktivitätsprobleme	4,5	4,8
	Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen	9,6	9,9
	Defizite prosoziales Verhalten	5	2,5

Tab. 5: Verhaltensauffälligkeiten bei Jungen und Mädchen (Quelle: Hölling et al. 2007)

welcher Form sich die psychischen Auffälligkeiten der Jungen im späteren Erwachsenenalter äußern und inwieweit diese adäquat erkannt und gegebenenfalls behandelt werden.

## Unfälle

Unfälle sind bei Männern bis zum 35. Lebensjahr die häufigste Todesursache. Zu den Folgen von Unfällen gehören Behinderungen und Einbußen der Lebensqualität, aber auch erhebliche ökonomische Konsequenzen. Besonders ins Gewicht fallen medizinische Behandlungskosten sowie durch Arbeitsunfähigkeit entstehende Kosten. Die häufigsten Unfälle sind Haus- und Freizeitunfälle sowie Verkehrsunfälle. Es wird geschätzt, dass die Zahl der Haus- und Freizeitunfälle mehr als doppelt so hoch ist als die Zahl der Verkehrsunfälle (Robert Koch-Institut 2006). Im Straßenverkehr verunglücken junge Erwachsene (15 bis unter 25 Jahre) häufiger als alle anderen Altersgruppen. Dabei sind junge Männer erheblich gefährdeter als junge Frauen. In diesen Altersgruppen ist die Zahl der getöteten Männer etwa dreimal so hoch wie die der Frauen. Auch die Zahl der verletzten Männer übersteigt die der Frauen.

Alter	Männer getötet	Frauen getötet	Männer verletzt	Frauen verletzt
Unter 5 Jahre	16	11	2568	2180
5 bis unter 10 Jahre	24	8	6668	4449
10 bis unter 15 Jahre	29	23	10216	7557
15 bis unter 20 Jahre	400	129	33914	23821
20 bis unter 25 Jahre	492	125	30599	24491
25 bis unter 30 Jahre	330	78	22203	17141
30 bis unter 35 Jahre	226	67	17395	13025
35 bis unter 40 Jahre	224	69	20191	14889
40 bis unter 45 Jahre	301	72	22538	16242
45 bis unter 50 Jahre	347	85	19553	14309
50 bis unter 55 Jahre	226	51	14868	11565
55 bis unter 60 Jahre	196	62	11699	9530
60 bis unter 65 Jahre	140	61	8030	6809
65 bis unter 70 Jahre	189	94	8630	7649
70 bis unter 75 Jahre	143	98	6023	5878
75 bis unter 80 Jahre	147	99	3969	4158
80 bis unter 85 Jahre	133	114	2208	2856
85 bis unter 90 Jahre	47	46	859	1207
90 bis unter 95 Jahre	21	16	144	237
95 Jahre und älter	5	1	33	38

Tab. 6: Zahl der bei Verkehrsunfällen Getöteten und Verletzten (Quelle: Statistik der Straßenverkehrsunfälle 2007)

## Gesundheitsverhalten

Gesundheitsriskantes Verhalten ist Teil des Männlichkeitsstereotyps – ein erster Blick auf die Daten bestätigt diesen Eindruck. Mehr Männer als Frauen rauchen, konsumieren Alkohol in gesundheitlich riskantem Maß, ernähren sich ungesünder und nehmen seltener als Frauen Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen wahr. Im Bereich körperlicher Aktivität verhalten sich Männer dagegen – zumindest gemessen an der damit verbrachten Zeit – gesundheitsförderlicher als Frauen. Dies mag damit in Zusammenhang stehen, dass ein fitter, sportlicher und durchtrainierter Mann dem klassischen Rollenstereotyp entspricht.

Um zu einem differenzierten Bild zu kommen, ist es aber erforderlich, das Gesundheitsverhalten von Männern in bestimmten Lebenssituationen und

Altersgruppen differenziert zu betrachten. Dabei zeigt sich, dass beispielsweise die Häufigkeit des aktuellen Rauchens stark von der jeweiligen Lebenssituation abhängt. So findet sich die höchste Raucherquote bei arbeitslosen Männern, die niedrigste dagegen bei Männern in Rente oder im Vorruhestand. Alleinlebende Männer rauchen häufiger als Männer mit Partnerin (ohne Kinder), während Männer in einer Partnerschaft mit Kindern zu einem höheren Anteil rauchen (Lampert und Burger 2005). Dies wirft ein Schlaglicht darauf, dass bei Bewertung einzelner Verhaltensweisen möglichst umfassend alle infrage kommenden Einflussfaktoren berücksichtigt werden müssen. Analysen der Daten des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS) zu Einflussfaktoren auf das Rauchen bei 14- bis 17-jährigen Jugendlichen zeigen, dass bei Jungen das Bildungsniveau, Defizite der personalen Ressourcen, aber vor allem auch das Verhalten der Freunde/Freundinnen einen unabhängigen, starken Einfluss auf das eigene Rauchverhalten haben (Lange 2009).

Die Häufigkeit intensiver sportlicher Aktivität (mindestens zwei und mehr Stunden Sport pro Woche) ist bei jüngeren Männern im Alter bis zu 39 Jahren erheblich höher als bei Frauen; in den Altersgruppen ab 40 Jahren verringern sich dagegen die Geschlechtsunterschiede. Nach Daten des Telefonischen Gesundheitssurveys 2003 sind 73 % der jungen Männer im Alter bis zu 19 Jahren und 52 % der 20- bis 29-jährigen Männer mehr als zwei Stunden in der Woche sportlich aktiv; bei den 40- bis 49-jährigen Männern sind es noch 37 % (Robert Koch-Institut 2006). Differenziert nach sozialem Status zeigt sich, dass Männer und Frauen aus den unteren sozialen Statusgruppen zu einem geringeren Anteil sportlich aktiv sind als Männer und Frauen aus oberen Sozialstatusgruppen. Als eine Ursache der Unterschiede wird vermutet, dass Angehörige oberer Sozialstatusgruppen ihren Alltag häufiger im Sitzen verbringen und deshalb Sport gezielt als Ausgleichsmöglichkeit betrachten. Auch könnte der bei einigen Sportarten nicht unerhebliche Kostenaufwand eine Rolle spielen (Robert Koch-Institut 2006).

Ein Vergleich der sportlichen Aktivität in den letzten 20 Jahren macht deutlich, dass in den alten und neuen Ländern bei Frauen und Männern der Anteil der sportlich Aktiven in der Bevölkerung gestiegen ist. Dabei hat die Sportbeteiligung am meisten in den älteren Altersgruppen (55 bis 69 Jahre) zugenommen. In dieser Altersgruppe ist im Jahr 2009 die Sportbeteiligung der Frauen höher als die der Männer; 20 Jahre zuvor war dies noch umgekehrt. In der Gruppe der 18- bis 39-jährigen Männer aus den alten Bundesländern ist sogar ein leichter Rückgang der sportlich Aktiven zu verzeichnen (Robert Koch-Institut 2009).

Die Zahlen zur Inanspruchnahme von Gesundheitsfrüherkennungsmaßnahmen und Maßnahmen der primären Prävention zeigen seit Jahren das gleiche Bild: Ein weitaus größerer Anteil von Frauen als von Männern nimmt diese krankenkassenfinanzierten Leistungen in Anspruch; einzige Ausnahme bilden die Maßnahmen zum Suchtmittelkonsum, wo im Jahr 2008 der Anteil der Männer 45 % betrug. Dies ist mit dem höheren Vorkommen von Suchterkrankungen und dem höheren Alkoholkonsum bei Männern in Verbindung zu bringen.

Multivariate Auswertungen der aktuellen Daten der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ zu Einflussgrößen auf die Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen in den letzten zwölf Monaten zeigen, dass bei

Männer		Odds Ratio	95 %-KI
	Alter	0,96	0,955–0,962
	Hohe Bildung	1,5	1,2–1,8
	Mittlere Bildung	1,3	1,1–1,4
	Niedrige Bildung	Ref.	
	Wohnort Osten	1,4	1,2–1,6
	Wohnort Westen	Ref.	
	Zusammenleben in Partnerschaft	1,9	1,6–2,2
	Sehr gute und gute Gesundheit	1,0	0,93–1,18
	Chronische Krankheit	1,5	1,3–1,6

Frauen		Odds Ratio	95 %-KI
	Alter	1,0	0,99–1,00
	Hohe Bildung	2,5	2,2–2,8
	Mittlere Bildung	1,5	1,3–1,6
	Niedrige Bildung	Ref.	
	Wohnort Osten	1,2	1,1–1,3
	Wohnort Westen	Ref.	
	Zusammenleben in Partnerschaft	2,1	2,0–2,3
	Sehr gute und gute Gesundheit	1,2	1,1–1,3
	Chronische Krankheit	1,5	1,3–1,6

Tab. 7: Einflussgrößen auf die Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen in den letzten zwölf Monaten; Ergebnisse multivariater logistischer Regressionen (Quelle: Robert Koch-Institut 2010)

Männern wie bei Frauen hohe Bildung, das Zusammenleben in einer Partnerschaft sowie das Vorhandensein einer chronischen Krankheit einen unabhängigen signifikanten Zusammenhang mit der Inanspruchnahme einer derartigen Untersuchung haben (kontrolliert nach Alter). Ebenfalls erhöht das Wohnen in den neuen Bundesländern die Chance, an einer derartigen Maßnahme teilzunehmen, um 20 bis 30 %. Den bei dieser Auswertung erkennbaren größten Einfluss hat das Zusammenleben in einer Partnerschaft: Bei Männern wie bei Frauen steigt die Chance für die Inanspruchnahme um den Faktor 2.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass „Männer“ keine einheitliche Gruppe darstellen. Ihre Gesundheit und ihr Gesundheitsverhalten sind abhängig von ihrem Alter, ihren Lebens- und Arbeitsbedingungen, ihrer sozialen Position, ihren sozialen Ressourcen, ihrer sexuellen Identität und den Möglichkeiten, Gesundheitschancen wahrzunehmen. Diese Chancen sind nicht gleich verteilt. Wichtig ist aber auch festzuhalten, dass diese Heterogenität und die Unterschiede zum weiblichen Geschlecht nicht statisch sind, sondern einer Dynamik unterliegen. Die Zahlen zum Wandel des erreichten Bildungsabschlusses bei Frauen und Männern, die Veränderungen im Gesundheitsverhalten zum Beispiel bei der sportlichen Aktivität belegen, zeigen, dass die Geschlechterverhältnisse im Wandel begriffen sind. Die Frauen holen auf – sowohl in der Bildung als auch in der Erwerbsbeteiligung und den materiellen Möglichkeiten. Dies wird dazu beitragen, dass das traditionelle männliche Rollenverständnis noch weiter ins Wanken kommt und die Orientierung an einem Männerbild erschwert wird.

Im Sinne einer Balance aus Ressourcen und Belastungen ist es für Männer wichtig, sich unter diesen Gegebenheiten Ressourcen zu erschließen (und positiv wahrzunehmen), die jenseits des klassischen Rollenverständnisses und traditioneller männlicher Selbstentfaltung liegen. Aufgabe einer emanzipatorischen Männergesundheitsforschung sollte es sein, diese Bruchstellen der Identität zu identifizieren und neue Räume der Gesundheitsentfaltung und einer Männlichkeit jenseits des Klischees vom harten Mann zu definieren.

In seinem umfassenden Literaturreview zur Gesundheit von Männern und Jungen identifiziert Courtenay (2003) 30 Einflussfaktoren auf die körperliche und psychische Gesundheit, die er in vier Kategorien aufteilt: 1) das Verhalten von Männern und Jungen, 2) gesundheitsbezogene Einstellungen und die Äußerung von Emotionen und körperlichem Leiden, 3) dem Gesundheitsverhalten von Männern und Jungen zugrunde liegende Faktoren, 4) Gesundheitsversorgung. Er folgert aus dieser Übersicht, dass bei der Entwicklung neuer Inter-

ventionsstrategien nicht nur die physische Gesundheit der Männer betrachtet werden sollte, sondern ebenso die soziokulturellen, psychologischen und verhaltensbezogenen Determinanten, die aufgezeigt wurden. Er hebt hervor, dass diese Determinanten in unterschiedlichen Gruppen von Männern unterschiedlich wirksam sind und als Mediatoren der biologischen und genetischen Risikofaktoren betrachtet werden müssen. Weiterhin ist es wichtig zu berücksichtigen, dass die genannten Determinanten nicht isoliert voneinander wirken. Courtenay kommt daher zu dem Schluss: *„The multifactorial nature of the risks to the health and well-being of men and boys, and the complex inter-relationships among these factors, suggest that multidisciplinary interventions designed to address the dynamic intersection of these various health determinants are especially needed.“* (Courtenay 2003, S. 17)

Im Rahmen des „Health Evidence Networks“ hat das Regionalbüro für Europa aktuell einen Bericht von Sarah Payne veröffentlicht, in dem die Voraussetzungen für Ansätze zur Verbesserung der Geschlechtergerechtigkeit adressiert werden (Payne 2009). Danach sind Lösungsansätze zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit auf drei Ebenen möglich:

1. Regulatorisch können auf nationaler Ebene die Rechte der Patientinnen und Patienten gefördert oder der öffentliche Sektor dazu verpflichtet werden, die Gleichheit der Geschlechter aufzugreifen. Die Gesundheitsministerien können so dazu verpflichtet werden zu untersuchen, wo Gesundheitssysteme Ungleichheit verstärken.
2. Auf organisatorischer Ebene überwiegt der Einsatz von Instrumenten (in Gesundheitssystemen) zur Beleuchtung der Ungleichheiten zwischen den Geschlechtern und zur Aufzeigung von Lösungen. So können etwa die Auswirkungen von Entscheidungen über staatliche Ausgaben auf die Stellung der Geschlechter explizit gemacht werden (gender budgeting).
3. Die Informationsgewinnung konzentriert sich auf Daten zur Chancengleichheit zwischen den Geschlechtern. Geschlechtssensible Gesundheitsindikatoren etwa sollen wichtige Unterschiede zwischen Männern und Frauen in der Gesundheit und ihren sozialen Determinanten aufzeigen und so einen Politikwechsel unterstützen. Vor einer möglichen Umsetzung muss jeder Ansatz im Hinblick auf seine möglichen Positiveffekte und Kosten sowie auf eventuelle Hindernissen bewertet werden, die eine Veränderung erschweren könnten.

Payne geht dabei von folgenden Voraussetzungen aus:

- das Vorhandensein hochwertiger, geschlechtsdifferenzierter Daten, die regelmäßig in der notwendigen Untergliederung verfügbar sind,

- politische Verpflichtung sowie Übernahme der Verantwortung für den gewählten Ansatz,
- finanzielle und personelle Ressourcen, die langfristig gebunden sind und sich möglichst nicht ändern,
- Training aller Beteiligten,
- Evaluation der eingesetzten Interventionen und Strategien,
- Einbeziehung der wichtigsten Akteure auf allen Ebenen,
- verbindliche Unterstützung der relevanten Akteure/Akteurinnen und Entscheidungsträger/-trägerinnen sowie wirksame Verwaltung durch das jeweilige Gesundheitsministerium.

Mit dem Aufbau eines kontinuierlichen Gesundheitsmonitorings durch das Robert Koch-Institut werden in den nächsten Jahren umfassende, geschlechtsdifferenzierte Daten für die Gesundheitsforschung zur Verfügung stehen (Kurth et al. 2009). Der Aufbau eines Männergesundheitsportals ist ein weiterer wichtiger Schritt, um die vorhandenen Ergebnisse zu bündeln und sie der Forschung und Politik übersichtlich zur Verfügung zu stellen. Es bleibt zu wünschen, dass auch die finanziellen und personellen Ressourcen zur Verfügung stehen und alle relevanten Beteiligten eingebunden werden, damit die Gesundheitschancen von Männern und Frauen in einer sich wandelnden Gesellschaft verbessert werden.

## Literatur

- Altgeld, T. (Hrsg.) (2004): Männergesundheit – Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention. Juventa, Weinheim und München.
- Bauer, G., Davies, J. K., Pelikan, J. (2006): The EUPHID Health Development Model for the classification of public health indicators. *Health Promotion International*, 21, 153–159.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen, Jugend (2005): Gender-Datenreport 1. Datenreport zur Gleichstellung von Frauen und Männern in der Bundesrepublik Deutschland. München.
- Courtenay, W. H. (2000): Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science and Medicine*, 1385–1401.
- Courtenay, W. H. (2003): Key Determinants of the Health and the Well-being of Men and Boys. *International Journal of Men's Health* 2, 1–30.
- Hölling, H., Erhart, M., Ravens-Sieberer, U., Schlack, R. (2007): Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 50, 784–793.
- Hurrelmann, K., Kolip, P. (Hrsg.) (2002): *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich*. Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto.
- Klotz, T. (1998): *Der frühe Tod des starken Geschlechts*. Cuvillier, Göttingen.
- Konsortium Bildungsberichterstattung (Hrsg.) (2006): *Bildung in Deutschland*. Bertelsmann, Bielefeld.
- Kurth, B. M., Lange, C., Kamtsiuris, P., Hölling, H. (2009): Gesundheitsmonitoring am Robert Koch-Institut. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 52, 557–570.
- Lampert, T., Burger, M. (2005): Verbreitung und Strukturen des Tabakkonsums in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 48, 1231–1241.

- Lange, C. (2009): Datengrundlagen für eine geschlechtergerechte Prävention. Stand und Perspektiven. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Gender Mainstreaming in der Gesundheitsförderung/Prävention. Köln.
- Lorenz, R. F. (2006): Beziehung als Ressource – zur gesundheitlichen Bedeutung der Beziehung. Beitrag auf dem 12. bundesweiten Kongress Armut und Gesundheit. Kongressdokumentation. Download unter <http://www.gesundheitberlin.de/download/Lorenz.pdf>.
- Magistratsabteilung für Angelegenheiten der Landesamtsdirektion, Dezernat II, Gesundheitsplanung (Hrsg.) (1999): Wiener Männergesundheitsbericht 1999. Erstellt durch Prof. Dr. Anita Schmeiser-Rieder und Prof. Dr. Michael Kunze. Wien.
- Merbach, M., Klaiberg, A., Brähler, E. (2001): Männer und Gesundheit – neue epidemiologische Daten aus Deutschland. Sozial- und Präventivmedizin 46, 240–247.
- Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2000): Gesundheit von Frauen und Männern. Landesgesundheitsbericht 2000. Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (lögd), Bielefeld.
- Payne, S. (2009): How can gender equity be addressed through health systems? WHO Regional Office for Europe and European Observatory on Health Systems and Policies. Policy brief. Download unter <http://www.euro.who.int/document/E92846.pdf>.
- Referat für Gesundheit und Umwelt der Landeshauptstadt München (Hrsg.) (2002): Münchner Gesundheitsmonitoring 1999/2000: Die Gesundheit von Frauen und Männern verschiedener Lebensaltersstufen. München.
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2005): Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut, Berlin.
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2006): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut, Berlin.
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2008): Psychotherapeutische Versorgung. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 41. Robert Koch-Institut, Berlin.
- Robert Koch Institut, Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister e.V. (Hrsg.) (2008): Krebs in Deutschland 2003–2004. Häufigkeiten und Trends. Robert Koch-Institut, Berlin.
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2009): 20 Jahre nach dem Fall der Mauer: Wie hat sich die Gesundheit in Deutschland entwickelt. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut, Berlin.
- Statistisches Bundesamt (2008): Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern 2006, Fachserie 12, Reihe 6.2.1 und 6.2.2. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2009a): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Mikrozensus. Stand und Entwicklung der Erwerbstätigkeit. Band 1: Allgemeine und methodische Erläuterungen. Fachserie 1, Reihe 4.1.1. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2009b): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Haushalte und Familien. Ergebnisse des Mikrozensus. Fachserie 1, Reihe 3. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.

# 6. Der bewegte Mann – Sportengagement und somatische Kultur der Geschlechterordnung

Prof. Dr. Ilse Hartmann-Tews

## Abstract

*Studien weisen darauf hin, dass die Unterschiede in der Lebenserwartung zwischen den Geschlechtern weniger auf das biologische Geschlecht (sex) als auf das soziale Geschlecht (gender) zurückzuführen sind. Geschlechtsbezogene Unterschiede zeigen sich auch beim Alkoholkonsum, Rauchverhalten, bei der Ernährung und körperlichen Aktivität. Sportengagement vor allem der männlichen Personen nimmt systematisch über die Altersgruppen hinweg ab (Alters-effekt). Der Körper an sich dient neben seinen biologischen Prozessen ebenso der Darstellung von Männlichkeit und Weiblichkeit (soziale Dimension des Körpers). Das Körperkonzept hat beim Aufbau und der Einschätzung des Selbstwertes eine eminente Bedeutung.*



*Beim Blick auf die Motive bzw. Orientierungen für sportliche Aktivitäten zeigen sich deutliche Geschlechterunterschiede. Sport kann aktiv ein positives Selbstkonzept von Kindern und Jugendlichen beeinflussen, jedoch kann es auch gerade Jungen durch eine traditionelle leistungssportbezogene Männlichkeitsvorstellung einengen. Weitere empirische Untersuchungen über die Rahmenbedingungen und Zusammenhänge von Selbstkonzept(-entwicklung), Gesundheit und Sport bei Jungen und Männern sind für einen Transfer der Theorie in die Praxis notwendig.*

## Einleitung

In fast allen Ländern weisen Männer eine niedrigere Lebenserwartung auf als Frauen, wobei sich diese Differenz in Lebensjahren in Deutschland seit den 1990er-Jahren etwas verringert hat. Die durchschnittliche Lebenserwartung

der jetzt Neugeborenen beläuft sich nach jüngsten Schätzungen bei Jungen auf 76,6 Jahre und bei Mädchen auf 82,1 Jahre, das heißt auf 5,5 Jahre mehr (Statistisches Bundesamt 2007). Die Unterschiede werden u. a. auf die höhere Säuglingssterblichkeit von Jungen, die höhere tödlich verlaufende Verunfallung und Selbsttötungsrate von Jungen und Männern, auf genetische sowie hormonelle Faktoren, aber auch auf verhaltensbezogene und umweltspezifische Risiken zurückgeführt.

Welches Gewicht den einzelnen Faktoren bei der Erklärung der geschlechts-differenten Lebenserwartung zukommt, ist bislang noch nicht sicher geklärt. Allerdings gibt es empirische Hinweise, dass die Differenz in Lebensjahren überwiegend umwelt- und verhaltensbedingt ist, das heißt, dass dem biologischen Geschlecht weniger Relevanz zukommt als dem sozialen Geschlecht (Luy 2002). Im Hinblick auf diese verhaltensbezogenen Aspekte der Langlebigkeit und des „erfolgreichen“ Alterns rückt ein gesundheitsbezogener Lebensstil in den Mittelpunkt, insbesondere in Bezug auf Alkoholkonsum, Rauchverhalten, Ernährung und körperliche Aktivität (Fries 2003). In allen diesen Lebensstilmerkmalen sind vielfach Geschlechterunterschiede belegt worden, deren zentrale Dimensionen im Folgenden mit Blick auf das Sportengagement und die somatische Kultur skizziert und aus der Erkenntnisperspektive der Geschlechterforschung eingeordnet werden.

## **Das Sportengagement der Bevölkerung im Wandel**

Deutlich wird bei einem Vergleich der verschiedenen empirischen Studien zum Gesundheits- und Sportverhalten der Bevölkerung, dass Aussagen über den genauen Umfang der sportlichen Aktivität der Bevölkerung nicht möglich sind – weder zu einem bestimmten Zeitpunkt noch über einen bestimmten Zeitraum hinweg. Gründe hierfür liegen in den unterschiedlichen methodischen Anlagen und Forschungsdesigns der Studien. Gleichzeitig erscheint es notwendig, Ergebnisse von Quer- und Längsschnittuntersuchungen zu differenzieren. Querschnittuntersuchungen ermitteln Art und Umfang des Sportengagements der Befragten zu einem bestimmten Zeitpunkt und können dies nach Altersgruppierungen, Geschlecht und sonstigen soziostrukturellen Variablen beschreiben. Längsschnittuntersuchungen basieren auf der kontinuierlichen Befragung derselben Personen über einen längeren Zeitraum und können insbesondere Veränderungen des Sportengagements im Lebensverlauf ermitteln und Kausalitäten in Bezug auf Kontinuität, Abbruch oder (Wieder-)Aufnahme von sportlichen Aktivitäten analysieren.

## Das Sportengagement – Querschnittdaten

Alle empirischen Studien zum Sportengagement der Bevölkerung – repräsentative Bevölkerungsumfragen ebenso wie repräsentative regionale Studien – dokumentieren erstens einen negativen Zusammenhang zwischen Alter und Sportaktivität. Das Sportengagement ist eine Freizeitaktivität insbesondere der Jugendlichen und jungen Erwachsenen – und hier vor allem der männlichen Personen – und nimmt systematisch über die Altersgruppen hinweg ab, das heißt, je älter die Personen sind, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie Sport treiben. Zweitens weisen die Untersuchungen Geschlechterunterschiede im Sportengagement auf, die je nach Altersgruppe auch signifikant sind, die sich aber auch in den vergangenen Jahrzehnten verändert haben (Becker und Schneider 2005, DIW 2007, Ellert et al. 2006, Nagel 2003).

Auf der Basis eines Vergleichs der Erhebungen des Sozioökonomischen Panels (SOEP) 1985 bis 2005 zeichnet sich seit Ende der 1980er-Jahre eine generelle Zunahme der Sportaktivität der Bevölkerung ab, die in der Forschungsliteratur auch als „Versportlichung der Gesellschaft“ diskutiert wird. Da sich die Zunahme der sportlich Aktiven altersdifferenziell entwickelt hat, das heißt vor allem der Anteil der Personen zwischen 35 und 74 Jahren überproportional gestiegen ist, hat sich der Altersgruppeneffekt in den vergangenen Jahrzehnten deutlich abgeschwächt. Dieser Trend der Versportlichung in den vergangenen 20 Jahren hat allerdings die männliche Bevölkerung weniger stark erfasst als die weibliche, oder anders formuliert: In allen Altersgruppen ist der Anstieg der Personen, die sportlich aktiv (geworden) sind, bei den Mädchen und Frauen deutlich höher als bei den Jungen und Männern.

Die meisten Studien zum Sportengagement der Bevölkerung aus den 1990er-Jahren dokumentieren, dass weitaus mehr Jungen/Männer Sport treiben als Mädchen/Frauen und dies meistens auch in einem größeren zeitlichen Umfang tun (Schneider und Becker 2005). Allerdings weisen fünf der 16 dokumentierten Studien keinen Effekt auf. Vor dem Hintergrund der Sportentwicklung werfen aktuelle Daten allerdings ein neues Licht auf das geschlechterdifferente Sportverhalten. Vergleicht man aktuelle repräsentative Bevölkerungsstudien, in denen Fragen nach dem Sportengagement integriert sind, so zeigen sich aufgrund der unterschiedlichen Befragungsinstrumente heterogene Ergebnisse (vgl. Abb. 8 und 9 auf den Seiten 68 und 69).

