

rungen an den Gefäßwänden führen zu einer Versteifung und Verminderung des Gefäßdurchmessers und in Folge dessen zu einer Durchblutungsstörung und Minderversorgung der Herzmuskulatur mit Sauerstoff. Es bestehen verschiedene klinische Ausprägungen der KHK, als akute Manifestation ist der Herzinfarkt (akuter Myokardinfarkt) (ICD-10: I21–I22) von besonderer Bedeutung, da hierbei die Gefahr eines plötzlichen Herztodes besonders groß ist [15].

2.2.1.1 Symptomatik

Die klinische Manifestation einer KHK kündigt sich bei der Mehrzahl der Patienten und Patientinnen durch spezifische Symptome an: Belastungsabhängige Brustschmerzen und Atemnot sind dabei besonders häufig. Ein erster Hinweis auf die Entwicklung einer KHK kann bei Männern eine erektile Dysfunktion (ED) sein. Diese geht mit ihren Symptomen einer KHK im Mittel zwei bis drei Jahre voraus [16] und ist daher ein wichtiger Ansatzpunkt für weitere Diagnostik und Prävention (siehe Kapitel 2.6.1 Sexuelle Funktionsstörungen).

Bei der Symptomatik des akuten Herzinfarktes zeigen sich bei Männern und Frauen Unterschiede hinsichtlich Schmerzlokalisierung und Symptompektrum. Um rechtzeitig notfallmedizinische Hilfe zu holen, ist die Kenntnis der allgemeinen, wie auch der geschlechtsspezifischen Herzinfarktsymptomatik von besonderer Bedeutung. Unabhängig vom Geschlecht sind plötzlich einsetzende Brustschmerzen, die als stechend, brennend oder drückend beschrieben werden, mehr als fünf Minuten andauern und auch in Ruhe nicht abklingen, die häufigste Symptomatik. Frauen zeigen daneben aber oftmals andere Schmerzlokalisationen als Männer: Schmerzausstrahlungen in den linken Arm bzw. die linke Hand, Schulter, in den Rücken und den Kiefer-Halswinkel sowie unspezifische Symptome wie Luftnot, Übelkeit, Erbrechen und Schmerzen im Oberbauch sind bei ihnen häufiger [15, 17].

Studien zum Wissen über die geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Symptomatik und die Bedeutung der schnellen medizinischen Versorgung des Herzinfarktes konnten für die USA eine geringere Symptomkenntnis bei Männern sowie bei Personen mit niedriger Bildung belegen

[18, 19]. Auch für Deutschland konnten diese Unterschiede gezeigt werden. Mehr Männer als Frauen kannten Herzinfarktsymptome nicht und die geschlechtsspezifischen Unterschiede waren ihnen häufiger unbekannt [20]. Auffallend war außerdem, dass das Symptomwissen mit dem sozialen Status variiert: Vor allem bei Männern zeigte sich, dass in den niedrigen sozialen Statusgruppen das Herzinfarktsymptomwissen gering ist. Vor dem Hintergrund, dass Männer häufiger und in jüngerem Alter an Herzinfarkten versterben und bestimmte Risikofaktoren bei Männern (und Frauen) mit niedrigem sozioökonomischen Status häufiger anzutreffen sind [21], geben diese Ergebnisse Hinweise auf die Notwendigkeit verstärkter zielgruppenspezifischer Aufklärung.

2.2.1.2 Morbidität

Die zeitliche Entwicklung der Behandlungshäufigkeit von KHK insgesamt zeigt bei Männern eine Abnahme der stationären Fallzahlen im Zeitraum 2000 bis 2012 um 23,3%. So gab es im Jahr 2000 bei Männern 577.723 stationäre Fälle aufgrund einer KHK, im Jahr 2012 443.037 stationäre Fälle. Die altersstandardisierte Rate je 100.000 Einwohner nahm in diesem Zeitraum um 39,0% ab (siehe Abbildung 2.2.2). Die Zahlen zum akuten Herzinfarkt bleiben dabei aber weitgehend konstant.

Für Aussagen zur Neuerkrankungsrate an Herzinfarkten liegen für Deutschland keine flächendeckenden Ergebnisse vor. Mit den Daten aus dem bevölkerungsbasierten MONICA/KORA-Herzinfarktregister Augsburg können aber Aussagen zur Herzinfarkt-Inzidenz (tödliche und nicht-tödliche Erstinfarkte für die 25- bis 84-jährige Bevölkerung) in der Stadt und Region Augsburg getroffen werden. Für das Jahr 2011 wurden 247 erstmalige Herzinfarkt-Fälle je 100.000 Einwohner bei den Männern ermittelt [22].

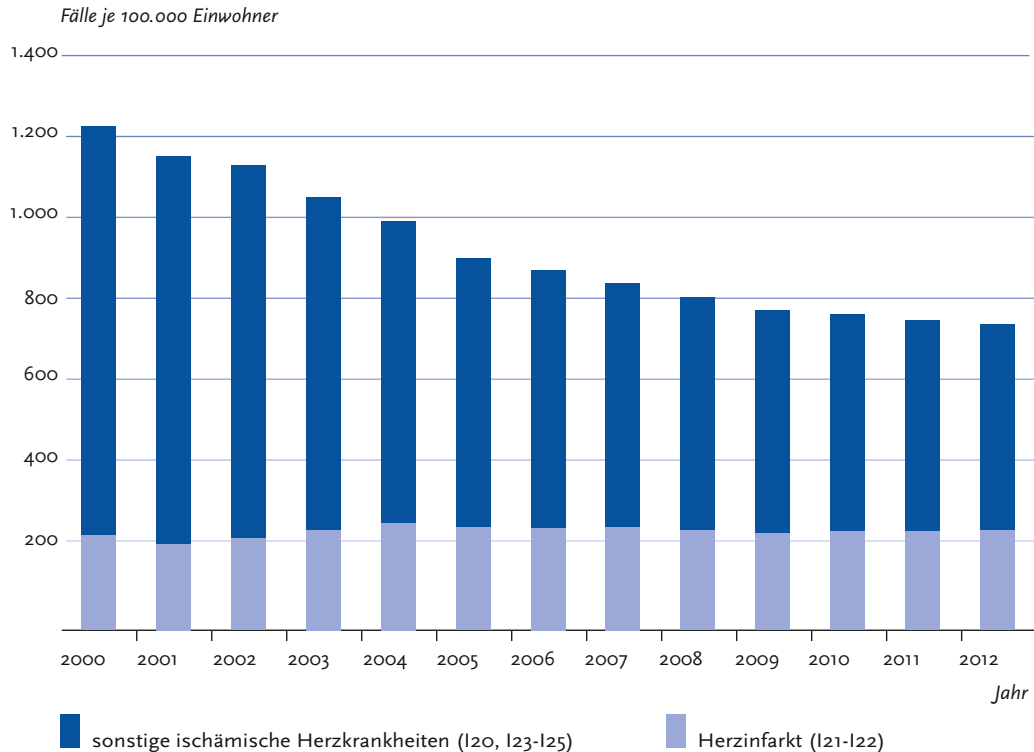
Inwieweit die Abnahme der stationären Fallzahlen auch eine Abnahme der Erkrankungshäufigkeit bedeutet, oder ob es sich um eine Verlagerung der Behandlung in den ambulanten Bereich handelt, kann aber aufgrund der Datenlage nicht beurteilt werden.

Die Anzahl der stationären Aufenthalte aufgrund einer KHK war im Jahr 2012 bei Männern

Abbildung 2.2.2

Entwicklung der altersstandardisierten stationären Fallzahlen für ischämische Herzkrankheiten inklusive Herzinfarkt bei Männern für den Zeitraum 2000 bis 2012 (Krankenhausfälle je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert nach Alter Europa-standardbevölkerung)

Quelle: Krankenhausdiagnostikstatistik, Fortschreibung des Bevölkerungsstandes, Statistisches Bundesamt [1]



doppelt so hoch wie bei Frauen (Männer 440.403 Fälle, Frauen 221.844 Fälle). Wird nur die Diagnose Herzinfarkt betrachtet, ist die Anzahl der stationären Aufenthalte bei Männern 1,8-fach so hoch (Männer 143.682 Fälle, Frauen 78.688 Fälle).

Die Altersverteilung der stationär im Krankenhaus behandelten Fälle zeigt, dass der Anteil der Männer in allen Altersgruppen deutlich überwiegt, in den Altersgruppen von 20 bis 64 Jahren ist er sogar mindestens dreimal so hoch wie bei Frauen (siehe Abbildung 2.2.3).

2.2.1.3 Mortalität

Die koronare Herzkrankheit ist bei Männern bereits im mittleren Lebensalter eine häufige Todesursache, deren Anteil mit zunehmendem Lebens-

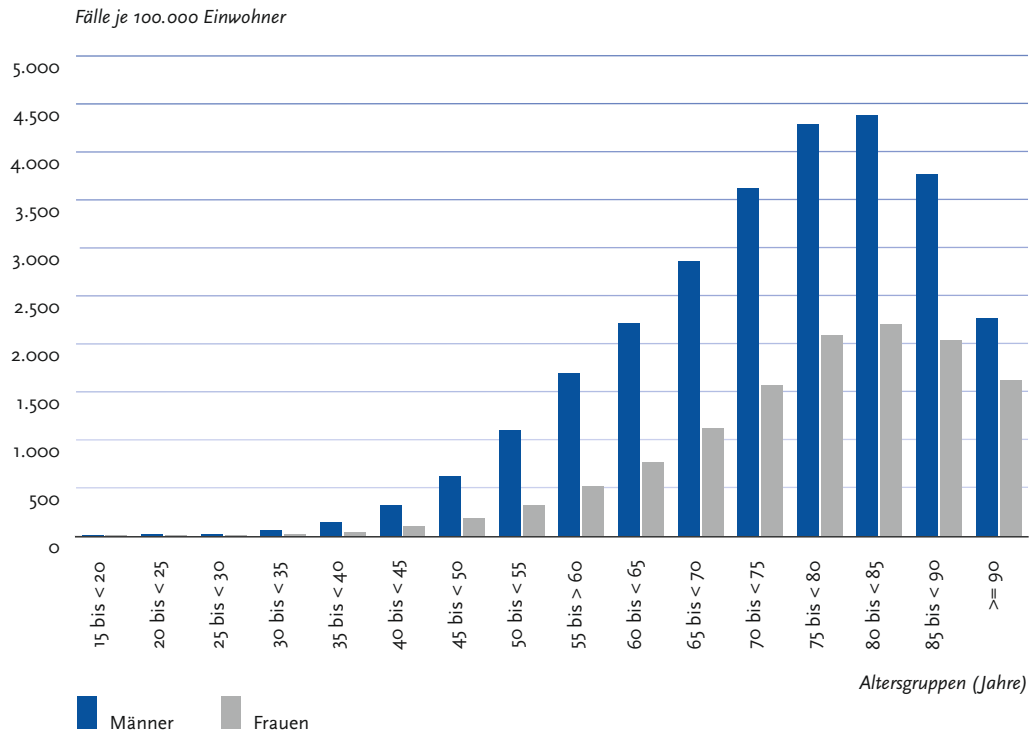
alter weiter ansteigt. Die Einzelindikationen »Akuter Myokardinfarkt« (ICD-10: I21) und »Chronische ischämische Herzkrankheit« (ICD-10: I25) sind bei Männern ab dem 35. Lebensjahr unter den drei häufigsten Todesursachen.

Gemäß der Todesursachenstatistik sind im Jahr 2012 15,9% (66.294 Sterbefälle) aller verstorbenen Männer an einer KHK (ICD-10: I20–I25) gestorben, fast die Hälfte davon (46,6%, 30.894 Sterbefälle) an einem Herzinfarkt (ICD-10: I21–I22). Das entspricht einer auf die Alte Europastandardbevölkerung altersstandardisierten Sterberate von 101,7 je 100.000 Einwohner für die KHK bzw. 48,9 je 100.000 Einwohner für den Herzinfarkt. Bei den Frauen waren 13,7% (61.877 Sterbefälle) an einer KHK gestorben, davon gut ein Drittel (39,6%, 24.531 Sterbefälle) an einem Herzinfarkt. Die altersstandardisierte Sterberate betrug bei ihnen 51,3

Abbildung 2.2.3

Ischämische Herzkrankheiten (ICD-10: I20–I25) nach Altersgruppen und Geschlecht im Jahr 2012 (Krankenhausfälle je 100.000 Einwohner)

Quelle: Krankenhausdiagnosestatistik, Fortschreibung des Bevölkerungsstandes, Statistisches Bundesamt [1]



je 100.000 Einwohner für die KHK bzw. 22,2 je 100.000 Einwohner für den Herzinfarkt [2]

Die im Kapitel 2.1.2 Sterblichkeitsgeschehen und Todesursachen festgestellte allgemeine Übersterblichkeit der Männer ist also zu einem nicht unerheblichen Teil auf den Herzinfarkt zurückzuführen, weshalb dieser überwiegend als »Männerkrankheit« angesehen wird [23]. Das durchschnittliche Sterbealter lag bei Männern für KHK im Jahr 2012 bei 77,0 Jahren und war damit deutlich niedriger als bei Frauen (84,8 Jahre). An einem Herzinfarkt verstarben Männer noch früher, mit durchschnittlich 74,2 Jahren (Frauen: 82,5 Jahre) [24].

Eine KHK war bei 11,5% aller vorzeitigen Sterbefälle (unter 65 Jahren) bei Männern ursächlich, dabei mehrheitlich durch Herzinfarkt (insgesamt 7,8% aller vorzeitigen Sterbefälle bei Männern). Im zeitlichen Verlauf zeigt sich eine leichte Abnahme der vorzeitigen Sterblichkeit an KHK

(altersstandardisiert). Im Jahr 2000 starben 13,5% aller im Alter unter 65 Jahren gestorbenen Männer an einer KHK, im Jahr 2012 waren es 11,0% [25]. Dennoch signalisieren diese Zahlen noch immer das erhebliche Präventionspotenzial bei dieser Krankheitsgruppe.

2.2.2 Zerebrovaskuläre Erkrankungen

Zu den zerebrovaskulären Erkrankungen (ICD-10: I60–I69) zählen alle Erkrankungen, die auf eine krankhafte Veränderung der Gefäße des zentralen Nervensystems zurückgeführt werden können. Unter dem Begriff Schlaganfall wird dabei eine heterogene Gruppe von Erkrankungen zusammengefasst (ICD-10: I60–I64), deren zentrales Merkmal eine plötzlich auftretende Schädigung von Hirnarealen ist, die infolge eines Gefäßver-

schlusses oder durch eine Hirnblutung entsteht. Etwa 80 % der Schlaganfälle sind auf einen akuten Verschluss eines Hirngefäßes durch ein Blutgerinnsel mit entsprechender Mangel durchblutung des betroffenen Hirnareals zurückzuführen [2].

2.2.2.1 Symptomatik

Die Symptome zerebrovaskulärer Erkrankungen sind vielfältig, weil sie vom Schädigungsort im Gehirn abhängen. Vorübergehende Seh- oder Sprachstörungen, Lähmungen oder Gefühlsstörungen oder plötzlich auftretende sehr starke Kopfschmerzen können Anzeichen für eine Minderdurchblutung des Gehirns sein. Sind diese Anzeichen schwerwiegend oder von Bewusstlosigkeit begleitet, ist ein Gefäßverschluss oder eine Blutung wahrscheinlich. Eine sofortige Einweisung ins Krankenhaus, möglichst bereits nach Auftreten der ersten Symptome, ist notwendig, um eine erfolversprechende Therapie durchführen zu können, denn etwa jeder vierte Schlaganfall verläuft tödlich [26, 27]. Auch beim Schlaganfall sind geschlechtsspezifische Unterschiede in der Symptomatik möglich [28], wobei eher seltener Symptome des Schlaganfalls wie beispielsweise Bewusstseinsstörungen oder Schmerzen bei Frauen häufiger auftreten.

Sofortige medizinische Versorgung ist entscheidend für den Behandlungserfolg. Daher ist es wichtig, die Symptome des Schlaganfalls zu kennen. Auswertungen für Deutschland haben gezeigt, dass Männer etwas schlechter aufgeklärt sind als Frauen und insbesondere in der Hochrisikogruppe der Älteren eine intensivere Aufklärung notwendig zu sein scheint. Auch fanden sich Hinweise darauf, dass besser Gebildete mehr Schlaganfallsymptome kannten als Personen mit niedriger Bildung [29].

2.2.2.2 Morbidität

Aktuell liegen keine flächendeckenden Daten für Deutschland zur Schlaganfallinzidenz bzw. den zeitlichen Trends vor [30]. Aussagen zur Neuerkrankungsrate können anhand der Daten des populations-basierten Schlaganfallregisters Erlangen getroffen werden. Hier wurden in den Jahren

1994 bis 1996 alle auftretenden Schlaganfälle ohne Altersbeschränkung erfasst, unabhängig davon, ob sie ambulant oder stationär behandelt wurden. Bezogen auf die deutsche Bevölkerung ereignen sich danach jährlich ca. 262.500 Schlaganfälle (196.500 erstmalige und 66.000 wiederholte), davon 44,8 % bei Männern [31].

Zur Einschätzung der Schlaganfallinzidenz kann aber auch die Zahl der Behandlungen in Krankenhäusern herangezogen werden, da Schlaganfälle in Deutschland überwiegend stationär behandelt werden. Im Jahr 2012 gab es bei Männern 182.273 stationäre Fälle aufgrund einer zerebrovaskulären Erkrankung (ICD-10: I60–I69), davon war die Mehrheit (82,8 %) aufgrund eines Schlaganfalls (ICD-10: I60–I64). Die Zahl der stationären Behandlungsfälle von zerebrovaskulären Erkrankungen ist bei Männern im Zeitraum von 2000 bis 2012 von 395 pro 100.000 Einwohner auf 300 je 100.000 Einwohner (altersstandardisiert auf Alte Europastandardbevölkerung) gesunken. Dennoch ist die Rate der Männer über diesen Zeitraum 1,4-fach höher als die der Frauen.

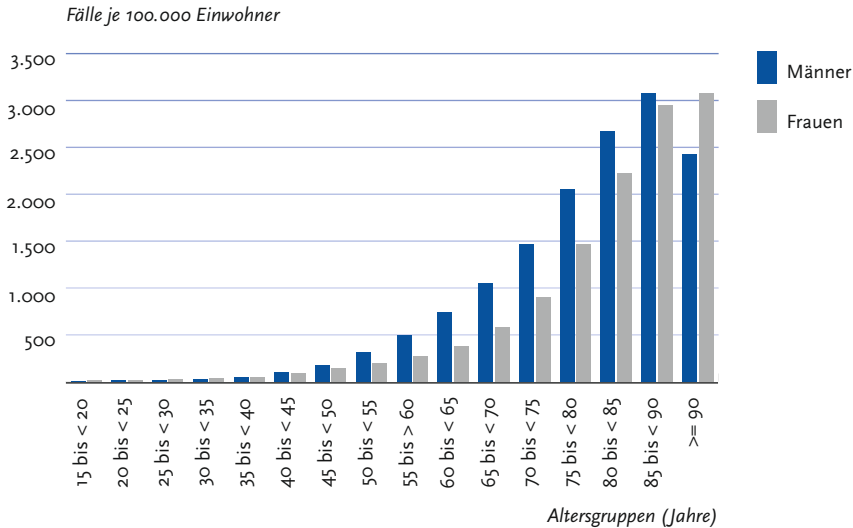
Wird die Altersverteilung der stationär im Krankenhaus behandelten Fälle nach Geschlecht betrachtet, überwiegt der Anteil der Männer vor allem in den Altersgruppen von 50 bis 84 Jahren (siehe Abbildung 2.2.4).

Neben der stationären Morbidität sind Aussagen zur Prävalenz des überlebten Schlaganfalls wichtig, da die betroffenen Personen in der Folge ggf. mit Gefäßoperationen und spezifischen medikamentösen Therapien und mit rehabilitativen oder pflegerischen Maßnahmen versorgt werden müssen [32]. Nach aktuellen Daten der »Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland« (DEGS1) des Robert Koch-Instituts beträgt die Lebenszeitprävalenz des nicht tödlichen Schlaganfalls in der Altersgruppe von 40 bis 79 Jahren bei Männern in Deutschland 3,3 % (Frauen 2,5 %) [30]. Auch diese Daten belegen einen deutlichen Anstieg der Prävalenz mit dem Alter, bei Männern von 0,7 % im Alter von 40 bis 49 Jahren auf 8,1 % im Alter von 70 bis 79 Jahren.

Abbildung 2.2.4

Zerebrovaskuläre Krankheiten (ICD-10: I60–I69) nach Altersgruppen und Geschlecht im Jahr 2012 (Krankenhausfälle je 100.000 Einwohner)

Quelle: Krankenhausdiagnostik, Fortschreibung des Bevölkerungsstandes, Statistisches Bundesamt [1]



2.2.2.3 Mortalität

Die Mortalitätsraten der zerebrovaskulären Erkrankungen sind in den letzten Jahren stetig gesunken [24]. Dennoch gehört auch die Krankheitsgruppe Schlaganfall bei Männern (wie bei Frauen) nach wie vor zu den häufigen Todesursachen [24, 33]. Nach der Todesursachenstatistik war im Jahr 2012 eine zerebrovaskuläre Erkrankung (ICD-10: I60–I69) Todesursache bei 5,6 % (23.286 Sterbefälle) aller verstorbenen Männer (Frauen 7,9 %, 35.639 Sterbefälle). Die altersstandardisierte Rate der Sterbefälle, die auf zerebrovaskuläre Erkrankungen zurückzuführen war, lag bei Männern mit 34,8 je 100.000 Einwohner höher als bei Frauen mit 29,8 je 100.000 Einwohner [2]. Das Durchschnittsalter bei Tod durch einen Schlaganfall betrug bei Männern im Jahr 2012 78,6 Jahre, gegenüber 84,3 Jahre bei Frauen [24].

Schlaganfall ist als Todesursache in den höheren Altersgruppen von Bedeutung, kann aber auch bereits im mittleren Lebensalter Ursache eines vorzeitigen Todes sein. Im Jahr 2012 war bei Männern unter 65 Jahren bei 2,5 % der Todesfälle ein Schlaganfall Ursache für eine vorzeitige Sterblichkeit (Frauen 2,9 %) [25].

2.2.3 Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Neben dem höheren Lebensalter und einer vorliegenden familiären Disposition werden Herz-Kreislauf-Erkrankungen in ihrer Entstehung bei Männern und Frauen vor allem durch das Vorliegen von Vorerkrankungen (Diabetes mellitus, Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen) begünstigt. Daneben sind die Lebensstilfaktoren Rauchen, Übergewicht, Bewegungsmangel, ungesunde Ernährungsgewohnheiten (geringe Aufnahme von Obst und Gemüse) sowie übermäßiger Alkoholkonsum wichtige Risikofaktoren. Außerdem wurde die Bedeutung der Depression als Risikofaktor für die Entstehung wie auch die Prognose von Herz-Kreislauf-Erkrankungen erkannt [34, 35]. Auch psychosoziale Determinanten wie soziale Isolation, bestimmte Formen von Stress oder belastende Lebensereignisse können das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen ungünstig beeinflussen [36–38]. Ferner wurden Faktoren, wie z.B. ungünstige sozioökonomische Bedingungen, hohe berufliche Belastungen (Stress) und mangelnde soziale Unterstützung als Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen erkannt. Außerdem wurden weitere Parameter

identifiziert, z.B. Entzündungsparameter im Blut, die mit einem Risikoanstieg für Herz-Kreislauf-Erkrankungen assoziiert sind, deren Rolle dabei aber noch nicht abschließend geklärt ist [39].

Anhand von groß angelegten epidemiologischen Studien konnte gezeigt werden, dass bei der Entstehung der verschiedenen Krankheitsbilder von Herz-Kreislauf-Erkrankungen einzelne Risikofaktoren bei Männern und Frauen unterschiedlich stark ins Gewicht fallen [40–42] und sich auch geschlechtsspezifische Unterschiede im Hinblick auf die Stärke des Einflusses der jeweiligen Faktoren [11] zeigen. Auch wenn Herz-Kreislauf-Erkrankungen durch viele Faktoren verursacht sein können, haben die Risikofaktoren Diabetes mellitus, Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen und Rauchen große Bedeutung [41, 42]. Die Daten der INTERHEART-Study [42] ermöglichen es, kumulative Effekte verschiedener Risikofaktoren auf den Herzinfarkt zu bestimmen. Danach zeigte sich, dass sich bei Männern 56,5 % der Herzinfarkte auf die Kombination ungünstiger Lebensstilfaktoren zurückführen lassen (Rauchen, kein täglicher Obst- und Gemüsekonsum, körperliche Inaktivität und übermäßiger Alkoholkonsum). Bei Frauen sind es 60,6 %. Änderungen des Lebensstils würden das Herzinfarkttrisiko der Männer (und Frauen) auf Bevölkerungsebene deutlich senken. Der Einfluss von Rauchen und Fettstoffwechselstörungen war vor allem bei Männern im jüngeren Alter (<55 Jahre) besonders ausgeprägt, was darauf hindeutet, dass gerade Herzinfarkte im jüngeren Alter mit der Elimination dieser Risikofaktoren vermeidbar sein könnten.

Für den Schlaganfall ist anhand der INTERSTROKE-Study eine unterschiedliche Verteilung von Risikofaktoren bei Männern und Frauen ersichtlich. Berechnungen geschlechtsspezifischer Risikofaktorenkombinationen wie beim Herzinfarkt werden für den Schlaganfall aber nicht ausgewiesen [41] und können daher nicht berichtet werden.

2.2.4 Die Bedeutung sozioökonomischer Faktoren und psychosozialer Belastungen bei der Entstehung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Neben den »klassischen« Risikofaktoren sind auch sozioökonomische Faktoren eng mit dem Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen verbunden. Dabei erhöht ein niedriger sozioökonomischer Status das Risiko einer Erkrankung [43, 44]. Ein Großteil der sozioökonomischen Unterschiede bei der Häufigkeit und Sterblichkeit von Herz-Kreislauf-Erkrankungen kann durch statusbezogene Unterschiede im Gesundheitsverhalten erklärt werden: Ungünstige Lebensstilfaktoren sind bei Männern mit niedrigem sozioökonomischer Status bzw. bei Männern aus niedrigen Bildungsgruppen häufiger anzutreffen [45, 46] (siehe dazu Kapitel 3 Gesundheitsverhalten). Die sozioökonomischen Unterschiede können jedoch nicht allein auf ein ungünstiges Gesundheitsverhalten zurückgeführt werden [42, 47, 48]. Wichtig ist in diesem Zusammenhang auch der Einfluss von psychosozialen Belastungen [49], vor allem von Stress und von sozialer Isolation. Psychosoziale Belastungen gelten wiederum als Risikofaktoren für Depressionen, die inzwischen als eigenständiger Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen gelten [34, 35]. Diese Risikofaktoren werden im Folgenden näher beschrieben.

2.2.4.1 Stress

Unter dem Begriff Stress wird im Allgemeinen eine belastend und schädlich wirkende Reaktion auf ein Übermaß an Anforderungen verstanden. Stress ist demnach durch ein Ungleichgewicht zwischen äußeren Anforderungen und den zur Verfügung stehenden Möglichkeiten, diese zu bewältigen, gekennzeichnet [50]. Die emotionalen und physiologischen Reaktionen auf Stress, und damit auch der Einfluss auf die Gesundheit, hängen von objektiven Bedingungen, subjektiven Einschätzungen der jeweiligen Situation und dem individuellen Umgang damit (Coping) ab.

Die Auswirkungen von psychosozialen Belastungen auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind im Bereich der Arbeitswelt vielfach untersucht [51]. Wichtige theoretische Modelle, die erklären, wie

arbeitsbedingter Stress entsteht, sind das Anforderungs-Kontroll-Modell von Karasek [52] und das Modell beruflicher Gratifikationskrisen von Siegrist [53]. Das Anforderungs-Kontroll-Modell bezieht sich auf eine spezifische Kombination stressauslösender Tätigkeitsmerkmale bei gleichzeitig geringem Grad an Entscheidungsspielraum. Stressreaktionen nach dem Modell beruflicher Gratifikationskrisen sind dort zu erwarten, wo ein Missverhältnis zwischen erbrachter Arbeitsleistung und der im Gegenzug gewährten Belohnung vorliegt. Beide Modelle wurden auf ihre Vorhersagekraft in Bezug auf das Neuauftreten von koronarer Herzkrankheit bzw. kardiovaskulären Krankheiten untersucht [54]. Anhand beider Modelle konnte eine Risikoverdopplung für die untersuchten Erkrankungen festgestellt werden, wobei die Effekte bei Männern besonders ausgeprägt waren. Verschiedene Studien konnten zudem belegen, dass die Assoziation zwischen psychosozialen Belastungen und kardiovaskulären Erkrankungen bei Männern mit niedrigem sozioökonomischen Status am stärksten ist [55, 56]. Aber nicht nur arbeitsbedingter Stress erhöht das Risiko, einen Herzinfarkt zu erleiden, sondern auch Arbeitslosigkeit [57]. Neben gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen in Zusammenhang mit Arbeitslosigkeit können auch daraus resultierende psychosoziale Stressreaktionen und deren Folgen ein erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen bedingen (siehe dazu ausführlich Kapitel 4 Arbeit und Gesundheit).

2.2.4.2 Soziale Unterstützung

Bei der Bewältigung von chronischen Krankheiten spielt soziale Unterstützung eine große Rolle [58]. Das betrifft sowohl quantitative Aspekte (wie viel) als auch qualitative Aspekte (wie gut) [59]. Soziale Isolation im Sinne eines Lebens ohne Partnerin/Partner bzw. ohne Unterstützung durch soziale Netzwerke (*social support*) gilt einerseits als Risikofaktor für eine verkürzte Lebenserwartung von Herz-Kreislauf-Patienten und -Patientinnen [60]. Andererseits wird soziale Unterstützung als protektiver Faktor sowohl bei der Entstehung als auch bei schon bestehender Herz-Kreislauf-Erkrankung angesehen [61, 62]. Auch bei der sozialen Unterstützung zeigen sich Unterschiede

nach sozioökonomischen Faktoren: Männer mit niedrigerem beruflichen Status gaben häufiger das Fehlen von sozialer Unterstützung an als Männer in höheren beruflichen Positionen [63].

Es gibt Hinweise darauf, dass sich Männer und Frauen hinsichtlich der sozialen Unterstützung unterscheiden. Danach erhalten Männer soziale Unterstützung durch Freunde oder Familie, geben aber selbst weniger soziale Unterstützungsleistung (*support gap*) [64, 65] (siehe dazu auch Kapitel 5 Lebensformen und Gesundheit). Diese Feststellungen treffen auch auf den Bereich der Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu [66]. Mögliche Erklärungsansätze für die Geschlechterunterschiede bei der berichteten sozialen Unterstützung sind eine höhere (Multi-)Morbidity von Herz-Kreislauf-Patientinnen aufgrund des höheren Alters und der Umstand, dass sie häufiger in einem Einpersonenhaushalt leben (z.B. aufgrund von Verwitwung) und dadurch oft weniger soziale Unterstützung erhalten als männliche Herz-Kreislauf-Patienten [67].

2.2.4.2 Depression

Wie bereits erwähnt gilt Depression als bedeutender Risikofaktor sowohl für das Auftreten als auch für einen schwerwiegenden Verlauf einer KHK [34, 35]. Als ursächlich dafür wird diskutiert, dass Depressionen verhaltensbezogene Risikofaktoren, wie z.B. Ernährung, Bewegung und Tabakkonsum ungünstig beeinflussen, aber auch akute oder chronische pathophysiologische Veränderungen bewirken [35]. Andererseits erzeugt eine KHK oftmals auch psychischen Stress, der wiederum mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung depressiver Symptome einhergehen kann [68]. Es ist noch nicht abschließend geklärt, ob depressive Störungen bei Männern und Frauen die gleichen Auswirkungen bezüglich der Entstehung und des Verlaufs von KHK haben. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass derzeit von einer Unterdiagnostizierung von Depressionen bei Männern ausgegangen wird (siehe Kapitel 2.5 Psychische Störungen). Es gibt Hinweise darauf, dass das Burn-Out-Syndrom bei Männern als Risikofaktor für kardiovaskuläre Erkrankungen zu sehen ist [69]. Es ist davon auszugehen, dass sich hinter vielen Fällen mit Burn-Out-Syndrom eine depressive

Erkrankung verbirgt bzw. die Symptome des Burn-Out-Syndroms auch als Risikofaktoren für depressive Erkrankungen gesehen werden (siehe dazu Kapitel 2.5 Psychische Störungen). Die psychische Verfassung von Patienten (und Patientinnen) sollte daher in der medizinischen Versorgung von Risikopersonen oder bereits erkrankten Personen besondere Berücksichtigung finden.

2.2.5 Diskussion

Vor dem Hintergrund der weiten Verbreitung kardiovaskulärer Risikofaktoren bei Männern (und Frauen) und der Zunahme des Anteils Älterer in der Bevölkerung ist, trotz verbesserter medizinischer Behandlungsmöglichkeiten, damit zu rechnen, dass Herz-Kreislauf-Erkrankungen und ihre Folgen bedeutende Gesundheitsprobleme bleiben werden. Auch wenn sich positive Entwicklungen bei der Mortalität von Herz-Kreislauf-Erkrankungen zeigen, ist die vorzeitige Sterblichkeit bei Männern nach wie vor ein relevantes Problem. Neben dem auffallenden Geschlechterunterschied ist auch die Differenz in den verschiedenen sozialen Statusgruppen von Bedeutung, die zudem bei Männern stärker ausgeprägt ist. Die Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen bleibt daher eine vordringliche Aufgabe. Da bestimmte Risikofaktoren, wie Alter und Geschlecht, als gegeben bzw. nicht beeinflussbar hingenommen werden müssen, kommt denjenigen Risikofaktoren, die sich positiv beeinflussen lassen, ein großes präventives Potenzial zu. So senkt eine gesunde Lebensführung das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und hat außerdem positive Effekte auf die Hauptrisikofaktoren Adipositas, Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörung und Bluthochdruck. Die genannten Ergebnisse zum Einfluss der einzelnen Risikofaktoren, wie auch ihre kumulativen Effekte auf die Entstehung und den Verlauf von Herz-Kreislauf-Erkrankungen verdeutlichen dies eindrücklich [40, 70]. Die Schwierigkeit bei der Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen liegt jedoch im multifaktoriellen Geschehen dieser Krankheitsbilder. Das bedeutet, dass neben den biologischen und genetischen Einflussfaktoren die soziale Lage, die psychische Konstellation aber auch Arbeits- und Umweltbedingungen eine entscheidende Rolle spielen.

Maßnahmen zur Primärprävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen bzw. deren Risikofaktoren werden in Deutschland von unterschiedlichen Akteuren angeboten. Wie die Analysen zur Inanspruchnahme zeigen, werden allerdings deutlich weniger Männer als Frauen durch diese Angebote erreicht (siehe Kapitel 6 Männerspezifische Prävention und Gesundheitsförderung). Studien belegen außerdem, dass sozial benachteiligte Männer (und Frauen) weniger an präventiven Maßnahmen teilnehmen, als sozial besser gestellte [71]. Andererseits gibt es Hinweise, dass präventive Maßnahmen vornehmlich von Menschen in Anspruch genommen werden, die sich ohnehin schon gesundheitsbewusst verhalten [72].