Dennoch lässt sich als Fazit festhalten, dass die traditionelle Hypothese des größeren Sportengagements von Jungen/Männern sich nicht mehr generell bestätigen lässt. Der traditionelle Geschlechtereffekt zeigt sich eindeutig in

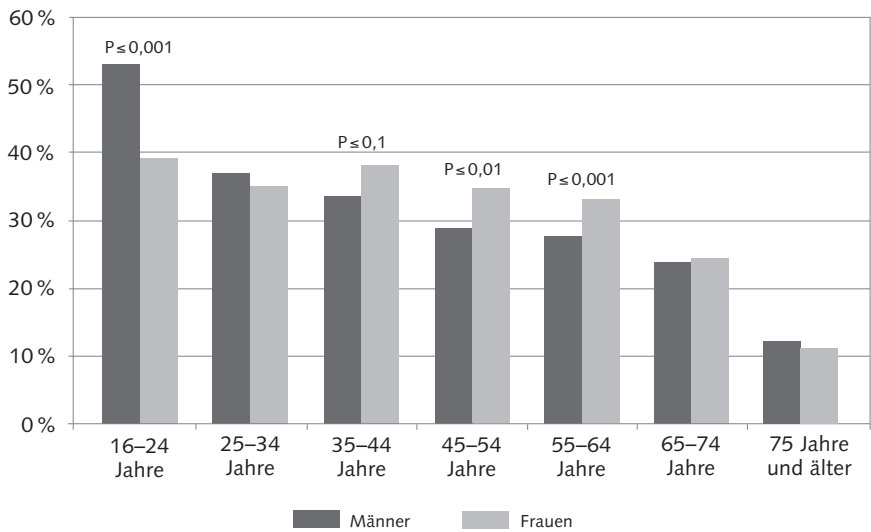


Abb. 8: Sportaktivität mindestens einmal pro Woche (2005), auf der Basis der Daten des DIW Berlin (SOEP 2007), eigene Berechnungen. (Welche der folgenden Tätigkeiten üben Sie in Ihrer Freizeit aus? Geben Sie bitte zu jeder Tätigkeit an, wie oft Sie das machen. Hier Sport, jede Woche.)

beiden Studien nur (noch) in den Alterskategorien der 16- bis 24-Jährigen. Dieser traditionelle Geschlechtereffekt wird in Jugendstudien, das heißt Untersuchungen über das Freizeit- und Sportverhalten von Kindern und Jugendlichen zwischen zehn und 16 Jahren, ebenfalls bestätigt (Burrmann und Baur 2004). Alle anderen Kategorien weisen uneinheitliche Ergebnisse in Bezug auf potenzielle Geschlechterunterschiede im Sportengagement auf. In allen Untersuchungen zum Sportengagement der Bevölkerung lässt sich darüber hinaus ein Zusammenhang zwischen sozialstrukturellen Variablen – insbesondere Schicht und Schichtindikatoren wie Bildungsstatus, Beruf sowie Einkommen – und der Sportaktivität erkennen. Bei Personen aus den unteren sozialen Schichten ist der Anteil an Sportaktiven deutlich geringer als bei denjenigen aus höheren sozialen Schichten, wobei dieser Schichteffekt bei Männern etwas geringer ausgeprägt ist als bei Frauen. Offensichtlich ist das Sporttreiben bei Jungen und Männern weniger vom jeweiligen sozialen Milieu abhängig als bei Mädchen und Frauen, das heißt, es ist tendenziell eher ein schichtübergreifendes Merkmal der Freizeitaktivitäten (Thiel und Cachay 2003).

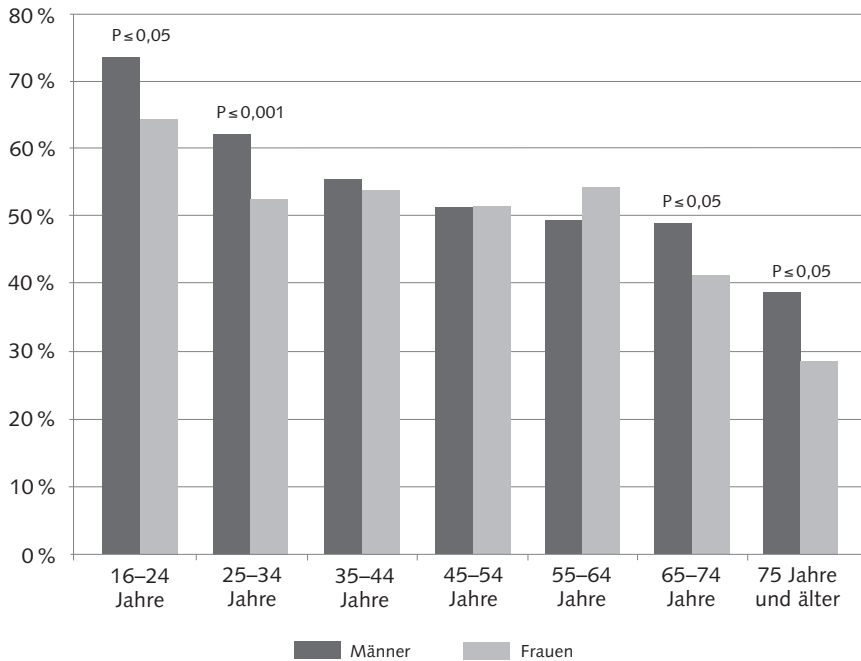


Abb. 9: Sportaktivität mindestens eine Stunde pro Woche (2003) auf der Basis der Daten des RKI (GSTel 2003), eigene Berechnungen. (Denken Sie mal an die letzten drei Monate. Haben Sie da Sport gemacht? Wenn ja, mindestens eine Stunde pro Woche.)

### Sportengagement im Lebensverlauf – Längsschnittdaten

Im Unterschied zu den Querschnittuntersuchungen, in denen die sportliche Betätigung verschiedener Altersgruppen zu einem bestimmten Zeitpunkt miteinander verglichen wird, ermöglichen Längsschnittstudien, das individuelle Sportverhalten von Individuen oder Gruppen von Individuen (zum Beispiel Jahrgangsgruppierungen) über einen längeren Zeitraum zu beobachten und zu analysieren. Auf der Basis der Analysen der bisher vorliegenden und noch geringen Anzahl von Längsschnittstudien kristallisiert sich vor allem ein Befund heraus: Insgesamt zeigt sich eine hohe Variabilität des Sportengagements im Lebensverlauf, die alle Facetten aufweist – das kontinuierliche Sportengagement, das Aus- und Wiedereinsteigen sowie im höheren Alter auch die Wiederaufnahme des Sportengagements aus der Jugendzeit (Eichberg und Rott 2004). Ansatzweise lassen sich geschlechtsbezogene Unterschiede bei

den Verläufen des Sportengagements erkennen, wenn man das unterschiedliche Sportengagement der Altersgruppen auf drei Effekte hin untersucht:

1. *Alterseffekte*, das heißt Effekte des chronologischen Alters, die sich ab dem mittleren Erwachsenenalter u. a. in abnehmender Leistungsfähigkeit und einem schlechteren Gesundheitszustand abzeichnen.
2. *Kohorteneffekte*, das heißt Effekte, die sich auf gleiche Erfahrungen einer bestimmten Jahrgangsgruppe oder Generation zurückführen lassen, das heißt einer Bevölkerungsgruppe, die in jungen Jahren unter gleichen und langfristig wirksamen soziokulturellen Rahmenbedingungen aufgewachsen ist und zum Beispiel die gleiche Sportsozialisation erlebt hat.
3. *Periodeneffekte*, das heißt Effekte, die auf besondere zeitgeschichtlich relevante soziokulturelle Entwicklungen zurückzuführen sind, zum Beispiel der Bedeutungszuwachs von Sportlichkeit und Fitness als individuelle Verantwortung und Pflicht in den 1990er-Jahren oder auch der Wandel von Alters- und Geschlechterstereotypen.

Ein zentraler Befund der Längsschnittanalysen ist, dass die Abnahme der Sportaktivität mit zunehmendem Alter wahrscheinlich ist – dies lässt sich als „Alterseffekt“ beschreiben. Bemerkenswert ist, dass das Alter auch unter der Kontrolle des Gesundheitszustandes in allen Analysejahren eine höchst signifikante Determinante des aktiven Sports ist (Erlinghagen 2003). Die Abnahme des sportlichen Engagements im Lebensverlauf ist innerhalb des Alters-effektes somit nicht durch den im Alter schlechter werdenden gesundheitlichen Zustand zu erklären, vielmehr müssen andere – psychosoziale – Faktoren wirksam werden.

Die klassische These einer mit dem Alter abnehmenden regelmäßigen sportlichen Aktivität trifft auf der Basis der Daten des Sozioökonomischen Panels am deutlichsten auf Männer zu. Bei drei von sechs Altersgruppierungen (Kohorten) bleibt die Anzahl der Sporttreibenden über die zugrunde gelegten 16 Jahre stabil; in den anderen drei Kohorten ist ein signifikanter Schwund der aktiv Sport treibenden Männer zu beobachten. Für Frauen kann dies weniger klar nachgezeichnet werden, vielmehr steigt bei ihnen in einigen Kohorten der Anteil regelmäßig sportlich Aktiver trotz zunehmenden Alters an. Darüber hinaus ist belegt, dass für das regelmäßige sportliche Engagement bei Männern das chronologische Alter mit Abstand die größte Effektstärke hat, bei Frauen jedoch die Kohorte (konfundiert mit möglichen Periodeneffekten) den stärksten relativen Einfluss auf die sportliche Aktivität besitzt (Breuer 2003). Erklärungszusammenhänge für die geschlechtsbezogenen Sportengagements und die unterschiedlichen Entwicklungen im Lebensverlauf sind komplex.

Aus soziologischer Perspektive ist hierbei das Konzept der Inkorporierung der Geschlechterordnung und die Ausprägung geschlechtsbezogener somatischer Kulturen aufschlussreich.

## **Zur körperbezogenen Relevanz der Geschlechterordnung**

Forschungen über den Zusammenhang von Sport und Geschlecht wurden lange Zeit fast ausschließlich im Hinblick auf die Benachteiligung von Mädchen und Frauen geführt. Lässt man die Entwicklung der Geschlechterforschung seit den 1970er-Jahren Revue passieren, ist angesichts einer Vielzahl von empirischen Untersuchungen und der Weiterentwicklung von theoretischen Konzepten ein folgenreicher Perspektivenwechsel zu beobachten. Erkenntnisleitend sind zunehmend Ansätze des (Sozial-)Konstruktivismus geworden, die danach fragen, wie Frauen und Männer zu verschiedenen und voneinander unterscheidbaren Gesellschaftsmitgliedern werden. Auch in Bezug auf den Sport hat diese Perspektive Untersuchungen hervorgebracht, die aufschlussreiche Einblicke in die Prozesse und Strukturen geben, mit denen die Entwicklung und das Handeln des Einzelnen geschlechtlich gerahmt und eingespart werden (Hartmann-Tews et al. 2003, Hartmann-Tews 2006). Dabei spielen die konstitutiven Merkmale des Sports als einem spezifischen Handlungssystem eine prägende Rolle.

### **Der Körper als Instrument der Inszenierung von Männlichkeit und Weiblichkeit**

Der Sport lässt sich als ein gesellschaftliches Teilsystem charakterisieren, das sich vor allem durch seine Körperzentriertheit auszeichnet und auf die körperliche Leistungssteigerung als generalisierte Handlungsorientierung ausgerichtet ist. Er scheint damit ein besonders geeignetes Terrain für die Projektion der gesellschaftlichen Vorstellung von Männlichkeit zu sein. In der Tat wird deutlich, dass hier traditionelle Männlichkeitsbilder eine Orientierungsfunktion haben, die von Jungen spielerisch ausprobiert, eingeübt und gelegentlich variiert werden, an denen sie aber vor allem in ihrer geschlechts-(rollen)bezogenen Identität als Junge gemessen werden (Neuber 2003).

Verschiedene Untersuchungen zeigen, wie vor allem Kampf- und Mannschaftssportarten als machtvoll Inszenierungs- und Reproduktionsstätten traditioneller männlicher Geschlechterstereotype fungieren. Zwar sind die traditionellen Männerbilder ebenso wie die Frauenbilder im Zuge der Modernisierungsprozesse unschärfer geworden, aber es lassen sich nach wie vor zentrale

Elemente erkennen, mit denen sich Jungen und Männer als „typisch Mann“, als „mannhaft“ und „männlich“ ausweisen können. Hierzu gehören nach Erkenntnissen der Stereotypenforschung vor allem Elemente von Kampf, Stärke, Härte, Durchsetzungsfähigkeit, Einsatz, Risiko etc. – alles Merkmale, die auch den Sport, insbesondere den Leistungs- und Wettkampfsport, auszeichnen.

Der Körper ist – jenseits seiner biologischen Grundausstattung – ein besonderes Anzeigeelement von Männlichkeit und Weiblichkeit. Diese soziale Dimension des Körpers wird in der Soziologie mit dem Konzept der somatischen Kultur erfasst, das die symbolischen und praktischen Verhaltensmuster, Wert- und Normensysteme, die auf den Körper bezogen sind, bezeichnet (Boltanski 1976) und das mit dem aus der psychologischen Forschung bekannten Konstrukt des Körperkonzepts korrespondiert. Diese körperbezogenen Einstellungen und Verhaltensmuster werden im Sozialisationsprozess erworben und sind geprägt von den sozialen Strukturen einer Gesellschaft, das heißt insbesondere auch der Geschlechterordnung.

Die Geschlechterforschung hat hierbei in verschiedenen Untersuchungen Mechanismen identifiziert, mit denen die Geschlechterordnung durch soziale Strukturen und soziales Handeln perpetuiert wird (doing gender). Empirisch belegt ist dabei der Sachverhalt, dass in dem geschlechtskonstruierenden Handeln nicht nur das kontinuierliche Unterscheiden zwischen den Geschlechtern relevant ist (doing difference), sondern dass mit diesem Handeln unmittelbar auch hierarchisierend Handlungsmuster und soziale Strukturen verbunden sind (doing hierarchy). All dies spiegelt sich auch in den somatischen Kulturen der Geschlechter wider.

Geschlechterunterschiede lassen sich in nahezu allen Bereichen der somatischen Kulturen nachweisen: bei dem Gesundheits- und Risikoverhalten (Alkoholkonsum, Rauchen, Inanspruchnahme von Präventionsmaßnahmen etc.), der Ernährung, bei körperbezogenen Schönheitsidealen (Figur, Über-, Untergewicht etc.), Sexualverhalten, Körpersprache und eben auch Sport und Bewegung. Nimmt man die Lebenslaufperspektive ein, so lassen sich insbesondere während der Pubertät Indikatoren für eine geschlechtsbezogene und geschlechtskonstruierende Realitätsverarbeitung Jugendlicher erkennen. Während im ersten Lebensjahrzehnt Jungen anfälliger für körper- und gesundheitsbezogene Störungen sind als Mädchen, dreht sich dieses Verhältnis mit der Pubertät um. Bei den Jungen dominieren nach außen gerichtete Störungen wie Hyperaktivität, Gereiztheit und Aggressivität; sie zeigen häufiger riskan-

tes Verhalten und konsumieren mehr Alkohol. Bei Mädchen treten eher nach innen gerichtete psychosomatische Beschwerden wie Nervosität und Unruhe, Kopf- und Magenschmerzen sowie depressive Störungen und ein geringeres Selbstwertgefühl hervor (Kolip 1997). Weibliche und männliche Heranwachsende entwickeln in der Jugendphase offensichtlich unterschiedliche Strategien der Realitätsverarbeitung und damit facettenreiche Wahrnehmungs- und Ausdrucksmuster der somatischen Kultur, die oft bis ins hohe Lebensalter reichen (Hurrelmann 2000).

Im Selbstkonzept von Jugendlichen hat die Körper- und Sportthematik einen zentralen Stellenwert – unabhängig vom Geschlecht. Unterschiede zwischen den Geschlechtern zeigen sich in Bezug auf bestimmte inhaltliche Akzentuierungen innerhalb des Körperkonzepts. Das Selbstbild der männlichen Jugendlichen ist in erster Linie mit körperlicher Leistungsfähigkeit und sportlicher Kompetenz konnotiert, bei den weiblichen Jugendlichen bestimmt hingegen insbesondere die körperliche Attraktivität das Bild von der eigenen Person. Diese Befunde sind vermutlich auch für das Erwachsenenalter relevant, allerdings liegen aktuell hierzu nur wenige Befunde vor.

Das Körperkonzept hat beim Aufbau und der Einschätzung des Selbstwertes eine eminente Bedeutung, wobei hier geschlechterdifferente Relevanzen in Bezug auf die einzelnen Facetten des Körperkonzepts für das Selbstwertgefühl erkennbar sind. Bei den männlichen Jugendlichen ist die Einschätzung ihres körperlichen Leistungsvermögens und ihrer sportlichen Kompetenz weitaus zentraler für das Selbstwertgefühl als bei den weiblichen Jugendlichen. Bei Mädchen wiederum korreliert das äußere Erscheinungsbild in signifikanter Weise mit dem Selbstwertgefühl; gleichzeitig ist die wahrgenommene körperliche Leistungsfähigkeit irrelevant hierfür (Brettschneider 2003). Vor diesem Hintergrund lassen sich die partiell jeweils geschlechtstypischen Muster des Sportengagements auch als Modi der Geschlechterdifferenzierung einordnen.

### **Sportarten, -orte und -motive als Modi der Geschlechterdifferenzierung**

Der Sportverein ist – neben dem informellen Sporttreiben – der zentrale Ort des Sportengagements von Jungen und Männern. In allen Altersklassen ist der Anteil der Jungen und Männer in der Bevölkerung, die Mitglied in einem Sportverein sind, größer als bei den Mädchen und Frauen. Besonders trifft dies auf die Altersgruppierungen der 7- bis 26-Jährigen zu (vgl. Abb. 10 auf Seite 74). Diese größere Affinität von Jungen und Männern zu Sportvereinen lässt sich zum Teil auf unterschiedliche Sportinteressen zurückführen.

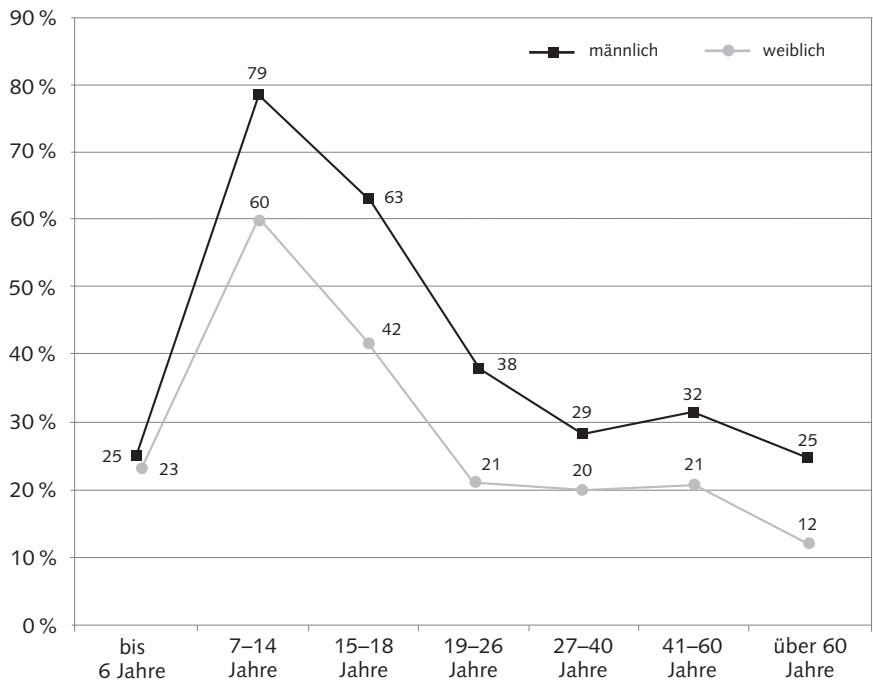


Abb. 10: Mitgliedschaften im Deutschen Olympischen Sportbund (DOSB) im Verhältnis zur Bevölkerung. Angaben in Prozent (Quelle: DOSB 2007; eigene Darstellung).

Beim Blick auf die Motive bzw. Orientierungen für sportliche Aktivitäten zeigen sich deutliche Geschlechterunterschiede in Bezug auf die Leistungs- sowie Wettkampforientierung und Körpermodellierung. Jungen und Männer betonen stärker als Frauen, Sport aus Leistungsgründen zu betreiben. Für sie ist es wichtiger, sich einer körperlichen Herausforderung zu stellen, Kondition und Widerstandskraft zu stärken und die eigenen Leistungsgrenzen zu erfahren (Rulofs et al. 2002). Darüber hinaus ist das Bild der Jungen und Männer vom Sport weitaus mehr durch Wettkampf und körperliche Auseinandersetzung geprägt als bei den Mädchen und Frauen. Diese geschlechterdiffernten Deutungsmuster des Sports lassen sich über alle Altersgruppierungen hinweg bis weit in das hohe Alter identifizieren (Tischer und Hartmann-Tews 2009).

Männliche Heranwachsende und Männer bevorzugen entsprechend tendenziell eher Mannschafts- und Sportsportarten mit Wettkampfcharakter und

direktem Kontakt zum Gegner. Mädchen und Frauen hingegen bevorzugen eher Individualsportarten, insbesondere solche, die Elemente aus dem ästhetisch-kompositorischen Bereich aufweisen bzw. die Möglichkeit der Körpermodellierung bereitstellen (Rulofs et al. 2002). Zu berücksichtigen ist bei dieser Gegenüberstellung die eindeutige und über alle Altersgruppen hinweg markante Präferenz der männlichen Jugendlichen für Fußball – je nach Altersgruppe zwischen 40 % und 60 %. Differenziert man jeweils diejenigen Sportverbände im Deutschen Olympischen Sportbund (DOSB), in denen die meisten Männer bzw. meisten Frauen registriert sind, so dominiert bei den Männern der Deutsche Fußballbund mit gut 5,5 Millionen Mitgliedschaften. Mit Abstand folgt der Deutsche Turnerbund (1,54 Millionen Mitgliedschaften), in dem neben der klassischen Turnabteilung auch eine Vielzahl anderer Sportarten organisiert ist, die als Freizeit- und Breitensport ohne Wettkampfbeteiligung betrieben werden, und der Schützenbund (1,12 Millionen). Bei den Mädchen und Frauen dominieren die Mitgliedschaften im freizeitsportorientierten Turnerbund (3,47 Millionen), gefolgt von Fußball mit knapp 1 Million Mitgliedschaften und Tennis (0,65 Millionen).

Insgesamt wird in den Jugenduntersuchungen die Sportartenwahl der männlichen Heranwachsenden als vergleichsweise weniger facettenreich und weniger experimentierfreudig beschrieben als diejenige der Mädchen (Brettschneider und Kleine 2002). So zeigt sich, dass Mädchen vermehrt auch sogenannte „typisch männliche“ Sportarten (wie zum Beispiel Fußball) ausüben, während umgekehrt die Jungen nicht im Feld der „typisch weiblichen“ Sportarten wie Tanzen, Gymnastik und Pferdesport agieren oder organisiert sind. Jungen müssen – so lässt sich aus der Perspektive der sozialkonstruktivistischen Erkenntnisse vermuten – bei dieser Art von Grenzüberschreitung eher mit Statusverlust unter den Peers rechnen. Für Mädchen ist dies umgekehrt bei der Ausübung traditionell männlich konnotierter Sportarten nicht unbedingt der Fall, vielmehr können sie hierbei eher gewinnen.

## Einsichten und Ausblicke

Sport bietet eine Vielzahl von Elementen für eine positive Entwicklung des Selbstkonzepts von Kindern und Jugendlichen und die Entwicklung eines gesundheitsfördernden Lebensstils. Gleichzeitig sind diese Prozesse voraussetzungsvoll; eine positive Entwicklung der Identität und eines gesunden Lebensstils stellt sich nicht automatisch durch das Sporttreiben ein (Brettschneider und Kleine 2002). Vielmehr erscheint der Sport gerade auch für

Jungen als ein „ambivalentes Feld“, das sich sowohl durch traditionelle leistungssportbezogene Männlichkeitsvorstellungen auszeichnet als auch durch eine Vielzahl an alternativen Identifikationsmöglichkeiten (Neuber 2003). Empirische Untersuchungen über die Rahmenbedingungen und Zusammenhänge von Selbstkonzept(-entwicklung), Gesundheit und Sport bei Jungen und Männern sind ansatzweise vorhanden, aber bei Weitem noch nicht in ausreichendem Umfang, um von gesicherten Ergebnissen sprechen zu können. Vor allem mangelt es an einem Transfer dieser Erkenntnisse in die Sport- und Bewegungspraxis, das heißt an die professionellen Betreuerinnen/ Betreuer und in die Alltagspraxis der Akteure selbst – der Jungen und Männer.

## Literatur

- Becker, S., Schneider, S. (2005): Analysen zur Sportbeteiligung auf der Basis des repräsentativen Bundes-Gesundheitssurveys 1998. *Sport und Gesellschaft*, 2 (2), 173–204.
- Boltanski, L. (1976): Die soziale Verwendung des Körpers. In: Kamper, D., Rittner, V. (Hrsg.): *Zur Geschichte des Körpers*. Carl Hanser, München und Wien (französische Originalpublikation in *Annales*, 1971, 1, 205–233).
- Brettschneider, W. D. (2003): Sportliche Aktivität und jugendliche Selbstkonzeptentwicklung. In: Schmidt, W., Hartmann-Tews, I., Brettschneider, W. D. (Hrsg.): *Erster Deutscher Kinder- und Jugendsportbericht*, 2. Aufl., Hofmann, Schorndorf.
- Brettschneider, W. D., Kleine, T. (2002): *Jugendarbeit in Sportvereinen. Anspruch und Wirklichkeit*. Hofmann, Schorndorf.
- Breuer, C. (2003): Entwicklung und Stabilität sportlicher Aktivität im Lebensverlauf. Zur Rolle von Alters-, Perioden- und Kohorteneffekten. *Sportwissenschaft* 3, 263–279.
- Burmann, U., Baur, J. (2004): Sportengagierte, aber vereinsmüde Jugendliche? Einige Schlussfolgerungen aus Zeitreihenanalysen. In: Balz, E., Kuhlmann, D. (Hrsg.): *Sportengagements von Kindern und Jugendlichen*. Meyer & Meyer, Aachen.
- DIW Berlin (2007): Das Sozio-ökonomische Panel. Zugriff 24. Januar 2007 unter <http://www.diw.de/deutsch/sop>.
- Deutscher Olympischer Sportbund (2007): Bestandserhebung 2007. Frankfurt am Main. Download unter [http://www.dosb.de/fileadmin/fm-dosb/downloads/2007\\_DOSB\\_Bestandserhebung.pdf](http://www.dosb.de/fileadmin/fm-dosb/downloads/2007_DOSB_Bestandserhebung.pdf). Zugriff am 15. 11.2010.
- Eichberg, S., Rott, C. (2004): Sportverhalten im mittleren und höheren Erwachsenenalter. Bedingungsfaktoren für Kontinuität und Diskontinuität. *Journal of Public Health*, 12 (2), 93–104.
- Ellert, U., Wirtz, J., Ziese, T. (2006): Telefonischer Gesundheitssurvey des Robert Koch-Instituts (2. Welle). In: Robert Koch-Institut (Hrsg.): *Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Robert Koch-Institut, Berlin.
- Erlinghagen, M. (2003): Wer treibt Sport im geteilten Deutschland? Graue Reihe des Instituts Arbeit und Technik 2003–04. Gelsenkirchen. Download unter <http://www.iatg.de/aktuell/veroeff/2003/gr2003-04.pdf>. Zugriff am 19. Mai 2008.
- Fries, J. F. (2003): Measuring and monitoring success in compressing morbidity. *Annals of Internal Medicine* 5, 455–459.
- Hartmann-Tews, I., Gieß-Stüber, P., Klein, M. L., Kleindienst-Cachay, C., Petry, K. (2003): Soziale Konstruktion von Geschlecht im Sport. Leske & Budrich, Opladen.
- Hartmann-Tews, I. (2006): Soziale Konstruktion von Geschlecht im Sport und in den Sportwissenschaften. In: Hartmann-Tews, I., Rulofs, B. (Hrsg.): *Handbuch Sport und Geschlecht*. Hofmann, Schorndorf.
- Hurrelmann, K. (2000): *Einführung in die Sozialisationstheorie*, 8. Aufl., Beltz, Weinheim.

- Klaes, L., Cosler, D., Rommel, A., Zens, Y. C. K. (2003): WIAD-Studie – Dritter Bericht zum Bewegungstatus von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Bewegungs-Check-up im Rahmen der Gemeinschaftsaktion von AOK, DSB und WIAD „Fit sein macht Schule“. Unveröffentl. Manuskript, Bonn.
- Kolip, P. (1997): Geschlecht und Gesundheit im Jugendalter. Leske & Budrich, Opladen.
- Luy, M. (2002): Die geschlechtsspezifischen Sterblichkeitsunterschiede – Zeit für eine Zwischenbilanz. Zeitschrift für Gerontologische Geriatrie 35, 412–429.
- Nagel, M. (2003): Soziale Ungleichheit im Sport. Meyer & Meyer, Aachen.
- Neuber, N. (2003): Männliche Identitätsentwicklung im Sport. In: Hartmann-Tews, I., Rulofs, B. (Hrsg.): Handbuch Sport und Geschlecht. Hofmann, Schorndorf.
- Rulofs, B., Combrink, C., Borchers, I. (2002): Sportengagement im Lebenslauf von Frauen und Männern. In: Allmer, H. (Hrsg.): Sportengagement im Lebensverlauf. Brennpunkte der Sportwissenschaft, 23. Academia, St. Augustin.
- Schneider, S., Becker, S. (2005): Sportaktivität in Deutschland – Ergebnisse des Bundesgesundheits surveys zu sozialmedizinischen Korrelaten der Verhaltensprävention. Arbeitsmedizin – Sozialmedizin – Umweltmedizin 40, 414–423.
- Statistisches Bundesamt (2007): Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung: Durchschnittliche Lebenserwartung. Pressemitteilung Nr. 336 vom 27.08.2007. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Thiel, A., Cachay, K. (2003): Soziale Ungleichheit im Sport. In: Schmidt, W., Hartmann-Tews, I., Brettschneider, W. (2003): Erster Deutscher Jugendsportbericht. Hofmann, Schorndorf.
- Tischer, U., Hartmann-Tews, I. (2009): Die Sportaktivität älterer Männer aus soziologischer Perspektive. Der Mann 7 (3), 20–25.



# 7. Früherkennung für Männer – „Männergesundheit“ aus ärztlicher Sicht

Prof. Dr. Theodor Klotz, MPH



## Abstract

*Obwohl die Lebenserwartung von Männern in Deutschland ca. sechs Jahre hinter den Frauen liegt, ist die geschlechtsspezifische Gesundheitsvorsorge, Prävention bzw. Gesundheitsförderung unterrepräsentiert. Ursachen für diese Übersterblichkeit bei jungen männlichen Erwachsenen sind aus ärztlicher Sicht u. a. Arbeits- und Wegeun-*

*fälle, koronare Herzerkrankung, das metabolische Syndrom, erektile Dysfunktion als Frühmarker einer koronaren Herzkrankheit, Prostatakarzinom und Depression/Suizid. Bei der Ausweitung von Angeboten sind Alters- und Zielgruppen, der Settingansatz sowie regionale Unterschiede in Deutschland bezüglich der geschlechtsspezifischen Morbidität und Mortalität zu berücksichtigen. Bevölkerungsweite ungerichtete präventive Interventionen sind im Rahmen der Sekundär- und Tertiärprävention am ehesten in den Bereichen Sexualität, metabolisches Syndrom und Prostatakarzinom sinnvoll und umzusetzen. Die Effizienz solcher Programme inklusive Screening ist jedoch keineswegs gesichert. Effektive Interventionen zu gesundheitsbezogenem Lebensstil, Aufklärung sowie präventive Interventionen müssen vor allem für männliche Jugendliche vor der Pubertät erfolgen. Dies zeigen Studien zur Ätiologie von Erkrankungen sowie Untersuchungen zu Faktoren der geschlechtsspezifischen Morbidität und Mortalität.*

## Einleitung

Die Fortschritte in der Gesundheitsvorsorge und Therapie haben in den Industrienationen zu einer gestiegenen Lebenserwartung für beide Geschlechter, aber auch zu einer Erhöhung der Altersmorbidity geführt. Dabei ist interessant, dass erhebliche geschlechtsspezifische Unterschiede existieren. Der

Gesetzliche Krankenversicherung	Männer	Frauen
Chlamydienscreening bis 25. Lebensjahr	–	+
Genitaluntersuchung ab 20. Lebensjahr	–	+
Brustuntersuchung ab 30. Lebensjahr	–	+
Hautkrebscreening + Check-up ab 35. Lebensjahr	+	+
Prostatauntersuchung ab 45. Lebensjahr	+	–
Dickdarm-/Rektumuntersuchung ab 50. Lebensjahr	+	+
Mammografiescreening ab 50. Lebensjahr	–	+
Koloskopie ab 55. Lebensjahr	+	+
Prostatauntersuchung ab 45. Lebensjahr		
Gezielte Anamnese, Inspektion und Untersuchung Genitale		
Rektale Untersuchung		
Tasten der regionären Lymphknoten		
S3-Leitlinie Prostatakarzinom 9/2009		
Die alleinige digital-rektale Untersuchung ist als Früherkennung für das Prostatakarzinom nicht ausreichend.		

Tab. 8: Früherkennungs-/Screeninguntersuchungen für Männer und Frauen

aktuelle Lebenserwartungsunterschied zwischen Männern und Frauen beträgt nach den amtlichen Statistiken ca. 6 bis 6,5 Jahre.

Um sich diesem Thema zu nähern, stellt sich zu Beginn die Frage der geschlechtsspezifischen Verteilung der klassischen Früherkennungs- bzw. Screeninguntersuchungen, die von den gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) abgedeckt werden. Betont werden muss, dass dies nur eingangs als Hilfe zur Diskussion dient, da der einfache geschlechtsspezifische Vergleich der gesetzlichen Früherkennungsuntersuchungen sicher zu kurz greift.

Im Folgenden soll auf fünf Fragenkomplexe eingegangen werden, um eine Analyse von „Männergesundheit“ aus ärztlicher Sicht durchzuführen:

1. Welche medizinischen Bereiche stehen im Zusammenhang mit dem Begriff „Männergesundheit“ in der ärztlichen Sprechstunde?
2. Wie stellen sich geschlechtsspezifische Risiken und Lebenserwartungsunterschiede dar? Dies soll an den Beispielen „koronare Herzkrankheit“,

„erektiler Dysfunktion“, „Prostatakarzinom“, „Depression und Suizidalität“ erörtert werden.

3. Gibt es innerhalb von Deutschland regionale Unterschiede in der geschlechtsspezifischen Morbidität und Mortalität?
4. Welche geschlechtsspezifischen Aspekte sind für die Bereiche soziale Unterstützung und Ernährung interessant, wenn ein Internetportal mit Geschlechtsbezug bzw. dem Fokus Männergesundheit geplant ist?
5. Welche Elemente soll ein Internetportal aus ärztlicher Sicht enthalten?

## Ad 1: Ärztliche Sprechstunde

In einer holländischen Untersuchung aus dem Jahr 2004 werden folgende Erkrankungen bzw. Symptomkomplexe in einer Sprechstunde „Männergesundheit“ von Männern nachgefragt. An erster Stelle stehen Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit ca. 40 %, gefolgt von Aging-Male-Symptomen – Hypogonadismus mit ca. 20 % –, weiterhin spielt die erektile Dysfunktion mit ca. 17 % eine relevante Rolle. Die klassischen urologischen Bereiche wie Miktionsstörungen schlagen mit 16 % zu Buche. Die PSA-Erhöhung im Rahmen der Screeningdiskussion beim Prostatakarzinom stellt in 7 % der Fälle ein Element der Sprechstunde „Männergesundheit“ dar. Man erkennt somit den sehr breiten interdisziplinären medizinischen Ansatz in einer ärztlichen Sprechstunde „Männergesundheit“. Dieser beinhaltet kardiologische, endokrinologische und natürlich urologische Fragestellungen.

## Ad 2: Geschlechtsspezifische Lebenserwartung

Der Lebenserwartungsunterschied zwischen Männern und Frauen im Laufe der letzten Jahrhunderte war keineswegs konstant. Im Mittelalter bestand ein Lebenserwartungsunterschied zu Ungunsten der Frauen, je nach Quelle von ca. einem Jahr. Dies änderte sich im Rahmen der Industrialisierung zu Beginn des letzten Jahrhunderts. Um ca. 1900 betrug der Unterschied in der Lebenserwartung zu Ungunsten der Männer ca. zwei Jahre. Aktuell besteht ein Lebenserwartungsunterschied von ca. sechs Jahren. In der Zusammenfassung kann gesagt werden, dass der soziale Wandel der letzten Jahrhunderte das weibliche Geschlecht in gesundheitlicher Hinsicht unterstützt hat, wobei eine biologisch gegebene höhere männliche Vulnerabilität besteht. Belege für die höhere männliche Vulnerabilität sind zum Beispiel die Säuglingssterblichkeit Mädchen:Knaben 100:133 und die onkologische Inzidenz in der Altersklasse

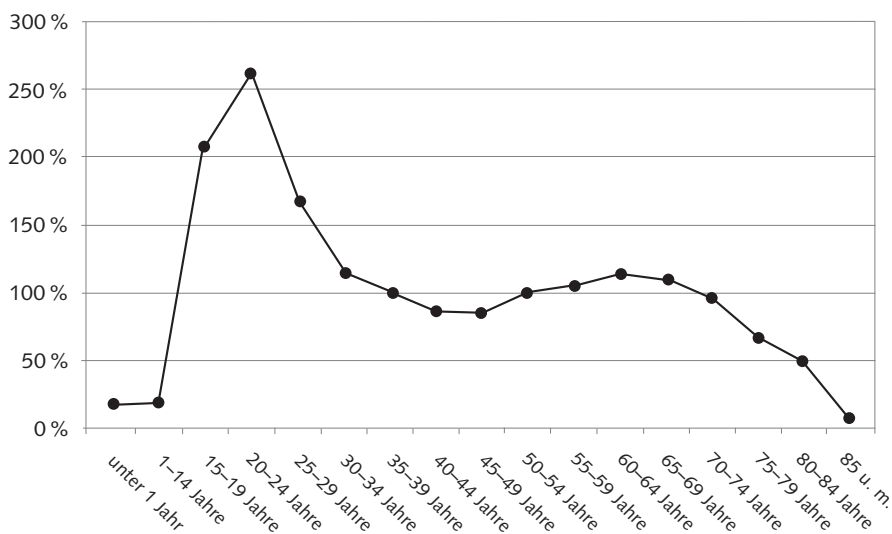


Abb. 11: Übersterblichkeit der Männer nach Altersgruppen, Bayern 2002. Nulllinie: gleiche Sterblichkeit für Männer und Frauen. Datenquelle: LfStAD.

der 10- bis 14-jährigen: Mädchen:Knaben 8,3:10,9. Als Beispiel für den Beleg, dass der soziale Wandel und die medizinische Weiterentwicklung das weibliche Geschlecht unterstützt, darf die Abnahme der Müttersterblichkeit von 40 pro 100 000 auf vier pro 100 000 Lebendgeburten in den letzten 35 Jahren angesehen werden.

Wenn betrachtet wird, in welcher Lebensdekade die männliche Übersterblichkeit besonders relevant ist, so zeigt sich, dass insbesondere in den Altersklassen der 15- bis 30-Jährigen eine im Durchschnitt 200%ige Übersterblichkeit zu Ungunsten der Männer besteht.

Über alle Lebenszeitabschnitte besteht eine altersadjustierte Übersterblichkeit für Männer von ca. 100%. Ein Peak liegt jedoch in der Altersklasse der jungen Erwachsenen vor. Bei der näheren Analyse zeigen sich als eine Ursache für diese Übersterblichkeit bei jungen männlichen Erwachsenen unter anderem Arbeits- und Wegeunfälle, die zum Beispiel darauf zurückzuführen sind, dass Männer gefährlichere Berufe haben.

Alters- gruppe	MÄNNER		FRAUEN	
	Übergewicht	Adipositas	Übergewicht	Adipositas
18 bis 19 Jahre	12,4 %	7,5 %	11,8 %	4,9 %
20 bis 29 Jahre	34,2 %	7,7 %	17,4 %	9,0 %
30 bis 39 Jahre	46,5 %	15,3 %	23,7 %	13,5 %
40 bis 49 Jahre	52,0 %	21,8 %	29,7 %	21,7 %
50 bis 59 Jahre	54,3 %	24,9 %	38,1 %	26,2 %
60 bis 69 Jahre	54,2 %	27,5 %	42,0 %	35,5 %
70 bis 79 Jahre	59,2 %	18,7 %	44,7 %	31,1 %

Tab. 9: Anteil der Männer und Frauen mit Übergewicht bzw. Adipositas in der jeweiligen Altersgruppe (Angaben in Prozent der Bevölkerung) (Quelle: Robert Koch-Institut und Bundesgesundheitsurvey 1998)

Ein weiterer wichtiger Bereich ist die koronare Herzerkrankung bzw. der akute Myokardinfarkt. Hier besteht zum Beispiel in der Altersklasse der 25- bis 44-Jährigen eine 5:1-Relation zu Ungunsten der Männer bezüglich der Todesfälle bei akutem Myokardinfarkt pro 100 000 Einwohnern. Wenn man weitere Analysen durchführt, ist der standardisierte Mortalitätsindex in Abhängigkeit vom Body-Mass-Index ebenfalls deutlich zu Ungunsten der Männer zu sehen, wie die „Düsseldorf Obesity Mortality Studie“ gezeigt hat. Hier ist anzumerken, dass der Anteil von Männern mit Übergewicht in fast allen Altersgruppen höher liegt als der von Frauen (vgl. Tabelle 9). Allerdings gibt es keine lineare Beziehung von Body-Mass-Index und Gesamtsterblichkeit, wie neuere Arbeiten gezeigt haben (Adams et al. 2006). Insofern greift die einfache Betrachtung des Body-Mass-Index und dessen Einfluss auf die Sterblichkeit zu kurz.

### Metabolisches Syndrom

In der aktuellen medizinischen Diskussion für die geschlechtsspezifische Sterblichkeit, insbesondere im Herz-Kreislauf-Bereich, spielt das metabolische Syndrom eine große Rolle. Hier ist insbesondere bei Männern das viscerale Fett zu erwähnen, das einen unabhängigen Risikofaktor darstellt. Dieses viscerale Fettgewebe ist hormonell aktiv und wurde von mehreren Fachgesellschaften als ein entscheidender prognostischer Parameter für eine Reihe

von Erkrankungen (metabolisches Syndrom etc.) identifiziert. In diesem Zusammenhang existieren mittlerweile eine Reihe von Prognose-Scores, die Herz-Kreislauf-Erkrankungen vorhersehbar machen. Als Beispiel ist der PRO-CAM-Score zu nennen (Assmann et al. 2002). Damit kann anhand weniger Fragen das Zehn-Jahres-Risiko für einen Myokardinfarkt mit 83 %iger Genauigkeit bestimmt werden. Diese Scores sind insbesondere im Bereich der präventiven Beratung und Risikoeinschätzung hilfreich und stellen daher ein einfach handhabbares Werkzeug dar.

### **Erektile Dysfunktion und Männergesundheit**

Sexualität spielt für beide Geschlechter in verschiedener Hinsicht eine große Rolle. In den letzten zehn Jahren hat sich ein Zusammenhang bezüglich der erektilen Dysfunktion und relevanter Begleitmorbiditäten herausgestellt. Mittlerweile ist die erektile Dysfunktion als Frühmarker einer koronaren Herzkrankheit etabliert. Ebenfalls gibt es eindeutige Zusammenhänge zwischen metabolischem Syndrom, koronarer Herzkrankheit und Ausprägung einer erektilen Dysfunktion. Entscheidend für die Betrachtungsweise ist, dass die erektile Dysfunktion als Symptom einer Grunderkrankung zu verstehen ist. Dies erklärt sich physiologisch relativ einfach aus dem sehr empfindlichen und hoch reagiblen Gefäßsystem der penilen Schwellkörper, die auf die klassischen altersdegenerativen Veränderungen bzw. Begleitmorbiditäten entsprechend empfindlich reagieren. Der entscheidende Aspekt in der Betrachtung für das Thema „Männergesundheit“ ist, dass die erektile Dysfunktion, die mittlerweile in weiten Bereichen als enttabuisiert angesehen werden darf, Männer in die Arztpraxen führt und eine Umfelddiagnostik ermöglicht, sodass weitaus schwerwiegendere Erkrankungen festgestellt werden können. Ebenfalls sind über das „Vehikel“ erektile Dysfunktion präventive Interventionen oder Screening vermittelbar.

### **Prostatakarzinom**

Das Prostatakarzinom stellt derzeit die häufigste männliche Tumorerkrankung dar und ist mittlerweile eine der beiden häufigsten onkologischen Todesursachen bei älteren Männern. Die Inzidenz beträgt je nach Region ca. 100 pro 100 000 Männer pro Jahr. Damit gibt es in der BRD ca. 60 000 Neuerkrankungen pro Jahr. Das Altersmaximum liegt bei ca. 70 Jahren. Hier ist relevant, dass es zu einem deutlichen Inzidenzanstieg von 3 bis 8 % pro Jahr in den letzten 15 Jahren aufgrund der PSA-Testung (prostataspezifisches Antigen) gekommen ist, auch wenn die PSA-Testung im Rahmen der Vorsorge noch kein Element der gesetzlichen Krankenversicherung darstellt.

Die Einführung des PSA-gestützten Screenings hat in den USA die Anzahl der metastasierten bzw. lokal fortgeschrittenen Tumore deutlich reduziert. Allerdings ist bisher nicht eindeutig belegt, dass die PSA-gestützte Vorsorge einen Einfluss auf die Gesamtlebenserwartung hat. Die PSA-Screening-Problematik ist aktuell international in der Diskussion. Nach der Studie von Schröder et al. (2009) beträgt die Effizienz des PSA-Screenings 1:1410, das heißt, es müssen ca. 1400 Männer gescreent werden, damit ein Männerleben aufgrund der Frühdiagnose eines Prostatakarzinoms gerettet werden kann. Allerdings werden ebenfalls 48 überflüssige Mehrbehandlungen induziert, um ein Männerleben zu retten. Es stellt sich die Frage, ob das PSA-Screening aufgrund dieser neu publizierten Daten wirklich für alle Altersklassen empfohlen werden kann. Entscheidend ist hier eine Individualisierung, wie sie auch in der S3-Leitlinie (Deutsche Gesellschaft für Urologie 2009) empfohlen wird.

### **Depression und Suizid**

Es gibt deutliche Unterschiede bezüglich der geschlechtsbezogenen Suizidrate. Generell besteht ein Verhältnis männliche zu weibliche Suizide von 3:1. Bei den versuchten Suiziden in allen Altersklassen besteht ein Verhältnis von 20:1 zu Ungunsten der Frauen. Dies bedeutet, dass Männer im wesentlich höheren Maß erfolgreiche Suizide durchführen. Dieser geschlechtsspezifische Unterschied lässt sich nicht mit der Häufigkeit der diagnostizierten Depressionserkrankungen erklären, hier überwiegt eher das weibliche Geschlecht. Im Umkehrschluss bedeutet dies jedoch, dass offenbar Männer bei depressiver Symptomatik seltener ärztliche Hilfe konsultieren; außerdem, dass vonseiten des medizinischen Systems Männern eine Depression weniger oft zugeschrieben bzw. die Depression bei Männern unterdiagnostiziert wird. Hier besteht hoher Aufklärungsbedarf. In diesem Zusammenhang ist relevant, dass besonders in den höheren Altersklassen Männer einen erfolgreichen Suizid im Verhältnis von 5 bis 8:1 gegenüber dem weiblichen Geschlecht durchführen. Als eine der Hauptursachen wird Alterseinsamkeit angesehen. Weiterhin ist in den Altersklassen der jüngeren Männer die Selbsttötung eine häufige Todesursache. Suizide machen ca. 20 % aller Sterbefälle in der Altersklasse der 25-Jährigen aus (Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung, Bayern 2009).

### **Ad 3: Regionale Unterschiede Sterblichkeit – soziale Schichtung**

Es besteht in Deutschland eine hohe Spannbreite der regionalen Sterblichkeit. Dies kann sehr gut an den bayerischen Daten dokumentiert werden (siehe

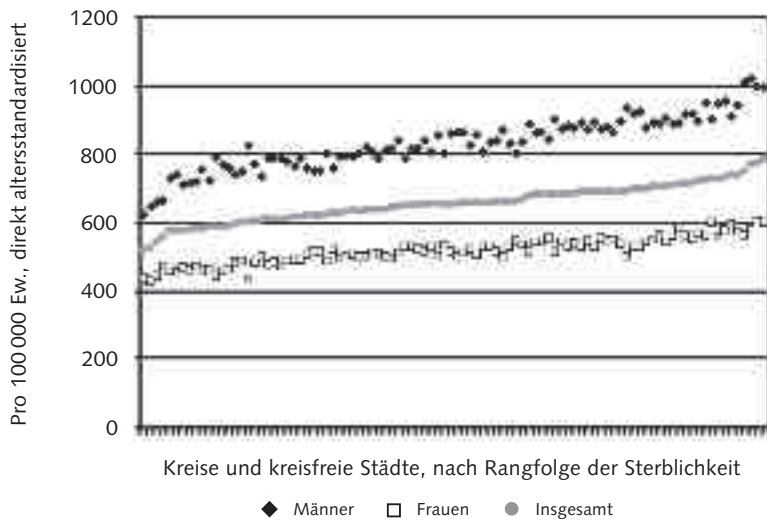


Abb. 12: Spannbreite der regionalen Sterblichkeit in Bayern (mittlere Raten der Jahre 2002–2002). Datenquelle: Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung.

Abb. 12). Je nach Region zeigt sich ein Unterschied in der Sterblichkeit von bis zu 15 %, wobei die Unterschiede besonders für das männliche Geschlecht ausgeprägt sind. Daten des Landesamtes für Statistik und Datenverarbeitung zeigen im Bereich des sogenannten Konstrukts der „verlorenen Lebensjahre“ (das heißt Todesfälle bei Menschen, die jünger als 65 Jahre sind), dass bei Männern vor allem Verletzungen und Vergiftungen zu verlorenen Lebensjahren beitragen.

Dies hat natürlich auch Auswirkungen auf den wirtschaftlichen Status einer Region – insbesondere, wenn es sich um strukturschwache Regionen mit geringer Mobilität und überalterter Bevölkerung handelt. Bei Frauen sind onkologische Risiken relevant. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit von unterschiedlichen geschlechtsspezifischen regionalen Präventionskonzepten (Vorsorge/Screening, Aufklärung, Gesundheitsförderung).

Das Zusammenspiel von Disposition, Sozialisation und Umweltfaktoren ist komplex und keineswegs geklärt. Dies gilt vor allem im Hinblick auf geschlechtsspezifische Morbidität und Mortalität. Sicher ist, dass dispositionelle Faktoren nicht unterschätzt werden dürfen. Dies gilt insbesondere im Bereich

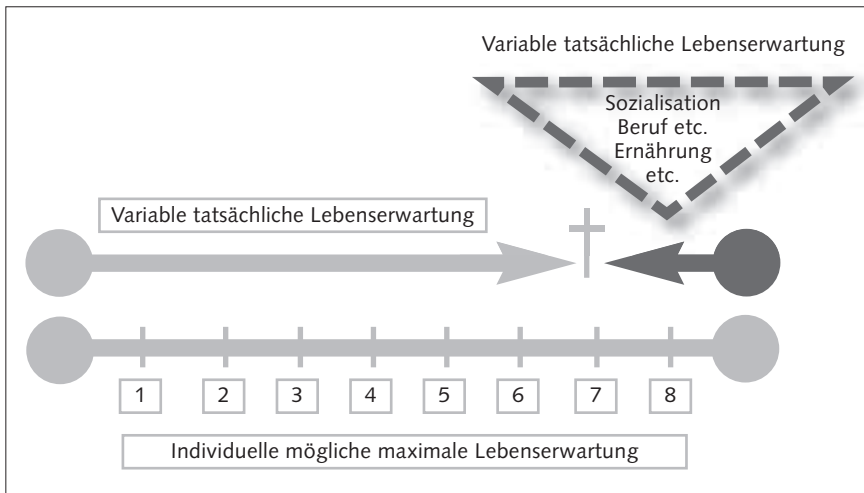


Abb. 13: Das Zusammenspiel von Lebenserwartung, Sozialisation und Umweltfaktoren

der Onkologie, Neurologie und koronaren Herzkrankheit. Bezüglich der männlichen Lebenserwartung und Risiken lässt sich als Modell das hier Erläuterte in Abbildung 13 darstellen.

In diesem sehr vereinfachten Modell besteht eine Disposition, zum Beispiel im Hinblick auf Lebenserwartung, die durch Umweltfaktoren negativ beeinflusst wird. Daraus ergeben sich insbesondere für die Präpubertät und Aufklärung in den Familien Ansätze für präventive Konzepte. Hier ist zum Beispiel der Einfluss von Ernährung erheblich. In einer Untersuchung von Hancox (Lancet 2004) konnte gezeigt werden, dass das Fernsehverhalten von Kindern im Alter von fünf bis 14 Jahren mit dem Übergewicht der Erwachsenen ab dem Alter von 26 Jahren korreliert.

Die EPIC-Studie weist ebenfalls auf die Bedeutung von Ernährung hin. Hier zeigt sich, dass mit einer „mediterranen“ Kostform eine 25%ige Reduktion der Mortalität unter spezifischen Bedingungen erreicht werden kann (Trichopoulos et al. 2003). Ein weiterer Punkt im Rahmen der unspezifischen Prävention ist die körperliche Aktivität. Sie beeinflusst direkt die Mortalität erheblich, insbesondere ist dieser Effekt über fast alle Altersklassen zu bemerken.

## **Ad 4: Soziales Immunsystem – geschlechtsspezifische Auswirkungen**

Soziale Netzwerke haben die Funktion, individuelle umweltbedingte Belastungen abzufedern. In der Soziologie wird auch vom sozialen Immunsystem gesprochen. So ist eindeutig belegt, dass eine fehlende soziale Unterstützung mit einer erhöhten Morbidität/Mortalität korreliert. Die sozialen Netzwerke von Männern sind in der Regel berufsorientiert und daher oft eindimensional. Dies bedeutet, dass eine erhöhte Anfälligkeit des sozialen Netzwerks bei Arbeitsplatzverlust oder Berentung besteht. So muss die Bedeutung von sozialen Netzwerken bei älteren Männern (nach dem Ruhestand) für die Morbidität und Mortalität hoch angesetzt werden. Hinweisend hierfür ist die deutlich ansteigende geschlechtsspezifische Morbidität nach Arbeitsplatzverlust, aber auch nach Beginn des Ruhestands.

In diesem Zusammenhang ist für männliche soziale Netzwerke die Fixierung auf eine einzelne Bezugsperson typisch – in der Regel ist dies die Ehefrau. In die gleiche Richtung deuten bereits ältere Untersuchungen, die zeigen, dass die Ehe einen hohen gesundheitsprotektiven Wert für Männer hat. So kommt es nach einem Verlust der Ehefrau zu einem doppelt so hohen Anstieg der Mortalität bei Männern als bei Frauen nach dem Verlust ihres Ehemannes. Emotional geprägte langjährige Beziehungen über die Ehe hinaus sind bei Männern eher selten anzutreffen. Daraus resultiert die These, dass berufs-unabhängige soziale Aktivitäten (Sport, Hobby, Vereinswesen etc.) besonders für Männer gesundheitsprotektiv sind und gefördert werden müssen.

### **Geschlechtsspezifische Lebensqualität und Umgang mit dem eigenen Körper**

Eine Schwäche bei der Betrachtung der geschlechtsspezifischen Mortalität liegt in der Lebenserwartung. Diese Gewichtung ist kritisch zu hinterfragen. So muss eine höhere Lebenserwartung bei Frauen keineswegs mit einer höheren Lebensqualität einhergehen. Es ist zudem wahrscheinlich, dass Lebensqualität ausgeprägten geschlechtsspezifischen Einflüssen unterworfen ist, die je nach Lebensalter und -phase variieren.

Einige Untersuchungen deuten darauf hin, dass aktivitätsorientierte Rollenmuster zu einer höheren Zufriedenheit und subjektiv höheren Lebensqualität führen. Der Preis für die höhere Lebensqualität der Männer wäre dann – salopp formuliert – eine geringere Lebenserwartung. Unterstützt wird diese These dadurch, dass bei vielen Männern die bewusste Einstellung „lieber kurz

und gut, als länger und schlechter“ nachweisbar ist. So sind einige Risikoverhaltensweisen vor allem im jungen Erwachsenenalter teilweise zu erklären, die einen unmittelbaren Lebensqualitätsgewinn durch Erfolg und Ansehen (zum Beispiel Risikosportarten, Anabolikamissbrauch etc.) ermöglichen.