Derzeit wird die gesetzlich verankerte »Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten« (»Check-up«) im Bereich der Sekundärprävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, aber auch von Diabetes mellitus und Nierenerkrankungen, allen gesetzlich Versicherten ab einem Alter von 35 Jahren im Abstand von zwei Jahren als Leistung der gesetzlichen Krankenkassen angeboten. Im Rahmen dieser Untersuchung sollen auch die für diese Erkrankungen relevanten Risikofaktoren frühzeitig erkannt werden. Ein wichtiger Teil des Check-ups ist daher die abschließende ärztliche Beratung zum Risikofaktorenmanagement. Hierzu gehört auch, die Versicherten auf Möglichkeiten und Hilfen zur Vermeidung und zum Abbau gesundheitsschädigender Verhaltensweisen hinzuweisen (z.B. entsprechende Gesundheitsförderungsangebote der Krankenkassen) Ziel ist es, durch Lebensstilmaßnahmen und ggf. auch durch Medikamente die Risikofaktoren für die genannten Erkrankungen positiv zu beeinflussen. Die Inanspruchnahme weist keine bedeutenden Geschlechterunterschiede auf, ist aber für Deutschland insgesamt noch ausbaufähig. Im Zeitraum 2010 bis 2011 haben 44,7% der anspruchsberechtigten Männer und 47,6% der anspruchsberechtigten Frauen den Check-up in Anspruch genommen [73]. Wie Studien belegen, kommt bei dieser Untersuchung Ärzten und Ärztinnen für die Ansprache der Anspruchsberechtigten eine wichtige Rolle zu [74, 75]. Obwohl der Check-up in die vertragsärztliche Versorgung eingebunden ist, werden Männer im jüngeren Alter nicht so gut erreicht, da sie im Vergleich zu älteren Männern seltener eine Arztpra-

xis aufsuchen. Die ernst zu nehmenden Zahlen zur vorzeitigen Sterblichkeit an Herz-Kreislauf-Krankheiten bei Männern verdeutlichen, dass Prävention aber bereits bei jungen Männern ansetzen sollte, dies auch im Hinblick auf Zielgruppen mit besonders ausgeprägten gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen. Die vorliegenden Ergebnisse verdeutlichen außerdem bestehende Wissenslücken zur Symptomatik von Herzinfarkt und Schlaganfall.

Ein wichtiges Ziel bleibt daher, sowohl die Aufklärung über kardiovaskuläre Risikofaktoren und Symptome von Erkrankungen als auch die präventiven Angebote und Zugangsmöglichkeiten zielgruppenspezifisch und geschlechtersensibel anzupassen.

Vor dem Hintergrund der wachsenden Bedeutung von Stressbelastung im Arbeitsumfeld [76] sollten auch die Möglichkeiten der Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen im betrieblichen Setting stärker in den Fokus rücken. Im Gegensatz zu anderen Angebotsformen von Prävention und Gesundheitsförderung werden Männer in diesem Umfeld besonders gut erreicht. Die Maßnahmen betrieblicher Stressprävention sollten dabei branchenspezifisch und unter der Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Aspekte entwickelt und umgesetzt werden [54]. Darunter fallen sowohl Maßnahmen der Verhältnisprävention, z. B. Betriebsorganisation, als auch Maßnahmen der Verhaltensprävention auf individueller Ebene [50, 54].

Abschließend lässt sich festhalten, dass aus der epidemiologischen Forschung viele Erkenntnisse über geschlechtsspezifische Unterschiede in der Entstehung und im Verlauf von Herz-Kreislauf-Erkrankungen vorliegen. Bei der Umsetzung dieser Erkenntnisse in Konzepte und Maßnahmen der Herz-Kreislauf-Prävention besteht noch Verbesserungspotenzial. Im Bereich der ärztlichen Versorgungspraxis unter geschlechtsspezifischen Gesichtspunkten sind erste Erfolge sichtbar. So berücksichtigt der Bereich Gender Medizin neben den biologischen vor allem auch die sozialen und psychologischen Unterschiede zwischen den Geschlechtern [12, 38].

Literatur

1. Statistisches Bundesamt (2013) Diagnosedaten der Krankenhäuser (ab 2000) (Fälle/Sterbefälle, Fälle je 100.000 Einwohner (altersstandardisiert)). www.gbe-bund.de (Stand: 17.01.2014)
2. Statistisches Bundesamt (2013) Todesursachenstatistik, Fortschreibung des Bevölkerungsstandes: Sterbefälle, Sterbeziffern (je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert) (ab 1998). www.gbe-bund.de (Stand: 07.01.2014)
3. Böhm K (2011) Gesundheitszustand der Bevölkerung und Ressourcen der Gesundheitsversorgung. In: Statistisches Bundesamt, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (Hrsg) Datenreport 2011 Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland Bonn, S 215–239
4. Statistisches Bundesamt (2010) Krankheitskostenrechnung. www.gbe-bund.de (Stand: 14.08.2013)
5. Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik (2013) Häufigste Diagnosen in Prozent der Behandlungsfälle in Arztpraxen in Nordrhein. www.gbe-bund.de (Stand: 4.09.2013)
6. Grobe TG, Bitzer EMF, Schwartz W (2013) BARMER GEK Arztreport 2013. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Band 18. BARMER GEK, Berlin
7. Goldberg R, Goff D, Cooper L et al. (2000) Age and sex differences in presentation of symptoms among patients with acute coronary disease: the REACT trial. *Coronary Artery Disease* 11: 399–407
8. Heuschmann PU, Neuhauser HK, Endres M (2011) Entwicklung von Mortalität und Morbidität vaskulärer Erkrankungen. *Nervenarzt* 82 (2): 145–152
9. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2009) Verbundprojekt – Frauengesundheit in Deutschland. BMFSFJ, Stuttgart, Berlin, Köln
10. Regitz-Zagrosek V (2011) Sex and gender differences in symptoms of myocardial ischaemia. *European heart Journal* 32: 3064–3066
11. Härtel U (2007) Genderbezogene Epidemiologie von Herz-Kreislaufkrankheiten. *Therapeutische Umschau* 64 (6): 297–304
12. Regitz-Zagrosek V (2012) Sex and gender differences in health. *Science & Society Series on Sex and Science*. EMBO Reports 13 (7): 596–603
13. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012) Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012. Verlag Hans Huber, Bern
14. Riens B, Erhart M, Mangiapane S (2012) Arztkontakte im Jahr 2007 – Hintergründe und Analysen.

- Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI), Berlin
15. Robert Koch Institut (Hrsg) (2006) Koronare Herzkrankheit und akuter Myokardinfarkt. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 33. RKI, Berlin
 16. Montorsi P, Ravagnani PM, Galli S et al. (2006) Association between erectile dysfunction and coronary artery disease. Role of coronary clinical presentation and extent of coronary vessels involvement: The COBRA trial. *European Heart Journal* 27 (22): 2632–2639
 17. Kirchberger I, Heier M, Kuch B et al. (2011) Sex differences in Patient-Reported Symptoms Associated With Myokardial Infarction (from the Population-Based MONICA/KORA Myokardial Infarction Registry). *Am J Cardiol* 107: 1585–1589
 18. Fang J, Keenan N, Dai S et al. (2008) Disparities in adult awareness of heart attack warning signs and symptoms – 14 states, 2005. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 57 (7): 175–179
 19. Lutfiyya MN, Lipsky MS, Bales RW et al. (2008) Disparities in knowledge of heart attack and stroke symptoms among adult men: An analysis of behavioral risk factor surveillance survey data. *Journal of the National Medical Association* 100 (10): 1116–1124
 20. Hoebel J (2012) Gesundheitliche Ungleichheit – Soziale Unterschiede im Wissen um Herzinfarktsymptome. In: BKK Landesverband Hessen (Hrsg) Männergesundheit – Frauengesundheit, Prämierte Arbeiten des BKK Innovationspreises Gesundheit 2010. Mabuse-Verlag GmbH, Frankfurt a.M., S 123–161
 21. Lampert T (2005) Schichtspezifische Unterschiede im Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten., Blaue Reihe. Berliner Zentrum Public Health, Berlin
 22. MONICA/KORA-Herzinfarktregister Augsburg (2013) Altersstandardisierte Herzinfarkt-Raten je 100.000 Einwohner in Augsburg nach Geschlecht. www.gbe-bund.de (Stand: 21.01.2014)
 23. Deutsche Herzstiftung e.V. (2012) Große Unterschiede beim Herzinfarkt. Herzstiftung stellt neuen Herzbericht vor. *Herz Heute* 1: 24–27
 24. Statistisches Bundesamt (2013) Todesursachenstatistik: Durchschnittliches Alter der Gestorbenen in Lebensjahren (ab 1998). www.gbe-bund.de (Stand: 17.01.2014)
 25. Statistisches Bundesamt (2013) Todesursachenstatistik, Fortschreibung des Bevölkerungsstandes: Vorzeitige Sterblichkeit (Anzahl, je 100.000 Einwohner, verlorene Lebensjahre – mit/ohne Altersstandardisierung, Tod unter 65/70 Jahren). www.gbe-bund.de (Stand: 7.01.2014)
 26. Palm F, Urbanek C, Rose S et al. (2010) Stroke incidence and survival in Ludwigshafen am Rhein, Germany: The Ludwigshafen Stroke Study (LuSSt). *Stroke* 41 (9): 1865–1870
 27. Kolominsky-Rabas PL, Sarti C, Heuschmann PU et al. (1998) A prospective community-based study of stroke in Germany – The Erlangen Stroke Project (ESPro): Incidence and case fatality at 1, 3, and 12 months. *Stroke* 29 (12): 2501–2506
 28. Labiche LA, Chan W, Saldin KR et al. (2002) Sex and acute stroke presentation. *Annals of Emergency Medicine* 40 (5): 453–460
 29. Mata J, Frank R, Gigerenzer G (2012) Symptom recognition of heart attack and stroke in nine European countries: A representative survey. *Health Expectations*
 30. Busch MA, Schienkiewitz A, Nowossadeck E et al. (2013) Prävalenz des Schlaganfalls bei Erwachsenen im Alter von 40 bis 79 Jahren in Deutschland: Ergebnisse der »Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland« (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz* 56(5–6):656–660
 31. Heuschmann PU, Busse O, Wagner M et al. (2010) Schlaganfallhäufigkeit und Versorgung von Schlaganfallpatienten in Deutschland. *Aktuelle Neurologie* 37 (7): 333–340
 32. Ringleb PA, Bousser MG, Ford G et al. (2008) Guidelines for management of ischaemic stroke and transient ischaemic attack 2008. *Cerebrovascular Diseases* 25 (5): 457–507
 33. Busch M, Heuschmann P, Wiedmann S (2012) Recent changes in stroke mortality trends in Germany. *Eur J Epidemiol* 27 (Suppl 1): S69–S70
 34. Pan A, Sun Q, Okereke OI et al. (2011) Depression and risk of stroke morbidity and mortality: A meta-analysis and systematic review. *JAMA – Journal of the American Medical Association* 306 (11): 1241–1249
 35. Ladwig KH, Emeny RT, Häfner S et al. (2011) Depression. Ein nach wie vor unterschätztes Risiko für die Entwicklung und Progression der koronaren Herzerkrankung. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz* 54: 59–65
 36. Ladwig KH, Marten-Mittag B, Baumert J (2005) Psychosoziale Belastungsfaktoren als Risiko für das Auftreten einer koronaren Herzerkrankung – Eine Bestandsaufnahme unter besonderer Berücksichtigung der KORA-Forschungsplattform. *Das Gesundheitswesen* 67 (S1): S86–S93
 37. Rosengren A, Hawken S, Ounpuu S et al. (2004) Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11 119 cases and 13 648 controls from 52 countries (the INTERHEART

- study): Case-control study. *Lancet* 364 (9438): 953–962
38. Ladwig KH, Lederbogen F, Albus C et al. (2013) Positionspapier zur Bedeutung psychosozialer Faktoren in der Kardiologie: Update 2013. *Kardiologie* 7 (1): 7–27
 39. Hense HW, Kleideiter J (2012) Risiko-Scores in der kardiovaskulären Primärprävention – Evaluation, Anwendung und Nutzen. *Zbl Arbeitsmed* 62: 251–255
 40. Endres M, Heuschmann PU, Laus U et al. (2011) Primary prevention of stroke: blood pressure, lipids, and heart failure. *European Heart Journal* 32: 545–555
 41. O'Donnell MJ, Xavier D, Liu L et al. (2010) Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): a case-control study. *Lancet* 376: 112–123
 42. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S et al. (2004) Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet* 364: 937
 43. Cox AM, McKeivitt C, Rudd AG et al. (2006) Socioeconomic status and stroke. *Lancet Neurology* 5 (2): 181–188
 44. Dalstra JAA, Kunst AE, Borell C et al. (2005) Socioeconomic differences in the prevalence of common chronic diseases: An overview of eight European countries. *International Journal of Epidemiology* 34 (2): 316–326
 45. Robert Koch-Institut (2012) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2010«. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
 46. Lampert T (2010) Tabakkonsum, sportliche Inaktivität und Adipositas: Assoziationen mit dem sozialen Status. *Deutsches Ärzteblatt* 107 (1–2): 1–7
 47. Marmot M (2004) Commentary: Risk factors or social causes? *International Journal of Epidemiology* 33 (2): 297–298
 48. Steptoe A, Marmot M (2004) Socioeconomic Status and Coronary Heart Disease: A Psychobiological Perspective. *Population and Development Review* 30 (Supplement: Aging, Health, and Public Policy): 133–150
 49. Hemingway H, Marmot M (1999) Psychosocial factors in the aetiology and prognosis of coronary heart disease: Systematic review of prospective cohort studies. *British Medical Journal* 318 (7196): 1460–1467
 50. Lohmann-Haislah A (2012) Stressreport Deutschland 2012. Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund, Berlin, Dresden
 51. Backé EM, Seidler A, Latza U et al. (2012) The role of psychosocial stress at work for the development of cardiovascular diseases: A systematic review. *International Archives of Occupational and Environmental Health* 85 (1): 67–79
 52. Karasek R (1979) Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. *Administrative Science Quarterly* 24 (2): 285–380
 53. Siegrist J, Peter R, Junge A et al. (1990) Low status control, high effort at work and ischemic heart disease: prospective evidence from blue-collar men. *Soc Sci Med* 31 (10): 1127–1134
 54. Siegrist J, Dragano N (2008) Psychosoziale Belastungen und Erkrankungsrisiken im Erwerbsleben. Befunde aus internationalen Studien zum Anforderungs-Kontroll-Modell und zum Modell beruflicher Gratifikationskrisen. *Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz* 51 (3): 305–312
 55. Wege N, Dragano N, Erbel R et al. (2008) When does work stress hurt? Testing the interaction with socioeconomic position in the Heinz Nixdorf Recall Study. *Journal of Epidemiology and Community Health* 62 (4): 338–343
 56. Avendano M, Kunst AE, Huisman M et al. (2006) Socioeconomic status and ischaemic heart disease mortality in 10 western European populations during the 1990s. *Heart* 92 (4): 461–467
 57. Dupre ME, George LK, Liu G et al. (2012) The cumulative effect of unemployment on risks for acute myocardial infarction. *Archives of Internal Medicine* 172 (22): 1731–1737
 58. Badura B (Hrsg) (1981) Soziale Unterstützung und chronische Krankheit. Zum Stand sozialempidemiologischer Forschung. Surkamp Verlag, Frankfurt
 59. Sarason IG, Levine HM, Basham RB et al. (1983) Assessing social support: The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology* 44 (1): 127–139
 60. Berkman LF, Leo-Summers L, Horwitz RI (1992) Emotional support and survival after myocardial infarction: A prospective, population-based study of the elderly. *Annals of Internal Medicine* 117 (12): 1003–1009
 61. Badura B (1987) Krankheitsbewältigung als psychosozialer Prozeß. In: Badura B, Kaufhold G, Lehmann H et al. (Hrsg) *Leben mit dem Herzinfarkt Eine sozialempidemiologische Studie*. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, S 7–32
 62. Cohen S (1988) Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology* 7 (3): 269–297
 63. Rumble C, Pevalin DJ (2013) Widening inequalities in the risk factors for cardiovascular disease

- amongst men in England between 1998 and 2006. *Public Health* 127 (1): 27–31
64. Helgeson VS (1995) Masculinity, men's roles, and coronary heart disease. In: Sabo D, Gordon DF (Hrsg) *Men's health and illness/Gender, power, and the body*. Sage, Thousand Oaks, S 68–104
65. Faltermaier T (2004) Männliche Identität und Gesundheit. Warum Gesundheit von Männern? . In: Altgeld T (Hrsg) *Männergesundheit Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention*. Juventa, Weinheim, S 11–33
66. Kristofferzon ML, Löfmark R, Carlsson M (2003) Myocardial infarction: Gender differences in coping and social support. *Journal of Advanced Nursing* 44 (4): 360–374
67. Ludwig A (2006) Der Einfluss sozialer Faktoren auf den Umgang mit komplexen Medikamentenregimen am Beispiel allein lebender, mehrfach erkrankter, alter Frauen. In: Graduiertenkolleg der Hans-Böckler-Stiftung an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld (Hrsg) *Der Einfluss sozialer Faktoren auf das Leistungsgeschehen im Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland*, Bielefeld, S 12–18
68. Carney RM, Freedland KE (2008) Depression in Patients with Coronary Heart Disease. *The American Journal of Medicine* 121: S20–S27
69. Leppin A (2007) Burnout: Konzept, Verbreitung, Ursachen und Prävention. In: Badura B, Schellschmidt H, Vetter C (Hrsg) *Fehlzeitenreport 2006*. Springer Medizin Verlag Heidelberg, S 99–109
70. Masuhr F, Busch MA (2012) Primär- und Sekundärprävention des Schlaganfalls. *Internist* 53 (12): 1496–1504
71. Jordan S, von der Lippe E, Hagen C (2011) Verhaltenpräventive Maßnahmen zur Ernährung, Bewegung und Entspannung. In: RKI (Hrsg) *Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2009« Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes*, S 23–33
72. Schnee M (2007) Neue Versorgungs- und Versicherungsformen in der GKV: Wer kennt sie und wer nutzt sie?, *Gesundheitsmonitor – Newsletter der Bertelsmann Stiftung*. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh
73. Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik (2012) Teilnahme an gesetzlichen Früherkennungsuntersuchungen im Jahr 2011. www.zi.de/cms/projekte/studien/akzeptanz-von-frueherkennungs-untersuchungen/ (Stand: 21.08.2013)
74. Sieverding M, Mattered U, Ciccarello L et al. (2008) Prostatakarzinomfrüherkennung in Deutschland. Untersuchung einer repräsentativen Bevölkerungstichprobe. *Urologe A* 47 (9): 1233–1238
75. Starker A, Saß AC (2007) Eigenverantwortung + Hausarzt = gut versorgt? Ergebnisse des Telefonischen Gesundheits surveys 2004 zum Präventionsverhalten in Deutschland. *Prävention und Gesundheitsförderung* 2 (Suppl 1): 124
76. Kroll LE, Müters S, Dragano N (2011) Arbeitsbelastungen und Gesundheit. *GBE kompakt* 2(5). Robert Koch-Institut, Berlin

2.3 Krebs

Unter der Bezeichnung Krebs werden bösartige Gewebeneubildungen (maligne Tumoren), einschließlich Lymphome (Tumoren des Lymphgewebes) und Leukämien (Krebserkrankungen des blutbildenden Systems) verstanden. Sie zählen aufgrund ihrer Verbreitung und ihrer individuellen wie gesellschaftlichen Folgen zu den Krankheitsbildern mit hoher gesellschaftlicher Relevanz. Mit den Daten der epidemiologischen Krebsregister können die derzeitige Situation sowie die Entwicklung der einzelnen Krebserkrankungen beschrieben werden. Das Zentrum für Krebsregisterdaten (ZfKD) im Robert Koch-Institut (RKI) schätzt auf Basis der Daten aus den epidemiologischen Landeskrebsregistern die Zahl aller pro Jahr neu auftretenden Krebserkrankungen und berechnet die Krebssterberaten auf der Basis der Todesursachenstatistik des Statistischen Bundesamtes [1]. Die in diesem Kapitel dargestellten Ergebnisse beruhen auf den zuletzt verfügbaren Daten bis zum Jahr 2010. Für die Krebserkrankungen liegen neben den Kriterien Tumorlokalisation, Gewebeart und Stadium der Erkrankung nur die Angaben zu Alter und Geschlecht vor, jedoch keine weiteren soziodemografischen Merkmale zur Durchführung möglicher Zusammenhangsanalysen.

Aktuelle Schätzungen weisen für das Jahr 2010 477.300 Krebsneuerkrankungen (ohne nicht-melanotischen Hautkrebs) in Deutschland aus, wobei mittlerweile, seit dem Jahr 2000, insgesamt etwas mehr Männer als Frauen an Krebs erkranken. So betreffen aktuell 52,9 % der nach RKI-Schätzung aufgetretenen Krebsneuerkrankungen Männer [1]. Im Zeitverlauf, seit dem Jahr 2000, betrachtet, hat die Zahl der Krebserkrankungen bei den Männern mit 21,5 % deutlich zugenommen (Frauen: 14,1 %) [2]. Diese Zunahme kann jedoch in der Hauptsache mit dem demografischen Wandel und der Zunahme des Anteils Älterer in der Bevölkerung erklärt werden. Werden hingegen die altersstandardisierten Raten (Alte Europastandardbevölkerung) betrachtet, in denen die altersstrukturbedingten Effekte berücksichtigt sind, zeigen sich bei Männern keine und bei Frauen geringere Zunahmen (Frauen: 7,0 %) [3]. Die Betrachtung der altersspezifischen Verteilung

von Krebserkrankungen ermöglicht eine genauere Beschreibung der Risikogruppen. Danach haben bei den Männern seit dem Jahr 2000 die altersstandardisierten Krebsneuerkrankungsraten (Alte Europastandardbevölkerung) nur in den Altersgruppen zwischen 20 bis 39 Jahren und zwischen 55 und 69 Jahren zugenommen [3], wobei der Anstieg bei den 55-jährigen und älteren Männern auf vermehrt in diesem Altersbereich diagnostizierte Prostatakrebserkrankungen zurückzuführen sein dürfte (siehe Abschnitt Prostatakrebs).

Krebserkrankungen nehmen unter den zehn häufigsten Todesursachen eine herausragende Stellung ein [4]. Es versterben insgesamt mehr Männer als Frauen an Krebs (54,0 %) [5], doch im Gegensatz zu den Krebssterberaten ist die Entwicklung der Krebssterberaten (beide auf die Alte Europastandardbevölkerung altersstandardisiert) für Männer und Frauen seit dem Jahr 1998 ähnlich und deutlich rückläufig (Männer um 21,3 %, Frauen um 14,7 %) [6]. Die Entwicklung von steigenden Erkrankungs- und fallenden Sterberaten bei den Männern kennzeichnet vor allem die Situation beim Prostatakrebs, zu der eine frühzeitigere Diagnosestellung beigetragen haben dürfte.

Obwohl Krebserkrankungen in der Öffentlichkeit mit einem höheren Lebensalter assoziiert werden, versterben durch bösartige Neubildungen viele Betroffene vorzeitig, d.h. vor Erreichen des 65. Lebensjahres. In Deutschland sind Krebserkrankungen bei Männern und bei Frauen die häufigste Ursache für vorzeitige Sterblichkeit. Im Altersbereich unter 65 Jahren versterben ebenfalls mehr Männer als Frauen (vorzeitig) durch eine Krebserkrankung, auch wenn der Unterschied in den letzten Jahren geringer geworden ist [7].

Sowohl bei Männern als auch bei Frauen treten die meisten Krebsneuerkrankungen an geschlechtshormonabhängigen Organen auf. Im Jahr 2010 war bei den Männern der Prostatakrebs mit 26,1 % aller Krebsneuerkrankungen die häufigste Krebserkrankung (bei Frauen Brustkrebs mit 31,3 %). Lungen- und Darmkrebs sind bei Männern die zweit- und dritthäufigste Krebsneuerkrankung, bei Frauen ist diese Reihenfolge

umgekehrt. Lungenkrebs ist bei Männern weiterhin mit Abstand die häufigste Krebssterbesursache mit knapp einem Viertel aller Krebssterbefälle (24,9%), gefolgt von Darmkrebs mit 11,4% der Krebssterbefälle und Prostatakrebs mit 10,8%. Bei Frauen ist Brustkrebs die häufigste Krebssterbesursache (17,4%). Lungen- und Darmkrebs machen bei den Frauen 13,6% bzw. 12,5% der Krebssterbefälle aus [1].

2.3.1 Die drei häufigsten Krebserkrankungen bei Männern

2.3.1.1 Lungenkrebs

Lungenkrebs ist zwar die zweithäufigste Krebserkrankung der Männer, verursacht bei ihnen aber die meisten Krebssterbefälle. Im Jahr 2010 wurde schätzungsweise bei 35.040 Männern Lungenkrebs diagnostiziert. Das entspricht einer altersstandardisierten Neuerkrankungsrate (Alte Europastandardbevölkerung) von 60,7 je 100.000 Einwohner. Im Jahr 2010 starben 29.381 Männer an Lungenkrebs, was einer altersstandardisierten Sterberate (Alte Europastandardbevölkerung) von 49,9 je 100.000 Einwohner entspricht [1].

Der Hauptrisikofaktor für Lungenkrebs ist das Tabakrauchen. Derzeit ist bei neun von zehn Männern der Lungenkrebs auf aktives Tabakrauchen zurückzuführen [8]. Dabei steigt das Lungenkrebsrisiko mit der Anzahl der täglich gerauchten Zigaretten und der sogenannten Zahl der »Raucherjahre«. Die Erkrankung tritt im Durchschnitt 30 bis 40 Jahre nach Beginn des Rauchens auf. Neben den Raucherjahren ist das Einstiegsalter als unabhängiger Risikofaktor für die Entwicklung von Lungenkrebs bestimmend [9]. Rauchen gilt aber auch als Risiko für eine ganze Gruppe weiterer Krebserkrankungen, z.B. von Mundhöhle und Rachen, Kehlkopf und Speiseröhre [10–13]. Aktuelle Berechnungen für Deutschland gehen davon aus, dass bei Männern ab 35 Jahren im Jahr 2008 22,8% aller Krebsneuerkrankungen auf Tabakrauchen zurückzuführen waren, bei Frauen 7,9% [14].

Der derzeitige Geschlechterunterschied bei Lungenkrebs ist vor allem dadurch zu erklären, dass in der Vergangenheit aufgrund gesellschaftlicher Gegebenheiten mehr Männer als Frauen

geraucht haben. Seit den 1950er Jahren glich sich das Rauchverhalten von Frauen dem der Männer an, wobei in der Tendenz bei den Männern eine Abnahme und bei den Frauen eine Zunahme der Rauchquoten zu verzeichnen war. Aktuell (für den Zeitraum 2003 bis 2009) ist auch bei den Frauen ein leichter Rückgang der Rauchquote und damit eine Trendwende zu beobachten [15]. Die beschriebene Entwicklung wird bei den Männern langfristig zu einer Abnahme der Neuerkrankungen und der Sterblichkeit an Lungenkrebs führen, wohingegen bei den Frauen vorerst eine gegenläufige Entwicklung zu erwarten bzw. bereits zu beobachten ist. Der geringer werdende Unterschied in der Lebenserwartung zwischen Männern und Frauen kann u.a. auf diese Entwicklung zurückgeführt werden (siehe Kapitel 2.1 Lebenserwartung und Sterblichkeit). Um die zeitlichen Veränderungen deutlich zu machen, werden im Folgenden die Schätzungen für Männer und Frauen für den Zeitraum 1980 bis 2006 dargestellt (siehe Abbildung 2.3.1), die aus dem Jahr 2010 stammen [8].

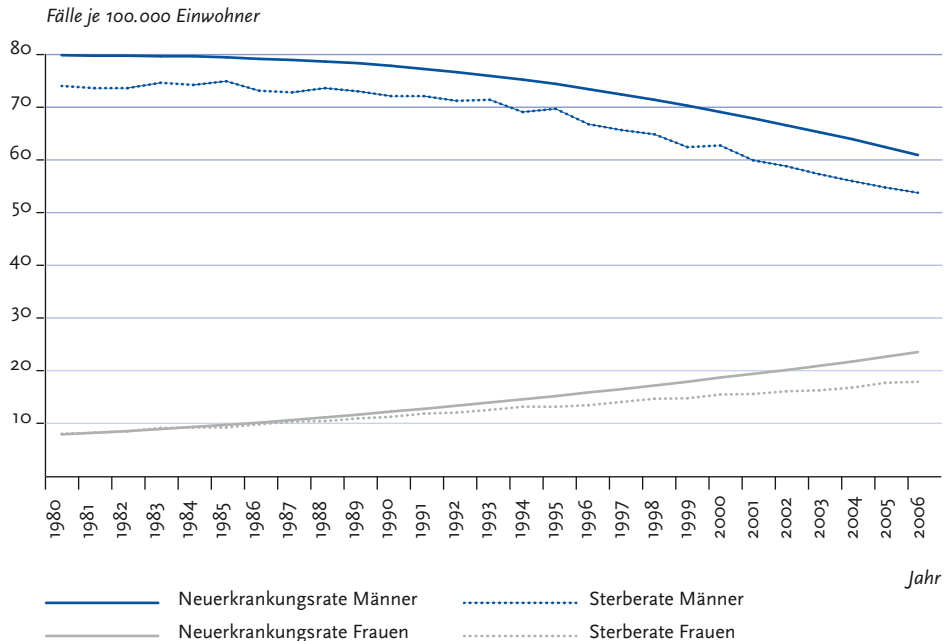
Die aktuellen Schätzungen der Krebsneuerkrankungs- und Sterberaten aus dem Jahr 2013 weichen durch eine geänderte Methodik von früheren Berechnungen ab und zeitliche Trends werden für einen kürzeren Zeitraum 1999–2010 ausgewiesen. Ein direkter Vergleich ist nicht möglich. Der Trend, dass die altersstandardisierte Erkrankungs- und Sterberaten der Männer weiter sinken, während die der Frauen weiterhin zunehmen, zeigt sich aber auch bei diesen Berechnungen [1].

Auch wenn sich das Rauchverhalten ändert, rauchen noch immer mehr Männer als Frauen (im Jahr 2009: 36,6% vs. 29,5%) [15]. Zudem konnten Geschlechterunterschiede in den Beweggründen zu rauchen und in der Art der Inhalation des Tabakrauches ermittelt werden [16]. Danach rauchen mehr Männer gewohnheitsmäßig bzw. zur Verstärkung positiver Gefühle, während Frauen oftmals in geselligen Situationen rauchen, aber auch, um negative Gefühle zu dämpfen [17]. Zudem wird ein Einfluss des Geschlechts auf die Vulnerabilität gegenüber Tabakrauch diskutiert. Danach sind Frauen gegenüber der gesundheitsschädigenden Wirkung des Rauchens, unabhängig von der Intensität des Inhalierens, noch empfindlicher als Männer [18]. Außerdem können soziale Unterschiede im Rauchverhalten belegt werden, die sich folglich auch im Lungenkrebs-

Abbildung 2.3.1

Entwicklung der altersstandardisierten Neuerkrankungs- und Sterberaten an Lungenkrebs (ICD10: C33–C34) nach Geschlecht in Deutschland 1980–2006 (altersstandardisiert nach Alter Europastandardbevölkerung)

Quelle: Krebs in Deutschland 2005/2006, Robert Koch-Institut [8]



geschehen widerspiegeln [16, 19] (siehe Kapitel 3.3. Rauchen).

2.3.1.2 Prostatakrebs

Prostatakrebs ist die häufigste Krebserkrankung der Männer und rangiert auf Platz drei der Krebssterbefälle. Im Jahr 2010 wurde schätzungsweise bei 65.830 Männern Prostatakrebs diagnostiziert. Das entspricht einer altersstandardisierten Neuerkrankungsrate (Alte Europastandardbevölkerung) von 11,4 je 100.000 Einwohner. Im selben Jahr starben 12.676 Männer an Prostatakrebs, was einer altersstandardisierten Sterberate (Alte Europastandardbevölkerung) von 20,0 je 100.000 Einwohner entspricht [1].

Die Prostata gleicht beim erwachsenen Mann in Größe und Form einer Kastanie, wobei die Karzinome meist von den Zellen der äußeren Drüsenanteile ausgehen, was für die Früherkennung von Bedeutung ist (siehe Abschnitt Früherkennung von Prostatakrebs). Davon abzugrenzen ist

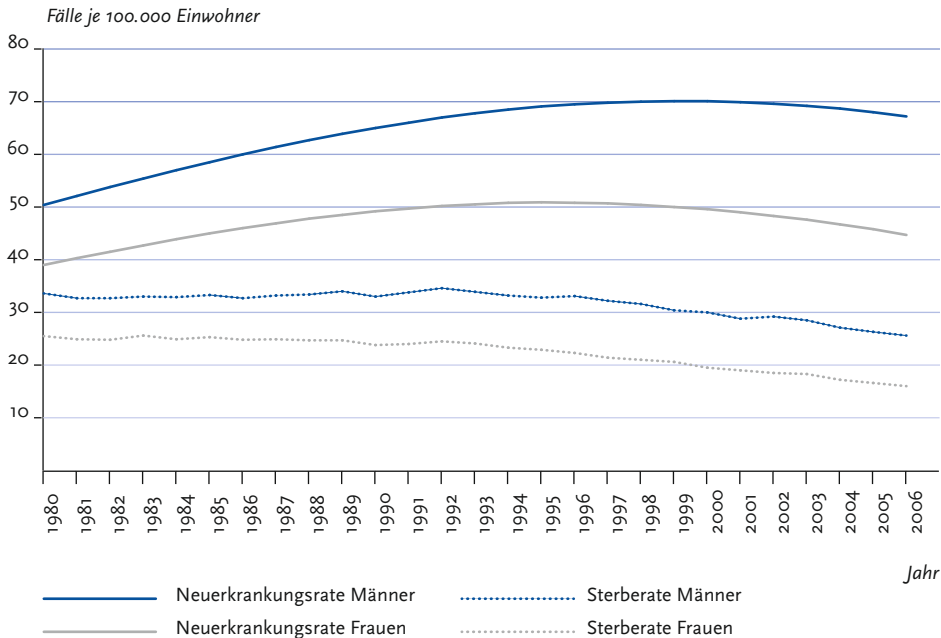
eine gutartige Vergrößerung der Prostata, die sogenannte benigne Prostatahyperplasie (BPH). Diese entsteht meist im inneren Teil der Prostata, der die Harnröhre umschließt. Schwierigkeiten beim Wasserlassen sind deshalb ein typisches Symptom. Die BPH ist weit verbreitet, in einer repräsentativen Studie von Männern über 50 Jahren wurde eine Prävalenz der BPH von 26,9 % ermittelt [20].

Über die Ursachen von Prostatakrebs ist relativ wenig bekannt. Die altersspezifischen Erkrankungsdaten belegen jedoch, dass es sich bei Prostatakrebs um eine Erkrankung handelt, die Männer überwiegend erst ab 50 Jahren betrifft. Aktuell treten 1,2 % aller Erkrankungen an Prostatakrebs bei unter 50-jährigen Männern auf, das Altersmaximum liegt derzeit bei 70 bis 79 Jahren [21]. Beim Prostatakarzinom handelt es sich in vielen Fällen um einen sehr langsam wachsenden Tumor, der in frühen Stadien keine Beschwerden verursacht. Dies hat Auswirkungen auf das Behandlungsschema, da sich nicht alle Befunde als behandlungsbedürftig erweisen [22].

Abbildung 2.3.3

Entwicklung der altersstandardisierten Neuerkrankungs- und Sterberaten an Darmkrebs (ICD10: C18–C21) nach Geschlecht in Deutschland 1980–2006 (altersstandardisiert nach Alter Europastandardbevölkerung)

Quelle: Krebs in Deutschland 2005/2006, Robert Koch-Institut [8]



Krebsneuerkrankungs- und Sterberaten aus dem Jahr 2013 durch eine geänderte Methodik von früheren Berechnungen ab und ein direkter Vergleich ist nicht möglich. Der zeitliche Trend für den aktuell berechneten Zeitraum von 1999 bis 2010 zeigt aber ein ähnliches Bild [1].

Als präventable Risikofaktoren für Darmkrebs gelten vor allem ungünstige Lebensstilfaktoren, wie eine kalorienreiche Kost mit einem geringen Ballaststoffanteil und einem hohen Anteil an rotem Fleisch oder verarbeitete Fleischprodukten [23], Bewegungsmangel und Übergewicht sowie Rauchen [24]. Viele dieser Faktoren sind bei Männern weiter verbreitet als bei Frauen (siehe Kapitel 3 Gesundheitsverhalten) und können so zu einem höheren Darmkrebsrisiko beitragen.

Hinsichtlich der Entstehung von Dickdarmkrebs ist bekannt, dass gutartige Schleimhautwucherungen (Polypen/Adenome) zumeist langsam wachsende Vorstufen der Erkrankung darstellen. Diese können im Rahmen der Krebsfrüherkennung (Darmspiegelung/Koloskopie) entdeckt und bei dieser Gelegenheit gleich gezielt entfernt wer-

den (siehe Abschnitt Früherkennung von Darmkrebs).

2.3.1.4 Diskussion

Die vorliegenden Daten belegen, dass Krebserkrankungen weiterhin ein wichtiges Gesundheitsproblem darstellen. Die Gründe dafür, warum Männer ein höheres Risiko haben, an Krebs zu erkranken und daran zu versterben, sind multifaktoriell bedingt, aber häufig durch den Lebensstil beeinflusst [25]. Allerdings ändert sich das Muster der Verteilung der Krebsneuerkrankungen bei Männern, z.B. ist eine Abnahme der Lungenkrebsneuerkrankungen zu beobachten, die mit der Abnahme der Raucherprävalenz erklärt werden kann. Dennoch bleibt Tabakrauch weiterhin ein Risikofaktor mit großem Präventionspotenzial. Der Anstieg der Prostatakrebsfälle ist wahrscheinlich durch den Einsatz neuer Methoden in der Diagnostik erklärbar. Von Darmkrebs sind mehr Männer als Frauen betroffen. Ob eine

haben, z.B. Harnwegsinfektionen, Entzündungen der Prostata, sportliche Betätigung mit Druck auf die Prostata (Fahrradfahren), sexuelle Aktivität, gutartige Vergrößerung der Prostata aber auch Prostatakrebs. Somit ist ein erhöhter PSA-Wert nicht eindeutig auf Prostatakrebs zurückzuführen.

Über Nutzen und Risiken des PSA-Testes als Screening-Instrument zur Früherkennung von Prostatakrebs wird in Fachkreisen seit längerem gestritten. Befürworter sehen eine Chance, die Sterberate an Prostatakarzinomen zu senken [29]. Kritiker sehen die Gefahr in Überdiagnosen und -therapien und in einer fehlenden Senkung der Sterblichkeit [30]. Wie bereits erwähnt, ist das Prostatakarzinom in vielen Fällen ein langsam wachsender Tumor. Der PSA-Test führt aber auch zur Entdeckung von Krebsstadien, die klinisch wahrscheinlich nie in Erscheinung getreten wären. Zudem ist die falsch-positiv Rate des Testes relativ hoch [31]. Das (vermeintlich) positive Testergebnis hat neben den Sorgen, die diese Diagnose auslöst, zur Folge, dass ein erneuter Test bzw. eine Reihe von Biopsien nötig sind, einschließlich möglicher Nebenwirkungen.

Individuelle Gesundheitsleistungen werden im Auftrag des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) wissenschaftlich bewertet und sollen dazu beitragen, dass sich Versicherte fundiert für oder gegen bestimmte IGeL entscheiden. In deren Analyse fällt die Bewertung des PSA-Testes als individuelle Gesundheitsleistung tendenziell negativ aus. Das bedeutet, es gibt geringe Hinweise auf einen Nutzen, aber es liegen auch Belege für Schäden durch das PSA-Screening vor, vor allem durch die Überdiagnosen und die anschließend induzierte invasive Therapie [32]. Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) hat die Aufgabe, Vor- und Nachteile medizinischer Leistungen für Patienten und Patientinnen objektiv zu überprüfen. Darüber hinaus stellt das Institut allgemeinverständliche Gesundheitsinformationen für alle Bürger und Bürgerinnen zur Verfügung. Für den PSA-Test hat das IQWiG die Vor- und Nachteile dieser Untersuchung zusammengestellt [33]. Es kann zusammenfassend festgehalten werden, dass es auf dem Gebiet der Früherkennung von Prostatakrebs weiteren Forschungsbedarf gibt [28]. Männer, die sich

für einen PSA-Test entscheiden wollen, sollten daher vor einer Untersuchung gut informiert den potenziellen Schaden gegen den Nutzen abwägen [34].

Die Therapieoptionen bei Prostatakrebs richten sich danach, welches Tumorstadium vorliegt (T1: Klinisch nicht erkennbarer Tumor, T2: lokal begrenztes Prostatakarzinom, T3: Tumor durchbricht die Prostatakapsel, T4: fortgeschrittenes, benachbarte Strukturen infiltrierendes Prostatakarzinom). Zudem sind der histologische Differenzierungsgrad (Gleason-Score), der PSA-Spiegel im Serum, das Alter und der allgemeine Gesundheitszustand des Patienten ausschlaggebend [35]. Als Behandlungsverfahren stehen die aktive Beobachtung (unter Kontrolle abwarten), die sofortige Operation und in fortgeschrittenen Stadien die Strahlentherapie, die Hormontherapie und die Chemotherapie zur Verfügung [22]. Seit September 2009 gibt es eine interdisziplinäre Leitlinie (S3) zur Früherkennung, Diagnose und Therapie der verschiedenen Stadien des Prostatakarzinoms, herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V., als Entscheidungshilfe für Ärzte und Patienten [27].

Inwieweit Männer ab 45 Jahren Prostatakrebsfrüherkennungsuntersuchungen mittels DRU bzw. PSA-Test in Anspruch genommen haben, und was mögliche Einflussfaktoren für eine Teilnahme waren, wurde für Deutschland im Jahr 2004 untersucht [36]. Danach zeigte sich, dass die Mehrheit der befragten Männer (46,3 %) im Alter von 45 bis 70 Jahren bereits beide Untersuchungen ein- oder mehrmals vornehmen ließ. 19,5 % haben die DRU in Anspruch genommen, 1,9 % haben nur den PSA-Test durchführen lassen. Ein Drittel der Befragten gab an, keine der Untersuchungen in Anspruch genommen zu haben. Nach der Regelmäßigkeit der Prostatakrebsfrüherkennung befragt, gaben 25,4 % der Männer eine jährliche DRU an (PSA-Test: 19,5 %). Alle zwei bis drei Jahre nahmen 18,5 % der Männer an einer DRU teil (PSA-Test: 13,4 %). Zusammengefasst ergab sich eine regelmäßige (alle 1–3 Jahre) Teilnahme rate von 43,7 % für die DRU und 32,8 % für den PSA-Test. Unregelmäßig wurden die DRU von 22,1 % und der PSA-Test von 15,3 % der Befragten in Anspruch genommen. Hinsichtlich möglicher sozialer Einflussfaktoren für die Teilnahme an der Prostatakrebsfrüherkennung (DRU) konnten das

Alter (je höher desto größer ist die Wahrscheinlichkeit), ein Leben in Partnerschaft, ein hoher Bildungsabschluss, ein hohes Einkommen und eine private Krankenkassenzugehörigkeit ermittelt werden. Einen größeren Einfluss auf die Teilnahme hatten jedoch die Arztempfehlung zur Teilnahme sowie eine berichtete regelmäßige Teilnahme an anderen Früherkennungsmaßnahmen, beispielsweise an der Gesundheitsuntersuchung (Check-up 35).

Aktuelle Daten zur Inanspruchnahme der Prostatakrebsfrüherkennungsuntersuchungen können aus der erste Welle der »Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland« (DEGS1) des Robert Koch-Instituts entnommen werden. Danach haben 38,9 % der anspruchsberechtigten Männer ab 45 Jahren innerhalb der letzten 12 Monate vor Befragung eine Tastuntersuchung der Prostata vornehmen lassen [37]. Ein Gradient hinsichtlich des sozioökonomischen Status besteht nicht.

2.3.2.2 Früherkennung von Darmkrebs

Zur Früherkennung von Krebs des Rektums und Dickdarms wird Männern (und Frauen) im Alter von 50 bis 54 Jahren jährlich ein chemischer Stuhltest (Guajak-Test) zur Suche nach versteckter Blutbeimengung im Stuhl angeboten. Im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) kommen derzeit drei chemische Stuhltests zur Anwendung, der Hämocult-, der HemoFec und der HemoCare-Test. Seit dem Jahr 2002 wird Personen ab einem Alter von 55 Jahren eine Darmspiegelung (Koloskopie) angeboten oder alternativ alle zwei Jahre ein chemischer Stuhltest, der bei auffälligem Befund koloskopisch abgeklärt wird. Bei unauffälligem Befund kann die Koloskopie als Angebot der GKV zur Früherkennung von Darmkrebs nach zehn Jahren wiederholt werden.

Der derzeit im Rahmen der Krebsfrüherkennung der GKV angebotene Guajak-Test steht in der Kritik, nicht so sensitiv zu sein, d.h. nicht so viele Karzinome zu entdecken, wie neuere immunologische Stuhltests (fäkale immunohistochemische Tests). Es ist daher zu erwarten, dass sich mittelfristig die neueren immunohistochemischen Stuhltests zur Darmkrebsfrüherkennung durchsetzen und auch in den Leistungskatalog

der gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen werden. Neue Testmethoden dürfen in der vertragsärztlichen Versorgung in der Regel dann zu Lasten der GKV erbracht werden, wenn der G-BA nach erfolgter Prüfung entsprechende Empfehlungen in seine Richtlinien aufgenommen hat [26, 38].

Eine Vergleichsstudie hat die Verfahren immunohistochemischer Stuhltest und Koloskopie untersucht [39] und in einem Zwischenfazit festgestellt, dass es bei der Entdeckung von Karzinomen zwischen diesen beiden Verfahren keinen Unterschied gibt. Mittels Koloskopie können jedoch Krebsvorstufen (Adenome) deutlich besser identifiziert und gleichzeitig entfernt werden.

Im telefonischen Gesundheitssurvey »Gesundheit in Deutschland aktuell 2010« (GEDA 2010), ein Bestandteil des Gesundheitsmonitorings des Robert Koch-Instituts, war ein Modul zur Krebsfrüherkennung integriert, das auch Fragen zur Inanspruchnahme der Darmkrebs-Früherkennung beinhaltet. Neben der Kenntnis des Angebotes wurden die subjektive Informiertheit über Nutzen und Risiken der Untersuchung sowie ggf. Gründe für die Nicht-Teilnahme erfragt. Der Mehrzahl der befragten Männer (83,9 %) war das Angebot der Koloskopie als Maßnahme der Krebsfrüherkennung bekannt (Frauen 88,4 %). Dabei bestanden kaum Unterschiede in den einzelnen Alters- und Bildungsgruppen. Danach befragt, wie diejenigen, denen das Angebot bekannt ist, darauf aufmerksam wurden, gab die Mehrzahl der befragten Männer den Arzt bzw. die Ärztin als Informationsquelle an (61,8 %), gefolgt von persönlichen Kontakten durch Familienangehörige, Freunde oder Bekannte (24,0 %) und Bücher/Zeitschriften (20,7 %). Mehrfachantworten waren bei dieser Frage möglich.

Von den anspruchsberechtigten Männern (ab 55 Jahren) gaben über die Hälfte (58,9 %) an, dass bei ihnen schon einmal eine Koloskopie durchgeführt wurde (Frauen: 57,5 %). Bei den Maßnahmen zur Darmkrebs-Früherkennung fallen die Akzeptanzunterschiede zwischen Männern und Frauen damit eher gering aus. Das kann auch mit den Daten aus DEGS1 gezeigt werden [37]. Bei den Männern zeigt sich in GEDA 2010 in der Tendenz ein Bildungseinfluss. Der Anteil derer, die von einer Darmspiegelung berichten, ist bei Männern in der oberen Bildungsgruppe größer (63,6 %) als

in der mittleren (56,6 %) und unteren (57,7 %) Bildungsgruppe. Dieser Effekt bleibt nach Altersstratifizierung allerdings nur in der Gruppe der Männer ab 65 Jahren zwischen der mittleren und hohen Bildungsgruppe bestehen. Die Frage nach dem Anlass der Koloskopie zeigt in GEDA 2010, dass der größte Teil der Darmspiegelungen präventiv, d.h. im Rahmen der Krebsfrüherkennung durchgeführt wurde (45,4 %). Nach den Gründen für eine (bisherige) Nicht-Teilnahme befragt, wird von den Männern in GEDA 2010 am häufigsten angegeben, dass sie keine Darmprobleme haben (56,3 %), gefolgt von der Ansicht, dass die Untersuchung aus ihrer Sicht nicht notwendig (31,6 %) oder unangenehm sei (19,3 %). Hinsichtlich des Bildungsstandes zeigten sich bei diesen Angaben keine Unterschiede.

Schätzungen zur Beteiligung an Krebsfrüherkennungsmaßnahmen für Darmkrebs werden vom Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (ZI) anhand von Abrechnungsdaten der GKV vorgenommen. Danach wird die kumulierte Teilnehmerate (2003–2011) bei der Koloskopie für die Männer im Alter von 55 bis 74 Jahre auf 19,3 % der Anspruchsberechtigten geschätzt [40]. Als Ursachen für die Unterschiede zu den GEDA 2010-Daten kann angenommen werden, dass die Befragten nicht immer wissen, ob ihre Darmspiegelung präventiv, d.h. ohne Vorliegen von Beschwerden, oder kurativ, d.h. aufgrund von bestehenden Beschwerden (z.B. chronische Bauchschmerzen, Bauchkrämpfe), durchgeführt wurde. Diese beiden Indikationen werden jedoch unterschiedlich abgerechnet. Das ZI unterscheidet bei seiner Schätzung zwischen beiden Abrechnungsarten und kurative Koloskopien werden danach wesentlich häufiger abgerechnet als Früherkennungs-Koloskopien.

2.3.2.3 Diskussion

Am Beispiel der Früherkennung von Darmkrebs mittels Darmspiegelung zeigt sich, Männer kennen die Angebote der Krebsfrüherkennung und nehmen diese zum großen Teil auch in Anspruch. Studien zur allgemeinen Akzeptanz von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen ergeben dagegen, dass die Untersuchungsangebote zur frühzeitigen Diagnose von Krebserkrankungen von

Männern insgesamt weniger häufig [36, 40] und weniger regelmäßig angenommen werden als von Frauen [41] (siehe Kapitel 6 Männerspezifische Prävention und Gesundheitsförderung). Mit den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchungen zu einer Früherkennungsmaßnahme, die Männern und Frauen gleichen Alters in genau gleicher Weise zu demselben Zweck angeboten wird, kann jedoch gezeigt werden, dass bei der Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsmaßnahmen nicht immer bedeutsame Geschlechtsunterschiede bestehen. Zudem wird deutlich, dass bestimmte Faktoren die Inanspruchnahme bei Männern (wie bei Frauen) positiv beeinflussen. Dazu zählt die Empfehlung zur Teilnahme durch einen Arzt/eine Ärztin. Diese kann Männer jedoch nur erreichen, wenn sie einen Arzt/eine Ärztin aufsuchen. Im Gegensatz zu Frauen, die z.B. Frauenärzte im Rahmen von Verhütung und Familienplanung regelmäßig konsultieren, haben viele Männer, vor allem im jüngeren Alter, kaum Anlass als Gesunde regelmäßig zum Arzt zu gehen und verfügen oftmals über keinen Arzt ihres Vertrauens. Die Empfehlung zur Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen von einem Arzt/einer Ärztin erreichen sie daher seltener. Inwieweit andere Informationswege und Entscheidungshilfen zur Teilnahme an Krebsfrüherkennungsmaßnahmen Männer erreichen können, wird derzeit diskutiert. Die Vorschläge reichen von speziellen Männerärzten (Andrologen, Urologen), die eine Kompetenz- und Anlaufstelle für Männer sein könnten, über »Männergesundheitsstage« bis hin zur verstärkten Rolle von Krankenkassen und Betriebsärzten bei der Aufklärung über Nutzen und Risiken von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen [41, 42]. Darüber hinaus wurde im Nationalen Krebsplan ein organisiertes, qualitätsgesichertes Darmkrebsfrüherkennungs-Programm mit einem Einladungsverfahren für Männer und Frauen empfohlen [38], wie es nunmehr im Rahmen des im April 2013 in Kraft getretenen Krebsfrüherkennungs- und -registergesetzes (KFRG) umgesetzt werden wird [43].

Der beobachtete Bildungseinfluss bei Männern ist auch aus anderen Untersuchungen bekannt [44], Männer der oberen Bildungsgruppe nehmen die angebotenen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen häufiger wahr. Dabei dürften strukturelle Unterschiede in der gesundheitlichen Versor-

gung [45], aber auch andere Ursachen, wie zum Beispiel gruppenspezifische Unterschiede hinsichtlich des Gesundheitswissens und der Nutzung von gesundheitsrelevanten Informationsangeboten, eine Rolle spielen. Personen der niedrigen Sozialstatusgruppe bemühen sich beispielsweise seltener aktiv um Gesundheitsinformationen [46, 47].

Es gibt Hinweise darauf, dass Personen, vor allem auch Männer, mit Migrationshintergrund Angebote zu Prävention und Gesundheitsförderung in geringerem Ausmaß in Anspruch nehmen als die Mehrheit der deutschen Bevölkerung [48, 49]. Dies zeigt sich über alle Altersgruppen hinweg, beginnend mit der Vorsorgeuntersuchung bei Kindern [50]. Allerdings muss darauf hingewiesen werden, dass sich die Aussagen auf eine nicht näher spezifizierte Gruppe von Migranten und Migrantinnen bezieht und wegen der Heterogenität der Zielgruppe stärker differenziert werden müsste. Die Datenlage zur Inanspruchnahme sämtlicher Leistungen der Gesundheitsversorgung durch Menschen mit Migrationshintergrund ist insgesamt noch unzureichend.

Aufgrund der weiten Verbreitung von Krebserkrankungen und den damit verbundenen Belastungen auch im Hinblick auf den demografischen Wandel, gewinnen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen zunehmend an Bedeutung. Die Gründe dafür, warum nicht alle anspruchsberechtigten Männer gleich gut erreicht werden, sind sowohl auf Seiten der Leistungsanbieter als auch bei den Anspruchsberechtigten zu suchen und betreffen die Zugänglichkeit und Zielgruppenspezifität von Informationen, die Struktur und Organisation der Untersuchungen und nicht zuletzt die persönlichen Einstellungen zur Krebsfrüherkennung [51]. Im Nationalen Krebsplan und im Zuge dessen auch im Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz sind diese Aspekte mit dem Ziel integriert worden, Krebserkrankungen noch wirksamer zu bekämpfen [38, 43].

Literatur

1. Robert Koch-Institut (Hrsg) und die Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (Hrsg) (2013) Krebs in Deutschland 2009/2010. RKI, Berlin
2. Zentrum für Krebsregisterdaten im Robert Koch Institut (2013) Datenbankabfrage: Fallzahlen für die Tabelle Inzidenz, Diagnose: Krebs gesamt (C00–C97 ohne C44). www.krebsdaten.de/abfrage (Stand: 23.01.2014)
3. Zentrum für Krebsregisterdaten im Robert Koch Institut (2013) Datenbankabfrage: Altersstandardisierte Rate für die Tabelle Inzidenz pro 100.000 Einwohner, Diagnose: Krebs gesamt (C00–C97 ohne C44). www.krebsdaten.de/abfrage (Stand: 22.01.2014)
4. Statistisches Bundesamt (2013) Todesursachenstatistik, Fortschreibung des Bevölkerungsstandes: Sterbefälle (absolut, Sterbeziffer, Ränge, Anteile) für die 10/20/50/100 häufigsten Todesursachen (ab 1998). www.gbe-bund.de (Stand: 21.01.2014)
5. Statistisches Bundesamt (2013) Todesursachenstatistik, Fortschreibung des Bevölkerungsstandes: Sterbefälle, Sterbeziffern (je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert) (ab 1998). www.gbe-bund.de (Stand: 07.01.2014)
6. Zentrum für Krebsregisterdaten im Robert Koch Institut (2013) Datenbankabfrage: Altersstandardisierte Rate für die Tabelle Mortalität pro 100.000 Einwohner, Diagnose: Krebs gesamt (C00–C97 ohne C44). www.krebsdaten.de/abfrage (Stand: 22.01.2014)
7. Statistisches Bundesamt (2013) Todesursachenstatistik, Fortschreibung des Bevölkerungsstandes: Vorzeitige Sterblichkeit (Anzahl, je 100.000 Einwohner, verlorene Lebensjahre – mit/ohne Altersstandardisierung, Tod unter 65/70 Jahren). www.gbe-bund.de (Stand: 15.01.2014)
8. Robert Koch-Institut (Hrsg) und die Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (Hrsg) (2010) Krebs in Deutschland 2005/2006. RKI, Berlin
9. Hegmann KT, Fraser AM, Keaney RP et al. (1993) The effect of age at smoking initiation on lung cancer risk. *Epidemiology* 4 (5): 444–448
10. Doll R, Peto R (1981) The causes of cancer: quantitative estimates of avoidable risks of cancer in the United States today. *J Natl Cancer Inst* 66 (6): 1191–1308
11. Tomatis L (1990) Tobacco Cancer: Causes, Occurrence and Control. IARC Lyon, S 169–178
12. Stewart BW, Kleihues P (2003) Tobacco World Cancer Report The Causes of Cancer. IARC, Lyon, S 21–28
13. International Agency for Research on Cancer (2012) IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to human monographs. Volume 100 E. A review of human carcinogens. WHO/IARC, Lyon
14. Wienecke A, Barnes B, Lampert T et al. (2013) Changes in cancer incidence attributable to tobacco

- smoking in Germany, 1999–2008. *International Journal of Cancer* 134 (3): 682–691
15. Lampert T (2011) Rauchen – Aktuelle Entwicklungen bei Erwachsenen. GBE kompakt 2(4). www.rki.de/gbe-kompakt (Stand: 10.06.2011)
 16. Payne S (2001) 'Smoke like a man, die like a man?': a review of the relationship between gender, sex and lung cancer. *Soc Sci Med* 53 (8): 1067–1080
 17. Jacobson B (1981) *The Ladykillers: Why smoking is a feminist issue*. Pluto Press, London
 18. Mucha L, Stephenson J, Morandi N et al. (2006) Meta-analysis of disease risk associated with smoking, by gender and intensity of smoking. *Gender Medicine* 3 (4): 279–291
 19. Payne S (2004) *Gender in Lung Cancer and Smoking Research*. World Health Organization, Genf
 20. Berges R (2008) Epidemiology of benign prostatic syndrome. Associated risks and management data in German men over age 50. *Urologe* 47 (2): 141–148
 21. Zentrum für Krebsregisterdaten im Robert Koch Institut (2013) Datenbankabfrage: Fallzahlen für die Tabelle Inzidenz, Diagnose: Prostata (C61). www.krebsdaten.de/abfrage (Stand: 22.01.2014)
 22. Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums (2010) Prostatakrebs: Früherkennung, Untersuchung, Behandlung, Nachsorge. Eine Übersicht für Patienten, Interessierte und Fachkreise. www.krebsinformationsdienst.de/tumorarten/prostatakrebs/index.php (Stand: 22.01.2014)
 23. Norat T, Bingham S, Ferrari P et al. (2005) Meat, fish, and colorectal cancer risk: The European prospective investigation into cancer and nutrition. *Journal of the National Cancer Institute* 97 (12): 906–916
 24. Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums (2009) Dickdarmkrebs: Diagnose, Therapie, Nachsorge. Informationen für Betroffene, ihre Angehörigen und Interessierte. www.krebsinformationsdienst.de/tumorarten/darmkrebs/index.php (Stand: 22.01.2014)
 25. Danaei G, Vander Hoorn S, Lopez AD et al. (2005) Causes of cancer in the world: comparative risk assessment of nine behavioural and environmental risk factors. *Lancet* 366 (9499): 1784–1793
 26. Gemeinsamer Bundesausschuss (2011) Richtlinie über die Früherkennung von Krebserkrankungen. www.g-ba.de/downloads/62-492-510/RL_KFU_2010-12-16.pdf (Stand: 14.06.2012)
 27. Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur Früherkennung, Diagnose und Therapie der verschiedenen Stadien des Prostatakarzinoms, Langversion 3.0, 2014 AWMF Registernummer: 034/022OL, www.leitlinienprogramm-onkologie.de/Leitlinien.70.html (Stand: 07.11.2014)
 28. Kraywinkel K, Bertz J, Laudi A et al. (2012) Epidemiologie und Früherkennung häufiger Krebserkrankungen in Deutschland. GBE kompakt 3(4). www.rki.de/gbe-kompakt (Stand: 06.08.2012)
 29. Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ et al. (2012) Prostate-cancer mortality at 11 years of follow-up. *New England Journal of Medicine* 366 (11): 981–990
 30. Andriole GL, Crawford ED, Grubb RL et al. (2012) Prostate cancer screening in the randomized prostate, lung, colorectal, and ovarian cancer screening trial: Mortality results after 13 years of follow-up. *Journal of the National Cancer Institute* 104 (2): 125–132
 31. Kilpeläinen TP, Tammela TLJ, Roobol M et al. (2011) False-positive screening results in the European randomized study of screening for prostate cancer. *European Journal of Cancer* 47 (18): 2698–2705
 32. Igel-Monitor (2012) PSA-Test zur Früherkennung von Prostatakrebs. www.igel-monitor.de/Igel_A_Z.php?action=view&id=57 (Stand: 01.11.2012)
 33. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Thema Prostatakrebs. www.gesundheitsinformation.de/der-psa-test-zur-frueherkennung-von-prostatakrebs.2066.de.html? (Stand: 06.11.2014)
 34. Volk RJ, Hawley ST, Kneuper S et al. (2007) Trials of Decision Aids for Prostate Cancer Screening. A Systematic Review. *American Journal of Preventive Medicine* 33 (5): 428–434.e411
 35. Bott SR, Birtle AJ, Taylor CJ et al. (2003) Prostate cancer management: 2. An update on locally advanced and metastatic disease. *Postgrad Med J* 79 (937): 643–645
 36. Sieverding M, Matterne U, Ciccarello L et al. (2008) Prostatakarzinomfrüherkennung in Deutschland. Untersuchung einer repräsentativen Bevölkerungstichprobe. *Urologe A* 47 (9): 1233–1238
 37. Starker A, Saß AC (2013) Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen: Ergebnisse der »Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland« (DEGS1). *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 56 (5–6): 858–867
 38. Bundesministerium für Gesundheit (2011) Nationaler Krebsplan. www.bmg.bund.de/praevention/nationaler-krebsplan/der-nationale-krebsplan-stellt-sich-vor.html (Stand: 15.06.2012)

39. Quintero E, Castells A, Bujanda L et al. (2012) Colonoscopy versus fecal immunochemical testing in colorectal-cancer screening. *New England Journal of Medicine* 366 (8): 697–706
40. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (2012) Teilnahme an gesetzlichen Früherkennungsuntersuchungen und an Beratungen zur Prävention des Darmkrebs (in Prozent der anspruchsberechtigten Altersgruppe) im Jahr 2011. www.zi.de/cms/fileadmin/images/content/PDFs_alle/Beteiligungsraten_2011_Deutschland_erw.pdf (Stand: 22.01.2014)
41. Sieverding M (2011) Männer und Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen. In: Bezirksamt Lichtenberg von Berlin (Hrsg) *Man(n), wie gehts? Eine neue Perspektive für die Gesundheitsförderung Lichtenberger Männergesundheitsbericht 2011*, Berlin, S 39–48
42. Weissbach L, Lein M, Fornara P et al. (2008) Ergebnisse der Männergesundheitstage 2006. *Urologe* 47 (2): 205–211
43. Gesetz zur Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung und zur Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister (Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz – KFRG), Bundesgesetzblatt, Jahrgang 2013, Teil I Nr. 16 vom 08.04.2013 Seite 617
44. Mielck A (2008) Zum Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und gesundheitlicher Versorgung. In: Tiesmeyer K, Braus M, Lieres Mea (Hrsg) *Der blinde Fleck Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung*. Hans Huber, Bern, S 21–38
45. Ruckinger S, von Kries R, Pauli S et al. (2008) Die Krebsfrüherkennungsuntersuchung für Frauen wird in Regionen mit niedrigerem Haushaltseinkommen seltener in Anspruch genommen – Analyse von Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. *Gesundheitswesen* 70 (7): 393–397
46. Horch K, Wirz J (2005) Nutzung von Gesundheitsinformationen. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 48 (11): 1250–1255
47. Horch K, Hintzpeter B, Ryl L et al. (2012) Ausgewählte Aspekte einer Bürger- und Patientenorientierung in Deutschland. Die Beurteilung aus der Sicht der Nutzer. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 55 (5): 739–745
48. Zeeb H, Baune BT, Vollmer W et al. (2004) Gesundheitliche Lage und Gesundheitsversorgung von erwachsenen Migranten – ein Survey bei der Schuleingangsuntersuchung. *Gesundheitswesen* 66 (2): 76–84
49. Keller A, Baune BT (2005) Impact of social factors on health status and help seeking behavior among migrants and Germans. *Journal of Public Health* 13 (1): 22–29
50. Robert Koch-Institut (2008) *Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003–2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland*. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
51. Altgeld T (2003) Was spricht Männer an? Männergerechte Gesundheitskommunikation findet in der Gesundheitsförderung und Prävention kaum statt. *Impulse Newsletter für Gesundheitsförderung* 39: S 8

2.4 Unfälle

Unfälle geschehen unbeabsichtigt und können schwere, mitunter tödliche Verletzungen nach sich ziehen. Unfallverletzungen sind, insbesondere unter präventiven Gesichtspunkten, klar abzugrenzen von beabsichtigten Verletzungen als Folge gewalttätiger Handlungen. Die Gewalt kann sich hierbei gegen die eigene Person richten oder als zwischenmenschliche oder kollektive Gewalt auftreten [1] (siehe Kapitel 3.6 Gewalt). Die Bedeutung von Unfällen begründet sich sowohl aus den individuellen wie volkswirtschaftlichen Folgen. Nach Schätzungen der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin gab es im Jahr 2011 in Deutschland etwa 8,72 Millionen Unfälle, von denen ca. 20.400 tödlich endeten [2]. Eine grobe Abschätzung der gesundheitsökonomischen Bedeutung von Unfällen kann über die Kosten von Verletzungen (ICD-10: S00–T98) erfolgen: Jährlich werden knapp 5 % der direkten Krankheitskosten für ihre Behandlung aufgewendet [3].

Männer sind von Unfällen überproportional häufig betroffen, und auch hinsichtlich der Schwere von Unfällen wird ein klarer Geschlechterunterschied zuungunsten der Männer beobachtet. Besonders deutlich wird dies an der erhöhten Sterblichkeit durch Unfälle, speziell bei jüngeren Männern (siehe auch Kapitel 2.1 Lebenserwartung und Sterblichkeit). Die erhöhte Gefährdung von Männern sowie das präventive Potenzial machen Unfälle zu einem zentralen Thema der Männergesundheit.

Eine genaue Kenntnis des Unfallgeschehens in Deutschland ist Grundlage für die Prävention von unfallbedingten Verletzungen. Verschiedene Statistiken werden für die Darstellung des Unfallaufkommens herangezogen. Die Verkehrsunfallstatistik gibt detailliert Auskunft über polizeilich erfasste Unfälle im Straßenverkehr. Auch Arbeits- und Schulunfälle, soweit sie in die Zuständigkeit der gesetzlichen Unfallversicherung fallen, sind meldepflichtig. Heim- und Freizeitunfälle werden hingegen nicht systematisch erfasst, dabei erleiden schätzungsweise zwei Drittel der Unfallverletzten den Unfall zu Hause, beziehungsweise in der Freizeit [2]. Als weitere Quelle für Aussagen zum Unfallgeschehen ist die Todesursachenstatistik zu nennen. In der dort verwendeten ICD-10-Klassifi-

kation werden Verletzungen im Kapitel 19 (S00–T98) beschrieben. Kapitel 20 (V01–Y98) erlaubt die zusätzliche Kodierung der äußeren Ursachen.

Weil sich das Unfallgeschehen in Deutschland allein auf der Basis amtlicher Statistiken nur unvollständig abbilden lässt, sind repräsentative Befragungen, wie der telefonische Gesundheits-survey »Gesundheit in Deutschland aktuell« des Robert Koch-Instituts aus dem Jahr 2010 (GEDA 2010), eine wichtige Ergänzung. GEDA 2010 liefert einen Überblick über das gesamte nichttödliche Unfallgeschehen und enthält außerdem zahlreiche Detailinformationen zu den berichteten Unfällen, die mit soziodemografischen und sozio-ökonomischen Merkmalen verknüpft werden können. Nach einem geschlechtsspezifischen Überblick über das Unfallgeschehen auf Basis von GEDA 2010 werden sowohl Verkehrs- als auch Arbeitsunfälle im Folgenden mithilfe offizieller Statistiken, ebenfalls aus dem Jahr 2010, eingehender betrachtet. Das ermöglicht eine bessere Einordnung und Vergleichbarkeit mit den Ergebnissen aus GEDA 2010.

2.4.1 Sterblichkeit durch Unfälle

Generell gilt, dass Männer häufiger von Unfällen betroffen sind als Frauen. Nach der Todesursachenstatistik starben im Jahr 2010 in Deutschland insgesamt 10.956 (54,1 %) Männer und 9.287 (45,9 %) Frauen infolge eines Unfalls [4]. Insbesondere in der Jugend und im jungen Erwachsenenalter stellen Unfälle eine der häufigsten Todesursachen dar. So entfallen bei den 15- bis 19-jährigen Männern 38,7 % aller Todesfälle auf Unfälle. Bei den 20- bis 24-jährigen Männern sind dies 34,9 % und bei den 25- bis 29-jährigen immer noch 25,5 % aller Sterbefälle. Frauen weisen insbesondere in jüngeren Jahren eine deutlich geringere unfallbedingte Mortalität auf als Männer (siehe auch Kapitel 2.1 Lebenserwartung und Sterblichkeit).

Im Altersgang nimmt die Bedeutung von Unfällen im Vergleich zu anderen Todesursachen sukzessive ab und macht bei Männern im Rentenalter noch einen Anteil von etwa 2 % aller Sterbefälle aus.

Da Unfälle überwiegend das Sterbe geschehen in jüngeren Lebensjahrzehnten bestimmen, zeichnen sie auch für einen großen Anteil der durch vorzeitigen Tod verlorenen Lebensjahre verantwortlich. Die vor dem Erreichen des 65. Lebensjahres durch Unfälle verlorene Lebenszeit belief sich im Jahr 2010 bei den Männern auf 112.222 Jahre (9,9 % aller verlorenen Lebensjahre) und bei den Frauen auf 36.615 Jahre (6,0 %) [5]. Damit entfallen etwa drei Viertel aller durch Unfälle verlorenen Lebensjahre auf Männer, ein Umstand, der reflektiert, dass Männer im Vergleich zu Frauen nicht nur häufiger, sondern auch in jüngeren Jahren tödlich verunglücken.

2.4.2 Unfallgeschehen im Überblick

Mit den Daten von GEDA 2010 lässt sich das nichttödliche Unfallgeschehen in Deutschland umfassend beschreiben. Ausschlaggebend für die Klassifizierung als Unfall war hierbei, dass der bzw. die Betroffene einen Arzt/eine Ärztin aufgesucht hat bzw. im Krankenhaus behandelt wurde. Danach gaben 9,9 % der männlichen sowie 6,0 % der weiblichen Befragten an, in den 12 Monaten

vor der Befragung mindestens einen Unfall erlitten zu haben. Mehr als einen Unfall hatten 16,0 % der männlichen Unfallopfer. Darunter haben 12,0 % der verunfallten Männer im letzten Jahr zwei Unfälle und weitere 4,0 % drei oder mehr Unfälle erlebt. Auch hier gilt, dass Frauen seltener betroffen sind.

Bei Betrachtung der altersspezifischen Entwicklung der Unfallprävalenzen fällt auf, dass Unfälle in jüngeren Lebensjahren deutlich häufiger vorkommen (siehe Abbildung 2.4.1). Unter den 18- bis 24-Jährigen fällt der Anteil an Unfallobetroffenen mit einem Fünftel aller Männer besonders hoch aus und liegt damit annähernd neun Prozentpunkte über dem entsprechenden Anteil bei den Frauen. Im Altersgang nimmt der Geschlechterunterschied langsam ab, und bei den 65-Jährigen und Älteren weisen Männer sogar eine etwas niedrigere Unfallprävalenz auf als Frauen.