In diesem Zusammenhang ist wesentlich, dass es in fast allen bekannten Gesellschaften einen Zusammenhang zwischen männlichem Habitus und attraktiver Männlichkeit gibt. Mit dieser Ausrichtung auf sozialen Status und Erfolg hängt zusammen, dass Männer dazu neigen, ihren Körper als „Werkzeug“ zum Erreichen eines Ziels zu instrumentalisieren. Der Körper muss funktionieren – im Beruf wie im Sport oder in der Sexualität. Daraus erklärt sich, dass rücksichtsloses Verhalten gegenüber dem eigenen Körper bei Männern auf der Tagesordnung steht und für die Erkrankungen eine „Ersatzteimentalität“ vorherrscht. Der entscheidende Unterschied zu Frauen liegt somit darin, dass Männer eine Außenansicht zu ihrem Körper aufweisen und Überlastungssignale nicht oder verspätet wahrnehmen, sofern es gilt, ein definiertes und akzeptiertes Ziel (Karriere, soziale Macht) zu erreichen. Dennoch liegen hierin auch Chancen, das männliche risikoreiche Verhaltensmuster oder den Lifestyle zu ändern.

Es ist wenig hilfreich, stets auf die Defizite im männlichen Gesundheitsverhalten hinzuweisen und weibliche Verhaltensmuster als gesundheitsprotektiv zu propagieren. Entscheidend ist es, gesellschaftliche Wandlungsprozesse einzuleiten, die bewirken, dass gesundheitsbewusstes Verhalten bei Männern mit sozialem Status und Karriere positiv verknüpft wird. Dann wird sich männliches Verhalten von allein, ohne den erhobenen Zeigefinger, ändern. Männlichkeit würde sich dann u. a. in einem höheren Gesundheitsbewusstsein äußern, um zum Beispiel das Ziel „sozialer Aufstieg“ zu erreichen. Die ersten Ansätze lassen sich hier möglicherweise in der Generation der gut situierten 30- bis 50-jährigen Männer erkennen (Fitnesswelle).

## **Ad 5: Zusammenfassung bzw. Elemente eines Internetportals aus ärztlicher Sicht**

Außer Zweifel steht, dass männerspezifische Risiken bislang wenig thematisiert werden und Männer gesundheitlich vulnerabler sind. Beispiele sind hier die koronare Herzkrankheit und die Onkologie. Bezüglich Prävention ist eine alters- und zielgruppenspezifische Ausrichtung unabdingbar. Hier ist der Settingansatz aus den Gesundheitswissenschaften maßgebend. Ein weiterer

Aspekt sind regionale Unterschiede, die bislang in Deutschland kaum thematisiert wurden. Ein sehr schönes Beispiel zeigt sich im Flächenstaat Bayern, wo ausgeprägte regionale und geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich der Morbidität und Mortalität bestehen. Damit ergeben sich aus ärztlicher Sicht folgende relevante Elemente eines Internetportals, insbesondere wenn Fragen der Prävention, Aufklärung und Gesundheitsförderung zu betrachten sind:

- männliche koronare Herzkrankheit, Adipositas, metabolisches Syndrom,
- Prostatakarzinom, S3-Leitlinie (2009), Miktionsverhalten,
- erektile Dysfunktion als Markersymptom und Sexualität,
- Depression, Burn-out-Syndrom, Suizidalität,
- soziale Unterstützung, Wandel des Rollenbildes, Lebensqualität,
- körperliche Aktivität, Sport, Hobby und Ernährung,
- regionale Unterschiede in Deutschland.

Die Beschäftigung mit den Themen geschlechtsspezifische Gesundheit, Prävention und speziell Männergesundheit ist nicht nur ein wichtiger Beitrag zur Gleichberechtigung, sondern wird mit Sicherheit Erkenntnisse in der Grundlagen- und Versorgungsforschung hervorbringen, die beiden Geschlechtern dienen.

## Literatur

- Adams, K. F., Schatzkin, A., Harris, T. B., Kipnis, V., Mouw, T., Ballard-Barbash, R., Hollenbeck, A., Leitzmann, M. F. (2006): Overweight, obesity, and mortality in a large prospective cohort of persons 50 to 71 years old. *The New England Journal of Medicine* 355, 763–778.
- Assmann, G., Cullen, P., Schulte, H. (2002): Simple scoring scheme for calculating the risk of acute coronary events based on the 10-year follow-up of the prospective cardiovascular Münster (PROCAM) study. *Circulation* 105, 310–315.
- Brandes, H. (2003): Männlicher Habitus und Gesundheit. *Der Mann* 2, 10–13.
- Deutsche Gesellschaft für Urologie (2009): Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur Früherkennung, Diagnose und Therapie der verschiedenen Stadien des Prostatakarzinoms. Deutsche Gesellschaft für Urologie, Düsseldorf. Download unter [www.uni-duesseldorf.de/awmf/11/043-022.pdf](http://www.uni-duesseldorf.de/awmf/11/043-022.pdf). Zugriff am 29.10.2010.
- Hancox, R. J., Milne, B. J., Poulton, R. (2004): Association between child and adolescent television viewing and adult health. *Lancet*, 2004.
- Hinze, L., Samland, A. (2004): Gesundheitsbildung – reine Frauensache? In: Altgeld, T. (Hrsg.): Männergesundheit. Juventa, Weinheim und München.
- Hurrelmann, K., Klotz, T., Haisch, J. (2004): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto.
- Klotz, T., Hurrelmann, K. (1998): Adapting the health-care system to the needs of the aging male. *The Aging Male* 1, 20–27.
- Klotz, T., Hurrelmann, K., Eickenberg, H. U. (1998): Der frühe Tod des starken Geschlechts. *Deutsches Ärzteblatt* 95, 460–464.
- Martikainen, P., Valkonen, T. (1996): Mortality after the death of a spouse: rates and causes of death in a large Finnish cohort. *American Journal of Public Health* 86, 1087–1093.

- Neubauer, G. (2003): Wie geht's den Jungs? Jungengesundheit und Aspekte einer jungenbezogenen Gesundheitsförderung. *Der Mann* 1, 24–28.
- Schneider, J., Cebrat, S., Stauffer, D. (1998): Why do women live longer than men? A Monte Carlo simulation of Penna-type models with X and Y chromosomes. *International Journal of Modern Physics C* 5, 721–725.
- Schröder, F. H., Hugosson, J., Roobol, M., Tammela, T. L. J., Ciatto, S., Nelen, V., Kwiatkowski, M., Lujan, M., Lilja, H., Zappa, M., Denis, L. J., Recker, F., Berenguer, A., Määttänen, L., Bangma, C. H., Aus, G., Villers, A., Rebillard, X., van der Kwast, T., Blijenberg, B. G., Moss, S. M., de Koning, H. J., Auvinen, A. (2009): Screening and Prostate-Cancer Mortality in a Randomized European Study. *The New England Journal of Medicine* 360, 1320–1328.
- Statistisches Bundesamt Deutschland: Daten des Gesundheitswesens 2002. Internet: [www.destatis.de/basis/d/gesu](http://www.destatis.de/basis/d/gesu).
- Statistisches Bundesamt Deutschland: Daten des Gesundheitswesens 2005. Internet: [www.destatis.de/basis/d/gesu](http://www.destatis.de/basis/d/gesu).
- Stauffer, D., Klotz, T. (2001): The sex-specific life expectancy and the influence of testosterone in a mathematical aging simulation model and its consequences for prevention. *The Aging Male* 4, 95–99.
- Trichopoulou, A., Costacou, T., Barnia, C., Trichopoulou, D. (2003): Adherence to a Mediterranean Diet and Survival in a Greek Population. *The New England Journal of Medicine* 2003, 348.
- Trojan, A. (2002): Prävention und Gesundheitsförderung. In: Kolip, P. (Hrsg.): *Gesundheitswissenschaften. Eine Einführung*. Juventa, Weinheim und München.
- Weißbach, L., Altwein, J. (2009): Aktive Überwachung oder aktive Therapie beim lokalen Prostatakarzinom? *Deutsches Ärzteblatt International* 106 (22), 371–6.
- Wirth, A. (2004): Lebensstiländerung zur Prävention und Therapie von arteriosklerotischen Krankheiten. *Deutsches Ärzteblatt* 101, 1745–1752.



# 8. Internetnutzung von Männern bei Gesundheitsfragen: Status quo und Konsequenzen für die Konzeption eines BZgA-Onlineangebots zur Männergesundheit

Prof. Dr. Nicola Döring

## Abstract

*Ziel der BZgA ist es, ein Internetportal zur Männergesundheit aufzubauen, um damit männergerechte Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland zu unterstützen. Für die zielgruppengerechte Konzeption und Umsetzung eines solchen Onlineangebots ist es notwendig, zunächst zu betrachten, welche Jungen und Männer das Internet in welcher Weise und mit welchen Folgen bei Gesundheitsfragen nutzen – oder (noch) nicht nutzen. Auf der Basis des aktuellen Forschungsstandes skizziert der vorliegende Beitrag unter Genderperspektive, wie sich die – insbesondere gesundheitsbezogene – Internetnutzung heute gestaltet. Ausgehend von diesem Status quo werden jeweils Konsequenzen für den Entwurf des geplanten Internetportals abgeleitet.*

## Verbreitung des Internetzugangs bei Männern: Digitale Spaltung

Nahezu alle weiblichen (97 %) und männlichen (95 %) Jugendlichen und jungen Erwachsenen zwischen 14 und 29 Jahren haben heutzutage einen Internetzugang (van Eimeren und Frees 2009). Sie bilden die sogenannte Internetgeneration (digital natives), die mit einem Onlinezugang groß geworden ist. In den älteren Jahrgängen ist ein Internetzugang weniger verbreitet und zeigt größere Geschlechtsunterschiede: Während beispielsweise jeder zweite 50-jährige Mann das Internet nutzt (53 %), ist es nicht einmal jede dritte 50-jährige Frau (30 %). Für die bundesdeutsche Bevölkerung zeigt sich deswegen insgesamt noch eine *Geschlechterkluft* (gender gap) beim Internetzugang: 73 % der Männer sind *Onliner*, aber nur 58 % der Frauen (van Eimeren und Frees 2009). Dieser deutsche Internet-Gender-Gap von momentan rund 15 % (berechnet über alle Altersgruppen hinweg) zu Ungunsten vor allem der älteren Frauen wird sich voraussichtlich mit der nachwachsenden Internetgeneration langsam reduzieren (Kompetenzzentrum Technik-Diversity-Chancengleichheit 2007).

Angesichts des geringeren Internetzugangs bei Frauen darf nicht vergessen werden, dass auch ein nennenswerter Teil der Jungen und Männer – in Deutschland sind es momentan rund 8 Millionen – über keinen Internetzugang verfügt, somit zu den *Offlinerinnen* bzw. *Offlinern* gehört (Gerhards und Mende 2009). Von diesem Problem der *digitalen Spaltung* (digital divide) der Gesellschaft in tendenziell sozial privilegierte Onlinerinnen und Onliner einerseits und die von vielen Möglichkeiten der Internetgesellschaft ausgeschlossenen Offlinerinnen und Offliner andererseits sind insbesondere Ältere, geringer Gebildete und Nichterwerbstätige betroffen. Das gilt für Frauen (13 Millionen Offlinerinnen), aber – zu einem etwas geringeren Teil – eben auch für Männer.

### **Fazit für das Internetportal**

Die *männlichen Offliner* – momentan rund 8 Millionen vor allem ältere, nicht-erwerbstätige und formal geringer gebildete Männer in Deutschland – können mit gesundheitsfördernden Onlineangeboten nicht direkt erreicht werden. Sie würden für den Onlineeinstieg zunächst zielgruppengerechte Internetkurse sowie öffentlich zugängliche Internetrechner benötigen. Sie könnten jedoch zumindest indirekt profitieren, sofern das geplante Internetportal zur Männergesundheit interessierte Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sowie Fachleute im Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesen (zum Beispiel aus den Bereichen Journalismus, Ärzteschaft, Sozialarbeit, Schule und Lehre) stärker für männergerechte Gesundheitsförderung sensibilisiert und qualifiziert. Derartige Qualifizierungsangebote sind offline wie online heute noch in viel zu geringem Maße verfügbar (Altgeld 2007).

### **Art der Internetnutzung von Männern: Digitale Ungleichheiten**

Da es sich beim Internet um ein *Multifunktionsmedium* handelt, also um ein komplexes Bündel unterschiedlichster Dienste und Anwendungen, die der Information und Unterhaltung, aber auch der Kommunikation und Transaktion dienen, existiert „Internetnutzung“ (etwa im Unterschied zur Fernsehnutzung) nicht als einheitliche Verhaltensweise. Vielmehr unterscheiden sich die Onlinerinnen und Onliner untereinander sowohl in der Intensität als auch in der Qualität ihres Internetgebrauchs sehr deutlich. Man spricht von *Digitaler Spaltung zweiter Ordnung* (second digital divide) oder von *Digitalen Ungleichheiten* (digital inequalities), um zum Ausdruck zu bringen, dass nicht alle Onlinerinnen und Onliner gleichermaßen von den möglichen Vorteilen des Internets profitieren (Zillien 2006). Ebenso wie bei der Digitalen Spaltung (Onlinerinnen bzw. Onliner versus Offlinerinnen bzw. Offliner) erweist sich auch bei den Digitalen Ungleichheiten (ressourcenerschließende versus res-

sourcenmindernde Internetnutzung) das Internet oft als *Strukturverstärker*, indem es soziale Ungleichheiten in der Gesellschaft nicht abbaut, sondern verfestigt.

Gemäß dem biblischen Matthäusprinzip – wer hat, dem wird gegeben – scheinen gerade jene Onlinerinnen und Onliner, die gesellschaftlich privilegiert sind, besonders stark vom Internet zu profitieren: Sie bringen meist eine bessere *Internetkompetenz* mit, das heißt, sie verfügen vermehrt über die notwendigen Kenntnisse und Fähigkeiten zur zielgerichteten und auch kritischen Internetnutzung. Sie sind beispielsweise besser in der Lage, zuverlässige Onlineinformationen sowie kostenlose Software, Audio- und Videodateien zu finden, während weniger Internetkompetente häufiger auf unseriöse, kostenpflichtige oder auch „Abzockangebote“ stoßen. Zudem bringen sozial privilegierte Onlinerinnen und Onliner in der Regel mehr *bereichsspezifische Handlungskompetenzen* mit, die sich dann ressourcenbildend im Internetkontext entfalten: Wer bessere soziale Kompetenzen hat und außerhalb des Netzes beliebter ist, findet auch online leichter neue Kontakte (Zywica und Danowski 2008). Wer bessere Lernkompetenz hat, profitiert stärker von Onlinebildungsangeboten. Wer politisch engagierter ist, erschließt sich mehr politische Onlineteilizipationsmöglichkeiten. Und wer über mehr *Gesundheitskompetenz* verfügt, schöpft auch die gesundheitsfördernden Onlineangebote besser aus.

Neben Alter und Bildung hat auch das Geschlecht einen – wenn auch vergleichsweise nicht so starken – Einfluss auf die Art und Weise der Internetnutzung: Computer und Technik gelten traditionell als Männerdomänen. Dementsprechend interessieren sich geschlechtsrollenspezifisch mehr Jungen und Männer auch für computertechnische Grundlagen, entwickeln entsprechendes Fachwissen als Computer- bzw. IT-Experten, können beispielsweise selbst programmieren oder Systeme administrieren und haben somit mehr Gestaltungsmacht im digitalen Raum.

Auch auf der Anwendungsebene zeigen sich Geschlechtsunterschiede, die in puncto Onlinekompetenz tendenziell zugunsten der Männer ausfallen: Insgesamt gehen männliche Onliner häufiger und länger ins Netz (durchschnittlich rund 6 Tage pro Woche und 2,5 Stunden täglich) als Internetnutzerinnen (durchschnittlich 5 Tage pro Woche und 2 Stunden täglich) (van Eimeren und Frees 2009). Jungen und Männer erkunden stärker als Mädchen und Frauen die gesamte Bandbreite der Internetdienste und sind unter den *Pioniernutzern* (early adopters) neuer Dienste und Anwendungen stärker vertreten (van Eimeren und Frees 2009).

Es zeigen sich zudem geschlechtsrollenspezifische Muster in der Zuwendung zu verschiedenen Internetdiensten: Jungen nutzen zum Beispiel tendenziell häufiger Onlinespiele, Internetfernsehen und Videoplattformen und laden sich öfter Programme und Musikdateien herunter, Mädchen verbringen mehr Zeit mit Social-Network-Plattformen, Communitys und Chats und nutzen das Internet häufiger für die Schule (van Eimeren und Frees 2009, Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest 2008). Diese Differenzen sind jedoch nicht zu verabsolutieren: Viele Mädchen und Frauen nutzen Onlinespiele, viele Jungen und Männer chatten. Bei der Auswahl von konkreten Onlineinhalten zeigen sich ebenfalls geschlechtsrollenkonforme Unterschiede: So greifen Jungen und Männer tendenziell stärker auf Sport-, Finanz- und Erotikinhalte zurück, Frauen etwas häufiger auf Beratungs-, Gesundheits- und spirituelle/religiöse Inhalte (Fallows 2005, Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest 2008). Die *geringere Affinität von Männern zu Online-Gesundheitsinformationen* (Zillien und Lenz 2008) könnte u. a. mit ihrem geschlechtsrollenbedingt geringer ausgeprägten Gesundheitsinteresse und -verhalten zusammenhängen (Garfield et al. 2008). Dass Männer seltener die Pflege und Betreuung von Angehörigen übernehmen führt zudem dazu, dass sie seltener Online-Gesundheitsinformationen zum Beispiel für Kinder, Eltern oder Großeltern suchen (siehe „Gesundheitsbezogene Onlinenutzung: Verbreitung und Zielgruppen, Seite 102 ff.). Im Bestreben, Männergesundheit auf der Onlineplattform auch in *männergerechter Form* zu vermitteln und damit dem *Gender Mainstreaming* zu folgen, liegt es nahe, nach Geschlechtsunterschieden in der Internetnutzung bzw. dem *typisch männlichen Onlineverhalten* zu fragen, um sich in der Konzeption daran zu orientieren. Diese Vorgehensweise ist aus drei Gründen immer wieder bewusst sehr kritisch zu hinterfragen:

### 1. Gefahr der mangelnden Differenzierung männlicher Subzielgruppen

Den „männlichen“ Internetnutzungsstil gibt es nicht. Zwar lassen sich alle biologisch männlichen und alle biologisch weiblichen User statistisch kontrastieren. Die daraus resultierenden Geschlechtsunterschiede (zum Beispiel hinsichtlich Internetnutzungsintensität, Präferenz für Internetdienste oder Interesse an Onlineinhalten) sind jedoch je nach konkreter Fragestellung unterschiedlich ausgeprägt und oft sehr gering. Zum anderen verdeckt der Blick auf „den“ Geschlechtsunterschied die viel größeren *Unterschiede innerhalb der Gruppe der männlichen Onlineer*, etwa in Abhängigkeit vom Bildungsstand, von der Internetkompetenz und der konkreten Betroffenheit durch gesundheitliche und/oder psychosoziale Probleme. Denn Geschlecht tritt als Faktor nie „pur“ auf, sondern ist immer mit ande-

ren, mit sozialer Ungleichheit verbundenen Merkmalen wie zum Beispiel Ethnizität, Alter, Bildung etc. gekoppelt (Intersektionalität). Für eine zielgruppenspezifische Gestaltung müssen andere Faktoren als das biologische Geschlecht in der Regel stärker beachtet und männliche Subzielgruppen feiner differenziert werden.

## 2. Gefahr der Zementierung binärer Geschlechterrollen(-klischees)

Der wichtige Ansatz, Offline- und Online-Gesundheitsförderung auch ausdrücklich männerbezogen zu betrachten, lenkt den Blick automatisch als Erstes darauf, wie sich Männer von Frauen unterscheiden. Dieses *Gendering* droht indessen eine generelle Verfestigung von binären Geschlechterrollen(-klischees) zu fördern, sofern nicht auch immer wieder im Sinne eines bewussten De-Gendering die großen Unterschiede zwischen Männern und überwiegenden Ähnlichkeiten zu Frauen bedacht werden (Lorber 2000). So deuten Studien beispielsweise darauf hin, dass Prostatakrebspatienten sich in ihren krankheitsbezogenen Onlinerecherchen und ihrer Gestaltung von Onlineselbsthilfegruppen kaum unterscheiden – offenbar ist hier der Krankheitstyp entscheidender für die gesundheitsbezogene Internetnutzung als das Geschlecht (Gooden und Winefield 2007, Kirschning und von Kardorff 2008).

## 3. Gefahr der Festigung biologistischer Geschlechterkonzepte

Der Fokus auf männliche versus weibliche Internetnutzung läuft nicht nur Gefahr, ein binäres, sondern auch ein biologistisches Geschlechterkonzept zu verfestigen. Geschlechtsspezifische Internetnutzung (wo sie denn nennenswerte Ausmaße zeigt) ist einerseits als Ausdruck unterschiedlicher bio-psycho sozialer Prägungen der Geschlechter zu verstehen, andererseits aber auch als Mittel, um Geschlechtsidentität herzustellen (*Doing Gender*; zum Beispiel Nutzung von bestimmten Sport- oder Erotikangeboten und Thematisierung derselben durch Jungen, um gegenüber Peers Männlichkeit zu beweisen und sich von Mädchen abzugrenzen). Soziales Geschlecht ist nach diesem *sozial konstruktivistischen Verständnis* nicht nur Ursache, sondern auch Folge unterschiedlicher Mediennutzungsmuster. Insofern sind „männergerechte“ Medienangebote nicht nur so zu verstehen, dass sie auf das Geschlecht der Nutzerinnen und Nutzer eingehen, sondern ein jeweils bestimmtes Geschlechterverständnis auch mit erzeugen.

## Fazit für das Internetportal

*Männliche Onlineer* – aktuell gut 23 Millionen in Deutschland – können durch gesundheitsfördernde Internetangebote insbesondere dann gut erreicht wer-

den, wenn es sich um besser gebildete Nutzergruppen handelt, die sowohl erhöhte Internetkompetenz als auch erhöhtes Gesundheitsbewusstsein bereits mitbringen und/oder durch Betroffenheit von akuten oder chronischen Erkrankungen für entsprechende Angebote aufgeschlossen sind.

Nutzergruppen mit eingeschränktem Spektrum an Onlineaktivitäten und/oder geringerem Gesundheitsbewusstsein oder Problemdruck können – beispielsweise für Präventionsmaßnahmen – in den von ihnen gern genutzten Online-settings (zum Beispiel Onlinespiele, Foren, Videoplattformen) aufgesucht bzw. angesprochen werden. Dabei sind stets eine enge Kooperation mit den für das jeweilige Onlinesetting Verantwortlichen (Administratoren/Administratorinnen, Moderatoren/Moderatorinnen etc.) und eine Orientierung an den jeweiligen Nutzungskulturen notwendig.

Um gesundheitsbezogene Onlineangebote für Jungen und Männer attraktiv zu gestalten, ist es sinnvoll, an vorhandene mediale und thematische Online-nutzungspräferenzen anzuknüpfen (Gaming, Videos, Sportthemen etc.). Bestimmte männliche Zielgruppen lassen sich über ihre Computeraffinität ansprechen (Nutzung innovativer Internettechnologien, Computerslang etc.), für andere männliche Zielgruppen ist diese Ansprache dagegen nicht geeignet (zum Beispiel ältere, weniger computeraffine Onliner).

Der Abbau gesundheitsbezogener Benachteiligung durch digitale Ungleichheiten erfordert einerseits zielgruppenspezifische und wirksame gesundheitsbezogene Internetangebote und andererseits verstärkte Maßnahmen zur Förderung einer kompetenten Nutzung vorhandener Online-Gesundheitsinformationen.

## **Exzessive Internetnutzung bei Jungen und Männern: „Sucht“ und „Verwahrlosung“**

Die tendenziell intensivere und breitere Internetnutzung aufseiten internetnutzender Jungen und Männer kann digitale Chancen erhöhen, aber auch digitale Risiken steigern, etwa wenn es anstelle einer versierten konstruktiven Vielnutzung zu einer einseitigen Exzessivnutzung auf Kosten anderer Lebensbereiche kommt. Ein Extremfall exzessiver dysfunktionaler Internetnutzung ist der *pathologische Internetgebrauch*, die sogenannte „Online-/Internetsucht“, bei der bestimmte Internetangebote (vor allem Onlinespiele, Onlinechats, Onlineerotik, Onlinecasinos) über längere Zeit trotz negativer Folgen für die

Betroffenen (Abwesenheit von Schule oder Arbeitsplatz, Beziehungskonflikte, chronischer Schlafmangel etc.) immer intensiver genutzt werden. Es entsteht eine Art *Suchtkreislauf*, weil die Betroffenen sich von ihrer immer schwierigeren Lebenslage durch immer mehr Onlinenutzung abzulenken versuchen.

Ob es sich beim sogenannten pathologischen Internetgebrauch um ein eigenständiges psychologisches Störungsbild im Sinne einer *Verhaltenssucht* oder nicht stoffgebundenen Abhängigkeit handelt, ob hier eher eine *Impulskontrollstörung* vorliegt oder *Selbstwert-* und *Beziehungsprobleme* ursächlich sind, und wie entsprechende Behandlungskonzepte aussehen sollten, ist momentan noch Gegenstand der Forschung (Petersen et al. 2009b). Denn oftmals geht Onlinesucht mit anderen psychischen Störungen (zum Beispiel Depression, Angststörungen, Substanzabhängigkeit, Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung [ADHS]) einher (Komorbidität) und könnte somit teilweise auch den Stellenwert eines Symptoms besitzen, sodass eine zusätzliche Diagnose von Internetsucht nicht sinnvoll ist bzw. sie die ursächlichen Probleme eher verdeckt.

Abgesehen von der klinischen Einordnung (eigenständiges Störungsbild oder neues Symptom bekannter Störungen) stellt die exzessive bzw. suchtähnliche oder zwanghafte Onlinenutzung jedoch offenbar ein ernst zu nehmendes Problem dar, von dem schätzungsweise 2 bis 8 % der jugendlichen Onlinerinnen und Onliner betroffen sind. Beratungsstellen, Kliniken und Ambulanzen reagieren darauf zunehmend mit speziellen Angeboten. Hierbei melden sich bislang ganz überwiegend (mehr als 90 %) männliche Betroffene bzw. deren Angehörige, die von den Hilfsangeboten primär im Internet erfahren haben (Petersen et al. 2009a).

Exzessive Nutzung von Computerspielen (außerhalb und insbesondere innerhalb des Internets) kommt bei Jungen stärker vor als bei Mädchen. Unter dem Etikett der „*Medienverwahrlosung*“, von der angeblich „mindestens ein Fünftel der männlichen 12- bis 17-Jährigen betroffen ist“, wird TV- und Computerspiel-Vielnutzung ursächlich mit Schulversagen und Jugenddelinquenz in Verbindung gebracht (Pfeiffer 2003). Auch hier ist jedoch zu hinterfragen, ob die problematische Onlinenutzung nicht eher Symptomcharakter hat und deswegen nach den dahinter liegenden Ursachen zu forschen ist: Warum wenden sich bestimmte Gruppen von (unter-)privilegierten Jungen so stark bestimmten Onlinespielewelten zu? Welche Bedürfnisse stehen dahinter? Welche Funktionen hat der Internetgebrauch für die Entwicklung männlicher Iden-

titäten? Welche alternativen oder ergänzenden Möglichkeiten der Bedürfnisbefriedigung gäbe es, um psychosozial und gesundheitlich beeinträchtigender Exzessivnutzung vorzubeugen?

Präventiv sind einerseits *medienpädagogische Interventionen* sinnvoll, die zu einer funktionalen, ressourcenerschließenden und somit eben auch dosierten Nutzung von Onlineangeboten anleiten, gerade wenn diese besonders viel Spaß machen und zur Extremnutzung verführen. Andererseits mögen gemäß der Symptomthese verbesserte *psychosoziale und medizinische Hilfsangebote* (zum Beispiel Früherkennung psychischer Erkrankungen wie etwa Depression bei Jungen und Männern) es verhindern, dass die Betroffenen im Zuge eines Selbstheilungsversuchs überhaupt exzessive Onlinenutzung entwickeln. Entsprechende Hilfen zur Früherkennung (zum Beispiel Selbsttests) könnten im Internet dort angeboten oder beworben werden, wo sich potenziell gefährdete User aufhalten.

### **Fazit für das Internetportal**

*Exzessiver Internetgebrauch* sollte aufgrund seiner praktischen Relevanz und starken Beachtung in der Öffentlichkeit sowie der direkten Ansprachemöglichkeit betroffener Jungen und Männer im Internet von einem BZgA-Onlineangebot zur Männergesundheit als Thema aufgegriffen werden. Dabei ist anstelle alarmistischer Sucht- und Verwahrlosungsdiskurse eine sachliche, wissenschaftlich fundierte, ursachenbezogene Behandlung des Themas wünschenswert.

Wichtig ist eine genaue Differenzierung mutmaßlich „Internetsüchtiger“. Das Spektrum reicht von Männern mit einer diagnostizierten psychischen Erkrankung (zum Beispiel Glücksspielsucht, Zwangserkrankung), die sich in extremer Internetnutzung niederschlägt – bis hin zu Jugendlichen, die in einer bestimmten Entwicklungsphase und einem bestimmten Peerkontext exzessiv spielen, ohne dass damit eine psychische Erkrankung verbunden ist.

Das BZgA-Angebot könnte beispielsweise auf einschlägige seriöse Online-Informationsplattformen sowie spezialisierte Beratungs- und Therapiestellen außerhalb des Netzes verweisen. Während eine entsprechende Informationsbündelung auf der BZgA-Plattform vermutlich eher besorgte Angehörige, Lehrkräfte sowie Fachleute aus den Bereichen Sozialarbeit, Medizin und Psychotherapie erreicht, wären in einem zweiten Schritt auch aufsuchende Konzepte denkbar, die sich im Sinne einer Gesundheitsförderung im Setting der jeweiligen Onlineumgebungen (zum Beispiel Spielewelten, soziale Netz-

werke) an die Betroffenen selbst richten und somit die Schwelle zu professioneller Information und Beratung senken. Wissenschaftlich geprüfte Screeningfragebogen könnten für Betroffene und Angehörige eine wertvolle Orientierungshilfe sein, um einzuschätzen, ob es sich um einen Internetgebrauch mit Krankheitswert handelt.

## Internetnutzung durch männliche Minderheiten: Empowerment und Devianz

Neben der Problematik der digitalen Ungleichheiten und der möglichen weiteren Benachteiligung unterprivilegierter Onlinerguppen (zum Beispiel durch ressourcenmindernde exzessive Nutzungsmuster) ist das emanzipatorische Potenzial des Internets zu würdigen: *Gesellschaftliche Minderheiten* haben und nutzen die Möglichkeit, sich im Internet ortsübergreifend, kostengünstig und bei Bedarf anonym zu organisieren und öffentlich darzustellen (zum Beispiel Migrant\*innen/Migrantinnen: Hugger 2008; Transsexuelle: Döring 2009a). Dies kann ein wichtiger Beitrag gegen Diskriminierung und Ausgrenzung bzw. für Empowerment, Normalisierung und Integration sein. Ihrer sozialen Benachteiligung und Exklusion wirken Minderheiten auf diese Weise aktiv selbst entgegen. Gesundheitsbezüge zeigen sich in zweierlei Hinsicht: Zum einen organisieren sich im Internet soziale Gruppen, die durch körperliche oder gesundheitliche Beeinträchtigungen von der gesellschaftlichen Mehrheit abweichen (zum Beispiel Blinde, Rollstuhlfahrer, chronisch Kranke) und deren Onlineangebote sich oft ausdrücklich auch mit Gesundheitsfragen, medizinischen Betreuungsmöglichkeiten etc. befassen. Zum anderen organisieren sich soziale Gruppen ohne Gesundheitsfokus (zum Beispiel ethnische oder sexuelle Minderheiten), die jedoch als besondere Zielgruppen gesundheitsbezogener Kommunikation verstanden werden können (zum Beispiel weil Angebote in der Muttersprache fehlen, weil der Lebensstil bestimmte Gesundheitsrisiken birgt).

Während das Onlineengagement von Minderheiten, die im Mehrheitskonsens der jeweiligen Kultur als zu Unrecht diskriminiert gelten, in der Fachliteratur und breiten Öffentlichkeit weitgehend als emanzipatorisch und als Beitrag zum Empowerment gewürdigt wird, werden Onlineaktivitäten gesellschaftlich umstrittener oder massiv abgelehnter politischer, sozialer oder sexueller Gruppen als Gefahr begriffen (Döring 2009b). Die Hauptgefahr wird darin gesehen, dass von der sozialen Norm abweichende fremd- und/oder selbstschädigende Verhaltensweisen legitimiert und normalisiert werden könnten.

Der Forschungsstand zu Inhalten, Nutzerinnen und Nutzern, Nutzung und Wirkung derartiger Onlineforen – die nicht selten auch Gesundheitsbezüge aufweisen – ist gering. In AO-Foren (AO = alles ohne) tauschen sich Prostitutionskunden über ungeschützte sexuelle Dienstleistungen aus. In Barebackingforen organisieren sich Männer, die ungeschützten Sex mit anderen Männern suchen etc. Andererseits dienen Suizidforen nicht vordringlich – wie befürchtet – der kollektiven Verabredung zur Selbsttötung, sondern bieten vielen Jugendlichen erstmals einen Ort, gesellschaftlich tabuisierte Suizidgedanken zu äußern. Diese Foren können auch präventive Funktionen erfüllen (Fiedler und Lindner 2001).

### **Fazit für das Internetportal**

*Jungen und Männer, die gesellschaftlichen Minderheiten angehören*, können durch kompetente Teilnahme an entsprechenden Onlinecommunitys psychosozial und gesundheitlich im Sinne des Empowerments profitieren, etwa weil sie soziale Unterstützung erhalten und ihr Selbstwertgefühl gestärkt wird. Entsprechende Onlineangebote von und für Betroffene gilt es im Sinne der Gesundheitsförderung noch besser bekannt zu machen und bei Bedarf durch Fachexpertise zu unterstützen (zum Beispiel Angebot einer kostenlosen muttersprachlichen Online-Gesundheitsberatung für Communitymitglieder).

Dass im Internet ehemals unsichtbare deviante Szenen sichtbar werden, birgt neben diversen Risiken insbesondere auch die Chance, diese Gruppen erstmals für – auch gesundheitsbezogene – Informations- und Beratungsangebote sowie Forschungsprojekte zu erreichen. Voraussetzung hierfür ist jedoch wiederum eine enge Kooperation mit den Verantwortlichen, eine Berücksichtigung der Nutzungskulturen sowie natürlich eine Haltung, die die beteiligten Personen (wenn auch nicht alle ihre Handlungsweisen) akzeptiert. So können beispielsweise Prostitutionskunden in Freierforen nur dann erfolgreich auf Safer-Sex-Informationen aufmerksam gemacht werden, wenn man ihre Sprache spricht und ihre Belange ernst nimmt (www.sexsicher.de, Langanke und Ross 2009). Die Kooperation mit devianten Gruppen ist indessen in vielerlei Hinsicht kompliziert, insbesondere auch mit Blick auf die öffentliche Wahrnehmung.

## **Gesundheitsbezogene Onlinenutzung: Verbreitung und Zielgruppen**

Gut ein Drittel der deutschen Onlinerinnen und Onliner (35 %) bzw. knapp ein Viertel der deutschen Gesamtbevölkerung (24 %) griff 2005 laut eigenen

Angaben bereits mindestens einmal pro Monat auf Internetgesundheitsinformationen zurück (Dumitru et al. 2007). Diese große – und in ganz Europa wachsende – Nachfrage (Kummervold et al. 2008) geht mit einer steigenden Zahl von Online-Gesundheitsangeboten verschiedenster Herkunft einher. Das im deutschsprachigen Raum populäre Gesundheitsportal [www.netdoktor.de](http://www.netdoktor.de) verzeichnet beispielsweise laut IVW-Messung rund 135 000 Besucher pro Tag bzw. 4,1 Millionen Besucher pro Monat ([www.ivw.de](http://www.ivw.de); Stand: Januar 2010). Die von der Stiftung Warentest getesteten zwölf größten Online-Gesundheitsportale in Deutschland brachten es 2009 pro Monat insgesamt auf 6 Millionen Besucherinnen und Besucher.

Im Spektrum der *vier wichtigsten Informationsquellen* bei Gesundheitsfragen hat das Internet mittlerweile einen festen Platz eingenommen (Kummervold et al. 2008, Zillien und Lenz 2008), denn es bietet spezifische Vorteile:

- *Massenmedien* wie Fernsehen und Radio, Zeitungen und Zeitschriften konfrontieren als Push-Medien die breite Öffentlichkeit mit aktuellen, redaktionell aufbereiteten Inhalten, darunter regelmäßig auch Gesundheitsthemen. Quasi nebenbei nimmt auf diese Weise die Bevölkerungsmehrheit bestimmte medial präsentierte Gesundheitsthemen wahr. Dabei handelt es sich aber immer um allgemeine Informationen.
- Das *Internet* bietet im Unterschied zu den herkömmlichen Massenmedien kein festes „Programm“, sondern erfordert als multifunktionales Pull-Medium, dass die Internetnutzer und -nutzerinnen aktiv und gezielt gesundheitsbezogene Informationen suchen. Dabei können sie rund um die Uhr, ortsunabhängig und diskret sowie meist auch kostenlos auf einen riesigen Pool an Inhalten zurückgreifen und ganz speziell auf ihre persönliche Situation und Fragestellung zugeschnittene Informationen abfragen. Diese Informationen sind so direkt und konkret den Massenmedien, die sich undifferenziert an ein breites Publikum richten, nicht zu entnehmen. Auch medizinischen Ratgeberbüchern, die in vielen Haushalten ebenfalls als Pull-Medien zum Nachschlagen im Bedarfsfall genutzt werden, ist das Internet durch seine Informationsfülle und Aktualität überlegen. Zusätzlich zu Informationen bietet das Internet – im Unterschied zu Massenmedien und Büchern – umfangreiche Angebote der *gesundheitsbezogenen Kommunikation* (Konsultation von Experten/Expertinnen, Austausch mit anderen Betroffenen) sowie auch der *Transaktion* – zum Beispiel kaufte 2007 bereits fast jede fünfte Onlinerin bzw. jeder fünfte Onliner in Deutschland Medikamente und Gesundheitsprodukte im Internet (Kummervold et al. 2008). Durch den technologischen Übergang vom Leseweb (Web 1.0) zum Mitmachweb (Web 2.0) werden in großem Umfang neue

nutzergenerierte gesundheitsbezogene Inhalte verfügbar (zum Beispiel Arzt- und Klinikbewertungen; Hardey 2008).

- Neben Massenmedien und Internet sind soziale Kontakte – *Familie, Freundeskreis, Kolleginnen und Kollegen* – wichtige Quellen für Gesundheitsinformationen im Alltag. Sie werden etwa konsultiert, wenn es um Hausmittel gegen bestimmte Beschwerden geht, um Tipps zum Abnehmen und zur Raucherentwöhnung oder um die Empfehlung guter Ärztinnen und Ärzte. Dieser persönliche Austausch stößt dort an Grenzen, wo es um spezifische, im sozialen Umfeld unbekannte Sachverhalte oder um schambehaftete Themen geht, mit denen man sich im persönlichen Umfeld nicht „outen“ möchte. In diesen Fällen ist das Internet überlegen.
- Die *Konsultation von Fachleuten* wie Ärztinnen, Ärzten sowie Apothekerinnen und Apothekern erfolgt im Alltag sehr viel seltener und primär im akuten oder chronischen Krankheitsfall, dann jedoch handelt es sich um die wichtigste Informationsquelle. Fragen der Prävention und des gesundheitsbewussten Lebensstils kommen in der ärztlichen Sprechstunde allenfalls kurz zur Sprache.

Gesundheitsinformationen im Internet sind nicht als Ersatz, sondern als *Ergänzung* der anderen Quellen zu verstehen (zum Beispiel Onlinerecherche nach einem Fernsehbericht oder vor einem Arztbesuch). Dementsprechend ist es auch sinnvoll, die Verzahnung der verschiedenen gesundheitsbezogenen Informationskanäle zu beobachten und durch *Crossmediastrategien* zu fördern (zum Beispiel Kampagnen, die Print-, TV- und Onlinebeiträge miteinander koppeln).

Im Sinne der Verstärkung *sozialer Ungleichheit* (siehe „Art der Internetnutzung von Männern: Digitale Ungleichheiten“, Seite 94 ff.) zeigt sich, dass die Wahrscheinlichkeit, dass Menschen das Internet gezielt gesundheitsbezogen für sich nutzen, um ein Mehrfaches höher ist, wenn sie

- a) ein sehr großes *Gesundheitsinteresse* mitbringen (Faktor 4,8),
- b) über sehr gute *Internetkompetenz* verfügen (Faktor 4,6) und
- c) eine sehr gute *technische Ausstattung* im Haushalt haben (Faktor 1,8; Zillien und Lenz 2008).

Ganz entscheidend für das Interesse an (Online-)Gesundheitsinformationen ist die bereits mehrfach angesprochene Abgrenzung der Zielgruppen in Fachleute (Health Professionals, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren), Patientinnen und Patienten sowie Angehörige. In der Gruppe der Fachleute sowie der Angehörigen befinden sich neben Männern auch Frauen als Zielgruppen eines Internetportals zur Männergesundheit.

# 1. Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sowie Fachleute im Gesundheits-, Bildungs- und Sozialwesen.

Sie suchen neben Gesundheitsinformationen auch Vernetzungsmöglichkeiten und Orientierungswissen, etwa hinsichtlich aktueller oder umstrittener Entwicklungen auf dem Gesundheitsmarkt, methodischer Ansätze der Gesundheitsförderung etc. Fachleute sind aufgrund ihres genuinen Interesses am Thema und ihres tendenziell höheren Bildungsstandes durch ein Internetportal gut erreichbar, sofern es einfach nutzbar ist und ihre konkreten Praxisbelange aufgreift. Dementsprechend ist eine Differenzierung dieser Zielgruppe in Subzielgruppen (nach ihren jeweiligen Arbeitskontexten und Klientengruppen etc.) unbedingt notwendig.

## 2. Die Gruppe der gesundheitsinteressierten Laien bzw. (potenziellen) Patientinnen und Patienten ist rein quantitativ sehr viel größer als die der Fachleute und gliedert sich in vier Untergruppen:

a) *Gesunde*: Sie haben – insbesondere im jungen Lebensalter – ein insgesamt geringes gesundheitsbezogenes Informationsbedürfnis, sind jedoch relevante Zielgruppen für Informationen zu gesundheitsbewusstem Verhalten und Präventionsmaßnahmen. Gerade die Gruppe der männlichen Jugendlichen und jungen Männer, die sich von Gesundheitsthemen wenig betroffen fühlen, aber aufgrund von Risikoverhalten relevante Zielgruppen darstellen, sind gleichzeitig oft sehr internetaffin und in diversen Onlinesettings ansprechbar.

b) *Mutmaßlich Kranke*: Wer akute gesundheitliche Beschwerden hat, informiert sich symptombezogen heute oft als Allererstes im Internet, etwa um zu entscheiden, welche Maßnahmen zu treffen sind (zum Beispiel, ob Hausmittel reichen oder ein Arztbesuch notwendig ist). Hier steht die Selbstdiagnose im Zentrum, und insbesondere sind Fotos gefragt.

c) *Neu diagnostizierte Patientinnen und Patienten*: Nach einer ärztlichen Diagnose suchen viele Patientinnen und Patienten im Internet nach dem diagnostizierten Störungsbild, etwa um die Therapievorschläge der Ärztin oder des Arztes zu überprüfen, eine zweite Meinung einzuholen, an den Erfahrungen anderer Betroffener hinsichtlich Heilungschancen, empfohlener Medikamente, Qualität von Kliniken etc. zu partizipieren. Unmittelbar nach entscheidenden Arztbesuchen nutzen Neudiagnostizierte das Internet sehr intensiv; Auswahl und Qualität von Behandlungsverfahren sind zentrale Themen. Im Zuge der Genesung verliert das Internet wieder an Bedeutung.

d) *Chronisch kranke Patientinnen und Patienten*: Chronisch kranke Online-innen und Online-er gehören zu den Intensivnutzern von Online-

Gesundheitsinformationen, da für sie dauerhaft gesundheitsbezogene Fragen einen wichtigen Stellenwert im Leben einnehmen. Neben Sachinformationen ist für chronisch Kranke insbesondere der Austausch mit anderen Betroffenen – etwa in Online-Selbsthilfegruppen – wichtig. Das Leben mit der Krankheit sowie der Erhalt der Lebensqualität sind zentrale Themen.

### **3. Angehörige von Patientinnen und Patienten**

Diese Gruppe ist sehr heterogen und umfasst beispielsweise Personen mit mutmaßlich, akut oder chronisch kranken Kindern, Lebenspartnern, Eltern etc. Mehr als ein Drittel der Online-Gesundheitsnutzerinnen und -nutzer recherchiert für Freunde, Freundinnen sowie Kolleginnen und Kollegen (vgl. Schmidt-Kaehler 2003, S. 26). Hier bestehen zum einen stellvertretend dieselben Informationsbedürfnisse wie bei den neu diagnostizierten und chronisch kranken Patientinnen und Patienten selbst. Zum anderen geht es aber auch darum, Unterstützung zu finden, um mit der Rolle des Patientenangehörigen, den Erfordernissen von häuslicher Pflege etc. fertig zu werden. Teils nutzen Angehörige also auch Patientenangebote, teils eigene Angehörigenforen.

Innerhalb dieser Zielgruppen lässt sich jeweils noch nach konkreten *gesundheitsbezogenen Themen oder Krankheitsbildern* differenzieren.

### **Fazit für das Internetportal**

Das Internet ist für Onlinerinnen und Onliner heute ein zunehmend *wichtiger Distributionskanal gesundheitsbezogener Informationen*, der andere Informationskanäle (zum Beispiel Massenmedien, Familie und Freundeskreis sowie Expertinnen und Experten im Gesundheitswesen) ergänzt und zudem die Möglichkeit zur Kommunikation und Transaktion bietet. Onlineinitiativen der BZgA sollten deswegen auch als crossmediale Angebote konzipiert werden, die unterschiedliche Kommunikationskanäle verzahnen (zum Beispiel Broschüren, Plakate, TV-Spots und Websites).

Wie intensiv Personen Online-Gesundheitsinformationen im Internet aktiv nachfragen (und welche Informationen sie benötigen), hängt weniger vom biologischen Geschlecht als vielmehr vom aktuellen Bezug zu Gesundheits- bzw. Krankheitsthemen ab. Im Bereich Männergesundheit sind also zumindest drei Hauptzielgruppen zu differenzieren:

1. Fachleute sowie Multiplikatorinnen und Multiplikatoren,
2. Laien bzw. Patientinnen und Patienten (mit vier Untergruppen: Gesunde, mutmaßlich Kranke, Neudiagnostizierte, chronisch Kranke) und
3. Angehörige von Patientinnen und Patienten.

## Gesundheitsbezogene Onlineangebote: Spektrum und Qualität

Das Spektrum der *gesundheitsbezogenen Onlineangebote* allein im deutschsprachigen Raum ist unüberschaubar groß (Schmidt-Kaehler 2003). Adressiert werden einerseits Patientinnen und Patienten sowie Angehörige und andererseits Fachleute. Als Onlineanbieter agieren ganz unterschiedliche Akteure wie kommerzielle Unternehmen, wissenschaftliche Einrichtungen, Verbände, Parteien, Behörden, Leistungserbringer, Kostenträger, Selbsthilfeinitiativen bis hin zu Privatpersonen. Einige bieten *Strukturinformationen* (zum Beispiel Klinikbewertungen), andere direkte *Gesundheitsinformationen* (zum Beispiel Ernährungstipps), die wiederum allgemein oder krankheitsspezifisch aufbereitet sind. Zu unterscheiden sind Onlineangebote zudem nach der Vermittlungsform: allgemeine Informationsdarbietung, interaktive Beratung, Mitmachmöglichkeiten inklusive Selbsttests und Onlineinterventionsprogrammen etc. Eine systematische Übersicht der Angebote fehlt. Internetspezifisch ist, dass Expertinnen und Experten verstärkt Einblicke in Patientendiskurse gewinnen (zum Beispiel über Foren, Blogs, Homepages von Patientinnen und Patienten) und sich auch an diesen beteiligen können (zum Beispiel professionell begleitete Onlineforen wie [www.medizin-forum.de](http://www.medizin-forum.de)) und dass umgekehrt Patientinnen und Patienten verstärkt auf Fachinformationen zurückgreifen (zum Beispiel über das Onlinemedizinportal [www.medline.de](http://www.medline.de) Fachartikel zu den sie betreffenden Krankheiten rezipieren).

Onlineinformationen stehen oft unter dem Verdacht besonders hoher Fehler- und Lückenhaftigkeit bzw. geringer Qualität. Studien zeigen tatsächlich, dass Online-Gesundheitswebsites (zum Beispiel zu Schwangerschaftsverhütung oder HIV-Prävention) diverse Fehler enthalten (Döring 2009b). Dies ist jedoch bei herkömmlichen Medien (zum Beispiel Printbroschüren, Presse- und TV-Berichten, Ratgeberbüchern) und in mündlichen Gesprächen mit Fachleuten und Laien in vergleichbarem Maße auch der Fall (Schmidt-Kaehler 2003). Wichtig ist deswegen – außerhalb wie innerhalb des Netzes – ein *kritischer Umgang mit gesundheitsbezogenen Informationen* (health information literacy), um – dem Leitbild der mündigen, autonomen Patientin und des mündigen, autonomen Patienten entsprechend – gute Entscheidungen treffen zu können. Um Internetnutzern und -nutzerinnen die Orientierung zu erleichtern, haben einige Initiativen *Gütesiegel für Online-Gesundheitsangebote* entwickelt (zum Beispiel HON-Code der HON-Foundation, [www.HON.ch](http://www.HON.ch)). Sofern ein Onlineangebot die geforderten Kriterien erfüllt, kann es dann das Siegel auf der Website platzieren. Es existieren aktuell unterschiedliche Gütesiegel mit

unterschiedlichen Kriterien und Verfahren, die bislang alle keine besonders große Verbreitung gefunden haben (Eichenberg 2009, Schmidt-Kaehler 2003). Wie gehen Internetnutzerinnen und -nutzer üblicherweise vor, wenn sie im Pull-Medium nach Gesundheitsinformationen suchen?

1. Im ersten Schritt werden entsprechende **Suchbegriffe** (etwa „Schweinegrippe“, „Krankenkasse“, „Fieber“, „Abnehmen“, „Ernährung“, „Versandapotheke“) in eine Suchmaschine eingegeben (Fox 2006; zu Suchanfragen in Google siehe die Rubrik „Health“ in [www.google.com/insights/search](http://www.google.com/insights/search)). Gesundheits- und Internetkompetenz entscheiden darüber, wie versiert Nutzerinnen und Nutzer sind, einschlägige Stichwörter auszuwählen und miteinander zu kombinieren, um zielgenaue Ergebnisse zu bekommen. Auch die grundlegende Kenntnis, dass es gesundheitsbezogene Online-Selbsthilfegruppen oder Krankenhaus- und Arzt-Bewertungsportale gibt, kann als Bestandteil der Internetkompetenz eine gesundheitsbezogene Onlinerecherche strukturieren. Etwa ein Drittel der gesundheitsbezogenen Onlinerecherchen startet nicht über eine Suchmaschine, sondern greift direkt auf ein bestimmtes Webangebot zu (zum Beispiel auf Wikipedia oder Gesundheitsportale wie [www.netdoktor.de](http://www.netdoktor.de)).
2. Die **Ergebnisliste** von Suchmaschinen umfasst oft Tausende – wenn nicht Millionen – von Treffern. Typischerweise werden nur die ersten zehn bis 20 Treffer überhaupt beachtet. Der Treffer wird in der Liste mit einer kleinen Vorabinformation sowie der Internetadresse aufgeführt. Internetkompetenz hilft dabei, diese Vorabinformation auszuschöpfen, etwa um besonders einschlägige Angebote sozusagen auf den ersten Blick zu erkennen (zum Beispiel an der Webadresse) und von Werbeangeboten abzugrenzen. Die Popularität von Gesundheitsangeboten ist wesentlich durch die Position in der Google-Trefferliste bestimmt, die durch entsprechende Angebotsgestaltung (Suchmaschinenoptimierung) beeinflusst werden kann.
3. Die vom Nutzer bzw. der Nutzerin aus der Trefferliste ausgewählten und besuchten **Online-Gesundheitsangebote** unterscheiden sich hinsichtlich Umfang, Inhalten, Anbietern etc. beträchtlich. Idealerweise greifen Nutzerinnen und Nutzer bei einer Recherche vergleichend auf mehrere Onlineangebote zurück und versuchen auf diese Weise zu einem abgesicherten Ergebnis zu kommen, indem sie insbesondere das Impressum und die Aktualität der Website kritisch prüfen. Doch diese kritischen Online-Gesundheitsnutzerinnen und -nutzer sind eine Minderheit. Die große Mehrzahl der Onlinerechercheurinnen und Onlinerechercheur in den USA (rund 75 %) prüft Quellen und Aktualität von Online-Gesundheitsinformationen nur manchmal oder gar nicht (Fox 2006). Teilweise fehlen diese Angaben auch auf den Webseiten oder sind nur schwer zu finden.

4. Im letzten Schritt geht es darum, das **Ergebnis** der Onlinerecherche **auszuwerten und daraus Schlüsse** zu ziehen. Die große Zahl an gesundheitsbezogenen Internetrecherchen für Dritte legt nahe, dass die Ergebnisse im Freundeskreis und in der Familie auch besprochen werden. Rund ein Drittel der nordamerikanischen Onliner thematisiert Internetinformationen in der ärztlichen Sprechstunde (Fox 2006). Gut die Hälfte der Online-Gesundheitsnutzer berichtet Verhaltensänderungen auf der Basis der gefundenen Informationen (zum Beispiel hinsichtlich des Lebensstils oder des Umgangs mit einer Erkrankung).

In Zeiten des Web 2.0 („Mitmachweb“) sind Online-Gesundheitsnutzerinnen und -nutzer nicht nur Rezipientinnen und Rezipienten vorgegebener Informationen, sondern können auch selber eigene gesundheitsbezogene Onlinebeiträge publizieren, etwa in Foren, in Blogs, auf persönlichen Homepages, in Onlinecommunities und sozialen Netzwerken, auf Foto- und Videoplattformen etc. Diese Möglichkeiten der *aktiven Mitgestaltung* werden aufgrund des damit verbundenen Aufwands zwar nicht von der breiten Masse genutzt, für Teilgruppen spielen sie jedoch eine nicht unwichtige Rolle (zum Beispiel Online-Selbsthilfegruppen, Onlinecommunities von Minderheiten, siehe „Internetnutzung durch männliche Minderheiten: Empowerment und Devianz“, Seite 101 ff.).