Wichtig für die Prävention von Unfallverletzungen ist der Unfallort, im Folgenden bezogen auf den letzten von ggf. mehreren erlittenen Unfällen. Generell gilt, dass Männer deutlich häufiger als Frauen am Arbeitsplatz und deutlich seltener zu Hause verunglücken. So haben bei den

Abbildung 2.4.1
Anteil der Personen mit mindestens einem Unfall mit ärztlicher Behandlung in den letzten 12 Monaten nach Geschlecht (in Prozent)

Quelle: GEDA 2010, Robert Koch-Institut, eigene Berechnungen

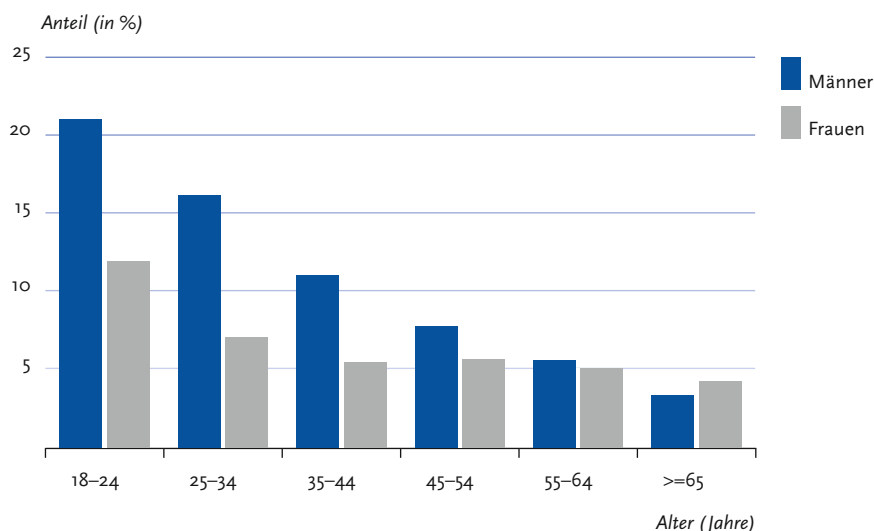
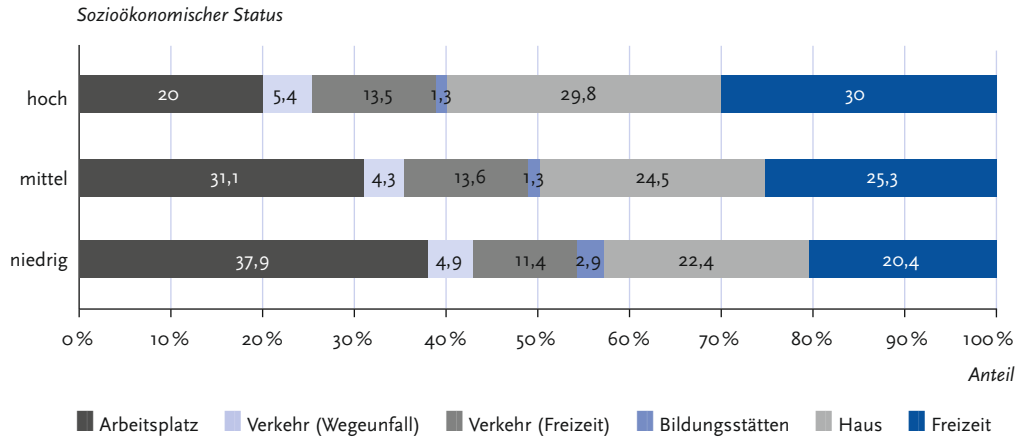


Abbildung 2.4.2

Unfälle bei Männern mit ärztlicher Behandlung (letzter Unfall) nach Unfallort und sozioökonomischem Status (in Prozent)
 Quelle: GEDA 2010, Robert Koch-Institut, eigene Berechnungen



Männern 29,6% aller im letzten Jahr berichteten Unfälle am Arbeitsplatz stattgefunden (Frauen: 8,6%) und nur 22,8% zu Hause (Frauen: 41,2%). Weitere 16,8% waren Verkehrsunfälle, 1,7% fanden in Bildungsstätten wie Schulen oder Ausbildungsstätten statt, und 29,2% aller Unfälle bei Männern waren Freizeitunfälle. Im Altersgang zeigt sich bei beiden Geschlechtern eine deutliche Zunahme von häuslichen Unfällen und ein Rückgang von Freizeit- und Arbeitsunfällen. So geschieht mit 41,1% ein Großteil der Unfälle bei 18- bis 24-jährigen Männern in der Freizeit, während Männer ab 65 Jahren in nahezu der Hälfte der Fälle (46,3%) zu Hause verunglücken.

Darüber hinaus ist der Unfallort auch ein wichtiges Differenzierungsmerkmal bei der Betrachtung des Unfallgeschehens in den einzelnen sozioökonomischen Gruppen. Hierfür wurde ein dreistufiger Statusindex verwendet, der auf Angaben zum Bildungsniveau, zur beruflichen Stellung und zum Einkommen basiert [6]. Während Angehörige unterschiedlicher Statusgruppen grundsätzlich ähnlich häufig von Unfällen betroffen sind, variieren die Unfallorte der Unfallverletzten deutlich mit dem sozioökonomischen Status (siehe Abbildung 2.4.2). Statistisch bedeutsam ist vor allem die unterschiedliche Häufigkeit von Unfällen am Arbeitsplatz sowie in der Freizeit: Unfallverletzte mit niedrigem sozioökonomischen Status verunglücken auch nach statistischer Kontrolle des Alters häufiger am Arbeitsplatz und

seltener in der Freizeit als Unfallverletzte mit hohem sozioökonomischen Status.

Neben den gesundheitlichen Einschränkungen für den Einzelnen haben Unfälle auch deutliche Auswirkungen auf das Gesundheitssystem und die Arbeitswelt. Bei 49,1% aller Unfälle war für die betroffenen Männer ein ambulanter, bei 18,2% ein stationärer Krankenhausaufenthalt die Folge. Zudem wurde bei 12,9% der Unfälle eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt, bei 2,5% erfolgte die Rehabilitation stationär. 61,2% der Unfälle bei Männern führten zu Krankschreibung und Arbeitsunfähigkeit. Auch bedingt durch die nach wie vor geringeren Erwerbsquoten lag dieser Anteil bei den Frauen mit 53,5% deutlich darunter. Es verwundert vor diesem Hintergrund nicht, dass Unfällen auch in Auswertungen zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen der Krankenkassen große Bedeutung zukommt. Mit 15,7% aller Arbeitsunfähigkeitstage lag die Hauptdiagnosegruppe Verletzungen und Vergiftungen (ICD-10: S00-T98; hier inkl. Selbst- und Fremdverletzungen) bei den pflichtversicherten männlichen AOK-Mitgliedern im Jahr 2010 an zweiter Stelle hinter den Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (ICD-10: M00-M99) [7].

Tabelle 2.4.1

Anteil von Männern und Frauen an den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten und den meldepflichtigen Arbeitsunfällen (in Prozent)

Quellen: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung [8], Bundesagentur für Arbeit [9]

	Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte	Meldepflichtige Arbeitsunfälle	darunter: Tödliche Arbeitsunfälle
Männer	54 %	74,3 %	91,3 %
Frauen	46 %	25,7 %	8,7 %

2.4.3 Arbeitsunfälle

Wie sich in der Statistik der meldepflichtigen Arbeitsunfälle zeigt, sind Männer insbesondere bei der Arbeit deutlich häufiger von Unfällen betroffen als Frauen. Meldepflichtig sind Arbeitsunfälle, die mehr als drei Tage Arbeitsunfähigkeit oder den Tod der betreffenden Person nach sich ziehen. Nach Angaben der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV), bei deren Mitgliedern insbesondere die sozialversicherungspflichtig beschäftigte Bevölkerung pflichtversichert ist, gab es im Jahr 2010 bei männlichen Versicherten 709.422 meldepflichtige Arbeitsunfälle (ohne Wegeunfälle), darunter 474 mit tödlichem Ausgang (alle Angaben ohne in der Landwirtschaft Beschäftigte) [8]. Dabei zeigt sich, dass Männer in der Arbeitswelt einem deutlich größeren Risiko ausgesetzt sind als Frauen. Sie werden nicht nur

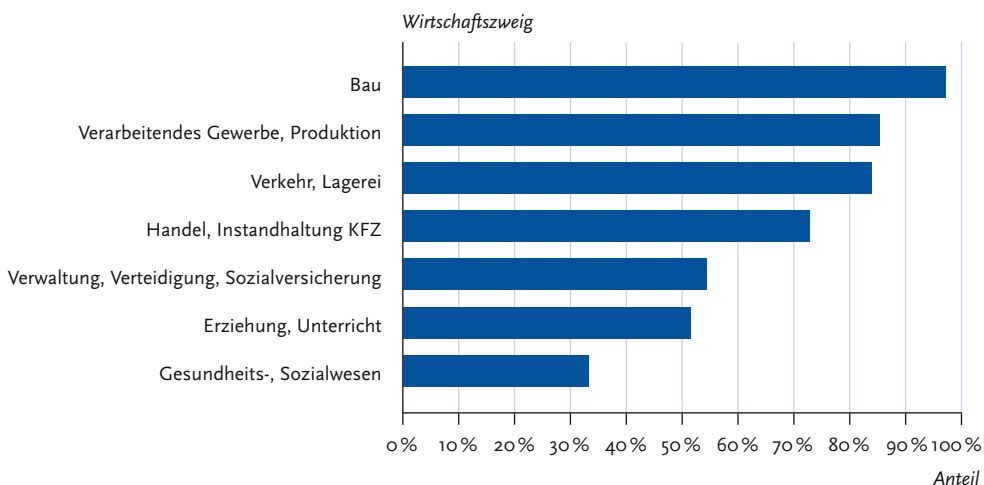
häufiger Opfer von Arbeitsunfällen, sondern laufen auch eher Gefahr, diese nicht zu überleben (siehe Tabelle 2.4.1). Während Männer nur gut die Hälfte der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten ausmachen, liegt ihr Anteil bei den meldepflichtigen Arbeitsunfällen bereits bei drei Vierteln und bei den tödlichen Arbeitsunfällen sogar bei einem Anteil von über 90 % [8, 9].

Dass dieser Unterschied vor allem mit der risikoreicheren Tätigkeit insbesondere von Männern in manuellen Berufen in Zusammenhang zu bringen ist, verdeutlicht die Aufschlüsselung der meldepflichtigen Arbeitsunfälle nach Wirtschaftszweigen. Danach entfielen im Jahr 2010 bei männlichen Versicherten 28 % der meldepflichtigen Arbeitsunfälle auf das verarbeitende und weitere 16 % auf das Baugewerbe. Fast die Hälfte aller am Arbeitsplatz verunglückten Männer ist damit in Branchen mit überwiegend risikoträchtigen

Abbildung 2.4.3

Männeranteil bei meldepflichtigen Arbeitsunfällen im Jahr 2010 in den wichtigsten Wirtschaftszweigen (in Prozent)

Quelle: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung [8]



beruflichen Anforderungen tätig, deren Erfüllung nach wie vor ganz überwiegend männlichen Erwerbstätigen obliegt. Besonders deutlich wird dies bei Betrachtung der geschlechtsspezifischen Unfallanteile in den einzelnen Wirtschaftszweigen (Abbildung 2.4.3). Angeführt wird die Aufstellung von der Baubranche, in der 97,5 % aller meldepflichtigen Arbeitsunfälle auf Männer entfallen. Besonders deutlich ist der Überhang zudem im verarbeitenden Gewerbe sowie im Wirtschaftszweig Verkehr und Lagerei mit 85,6 % bzw. 84,2 % männlichem Anteil am Unfallgeschehen.

Im Altersgang zeigt sich bei den Männern eine Verteilung der meldepflichtigen Arbeitsunfälle, die vor allem durch die unterschiedliche Beteiligung der Altersgruppen am Arbeitsleben geprägt ist. Die noch geringe Arbeitsmarktintegration der unter 20-Jährigen wie auch die wieder abnehmende Erwerbstätigkeit ab einem Alter von etwa 55 Jahren führt in diesen Altersgruppen zu vergleichsweise niedrigen Anteilen am Gesamtaufkommen der meldepflichtigen Arbeitsunfälle. Der größte Teil der Arbeitsunfälle bei Männern entfiel im Jahr 2010 demnach mit 79,4 % aller Unfälle auf die 20- bis 54-Jährigen. Ein etwas erhöhtes Risiko tragen innerhalb dieser Altersspanne die Altersgruppen der 20- bis 24-jährigen Männer mit 13,4 % aller meldepflichtigen Arbeitsunfälle, aber auch die 40- bis 44-jährigen sowie die 45- bis 49-jährigen Männer, die 12,3 % bzw. 12,6 % der gemeldeten Unfälle auf sich vereinen. In der Tendenz ist bei der Zahl meldepflichtiger Arbeitsunfälle ein Rückgang zu verzeichnen. Lagten die Zahlen nach Angaben der DGUV im Jahr 2001 noch bei 987.868 Unfällen unter männlichen Versicherten, so ist dieser Wert bis zum Jahr 2010 auf 709.422 Fälle gesunken. Dieser Trend reiht sich ein in den allgemeinen Rückgang der Arbeits- und Wegeunfälle, der seit den 1960er Jahren im Wesentlichen anhält [10, 11].

2.4.4 Verkehrsunfälle

Laut Schätzung der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin verletzte sich im Jahr 2010 etwa jeder 22. Unfallbetroffene im Verkehr (4,5 %). Wesentlich höher ist jedoch mit 18,9 % der Anteil der Unfalltoten, die auf den Bereich Verkehr entfallen [12]. Unfälle mit Personenschäden sind als Teilbereich der Verkehrsunfallstatistik gut dokumentiert und sollen im Folgenden in ihrer Bedeutung für die Gesundheit von Männern eingehender beschrieben werden. Obwohl die Zahlen der im Straßenverkehr verletzten und getöteten Personen seit den 1980er Jahren rückläufig sind, haben Männer nach wie vor ein deutlich höheres Verkehrsunfallrisiko als Frauen [13]. Im Jahr 2010 waren in Deutschland 353.883 Männer direkt an Verkehrsunfällen beteiligt, bei denen Personen verletzt oder getötet wurden. Inklusive Mitfahrer verunglückten 208.284 Männer, unter diesen waren 38.704 Schwerverletzte und 2.651 Männer starben.

Unter den verunglückten Personen wird der Geschlechterunterschied bei den schwerverletzten und getöteten Personen besonders deutlich. Die Zahl der im Straßenverkehr getöteten Männer pro 100.000 Einwohner war im Jahr 2010 gegenüber den verunglückten Frauen nahezu um das Dreifache, die der schwerverletzten Männer um den Faktor 1,7 erhöht (siehe Tabelle 2.4.2). Wie bei den meldepflichtigen Arbeitsunfällen weisen Männer also auch im Straßenverkehr vor allem bei den folgenschweren Unfällen ein höheres Risiko auf als Frauen.

Im Altersgang zeigt sich zudem, dass insbesondere jüngere Männer gefährdet sind, bei Verkehrsunfällen zu verunglücken. In der Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen erreichen die Unfallraten die höchsten Werte und gehen in den folgenden Altersgruppen deutlich zurück (siehe

Tabelle 2.4.2

Beteiligte, Verletzte und Getötete bei Straßenverkehrsunfällen mit Personenschaden im Jahr 2010 nach Geschlecht (ab 18 Jahren; pro 100.000 Einwohner)

Quelle: Statistik der Straßenverkehrsunfälle, Statistisches Bundesamt [13], eigene Berechnungen

	Beteiligte	Verunglückte	darunter:		
			Getötete	Schwerverletzte	Leichtverletzte
Männer	991,8	543,0	7,6	102,1	433,4
Frauen	494,0	414,5	2,6	59,5	352,4

Tabelle 2.4.3

Im Straßenverkehr verunglückte Männer im Jahr 2010 nach Alter und Schwere der Verletzung (ab 18 Jahren; pro 100.000 Einwohner)

Quelle: Statistik der Straßenverkehrsunfälle, Statistisches Bundesamt [13], eigene Berechnungen

Schwere der Verletzung	Altersgruppen (Jahre)					
	18–24	25–34	35–44	45–54	55–64	>= 65
Leichtverletzte	936,1	573,5	462,7	392,2	295,4	206,5
Schwerverletzte	206,5	111,6	95,4	96,9	79,3	71,7
Getötete	14,6	8,1	5,6	6,5	5,4	8,1

Tabelle 2.4.3). Von den 18- bis 24-Jährigen verletzten sich im Jahr 2010 1.142,7 pro 100.000 Männer leicht oder schwer und 14,6 von 100.000 starben. Bei den 65-Jährigen und Älteren sind noch 8,1 von 100.000 Männern getötet worden und 278,3 von 100.000 erlitten nichttödliche Verletzungen.

Zur richtigen Einordnung der Geschlechterunterschiede ist zu berücksichtigen, dass Männer deutlich mobiler sind als Frauen und auch dadurch ein größeres Risiko eingehen, im Straßenverkehr verletzt oder getötet zu werden. Nach den Zahlen der Studie »Mobilität in Deutschland« aus dem Jahr 2008 legen Männer an einem durchschnittlichen Tag 45,9 Kilometer, Frauen hingegen nur 32,4 Kilometer zurück [14]. Es ist nicht verwunderlich, dass eine Personengruppe, die stärker am Verkehrsgeschehen teilnimmt, auch häufiger in Unfälle verwickelt ist. Dennoch zeigen entsprechende Untersuchungen, dass das Risiko, bei einem Verkehrsunfall getötet zu werden, für Männer auch dann noch um 83 % erhöht ist, wenn die größere Mobilität in die Berechnungen einbezogen wird [15].

Laut Unfallstatistik neigen Männer zudem – stärker als Frauen – zu riskantem Fahrverhalten

(siehe Tabelle 2.4.4). Das höhere Unfallrisiko von Männern ist also vor allem auch durch ein riskanteres Verkehrsverhalten zu erklären. Bei allen dargestellten Kategorien unfallrelevanten Fehlverhaltens weisen Männer deutlich höhere Raten pro 1.000 Beteiligte auf als Frauen. Besonders deutlich wird dies bei Fahrzeugführern, die unter Alkoholeinfluss an einem Unfall mit Personenschaden beteiligt waren (siehe Kapitel 3.4 Alkohol). So wiesen Männer im Jahr 2010 bei Unfällen mit Personenschaden mehr als dreimal so häufig wie Frauen eine aufgrund von Alkoholkonsum eingeschränkte Verkehrstüchtigkeit auf. Auch hier zeigt sich wieder eine stark altersspezifische Entwicklung. So wurde bei männlichen Fahrzeugführern im Alter zwischen 18 und 24 Jahren, die an Unfällen mit Personenschaden beteiligt waren, bei 226 von 1.000 Beteiligten eine nicht angepasste Geschwindigkeit festgestellt. Bis in die Altersgruppe der 65-Jährigen und Älteren ging dieser Wert auf 62 Fälle je 1.000 Beteiligten zurück. Bei der Einschränkung der Verkehrstüchtigkeit aufgrund von Alkoholeinfluss ging der entsprechende Wert von etwa 57 auf 17 Fälle von 1.000 beteiligten Männern zurück.

Tabelle 2.4.4

Riskantes Fehlverhalten im Verkehr bei Unfällen mit Personenschaden (ausgewählte Aspekte) im Jahr 2010 nach Geschlecht (ab 18 Jahren; pro 1.000 Beteiligte)

Quelle: Statistik der Straßenverkehrsunfälle, Statistisches Bundesamt [13], eigene Berechnungen

	Männer	Frauen
Verkehrstüchtigkeit	51,5	18,4
darunter Alkoholeinfluss	37,1	10,4
darunter Einfluss anderer berauschender Mittel	3,0	0,9
Nicht angepasste Geschwindigkeit	116,9	92,1
Abstand	86,4	74,4
Überholen	26,7	14,4

2.4.5 Diskussion

Abschließend lässt sich festhalten, dass das Auftreten von Unfällen stark mit dem Geschlecht und dem Alter zusammenhängt. Männer verunglücken in allen Lebensbereichen häufiger als Frauen und verlieren – durch sogenannte vorzeitige Sterbefälle (vor dem 65. Lebensjahr) – durch Unfälle mehr Lebensjahre. Besonders häufig sind Männer im jüngeren Erwachsenenalter von Unfallverletzungen betroffen, wohingegen sich die Geschlechterunterschiede mit zunehmendem Alter nach und nach abschwächen. Der soziale Status der Betroffenen macht sich vor allem dahingehend bemerkbar, dass unfallverletzte Männer mit niedrigem Sozialstatus im Vergleich zu Männern der höheren Statusgruppen häufiger am Arbeitsplatz und seltener in der Freizeit verunglückt sind.

Die hohe unfallbedingte vorzeitige Sterblichkeit von Männern und die höheren Unfallprävalenzen werden häufig durch riskantere Verhaltensweisen erklärt. Hierzu zählen vor allem Männern zugeschriebene Eigenschaften wie Wettbewerb oder Aggressivität bspw. beim Sporttreiben, im Berufsleben oder im Straßenverkehr [16–18]. Dieses »Risiko suchende« Verhalten gilt als wichtiger Faktor für die Erklärung der geschlechtsspezifisch ausgeprägten Unfallohäufigkeiten. Es wird im Zuge der Identitätsbildung über Mutproben bereits im Kindes- und Jugendalter eingeübt und hilft, sich gegenüber anders- und gleichgeschlechtlichen Altersgenossen zu positionieren [19, 20]. Dementsprechend wird riskantes Verhalten in der Genderforschung durch tradierte Geschlechterverhältnisse sowie die Beziehung zwischen Männern erklärt: Aggression, Wettbewerb und Risikobereitschaft stellen danach mögliche Verhaltensmuster dar, über die Maskulinität in »ernsten Spielen« hergestellt werden kann (*doing gender*) [21]. Hierbei wird die Abgrenzung zum weiblichen Geschlecht ebenso vollzogen wie der Wettbewerb zwischen Männern. Der Straßenverkehr kann als eine der klassischen Arenen dieser Praxis verstanden werden. Die Neigung zu riskantem Fahrverhalten (*sensation seeking*) weist in empirischen Studien eine starke Geschlechter-, aber auch Altersabhängigkeit auf und wird maßgeblich für die unterschiedlichen Unfallraten verantwortlich gemacht [15, 22].

Im Bereich der Arbeitswelt zeigt sich, dass Män-

ner in bestimmten Branchen überrepräsentiert sind und berufliche Tätigkeiten übernehmen, die mit typischen Belastungen und Unfallrisiken verbunden sind. Die entsprechende Berufswahl ist oftmals mit gesellschaftlichen Erwartungshaltungen und geschlechtsspezifischen Verhaltensweisen verknüpft [23]. So existieren vor allem in manuellen Tätigkeitsbereichen arbeitsbezogene Männlichkeitsmuster, die mit erhöhten gesundheitlichen Risiken verbunden sind [24].

Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass es in gewissen Grenzen zu einer Aufweichung gendertypischer Verhaltensschemata gekommen ist, die mit einem erhöhten Unfallaufkommen bei Männern in Verbindung stehen. So gehören Männer in klassischen »Frauenberufen« (z.B. Pflege) oder Frauen in »Männersportarten« (z.B. Fußball) heute zwar zum Alltag. Doch lassen die Zahlen zum Unfallgeschehen bislang nicht die Auflösung der hiermit verbundenen Geschlechterstereotype erkennbar werden. Insofern stellen Unfälle und ihre Vermeidung auch weiterhin ein geradezu klassisches Betätigungsfeld für eine männerspezifische Gesundheitsforschung und Präventionspraxis dar.

Literatur

1. Weltgesundheitsorganisation (2003) Weltbericht Gewalt und Gesundheit. Zusammenfassung. Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa, Kopenhagen
2. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2013) Gesamtunfallgeschehen. Unfalltote und Unfallverletzte 2011 in Deutschland. www.baua.de/de/Informationen-fuer-die-Praxis/Statistiken/Unfaelle/Gesamtunfallgeschehen/pdf/Unfallstatistik-2011.pdf?__blob=publicationFile&v=3 (Stand: 23.01.2014)
3. Statistisches Bundesamt (2010) Krankheitskostenrechnung. www.gbe-bund.de (Stand: 16.12.2012)
4. Statistisches Bundesamt (2013) Todesursachenstatistik, Sterbefälle durch Unfälle nach äußeren Ursachen und Unfallkategorien (ab 1998). www.gbe-bund.de (Stand: 23.01.2014)
5. Statistisches Bundesamt (2013) Todesursachenstatistik, Fortschreibung des Bevölkerungsstandes, Vorzeitige Sterblichkeit (Anzahl, je 100.000 Einwohner, verlorene Lebensjahre – mit/ohne Alters-

- standardisierung, Tod unter 65/70 Jahren – ab 1998).
www.gbe-bund.de (Stand: 23.01.2014)
6. Lampert T, Kroll LE, Müters S et al. (2013) Messung des sozioökonomischen Status in der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell« (GEDA). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 56 (1): 131–143
 7. Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) (2011) Arbeitsunfähigkeit bei erwerbstätigen AOK-Mitgliedern (Arbeitsunfähigkeitsfälle; Arbeitsunfähigkeitstage) im Jahr 2010 nach ICD-10.
www.gbe-bund.de (Stand: 13.08.2013)
 8. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (2012) Meldepflichtige Arbeitsunfälle. Sonderauswertung. DGUV, Berlin
 9. Bundesagentur für Arbeit (2012) Arbeitsmarkt in Zahlen, Beschäftigung nach Ländern in wirtschaftsfachlicher Gliederung. Bundesagentur für Arbeit, Nürnberg
 10. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2012) Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2010. Unfallverhütungsbericht Arbeit. BMAS, Berlin
 11. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (2011) Statistiken für die Praxis 2010. Aktuelle Zahlen und Zeitreihen aus der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung. DGUV, Berlin
 12. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2011) Gesamtunfallgeschehen. Unfalltote und Unfallverletzte 2010 in Deutschland.
www.baua.de/de/Informationen-fuer-die-Praxis/Statistiken/Unfaelle/Gesamtunfallgeschehen/pdf/Unfallstatistik-2010.pdf?__blob=publicationFile&v=3 (Stand: 16.12.2012)
 13. Statistisches Bundesamt (2011b) Verkehr. Verkehrsunfälle 2010. Fachserie 8 Reihe 7. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
 14. Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH (Infas), Deutsches Zentrum für Luft- und Raumfahrt e.V. (DLR) (2010) Mobilität in Deutschland 2008. Tabellenband. Infas, DLR, Bonn/Berlin
 15. Limbourg M, Reiter K (2010) Verkehrspsychologie. Verkehrspsychologische Gender-Forschung. Handbuch Psychologie und Geschlechterforschung. VS Verlag, Wiesbaden, S 203–227
 16. Möller-Leimkühler AM (2003) The gender gap in suicide and premature death or: Why are men so vulnerable? European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience 253 (1): 1–8
 17. Sieverding M (2000) Risikoverhalten und präventives Verhalten im Geschlechtervergleich: Ein Überblick. Zeitschrift für Medizinische Psychologie 9 (1): 7–16
 18. Sieverding M (2010) Gesundheitspsychologie. Genderforschung in der Gesundheitspsychologie. In: Steins G (Hrsg) Handbuch Psychologie und Geschlechterforschung. VS Verlag, Wiesbaden, S 189–201
 19. Hurrelmann K (2002) Autofahren als Abenteuer und Risikoverhalten? Die soziale und psychische Lebenssituation junger Fahrer Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen Unterreihe Mensch und Sicherheit (M 143): 12–20
 20. Raithel J (2003) Mutproben im Übergang vom Kindes- ins Jugendalter. Befunde zu Verbreitung, Formen und Motiven. Zeitschrift für Pädagogik 49 657–674
 21. Meuser M (2008) Ernste Spiele. Zur Konstruktion von Männlichkeit im Wettbewerb der Männer. In: Baur N, Luedtke J (Hrsg) Die soziale Konstruktion von Männlichkeit Hegemoniale und marginalisierte Männlichkeiten in Deutschland. Budrich, Opladen, S 33–44
 22. Bittner D (2011) Analyse menschlichen Risikoverhaltens bei Verkehrsunfällen in Mecklenburg-Vorpommern. Universität Greifswald, Greifswald.
<http://ub-ed.ub.uni-greifswald.de/opus/volltexte/2011/977/>(Stand: 17.02.2012)
 23. Dinges M (2006) Männergesundheit in historischer Perspektive: Die Gene erklären nur den kleineren Teil des Geschlechterunterschieds. Blickpunkt Der Mann 4 (1): 21–24
 24. Hien W (2009) Arbeiten Männer gesundheitsriskanter als Frauen? Neuere empirische Daten und Hypothesen. Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften 45: 135–159

2.5 Psychische Störungen

Psychische Störungen umfassen ein breites Spektrum an Leidenszuständen [1], die multifaktoriell bedingt sind und zunehmend häufiger in der Öffentlichkeit wahrgenommen werden. Psychische Störungen sind ein weltweites Problem [2]. Für Deutschland gehen jüngste Schätzungen davon aus, dass jährlich einer von drei Erwachsenen zumindest zeitweilig davon betroffen ist [3]. Neben den individuellen Folgen psychischer Störungen, wie verminderte Lebensqualität und Wohlbefinden, sind auf gesellschaftlicher Ebene die wirtschaftlichen Folgen z.B. durch Produktivitätsausfälle aufgrund der entstehenden Fehlzeiten am Arbeitsplatz zu nennen.

Zu den psychischen Störungen werden u.a. die affektiven Störungen (z.B. depressive Episode), Störungen durch psychotrope Substanzen (z.B. Alkoholabhängigkeit) oder auch somatoforme Störungen (z.B. Somatisierungsstörung) gezählt. Psychische Störungen entstehen aus dem Zusammenspiel von genetischen und nichtgenetischen Faktoren. Dazu zählen einerseits bestimmte physiologische oder genetische Konstellationen, andererseits psychische oder soziale Einflüsse, wie z.B. der Umgang mit belastenden oder kritischen Lebensereignissen.

Die Diagnosekriterien für psychische Störungen sind in der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision (ICD-10) oder im Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) festgelegt. Seit Mai 2013 ist die neue Version (DSM-V) verfügbar, in der einige Änderungen in der Klassifikation psychischer Störungen vorgenommen wurden. Einige der in diesem Kapitel vorgestellten Ergebnisse sind nach den Kriterien des DSM-IV ermittelt worden, welches zum Zeitpunkt der Erhebung das gültige Klassifikationssystem des DSM darstellte. Die Diagnosekriterien des DSM basieren auf den verschiedenen Symptomen, ihrem Fortbestehen, der Schwere, den daraus resultierenden Einschränkungen und Behinderungen sowie ihrem Verlauf.

Insgesamt zeigt sich anhand epidemiologischer Daten zu psychischen Störungen, dass Männer seltener betroffen sind als Frauen [4]. Allerdings gibt es psychische Störungen, an denen

Männer im Vergleich zu Frauen häufiger leiden. Dazu zählen vor allem Suchterkrankungen.

Das Geschlechterverhältnis bei psychischen Störungen ist im Lebensverlauf betrachtet relativ stabil, jedoch zeigen sich besonders im Kindes- und Jugendalter Ausnahmen. In diesen Lebensphasen werden bei Jungen häufiger als bei Mädchen psychische Auffälligkeiten, wie Verhaltensprobleme, Hyperaktivität und emotionale Probleme, festgestellt [5]. Bis zu einem Alter von 13 Jahren treten hierfür bei Jungen höhere Prävalenzen auf, danach erfolgt eine Angleichung bzw. finden sich höhere Werte bei Mädchen [6]. Auch bei der Schizophrenie, einer psychotischen Störung, zeigt sich in jüngeren Altersgruppen ein häufigeres Auftreten bei Männern; das Lebenszeitrisiko ist für Männer und Frauen jedoch gleich, da sich die Schizophrenie bei Frauen später entwickelt [7]. Ein auffallender Geschlechterunterschied zeigt in allen Altersgruppen: Suizide werden häufiger von Männern verübt.

Im vorliegenden Kapitel werden depressive Störungen und Abhängigkeitserkrankungen näher betrachtet, auch weil sie einen großen Anteil am Fehlzeitengeschehen bei Männern haben. Außerdem wird das Burn-Out-Syndrom erläutert, da es zunehmend im Mittelpunkt der medialen Aufmerksamkeit steht und bei Männern und Frauen eine deutliche Zunahme der Krankheitsstage zu verzeichnen ist. Im Sinne einer Abhängigkeitsstörung wird neben der Alkohol-, Drogen- und Tabakabhängigkeit auf die Glücksspielsucht eingegangen. Dieser exzessiven Verhaltensform wird zunehmend mehr Aufmerksamkeit durch die Öffentlichkeit zuteil, und die zur Verfügung stehenden Daten zeigen, dass Männer ein höheres Risiko haben als Frauen, die Diagnose pathologisches Glücksspiel zu erhalten [8]. Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung wird vorgestellt, da Jungen dreimal häufiger als Mädchen betroffen sind [9]. Abschließend wird auf Auffälligkeiten oder Störungen des Essverhaltens eingegangen. Diese treten zwar vor allem bei Frauen in der Adoleszenz bzw. im frühen Erwachsenenalter auf, jedoch zeigen einige Daten, dass es in jüngeren Kohorten zu einem Anstieg der Raten z.B. bei

Anorexia und Bulimia nervosa bei jungen Männern gekommen ist [10].

Aktuelle Daten zur Verbreitung psychischer Störungen in der Bevölkerung liefert die »Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland« (DEGS1) des Robert Koch-Instituts und deren Modulstudie »Zusatzuntersuchung psychische Gesundheit« (siehe www.degs-studie.de), deren Auswertungen für den Zeitraum 2012 bis 2014 vorgesehen sind. Weiterhin bieten die Daten der gesetzlichen Krankenkassen, die Krankenhausdiagnosestatistiken und amtliche Statistiken Auskunft über die Verbreitung psychischer Störungen.

2.5.1 Depressive Störungen

Der Sammelbegriff der affektiven Störungen (ICD-10: F30–F39) steht für verschiedene Formen depressiver und so genannter manischer bzw. manisch-depressiver Störungen, auch bipolare Störungen genannt. Zu den häufigsten affektiven Störungen zählt die depressive Episode (ICD-10: F32). Sie ist durch das mindestens zwei Wochen lange Andauern der depressiven Hauptsymptome, u.a. depressive Stimmung, Niedergeschlagenheit, Verlust von Interesse und Energie sowie einer deutlichen Veränderung gegenüber dem normalen Befinden, gekennzeichnet [11]. Zusätzliche Kriterien sind z.B. Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen, Verlust des Selbstwertgefühls sowie Suizidgedanken. Depressive Störungen verlaufen meist episodisch mit einem phasenhaften Auftreten einer depressiven Symptomatik im Wechsel mit längeren symptomfreien Zeiten. Der Beginn einer depressiven Episode kann akut (innerhalb von Tagen oder wenigen Wochen), subakut (innerhalb von Wochen bzw. Monaten) oder schleichend sein [11].

Von Rutz und Kollegen [12] wurde Mitte der 1990er Jahre erstmals das Konzept der männlichen Depression diskutiert, wonach Männer eine andere depressive Symptomatik aufweisen als Frauen. Diese umfasst Ärgerattacken, Feindseligkeit, gesteigerten Alkoholkonsum, eine Kombination aus Irritabilität, Aggressivität und antisozialem Verhalten. Dem Krisenerleben wird oft mit Suchtverhalten begegnet: exzessiver Alkohol- und Drogenkonsum, Arbeitssucht und Spielsucht gel-

ten als Kompensation [13], auch im Sinne einer Selbstmedikation [14, 15].

Aktuelle Zahlen zu psychischen Störungen bei Männern ermöglichen die ersten Auswertungen aus DEGS1, wonach 7,8 % der Männer im Alter von 18 bis 79 Jahren eine Lebenszeitprävalenz für eine diagnostizierte Depression haben (Frauen 15,4 %). Innerhalb der 12 Monate vor der Befragung wurde bei 3,8 % der Männer (8,1 % der Frauen) eine Depression diagnostiziert [16].

Bei Männern und Frauen in stationärer Behandlung zeigen sich keine Unterschiede hinsichtlich der depressiven Syndrome [17]. Lediglich die selbst eingeschätzte Hoffnungslosigkeit ist bei Männern in diesem Kontext stärker ausgeprägt.

Verschiedene individuelle und soziale Faktoren sind für die Entstehung depressiver Störungen ursächlich. Für Männer und Frauen gleichermaßen steht die Lebensform (getrennt lebend, geschieden, verwitwet) in Zusammenhang mit dieser Störung [18] (siehe dazu Kapitel 5 Lebensformen und Gesundheit). Arbeitslosigkeit erhöht insbesondere bei Männern das Risiko für depressive Störungen und Dysthymie (chronische, depressive Verstimmung) [18, 19]. Zu beachten ist, dass auch Arbeit eine Quelle für psychosoziale Belastungen sein kann, die wiederum in depressiven Störungen münden können (siehe Kapitel 4 Arbeit und Gesundheit).