### Fazit für das Internetportal

Ein zukünftiges *BZgA-Onlineangebot* zur Männergesundheit fügt sich in ein breites Spektrum gesundheitsbezogener Onlineangebote ein. Abgesehen davon, dass die inhaltliche und formale Qualität des Angebots durch einen sorgfältigen Entwicklungsprozess gesichert werden sollte, ist es sinnvoll, die BZgA als Anbieterin bewusst deutlich sichtbar zu machen (zum Beispiel durch die Webadresse) und das Angebot vielleicht auch mit einem Gütesiegel zu versehen. Bei Onlinerecherchen zu diversen Männergesundheitsthemen sollte das BZgA-Angebot unter den ersten Suchmaschinentreffern auftauchen. Auch erscheint es sinnvoll, Links zum BZgA-Angebot in einschlägige Wikipedia-Artikel zu integrieren. Das erfolgreiche Einpflegen von Inhalten in Wikipedia erfordert jedoch eine sorgfältige Auseinandersetzung mit den technischen Gegebenheiten und insbesondere auch den sozialen Regeln der Wikipedia-Gemeinschaft.

Um als Wegweiser zu fundierten und seriösen bereits existierenden Online-Gesundheitsangeboten zu erscheinen, müssen entsprechende Angebote recherchiert, geprüft, sortiert, kommentiert und auf dem Internetportal verlinkt

werden. Dabei können viele populäre und dynamische Angebote (zum Beispiel kommerzielle Gesundheitsportale oder Online-Selbsthilfegruppen) vermutlich nicht in die Plattform einbezogen werden, da die BZgA als Behörde genau kontrollieren muss, für welche Inhalte sie wirbt. Das seit 2006 bestehende *EU-Gesundheitsportal* hat über 40 000 Links zu vertrauenswürdigen Webseiten gesammelt und sie 47 Themen zugeordnet – allerdings konzentriert sich das Angebot auf EU- und WHO-Informationen und hat vermutlich für viele Patientinnen und Patienten sowie Gesundheitsexpertinnen und -experten nur einen sehr begrenzten Nutzwert (<http://ec.europa.eu/health-eu>). Eine andere Strategie neben der Verlinkung könnte darin bestehen, das Internetportal zu nutzen, um Online-Gesundheitskompetenz bei Männern bzw. hinsichtlich Männergesundheit zu fördern, etwa durch entsprechende Checklisten zur kritischen Informationsbewertung (für ein ausdifferenziertes Konzept der *Online-Gesundheitskompetenzvermittlung*, siehe Schmidt-Kaehler 2003).

## **Folgen der gesundheitsbezogenen Onlinenutzung: Chancen und Risiken**

Generell geht Internetnutzung im Gesundheitsbereich – ebenso wie in allen anderen Lebensbereichen – für die Onlinerinnen und Onliner mit Chancen, aber auch mit Risiken einher (Eichenberg 2009), wobei die Vorteile eindeutig überwiegen. Insbesondere *drei Hauptrisiken* der gesundheitsbezogenen Internetnutzung werden in der Fachliteratur sowie in der breiten Öffentlichkeit diskutiert, sie sind jedoch vor dem Hintergrund vorliegender empirischer Studien deutlich zu relativieren.

### **1. Information oder Fehlinformation**

Da im Internet ohne generelle Qualitätsprüfung gesundheitsbezogene Inhalte von ganz unterschiedlichen Anbietern verbreitet werden (zum Beispiel Ärztinnen und Ärzten, Krankenkassen, Pharmaunternehmen, Krankenhäusern, Apotheken, Parteien, Verbänden, Vereinen, Selbsthilfegruppen, Privatpersonen etc.), besteht die Gefahr, dass Onlinerinnen und Onliner falsch informiert werden. Fehler können hier einerseits im Onlineinformationsangebot selbst liegen (zum Beispiel wenn medizinische Laien in Onlineforen Zusammenhänge falsch darstellen, auf Gesundheitsportalen lückenhaft informiert wird oder kommerzielle Gesundheitsanbieter in ihrer Online-PR und -werbung fragwürdige Versprechungen machen). Sie können aber auch durch eine unkritische Rezeption entstehen (zum Beispiel, wenn Onlinewerbung nicht als solche erkannt wird). Es wird beschrieben, dass im Internet teilweise ein „Kult des

Neuen“ herrscht und bislang ungenügend geprüfte und in Deutschland noch gar nicht zugelassene Heilmethoden angepriesen werden.

Den unseriösen Online-Gesundheitsangeboten steht indessen bereits eine Fülle seriöser Onlineinformationsquellen gegenüber, die zum Beispiel von nichtkommerziellen Anbietern stammen, eigenen Qualitätsstandards folgen und/oder sich um eine transparente Qualitätssicherung durch Gütesiegel bemühen. Die Stiftung Warentest bewertete 2009 zwölf Gesundheitsportale in Deutschland mit überwiegend befriedigenden Noten hinsichtlich inhaltlicher Qualität. Empirische Studien weisen zwar vielfach die Existenz von Fehlern in gesundheitsbezogenen Onlineangeboten nach. Gleichzeitig ist jedoch auch erwiesen, dass andere Informationsquellen (Fernsehen, Zeitschriften, Broschüren, Auskünfte von medizinischem Personal) in starkem Maße fehlerbehaftet sind (siehe „Gesundheitsbezogene Onlineangebote: Spektrum und Qualität“, Seite 107 ff.).

Dass hier das Internet – das auch schnelle Quervergleiche zwischen Quellen erlaubt – grundsätzlich zu mehr Fehlinformation beiträgt, ist eine zumindest unbelegte und auch recht unplausible These. Nichtsdestotrotz sind weitere Bemühungen um Qualitätssicherung aufseiten der Anbieter ebenso wünschenswert wie eine Qualifizierung der Nutzerinnen und Nutzer zu kritischer gesundheitsbezogener Onlinenutzung.

## 2. Emotionale Entlastung oder Belastung

Ratsuchende können sich durch die Überfülle an Onlineinformationen überfordert fühlen, keine oder widersprüchliche Antworten auf ihre Fragen finden – Orientierungslosigkeit und Verwirrung wären die Folge. Auch können sie insbesondere bei Versuchen der Selbstdiagnose bei harmlosen Symptomen (zum Beispiel Kopfschmerzen) auf dramatische Krankheitsbilder (zum Beispiel Hirntumor) stoßen und somit in Angst versetzt werden. Das Phänomen wurde schon als „Cyber-Hypochondrie“ etikettiert (Lewis 2006). Befragungsstudien in Deutschland und den USA zeigen jedoch (Dumitru et al. 2007, Eichenberg 2009, Fox 2006), dass Online-Gesundheitsnutzerinnen und -nutzer zu einem viel größeren Teil berichten, die Onlinerecherche habe ihnen Sicherheit und Beruhigung gebracht (ca. 44 bis 56 %), als dass es umgekehrt zu Angst und Verunsicherung gekommen wäre (ca. 10 bis 19 %). Wie stark der emotionale Be- oder Entlastungsgrad bei Personen ist, die zum Beispiel unter plötzlichen Beschwerden leiden, aber keine spontane Internetinformationsuche durchführen (können), ist als Vergleichsmaßstab bislang nicht herangezogen worden. Emotionale Belastung und Frustration im Zuge von Online-

Gesundheitsnutzung sind bei geringerem Bildungsstand viel wahrscheinlicher als bei höherem Bildungsstand (Fox 2006), was erneut auf die Bedeutung der Nutzungskompetenz verweist.

### **3. Verbesserung oder Verschlechterung des Arzt-Patient-Verhältnisses**

Interviewstudien mit Ärztinnen und Ärzten zeigen, dass sie Online-Gesundheitsnutzerinnen und -nutzer, die mit Internetausdrucken in die Sprechstunde kommen, zum Teil weniger als besonders mündige Patientinnen und Patienten erleben, sondern eher als anstrengende *Kritiker bzw. Kritikerinnen mit Halbwissen* (Zillien und Lenz 2008). Die Diskussion der Internetquellen fordere zu viel Zeit in den Sprechstunden, es werde verstärkt nach unnötigen oder sogar nicht zugelassenen Diagnose- und Therapieverfahren verlangt, das ständige Hinterfragen ärztlicher Aussagen durch Internetrecherchen führe zu Beziehungsstörungen und Vertrauensverlust. Arztkritische Patientinnen und Patienten ließen sich von ihrer auf der Basis von Internetquellen gefassten Meinung kaum abbringen und wechselten notfalls die Ärztin bzw. den Arzt (*Doctor-hopping*).

Doch nicht alle Patientinnen und Patienten sind per se arztkritisch, andere sind eher als Arztgläubige, Gleichgültige oder Kotherapeutinnen und Kotherapeuten einzuordnen und können potenziell von ergänzenden Onlineinformationen profitieren, um eine autonome Patientenrolle zu entwickeln und zu festigen. Das medizinische Personal steht vor der Herausforderung, Onlinerecherchen und ihre Ergebnisse konstruktiv in die Beratung einzubeziehen, etwa auf hochwertige Onlineangebote zu verweisen, oder auch die Tendenzen zur Selbstinformation und Verantwortungsübernahme der Patientinnen und Patienten zu unterstützen (Broom 2005a und 2005b, Eichenberg 2009).

Dass Onlinerinnen und Onliner rund um die Uhr im Internet niederschweligen Zugriff auf eine Fülle gesundheitsbezogener Informations- und Kommunikationsangebote haben, entspricht dem aktuellen *Leitbild der mündigen, autonomen Patientin bzw. des mündigen, autonomen Patienten*, die bzw. der sich aktiv um seine Gesundheit bemüht und in Entscheidungsprozesse des medizinischen Personals einbezogen ist. Dies dürfte jedoch nur dann von Erfolg gekrönt sein, wenn einerseits genügend hochwertige Online-Gesundheitsangebote zur Verfügung gestellt werden und andererseits bei den Onlinerinnen und Onlinern die notwendige Internetkompetenz vorhanden ist, um diese Angebote zu identifizieren und adäquat zu nutzen. Dies gilt für Patientinnen und Patienten ebenso wie für das Fachpersonal im Gesundheitsbereich, dem zunehmend auch eine Beraterrolle in Fragen der Onlinerecherche zukommt.

## Fazit für das Internetportal

Gesundheitsbezogene Internetnutzung birgt insgesamt mehr Chancen als Risiken, insbesondere wenn (mehr) *gute Onlineangebote zur Verfügung stehen und bekannt gemacht werden* (zum Beispiel auch über Verlinkungen im BZgA-Portal). Probleme mit Fehlinformationen, emotionaler Belastung oder Spannungen im Arzt-Patient-Verhältnis im Zusammenhang mit Online-Gesundheitsnutzung werden teilweise überschätzt und sind durch Internetkompetenz aufseiten der Patientinnen/Patienten wie auch der Fachleute zu reduzieren. Neben konkreten Inhalten zur Männergesundheit sollte die Plattform auch *Hilfestellungen zur kompetenten männergesundheitsbezogenen Internetnutzung* bieten.

## Zusammenfassung: Konzeption eines BZgA-Onlineangebots zur Männergesundheit

Der Trend zu internetgestützten Gesundheitsinformationen und Präventionsmaßnahmen (*E-Health*) scheint unumkehrbar. Ergänzend zu den hier fokussierten Onlineangeboten gewinnen mobile Endgeräte und Dienste an Bedeutung (*M-Health*): Man denke an Fitnessprogramme, die Mobiltelefon, MP3-Player und Schrittzähler koppeln oder auch an Ernährungstagebücher, die auf dem Handy geführt werden (Döring und Eichenberg 2009).

Die Gruppe der *Online-Gesundheitsnutzerinnen und -nutzer sowie E-Patientinnen und E-Patienten* wird größer und anspruchsvoller (Dumitru et al. 2007, Kummervold et al. 2008, Schaeffer et al. 2004): Sie erwarten von einem Internetgesundheitsportal in erster Linie aktuelle, vollständige, zuverlässige und gut verständliche Informationen in ihrer Muttersprache sowie hohe Standards im Datenschutz. Die Mitwirkung von Fachleuten aus dem Gesundheitsbereich ist erwünscht, interaktive Angebote erfreuen sich wachsender Beliebtheit (zum Beispiel Onlineberatung). Eine bessere grafische Aufbereitung der Informationen wird ebenso gefordert wie eine bessere Bekanntmachung einschlägiger Webportale in der Öffentlichkeit. Mit dem „KENG“ liegt ein praxisorientierter *Kriterienkatalog zur Erhöhung des Nutzwertes von Gesundheitswebsites* vor (Schmidt-Kaehler 2005), der bei der Konzeption des Internetportals zur Männergesundheit zugrunde gelegt werden kann.

Ein wichtiges Ergebnis der hier vorgelegten Analyse ist die Betonung der großen Heterogenität der Zielgruppen in der internetbasierten Gesundheitsförderung und Prävention. Das Spektrum reicht hier von Offlinerinnen und Offlinern über Onlinenutzerinnen und -nutzern mit geringer Internetkompetenz sowie geringem Interesse an Gesundheitsthemen bis hin zu den formal

gut gebildeten Online-Gesundheitsnutzerinnen und -nutzern und versierten E-Patientinnen und E-Patienten. Um sozialen und digitalen Ungleichheiten entgegenzuwirken, scheint es besonders vordringlich, insbesondere für jene Zielgruppen neue Angebote zu schaffen, die am meisten davon profitieren würden, ihre Online- wie auch Gesundheitskompetenz zu verbessern. Informationsportale mit umfangreichen deutschsprachigen Textinhalten sind für diese Zielgruppen wenig geeignet. Stattdessen müssten hier im Sinne einer *Gesundheitsförderung im Onlinesetting* mit den jeweiligen Subzielgruppen gemeinsam *modulare und auch crossmediale* Angebote geschaffen werden (zum Beispiel mit Videos, Handyapplikationen, Onlinespielen, Onlineselbsttests, aber auch mit begleitenden Offline-Events und Maßnahmen). Derartige Angebote mit ganz spezieller jungen- bzw. männergerechter Zielgruppenansprache können aufgrund des hohen Entwicklungs- und Betreuungsaufwands allenfalls punktuell für einzelne männliche Subzielgruppen realisiert werden.

Im ersten Schritt erscheint es für das geplante Internetportal vordringlicher und Erfolg versprechender, zunächst das relativ neue Themenfeld der Männergesundheit in der Öffentlichkeit bekannter zu machen und den Wissensstand von *Multiplikatorinnen und Multiplikatoren* im Gesundheits-, Bildungs- und Sozialwesen, in Wirtschaft und Wissenschaft sowie auch in den Medien zu steigern. Ein BZgA-Onlineangebot zur Männergesundheit mit einschlägiger Webadresse und gut strukturierter, wissenschaftlich fundierter Aufbereitung der zentralen Themengebiete könnte im Idealfall zu einer wichtigen Referenz werden und die Bedeutung des Themas unterstreichen. Multiplikatorinnen und Multiplikatoren können durch deutschsprachigen, sachlich und neutral gehaltenen, inhaltlich anspruchsvollen und möglichst aktuellen Onlinecontent erreicht werden. Eine *Experten- und Projektdatenbank* könnte besonders nützlich sein, um die sich erst entwickelnden Forschungs- und Praxisprojekte im Bereich Männergesundheit zu bündeln und die *Vernetzung der Fachleute* zu fördern. Möglicherweise ist auch eine auf dem Portal fortlaufend gepflegte zentrale *Onlineliteraturdatenbank* ein von Fachleuten sowie Praktikerinnen und Praktikern nachgefragter Service im Feld der Männergesundheit.

Bei der inhaltlichen Konzeption des Portals besteht die erste Herausforderung darin, das Themengebiet der Männergesundheit im Hinblick auf die Fachleute zielgruppenbezogen zu strukturieren und ein möglichst nützliches Themenraster zu erstellen. Sachlogische Strukturierungen sind in der Praxis oft weniger brauchbar als Einteilungen nach konkreten Handlungsfeldern (zum Beispiel Freizeit, Schule, Beruf) oder Fragestellungen (zum Beispiel Ernährung, Alkohol, Rauchen, Sport, Stressabbau), die nach praktischer Relevanz

gewichtet sind. Die Arbeit an dieser Grundstruktur sollte sehr sorgfältig erfolgen und eine wissenschaftliche Expertise einbeziehen. Gleichzeitig sind Nutzertests mit Multiplikatorinnen und Multiplikatoren empfehlenswert, bei denen zum Beispiel Journalisten und Journalistinnen, Lehrkräften, Sozialarbeitern und -arbeiterinnen oder Hausärzten und Hausärztinnen Gliederungsvorschläge der Inhalte vorgelegt werden, um Verständlichkeit und Vollständigkeit der Struktur zu prüfen. In mehreren Iterationsschleifen wäre auf diese Weise eine tragfähige (und ausbaufähige) Grundstruktur mit einschlägigen Schlagworten zu erarbeiten. Die Umsetzung auf der Website sollte aktuellen Anforderungen an *professionelles Webdesign* genügen. Eine spezielle „männnergerechte“ Webaufbereitung scheint auf der Ebene eines Informationsportals, das sich vor allem an Fachleute richtet und unter ihnen auch Frauen adressiert, nicht indiziert.

Die zweite große Herausforderung besteht in der Contenterstellung. Hier mag auf bereits vorhandene Inhalte zurückgegriffen werden; ein Teil des Contents wird vermutlich aber eine Neuproduktion vonseiten eines Expertennetzwerks verlangen. Der Schwerpunkt in einer ersten Produktionsphase sollte vermutlich eher in der Breite als in der Tiefe liegen und wird sich deswegen meist auf (kurze) Texte mit wenigen Fotos oder Grafiken beschränken. Die Offenlegung von Quellen und die Benennung von Expertinnen und Experten sowie Ansprechpartnerinnen und -partnern in den einzelnen Textbeiträgen ist dabei besonders wichtig. Nachdem das Themenfeld inhaltlich in seiner Breite abgesteckt und das Expertennetzwerk in der kontinuierlichen Zusammenarbeit geübt ist, könnten die bereits angesprochenen modularen Angebote für spezielle Subzielgruppen entwickelt werden, die auch jenseits des Portals in anderen Onlinesettings einsetzbar wären und eine Nutzerbeteiligung ermöglichen (etwa Kampagnenvideos, die über YouTube oder Facebook verbreitet werden).

Sofern das Internetportal zur Männergesundheit Ausstrahlungskraft in Richtung öffentlicher Wahrnehmung des Themas und Qualifizierung von Fachleuten entwickeln soll, sind *Aktualität und Medienarbeit* zentrale Aufgaben. Wichtig für Journalistinnen und Journalisten wären beispielsweise frei nutzbares Bildmaterial sowie die Benennung von Ansprechpartnerinnen und -partnern für Interviews. Um die Plattform aktuell zu halten, sollten auf der Startseite regelmäßig (zum Beispiel einmal wöchentlich) neue Topthemen platziert und ggf. durch eine BZgA-Pressemitteilung flankiert werden. Damit besteht dann auch die Möglichkeit, das Themengebiet der Männergesundheit auf jeweils aktuelle öffentliche Debatten zu beziehen und ihm zu mehr Sichtbarkeit zu verhelfen.

## Literatur

- Altgeld, T. (2007): Warum weder Häschen noch Hans viel über Gesundheit lernen – Geschlechtsspezifische Barrieren der Gesundheitsförderung und Prävention. *Prävention und Gesundheitsförderung* 2, 90–97.
- Broom, A. (2005a): The eMale. Prostate Cancer, Masculinity and Online Support as a Challenge to Medical Expertise. *Journal of Sociology* 41 (1), 87–104.
- Broom, A. (2005b): Virtually Healthy: The Impact of Internet Use on Disease Experience and the Doctor-Patient Relationship. *Qualitative Health Research* 15 (3), 325–345.
- Döring, N. (2009a): Internetangebote von und für Transsexuelle. *Psychotherapie im Dialog*, 10/2009, 69–74.
- Döring, N. (2009b): Sexualität im Internet. Ein aktueller Forschungsüberblick. *Zeitschrift für Sexualforschung* 21 (4), 291–318.
- Döring, N., Eichenberg, C. (2009): Klinisch-psychologische Interventionen mit Mobilmedien: Chancen und Grenzen. In: Kühne, S., Hintenberger, G. (Hrsg.): *Handbuch Online-Beratung*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- Dumitru, R., Bürkle, T., Potapov, S., Lausen, B., Wiese, B., Prokosch, H. U. (2007): Use and perception of Internet for health related purposes in Germany: Results of a national survey. *International Journal of Public Health* 52, 275–285.
- Eichenberg, C. (2009): Der E-Patient. Chancen und Risiken des Internet in Medizin und Psychotherapie. *Psychotherapie im Dialog* 10 (4), 1–6.
- Fallows, D. (2005): How Women and Men use the Internet. PEW Internet & American Life Project. Download unter [http://www.pewinternet.org/~media/Files/Reports/2005/PIP\\_Women\\_and\\_Men\\_online.pdf](http://www.pewinternet.org/~media/Files/Reports/2005/PIP_Women_and_Men_online.pdf).
- Fiedler, G., Lindner, R. (2001): Suizidforen im Internet. Forschungsgruppe Suizidalität und Psychotherapie des Therapie-Zentrums für Suizidgefährdete am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Download unter <http://www.suizidprophylaxe.de/Tagungen/suizidforen.pdf>.
- Fox, S. (2006): Online Health Search 2006. PEW Internet & American Life Project. <http://www.pewinternet.org/Reports/2006/Online-Health-Search-2006.aspx>.
- Garfield, C., Isacco, A., Rogers, T. (2008): A Review of Men's Health and Masculinity. *American Journal of Lifestyle Medicine* 2 (6), 474–487.
- Gerhards, M., Mende, A. (2009): Ergebnisse der ARD/ZDF-Onlinestudie 2009: Offliner: Ab 60-jährige Frauen bilden die Kerngruppe. *Media Perspektiven* 7/2009. Download unter [http://www.ard-zdf-online.studie.de/fileadmin/Online09/Gerhards\\_7\\_09.pdf](http://www.ard-zdf-online.studie.de/fileadmin/Online09/Gerhards_7_09.pdf).
- Gooden, R., Winefield, H. (2007): Breast and Prostate Cancer Online Discussion Boards. A Thematic Analysis of Gender Differences and Similarities. *Journal of Health Psychology*, 12 (1), 103–114.
- Hardey, M. (2008): Public Health and Web 2.0. *The Journal of the Royal Society for Promotion of Health*, 128 (4), 181–189.
- Hugger, K. U. (2008): Junge Migranten online: Suche nach sozialer Anerkennung und Vergewisserung von Zugehörigkeit. VS Verlag, Wiesbaden.
- Kirschning, S., von Kardoff, E. (2008): The Use of the Internet by Women with Breast Cancer and Men with Prostate Cancer – Results of Online Research. *Journal of Public Health* 16, 133–143.
- Kompetenzzentrum Technik-Diversity-Chancengleichheit (2007): Internetnutzung von Frauen und Männern in Deutschland 2007. Sonderauswertung Gender & Diversity des (N)Onliner Atlas 2007. Download unter [http://www.old.initiaved21.de/fileadmin/files/NOA\\_Umzug/Sonderauswertungen/H5\\_Nonliner\\_Sonderauswertung\\_2007.pdf](http://www.old.initiaved21.de/fileadmin/files/NOA_Umzug/Sonderauswertungen/H5_Nonliner_Sonderauswertung_2007.pdf).
- Kukafka, R. (2005): Public Health Informatics: The Nature of the Field and Its Relevance to Health Promotion Practice. *Health Promotion Practice*, 6 (1), 23–28.
- Kummervold, E., Chronaki, C., Lausen, B., Prokosch, H. U., Rasmussen, J., Santana, S., Staniszewski, A., Wangberg, S. (2008): eHealth Trends in Europe 2005–2007: A Population-based Survey. *Journal of Medical Internet Research*, 10 (4), e42. Internet: <http://www.jmir.org/2008/4/e42>.
- Langanke, H., Ross, M. (2009): Web-based Forums for Clients of Female Sex Workers: Development of a German Internet Approach to HIV/STD-related Sexual Safety. *International Journal of STDs and AIDS* 20, 4–8.

- Lewis, T. (2006): Seeking Health Information on the Internet: Lifestyle Choice or Bad Attack of Cyberchondria? *Media, Culture & Society*, 28 (4), 521–539.
- Lorber, J. (2000): Using Gender to Undo Gender: A Feminist Degendering Movement. *Feminist Theory* 1 (1), 79–95.
- Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest (2008): JIM 2008. Jugend, Information, (Multi-)Media. Basisstudie zum Medienumgang 12- bis 19-Jähriger in Deutschland. Download unter [http://www.mpfs.de/fileadmin/JIM-pdf08/JIM-Studie\\_2008.pdf](http://www.mpfs.de/fileadmin/JIM-pdf08/JIM-Studie_2008.pdf).
- Petersen, K. U., Thiel, R., Schelb, Y., Thomasius, R. (2009a): Präsentation der Ergebnisse der Breitenbefragung im Rahmen des Forschungsprojekts „Beratungs- und Behandlungsangebote zum pathologischen Internetgebrauch in Deutschland“ zur Jahrestagung der Bundesdrogenbeauftragten am 03.07.2009. Download unter [http://www.bmg.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Drogen-Sucht/Onlinesucht/Vortrag\\_20Dr\\_20Kay\\_20Petersen,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Vortrag%20Dr%20Kay%20Petersen.pdf](http://www.bmg.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Drogen-Sucht/Onlinesucht/Vortrag_20Dr_20Kay_20Petersen,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Vortrag%20Dr%20Kay%20Petersen.pdf).
- Petersen, K. U., Weymann, N., Schelb, Y., Thiel, R., Thomasius, R. (2009b): Pathologischer Internetgebrauch – eine Übersicht zum Forschungsstand. Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Deutsches Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters. Download unter [http://www.bmg.bund.de/cfn\\_151/nn\\_1508200/SharedDocs/Downloads/DE/Drogen-Sucht/Onlinesucht/Zwischenbericht\\_20Onlinesucht,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Zwischenbericht%20Onlinesucht.pdf](http://www.bmg.bund.de/cfn_151/nn_1508200/SharedDocs/Downloads/DE/Drogen-Sucht/Onlinesucht/Zwischenbericht_20Onlinesucht,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Zwischenbericht%20Onlinesucht.pdf).
- Pfeiffer, C. (2003): Medienverwahrlosung als Ursache von Schulversagen und Jugenddelinquenz? Kriminologisches Forschungsinstitut e.V., Hannover. Download unter <http://www.kfn.de/versions/kfn/assets/medienverwahrlosung.pdf>.
- Schaeffer, D., Dierks, M. L., Hurrelmann, K., Keller, A., Krause, H., Schmidt-Kaehler, S., Seidel, G. (2004): Evaluation der Modellprojekte zur Patienten- und Verbraucherberatung nach § 65 b Sozialgesetzbuch V. Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Bielefeld.
- Schmidt-Kaehler, S. (2003): Internetkompetenz für Menschen mit chronischen Erkrankungen. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld PO3-122. Download unter <http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/ipw-122.pdf>.
- Schmidt-Kaehler, S. (2005): Gesundheitsberatung im Internet. Nutzwert, Evaluation und Positionierung internetgestützter Informations- und Beratungsleistungen für Bürger, Versicherte und Patienten in der gesundheitlichen Versorgung. Bielefelder Server für Online-Publikationen, Bielefeld. Internet: <http://deposit.ddb.de/cgi-bin/dokserv?idn=975479911>.
- Stiftung Warentest (2009): Gesundheitsportale. Die besten Infos im Netz. Internet: <http://www.test.de/themen/gesundheitskosmetik/test/-Gesundheitsportale/1780855/1780855/1781846>. (Zugriff am 05.06.2009)
- van Eimeren, B., Frees, B. (2009): ARD/ZDF-Onlinestudie 2009: Der Internetnutzer 2009 – multimedial und total vernetzt? Media Perspektiven 7/2009. Download unter [http://www.ard-zdf-onlinestudie.de/fileadmin/Online09/Eimeren1\\_7\\_09.pdf](http://www.ard-zdf-onlinestudie.de/fileadmin/Online09/Eimeren1_7_09.pdf).
- Zillien, N. (2006): Digitale Ungleichheit. Neue Technologien und alte Ungleichheiten in der Informations- und Wissensgesellschaft. VS-Verlag, Wiesbaden.
- Zillien, N., Lenz, T. (2008): Gesundheitsinformationen in der Wissensgesellschaft – Empirische Befunde zur gesundheitlichen Internetnutzung. In: Stegbauer, C., Jäckel, M. (Hrsg.): Social Software: Formen der Kooperation in computerbasierten Netzwerken. VS-Verlag, Wiesbaden.
- Zywica, J., Danowski, J. (2008): The Faces of Facebookers: Investigating Social Enhancement and Social Compensation Hypotheses; Predicting Facebook™ and Offline Popularity from Sociability and Self-Esteem, and Mapping the Meanings of Popularity with Semantic Networks. *Journal of Computer-Mediated Communication* 14 (1), 1–34.