Eine der diskutierten Erklärungsmöglichkeiten für die geschlechtsspezifischen Unterschiede bei Depression bezieht sich auf die bisher zur Verfügung stehenden Screeninginstrumente und die diagnostischen Kriterien: Gegenüber männlicher depressiver Symptomatik sind sie nicht sensitiv genug bzw. kommen bestimmte Symptome, wie z.B. Ärgerattacken, in den diagnostischen Kriterien der Klassifikationssysteme nicht vor [20]. In der Folge kommt es zu einer Unterdiagnostizierung der Depression bei Männern. Als weitere Erklärungen des Geschlechterunterschieds werden ein anders geartetes Hilfesuchverhalten von Männern, aber auch ein möglicher Verzerrungseffekt (Gender Bias) in der Diagnostik gesehen. Das bedeutet, dass Männer z.B. aufgrund der anderen Symptomatik und einer dysfunktionalen Stressverarbeitung (z.B. erhöhter Alkoholkonsum) nicht als depressiv erkannt werden [21]. Somit ist der Zugang zu professioneller Hilfe für depressive Männer erschwert und dem Ausmaß

ihrer Hilfebedürftigkeit meist nicht angemessen [20]. Häufig ist die allgemeinmedizinische Praxis die erste Anlaufstelle bei einer Erkrankung. Untersuchungen belegen, dass Depressionen, vor allem bei jüngeren Männern, in der Allgemeinarztpraxis weniger häufig erkannt werden [22]. Weiterhin konnte gezeigt werden, dass Männer mit einer Depression seltener als Frauen in Kontakt mit einer Einrichtung des Gesundheitswesens stehen [23].

Daneben beeinflussen auch individuelle und soziale Faktoren die Entscheidung, Hilfe in Anspruch zu nehmen. So ist z.B. das Äußern von Beschwerden für viele Männer mit ihrem Rollenverständnis nicht vereinbar, da sie einen Verlust von Ansehen, Autonomie und Männlichkeit befürchten [14, 24].

2.5.1.1 Burnout

Zunehmend wird der Begriff »Burnout« (Ausgebranntsein) in der öffentlichen Diskussion verwendet. Allerdings ist das Burn-Out-Syndrom derzeit weder als ein eigenständiges Krankheitsbild anerkannt, noch wird eine einheitliche Definition dafür verwendet [25–28]. Das Burn-Out-Syndrom wird als ein emotionaler Erschöpfungszustand definiert, der in Zusammenhang mit chronischem (Arbeits-)Stress bzw. mit der Überforderung innerhalb von Arbeitsprozessen, ursprünglich im Kontext helfender Berufe, steht. Gegenwärtig ist davon auszugehen, dass sich in vielen Fällen hinter dem Burn-Out-Syndrom eine depressive Störung mit allen Krankheitszeichen für diese Diagnose verbirgt [27], bzw. die Symptome des Burn-Out-Syndroms als Risikofaktoren für depressive Störungen gesehen werden können [29]. Die Neigung zur Verleugnung des negativen Empfindens, zu teilweisem sozialen Rückzug und überhöhten Erwartungen (an unterschiedliche Wirkungsfelder, z.B. die eigene Person, den Beruf etc.) werden als männerspezifische Aspekte des Burn-Out-Syndroms diskutiert, die durch geschlechtsspezifische Rollenbilder und -muster geprägt sein können [30].

Angaben zur Häufigkeit des Burn-Out-Syndroms sind aufgrund der fehlenden einheitlichen Definitionskriterien oder Messinstrumente schwierig und die Zahlen variieren entsprechend

[26, 31]. In DEGS₁ wurde die Prävalenz des ärztlich diagnostizierten Burn-Out-Syndroms in der deutschen Bevölkerung erfasst. Danach berichten 3,3 % der Männer (Frauen: 5,2 %) jemals davon betroffen gewesen zu sein [32, 33]. Dies traf in den vergangenen 12 Monaten vor der Befragung für 1,1 % der Männer zu.

Zwar gibt es für das Burn-Out-Syndrom keine eigenständige ICD-Klassifikation, jedoch wird zunehmend der ICD-Zusatz Z73.0 »Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung« angegeben. Für diese Diagnose ist ein deutlicher Anstieg bei den Krankheitstagen zu erkennen. Waren es im Jahr 2004 bei männlichen BKK-Versicherten (ohne Rentner) noch 3,5 Arbeitsunfähigkeitstage (AU-Tage) je 1.000 BKK-Mitglieder, sind es 2011 bereits 68,4 AU-Tage (Frauen 2004: 6,0 Tage; 2011: 110,3 Tage) [34]. Damit sind Männer im Vergleich zu Frauen weniger häufig betroffen [35], aber auch bei ihnen ist die Zunahme klar zu erkennen. Besonders häufig ist das Burn-Out-Syndrom bei Personen in erzieherischen, therapeutischen sowie service- und leistungsorientierten Berufen [30, 35].

Als Folgen des Burn-Out-Syndroms gelten lange Krankheitszeiten, verminderte Erwerbsfähigkeit, Arbeitslosigkeit und Frühberentung [36]. Studien belegen einen Zusammenhang zwischen Arbeitsbelastungen und kardiovaskulären Erkrankungen bei Männern [37]. Inzwischen konnte plausibel dargestellt werden, dass das Burn-Out-Syndrom auch als Risikofaktor für kardiovaskuläre Erkrankungen bei Männern zu sehen ist [31, 38].

2.5.1.2 Suizid

Das Risiko für einen Suizid ist für Personen mit depressiven Störungen besonders hoch: Etwa 3 bis 4 % aller depressiv Kranken versterben durch Suizid [39]. Schätzungsweise 65 bis 90 % aller Suizide werden durch psychische Störungen verursacht [40]. In Deutschland wurden im Jahr 2012 insgesamt 7.287 Sterbefälle durch Suizid (ICD-10: X60–X84) bei Männern erfasst (Frauen: 2.603 Sterbefälle) (siehe Abbildung 2.5.1) [41]. Damit sind Suizide bei Männern deutlich häufiger als bei Frauen.

Bei der geschlechtsspezifischen Betrachtung zeigt sich, dass Männer häufiger andere Suizid-

techniken als Frauen anwenden [14, 42]. Nach der Klassifikation von Bochnik [43] werden »harte« und »weiche« Methoden des Suizids unterschieden. Zu den »harten« Methoden, die häufiger von Männern gewählt werden, zählen z.B. Erhängen, das Einatmen von Abgas, sich vor ein sich bewegendes Objekt (z.B. Zug) werfen oder legen und Erschießen. Vorsätzliche Selbstvergiftung durch Tabletten und Drogen werden den »weichen« Suizidmethoden zugeordnet, die häufiger von Frauen angewendet werden. Hierin könnte auch eine Ursache für die Unterschiede in der Zahl der Suizide liegen. Da Frauen die weniger letalen Methoden anwenden, überleben sie häufiger [44, 45]. Es wird außerdem diskutiert, dass die Wahl der Suizidmethode durch die Geschlechterrolle beeinflusst werden kann und ein vollendeter Suizid in diesem Sinne als Ausdruck von Männlichkeit gilt [14].

Bei Männern sind die Suizidraten mit dem Alter erheblich erhöht (siehe Abbildung 2.5.1). Statistisch betrachtet sinkt die Anzahl der Suizidversuche im Alter, die Zahl der vollzogenen Suizide hingegen steigt und ist, auch weltweit, in der Altersgruppe über 75 Jahre am höchsten [46, 47].

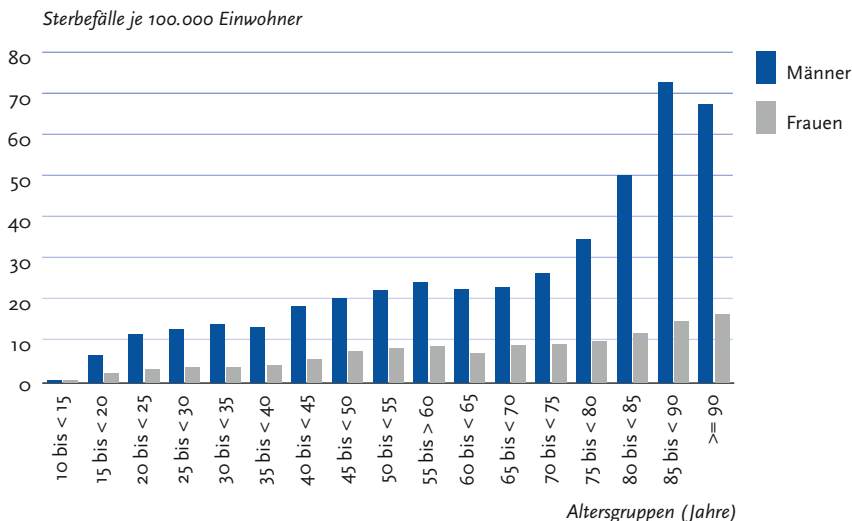
Als mögliche Risiken für Suizide im höheren Alter werden der Renteneintritt und Verwitwung diskutiert [45]: So können für Männer mit dem

Beginn der Rente mögliche Verluste von Sozialkontakten und der Verlust einer Quelle für ein gestärktes Selbstwertgefühl (Ernährerrolle) eine Rolle spielen. Witwer sind ebenfalls häufig in diesen Altersgruppen zu finden. Verheiratet zu sein gilt sowohl für Männer als auch für Frauen als Schutzfaktor für psychische Störungen, der Verlust der Bezugsperson scheint für Männer jedoch belastender zu sein [45].

Einige Studien können zeigen, dass unter homo- und bisexuellen Männern im Vergleich zu heterosexuellen ein erhöhtes Risiko für Suizidversuche besteht [48, 49]. Dies zeigt sich auch für die Suizidrate [50]. Als Risikofaktoren für Suizidalität (im Zusammenhang mit psychischen Störungen) werden in dieser Personengruppe z.B. fehlende soziale Unterstützung, diskriminierende Erfahrungen oder der HIV-Status diskutiert.

Es existieren verschiedene Theorien zur Erklärung suizidalen Verhaltens. Grundsätzlich lassen sich soziologische bzw. gruppentheoretische von psychologischen bzw. individualtheoretischen Erklärungsmodellen unterscheiden. Erstere gehen von gesellschaftlichen Faktoren als Auslöser für eine Beziehungsstörung zwischen Individuum und Gesellschaft aus, letztere machen individuelle Faktoren verantwortlich. Wichtig ist in diesem Zusammenhang jedoch, dass Suizid ein multifakto-

Abbildung 2.5.1
Suizid-Sterbefälle nach Geschlecht je 100.000 Einwohner im Jahr 2012
 Quelle: Todesursachenstatistik, Statistisches Bundesamt [41]



rielles Geschehen ist, bei dem sowohl individuelle als auch gesellschaftliche Faktoren eine Rolle spielen. Um dem Erfordernis einer geschlechterdifferenzierten Herangehensweise in der Suizidprävention stärker gerecht zu werden, existiert im Nationalen Suizid-Präventionsprogramm für Deutschland (NaSPro, www.suizidpraevention-deutschland.de/) eine zentrale Arbeitsgruppe »Gender Mainstreaming« zur Unterstützung der einzelnen gruppen- und themenspezifischen Arbeitsgruppen. Alle Arbeitsgruppen des NaSPro haben konstitutionell die Aufgabe, geschlechtsspezifische Aspekte in ihrer Arbeit zu berücksichtigen und bei Bedarf die Arbeitsgruppe »Gender Mainstreaming« hinzuzuziehen.

2.5.2 Abhängigkeit

Nach der ICD-10 werden dem Abhängigkeitssyndrom (F1x.2) eine Gruppe von Verhaltens-, kognitiven und körperlichen Phänomenen zugeschrieben, die sich nach wiederholtem Substanzgebrauch entwickeln. Typisch sind dabei der starke Wunsch, die Substanz einzunehmen, Schwierigkeiten, den Konsum zu kontrollieren und ein anhaltender Substanzgebrauch trotz schädlicher Folgen. In der Folge wird dem Substanzgebrauch Vorrang vor anderen Aktivitäten und Verpflichtungen gegeben. Es entwickelt sich eine Toleranzhöhung und manchmal ein körperliches Entzugssyndrom. Dabei kann sich das Abhängigkeitssyndrom auf einen einzelnen Stoff beziehen (z.B. Alkohol), auf eine Substanzgruppe (z.B. opiatähnliche Substanzen), oder auch auf ein weites Spektrum pharmakologisch unterschiedlicher Substanzen. Im DSM-IV wird Abhängigkeit bei Erfüllung von mindestens drei der Kriterien: Toleranzentwicklung, Entzugssymptome, Konsum länger oder in größeren Mengen als beabsichtigt, Kontrollminderung, hoher Zeitaufwand für Beschaffung, Konsum oder Erholung, Einschränkung wichtiger Tätigkeiten und fortgesetzter Konsum trotz schädlicher Folgen definiert [51]. In der fünften Ausgabe des Klassifikationssystems DSM wird die bis dahin vorgenommene Unterscheidung zwischen Missbrauch (Substance Abuse) und Abhängigkeit (Substance Dependence) zugunsten der Kriterien einer Substanzgebrauchsstörung aufgegeben, bei der unterschiedliche Ausprägungsgrade der Stö-

rung bestimmt werden (erfüllt, moderat, schwer) [52].

2.5.2.1 Alkoholabhängigkeit

Werden zunächst die Daten zur Einschätzung des Alkoholkonsums der Bevölkerung betrachtet, zeigt sich, dass Männer häufiger riskant trinken als Frauen (riskanter Konsum: > 24 g Reinalkohol pro Tag für Männer, 12g für Frauen) und das Risiko für Rauschtrinken bei Männern zwischen drei- und fünfmal höher liegt als bei Frauen (5 oder mehr alkoholische Getränke zu einer Trinkgelegenheit) [53]. Der Anteil der Männer, der nie Alkohol konsumiert, ist eher gering (12,9 % im Vergleich zu 24,8 % der Frauen) [54]. Bereits bei Jugendlichen sind diese Unterschiede im Konsummuster erkennbar (siehe Kapitel 3.4 Alkohol). Auch werden unterschiedliche Präferenzen für alkoholische Getränke deutlich: Jungen trinken mehr Bier, Biermischgetränke und Schnaps, Mädchen trinken neben Bier vor allem Wein oder Sekt [55]. Diese Unterschiede setzen sich im Erwachsenenalter fort [56].

Die Abhängigkeit von Alkohol entwickelt sich über einen längeren Zeitraum aus der Kombination aus langfristig erhöhtem Alkoholkonsum, individueller genetischer Disposition und Vulnerabilität (Anfälligkeit). Von einer Alkoholabhängigkeit (ICD-10: F10.2) sind deutlich mehr Männer als Frauen betroffen: das Verhältnis Männer zu Frauen beträgt ungefähr 4:1 [57]. Bei Männern im Alter zwischen 20 und 40 Jahren ist das Risiko, eine Sucht zu entwickeln, am höchsten [58].

Die Alkoholabhängigkeit steht in engem Zusammenhang mit dem männlichem Rollenverständnis [59]: Der Konsum von Alkohol wird als Bewältigungsstrategie gesehen, oftmals bei Männern, die einer sehr maskulinen Geschlechtsrolle verhaftet sind. Es gilt: Je mehr man trinken kann, umso härter, stärker, ausdauernder und demzufolge männlicher ist man. Als weitere männerspezifische Ursachen werden Rollenzwänge diskutiert, aber auch Konsum von Alkohol als Ersatz für blockierte Gefühlswahrnehmungen oder als Mittel, um Konflikte zu regulieren [60].

Angaben zur Häufigkeit von Alkoholabhängigkeit in der Bevölkerung können für Deutschland nur geschätzt werden. Dazu stehen verschiedene

Datenquellen zur Verfügung: der Epidemiologische Suchtsurvey des Instituts für Therapiefor- schung (IFT), die Krankenhausdiagnosestatistik und die Deutsche Suchthilfestatistik. Eine klinische Störung in Zusammenhang mit Alkohol (Missbrauch und Abhängigkeit) wurde nach Daten des Epidemiologischen Suchtsurveys 2012 bei 6,5 % der Bevölkerung (18 bis 64 Jahre) diagnosti- ziert, als abhängig galten 4,8 % der Männer (2,0 % der Frauen) [53].

Nach der Krankenhausdiagnosestatistik wur- den bei Männern im Jahr 2012 insgesamt 103.934 Behandlungsfälle aufgrund einer Alkoholabhän- gigkeit (ICD-10: F10.2) gezählt (bei Frauen 38.611 Fälle) (siehe Abbildung 2.5.2). Für Männer war der häufigste Einzelgrund für eine stationäre Behand- lung aufgrund einer »Psychischen und Verhal- tensstörung durch Alkohol« (ICD-10: F10). Auch wenn die Daten der Krankenhausdiagnosestatistik nur ein eingeschränktes Gesamtbild der Alko- holabhängigkeit wiedergeben, zeigen sie die Pro- blematik, dass deutlich mehr Männer betroffen sind.

Die Daten der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) geben einen Einblick in das deutsche Suchthilfesystem. In der DSHS werden die Anga-

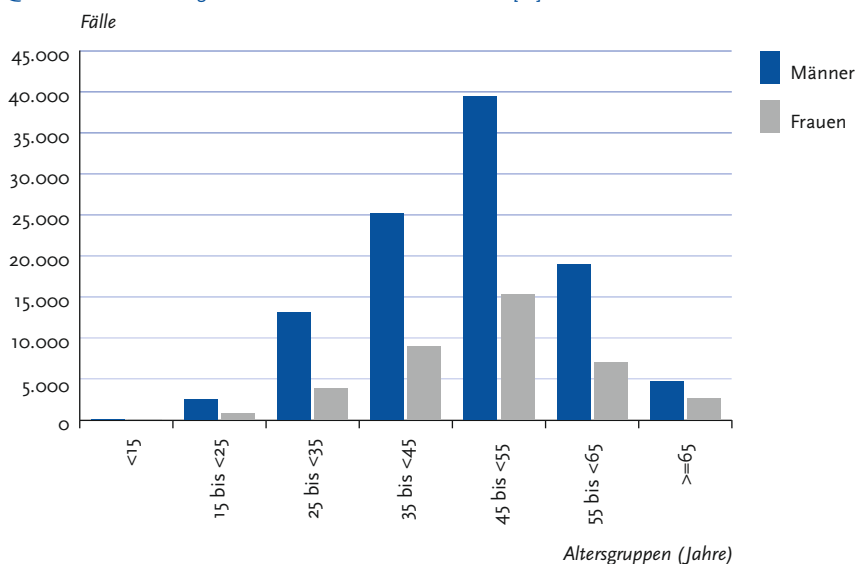
ben aller teilnehmenden ambulanten und stationären Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe und der Klienten zusammengefasst. Für das Jahr 2012 waren das Angaben aus 794 ambulanten (z.B. Beratungsstellen, Fachambulanzen) und 198 stationären (z.B. teilstationäre Rehabilitationseinrichtungen) Einrichtungen. Bei der Hauptdiagno- se Alkohol zeigt sich dabei insgesamt ein Verhältnis Männer zu Frauen von 2,6:1. Alko- holabhängigkeit war bei Männern und bei Frauen die häufigste Hauptdiagnose, sowohl im ambu- lanten als auch im stationären Bereich: Männer 51,4 % bzw. 73,1 %, Frauen: 58,9 % bzw. 78,7 % [62]. Auch in der Suchthilfestatistik zeigt sich bei der Hauptdiagnose Alkohol eine ähnliche Verteilung der Altersstruktur wie in der Krankenhaus- diagnosestatistik (vgl. Abbildungen 2.5.2 und 2.5.3). Wie die Auswertungen der Suchthilfestatis- tik außerdem verdeutlichen, sind Personen mit einer primären Alkoholabhängigkeit auch sehr häufig von einer tabak- und cannabisbezogenen Störung betroffen [62].

Bereits der riskante Konsum von Alkohol wird mit der Entstehung von Krankheiten wie koronare Herzkrankheiten, Krebs, neuropsychiatrischen Erkrankungen und Lebererkrankungen assoziiert

Abbildung 2.5.2

Fälle von Alkoholabhängigkeit (ICD-10: F10.2) nach Geschlecht nach der Krankenhausdiagnosestatistik im Jahr 2012

Quelle: Krankenhausdiagnosestatistik, Statistisches Bundesamt [61]



[63] Ein Zusammenhang kann daher auch für Alkoholabhängigkeit angenommen werden. Besonders für neuropsychiatrische Erkrankungen werden geschlechtsspezifische Unterschiede sichtbar: Bei Männern sind 30 % der Erkrankungen durch Alkohol bedingt (7 % bei Frauen) [64]. Der Anteil der Krebserkrankungen, die auf den riskanten Konsum von Alkohol zurückzuführen sind, wird für Männer auf 18,5 % (Frauen 4,6 %) geschätzt [65]. Zudem ist das Risiko, einen Suizid zu begehen, unter Alkoholabhängigen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ebenfalls erhöht [66].

Zu den sozialen Folgen der Alkoholabhängigkeit zählen neben beeinträchtigten familiären Beziehungen Probleme am Arbeitsplatz, Arbeitsunfähigkeit, Unfälle, Aggressivität und Gewalt [64]. Häufig finden unter Alkoholeinfluss Aggressionsdelikte wie Körperverletzung oder Sachbeschädigung statt. Die Alkoholabhängigkeit geht mit einer erhöhten Kriminalitätsbelastung einher: Viele Alkoholabhängige sind durch Vorstrafen belastet. Insgesamt werden etwa 7 % aller Straftaten unter Alkoholeinfluss verübt [67].

2.5.2.2 Drogenabhängigkeit

Die Abhängigkeit von Drogen birgt ein hohes Risiko für soziale Desintegration und Gesundheitsgefährdung [68]. Symptome der physischen und psychischen Abhängigkeit entstehen beim Konsum illegaler Drogen meist schneller und stärker als z.B. bei Alkohol. Drogenkonsum ist zudem häufig mit Straftaten, insbesondere mit Beschaffungskriminalität assoziiert [63]. Cannabis, Opioide (z.B. Heroin), synthetische Aufputschmittel (z.B. Amphetamine) und Kokain zählen zu den illegalen Drogen, die am häufigsten konsumiert werden [63].

Angaben darüber, wie viele Personen als von Drogen abhängig gelten (ICD-10: Abhängigkeitsyndrom nach Substanzklassen: F11.2 Opioide, F12.2 Cannabinoide, F14.2 Kokain, F15.2 Stimulanzien etc.), sind in Deutschland vor allem der Deutschen Suchthilfestatistik (s.o.) und Studien wie dem Epidemiologischen Suchtsurvey zu entnehmen. Der Epidemiologische Suchtsurvey untersucht den Konsum und Missbrauch von psychoaktiven Substanzen in der deutschen Allge-

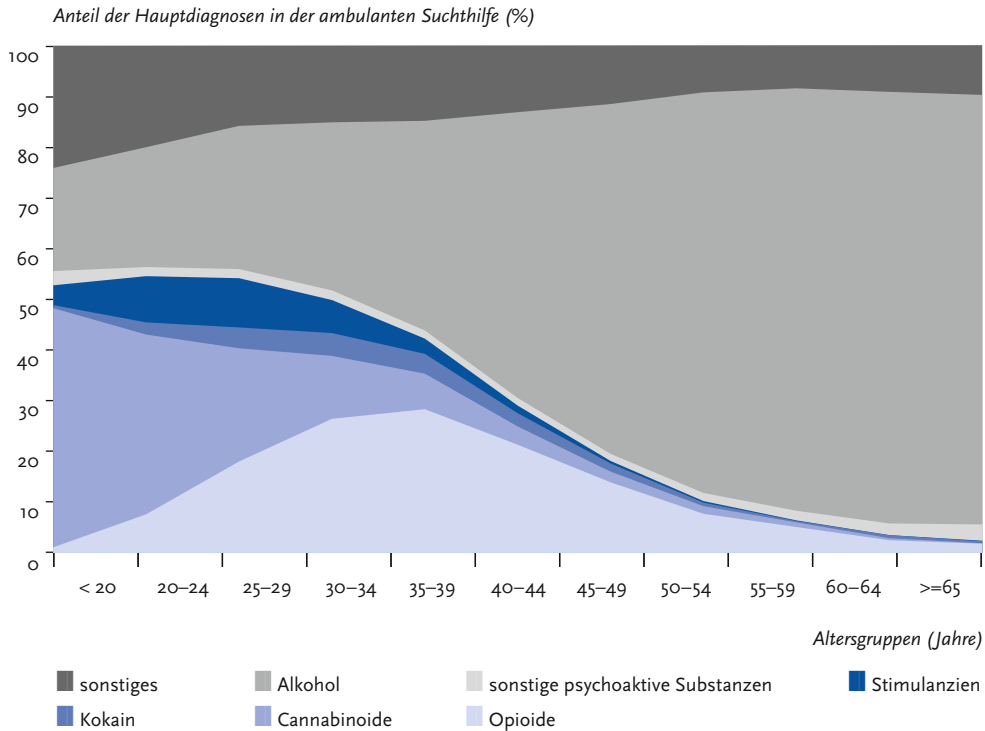
meinbevölkerung. Die Schwierigkeiten, Daten zum Gebrauch und zur Abhängigkeit von Drogen zu erheben, sind vor allem in der Illegalität dieses Verhaltens und der erschwerten Erreichbarkeit von abhängigen Personen begründet [68].

Nach Ergebnissen des Epidemiologischen Suchtsurveys aus dem Jahr 2012 gelten, im Sinne der angewandten DSM-IV-Kriterien im Zusammenhang mit dem Gebrauch von Cannabis, Amphetaminen und Kokain, 0,8 % der Männer als abhängig von Cannabis, 0,3 % als abhängig von Kokain und 0,2 % von Amphetaminen [53] (zum Gebrauch illegaler Drogen siehe Kapitel 3.5). Die DSHS zeigt, dass bei den illegalen Drogen (Opioide, Cannabis, Kokain, Stimulanzien) männliche Klienten deutlich dominieren und je nach Substanzgruppe zwischen 72 % und 87 % der Behandlungsfälle ausmachen. Demgegenüber ist der Anteil der Männer in der Therapie von Beruhigungs- und Schlafmittelabhängigkeiten geringer als der von Frauen [62].

Die DSHS erlaubt auch Einschätzungen zur Bedeutung der einzelnen Substanzen, die als Hauptdiagnosen für Maßnahmen im Suchtbereich ursächlich sind. Dabei zeigt sich im Altersgang eine deutliche Verschiebung im Diagnosepektrum. Die Bedeutung des Alkohols als Hauptdiagnose bei Männern in der Suchthilfe nimmt mit dem Alter deutlich zu: im ambulanten Suchthilfebereich von 20,3 % bei den unter 20-jährigen Männern auf 84,6 % bei den 65-jährigen und älteren Männern (im stationären Suchthilfebereich von 18,3 % auf 92,0 %). Entsprechend nimmt die Bedeutung anderer psychotroper Substanzen mit zunehmendem Alter deutlich ab (siehe Abbildungen 2.5.3 und 2.5.4). Weiterhin zeigt sich eine Verschiebung von den Cannabinoiden zu den Opioiden als dominierenden Hauptdiagnosen mit dem Alter. Machen die Cannabinoide bei den unter 20-jährigen Männern in der ambulanten Suchthilfe noch 47,1 % aller im Jahr 2012 erfassten Behandlungsfälle aus (stationär: 39,5 %), sinkt dieser Anteil bei den 35- bis 39-jährigen auf 7,0 % (stationär: 3,7 %). Demgegenüber erreichen die Opioide ihren höchsten Anteilswert mit 28,3 % bei den 35- bis 39-jährigen Männern (stationär: 13,4 %). Im stationären Bereich weist die Altersgruppe der 30- bis 34-jährigen Männer mit 15,9 % den höchsten Anteilswert bei den Opioiden auf.

Abbildung 2.5.3**Anteil verschiedener Substanzgruppen (Hauptdiagnosen) an den Maßnahmen der ambulanten Suchthilfe nach Alter bei Männern im Jahr 2012**

Quelle: Deutsche Suchthilfestatistik 2012, Institut für Therapieforschung [69], eigene Berechnungen

**2.5.2.3 Tabakabhängigkeit**

Tabakabhängigkeit (ICD-10: F17.2) zählt weltweit zu der am weitesten verbreiteten Substanzstörung. Jährlich sterben zwischen 100.000 und 120.000 Menschen in Deutschland an den Folgen des Tabakkonsums [71]. Zu den ungefähr 4.000 verschiedenen Inhaltsstoffen, die in Tabak enthalten sind, zählt auch Nikotin [72], welches eine suchterzeugende Wirkung hat, die zu körperlicher und psychischer Abhängigkeit führt. Die Suchtsymptomatik ist charakterisiert durch den starken Wunsch bzw. Drang zu rauchen und den hohen bzw. gesteigerten Konsum von Tabak [73]. Weiterhin entwickeln sich eine Toleranzerhöhung und ein körperliches Entzugssyndrom.

Nach einer regionalen, norddeutschen Studie lag die Lebenszeitprävalenz für Tabakabhängigkeit (erfasst durch den Fagerström Test für Nikotinabhängigkeit) Mitte der 1990er Jahre für 18- bis

64-jährige Männer bei 24,2 % (Frauen 17,7 %) [74]. Die Daten des Epidemiologischen Suchtsurvey 2012 weisen für die gleiche Altersgruppe eine aktuelle Abhängigkeit (12-Monats-Prävalenz) nach den Kriterien des DSM-IV von 12,5 % bei Männern (9,0 % bei Frauen) [53] aus. Zur ausführlichen Darstellung des Tabakkonsums siehe Kapitel 3.3. Rauchen.

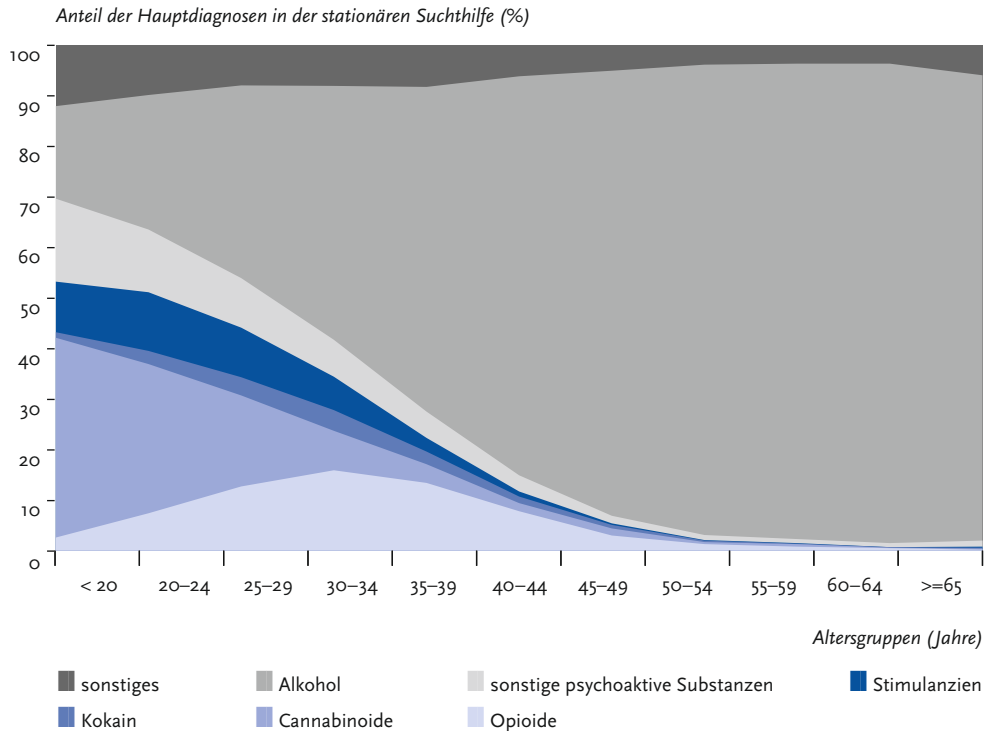
2.5.2.4 Glücksspielsucht und pathologischer Internet- und Computerspielgebrauch

Diese Form der Verhaltenssucht bezeichnet die missbräuchliche Nutzung des Glücksspiels, z.B. an Geldspielautomaten und bei Online-Spielen. Bei der Glücksspielsucht ist zwischen Gebrauch, Missbrauch und Abhängigkeit [75] und somit zwischen problematischem und pathologischem Spielverhalten [76] zu unterscheiden. Das patho-

Abbildung 2.5.4

Anteil verschiedener Substanzgruppen (Hauptdiagnosen) an den Maßnahmen der stationären Suchthilfe nach Alter bei Männern im Jahr 2012

Quelle: Deutsche Suchthilfestatistik 2012, Institut für Therapieforschung [70], eigene Berechnungen



logische Spielverhalten (ICD-10: F63.0) ist durch häufiges und wiederholtes episodenhaftes Glücksspiel gekennzeichnet, das die Lebensführung der Betroffenen beherrscht und zum Verfall der sozialen, beruflichen, materiellen und familiären Werte und Verpflichtungen führt.

Nach den Daten der vierten bundesweiten Repräsentativbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) aus dem Jahr 2013 sind in Deutschland 1,2 % der Männer im Alter von 16 bis 65 Jahren von problematischem und 1,3 % von pathologischem Spielverhalten betroffen. Die Anteile bei den Frauen liegen bei 0,2 % (problematisch) bzw. 0,3 % (pathologisch) [77]. Die Quote der problematischen oder pathologischen Glücksspieler war damit bei Männern ca. fünf Mal größer als bei Frauen. Daneben erhöhen Migrationshintergrund und Arbeitslosigkeit das Risiko für problematisches Spielverhalten [78]. Die Befragung zeigte außerdem, dass die Wahr-

scheinlichkeit pathologischen oder problematischen Glücksspiels mit steigendem Alter zurückgeht.

Die Deutsche Suchthilfestatistik für das Jahr 2012 zeigt, dass bei Personen mit der Diagnose »pathologisches Spielen« (F63.0) das Geschlechterverhältnis (Männer zu Frauen) in ambulanten Einrichtungen ca. 8:1, in stationären 9:1 beträgt [62]. Insgesamt liegt der Anteil Betreuungen bzw. Behandlungen aufgrund pathologischen Spielverhaltens als Hauptdiagnose in ambulanten Einrichtungen für Männer bei 7,1 % (2,8 % Frauen), stationär bei 3,8 % (Frauen 1,2 %) [62]. Damit sind deutlich mehr Männer als Frauen von pathologischem Glücksspiel betroffen [62, 79, 80]. Bei Männern dauert es im Vergleich zu Frauen jedoch länger bis o.g. spielbezogene Probleme auftreten; der Zeitraum zwischen Beginn des Glücksspiels und der Ausbildung der Verhaltenssucht ist größer als bei Frauen [81, 82]. Männer sind häufig jünger als

Frauen, wenn sie mit dem Glücksspiel beginnen [83]. Spieler bevorzugen Glücksspiele mit hohem Einsatz, z.B. Kartenspiele, Sport- und Pferdewetten; und sind damit auf der Suche nach aufregenden Erlebnissen (*sensation seeking*). Bei pathologischen Spielern wird ein starkes Eingenommensein vom Spiel deutlich, ebenso wie die Bereitschaft Schulden zu machen bzw. hohe finanzielle Risiken einzugehen, um spielen zu können. Häufig gehen pathologische Spielerinnen der Sucht nach, weil sie damit Probleme und negative Gefühlszustände ausblenden wollen [83]. Es gibt Hinweise auf biologische Unterschiede dahingehend, dass aufgrund einer Variation an einem bestimmten Gen (Serotonin-Transporter-Gen) eine höhere Vulnerabilität für pathologisches Glücksspiel bei Männern auftritt [84]. In der Gruppe der Spieler sind sehr häufig Personen mit nicht-deutscher Staatsangehörigkeit zu finden [79, 80].

Zu den Folgen der Glücksspielsucht zählen emotionale Belastungen sowie Konflikte innerhalb der Familie und am Arbeitsplatz [76]. Des Weiteren sind die Betroffenen sehr häufig hoch verschuldet: Daten aus der ambulanten Betreuung zeigen, dass viele pathologische Spieler hohe Schulden haben; lediglich 32,1% sind nicht verschuldet [85].

Im Sinne einer komorbiden Störung finden sich bei Personen mit pathologischem Spielverhalten häufig affektive und substanzbezogene Störungen, insbesondere Alkohol-, Tabak- und Cannabisabhängigkeit [62, 86] sowie Persönlichkeitsstörungen. Des Weiteren lässt sich eine erhöhte Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung bei dieser Personengruppe finden [87]. Die geschlechtsspezifischen Einflüsse auf pathologisches Glücksspiel und mögliche (psychische) Begleiterkrankungen müssen weiter untersucht werden, um die Chancen der Früherkennung und Behandlung zu erhöhen [88].

Seit einigen Jahren wird das Phänomen des pathologischen Computer- oder Internetgebrauchs beobachtet, dass durch exzessives Computerspielen bzw. Internetnutzung gekennzeichnet ist und bis zu einem Abhängigkeitsverhalten reichen kann. Aktuelle, vom Bundesministerium für Gesundheit geförderte, Studien (Prävalenz der Internetabhängigkeit (PINTA) und Prävalenz der Internetabhängigkeit – Diagnostik und Risikoprofile (PINTA-DIARI)) weisen für die Gruppe der

exzessiven Internetnutzer kaum Unterschiede zwischen Männern und Frauen aus [89, 90]. Allerdings unterscheiden sich Männer und Frauen bei den Abhängigkeitsmerkmalen: Abhängiges Computerspielen ist primär bei (jüngeren) Männern anzutreffen, abhängige Nutzung sozialer Netzwerke bei (jüngeren) Frauen. In der Studie »Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland« wurde im Jahr 2011 auch das Computerspielen und die Internetnutzung sowie das exzessive Computerspielen bzw. die exzessive Internetnutzung untersucht. Dabei zeigte sich, dass Offline-Computerspielen unter männlichen Jugendlichen weiter verbreitet ist als unter weiblichen [91].

Obwohl der pathologische Internetgebrauch und die Folgen immer wieder intensiv diskutiert wurden, lagen lange keine genau definierten Diagnosekriterien für die Internetabhängigkeit vor. Die American Psychiatric Association (APA) hat in der 5. Revision DSM *Internet Gaming Disorder* als ein eigenständiges Störungsbild aufgenommen, weitere Untersuchungen empfohlen und entsprechende Diagnosekriterien vorgeschlagen [52]. Auch existieren bereits Präventionsansätze und Maßnahmen zur Sensibilisierung gegenüber der Problematik des pathologischen Computer- oder Internetgebrauchs [92].

2.5.3 Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung

Zu den Hauptsymptomen der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) zählen Unaufmerksamkeit, Impulsivität und motorische Unruhe (ICD-10: F90.-). Um eine Diagnose zu stellen, müssen die Symptome über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten auftreten, erstmals in einem Alter unter 7 Jahren sowie klinisch bedeutsame Beeinträchtigungen in schulischen, sozialen oder beruflichen Bereichen einschließen. Erwachsene mit dieser Störung erleben im Altersverlauf einen Rückgang der motorischen Hyperaktivität, behalten aber eine innere Ruhelosigkeit bei [9]. Zudem sind psychische Belastungen durch ADHS bei vielen Betroffenen mit einer Abnahme der gesundheitsbezogenen Lebensqualität verbunden [93].

Jugendliche und Erwachsene mit ADHS zeigen insgesamt ein gesteigertes Risikoverhalten, sie haben ein hohes Risiko zu verunfallen und sie üben häufig Substanzmissbrauch aus [94]: Unter Erwachsenen mit ADHS liegt die Lebenszeitprävalenz für Substanzmissbrauch bei 52 %.

Nach Daten des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) haben 7,9 % der Jungen (1,8 % der Mädchen) eine ärztlich bzw. von einem Psychologen/einer Psychologin diagnostizierte ADHS [95]. Der Geschlechtsunterschied besteht in allen untersuchten Altersgruppen (3 bis 17 Jahre). Im Erwachsenenalter wird von einer Prävalenz von 4,1 % bei Männern (2,7 % der Frauen) ausgegangen, wie Ergebnisse eines internationalen, länderübergreifenden Surveys zeigen [96].

Eine deutsche Studie berichtet eine deutlich erhöhte Prävalenz von ADHS unter inhaftierten Straftätern. Auf Basis der DSM-IV Diagnose waren 45,0 % der inhaftierten Männer von ADHS betroffen (Frauen: 10,0 %) [97, 98]. Es wird in diesem Zusammenhang jedoch darauf hingewiesen, dass sich diese hohen Zahlen aus dem möglichen Vorliegen einer Kombination von ADHS mit Störungen des Sozialverhaltens (Conduct Disorder (CD), DSM-IV 312.8) ergeben und nicht allein auf ADHS zurückgeführt werden können. Eine Typisierung dieser Kombination ist im DSM nicht enthalten. Beim Personenkreis Inhaftierter ist jedoch davon auszugehen, dass sie die diagnostischen Kriterien einer Conduct Disorder erfüllen, da diese fast vollständig illegale Verhaltensstile darstellen, die nach Strafgesetzbuch als Straftatbestände gelten [99]. Straftäter mit ADHS sind im Vergleich zu Straftätern ohne ADHS in jüngerem Alter straffällig geworden und sind häufiger Wiederholungstäter. Bei Personen mit ADHS und einer Störung des Sozialverhaltens in der Jugend besteht ein hohes Risiko für anhaltendes kriminelles Verhalten im Erwachsenenalter oder die Entwicklung einer antisozialen Persönlichkeitsstörung. Diese tritt, neben Abhängigkeitserkrankungen, häufig als komorbide Störung bei ADHS auf, insbesondere bei Männern [100]. Das unterstreicht den dringenden Bedarf psychiatrischer Betreuung im Strafvollzug [97].

Die geschlechtsspezifischen Unterschiede bei der Diagnose ADHS können zum Teil durch einen Gender Bias in der Diagnostik erklärt werden, wonach die Behandelnden das Verhalten in

Abhängigkeit des Geschlechts beurteilen [96]. Jungen wird danach häufiger eine diagnostische Abklärung hinsichtlich ADHS empfohlen. Mädchen werden meist zuerst aufgrund einer Depression behandelt, bevor die Diagnose ADHS gestellt wird. Auch scheint die Symptomatik bei weiblichen ADHS-Betroffenen von der männlichen abzuweichen, beispielsweise steht bei Frauen die motorische Unruhe nicht so sehr im Vordergrund wie Vergesslichkeit, Desorganisation, niedriger Selbstwert und emotionale Reaktivität [101].

Genauere Zahlen, wie viele Männer (und Frauen) in Deutschland von ADHS betroffen sind, können derzeit nicht berichtet werden. Es ist davon auszugehen, dass die Störung zuerst im Kindesalter auftritt, die Symptomatik sich im Jugendalter verändert, die Störung aber oftmals bis ins Erwachsenenalter aufrechterhalten bleibt.

2.5.4 Essstörungen

Essstörungen sind Verhaltensstörungen, die sich im Wesentlichen in drei Hauptformen unterscheiden lassen: Magersucht (Anorexia nervosa ICD-10: F50.0), Bulimie (Bulimia nervosa, ICD-10: F50.2) und Binge-Eating-Störung (wiederholte Episoden von Essanfällen ohne gewichtsregulatorische Maßnahmen, ICD-10: F50.9). Nicht alle Essstörungen lassen sich diesen Hauptformen zuordnen, zudem können die verschiedenen Formen ineinander übergehen. Das krankhaft veränderte Essverhalten kann dabei Ausdruck oder Lösungsversuch für seelische Probleme sein. Obwohl Essstörungen vor allem als weibliches Problem wahrgenommen werden, sind auch Männer betroffen. Die Prävalenz für Anorexia nervosa liegt in der Gesamtbevölkerung bei etwa 0,4 %, für Bulimia nervosa bei etwa 1 % [102]. Klinische und epidemiologische Studien finden ein Geschlechterverhältnis von 10:1 bei Anorexia nervosa und 4:1 für Bulimia nervosa zu Ungunsten der Frauen [103]. Die Binge-Eating-Störung zeigt eine 12-Monats-Prävalenz von 0,8 % für Männer (1,6 % für Frauen). Männer sind von dieser Essstörung häufiger betroffen als von anderen [102]. Es wird vermutet, dass es eine relativ hohe Dunkelziffer von essgestörten Männern gibt, auch mit leichteren Formen im Sinne gestörter Essmuster [104].

Die Entwicklung einer Essstörung ist sehr wahrscheinlich multifaktoriell bedingt. Es werden gesellschaftliche, familiäre, peerbezogene Risikofaktoren und bestimmte Persönlichkeitsmerkmale diskutiert [105]. Für die unterschiedliche Geschlechterverteilung werden neben soziokulturellen Ursachen vor allem genetische oder biologische Prozesse angenommen, wie die bei Jungen später einsetzende Pubertät. Gefahr für Männer, eine Essstörung zu entwickeln, scheint vor allem dort zu bestehen, wo der Körper, das Gewicht, die Figur und/oder die Leistung von übergeordneter Bedeutung sind, z.B. bei bestimmten Sportarten, wie Ringen, Bodybuilding, Reiten, Skispringen. Zudem kann ein Zusammenhang von sexuellen Missbrauchserfahrungen in der Kindheit und der Entwicklung einer Essstörung, insbesondere Bulimia nervosa, belegt werden [106]. In der Manifestation von Essstörungen und in ihrem Verlauf zeigen sich keine wesentlichen geschlechtsspezifischen Unterschiede. Psychiatrische Begleiterkrankungen (affektive Störungen, Substanzmissbrauch, -abhängigkeit) werden bei von Essstörungen betroffenen Männern mit 60 bis 80% angegeben [103].

Erste Anzeichen für eine Essstörung entwickeln sich meist im Übergang von der Kindheit zum Erwachsensein (Adoleszenz), wobei während der Geschlechtsreifung (Pubertät) die Gefahr besonders groß ist, eine Krankheit zu entwickeln. In dieser Entwicklungsetappe steht das männliche Schönheitsideal eines athletischen, muskulösen Körpers oftmals im Gegensatz zur Selbstwahrnehmung des sich verändernden eigenen Körpers. Körperunzufriedenheit und der Wunsch nach Körperveränderung, mit dem Ziel der Zunahme an Muskelmasse oder Gewichtsregulierung [107], können dazu führen, dass (junge) Männer restriktiv essen, exzessiv Sport treiben oder Substanzmissbrauch betreiben. Nach den Daten von KiGGS berichteten 17,8% der 11- bis 13-jährigen und 13,5% der 14- bis 17-jährigen Jungen Symptome von Essstörungen [108].

Essstörungen werden in der Öffentlichkeit als weibliches Problem assoziiert. Männliche Betroffene verkennen oder verleugnen daher häufig Symptome und willigen folglich seltener als Frauen in eine Behandlung ein [104, 109]. Für eine zielgruppenspezifische Aufklärung und Präventionsmaßnahmen besteht derzeit noch Potenzial

[103]. Trotz vieler Ähnlichkeiten in der Symptomatik sprechen die vorliegenden Ergebnisse außerdem für geschlechtsspezifische Therapiekonzepte [104]. Diese werden bislang nur vereinzelt angeboten, so z.B. reine Männergruppen in Kliniken, die auf die Behandlung von Essstörungen spezialisiert sind [104].

2.5.5 Folgen psychischer Störungen

Entgegen dem allgemeinen Trend der Abnahme von Arbeitsunfähigkeitstagen in den meisten Krankheitsgruppen (z.B. Muskel- und Skeletterkrankungen), nahmen Krankschreibungen aufgrund psychischer Störungen bei Männern und Frauen in den letzten Jahren deutlich zu [110–112]. Die Auswertungen von Krankenkassendaten verdeutlichen, dass die durchschnittliche Krankschreibung aufgrund einer psychischen Störung zwischen drei und fünf Wochen liegt [113–117] und daher mit die längsten Fehlzeiten verursacht.

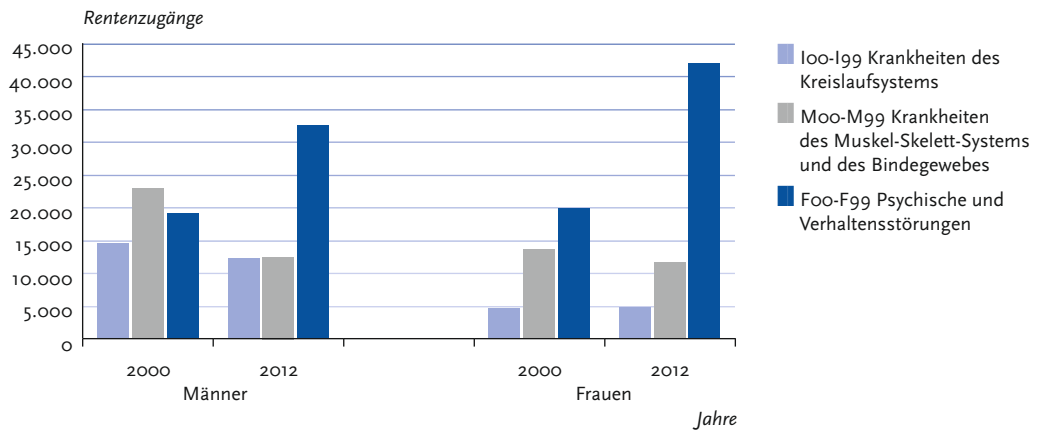
Für die Diagnosegruppe psychische Störungen ist der Anteil der Männer an den Krankgeschriebenen geringer als der der Frauen [118]. Werden die Einzeldiagnosen betrachtet, ist Arbeitsunfähigkeit durch alkoholbezogene Störungen bei Männern häufiger als bei Frauen. Bei Frauen sind depressive Episoden und Reaktionen auf schwere Belastungen häufigste Einzeldiagnosen der Arbeitsunfähigkeit [113, 119]. Trotz der insgesamt geringeren Zahl von Arbeitsunfähigkeitsfällen aufgrund psychischer Störungen bei Männern, liegt die mittlere Arbeitsunfähigkeitsdauer aufgrund dieser Diagnosen häufig über der von Frauen [114, 117, 118, 120]. Dies kann auf Unterschiede in den höheren Altersgruppen zurückzuführen sein, denn die Dauer der Erkrankung liegt bei 40-jährigen und älteren erwerbstätigen Männern über der von Frauen [118].

Zu den weiteren, langfristigen Folgen von psychischen Störungen zählt die vorzeitige Berentung. Während die Zahl der Erwerbsmindererrenten wegen Herz-Kreislauf- und muskuloskelettaler Erkrankungen abnimmt, steigt sie bei Männern (und Frauen) aufgrund psychischer Störungen (siehe Abbildung 2.5.5). Im Jahr 2012 wurden über 32.500 Männer (und ca. 42.000 Frauen) wegen einer psychischen und Verhaltensstörung früh berentet [121]; dabei am häufigsten wegen

Abbildung 2.5.5

Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in der gesetzlichen Rentenversicherung nach Diagnosen (ICD: 100–199, M00–M99, F00–F99) und Geschlecht in den Jahren 2000 und 2012

Quelle: Statistik des Rentenzugangs, Deutsche Rentenversicherung Bund [121]



depressiver Störungen (ICD-10: F30–F39: 34,2 %) oder einer psychischen und Verhaltensstörung durch Alkohol (ICD-10: F10.2: 17,1 %). Bis zum Erreichen des 50. Lebensjahrs werden Männer aufgrund einer psychischen Störung durchschnittlich zwei Jahre früher berentet als Frauen [122]. Danach nähern sich Frauen dem Berentungsalter der Männer an. Zu begründen ist dies u.a. darin, dass Männer mit der Diagnose Schizophrenie bereits sehr früh eine Erwerbsminderungsrente erhalten; bis zum 40. Lebensjahr sind bereits 50 % der Erkrankten frühberentet [122]. Das Berentungsalter von Frauen mit der Diagnose Schizophrenie ist höher als das der Männer, was mit dem späteren Einsetzen der Krankheit bei Frauen zusammenhängt.

Hinsichtlich der sozialen Lage konnte gezeigt werden, dass Männer mit einer niedrigen beruflichen Qualifikation ein vielfach höheres Risiko für eine Erwerbsminderungsrente aufgrund psychischer Störungen aufweisen im Vergleich zu Männern mit hoher Qualifikation [123]. Die Frühberentungen in den Diagnosegruppen der muskuloskelettalen und der Herz-Kreislauf-Erkrankungen zeigen jedoch noch größere Unterschiede hinsichtlich der beruflichen Qualifikationen.

2.5.6 Diskussion

In nahezu allen Lebensphasen werden psychische Störungen häufiger bei Frauen als bei Männern diagnostiziert. Die Gründe hierfür sind unterschiedlich, auch je nach Art der psychischen Störung. Biologische Erklärungsansätze gehen von genetischen und hormonellen Unterschieden als Auslöser für bestimmte psychische Störungen aus, was zu Geschlechtsunterschieden in der Häufigkeit führen kann. Häufiger werden jedoch die Ursachen in Unterschieden im Rollenverständnis und den damit verbundenen Erwartungen gesehen. Männlichkeit wird mit Stärke, Unabhängigkeit, Risikobereitschaft und dem Streben nach Status assoziiert. Dagegen gelten Hilflosigkeit, Unsicherheit, Traurigkeit als weibliche Attribute [4]. Unter anderem deshalb berichten Männer in ärztlichen Gesprächen weniger psychische Symptome als Frauen [124], und es werden bei ihnen häufiger somatische Symptome und Krankheiten diagnostiziert [125]. Zudem nehmen Frauen Leistungen des Gesundheitswesens stärker in Anspruch und haben daher eher die Möglichkeit, eine Diagnose oder Behandlung zu erhalten. Männer dagegen suchen unregelmäßiger Ärzte und Ärztinnen und andere Gesundheitsberufe auf und nehmen medizinische und nicht-medizinische Angebote weniger häufig in Anspruch [54, 126–129]. In medizinischen Konsultationen stellen Männer weniger Fragen, nehmen ihre Symptome

anders wahr und beschreiben sie unterschiedlich. Auf der anderen Seite erhalten sie weniger medizinische Ratschläge [42, 54], und auch Diagnose, Dauer der Behandlung, Therapie sowie Medikation unterscheiden sich häufig [28]. Auch von solchen Faktoren hängt ab, in welchem Maße psychische Erkrankungen erkannt werden, ob sie in eine medizinische oder psychologische Behandlung münden und inwieweit diese Hilfsangebote angenommen werden.

Werden psychische Störungen nicht erkannt und bleibt auch die psychotherapeutische und/oder pharmakologische Hilfe aus, kann das einen Anstieg der Inanspruchnahme somatomedizinischer Leistungen zur Folge haben [130]. Dies mündet potenziell in hohen Kosten und langfristig in einer Chronifizierung der psychischen Störung.

Gesellschaftliche Umbrüche und Stressfaktoren, wie zunehmende Arbeitsplatzunsicherheiten und diskontinuierliche Erwerbsbiografien, aber der mögliche Wegfall von sozialer Unterstützung oder familiärem Zusammenhalt als Ressourcen, sind im Zusammenhang mit der Entstehung und Manifestation psychischer Störungen bedeutsam. Für Männer (und Frauen) ergeben sich aus den genannten Entwicklungen Risiken im Hinblick auf ihre psychische Gesundheit. Hinzu kommt, dass diese Einflussfaktoren im Lebensverlauf für Männer und Frauen unterschiedlich verteilt sind bzw. auch anders von ihnen wahrgenommen werden. Beispielsweise werden für Männer im Vergleich zu Frauen Arbeitslosigkeit, Gratifikationskrisen, Alleinleben, Trennung, Scheidung oder Tod der Partnerin/des Partners als bedeutsamere Faktoren diskutiert [4, 66]. Für Frauen sind es Risiken, wie z.B. alleinerziehend, erwerbslos mit mehreren Kleinkindern, geringes Bildungsniveau oder Pflege von Angehörigen.

Ein deutlicher Zusammenhang besteht zwischen sexuellem Missbrauch im Kindesalter und dem Auftreten psychischer Störungen im Erwachsenenalter. Nach Angaben der polizeilichen Kriminalstatistik sind Mädchen/Frauen häufiger von sexuellem Missbrauch und sexueller Gewalt betroffen [131], was auch zur Erklärung der Prävalenzunterschiede psychischer Störungen beitragen kann. In der Folge dieser Erfahrungen zeigen sich für beide Geschlechter schwerwiegende psychische Probleme. Für die Opferhilfe ist jedoch wichtig zu berücksichtigen, dass diese Erfahrun-

gen von Jungen/Männern oft anders kompensiert werden als von Mädchen/Frauen [132–134].

Ein weiterer Beitrag zur Erklärung der Geschlechtsunterschiede bei psychischen Störungen könnte im Diagnoseverhalten von Ärzten und Ärztinnen liegen. Dies kann sowohl vom Geschlecht der Behandler als auch vom Geschlecht des zu Behandelnden beeinflusst werden [135]. Beispielsweise ließ sich zeigen, dass bestehende Geschlechterstereotype, also über »die typische Patientin« bzw. »den typischen Patienten«, und deren Krankheitsbilder, die Beurteilung von Beschwerden durch medizinisches Personal beeinflussen. Im Rahmen der Diagnostik psychischer Störungen wird auch diskutiert, ob die zur Verfügung stehenden Diagnoseinstrumente, tatsächlich sensitiv genug für Männer sind [4].

In der Art der Kommunikation und der damit verbundenen Präsentation der Symptomatik durch Patientinnen und Patienten sind ebenfalls geschlechtsspezifische Unterschiede zu erwarten. So finden sich Unterschiede in der Selbstwahrnehmung und Selbstattribution von Beschwerden bei Männern und Frauen [135].

Bei den Einschätzungen zur Verbreitung psychischer Störungen ist stets auch zu berücksichtigen, dass es sich bei den Betroffenen um Personen handelt, die bereits in Kontakt mit dem Gesundheitssystem stehen und im besten Falle die richtige Diagnose bekommen haben. Unklar ist, wie hoch der Anteil der Personen ist, die noch nicht (korrekt) diagnostiziert worden sind. Aufgrund der hier dargestellten Ergebnisse kann vermutet werden, dass der Anteil bei Männern sehr hoch ist. Werden beispielsweise die Zahlen der epidemiologischen Studien mit den administrativen Daten verglichen, zeigen sich Unterschiede: Mehr Personen geben an, von einer psychischen Störung betroffen zu sein, als beispielsweise die Zahlen zur Arbeitsunfähigkeit vermuten lassen [112].

Zukünftig sollte daher erforscht werden, wie das Geschlecht das Risiko für psychische Störungen, aber auch den Zugang zum Gesundheitssystem beeinflusst. Des Weiteren sollte die Aufmerksamkeit auf die Manifestation psychischer Krankheiten bei Männern gelenkt werden und weniger darauf, welche Krankheiten häufig bei ihnen auftreten [136]. Dabei sind auch die Folgen der psychischen Störung für Männer und Frauen auf

individueller und gesellschaftlicher Ebene zu verschiedenen Zeitpunkten im Lebensverlauf zu berücksichtigen [132, 137, 138].

Es bleiben viele Bereiche, in denen männerspezifische Fragen noch unbeantwortet sind, z.B. wie sich die verstärkt auftretenden Änderungen in der Arbeitswelt und die Zunahme von Tempo, Termindruck und Komplexität auf die psychische Gesundheit von Männern auswirken, insbesondere unter dem Aspekt der verlängerten Lebensarbeitszeit (siehe Kapitel 4 Arbeit und Gesundheit). Ein weiterer Forschungsaspekt ist der Einfluss der reproduktiven Gesundheit auf die männliche Psyche. Von Frauen ist bekannt, dass z.B. Unfruchtbarkeit das Risiko erhöht, an einer affektiven Störung zu erkranken. Bei Männern ist dies noch nicht abschließend untersucht (siehe Kapitel 2.6.2 Unfruchtbarkeit). Wichtig ist außerdem die Erforschung dessen, was männerfreundliche Versorgungsangebote auszeichnet bzw. wie die Inanspruchnahme medizinischer und psychosozialer Einrichtungen durch Männer erhöht werden kann. Angesichts der genannten Punkte wird deutlich, dass für den Bereich der psychischen Gesundheit von Männern noch viele Fragen unbeantwortet sind, die zukünftig zu klären sind.

Literatur

- Jacobi F (2008) Psychische Störungen als Kostenfaktor in der Arbeitswelt. Symposium Psychisch krank im Job – Lösungen für die Praxis, Berlin
- World Health Organization (2009) Improving Health Systems and Services for Mental Health. WHO, Genf
- Robert Koch-Institut (2012) DEGS. Die Gesundheit von Erwachsenen in Deutschland 2012. www.degs-studie.de/deutsch/ergebnisse/degs1/broschuere.html (Stand: 14.07.2014)
- Möller-Leimkühler A (2005) Geschlechtsrolle und psychische Erkrankung. *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie* 6 (3): 29–35
- Ravens-Sieberer U, Wille N, Bettge S et al. (2007) Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland : Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGs). *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 50 (5–6): 871–878
- Ihle W, Esser G (2002) Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. *Psychologische Rundschau* 53 (4): 159–169
- Rey E (2011) Psychotische Störungen und Schizophrenie. In: Wittchen H-U, Hoyer J (Hrsg) *Klinische Psychologie und Psychotherapie*. Springer, Heidelberg, S 799–856
- Kräplin A, Bühringer G (2011) Pathologisches Glücksspielen und vergleichbare Störungen. In: Wittchen H-U, Hoyer J (Hrsg) *Klinische Psychologie und Psychotherapie*. Springer, Heidelberg, S 784–796
- Petermann F, Ruhl U (2011) Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). In: Wittchen H-U, Hoyer J (Hrsg) *Klinische Psychologie und Psychotherapie*. Springer Medizin Verlag, Heidelberg, S 674–695
- Jacobi C, de Zwaan M (2011) Essstörungen. In: Wittchen H-U, Hoyer J (Hrsg) *Klinische Psychologie und Psychotherapie*. Springer, Heidelberg, S 1054–1081
- Wittchen H-U, Jacobi F, Ryl L (2010) Depressive Erkrankungen. Heft 51. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut, Berlin
- Rutz W, von Knorring L, Pihlgren H et al. (1995) Prevention of male suicides: lessons from Gotland study. *Lancet* 345 (8948): 524
- Hausmann A, Rutz W, Meise U (2008) Frauen suchen Hilfe – Männer sterben! *Neuropsychiatrie* 22 (1): 43–48
- Payne S, Swami V, Stanistreet D (2008) The social construction of gender and its influence on suicide: a review of the literature. *Journal of Men's Health* 5 (1): 23–35
- Wolfersdorf M, Schulte-Wefers H, Schaller E (2009) Depression bei Männern: Einige klinische Aspekte der so genannten »männlichen Depression«. *Blickpunkt Der Mann* 7 (4): 8–14
- Busch MA, Maske UE, Ryl L et al. (2013) Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse der »Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland« (DEGS1). *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch–Gesundheitsschutz* 56(5–6):733–739
- Wolfersdorf M, Schulte-Wefers H, Straub R et al. (2007) Männerdepression/Frauendepression? Psychophysiologische Unterschiede. *Psychiatr Prax* 34 (S1): 176–177
- Lucht M, Schaub RT, Meyer C et al. (2003) Gender differences in unipolar depression: a general population survey of adults between age 18 to 64 of German nationality. *J Affect Disord* 77 (3): 203–211
- Rose U, Jacobi F (2006) Gesundheitsstörungen bei Arbeitslosen: Ein Vergleich mit Erwerbstätigen im Bundes-Gesundheitsurvey 1998. *Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin* 41 (12): 556–564

20. Oliffe JL, Phillips MJ (2008) Men, depression and masculinities: A review and recommendations. *Journal of Men's Health* 5 (3): 194–202
21. Möller-Leimkühler A, Heller J, Paulus N-C (2007) Subjective well-being and 'male depression' in male adolescents. *J Affect Disord* 98: 65–72
22. Wittchen H-U, Winter S, Höfler M et al. (2000) Häufigkeit und Erkennensrate von Depressionen in der hausärztlichen Praxis. *Fortschritte der Medizin* 118 (Sonderheft): 22–30
23. Wittchen H-U, Müller N, Schmidt-kunz B et al. (2000) Erscheinungsformen, Häufigkeit und Versorgung von Depressionen. Ergebnisse des bundesweiten Gesundheitssurveys »Psychische Störungen«. *Fortschritte der Medizin* 118: 4–10
24. Merbach M, Singer S, Brähler E (2002) Psychische Störungen bei Männern und Frauen. In: Hurrelmann K, Kolip P (Hrsg) *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit: Männer und Frauen im Vergleich*. Verlag Hans Huber, Bern, S 258–272
25. Korczak D, Kister C, Huber B (2010) Differentialdiagnostik des Burnout-Syndroms. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, Schriftenreihe Health Technology Assessment (HTA) in der Bundesrepublik Deutschland. HTA-Bericht 105, Köln
26. von Känel R (2008) Das Burnout-Syndrom: eine medizinische Perspektive. *Praxis* 97 (9): 477–487
27. Hegerl M (2011) Fünf Gründe gegen das Modewort Burnout. Stiftung Deutsche Depressionshilfe
28. Koch U, Brolch K (2012) Das Burn-out-Syndrom. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 55 (2): 161–163
29. Kaschka W, Korczak D, Broich K (2011) Modediagnose Burn-out. *Deutsches Ärzteblatt* 108 (46): 781–787
30. Lalouschek W, Kainz B (2008) Geschlechtsspezifische Aspekte von Burnout. *Blickpunkt Der Mann* 6 (3): 6–12
31. Leppin A (2007) Burnout: Konzept, Verbreitung, Ursachen und Prävention. In: Badura B, Schell-schmidt H, Vetter C (Hrsg) *Fehlzeitenreport 2006*. Springer Medizin Verlag, Heidelberg, S 99–109
32. Kurth BM (2012) Erste Ergebnisse aus der »Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland« (DEGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 55 (8): 980–990
33. Hapke U, Maske U, Busch M et al. (2012) Stress, Schlafstörungen, Depressionen und Burn-out. Wie belastet sind wir? Robert Koch-Institut, DEGS-Symposium 2012 »Gemessen und gefragt – die Gesundheit der Deutschen unter der Lupe«. www.degs-studie.de/deutsch/ergebnisse/degs1/symposium-2012.html (Stand: 25.08.2013)
34. BKK Bundesverband (2012) *BKK Gesundheitsreport 2012. Gesundheit fördern – Krankheit versorgen – mit Krankheit leben*. BKK Bundesverband, Essen
35. Wissenschaftliches Institut der AOK (2011) *Burnout auf dem Vormarsch*. www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_pressemitteilungen/wido_pra_pm_krstd_0411.pdf (Stand: 24.01.2014)
36. Ließmann J (2010) Psychische Erkrankungen in der Erwerbsbevölkerung. In: BKK Bundesverband (Hrsg) *BKK Gesundheitsreport 2010 Gesundheit in einer älter werdenden Gesellschaft*. BKK Bundesverband, Essen, S 107–115
37. Siegrist J, Dragano N (2008) Psychosoziale Belastungen und Erkrankungsrisiken im Erwerbsleben. Befunde aus internationalen Studien zum Anforderungs-Kontroll-Modell und zum Modell beruflicher Gratifikationskrisen. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 51 (3): 305–312
38. Toker S, Melamed S, Berliner S et al. (2012) Burnout and risk of coronary heart disease: A prospective study of 8838 employees. *Psychosomatic medicine* 74 (8): 840–847
39. Wolfersdorf M (2008) Depression und Suizid. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 51 (4): 443–450
40. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA et al. (2002) *World report on violence and health*. World Health Organization, Genf
41. Statistisches Bundesamt (2013) *Todesursachenstatistik, Fortschreibung des Bevölkerungsstandes: Sterbefälle, Sterbeziffern (je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert) (ab 1998)*. www.gbe-bund.de (Stand: 24.01.2014)
42. Rübenach SP (2007) *Todesursache Suizid*. *Wirtschaft und Statistik*: 960–971
43. Bochnik H (1962) *Verzweigung. Randzonen menschlichen Verhaltens. Beiträge zur Psychiatrie und Neurologie*. Enke, Hamburg, Stuttgart
44. Möller-Leimkühler AM (2003) The gender gap in suicide and premature death or: why are men so vulnerable? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 253 (1): 1–8
45. Murphy GE (1998) Why women are less likely than men to commit suicide. *Compr Psychiatry* 39 (4): 165–175
46. Stoppe G (2006) *Alte*. In: Stoppe G, Bramesfeld A, Schwartz FW (Hrsg) *Volkskrankheit Depression? Bestandsaufnahme und Perspektiven*. Springer Medizin Verlag, Berlin, Heidelberg, S 245–256
47. Wilk K, Havers I, Bramesfeld A et al. (2007) Früherkennung von Depression und Prävention von Suizidalität im Alter. *Public Health Forum* 15 (57): 26–28

48. Plöderl M, Kralovec K, Fartacek C et al. (2009) Homosexualität als Risikofaktor für Depression und Suizidalität bei Männern. *Blickpunkt Der Mann* 7 (4): 28–37
49. Haas AP, Eliason M, Mays VM et al. (2011) Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: review and recommendations. *Journal of homosexuality* 58 (1): 10–51
50. Qin P, Agerbo E, Mortensen PB (2003) Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: a national register-based study of all suicides in Denmark, 1981–1997. *The American journal of psychiatry* 160 (4): 765–772
51. American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Fourth Edition, DSM-IV. American Psychiatric Association, Washington, DC
52. American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Fifth Edition, DSM-5. American Psychiatric Association, Arlington, VA
53. Pabst A, Kraus L, Gomes de Matos E et al. (2013) Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. *Sucht* 59 (6): 321–331
54. Robert Koch-Institut (2011) *Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2009«*. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung. RKI, Berlin
55. Vogt I (2008) Frauen und Männer: Trinkmuster und Trinkfolgen. Gemeinsamkeiten und Differenzen. In: Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit (Hrsg) *Geschlechtergerechte Ansätze in Suchtarbeit und -prävention* Berichte zur Suchtkrankenhilfe, Hannover
56. Pabst A, Kraus A (2008) Alkoholkonsum, alkoholbezogene Störungen und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. *Sucht* 54 (Sonderheft 1): S36–S38
57. Lindenmeyer J (2006) Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit. In: Wittchen H-U, Hoyer J (Hrsg) *Klinische Psychologie und Psychotherapie*. Springer Medizin Verlag, Heidelberg, S 637–660
58. Stimmer F, Andreas-Siller P (2000) *Suchtlexikon*. Oldenbourg Verlag, München, Wien
59. Edel M, Klingemann H, Sieber M et al. (2007) Männergerechte Ziele und Angebote in der Suchttherapie – Tabu und Nachholbedarf. *Sucht* 53 (1): 52–56
60. Stöver H (2006) Leitfaden zur männerspezifischen Sucht- und Drogenarbeit. Handlungsempfehlungen für die Praxis. Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Koordinationsstelle Sucht
61. Statistisches Bundesamt (2013) *Alkoholabhängigkeit – Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000* (Fälle). Gliederungsmerkmale: Jahre, Behandlungsort, Alter, Geschlecht, Verweildauer. www.gbe-bund.de (Stand: 29.04.2013)
62. Steppan M, Brand H, Künzel J et al. (2013) *Suchthilfe in Deutschland 2012*. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS). Institut für Therapieforchung, München
63. Kufner H (2010) *Epidemiologie des Substanzkonsums und der Suchterkrankungen in Deutschland*. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 53 (4): 271–283
64. Kraus L, Piontek D, Pabst A et al. (2011) Alkoholkonsum und alkoholbezogene Mortalität, Morbidität, soziale Probleme und Folgekosten in Deutschland. *Sucht* 57 (2): 119–129
65. Schütze M, Boeing H, Pischon T et al. (2011) Alcohol attributable burden of incidence of cancer in eight European countries based on results from prospective cohort study. *BMJ* 342
66. Möller-Leimkühler A, Kasper S (2010) *Psychische und Verhaltensstörungen*. In: Bardehle D, Stiehler M (Hrsg) *Erster Deutscher Männergesundheitsbericht Ein Pilotbericht*. W. Zuckschwerdt Verlag, München, S 135–159
67. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2003) *Alkoholabhängigkeit*. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., Suchtmedizinische Reihe. München
68. Kufner H, Metzner C (2011) *Drogenmissbrauch und -abhängigkeit*. In: Wittchen H-U, Hoyer J (Hrsg) *Klinische Psychologie und Psychotherapie*. Springer Medizin Verlag, Heidelberg, S 716–742
69. Pfeiffer-Gerschel T, Steppan M, Brand H (2013) *Deutsche Suchthilfestatistik 2012*. Tabellenband für ambulante Beratungs- und/oder Behandlungsstellen, Fachambulanzen und Institutsambulanzen. Institut für Therapieforchung, München
70. Pfeiffer-Gerschel T, Steppan M, Brand H (2013) *Deutsche Suchthilfestatistik 2012*. Tabellenband für (teil-)stationäre Rehabilitationseinrichtungen und Adaptionseinrichtungen. Institut für Therapieforchung, München
71. Lampert T (2011) *Rauchen – Aktuelle Entwicklungen bei Erwachsenen* GBE kompakt 2(4). Robert Koch-Institut, Berlin
72. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2011) *Tabak*. www.dhs.de/suchstoffe-verhalten/tabak.html (Stand: 06.06.2011)
73. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2013) *Kapitel V Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)* Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19)