# 9. Wie geht's – wie steht's? – Ansprache von Jungen und Männern in der Sexualaufklärung und Familienplanung

Rainer Neutzling

## Abstract

*Ob Jungen und Mädchen Gesundheitsinformationen auf unterschiedliche Weise aufnehmen, konnte bis jetzt nicht empirisch bewiesen werden. Aus Erfahrungen mit der Broschüre „Wie geht's – wie steht's? – Wissenswertes für Jungen und Männer“ und Ergebnissen der BZgA-Studie mit dem Titel „Kompetent, authentisch und normal? Auf-*



*klärungsrelevante Gesundheitsprobleme, Sexualaufklärung und Beratung von Jungen“ wurden folgende Empfehlungen zur Ansprache von Männern und Jungen herausgearbeitet: Männer und Jungen brauchen Informationen nicht nur, wie häufig angenommen, kurz und bündig, sondern sie informieren sich auch gern detailliert, wenn es ihren Interessen entspricht. Internetbasierte Informationsangebote werden dagegen gern in kurzer und prägnanter Form angenommen. Gerade bei Fragen rund um die Sexualität greifen Jungen bevorzugt auf anonyme Beratungsangebote per E-Mail zurück. Gesundheitsrelevante Informationsangebote für Jungen und Männer dürfen nicht den Eindruck vermitteln, dass gesundheitsgerechtes Handeln Männlichkeit unterminiert. Zusammenfassend sollten Gesundheitsinformationen für Jungen und Männer an ihren Alltag anknüpfen und ihren Interessen entsprechen sowie Fragen beantworten können, ohne ihre Männlichkeit infrage zu stellen.*

Thema dieses Vortrags ist die Frage, ob und wie Jungen und Männer in geschlechtsspezifischer Weise auf gesundheitsrelevante Themen angesprochen werden können.

Grundsätzlich muss festgestellt werden, dass bis heute keine wissenschaftlich gesicherten Erkenntnisse darüber vorliegen, ob Männer und Frauen gesundheitsbezogene Informationsangebote generell auf unterschiedliche Weise

rezipieren. Dass Jungen und Männer einfach strukturiert seien und alles daher gern kurz und bündig – also in kleinen, leicht verdaulichen Häppchen – präsentiert hätten, ist zwar allgemeiner Tenor, jedoch nicht erwiesen.

Dass Jungen und Männer weniger Ratgeberliteratur konsumieren als Mädchen und Frauen (und insbesondere Informationen zur Pflege und Gestaltung ihrer Körper verschmähten), scheint auf den ersten Blick plausibel zu sein. Betrachtet man jedoch jene Zeitschriften, die vornehmlich von Jungen und Männern gelesen werden, ist das Bild nicht mehr eindeutig: Da spricht ein umfangreiches Angebot unterschiedlichster Ratgeberliteratur im Wortsinn Bände – über Modelleisenbahnen, Fische, Angeln, Autotests und -tuning, Waffen, Laufen, Schießen, das Befahren der Weltmeere oder das Besteigen der Berge. In zahllosen Zeitschriften für die Bodybuilderszene werden jede Muskelzelle und jeder erdenkliche Vorgang des Stoffwechsels unter die Lupe genommen und der narzisstischen Optimierung zugeführt. In Foren werden Medikationen zum Muskelaufbau beratschlagt, Trainingserfahrungen ausgetauscht und es wird vor Gefahren gewarnt – alles in durchaus vergleichbar epischer Breite wie exotische Reiseberichte, politische Essays oder geschichtliche Abhandlungen (in „seriösen“ Informationsangeboten).

Nicht zuletzt sind Jungen und Männer immens an Klatsch und Tratsch interessiert, allerdings nicht über die geheimen Vorkommnisse in den Königshäusern dieser Welt, sondern über die geheimen Vorkommnisse in den Umkleidekabinen der nationalen und internationalen Fußballarenen. Hieraus ergibt sich folgende erste These:

**Erste These: Jungen und Männer nutzen sehr wohl detailreiche und Ratgebende Informationsangebote – wenn sie ihre Interessen befriedigen.**

Dass Mädchen und Frauen eher lange und ausführliche Informationsangebote suchen und nutzen, ist eine weit verbreitete Ansicht. Dass auch sie es durchaus gern kurz und prägnant haben, lässt sich jedoch ebenso triftig behaupten. In den Onlineangeboten der BZgA [www.familienplanung.de](http://www.familienplanung.de) und [www.schwanger-unter-20.de](http://www.schwanger-unter-20.de) gehört das (gemeinsam genutzte) Lexikon, in dem alle wichtigen Sachverhalte in jeweils wenigen Zeilen auf den Punkt gebracht werden, zu den am häufigsten angeklickten Seiten der Websites – die vor allem von (jungen) Frauen besucht werden.

**Zweite These: Internetbasierte Informationsangebote tun wegen der medienspezifischen Rezeptionssituation grundsätzlich gut daran, sich kurz zu fassen.**

Welche Erfahrungen hat die BZgA bislang mit geschlechtsspezifischen Informationsangeboten zu gesundheitsrelevanten Themen gemacht? Und welche allgemeinen Aussagen zur Ausgangsfrage (Ob und wie können Jungen und Männer in geschlechtsspezifischer Weise auf gesundheitsrelevante Themen angesprochen werden?) können aufgrund der gemachten Erfahrungen getroffen werden? Diesen Fragen soll am Beispiel der Broschüre „*Wie geht's – wie steht's? – Wissenswertes für Jungen und Männer*“ nachgegangen werden.

Die Broschüre wurde von 1997 bis 1998 konzipiert und in der Folgezeit im Rahmen eines umfangreichen Qualitätssicherungsprozesses erstellt. Seit 2000 beträgt die Auflage der 100-seitigen Informationsbroschüre im Pocketformat rund 2,5 Millionen Exemplare (Stand 1/2010). Eine gleichnamige Broschüre für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren mit Anregungen zum sexualpädagogischen Einsatz der Broschüre hat im gleichen Zeitraum eine Auflage von etwa 60 000 Exemplaren erreicht. „*Wie geht's – wie steht's?*“ informiert detailliert über die inneren und äußeren männlichen Geschlechtsorgane, erläutert ihr filigranes Zusammenspiel bei sexueller Erregung und thematisiert die körperlichen Entwicklungsvorgänge im Zuge der männlichen Pubertät. Darüber hinaus werden die Themen Fruchtbarkeit und Verhütung ausführlich behandelt. Nicht zuletzt erhält die Broschüre zahlreiche Tipps und Ratschläge zur urogenitalen Gesundheit sowie Hinweise zum Arztbesuch.

**Dritte These: Jungen nutzen gern anonyme Beratungsangebote per E-Mail. Sie haben viele (heimliche) Fragen zu ihrem Körper und seinem Funktionieren. Im Hintergrund stehen die beiden Grundfragen: Was ist normal? Bin ich normal?**

Dem Produktionsprozess der Broschüre „*Wie geht's – wie steht's?*“ vorausgegangen war die BZgA-Evaluation der Broschüre „*Junge, Junge – starke Kerle*“, die von Pro Familia in Berlin für männliche Jugendliche entwickelt wurde. Die Evaluation zur Akzeptanz des Angebots bei Jugendlichen und Multiplikatoren/Multiplikatorinnen ergab:

- Die Jungen kamen mit den kurzen und prägnanten Informationen der Broschüre gut zurecht.
- Die Informationen sollten ihrem Wunsch nach nicht psychologisierend und nicht emotionalisierend sein.
- Die lexikalische Struktur wurde sehr positiv bewertet.
- Große Bedeutung haben grafische Elemente und Bilder.
- Das Pocketformat wurde positiv bewertet, da es sich leicht in der Hosentasche verstauen lässt.

1998 legte die BZgA eine Studie vor mit dem Titel *„Kompetent, authentisch und normal? Aufklärungsrelevante Gesundheitsprobleme, Sexualaufklärung und Beratung von Jungen“*. Die zentralen Erkenntnisse der Studie waren:

- Jungen möchten in ihrer Selbstbeschreibung grundsätzlich „kompetent, authentisch und normal“ wirken.
- Sie geben sich gern als „Selbstexperten“ aus, stehen aber gleichzeitig unter einem starken äußeren „Normalitätsdruck“.
- Was die Selbstkompetenz der Jungen torpediert, wird schnell als Abwertung empfunden und aufgrund dessen abgelehnt.

Als Konsequenz daraus wurde geschlossen, dass Gesundheitsinformationen für Jungen (und Männer) nicht auf männliches Nichtwissen oder gar Inkompetenz abzielen sollten. Jungen- und männergerechte Gesundheitsförderung sollte vielmehr

- die männliche Rolle positiv annehmen,
- die damit verknüpften Ressourcen erweitern,
- ihre Handlungsspielräume nutzen und
- zu mehr Lebenskompetenz für eine erfolgreiche Krisenbewältigung verhelfen.

**Vierte These: Gesundheitsrelevante Informationsangebote für Jungen und Männer dürfen nicht den Eindruck vermitteln, dass gesundheitsgerechtes Handeln Männlichkeit unterminiert.**

Vor dem Hintergrund dieser Erfahrungen wurde schließlich „Wie geht’s – wie steht’s?“ angegangen. Die Broschüre soll

- Jungen Informationen über ihren Körper, Geschlechtsorgane und ihre Sexualität geben,
- ein positives Körpergefühl vermitteln,
- Normalitäts- und Leistungsdruck reduzieren,
- Mythen und Vorurteile über den männlichen Körper/die männliche Sexualität korrigieren,
- ein Bewusstsein für die eigene Fruchtbarkeit wecken sowie ihre Verantwortung für Verhütung deutlich machen und
- darüber informieren, wann ein Arztbesuch erforderlich ist.

Um zu überprüfen, ob und wie das Informationsangebot bei den anvisierten Endadressaten – Jungen ab 14 Jahren und sexualpädagogische Multiplikatoren und Multiplikatorinnen – ankommt, wurde „Wie geht’s – wie steht’s?“ im Jahr 2001 evaluiert.

Befragt wurden Jugendliche von 14 bis 24 Jahren aus den Schulformen Haupt- und Realschule sowie Gymnasium, darüber hinaus wurden Multiplikatoren und Multiplikatorinnen befragt. Die wichtigsten Ergebnisse:

- 75 % der befragten männlichen Jugendlichen fanden Titel und Format „genau richtig“.
- 73 % hoben die Themenfülle positiv hervor.
- Nach 3–5 Tagen wurden Inhalt und Gestaltung noch positiver bewertet (85 bis 100 %). Der Wissensbedarf wurde vollständig gedeckt.
- Auf besonders großes Interesse stießen die Themenbereiche
  - „Orgasmus und Samenerguss“ (82 %) und
  - „Der Penis“ (70 %)
- Das Thema „Zeiten körperlicher Veränderungen“ interessierte nur 45 % der Befragten, was zu Kürzungen des Kapitels ab der nächsten Auflage führte.
- Je älter die Leserinnen und Leser waren und je höher der Schulabschluss war, desto positiver wurde der Inhalt bewertet.
- „Zu viel Text“ wurde von Hauptschülern und -schülerinnen häufiger als vonseiten anderer Schulformen genannt – allerdings nicht von der Mehrheit. Das heißt: Auch die Mehrheit der Hauptschüler und -schülerinnen war der Meinung, dass die Broschüre nicht zu viel Text enthielt.
- Die Jugendlichen stellten sich in der Tendenz als selbstkompetent dar, verleugneten aber nicht, durch das Lesen der Broschüre viel gelernt zu haben – insbesondere durch die Kapitel „Alles in Ordnung?“ und „Verhütung der Vaterschaft“.
- 83 % fanden, dass Gefühle in der Broschüre „genau richtig“ berücksichtigt wurden.

**SchlussThese:** Gesundheitsrelevante Informationen für Jungen und Männer sollten an den kulturell geprägten männlich-geschlechtsspezifischen Interessen anknüpfen und ihren (heimlichen) Fragen mit Antworten begegnen, die ihrem geschlechtsspezifischen Alltag entspringen und das Bewältigen von Männlichkeit erleichtern.



# 10. Projekt- und Netzwerksteckbriefe

## Netzwerkstrukturen in der Männer- und Jungenarbeit

Nach wie vor ist die Zugehörigkeit zum weiblichen oder männlichen Geschlecht eine relevante und im Alltag häufig auch handlungsleitende Unterscheidung. Dennoch haben Geschlechterfragen in fast allen gesellschaftlichen Subsystemen, auch in den Bereichen Gesundheitsversorgung und -förderung, Bildung und soziale Arbeit bis weit in die 1980er-Jahre hinein kaum eine wesentliche Rolle gespielt. Ausgeprägte geschlechtersensible Netzwerk- und Beratungsstrukturen wurden dann zunächst in der Arbeit mit Mädchen und Frauen etabliert. Geschlechterreflexive und -sensible Angebote spielten dagegen in der Arbeit mit Männern und Jungen weiterhin kaum eine Rolle. Dies hat sich zunächst in der Gewaltpräventionsarbeit grundlegend verändert. Die Täterarbeit und Gewaltpräventionsprojekte mit Jungen und Männern kamen ohne das Infragestellen von klassischen männlichen Orientierungen und Klischees nicht voran. Auch in der Sexualaufklärung, Aidsprävention und in anderen Bereichen wurden seit Beginn der 1990er-Jahre mehr und mehr auch männerspezifische Herangehensweisen entwickelt. Mittlerweile ist Männer- und Jungenarbeit etabliert, auch wenn sie über die bereits benannten Kernbereiche bislang kaum hinausgedrungen ist. Im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention beginnt die Entwicklung geschlechtsspezifischer Ansätze auch für Männer und Jungen.

Jungen- und Männerarbeit kann sich als relevantes Handlungsfeld und Querschnittsthema für viele Versorgungsbereiche nur erfolgreich weiterentwickeln, wenn auch funktionierende Netzwerke zwischen den Akteuren aufgebaut werden können und Qualifizierungsherausforderungen, Qualitätsstandards, aber auch bessere Rahmenbedingungen für dieses Arbeitsfeld gemeinsam erarbeitet und gefordert werden. Es wurden hierzu seit Beginn des Jahrtausends erste Netzwerke gegründet. Nachfolgend werden drei Netzwerke beispielhaft vorgestellt. Zum einen ein neuer, umfassender, erstmals auch auf Bundesebene geförderter Vernetzungsansatz für verschiedene Bereiche der Männer- und Jugendarbeit, zum anderen ein Beispiel der Vernetzung im Bereich der Jungenarbeit sowie ein spezifisches Netzwerk für Männergesundheit. Vertreter der genannten Netzwerke waren in die Abschlussdiskussion des Workshops auf dem Podium einbezogen.

## 10.1 Männerarbeit der Evangelischen Kirche in Deutschland



*Hauptgeschäftsstelle*

*Berliner Allee 9–11*

*30175 Hannover*

*Tel.: 0511-89768-200*

*Fax: 0511-89768-299*

*E-Mail: [info@maennerarbeit-ekd.de](mailto:info@maennerarbeit-ekd.de)*

*[www.maennerarbeit-ekd.de](http://www.maennerarbeit-ekd.de)*

### Wer wir sind!

#### **Männerarbeit der Evangelischen und Katholischen Kirche in Deutschland**

Die evangelische und katholische Kirche sind in Deutschland die einzigen Institutionen, die bundesweit über ihre landeskirchlichen respektive diözesanen Einrichtungen sowie über ihre Verbände und Bewegungen ein flächendeckendes und kontinuierliches Angebot an Männerberatung, Männerbildung und Männerarbeit unterhalten. Damit erreichen die Kirchen mit ihren geschlechtsspezifischen Angeboten Tausende von Männern in ganz Deutschland. Vor allem im Bereich der Arbeit mit Vätern und Kindern sind die beiden Kirchen die größten Anbieter in Deutschland.

Die Auftraggeber der Studie, die „Männerarbeit der Evangelischen Kirche in Deutschland“ und die „Gemeinschaft der Katholischen Männer Deutschlands“ (GKMD), vertreten auf der Bundesebene politisch die Anliegen der kirchlichen Männerarbeit. Sie verstehen sich dabei als Anwälte von Männerinteressen in geschlechtergerechter Perspektive. Beide Organisationen sind in ihren jeweiligen Kirchen in nationale sowie internationale Zusammenschlüsse eingebunden. GKMD und Männerarbeit der EKD arbeiten ferner im Bundesforum Familie mit und sind an der Initiative zur Bildung eines bundesweiten Netzwerks für Männer-, Väter- und Jungenarbeit federführend beteiligt.

In der GKMD haben sich die Fachstellen der Männerarbeit in den deutschen Bistümern, verbandlich organisierte Vereinigungen katholischer Männer und eine Reihe katholischer Verbände zu einem bundesweiten Interessen- und Aktionsbündnis katholischer Männerarbeit zusammengeschlossen. Insgesamt gehören zur GKMD neben den diözesanen Fachstellen noch weitere 20 Ver-

bände, darunter mit dem Kolpingwerk Deutschland einer der größten katholischen Verbände in Deutschland mit rund 270 000 Mitgliedern.

Der Arbeitsgemeinschaft der Männerarbeit der EKD gehören die Einrichtungen der Männerarbeit in allen 22 Gliedkirchen der EKD an. Evangelische Männerarbeit geschieht in mehr als 3000 Männergruppen und -initiativen sowie in zahlreichen weiteren kreis- und landeskirchlichen Veranstaltungsformen und spricht dabei jährlich zwischen 100 000 und 200 000 Männer an. Die Arbeitsgemeinschaft gibt sich jeweils ein Jahresthema, ist für den EKD-Männersonntag (jeder 3. Sonntag im Oktober) verantwortlich und organisiert jährlich die bundesweite Kampagne zum Vatertag.

Die GKMD und die Männerarbeit der EKD sehen es als ihre Aufgabe an, „empirisches Material zu Lebenslagen und Einstellungen von Männern möglichst in Breite und Tiefe zu erheben und dieses der Öffentlichkeit zur Verfügung zu stellen“. Nach der ersten großen Männerstudie 1998 und der qualitativen Untersuchung „Was Männern Sinn gibt“ aus dem Jahr 2005 ist die vorliegende Studie das dritte gemeinsame große Forschungsprojekt, mit dem beide kirchlichen Männerorganisationen Männerforschung, Männerarbeit und Männerpolitik nachhaltig fördern wollen.

Weitere Informationen zur kirchlichen Männerarbeit sind abrufbar unter [www.kath.maennerarbeit.de](http://www.kath.maennerarbeit.de) und [www.maennerarbeit-ekd.de](http://www.maennerarbeit-ekd.de).

Ansprechpartner: Dr. Andreas Ruffing (0171-5265642) und Martin Rosowski (0173-2983137).

## 10.2 Fachstelle Jungenarbeit in Nordrhein-Westfalen/Landesarbeitsgemeinschaft Jungenarbeit in Nordrhein-Westfalen e.V.



*c/o Union Gewerbehof  
Huckarder Straße 12  
44147 Dortmund  
Tel.: 0231-5342174  
Fax: 0231-5342175*

*E-Mail: [info@lagjungenarbeit.de](mailto:info@lagjungenarbeit.de)  
Internet: [www.lagjungenarbeit.de](http://www.lagjungenarbeit.de)*

### **Organisationsstruktur, Tätigkeitsfelder und Projekte**

Seit dem 01.08.2002 existiert die Fachstelle Jungenarbeit in Nordrhein-Westfalen, die durch Mittel des Ministeriums für Generationen, Familie, Frauen und Integration gefördert wird.

Die Landesarbeitsgemeinschaft Jungenarbeit (LAG) ist die zentrale landesweite Anlaufstelle zur Dokumentation, Information, Beratung, Vernetzung und Qualifizierung von geschlechtsbezogener Jungenarbeit in Nordrhein-Westfalen. Sie kooperiert eng mit verschiedensten landesweiten Trägern (zum Beispiel Paritätisches Jugendwerk NRW, Landesjugendämter, Sportjugend NRW, LAG Mädchenarbeit NRW, LAG Arbeit, Bildung und Kultur, FUMA Fachstelle Gender NRW etc.) und ist im regelmäßigen Austausch mit dem Ministerium für Familie, Kinder, Jugend, Kultur und Sport des Landes NRW und den jugendpolitischen Sprechern und Sprecherinnen der Landtagsfraktionen. Sie berät Träger und Fachkräfte der Kinder- und Jugendhilfe vor Ort bei der Planung und Weiterentwicklung von geschlechtsbezogenen Angeboten für Jungen mit dem Ziel, Jungenarbeit als Querschnittsthema in Konzepten und Programmen zu verankern. Darüber hinaus unterstützt sie als Kontakt- und Beratungsstelle für regionale Facharbeitskreise die Vernetzung von Trägern und Fachkräften vor Ort in den Kommunen und Sozialräumen. Zudem qualifiziert die LAG Multiplikatoren und Multiplikatorinnen in den Themenbereichen „Männlichkeit“, „Männliche Sozialisation“ und „Lebenslagen von Jungen“.

Ziel der Fachstelle Jugendarbeit ist es, den geschlechtsspezifischen Blick als Basisqualifikation und integralen Bestandteil in der pädagogischen Theorie und der praktischen Arbeit mit Jungen zu etablieren.

Die LAG Jungenarbeit NRW realisiert zusätzliche, über die Fachstellentätigkeit hinausgehende Projekte, die der inhaltlichen Weiterentwicklung und Qualifizierung der Fachpraxis vor Ort dienen sowie Entwicklungen in der geschlechtsbezogenen Arbeit aufgreifen und bündeln oder auch anstoßen sollen. Sie richten sich an Träger und Fachkräfte der Kinder- und Jugendhilfe, aber im Rahmen von Konzeptentwicklung auch direkt an Jungen in Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen und Schulen in NRW.

Die Projekte sind zeitlich befristet und orientieren sich thematisch an zentralen Themen geschlechtsbezogener Arbeit mit Jungen, aktuellen Entwicklungen und Bedarfen vor Ort. Der Fachstellenreferent koordiniert die Projekte geschäftsführend, diese werden aber größtenteils durch Mitglieder der LAG Jungenarbeit NRW oder externe Referentinnen und Referenten durchgeführt.

Ein konkretes aktuelles Projekt ist zum Beispiel das *starter Kit*. Beim *starter Kit* handelt es sich um ein Material- und Methodenset zur geschlechtsbezogenen Arbeit mit Jungen im Feld Zukunfts- und Lebensplanung, das es Trägern, Institutionen und Fachkräften ermöglicht, mit geringem Aufwand in die Arbeit dieses Themenfelds einzusteigen. Das *starter Kit* ist als erlebnis- und aktionsorientierter Parcours für Jungen von der 8. bis zur 10. Klasse entwickelt worden. Der Parcours bietet auf spielerische Weise zahlreiche Gesprächsanlässe, bei denen Jungen sich mit Gleichaltrigen austauschen und sich Wissen erarbeiten.

Unter dem Titel „*irgendwie anders?!*“ fasst die LAG seit 2008 Fortbildungsmaßnahmen und -veranstaltungen zur geschlechtsbezogenen Pädagogik mit Jungen zusammen. Die Veranstaltungen behandeln Themen zum Einstieg in die Jungenarbeit, zu Methoden in der Jungenarbeit, zur Arbeit mit schwierigen Jungen, zur Lebens- und Zukunftsplanung, zur sexualpädagogischen Arbeit mit Jungen oder auch zur schulbezogenen Jungenarbeit, die deutlich arbeitsfeld- und anwendungsbezogen sind.

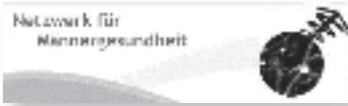
„*Geballt – Gewaltprävention in interkulturellen Kontexten*“ ist seit 2005 eine Qualifizierungsmaßnahme für Kinder- und Jugendhilfeträger und Kooperationsverbünden von Kinder- und Jugendhilfe, Polizei und Schule, die die drei Felder „Interkulturelle Kompetenz und Haltung“, „Kooperation“ und „geschlechtsbezogene Arbeit mit Jungen“ miteinander verknüpft.

Die *Jungentrophy* ist ein Sozialtraining für Jungen, das methodisch an ein Bedürfnis zum Wettstreit anknüpft und dieses klassisch männliche Thema um

den Aspekt des Sozialen erweitert. An verschiedenen Standorten in Nordrhein-Westfalen wird die Jungentrophy regelmäßig erfolgreich umgesetzt.

Seit 2008 ist die LAG Kooperationspartner der *Initiative Jungenarbeit NRW*, die durch das Ministerium für Generationen, Familie, Frauen und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen entwickelt wurde. Ziel der Landesinitiative ist es, einen öffentlichen Diskurs zu jungenspezifischen Themenfeldern zu initiieren, das Verständnis für die Lebenslagen von Jungen zu verbessern und entsprechende pädagogische Angebote zu entwickeln, zu recherchieren, zu bündeln und zu dokumentieren.

## 10.3 Netzwerk für Männergesundheit



Lorettoplatz 6  
72072 Tübingen  
Tel.: 07071-949091  
Fax: 07071-944313

E-Mail: [reinhard.winter@sowit.de](mailto:reinhard.winter@sowit.de)

Internet: [www.netzwerk-maennergesundheits.de](http://www.netzwerk-maennergesundheits.de)

### Organisationsstruktur, Tätigkeitsfelder und Projekte

Das Netzwerk für Männergesundheit ist ein Zusammenschluss von Fachleuten, die sich beruflich mit Themen der Jungen- und Männergesundheit beschäftigen. Es wurde 2005 initiiert und bildet eine fachliche Verbindung von Personen aus unterschiedlichen beruflichen und thematischen Feldern sowie von Institutionen, die sich im Bereich Männergesundheit engagieren.

Das Netzwerk ist unabhängig, nicht kommerziell organisiert und wird weder von Pharmaunternehmen unterstützt noch (bislang) durch öffentliche Mittel bezuschusst. Es stehen keine Interessengruppen hinter der Arbeit des Netzwerks (wie zum Beispiel Krankenkassen, Pharmafirmen, Regierungsorganisationen).

Ziel des Netzwerks ist die regionale und überregionale Vernetzung im gesamten Themenbereich Jungen- und Männergesundheit, also in den Fachbereichen Medizin, Psychosomatik, Soziosomatik, Gesundheitsförderung und -bildung. Dementsprechend werden unter „Jungen- und Männergesundheit“ im Netzwerk körperlich-medizinische, aber in gleichem Maße auch mental-psychische und soziale Aspekte der Gesundheit von Jungen und Männern jedes Alters verstanden. In diesem thematischen Feld befasst sich das Netzwerk sowohl mit Krankheiten (Pathogenese) als auch mit der Gesundheit von Jungen und Männern (Salutogenese).

Neben der fachlich-kollegialen Verbindung ist es ein weiteres Ziel des Netzwerks, Jungen- und Männergesundheit zu einem fachlichen und öffentlichen Thema und zu einer grundlegenden Differenzierungskategorie in Gesundheitsdiskursen zu machen. Dazu bietet das Netzwerk fachliche Foren und schafft Aufmerksamkeit für das Thema Jungen- und Männergesundheit. Das Netzwerk verknüpft thematische Stränge im Feld der Männergesundheit

niedrigschwellig, informell und formell. Es ergänzt bereits Vorhandenes und fördert Synergieeffekte.

Das Netzwerk stellt den Mitgliedern einfache (ressourcenschonende) Kontaktformen zur Verfügung und gewährt darin Verbindlichkeit. Es unterstützt Kooperation und schafft gemeinsame Orientierung(en), nutzt und anerkennt unterschiedliche Qualitäten und Qualifikationen seiner Mitglieder.