- www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2014/block-fi0-fi9.htm (Stand: 15.07.2014)
74. Meyer C, Rumpf H, Hapke U et al. (2000) Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung. Ergebnisse der TACOS-Studie. *Nervenarzt* 71 (7): 535–542
 75. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2011) Glücksspiel. www.dhs.de/suchtstoffe-verhalten/gluecksspiel.html (Stand: 25.05.2011)
 76. Meyer G, Hayer T (2010) Problematisches und pathologisches Spielverhalten bei Glücksspielen. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 53 (4): 295–305
 77. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2014) Glücksspielverhalten und Glücksspielsucht in Deutschland. Ergebnisse des Surveys 2013 und Trends. BZgA, Köln
 78. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2012) Glücksspielverhalten und Glücksspielsucht in Deutschland. Ergebnisse aus drei repräsentativen Bevölkerungsbefragungen 2007, 2009 und 2011. BZgA, Köln
 79. Sassen M, Kraus L, Bühringer G et al. (2011) Gambling among adults in Germany: prevalence, disorder and risk factors. *Sucht* 57 (4): 249–257
 80. Rumpf HJ (2011) Glücksspielprobleme in Deutschland weit verbreitet – Geldspielautomaten machen am häufigsten süchtig. www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/news/2011_02_16_Pressmeldung_Rumpf.pdf
 81. Potenza MN, Steinberg MA, McLaughlin SD et al. (2001) Gender-related differences in the characteristics of problem gamblers using a gambling helpline. *The American journal of psychiatry* 158 (9): 1500–1505
 82. Tavares H, Zilberman ML, Beites FJ et al. (2001) Gender differences in gambling progression. *Journal of gambling studies/co-sponsored by the National Council on Problem Gambling and Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming* 17 (2): 151–159
 83. Mörsen C (2008) Neue Süchte und Geschlecht – Glücksspiel-, Kauf- und Online-Sucht. *Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit, 18 Niedersächsische Suchtkonferenz, Niedersachsen*, S 36–44
 84. Ibanez A, Perez de Castro I, Fernandez-Piqueras J et al. (2000) Pathological gambling and DNA polymorphic markers at MAO-A and MAO-B genes. *Molecular psychiatry* 5 (1): 105–109
 85. Meyer G (2011) Glücksspiel – Zahlen und Fakten. In: *Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg) Jahrbuch Sucht 2011*. Neuland, Geesthacht, S 109–127
 86. Premper V, Schulz W (2008) Komorbidität bei Pathologischem Glücksspiel. *Sucht* 54 (3): 131–140
 87. Retz W, Schmitt J, Vogelgesang M et al. (2007) ADHS und Pathologisches Glücksspiel. In: Freitag C, Retz W (Hrsg) *ADHS und komorbide Störungen*. Kohlhammer, Stuttgart, S 155–167
 88. Erbas B, Buchner UG (2012) Pathologisches Glücksspielen: Prävalenz, Komorbidität, Diagnose und Hilfsangebote in Deutschland. *Deutsches Ärzteblatt* 109 (10): 173–179
 89. Rumpf HJ, Meyer C, Kreuzer A et al. (2011) Prävalenz der Internetabhängigkeit (PINTA). Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit. Universität Lübeck, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Lübeck
 90. Bischof G, Bischof A, Meyer C et al. (2013) Prävalenz der Internetabhängigkeit – Diagnostik und Risikoprofile (PINTA-DIARI). Kompaktbericht an das Bundesministerium für Gesundheit. Universität zu Lübeck, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Lübeck
 91. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2013) Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2011. Teilband Computerspielen und Internetnutzung. BZgA, Köln
 92. Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2013) *Computerspiele- und Internetsucht*. www.drogenbeauftragte.de/drogen-und-sucht/computerspiele-und-internetsucht.html (Stand: 28.01.2014)
 93. Schmidt S, Waldmann HC, Petermann F et al. (2010) Wie stark sind Erwachsene mit ADHS und komorbiden Störungen in ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität beeinträchtigt? *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 58 (1): 9–21
 94. Frölich J, Lehmkuhl G (2006) Epidemiologie und pathogenetische Aspekte von Substanzmissbrauch und -abhängigkeit bei ADHS. *Sucht* 52 (6): 367–375
 95. Schlack R, Hölling H, Kurth BM et al. (2007) Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 50 (5–6): 827–835
 96. Fayyad J, De Graaf R, Kessler R et al. (2007) Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science* 190: 402–409
 97. Rösler M, Retz W, Retz-Junginger P et al. (2004) Prevalence of attention deficit-/hyperactivity disorder

- der (ADHD) and comorbid disorders in young male prison inmates*. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience* 254 (6): 365–371
98. Rösler M, Retz W, Yaqoobi K et al. (2009) Attention deficit/hyperactivity disorder in female offenders: prevalence, psychiatric comorbidity and psychosocial implications. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 259 (2): 98–105
 99. Rösler M, Retz W (2008) ADHS, antisoziale Persönlichkeitsstörung und Delinquenz* Welche Zusammenhänge sind erkennbar? *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 56 (2): 121–132
 100. Krause J (2007) Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung bei Erwachsenen. *Fortschr Neurol Psychiatr* (75): 293–305
 101. Quinn PO (2005) Treating adolescent girls and women with ADHD: gender-specific issues. *Journal of clinical psychology* 61 (5): 579–587
 102. Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Deutsches Kollegium Psychosomatische Medizin (2010) S3-Leitlinie: Diagnostik und Therapie der Essstörungen. AWMF-Register Nr 051/026
 103. Mangweth-Matzek B (2008) Essstörungen bei Männern *Handbuch Essstörungen und Adipositas*. Springer Medizin Verlag, Heidelberg, S 87–92
 104. Hofmann L (2009) Essstörungen bei Männern. *Ernährung im Fokus* 5: 180–185
 105. Holtkamp K, Herpertz-Dahlmann B (2005) Anorexia und Bulimia nervosa im Kindes- und Jugendalter. *DÄBI* 102: A50–A58
 106. Feldmann M, Meyer I (2007) Childhood Abuse and eating Disorder in Gay and Bisexual Men. *Int J Eat Disord* 40 (4): 418–423
 107. Pope H, Phillips K, Olivardia R (2000) *The Adonis Complex. The secret crisis of male body obsession*. The Free Press, New York
 108. Hölling H, Schlack R (2007) Essstörungen im Kindes- und Jugendalter. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 50: 794–799
 109. Dechêne M (2008) Essstörungen bei Männern. *Blickpunkt Der Mann* 6 (3): 20–22
 110. Holleder A (2008) Psychische Gesundheit im Fall von Arbeitslosigkeit. *Prakt Arbmед* 12: 29–32
 111. Bundespsychotherapeutenkammer (2011) BPTK-Studie zur Arbeitsunfähigkeit. *Psychische Erkrankungen – Keine Frage des Alters*. Bundespsychotherapeutenkammer, Berlin
 112. Jacobi F (2009) Nehmen psychische Störungen zu? *Report Psychologie* (1): 16–28
 113. BARMER GEK (2011) BARMER GEK Report Krankenhaus. Schwerpunktthema: Der Übergang von der stationären zur ambulanten Versorgung bei psychischen Störungen. *Gesundheitsreport*. BARMER GEK, Berlin
 114. BKK Bundesverband (2008) BKK Gesundheitsreport 2008. *Seelische Krankheiten prägen das Geschehen*. Bundesverband B, BKK Gesundheitsreport. BKK Bundesverband, Essen
 115. DAK, IGES Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH (2011) *Gesundheitsreport 2011. Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten*. Schwerpunktthema: Wie gesund sind junge Arbeitnehmer? DAK Forschung, DAK-Gesundheitsreport. DAK, Hamburg
 116. Lademann J, Mertesacker H, Gebhardt B (2006) *Psychische Erkrankungen im Fokus der Gesundheitsreporte der Krankenkassen*. *Psychotherapeutenjournal* (2): 123–129
 117. Techniker Krankenkasse (2011) *Gesundheitsreport 2011. Gesundheitliche Veränderungen bei jungen Erwerbspersonen und Studierenden*. Techniker Krankenkasse, Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der TK. Band 26, Hamburg
 118. BARMER Ersatzkasse (2009) *Gesundheitsreport 2009. Psychische Gesundheit und psychische Belastungen*. *Gesundheitsreport*. BARMER Ersatzkasse, Wuppertal
 119. Statistisches Bundesamt (2011) *Arbeitsunfähigkeit bei AOK-Pflichtmitgliedern ohne Rentner (Arbeitsunfähigkeitsfälle, Arbeitsunfähigkeitsfälle je 100.000 Pflichtmitglieder, Arbeitsunfähigkeitstage, Arbeitsunfähigkeitstage je 100.000 Pflichtmitglieder, Tage je Fall)*. www.gbe-bund.de (Stand: 14.12.2011)
 120. DAK, IGES Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH (2005) *Gesundheitsreport 2005. Psychische Erkrankungen*. *Versorgungsmanagement D*, DAK-Gesundheitsreport. DAK, Hamburg
 121. Deutsche Rentenversicherung Bund (2013) *Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in der Gesetzlichen Rentenversicherung im Laufe des Berichtsjahres*. www.gbe-bund.de (Stand: 28.01.2014)
 122. Rohm S, Richter D (2006) *Erwerbsminderungsrente aufgrund einer psychischen Störung: Welche Rolle spielt das Geschlecht der Versicherten?* *Deutsche Rentenversicherung, DRV-Schriften*. Deutsche Rentenversicherung, 55, Berlin, S 257–269
 123. Hagen C, Himmelreicher R, Kemptner D et al. (2011) *Soziale Ungleichheit und Risiken der Erwerbsminderung*. *WSI Mitteilungen* 7: 336–344
 124. Kroenke K, Spitzer RL (1998) Gender differences in the reporting of physical and somatoform symptoms. *Psychosomatic medicine* 60 (2): 150–155
 125. BKK Bundesverband (2010) *BKK Gesundheitsreport 2010. Gesundheit in einer älter werdenden Ge-*

- sellschaft. BKK Gesundheitsreport. BKK Bundesverband, Essen
126. Sieverding M (2005) Geschlecht und Gesundheit
In: Schwarzer R (Hrsg) Gesundheitspsychologie (Enzyklopädie der Psychologie, Serie D). Hogrefe, Göttingen, S 55–70
 127. Sieverding M (2008) Gesundheitspsychologie: Genderforschung in der Gesundheitspsychologie.
In: Stein G (Hrsg) Handbuch der Psychologie und Geschlechterforschung, Teil III. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S 189–201
 128. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2005) Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
 129. Addis ME, Mahalik JR (2003) Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *The American psychologist* 58 (1): 5–14
 130. Schulz H, Barghaan D, Koch U et al. (2011) Die Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen.
In: Wittchen H-U, Hoyer J (Hrsg) Klinische Psychologie und Psychotherapie. Springer Medizin Verlag, Heidelberg, S 361–380
 131. Bundeskriminalamt (2014) Polizeiliche Kriminalstatistik Bundesrepublik Deutschland. Berichtsjahr 2013. Bundeskriminalamt, Wiesbaden
 132. World Health Organization (2002) Gender and Mental Health.
<http://whqlibdoc.who.int/gender/2002/a85573.pdf>
(Stand: 21.12.2012)
 133. Schlingmann T (2003) Männlichkeit und sexualisierte Gewalt gegen Jungen. Aus der Arbeit der Berliner Anlaufstelle Tauwetter (Teil 1). Switchboard 157: 14–17
 134. Schlingmann T (2003) Männlichkeit und sexualisierte Gewalt gegen Jungen. Aus der Beratungs- und Selbsthilfe-Arbeit der Berliner Anlaufstelle Tauwetter (Teil 2). Switchboard 158: 10–14
 135. Sieverding M (2005) Geschlecht und Gesundheit.
In: Schwarzer R (Hrsg) Enzyklopädie der Psychologie – Gesundheitspsychologie, Band I. Hogrefe, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, S 56–70
 136. Kennedy H (2001) Do men need special services?
Adv Psychiatr Treat 7 (2): 93–99
 137. Franke A (2011) Psychische Erkrankungen – wer leidet mehr, Männer oder Frauen? Mehr Aufmerksamkeit für psychische Erkrankungen. BARMER GEK, ZeS Universität Bremen Berlin
 138. Möller-Leimkühler A (2013) Psychische Gesundheit von Männern: Bedeutung, Ziele Handlungsbedarf.
In: Weißbach L, Stiehler M (Hrsg) Männergesundheitsbericht 2013 Im Fokus: Psychische Gesundheit. Hans Huber, Bern, S 63–82

2.6 Sexual- und Fertilitätsstörungen

2.6.1 Sexuelle Funktionsstörungen

Das Spektrum der Krankheitsbilder sexueller Funktionsstörungen kann die verschiedenen Phasen der sexuellen Reaktion betreffen und sowohl das sexuelle Verlangen (Appetenz), die sexuelle Erregung als auch den sexuellen Erregungshöhepunkt (Ejakulation/Orgasmus) beeinträchtigen [1]. Sexuelle Funktionsstörungen können sowohl als unabhängige Erkrankungen als auch in Folge von anderen Erkrankungen sowie deren Behandlung auftreten [2]. Für ein erfülltes sexuelles Erleben sind neben den körperlich-funktionalen Aspekten die individuellen Ansprüche entscheidend, die auch von gesellschaftlichen und kulturellen Vorstellungen von Sexualität geprägt sind [3]. Sexuelle Funktionsstörungen sind daher meist multifaktoriell bedingt. Dabei können sowohl physische als auch psychische Ursachen eine Rolle spielen bzw. auch deren Kombination.

Eine als befriedigend erlebte Sexualität hat entscheidenden Einfluss auf die Lebensqualität [2, 4]. Somit verursachen sexuelle Funktionsstörungen Leidensdruck bei den Betroffenen selbst, sie können sich aber auch auf die Partnerschaft und andere Lebensbereiche auswirken. Zur Diagnostik und Behandlung sexueller Dysfunktionen bei Männern ist deshalb eine fachübergreifende Zusammenarbeit von Andrologie, Urologie, psychosomatischer Medizin und Psychiatrie erfolgversprechend, in die auch die Partnerin/der Partner einbezogen werden sollten. Denn die Auseinandersetzung mit der eigenen und der partnerschaftlichen Sexualität kann bereits wichtiger Teil der Behandlung sein [5].

Bei Aussagen zur Häufigkeit (Prävalenz) sexueller Funktionsstörungen aus Bevölkerungsstudien ist zu beachten, dass die Erhebungen einen Bereich betreffen, der von den meisten Menschen als privat und intim empfunden wird. Demzufolge kann von einer gewissen Untererfassung sowie einer möglichen Verzerrung (*bias*) bei den Befragungsteilnehmern und -teilnehmerinnen ausgegangen werden [2]. Die Einordnung sexueller Funktionsstörungen erfolgt anhand der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10.

Revision (ICD-10) [6] oder dem Diagnostischen und Statistischen Handbuch Psychischer Störungen (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)) [7].

2.6.1.1 Störungen des sexuellen Interesses und Verlangens (Appetenzstörung)

Die Diagnose Appetenzstörung (ICD-10: F52.0, DSM-IV: 302.71) wird gestellt, wenn das Fehlen sexuellen Interesses und Verlangens das Grundproblem ist, ohne dass andere sexuelle Funktionsstörungen als Ursache vorliegen und dieser Mangel von den Betroffenen als Verlust wahrgenommen wird. Als Ursachen gelten eine Reihe psychosozialer, aber auch medizinischer Gründe. Dazu gehören z.B. Beziehungskonflikte, psychische Störungen, allgemeinmedizinische Erkrankungen, urogenitale Erkrankungen sowie Medikamenteneinnahme.

Ergebnisse verschiedener Befragungen zeigen, dass das sexuelle Verlangen bei der Mehrzahl der Männer vorhanden ist und in Abstufungen bis ins hohe Alter erhalten bleibt. Eine repräsentative Befragung aus Deutschland konnte eine Abnahme des sexuellen Verlangens bei Männern im Altersverlauf zeigen. Der Anteil der Männer, die angeben, in den letzten vier Wochen kein sexuelles Verlangen gespürt zu haben, lag bei den 18- bis 49-Jährigen bei 0,4 %, bei den 51- bis 60-Jährigen bei 4,5 % und stieg auf 47,0 % bei den über 70-Jährigen [8]. Bei der Berücksichtigung verschiedener Determinanten der Häufigkeit sexuellen Verlangens (u.a. Vorliegen einer Partnerschaft) war das zunehmende Alter der stärkste Prädiktor für die Abnahme des sexuellen Verlangens. Demnach kommt es bei Männern zu einer Abschwächung des sexuellen Verlangens im Altersgang. Eine weitere Studie kommt zu dem Schluss, dass nur ein Teil der Befragten unter der Verminderung des sexuellen Verlangens zu leiden scheint und daher größtenteils von einer Angleichung der sexuellen Präferenzen an das Lebensalter auszugehen ist [9].

2.6.1.2 Erektionsstörungen/Erektile Dysfunktion

Unter erektiler Dysfunktion (ED) wird die Schwierigkeit verstanden, eine für einen befriedigenden Geschlechtsverkehr notwendige Erektion zu erlangen oder beizubehalten (ICD10: F52.2, DSM-IV: 302.72). Die Ursachen sind aufgrund der Komplexität der Erektionsentstehung vielfältig und können organisch, psychogen oder durch andere Erkrankungen bzw. deren Behandlung bedingt sein.

Es liegen zahlreiche Studien zur Verbreitung (Prävalenz) von ED vor, die aber aufgrund unterschiedlicher Erhebungsinstrumente und einer unterschiedlichen Zusammensetzung der jeweiligen Studienpopulation auch zu sehr unterschiedlichen Ergebnissen kommen.

So ergeben Untersuchungen aus Deutschland Gesamtprävalenzen von ED für die jeweilige Studienpopulation von: 7,9 % (altersstandardisiert, Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors (GSSAB) Deutschland) [10], 19,2 % (30–80 Jahre, Kölner Männerstudie) [11] bis 40,1 % (18–79 Jahre, Cottbus Survey) [12]. In der Berliner Männerstudie wurde das Vorliegen einer Erektionsstörung mittels zwei verschiedener Verfahren bestimmt, der Erectile Function Domain (EF-Domain), einer 6-Item-Checkliste, und den DSM-IV-Kriterien. Diese unterscheiden sich dadurch, dass bei den DSM-IV-Kriterien eine Erektionsstörung nur dann angenommen wird, wenn die Symptomatik mindestens sechs Monate vorliegt und ein mit der Erektionsstörung in Zusammenhang stehender Leidensdruck angegeben wird. Die Ergebnisse variieren je nach zugrunde gelegter Definition. Es zeigt sich ein deutlicher Unterschied bei der (altersstandardisierten) Gesamtprävalenz, wenn die erektile Funktionsfähigkeit auf Grundlage der EF-Domain bestimmt wurde (47,9 %) zu der, wenn die internationalen Diagnosekriterien des DSM angewendet wurden (17,8 %) [4, 13]. Die Autoren der Studie plädieren deshalb dafür, zwischen Funktionsstörung mit Krankheitswert (mit Leidensdruck) und Funktionsstörung ohne Krankheitswert (ohne Leidensdruck) zu unterscheiden.

Die verschiedenen Untersuchungen konnten einen Zusammenhang zwischen erektiler Dysfunktion und höherem Lebensalter nachweisen

[14], der je nach eingesetztem Erhebungsinstrument unterschiedlich stark ausfällt. Außerdem wurde deutlich, dass ED oftmals mit allgemeinmedizinischen Krankheitsbildern zusammen auftritt (Komorbidität), vor allem Diabetes mellitus, Bluthochdruck sowie Herzkrankheiten. Eine wesentliche Erkenntnis der letzten Jahre ist, dass das Auftreten von ED ein erster Indikator für eine chronisch-ischämische Herzkrankheit bei Männern sein kann [15] und daher unbedingt diagnostisch abgeklärt werden sollte [16].

2.6.1.3 Störungen der Ejakulation und des Orgasmus

Vorzeitige Ejakulation (ICD-10: F52.4, DSM-IV: 302.75) wird definiert als anhaltende oder wiederkehrende Ejakulation bei minimaler Stimulation und bevor der Betroffene es wünscht. Die Ejakulation kann also nicht ausreichend kontrolliert werden, damit der Geschlechtsverkehr für die beteiligten Partner befriedigend ist. Diese Störung kann sowohl psychische, krankheitsbedingte als auch neurobiologische Ursachen haben. Vorzeitige Ejakulation ist relativ weit verbreitet. In der Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors (GSSAB) gaben in Deutschland 15,4 % der Befragten von 40 bis 80 Jahren an, dieses Problem zu haben. 2,9 % berichteten, dass diese sexuelle Funktionsstörung bei ihnen häufig sei [10]. Ein Einfluss des Alters konnte nicht festgestellt werden.

Orgasmusstörung bezeichnet die Verzögerung oder das Fehlen des Orgasmus (ICD-10: F52.3, DSM-IV: 302.75). Die Gründe für die Orgasmushemmung können organisch oder psychisch bedingt sein. In der GSSAB-Studie gaben in Deutschland 5,6 % der befragten Männer an, keinen Orgasmus erreichen zu können. Auch bei dieser Störung scheint es eine Zunahme im Altersgang zu geben [17].

2.6.1.4 Diskussion

Aufgrund der vorliegenden Daten sind sexuelle Funktionsstörungen als ernsthaftes und weit verbreitetes Gesundheitsproblem einzustufen. Inwieweit aus diesen Daten auf einen Handlungs-

bedarf geschlossen werden kann, ist nicht einfach abzuschätzen. Aus der GSSAB für Deutschland ist bekannt, dass 17,6 % der von Sexualstörungen betroffenen Männer medizinische Hilfe gesucht haben [18]. Damit besteht eine deutliche Abweichung zwischen der Verbreitung sexueller Funktionsstörungen und der Inanspruchnahme medizinischer Hilfe. Als mögliche Gründe werden fehlender Leidensdruck (auch aufgrund der Angleichung der Verhaltenspräferenzen an den jeweiligen Zustand), aber auch Hemmungen und fehlende Kenntnisse über Behandlungsmöglichkeiten bei den Betroffenen diskutiert [2]. Es sind jedoch auch unzureichende Versorgungsangebote auf Seiten der Medizin auszumachen. Dazu zählt, dass die Verbreitung von sexuellen Funktionsstörungen von Seiten der Ärzteschaft teilweise unterschätzt wird. Auch bestehen Ängste, das Thema von sich aus anzusprechen, z.T. aufgrund mangelnder Kenntnisse [2, 19]. Danach befragt, ob ein Arzt/eine Ärztin routinemäßig gezielte Fragen nach sexuellen Problemen stellen sollte, bejahen dies jedoch laut GSSAB über die Hälfte der Männer in allen Altersgruppen [20].

Einschränkend ist bei den Ergebnissen zur Prävalenz von sexuellen Funktionsstörungen auf Grundlage der GSSAB darauf hinzuweisen, dass die Studie von der Pfizer GmbH finanziert wurde. Das Pharmaunternehmen hatte 1998 als erster Arzneimittelhersteller ein Mittel zur Behandlung der erektilen Dysfunktion auf den Markt gebracht. In der Kritik steht in diesem Zusammenhang, dass normale Lebensabläufe bzw. Alterungsprozesse, nicht zuletzt von der Pharmaindustrie, als therapiebedürftig deklariert werden (*disease mongering*, deutsch üblicherweise als Krankheitserfindung übersetzt) [21]. Das oft in der Öffentlichkeit vermittelte Männlichkeitsbild mit Zuschreibungen wie z.B. stark, sexuell omnipotent und immer bereit [22], lässt die normalen, individuell vielfältigen Abweichungen von der »Norm« außer Acht. Der so entstehende Zwiespalt zwischen öffentlich vermittelten Ansprüchen und der Wirklichkeit bzw. dem damit verbundenen Leistungsdruck kann dazu führen, dass Medikamente gegen sexuelle Funktionsstörungen ohne die Abklärung von organischen Schäden und/oder der Beziehungsaspekte von Sexualität eingesetzt werden.

Da sexuelle Funktionsstörungen (vor allem die erektile Dysfunktion) aber erste Symptome für

Herz-Kreislaufkrankungen, Diabetes mellitus sowie neurologische Erkrankungen sein können, ist eine sorgfältige Diagnostik und Therapie besonders wichtig [2]. Mit der Einführung von selektiven Phosphodiesterase-5-Hemmern (z.B. Sildenafil bzw. »Viagra«) zur Behandlung der erektilen Dysfunktion ist jedoch zu beobachten, dass diese Medikamente oft vor einer umfassenden Diagnostik eingesetzt werden [23]. Somit werden mögliche somatische Ursachen, aber auch psychosoziale und psychosexuelle Aspekte der Erkrankung vernachlässigt und diesbezügliche Therapieoptionen nicht geprüft. Auf Seiten der Ärzteschaft wurde der Bedarf zur Weiterbildung erkannt [5, 14]. Der Ärztetag 2010 hat beschlossen, dass die Qualifizierung »Sexualmedizin« in Form einer Zusatz-Weiterbildung bundesweit etabliert werden soll [24].

2.6.2 Unfruchtbarkeit

Nach Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) gilt eine Partnerschaft von Mann und Frau als unfruchtbar, wenn innerhalb eines Jahres trotz regelmäßigen ungeschützten Geschlechtsverkehrs kein Kind gezeugt worden ist [25]. Wenn der Kinderwunsch eines Paares nicht in Erfüllung geht, sind männliche Fruchtbarkeitsstörungen eine häufige Ursache. Die Ursachen liegen zu etwa 20 % der Fälle beim Mann, zu 39 % bei der Partnerin und zu 26 % bei beiden Partnern (gemischte Sterilität). In 15 % der Fälle kann der Grund für die Unfruchtbarkeit eines Paares nicht ermittelt werden [26].

Repräsentative Daten zur Verbreitung männlicher Unfruchtbarkeit liegen für Deutschland nicht vor. Zwar kann das Merkmal »kinderlos« auf alle Personen angewendet werden, die (noch) keine Kinder haben. Damit kann jedoch keine Einschätzung darüber abgegeben werden, ob es sich um gewollt oder ungewollt kinderlose Personen handelt und ob ggf. (männliche) Unfruchtbarkeit als Grund vorliegt. In der Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung werden alle Geburten erfasst, allerdings ist die ausgewiesene Fertilitätsrate an das weibliche Geschlecht geknüpft. Im Mikrozensus, einer repräsentative Befragung der Statistischen Landesämter zur wirtschaftlichen und sozialen Lage der Bevölkerung, bei der 1 %

aller Haushalte in Deutschland befragt werden, wird seit dem Jahr 2008 auch eine Frage nach den geborenen Kindern erhoben, allerdings nur bei Frauen. Somit können auch hier keine Aussagen darüber getroffen werden, ob und wie viele Kinder die befragten Männer gezeugt haben. Der Generations and Gender Survey (GGS) des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung (BiB), eine international vergleichenden Panelstudie, untersucht wesentliche Faktoren zur Erklärung von Fertilität, Partnerschaft und Generationenbeziehungen. Dazu werden in einer Zufallsstichprobe 18 bis 79 Jahre alte Männer und Frauen in regelmäßigen Abständen befragt. Nach Ergebnissen des Jahres 2005 zeigt sich, dass Männer im Vergleich zu Frauen seltener und weniger Kinder haben [27]. Der Anteil der Männer ohne Kinder liegt bei den Männern im Alter über 60 Jahre, von denen angenommen werden kann, dass ihre reproduktive Phase abgeschlossen ist, bei über 20 %. Der Anteil der kinderlosen Frauen in der gleichen Altersgruppe (auf Grundlage des Mikrozensus 2008 ermittelt) liegt deutlich niedriger bei 11,6 % [28]. Allerdings ist eine klare Unterscheidung von gewollter und ungewollter Kinderlosigkeit nicht möglich.

Anhand der Daten des Deutschen IVF-Registers (In-vitro Fertilisation) lassen sich Angaben über die Indikationen für die Behandlungen mit künstlicher Befruchtung in Deutschland entnehmen. Als Maßnahme der Qualitätssicherung in der Reproduktionsmedizin ist eine Teilnahme am IVF-Register für Zentren/Praxen im Bereich der Reproduktionsmedizin verpflichtend. Allerdings erlauben die Daten keinen Bevölkerungsbezug, da nur die Befunde der Paare dokumentiert werden, die mit Methoden der künstlichen Befruchtung behandelt wurden. Im Jahr 2011 wurden deutschlandweit 80.943 Behandlungen im Rahmen einer Kinderwunschtherapie durchgeführt. Bei etwa der Hälfte aller ungewollt kinderlosen Paare in Behandlung liegt ein Problem bei der Zeugungsfähigkeit des Mannes vor. Bezogen auf die Paare, welche Maßnahmen der künstlichen Befruchtung in Anspruch nehmen, überwiegt bei Männern die eingeschränkte Samenqualität als Ursache [29, 30]. Hierunter wird die eingeschränkte Bildung normaler, gut beweglicher Samenzellen verstanden. Von einer eingeschränkten Samenqualität wird ausgegangen, wenn 1 ml Samenflüssigkeit

weniger als 20 Millionen Spermien enthält, wovon weniger als ein Drittel ein normales Aussehen (Morphologie) aufweist und mehr als die Hälfte eine eingeschränkte Beweglichkeit zeigt. Zur Basisdiagnostik beim Mann gehört deshalb zunächst die Untersuchung des Ejakulats (Spermiogramm). Für die männliche Unfruchtbarkeit sind verschiedene Ursachen bekannt, wie z.B. höheres Lebensalter, Krankheiten oder Rauchen. Da nicht alle Ursachen für Unfruchtbarkeit dauerhaft sind, ist neben der Beurteilung der Spermienqualität die Einschätzung bzw. Untersuchung der gesundheitlichen Situation der betroffenen Männer sowie deren gesundheitlichen Verhaltens erforderlich.

2.6.2.1 Diskussion

Die Diagnose Unfruchtbarkeit kann für die betroffenen Männer sehr belastend sein. Der gefühlte Kontrollverlust über die eigene Lebensplanung sowie mögliche Schwierigkeiten für die Partnerschaft, wenn diese auf eine Familienplanung ausgerichtet ist, sind hierbei zu nennen. Unfruchtbarkeit steht zudem dem gesellschaftlichen Stereotyp der Vater-Mutter-Kind-Familie entgegen.

Mit der Etablierung der Methode zur Sameninjektion (intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI)) im Rahmen einer Kinderwunschtherapie besteht auch für unfruchtbare Männer die Chance, Kinder zu zeugen, wobei reproduktionsmedizinische Maßnahmen keine Garantie auf ein eigenes Kind bedeuten. Psychische Belastungen als Begleiterscheinung dieser Therapie, vor allem, wenn der Kinderwunsch unerfüllt bleibt, werden auch für Männer berichtet [31]. Wenn männliche Unfruchtbarkeit der Grund der ungewollten Kinderlosigkeit von Paaren ist, sind Männer stärker von psychischen Belastungen betroffen als Männer in Partnerschaften, bei denen andere Gründe der Unfruchtbarkeit vorliegen [32, 33]. Insgesamt werden für unfruchtbare Paare im Vergleich zur Gesamtbevölkerung keine erhöhten Raten psychischer Erkrankungen gefunden. Es werden aber Häufungen von Selbstzweifeln, reduzierter sexueller Zufriedenheit und seelischen Verstimmungen beschrieben [34]. Bei unfruchtbaren Paaren ließen sich Geschlechterunterschiede innerhalb

der Beziehung dahingehend feststellen, dass Männer anfälliger dafür waren, weniger emotionale Unterstützung von ihrem Umfeld zu erhalten und sich mit höheren Anforderungen ihrer Partnerinnen konfrontiert sahen als Frauen von ihren Partnern [31].

Für die gynäkologische Praxis und Beratung, in deren Kontext die Kinderwunschtherapie stattfindet, wurden inzwischen Richtlinien zur Beratung von Paaren mit Kinderwunsch entwickelt [35]. Diese können bei ungewollter Kinderlosigkeit zu einer Verbesserung der individuellen und partnerschaftlichen Situation führen.

Die derzeitigen Regelungen zur Sterilitätsbehandlung gesetzlich Versicherter sehen vor, dass die Kosten für die Diagnostik der Kinderlosigkeit sowie für die Hormonbehandlungen, welche ausschließlich der Verbesserung der Eizellreifung dienen, übernommen werden [36]. Die Kostenübernahme erfolgt nur bei verheirateten Paaren und ist an eine Altersgrenze gebunden: Beide Ehepartner müssen vor Therapiebeginn das 25. Lebensjahr vollendet haben und die Ehefrau darf bei Therapiebeginn das 40., der Ehemann das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben [36]. Die Kosten für eine jeweils begrenzte Anzahl anderer Leistungen der künstlichen Befruchtung, wie Inseminationen, IVF-Behandlung und ICSI-Behandlung werden nicht voll übernommen. Für diese Behandlungen müssen die Patienten eine Eigenleistung von 50 % der entstandenen Kosten erbringen. Voraussetzung dafür ist ein vorher durch die gesetzliche Krankenkasse genehmigter Behandlungsplan. Der Gesetzgeber hat mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz seit dem Jahr 2012 den Krankenkassen die Möglichkeit gegeben, zusätzliche Satzungsleistungen, auch im Bereich der künstlichen Befruchtung, anzubieten. Damit kann insbesondere die Eigenleistung der betroffenen Paare reduziert werden.

Die Meinungsbildung innerhalb der Bundesregierung über eine Erweiterung des anspruchsberechtigten Personenkreises auf nicht verheiratete Paare ist noch nicht abgeschlossen. Eine Rechtsänderung ist im Koalitionsvertrag nicht vereinbart.