Im Netzwerk sind über 100 Mitglieder aus unterschiedlichen Bereichen der Männergesundheit engagiert: Medizin, Wissenschaft/Forschung, NGOs (wie Pro Familia), Gesundheitsförderung, Ämter, Gesundheitsverwaltung. 109 Mitglieder des Netzwerks kommen aus Deutschland, drei aus der Schweiz und zwei aus Österreich.

Zahlreiche weitere Interessenten sind keine expliziten Mitglieder, aber in das Netzwerk eingebunden, indem sie sich in den E-Mail-Verteiler aufnehmen ließen (derzeit ca. 350). Auch hier ist eine sehr breite Mischung der Berufsgruppen bei den Empfängern vertreten (u.a. Gesundheitsämter, Bildung, Krankenkassen, Medizin, Sexualpädagogik, Forschung, Beratung, betriebliche Gesundheitsförderung, Fachverbände, [Gesundheits-]Verwaltungen).

Die primäre Aktivität des Netzwerks ist das *Herstellen von Kontakten* innerhalb des Netzwerks und über das Netzwerk hinaus zu interessanten Personen und Orten, der fachliche Austausch sowie wechselseitige inhaltliche Anregungen im Netzwerk und durch das Netzwerk. Das Netzwerk unterstützt Interessierte bei der Suche nach Netzwerkmitgliedern in einem bestimmten räumlichen Gebiet oder bei der regionalen Vernetzung.

Für Netzwerkmitglieder und Interessierte veranstaltet das Netzwerk für Männergesundheit regelmäßig eine jährliche *Fachkonferenz* (2006 und 2007 Frankfurt, 2008 und 2009 Berlin; 2010 Hattingen).

Das Netzwerk unterhält eine *Homepage* ([www.netzwerk-maennergesundheit.de](http://www.netzwerk-maennergesundheit.de)), auf der neben Informationen zum Netzwerk auch aktuelle Meldungen zu Jungen- und Männergesundheitsthemen sowie zur Vorsorge zu finden sind. Die Homepage verzeichnet derzeit etwa 900 bis 1000 Hits pro Monat.

Ein *E-Mail-Newsletter* liefert Informationen aus verschiedenen Bereichen der Jungen- und Männergesundheit bzw. der Jungen- und Männergesundheitsförderung. Der Newsletter versucht, eine günstige Positionierung des Themas

anzuregen, für Themen der Jungen- und Männergesundheit zu sensibilisieren und die thematischen Bandbreiten zu erweitern. Durch den Newsletter wird das Thema „Jungen- und Männergesundheit“ immer wieder neu platziert und bei den Empfängern im Bewusstsein gehalten.

Bei Bedarf und auf Anfrage *vermittelt* das Netzwerk *Fachleute* sowie *Referentinnen und Referenten* an Außenstehende. Schließlich unterstützt es Interessierte bei der Suche nach Literatur zur Jungen- oder Männergesundheit allgemein bzw. zu einem bestimmten Thema innerhalb des Themenspektrums (Anfragen über das Internet oder per Telefon).



# 11. Anhang

## 11.1 Internetadressen

### Deutschland

#### **[www.dissens.de](http://www.dissens.de)**

Dissens e.V. ist ein gemeinnütziger Verein mit Beratungs-, Bildungs-, Forschungs- und Jugendarbeitsprojekten. Auf der Homepage stellt der Verein seine Tätigkeiten in den Bereichen geschlechterdifferenzierte pädagogische Arbeit, Geschlechterforschung, Gewalt gegen Männer, Menschenrechtsverletzungen und Gender Mainstreaming vor.

#### **[www.forum-maenner.de](http://www.forum-maenner.de)**

Das vom Gunda-Werner-Institut in der Heinrich-Böll-Stiftung organisatorisch, finanziell und ideell unterstützte Forum „Männer in Theorie und Praxis der Geschlechterverhältnisse“ ist ein bundesweites Netzwerk, das sich mit den Themen Männer- und Geschlechterforschung, Jungen- und Männerarbeit, Männer- und Väterberatung, Männerpolitik, Gender Mainstreaming und Gendertraining auseinandersetzt.

#### **[www.jungsev.de](http://www.jungsev.de)**

Jungs e.V. ist ein freier Träger der Jugendhilfe, der es sich zur Aufgabe gemacht hat, geschlechtsspezifische Arbeit mit Jungen in Duisburg und Umgebung zu etablieren. Jungs e.V. bietet Projekte zur Selbstbehauptung, Zukunfts-, Berufs- und Lebensplanung, zur sexuellen Gewalt, Sexualaufklärung, zu Männerbildern, Gesundheit sowie kontinuierliche Jungen-AGs an. Aber auch Arbeitskreise für in der Jungenarbeit tätige Männer und Fortbildungen werden von Jungs e.V. angeboten. Jungs e.V. ist Mitglied in der LAG Jungenarbeit NRW und im bundesweiten Netzwerk „Neue Wege für Jungs“.

#### **[www.mannigfaltig.de](http://www.mannigfaltig.de)**

Auf dieser Homepage präsentiert sich der Verein mannigfaltig e.V., der die psychosoziale Gesundheit von Jungen und Männern fördern möchte. Zweck des Vereins ist die Einrichtung und Unterhaltung einer Beratungs- und Informationsstelle für Jungen und Männer. Daneben ist der Verein im Bereich

Jugendhilfe tätig durch Angebote für Jungen. Hierzu gehören vor allem sexualpädagogische Maßnahmen, Projekte zur Berufsorientierung und Lebensplanung sowie Programme zur Selbstbehauptung und Konfliktlösung.

#### **[www.maennerfragen.de](http://www.maennerfragen.de)**

Das Informationszentrum für Männerfragen in Frankfurt am Main ist Ansprechpartner für Männer, Frauen und Paare. Es bietet Unterstützung bei Fragen, die mit dem Thema Vaterschaft zu tun haben, beim Problemkreis Konflikt–Krise–Gewalt sowie bei weiteren Themenbereichen (Sexualberatungen, Unterstützung für Opfer von Gewalt oder Missbrauch, Trennungskrisen, Isolation etc.).

#### **[www.maennerzeitung.de](http://www.maennerzeitung.de)**

„Switchboard“ ist eine Zeitschrift, die eingehende Informationen von Leserinnen und Lesern sowie anderen „Zubringern“ redaktionell aufbereitet, aber auch eigene Recherchen betreibt. Themen sind Sport und Gesundheit, Rezensionen, Aufbereitung von Presse- und Medienmitteilungen, aktuelle Nachrichten aus Forschung und Praxis, Männerheilkunde sowie aktuelle Termine und Veranstaltungen. „Switchboard“ versteht sich nicht als Organ der „Männerbewegung“, sondern möchte verschiedene Meinungen zusammentragen und eine breite kritische Männeröffentlichkeit zur Diskussion anregen. „Switchboard“ erscheint vierteljährlich und ist bis zur Ausgabe Winter 2009 als PDF-Datei herunterladbar.

#### **[www.netzwerk-maennergesundheit.de](http://www.netzwerk-maennergesundheit.de)**

Die Website bietet Informationen von Fachpersonal, Kontaktmöglichkeiten und Informationen zu Veranstaltungen an. Hauptaufgabe ist die Vernetzung von Personen, die sich mit unterschiedlichen Aspekten der Gesundheit von Jungen und Männern sowie mit der Männergesundheitsförderung befassen. Zudem gibt es aktuelle Informationen zu Themen wie Entspannung und Stressabbau, Depressionen, Vorsorgeuntersuchungen, Konfliktbewältigungskultur, Ernährung, Bewegung, Bilder von Männlichkeit, Work-Life-Balance sowie Suchterkrankungen.

#### **[www.neue-wege-fuer-jungs.de](http://www.neue-wege-fuer-jungs.de)**

Das bundesweite Netzwerk von Initiativen zur Berufswahl und Lebensplanung von Jungen unterstützt seit 2005 schulische und außerschulische Angebote für Jungen zur Erweiterung der Berufs- und Studienfachwahl, der Flexibilisierung männlicher Rollenbilder und zum Ausbau sozialer Kompetenzen. „Neue Wege für Jungs“ unterstützt alle Aktiven, die schulische und außerschulische Veran-

staltungen für Jungen am Aktionstag oder an einem anderen Tag durchführen möchten. Auf der Homepage können Materialien bestellt werden. In der Datenbank „Jungs willkommen“ können Kontaktdaten von sozialen Einrichtungen wie zum Beispiel Kindergärten, Krankenhäuser und Seniorenheime, in denen Jungen ein Schnupperpraktikum machen können, gefunden werden.

#### **[www.stiftung-maennergesundheits.de](http://www.stiftung-maennergesundheits.de)**

Die Stiftung Männergesundheit hat sich als Ziel gesetzt, das Gesundheits- und Vorsorgebewusstsein bei Männern zu fördern und geeignete Vorsorgekampagnen, Früherkennungsprojekte und Forschungsvorhaben zur Gesundheit des Mannes zu initiieren und zu begleiten. Insbesondere fördert die Stiftung eine männerspezifische Prävention, Diagnostik und Therapie. 2010 wurde von der Stiftung im Rahmen der geschlechtsspezifischen Gesundheitsberichterstattung ein Bericht zur Gesundheit von Männern vorgelegt. Auf der Homepage finden sich nähere Informationen zu den geförderten Projekten und aktuellen Arbeitsschwerpunkten.

#### **[www.vaeter.de](http://www.vaeter.de)**

Der gemeinnützige Verein VÄTER e.V. wirbt auf seiner Homepage für praxisnahe Beratung in verschiedenen Lebensbereichen, Vorträge zu Väterthemen, Vater-Kind-Veranstaltungen und Multiplikatorenausbildungen. Des Weiteren gibt es Informationen rund um Beruf, Kinder, Partnerschaft und Geburt.

#### **[www.vaeter-netz.de](http://www.vaeter-netz.de)**

Das Väternetz Niedersachsen ist ein Verbund von Fachkräften der Väterbildung in Niedersachsen mit dem Ziel, Angebote für Väter zu sammeln und zu veröffentlichen. Das Netzwerk bietet Seminare (Vater-Kind, Gewaltprävention, Gender, Jungen in Kindergarten und Schule), Vorträge zu väterspezifischen Themen, Initiierung von Vätergruppen, Unterstützung von Väterangeboten und Vermittlung von Vätern an Bildungsträger und Beratungsstellen.

#### **[www.vaeter-und-karriere.de](http://www.vaeter-und-karriere.de)**

„Väter & Karriere“ möchte Väter in Betrieben mit ihren Bedürfnissen und Potenzialen sichtbar machen. „Väter & Karriere“ berät und unterstützt Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen dabei, wertvolle Kompetenzen und Interessen der Väter in den Betrieben zu erkennen, zu fördern und zu nutzen. Beschäftigte Väter erhalten individuelle Beratung und Zugänge zu interessanten Qualifizierungsangeboten. „Väter & Karriere“ bietet Unterstützung, um im Spannungsfeld Beruf, Familie und Freizeit flexibler zu agieren und Leistungsmotivation und Lebenszufriedenheit positiv zu gestalten.

### **[www.vaeter-zeit.de](http://www.vaeter-zeit.de)**

Die Homepage bietet Informationen zu den Themenfeldern „Vater werden“, „Vater sein“, „Partnerschaft und Familie“ sowie „Job und Freizeit“.

### **[www.vaeterzentrum-berlin.de](http://www.vaeterzentrum-berlin.de)**

Das Väterzentrum Berlin, das Arbeitsschwerpunkt von Mannege e.V. ist, informiert über Veranstaltungen und bietet Kurse und Reisen für Väter an. Außerdem gibt es die Möglichkeit der Rechtsberatung, der psychologischen Beratung und Beratung zur Lebensplanung.

### **[www.vater-und-beruf.de](http://www.vater-und-beruf.de)**

Die Onlineberatung von ver.di Hessen wendet sich an interessierte Arbeitnehmer, betriebliche Interessenvertretungen, Genderbeauftragte und Führungskräfte. Sie will in erster Linie Männer informieren, motivieren und als aktive Väter unterstützen.

### **[www.vend-ev.de](http://www.vend-ev.de)**

Das Väter-Experten-Netz-Deutschland e.V. (VEND) möchte die Erziehungskompetenz von Vätern in der Familie und die Gleichberechtigung von Männern und Frauen fördern. VEND möchte seine Ziele erreichen durch Lobbyarbeit gegenüber Politik, Ministerien, Behörden und Fachverbänden, die Vernetzung von Facheinrichtungen und Fachleuten aus Pädagogik, Beratung, Wissenschaft, Politik und Wirtschaft, durch die Vermittlung von Referenten und Referentinnen zu väterspezifischen Themen sowie durch Serviceangebote für Fachleute, um deren Ressourcen und Fachkompetenzen für die Arbeit mit Vätern zu erhöhen.

## **Österreich und Schweiz**

### **[www.gesunde-maenner.ch](http://www.gesunde-maenner.ch)**

Das Forum Männergesundheit vernetzt Wissen und Fachkräfte, realisiert Projekte und bietet Fachberatung. Grundlagentexte, Links und Adressen zu den Themen Arbeit, Alter, Bildung, Familie, Jungenarbeit, Gleichstellung, Gesundheit, Migration, Selbsthilfe, Trennung, Väter und Zukunftsforschung sind auf der Homepage zu finden. Das Forum informiert umfassend zum Forschungsstand und zu aktuellen Themen im Bereich Männergesundheit.

### **www.maenner.ch**

Der Dachverband der Schweizer Männer- und Väterorganisationen (über 20 Kollektivmitglieder – Männer-/Väterinitiativen, Vereine und Unternehmen) ist ein auf Bundesebene agierender Interessenverband für männer- und väterpolitische Themen. Als Dachverband will man „neue Männerpolitik“ betreiben und mittels Lobbying aus männlicher Perspektive einen Beitrag zu Chancengleichheit und Geschlechterdemokratie leisten. Themenschwerpunkte sind Arbeit, Vaterschaft, Sexualität, Migration sowie Kommunikation und Aktionen. Auf der Homepage von [www.maenner.ch](http://www.maenner.ch) sind die Forderungen, Positionen, Leitideen sowie hilfreiche Links des Verbands einzusehen. Außerdem sind Factsheets und ein Newsletter herunterladbar.

### **www.maenneratlas.at**

Die Homepage der Männerberatung des Landes Oberösterreich und der Katholischen Männerbewegung der Diözese Linz stellt Einstiegstexte, Impulsfragen und Informationen zu 18 ausgewählten „Lebensorten“ zur Verfügung (u. a. Identität, Krise, Sucht, Vaterschaft, Paarkonflikte). Zudem bietet die Site ein vielfältiges Veranstaltungsprogramm, vermittelt Referenten und Referentinnen, stellt Unterlagen zum Aufbau von Männergruppen zur Verfügung und leistet Vernetzungsarbeit.

### **www.maennerzeitung.ch**

Die Männerzeitung berichtet viermal im Jahr über Liebe, Arbeit, Familie, Sex und Gesundheit. Die Zeitung erscheint immer zu einem Themenschwerpunkt (u. a. Ausgabe Nr. 37/2010 „Der neue Mann“, Ausgabe Nr. 36/2009 „Rituale“, Ausgabe 33/2009 „Junge Männer“). Die Männerzeitung diskutiert Männerklischees und Männerpolitik, liefert Fakten und stellt aktuelle Studien vor. Sie bringt Portraits von „Männern, die ihre Wege abseits der traditionellen Trampelpfade“ beschreiten. Alle Ausgaben können kostenlos als PDF-Dateien heruntergeladen oder als Abo in Papierform bezogen werden.

## 11.2 Verzeichnis der Teilnehmerinnen und Teilnehmer

- Altgeld, Thomas* – Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.,  
Flenskweg 2, 30165 Hannover
- Antoine, Sunya-Lee* – Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation  
und Information, Waisenhausgasse 36–38 a, 50676 Köln
- Diggins-Rösner, Angelika* – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen  
und Jugend, Referat 404, Rochusstraße 8–10, 53123 Bonn
- Drohse, Petra, Dr.* – Bundesministerium für Gesundheit, Referat 333,  
Rochusstraße 1, 53123 Bonn
- Döring, Nicola, Prof. Dr.* – Technische Universität Ilmenau, Institut für  
Medien- und Kommunikationswissenschaft, Ernst-Abbe-Zentrum für  
Forschung und Transfer (EAZ), Ehrenbergstraße 29, 98693 Ilmenau
- Erath, Anke* – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Referat  
„Familienplanung/Verhütung“, Ostmerheimer Straße 220, 51109 Köln
- Faltermaier, Toni, Prof. Dr.* – Universität Flensburg, Institut für Psychologie,  
Abteilung Gesundheitspsychologie und Gesundheitsbildung, Auf dem  
Campus 1, 24943 Flensburg
- Fleitz, Annette* – Bundesministerium für Gesundheit, Rochusstraße 8–10,  
53123 Bonn
- Gold, Carola* – Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V., Friedrichstraße 231,  
10969 Berlin
- Haase, Andreas* – Gender-OE Coaching, Postfach 2201, 32712 Detmold
- Hanusch, Katja* – Schieritzstraße 36, 10409 Berlin
- Hartmann-Tews, Ilse, Prof. Dr.* – Deutsche Sporthochschule Köln, Institut  
für Sportsoziologie, Abteilung Geschlechterforschung, Am Sportpark  
Müngersdorf 6, 50933 Köln
- Heinen, Dorothee* – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Referat  
„Internationale Beziehungen“, Ostmerheimer Straße 220, 51109 Köln
- Hesslein, Christine* – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Referat  
„Aufgabenplanung und -koordination“, Ostmerheimer Straße 220,  
51109 Köln
- Janson, Jens* – Männerarbeit der EKD/Netzwerkprojekt, Bundesforum  
Männer, Berliner Allee 9–11, 30175 Hannover
- Klotz, Theodor, Prof. Dr.* – Klinik für Urologie und Kinderurologie,  
Söllnerstraße 16, 92637 Weiden
- Knigge, Helge, Dr.* – Deutsche Sporthochschule Köln, Institut für Bewegungs-  
und Neurowissenschaft, Am Sportpark Müngersdorf 6, 50933 Köln

- Köster, Monika, Dr.* – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Referat „Aufgabenplanung und -koordinierung“, Ostmerheimer Straße 220, 51109 Köln
- Lang, Peter* – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Referat „Suchtprävention“, Ostmerheimer Straße 220, 51109 Köln
- Langanke, Harriet* – Gemeinnützige Stiftung Sexualität und Gesundheit, Odenwaldstraße 72, 51105 Köln
- Lange, Cornelia, Dr.* – Robert Koch-Institut, FG 24, Seestraße 10, 13353 Berlin
- Lehmann, Harald* – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, stellvertretender Direktor, Ostmerheimer Straße 220, 51109 Köln
- Löchel, Niels* – Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V., Friedrichstraße 231, 10969 Berlin
- Mirtschin, Jana* – Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V., Flenskeweg 2, 30165 Hannover
- Neubauer, Gunter* – Sozialwissenschaftliches Institut Tübingen, Ringstraße 7, 72070 Tübingen
- Neutzling, Rainer* – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Referat „Familienplanung/Verhütung“, Ostmerheimer Straße 220, 51109 Köln
- Nöcker, Guido, Dr.* – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Referat „Qualifizierung, Fortbildung“, Ostmerheimer Straße 220, 51109 Köln
- Paradies, Christina* – ProjektBüroKöln, Gotenring 4, 50679 Köln
- Peretzki, Horst, Dr.* – Bundesministerium für Gesundheit, Referat 333, Rochusstraße 1, 53123 Bonn
- Pott, Elisabeth, Prof. Dr.* – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Direktorin, Ostmerheimer Straße 220, 51109 Köln
- Rosowski, Martin* – Evangelische Kirche in Deutschland, Berliner Allee 9–11, 30175 Hannover
- Sander, Dirk, Dr.* – Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Wilhelmstraße 138, 10963 Berlin
- Sandkühler, Dirk* – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Referat „Suchtprävention“, Ostmerheimer Straße 220, 51109 Köln
- Schluck, Stephanie* – Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V., Flenskeweg 2, 30165 Hannover
- Schorn, Heribert, Dr.* – Kornmarkt 9, 37073 Göttingen
- Schwenner, Oliver* – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Referat „Sexualaufklärung“, Ostmerheimer Straße 220, 51109 Köln
- Stiehler, Matthias, Dr.* – Landeshauptstadt Dresden, Gesundheitsamt, Beratungsstelle für Aids und sexuell übertragbare Krankheiten, Bautzner Straße 125, 01099 Dresden

- Stöver, Heino, Prof. Dr.* – Fachhochschule Frankfurt am Main, FB 4: Soziale Arbeit und Gesundheit, Nibelungenplatz 1, 60318 Frankfurt am Main
- Szagan, Bertram, Prof. Dr.* – Hochschule Ravensburg-Weingarten, Fakultät Soziale Arbeit, Gesundheit, Pflege, Leibnitzstraße 10, Geb. A, 88241 Weingarten
- Theuerkauf, Olaf* – Stiftung Männergesundheit, Reinhardtstraße 2, 10117 Berlin
- Tischer, Ulrike* – Deutsche Sporthochschule Köln, Institut für Sportsoziologie, Abteilung Geschlechterforschung, Am Sportpark Müngersdorf 6, 50933 Köln
- Töppich, Jürgen* – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Referat „Wissenschaftliche Untersuchungen, Qualitätssicherung“, Ostmerheimer Straße 220, 51109 Köln
- Vosshagen, Arnulf, Dr.* – Fachklinik Kamillushaus Essen, Heidhauser Straße 273, 45239 Essen
- Wanielik, Reiner* – Büro für sexualpädagogische Praxisberatung und Jungenarbeit, Adolfsallee 33, 65185 Wiesbaden
- Winter, Reinhard, Dr.* – Netzwerk Männergesundheit, Lorettoplatz 6, 72072 Tübingen
- Zschorlich, Beate* – Institut für Qualität und Wirklichkeit im Gesundheitswesen, Dillenburger Straße 27, 51105 Köln

## Fachheftreihe „Gesundheitsförderung konkret“

- Band 1: *Bewegungsförderung im Kindergarten. Kommentierte Medienübersicht*  
Von Renate Zimmer unter Mitarbeit von Ursula Licher-Rüschchen und Janet Mandler  
Best.-Nr. 60641000 (Printversion vergriffen; nur als PDF-Datei verfügbar)
- Band 2: *Raucherentwöhnung in Deutschland – Grundlagen und kommentierte Übersicht*  
Von Christoph Kröger unter Mitarbeit von H. Sonntag und R. Shaw (IFT Inst. für  
Therapieforschung, München)  
Best.-Nr. 60642000
- Band 3: *Stillen und Muttermilch – Grundlagen, Erfahrungen und Empfehlungen* (neue, erweiterte  
und überarbeitete Auflage)  
Best.-Nr. 60643000
- Band 4: *Qualitätskriterien für Programme zur Prävention und Therapie von Übergewicht und  
Adipositas bei Kindern und Jugendlichen*  
Von Cornelia Goldapp, Reinhard Mann, Thomas Böhler, Martin Wabitsch u. a.  
Best.-Nr. 60644000
- Band 5: *Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten – Ansatz –  
Beispiele – Weiterführende Informationen*  
Von Frank Lehmann, Raimund Geene, Lotte Kaba-Schönstein u. a. (4. Aufl. 2010)  
Best.-Nr. 60645000
- Band 6: *Gesundheitsförderung durch Lebenskompetenzprogramme in Deutschland – Grundlagen  
und kommentierte Übersicht*  
Von Anneke Bühler und Kathrin Heppekaufen (IFT Inst. für Therapieforschung, München)  
Best.-Nr. 60646000
- Band 8: *Die Versorgung übergewichtiger und adipöser Kinder und Jugendlichen in Deutschland –  
Quantität und Qualität von Angeboten im Zeitraum 2004–2005*  
Ein Forschungsprojekt im Auftrag der BZgA, durchgeführt durch das Universitätsklini-  
kum Hamburg-Eppendorf, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Institut und Poliklinik für  
Medizinische Psychologie, Forschungsgruppe Qualitätssicherungsforschung unter Leitung  
von Dipl.-Pol. Dipl.-Psych. Thomas Kliche und Prof. Dr. Dr. Uwe Koch  
Best.-Nr. 60648000
- Band 9: *Wirkungsanalyse zur Wettbewerbsreihe „Vorbildliche Strategien kommunaler  
Suchtprävention“*  
Eine Untersuchung im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)  
unter Leitung von Dr.-Ing. Dipl.-Volkswirt Michael Bretschneider und Mitarbeit von Ina  
Kaube und Jörg Schumacher  
Best.-Nr. 60649000
- Band 10: *Gender Mainstreaming in der Gesundheitsförderung/Prävention*  
Anwendungsorientierter Austausch zwischen Forschung und Facharbeit unter besonderer  
Berücksichtigung der Anforderungen an eine geschlechtersensible Gesundheitsförderung  
bei sozial Benachteiligten. Dokumentation des BZgA-Workshops am 18. April 2008 in  
Köln. Von Cornelia Helfferich und Monika Köster, unter Mitarbeit von Birgit Heidtke  
Best.-Nr. 60649100
- Band 11: *Unterrichtsmaterialien zur Ernährungserziehung in der Grundschule – eine bundesweite  
Bestandsaufnahme.* [www.bzga.de/ernaehrung-klasse1-6](http://www.bzga.de/ernaehrung-klasse1-6)  
Best.-Nr. 60649110
- Band 12: *Migration und Gesundheitsförderung – Ergebnisse einer Tagung mit Expertinnen und  
Experten*  
Best.-Nr. 60649120

- Band 13: *Qualitätskriterien für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen*  
Best.-Nr. 60649130
- Band 14: *Gesundheit von Jungen und Männern – Hintergründe, Zugangswege und Handlungsbedarfe für Prävention und Gesundheitsförderung (Dokumentation des BZgA-Fachforums am 2. Oktober 2009)*  
Best.-Nr. 60649140

**Englische Ausgaben:**

- Vol. 4: *Quality criteria for programmes to prevent and treat overweight and obesity in children and adolescents – Quality grid for preventative measures / Consensus paper*  
Von Cornelia Goldapp, Reinhard Mann, Rose Shaw, Thomas Böhler, Martin Wabitsch, Ute Winkler  
Best.-Nr. 60644070
- Vol. 8: *The treatment of overweight and obese children and young people in Germany – Quantity and quality of initiatives in 2004–2005*  
A research project carried out by the University Medical Centre Hamburg-Eppendorf, the Centre for Psychosocial Medicine, the Institute and Polyclinic for Medical Psychology and the research group for quality assurance research led by Dipl.-Pol. Dipl.-Psych. Thomas Kliche and Prof. Dr. Dr. Uwe Koch, on behalf of the Federal Centre for Health Education  
Best.-Nr. 60648070

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ist eine Behörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit mit Sitz in Köln. Auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung nimmt sie sowohl Informations- und Kommunikationsaufgaben (Aufklärungsfunktion) als auch Qualitätssicherungsaufgaben (Clearing- und Koordinierungsfunktion) wahr.

Auf dem Sektor der Qualitätssicherung gehören die Erarbeitung wissenschaftlicher Grundlagen und die Entwicklung von Leitlinien und qualitätssichernden Instrumenten zu den wesentlichen Aufgaben der BZgA. Einen immer größeren Stellenwert gewinnen auch die Marktbeobachtung und die Marktanalyse, deren Ziel es ist, den unüberschaubaren Markt an Angeboten zur Gesundheitsförderung transparent zu machen und zur Verbreitung qualitätsgesicherter Informationen beizutragen.

In der Reihe „Gesundheitsförderung konkret“ wird ein Großteil der Ergebnisse und Erfahrungen hieraus – zum Beispiel in Form von themen- und zielgruppenspezifischen Marktübersichten oder als Dokumentation ausgewählter Projekte, Modelle und Veranstaltungen – veröffentlicht. Ziel dieser Reihe ist, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren im Bereich der Gesundheitsförderung bei ihrer Arbeit konkret zu unterstützen und Anregungen für die tägliche Praxis zu geben.