Literatur

1. Kaplan Singer H (2006) Sexualtherapie bei Störungen des sexuellen Verlangens. Georg Thieme Verlag, Stuttgart
2. Beier KM, Hartmann U, Bosinski HAG (2000) Bedarfsanalyse zur sexualmedizinischen Versorgung. *Sexuologie* 7 (2–3): 63–95
3. Beier KM, Bosinski HAG, Loewitt K (2005) Sexualmedizin. Urban & Fischer, München
4. Schäfer GA, Englert HS, Ahlers CJ et al. (2004) Erektionsstörung und Lebensqualität – Erste Ergebnisse der Berliner Männer-Studie. *Sexuologie* 10 (2–3): 50–60
5. Rösing D, Klebingat KJ, Berberich HJ et al. (2009) Sexualstörungen des Mannes. Diagnostik und Therapie aus sexualmedizinisch-interdisziplinärer Sicht. *Dtsch Arztebl Int* 106 (50): 821–828
6. Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (2013) Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification, Version 2014
www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2014/ (Stand: 20.09.2013)
7. Saß H, Wittchen HU, Zaudig M (2001) Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV. Hogrefe-Verlag, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle
8. Beutel ME, Stöbel-Richter Y, Daig I et al. (2008) Sexuelles Verlangen und sexuelle Aktivität von Männern und Frauen über die Lebensspanne – Ergebnisse einer repräsentativen Deutschen Bevölkerungsumfrage. *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie* 5 (4): 203–211
9. Holden CA, McLachlan RI, Pitts M et al. (2005) Men in Australia Telephone Survey (MATEs): A national survey of the reproductive health and concerns of middle-aged and older Australian men. *Lancet* 366 (9481): 218–224
10. Moreira Jr ED, Hartmann U, Glasser DB et al. (2005) A population survey of sexual activity, sexual dysfunction and associated help-seeking behavior in middle-aged and older adults in Germany. *European Journal of Medical Research* 10 (10): 434–443
11. Braun M, Wassmer G, Klotz T et al. (2000) Epidemiology of erectile dysfunction: results of the 'Cologne Male Survey'. *Int J Impot Res* 12 (6): 305–311
12. May M, Gralla O, Knoll N et al. (2007) Erectile dysfunction, discrepancy between high prevalence and low utilization of treatment options: Results from the 'Cottbus Survey' with 10 000 men. *BJU International* 100 (5): 1110–1115

13. Englert H, Schaefer G, Roll S et al. (2007) Prevalence of erectile dysfunction among middle-aged men in a metropolitan area in Germany. *International Journal of Impotence Research* 19 (2): 183–188
14. Beutel ME, Weidner W, Daig I et al. (2007) Epidemiologie sexueller Dysfunktion in der männlichen Bevölkerung. *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie* 4 (5): 244–249
15. Chew KK, Bremner A, Jamrozik K et al. (2008) Male erectile dysfunction and cardiovascular disease: Is there an intimate nexus? *Journal of Sexual Medicine* 5 (4): 928–934
16. Schofer J (2006) Endotheliale Dysfunktion – vom Penis bis zum Herzen. *Blickpunkt der Mann* (3): 26–28
17. Bacon CG, Mittleman MA, Kawachi I et al. (2003) Sexual Function in Men Older Than 50 Years of Age: Results from the Health Professionals Follow-up Study. *Ann Intern Med* 139 (3): 161–168+1122
18. Moreira ED, Jr., Brock G, Glasser DB et al. (2005) Help-seeking behaviour for sexual problems: the global study of sexual attitudes and behaviors. *Int J Clin Pract* 59 (1): 6–16
19. Cedzich DA, Bosinski HA (2010) Sexualmedizin in der hausärztlichen Praxis: Gewachsenes Problembewusstsein bei nach wie vor unzureichenden Kenntnissen. *Sexuologie* 17 (3–4): 147–159
20. Hartmann U, Niccolosi A, Glasser DB et al. (2002) Sexualität in der Arzt-Patient-Kommunikation. Ergebnisse der »Globalen Studie zu Sexuellen Einstellungen und Verhaltensweisen«. *Sexuologie* 9 (2): 50–60
21. Moynihan R, Heath I, Henry D (2002) Selling sickness: The pharmaceutical industry and disease mongering. *British Medical Journal* 324 (7342): 886–890
22. Heinrich-Böll-Stiftung (Hrsg) (2003) Männer und Sex(ualität) – Erotik im Geschlechterverhältnis. Dokumentation einer Tagung der Heinrich-Böll-Stiftung und des »Forum Männer in Theorie und Praxis der Geschlechterverhältnisse« am 6./7. Juni 2003 in Berlin. Schriften zur Geschlechterdemokratie Nr 8. Heinrich-Böll-Stiftung, Berlin
23. Deutsche Gesellschaft für Neurologie (2008) Diagnostik und Therapie der erektilen Dysfunktion. Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Georg Thieme, Stuttgart
24. Bundesärztekammer (2010) Beschlussprotokoll des 113. Deutschen Ärztetages in Dresden vom 11. bis 14.05.2010. www.bundesaerztekammer.de/downloads/113Beschlussprotokoll20100712a.pdf (Stand: 15.03.2012)
25. World Health Organization (2012) Infertility. www.who.int/topics/infertility/en/ (Stand: 15.03.2012)
26. World Health Organization (1987) WHO laboratory manual for the examination of human semen and semen-cervical mucus interaction. 2nd ed. Cambridge University Press, Cambridge
27. Ruckdeschel K, Naderi R (2009) Fertilität von Männern. *Bevölkerungsforschung aktuell* 4: 2–9
28. Statistisches Bundesamt (2009) Mikrozensus 2008. Neue Daten zur Kinderlosigkeit in Deutschland. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
29. Bühler K, Bals-Pratsch M, Blumenauer V et al. (2012) Annual 2011 – German IVF-registry. *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie* 9 (6): 456–484
30. Robert Koch-Institut (2004) Ungewollte Kinderlosigkeit. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 20. RKI, Berlin
31. Lund R, Sejbaek CS, Christensen U et al. (2009) The impact of social relations on the incidence of severe depressive symptoms among infertile women and men. *Hum Reprod* 24 (11): 2810–2820
32. Beutel M, Kupfer J, Kirchmeyer P et al. (1999) Treatment-related stresses and depression in couples undergoing assisted reproductive treatment by IVF or ICSI. *Andrologia* 31 (1): 27–35
33. Malik SM, Coulson N (2008) The male experience of infertility: A thematic analysis of an online infertility support group bulletin board. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 26 (1): 18–30
34. Greil AL (1997) Infertility and psychological distress: A critical review of the literature. *Social Science and Medicine* 45 (11): 1679–1704
35. Deutsche Gesellschaft für Kinderwunschberatung e.V. (2007) Richtlinien »Psychosoziale Beratung bei unerfülltem Kinderwunsch«. www.bkid.de/omenu/leit-und-richtlinien/psychosoziale-beratung.html (Stand: 20.12.2012)
36. Gemeinsamer Bundesausschuss (2014) Richtlinien über künstliche Befruchtung. www.g-ba.de/downloads/62-492-933/KB-RL_2014-08-21.pdf (Stand: 19.11.2014)

2.7 Sexuell übertragbare Infektionen

Als sexuell übertragbare Infektionen (*sexually transmitted infections*, STI) werden verschiedene Infektionen zusammengefasst, deren gemeinsames Merkmal darin besteht, dass die Erreger hauptsächlich durch sexuelle Kontakte übertragen werden. Unterschiede bestehen jedoch hinsichtlich der Art der Erreger (Bakterien, Viren, Parasiten oder Pilze), deren Ansteckungsfähigkeit, des Krankheitsverlaufes sowie der Möglichkeiten der Behandlung.

STI stellen ein ernstzunehmendes Gesundheitsproblem dar. Hierbei sind vor allem die Ansteckungsgefahr, ein Krankheitsverlauf mit chronischen Gesundheitsschäden bei einem Teil der Infektionen, eine mögliche Stigmatisierung der Betroffenen, die Einbußen in der Lebensqualität der Betroffenen und nicht zuletzt hohe Folgekosten für die Gesellschaft zu nennen. Aus diesem Grund ist die Meldepflicht für bestimmte STI im Infektionsschutzgesetz (IfSG) verankert. Ziel dieses Gesetzes ist es, Infektionen vorzubeugen bzw. frühzeitig zu erkennen und ihre Weiterverbreitung zu verhindern [1]. Das im Jahr 2001 in Kraft getretene IfSG hat das Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten (GeschlKrG) abgelöst. Gesetzlich neu geregelt wurden die Meldepflicht, die Aufgaben des öffentlichen Gesundheitswesens

und der Umgang mit Krankheitserregern auf dem Gebiet der sexuell übertragbaren Infektionen. Für STI sieht das IfSG eine nichtnamentliche Meldepflicht für Syphilis und HIV-Infektionen vor. Darüber hinaus sind neu diagnostizierte Hepatitis-Infektionen (A-D) namentlich meldepflichtig, wobei Hepatitis B sexuell übertragen werden kann. Für Hepatitis C ist eine sexuelle Übertragung grundsätzlich möglich, auch wenn das Risiko im Allgemeinen gering ist. Der Schwerpunkt des IfSG liegt im Gegensatz zum GeschlKrG nicht mehr auf der Identifikation von Infizierten und den Vorschriften für den Umgang mit ihnen, sondern auf der Prävention.

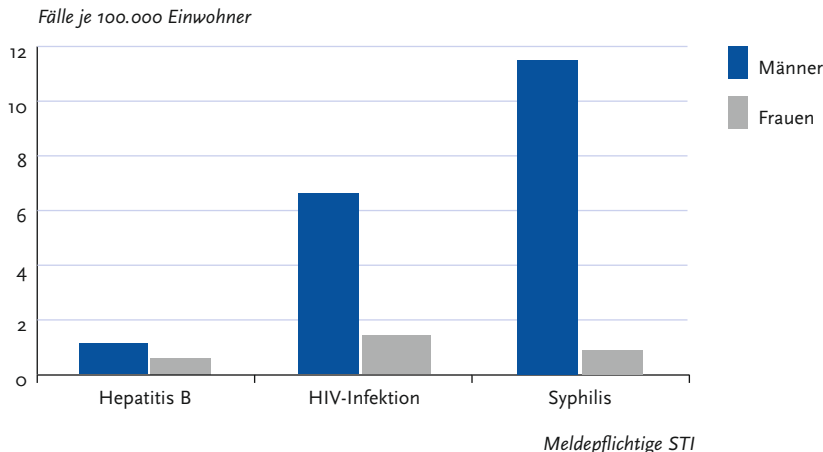
Um dennoch die epidemiologische Gesamtsituation der STI in Deutschland beurteilen zu können, wurde von 2002 bis 2009 ein Sentinel-Surveillance-System betrieben. Auf der Grundlage von stichprobenartigen anonymen Erhebungen bei niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen, STI-Beratungsstellen der Gesundheitsämter und Fachambulanzen konnte auf die Verbreitung von STI in der Bevölkerung geschlossen werden.

Seit Ende der 1980er Jahre gibt es vor dem Hintergrund der besonderen Betroffenheit homosexueller Männer durch HIV/AIDS in regelmäßigen Abständen Befragungen von Männern, die Sex

Abbildung 2.7.1

Inzidenzen meldepflichtiger sexuell übertragbarer Infektionen (STI) nach Geschlecht in Deutschland im Jahr 2013 (Fälle pro 100.000 Einwohner)

Quelle: Infektionsepidemiologisches Jahrbuch 2013, Robert Koch-Institut [3]



mit Männern haben. Ziel der Studie ist es, u.a. einschätzen zu können: wie hoch bei Sexualkontakten das Niveau der möglichen HIV-Übertragungen ist, wie ausgeprägt die Inanspruchnahme vorhandener Präventionsangebote ist und welche Informationen gebraucht werden, um die Präventionsangebote zielgruppengenaue zu gestalten. Die aktuelle Befragung (2010) fand im Rahmen des »European MSM InternetSurvey« (EMIS) ausschließlich onlinebasiert statt. Es wurden dabei 54.387 Fragebögen von in Deutschland lebenden Männern ausgewertet [2].

Einen Einfluss auf die Häufigkeit von STI haben das Sexualverhalten, demografische und soziale Faktoren (z.B. Alter, Migrationsstatus, (Beschaffungs-)Prostitution), aber auch der Zugang zum Gesundheitssystem. Außerdem bestehen zum Teil deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede in der Häufigkeit bestimmter STI. Neben den biologischen Unterschieden zwischen Männern und Frauen bei der Übertragung von und dem Infektionsrisiko mit STI werden Unterschiede im sexuellen Risikoverhalten diskutiert. Die im Kapitel dargestellten STI wurden hinsichtlich ihrer Verbreitung (siehe Abbildung 2.7.1) sowie bezüglich spezifischer Präventionsaspekte bei Männern ausgewählt.

2.7.1 Übertragungsweg

Erreger von STI finden sich in den Schleimhäuten infizierter Personen sowie in verschiedenen Körperflüssigkeiten (z.B. Blut, Sperma, Scheidenflüssigkeit, Flüssigkeitsfilm auf der Darmschleimhaut, Flüssigkeit aus Bläschen und Geschwüren, Eiter, Wundflüssigkeit und Absonderungen von Entzündungen). Hauptübertragungsweg von STI ist der ungeschützte Geschlechtsverkehr (eindringender Vaginal-, Anal- und Oralverkehr), bei dem die Erreger über die Schleimhäute übertragen werden. Eine Übertragung von STI ist in manchen Fällen auch durch Küssen, Petting, Schmierinfektionen oder durch kontaminierte Gegenstände, z.B. Sexspielzeug möglich (u.a. Syphilis, Humane Papillomaviren, Hepatitis B). STI können aber auch auf nichtsexuellem Weg übertragen werden, z.B. über intravenösen Drogenkonsum (gemeinsame Benutzung von Spritzbesteck/Zubehör) [4].

2.7.2 Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Immunantwort

Die Immunreaktion auf Infektionen unterscheidet sich bei Männern und Frauen, was u.a. auf die unterschiedliche Verteilung der Geschlechtshormone (Östrogene und Testosteron) zurückgeführt wird. Forschungen belegen einen immunstimulierenden Effekt für Östrogene, hingegen einen immunsuppressiven Effekt für Testosteron. Damit wirken sie vor- bzw. nachteilig auf die Infektionsanfälligkeit von Frauen und Männern [5, 6].

2.7.3 Risikoverhalten

Von Syphilis und HIV/AIDS, Hepatitis B und C sind signifikant mehr Männer als Frauen betroffen [7]. Risikoverhalten, wie z.B. der Verzicht auf Kondome zum Schutz vor STI kann dabei eine Ursache sein, auch wenn die Hauptbetroffenengruppen nicht mit Risikogruppen gleichzusetzen sind. Für die meldepflichtigen STI werden die Infektionsrisiken bzw. der wahrscheinliche Infektionsweg erfasst. Nach Infektionsweg unterschieden zeigt sich, dass vor allem Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), von HIV und Syphilis betroffen sind. Bei der Betrachtung des zeitlichen Verlaufs der Diagnose-Inzidenzen für HIV und Syphilis bei MSM konnte festgestellt werden, dass dem Anstieg der HIV-Diagnosen ein Anstieg der Syphilis-Diagnosen vorangeht [8]: Anfang 2010 kam es bei MSM zu stetig ansteigenden Syphiliszahlen, denen ein erneuter Anstieg der HIV-Neudiagnosen seit 2011 folgte.

Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass eine Syphilis-Infektion, aber auch Infektionen mit anderen STI (z.B. mit Gonokokken oder Chlamydien), die Übertragung von HIV oder anderen STI begünstigt [8]. Die Abnahme der Zahl der HIV-Neuinfektionen von Mitte der 1980er Jahre bis Mitte der 1990er Jahre war vor allem durch Verhaltensänderungen seit dem Auftreten von HIV/AIDS bedingt. Dazu zählten ein Rückgang der Partnerzahlen, eine Einschränkung des sexuellen Repertoires durch Verzicht auf penetrierende Sexualpraktiken und eine deutliche Zunahme des Gebrauchs von Kondomen [2, 9]. Die Ergebnisse der EMIS-Studie aus dem Jahr 2010 belegen einen Rückgang des Anteils von Teilnehmern mit mehr

als zehn Partnern im Jahr vor der Befragung. Allerdings zeigen die Ergebnisse auch, dass sexuell aktivere MSM mit höheren Partnerzahlen (mehr als zehn in den zwölf Monaten vor der Befragung) häufiger Risikokontakte eingehen, d.h. ungeschützte anale Kontakte mit Sexualpartnern, deren HIV-Testergebnis unbekannt war oder unterschiedlich zum eigenen Testergebnis (diskordant). Hinsichtlich der Verbreitung von STI zeigt sich, dass die Partnerzahl entscheidend für die Häufigkeit ist, da Befragte mit mehr als zehn Sexualpartnern häufiger von STI betroffen sind als Befragte mit weniger Sexualpartnern [2].

Als weitere wichtige Infektionswege bei STI sind gegenwärtig die heterosexuelle Übertragung sowie der intravenöse Drogengebrauch mit der gemeinsamen Nutzung von Spritzenbesteck zu nennen. Das weist darauf hin, dass Risikoverhalten in diesen Gruppen existiert.

2.7.4 Meldepflichtige STI

Unter epidemiologischen und klinischen Aspekten besitzen gegenwärtig in Deutschland bei Männern folgende meldepflichtige STI besondere Bedeutung: HIV-Infektionen, Syphilis und Hepatitis B-Infektionen.

2.7.4.1 HIV-Infektionen

Das Human Immunodeficiency Virus (HIV) schädigt die zelluläre Immunität und verursacht eine lebensbedrohliche Erkrankung (Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS)), die unbehandelt zum Tod führt. Die chronische Infektion durch HIV bleibt lebenslang bestehen, ein präventiv wirkender Impfstoff existiert derzeit nicht und eine Heilung ist nicht möglich. Der Krankheitsprozess von der HIV-Infektion zur Entwicklung von AIDS kann heute mittels antiretroviraler Medikamente verlangsamt bzw. eingedämmt werden, sofern diese verfügbar sind und das Behandlungsregime strikt eingehalten wird.

Entsprechend der Meldedaten [3] ist im Jahr 2013 bei 3.263 Menschen eine HIV-Infektion neu diagnostiziert worden, in der Mehrzahl (81,8%) Männer. Die Inzidenz der neu diagnostizierten Fälle lag bei den Männern bei 6,6 pro 100.000

Einwohner und war damit 4,7-fach höher als bei den Frauen (1,4 pro 100.000 Einwohner). Hinsichtlich der Altersverteilung zeigt sich bei Männern eine Häufung der HIV-Inzidenz bei den 25- bis 29-Jährigen (16,9 pro 100.000 Einwohner). Nach den Angaben zum Infektionsweg (n=2.450), waren MSM mit 70,8% die größte Betroffenen-Gruppe. Der zweithäufigste Weg (24,2%) war eine HIV-Infektion durch heterosexuelle Kontakte. Hinsichtlich der geografischen Verteilung in Deutschland wurde die höchste Inzidenz von HIV-Neudiagnosen für die Stadtstaaten Berlin (14,8 Fälle pro 100.000 Einwohner), Hamburg (9,2) und Bremen (7,4) ermittelt. In den Großstädten Köln und Frankfurt/Main lagen die Inzidenzen noch über der von Berlin [10].

Die Anzahl der Meldungen von HIV-Neudiagnosen ist im Jahr 2013 gegenüber dem Jahr 2012 gestiegen. Zwar sind MSM weiterhin die Hauptbetroffenengruppe, ihr Anteil sank gegenüber 2012 um jedoch um 3%. Ein Anstieg ist bei Personen, die ihre HIV-Infektion durch heterosexuelle Kontakte erworben haben, zu verzeichnen (um 3%). Damit ist nach einer mehrjährigen Phase mit relativ geringen Schwankungen zwischen den jährlich gemeldeten Erstdiagnosen seit dem Jahr 2012 insgesamt ein Anstieg der Zahl der HIV-Erstdiagnosen zu beobachten. Die Zahl der Neudiagnosen bei MSM verbleibt bundesweit auf gleichbleibend hohem Niveau. In einigen Großstädten ist jedoch eine Zunahme der Zahl der HIV-Neudiagnosen bei MSM zu beobachten, deren mögliche Ursachen derzeit noch nicht abschließend beurteilt werden können [3].

2.7.4.2 Syphilis

Syphilis wird durch eine Infektion mit dem Bakterium *Treponema pallidum* ausgelöst. Die Erkrankung verläuft meist phasenweise (Primäraffekt, Sekundärstadium, Tertiärstadium). Die einzelnen Phasen sind durch spezifische Symptome gekennzeichnet (Primäraffekt: schmerzloses Geschwür an der Eintrittsstelle; Sekundärstadium: Allgemeinsymptome, Hauterscheinungen; Tertiärstadium: Schädigung von Gehirn und Blutgefäßen) und wechseln sich mit mehr oder weniger langen beschwerdefreien Zeiten (Latenzphase) ab. Vor der Entdeckung des Penicillins war Syphilis

eine schwere Erkrankung, die oftmals tödlich endete. Heute ist Syphilis zwar durch Antibiotika heilbar, hat aber aufgrund ihrer Verbreitung und der Infektiosität wieder eine große Bedeutung.

Im Jahr 2013 wurden 5.015 Syphilis-Fälle gemeldet [3], 92,5% der Fälle waren Männer. Die Inzidenz der neu diagnostizierten Fälle lag bei den Männern bei 11,5 pro 100.000 Einwohner und war damit ca. 12,8-fach höher als bei den Frauen (0,9 pro 100.000 Einwohner). Die höchste Neuerkrankungsrate bei den Männern fand sich in der Altersgruppe der 30-bis 39-Jährigen (26,2 Fälle pro 100.000 Einwohner). Allerdings waren auch die 25-bis 29-Jährigen und 40-bis 49-Jährigen ähnlich häufig erkrankt. Bei Angaben zum Infektionsweg ($n=3.590$) wurde in 81,4 % der Fälle Sex zwischen Männern als wahrscheinlicher Infektionsweg angegeben, in 18,5 % der Fälle eine Ansteckung über heterosexuelle Kontakte. Die höchsten Neuerkrankungsraten wurden in den Stadtstaaten Berlin (23,6 Fälle pro 100.000 Einwohner), Hamburg (18,5) und Bremen (8,0) registriert.

Die Meldezahlen für Syphilis sind im Jahr 2013 gegenüber dem Jahr 2012 um 13,5 %, angestiegen. Damit nimmt die Anzahl der gemeldeten Syphilis-Fälle seit dem Jahr 2010 weiterhin zu. Eine Zunahme ist vor allem bei Frauen zu verzeichnen (Anstieg um 25,5%), aber auch bei Männern (12,7%). Eine Zunahme wurde bei Männern (und Frauen) in allen Altersgruppen registriert. In diesem Zusammenhang ist von Bedeutung, dass das Risiko einer HIV-Übertragung bei Vorliegen einer Syphilis-Infektion steigt [11]. Auch aus diesem Grund ist es wichtig, dass Syphilis-Infektionen erkannt und behandelt werden [12]. Unter präventiven Aspekten ist ein niedrigschwelliges Angebot für Screening-Untersuchungen auf Syphilis vor allem für MSM mit wechselnden Partnern wünschenswert und die Verwendung von Kondomen ein wesentlicher Bestandteil der STI-Präventionsstrategie [3].

2.7.4.3 Hepatitis B

Hepatitis B-Infektionen sind aufgrund ihrer weiten Verbreitung (weltweit die häufigste Virusinfektion) von besonderer Bedeutung. Das Virus löst eine Leberentzündung aus, die bei Erwachsenen größtenteils ausheilt, allerdings bei ca. 5 bis 10 %

der Fälle chronisch verläuft und Ursache für eine Leberzirrhose oder ein Leberzellkarzinom sein kann [3]. Gegen Hepatitis B gibt es eine wirksame Schutzimpfung, die gemäß den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) Säuglingen, Kindern und Jugendlichen sowie definierten Risikogruppen (z.B. bei Sexualverhalten mit hoher Infektionsgefährdung, i.V. Drogengebrauch) empfohlen wird [13].

Im Jahr 2013 haben sich, entsprechend den Meldedaten, 691 Menschen neu mit Hepatitis B infiziert [3]. Die Inzidenzrate lag bei Männern bei 1,1 pro 100.000 Einwohner und war damit fast doppelt so hoch wie bei den Frauen (0,6 pro 100.000 Einwohner). Hinsichtlich der Altersverteilung zeigt sich bei den Männern eine Häufung der Hepatitis B-Inzidenz bei den 30- bis 39-Jährigen (1,9 pro 100.000 Einwohner). Bei den Meldungen mit Angaben zum Übertragungsweg ($n=83$), wurde sexuelle Übertragung am häufigsten angegeben (38 Fälle). Darunter waren in 16 Fällen gleichgeschlechtliche Kontakte unter Männern angegeben worden. Nach Bundesland wurden 2013 die meisten Fälle in den Stadtstaaten Bremen (2,0 je 100.000 Einwohner), Hamburg (1,9) und Berlin (1,8) gemeldet.

Nachdem seit dem Jahr 2001 ein Rückgang der jährlichen Inzidenz an Hepatitis-B beobachtet worden war, stagniert dieser Trend mit geringen Schwankungen seit dem Jahr 2009. Der rückläufige Trend bei den Hepatitis B-Erkrankungen wird dabei auf einen verbesserten Impfschutz in der Bevölkerung zurückgeführt. Die höhere Neuerkrankungsrate bei Männern, die Häufung in der Altersgruppe der 30- bis 39-Jährigen und die sexuelle Übertragung als häufigster Übertragungsweg sprechen dafür, dass die in den STIKO-Empfehlungen aufgeführten Risikogruppen mit hoher Infektionsgefährdung (MSM, i.V. Drogengebraucher) das Angebot der Schutzimpfung wahrnehmen bzw. andere Präventionsstrategien anwenden sollten (geschützter Geschlechtsverkehr).

2.7.5 STI ohne Meldepflicht

Bei den STI, die nicht meldepflichtig sind, sind Infektionen mit Humanen Papillomaviren (HPV), Gonokokken und Chlamydien von Bedeutung, da sie zu den häufigsten sexuell übertragenen Infek-

tionen zählen [14], vor allem im jugendlichen Alter. Aufgrund der fehlenden Meldepflicht gibt es über die Zahl der Neuinfektionen jedoch nur Schätzungen.

2.7.5.1 Infektionen durch Humane Papillomaviren (HPV)

Eine Infektion mit bestimmten Typen von Humanen Papillomaviren (HPV) steigert bei Männern (und Frauen) das Risiko für die Entstehung von Krebserkrankungen im Hals- und Rachenraum. Bei Frauen ist durch eine Infektion mit den Virustypen HPV-16, HPV-18 vor allem das Risiko für Gebärmutterhalskrebs erhöht. Diese Virustypen sind ebenfalls mit einem erhöhten Risiko für Analkarzinome und Peniskrebs verbunden. Die Verbreitung von genitalen HPV-Infektionen ist bei Männern relativ hoch und wird je nach Studie mit bis zu 30 % für die krebsauslösenden Virustypen angegeben [15, 16]. Konsequenter Kondomgebrauch und eine geringere Sexualpartnerzahl minimieren das Risiko für HPV-Infektionen. Männer erkranken wesentlich seltener als Frauen an durch HPV hervorgerufenen Tumorerkrankungen, allerdings liegen bislang wenige epidemiologische Studien dazu vor [17]. Schutz vor den HPV-Typen 16 und 18, die das Risiko für die Entstehung von Gebärmutterhalskrebs erhöhen, bietet eine Impfung, die sexuell noch nicht aktiven Mädchen und jungen Frauen zwischen 9 bis 14 Jahren von der STIKO empfohlen wird [13]. Spätestens bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sollen versäumte Impfungen gegen HPV nachgeholt werden. Bislang liegen für Deutschland und Europa keine ausreichenden Daten zum Nutzen der Impfung bei Jungen und Männern vor [18, 19]. Aus diesem Grund wurde die Impfpflicht der STIKO nicht auf diese Gruppen ausgedehnt [20]. In den USA ist die Impfung für Jungen und Männer bereits zugelassen [21] und ist seit dem Jahr 2012 auch in den amerikanischen Impfpflichtungen festgehalten [22]. Aufgrund der geringen Durchimpfungsraten von Mädchen und Frauen (je nach Studie 25 % bis 51 % [23, 24]) wird in Deutschland vereinzelt diskutiert, auch Jungen gegen die HPV-Infektion mit bestimmten Virustypen zu impfen, um eine Herdenimmunität aufzubauen. Das bedeutet, dass durch eine ausreichend hohe

Impfquote auf Bevölkerungsebene eine schützende Wirkung für die gesamte Bevölkerung erreicht wird.

2.7.5.2 Infektionen mit Gonokokken

Gonorrhö, auch als Tripper bezeichnet, wird durch den Erreger *Neisseria gonorrhoeae* (Gonokokkus) hervorgerufen. Die Gonorrhö ist eine weltweit verbreitete, ausschließlich beim Menschen vorkommende Infektionskrankheit. Die Infektion mit Gonokokken äußert sich vor allem durch Symptome der Schleimhautinfektion an der Eintrittspforte, die lokale Komplikationen hervorrufen können. Aufsteigenden Infektionen der inneren Genitalorgane sowie eine verbreitete (disseminierte) Gonokokken-Infektion mit Entzündungen von Haut, Sehnenscheiden, Gelenken, Herz, Hirnhaut und Leber sind möglich.

Da seit dem Jahr 2001 in Deutschland keine Meldepflicht für Gonorrhö besteht, stehen in Deutschland kaum aktuelle epidemiologische Daten zur Verfügung. Ergebnisse aus Ländern der Europäischen Union/des Europäischen Wirtschaftsraumes zeigen insgesamt eine Abnahme der Meldedaten im Zeitraum von 2006 bis 2010. Im Jahr 2010 wurden insgesamt 31.983 Fälle von Gonorrhö an die europäische Meldebehörde übermittelt, wobei aber erhebliche Unterschiede zwischen den Ländern bestehen. Generell zeichnet sich bei diesen Daten ab, dass mehr Männer als Frauen betroffen sind, fast drei Viertel aller Fälle sind männlich. Bei mehr als einem Viertel aller Infektionen mit Gonokokken wurde MSM als Infektionsweg angegeben [25]. In Deutschland waren in der von 2009 bis 2010 durchgeführten PARIS-Studie unter MSM in Arztpraxen 4,6 % der rektalen Abstriche positiv [26].

Gonorrhö galt bislang als gut therapierbar. Nun zeigen aber die internationalen Daten, dass zunehmend Antibiotika-Resistenzen bei *Neisseria gonorrhoeae* auftreten, vor allem gegen die derzeit empfohlenen Standardmedikamente (Cefixim, Ceftriaxon). Der Verlust dieser Behandlungsoptionen, zumal beim oral einzunehmenden Cefixim, kann höhere Kosten und zunehmende Compliance-Probleme mit sich bringen. Aus diesem Grund ist bei der Therapie der Gonorrhö eine Resistenzprüfung durchzuführen, damit die wei-

tere Übertragung des Erregers vermieden wird [25].

2.7.5.3 Infektionen mit *Chlamydia trachomatis*

STI durch Chlamydien (*Chlamydia trachomatis*) sind sehr weit verbreitet. Das European Center for Disease Control and Prevention (ECDC) schätzt, dass Chlamydien-Infektionen zu den häufigsten STI in Europa zählen [27]. Sie treten vor allem bei jungen Menschen zwischen 15 und 24 Jahren auf (77,6 %). Im Jahr 2011 wurden dem ECDC europaweit 346.911 Fälle gemeldet [27]; nicht alle Länder in Europa haben allerdings eine Meldepflicht für Chlamydien. Es wurden 42,8 % mehr Fälle bei Frauen als bei Männern gemeldet. Dieser Fakt wird dahingehend interpretiert, dass Frauen auch mehr Gelegenheiten haben, getestet zu werden als Männer. Dies ist zum Beispiel im Rahmen der regelmäßigen gynäkologischen Konsultationen zur Schwangerschaftsverhütung, Familienplanung, Krebsfrüherkennung und dem gezielten Chlamydien-Screening (s.u.) der Fall. Nach Informationen zum Infektionsweg ist die heterosexuelle Übertragung am häufigsten (86 %), die Übertragung durch gleichgeschlechtliche Kontakte (MSM) betrug nach den Daten des ECDC 5 % [27]. Anhand der Daten der »Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland« (KiGGS) und der »Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland« (DEGS) wird die Verbreitung von Chlamydien-Infektionen von 4,4 % bei sexuell aktiven 17-jährigen Frauen, 4,5 % bei 18- bis 19-jährigen Frauen und 4,9 % bei 25- bis 29-jährigen Männern geschätzt [28, 29]. Eine deutsche Studie zur Verbreitung von Chlamydien bei Männern, die Sex mit Männern haben, fand Prävalenzen von 1,5 % bis 8 % (je nach Ort des Abstrichs: Rachen, Enddarm, Harnröhre) [30]. Unbehandelt können Chlamydien-Infektionen bei Männern (wie bei Frauen) schwerwiegende gesundheitliche Folgen hervorrufen. Bei Männern können entzündliche Erkrankungen der Harnröhre, der Nebenhoden und der Prostata auftreten. Unbehandelt sind außerdem Langzeitschäden möglich, da Chlamydien-Infektionen meist nicht von allein ausheilen. Das kann zu Unfruchtbarkeit führen, bei Männern über Prostata- und Samenleiterentzündungen, bei Frauen über Entzündungen von Ge-

bärmutter und Eileitern. Da die genitalen Chlamydien-Infektionen bei Männern (und bei Frauen) meist asymptomatisch verlaufen, bleiben sie jedoch häufig unerkannt [31].

Wie bei HPV-Infektionen, ist das Risiko mit der Sexualpartnerzahl und dem Kondomgebrauch assoziiert. Eine rechtzeitige Behandlung der Chlamydien-Infektion mit Antibiotika, bei der auch die Sexualpartner mit einbezogen werden sollten, kann die Folgeerkrankungen größtenteils verhindern. Deshalb wurde für alle sexuell aktiven Frauen bis zum abgeschlossenen 25. Lebensjahr ein Chlamydien-Screening mit einer jährlich angebotenen Untersuchung eingeführt. Aufgrund der Häufigkeit der Chlamydien-Infektionen bei Männern, gab es Überlegungen, das Screening-Angebot auch auf diese Zielgruppe auszuweiten. Allerdings wird die Datenlage dazu derzeit als unzureichend eingeschätzt [32].

2.7.6 Diskussion

Individuelle Vorstellungen von Sexualität, aber auch gesellschaftliche und kulturelle Auffassungen haben Einfluss darauf, wie Sexualität gelebt werden kann. Entscheidend bei der Prävention von STI ist, Verantwortung für das eigene Handeln und für die eigene Gesundheit sowie für die der Sexualpartnerin/des Sexualpartners zu übernehmen.

Aufgrund der Daten zur epidemiologischen Situation von STI lassen sich Hauptbetroffenengruppen identifizieren, die gezielt präventiv angesprochen werden sollten. MSM sind eine zentrale Zielgruppe in der HIV-Prävention. Vor dem Hintergrund der steigenden Zahlen der HIV-Neudiagnosen bei MSM ist es wichtig, mögliche Präventionslücken in dieser Gruppe aufzudecken. MSM werden daher in regelmäßigen Wiederholungserhebungen zu ihrem Sexualverhalten befragt [33]. Die jüngsten Ergebnisse [2] belegen Erfolge in der HIV-Prävention, aber auch Lücken bei der Aufklärung und Vermittlung von Präventionsbotschaften. So fanden sich keine Hinweise auf eine Präventionsmüdigkeit beim Kondomgebrauch, allerdings Unsicherheiten beim Wissen über die Wirksamkeit anderer Strategien der Risikoreduzierung. Diese zeigten sich vor allem bei Männern mit niedrigerem Bildungsniveau und Einkommen.

Die relativ hohe Verbreitung von STI bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen weist auf eine weitere Zielgruppe von Präventionsmaßnahmen hin. Verschiedene Akteure engagieren sich in Deutschland auf dem Gebiet der Sexualaufklärung und Prävention von STI [34]. Durch spezifische Maßnahmen auf verschiedenen Kommunikationsebenen soll das Informations- und Schutzverhalten der Zielgruppen verbessert werden. Beispielsweise richtet sich die Kampagnen »ICH WEISS WAS ICH TU« (www.iwwit.de) der Deutschen AIDS-Hilfe an schwule, bisexuelle und andere Männer, die Sex mit Männern haben. Ziel ist es, Männer darin zu bestärken, sich vor HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen zu schützen. Aber auch, Männer dazu zu befähigen, ihr Risikoverhalten selbst einzuschätzen. Der Ansatz ist dabei, Präventionsbotschaften in einer lebens- und lustfreundlichen Weise zu vermitteln. Über verschiedene Medien (Zeitschriften, TV, Internet), die individuelle Beratung (vor Ort, Telefon, Internet) und Vor-Ort-Aktionen wird versucht, die Lebenswirklichkeiten der Zielgruppen einzubeziehen. Auch die aktuelle »mach's mit«-Kampagne (»Gib Aids keine Chance«) (www.machsmit.de) der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ist nicht mehr nur eine Kampagne zur HIV-Prävention, sondern schließt inzwischen Aspekte der Prävention sexuell übertragbarer Infektionen ein. Die Botschaft »Wissen & Kondom schützen vor HIV- und anderen sexuell übertragbaren Infektionen« richtet sich an eine breite Öffentlichkeit verschiedener Altersgruppen, die über diverse Medien (Plakate, Poster, Anzeigen, Postkarten, Onlinebanner, Messestände) angesprochen wird.

Hinsichtlich Migration oder Wohnortwechsel und STI sind verschiedene Aspekte von Bedeutung. Sie betreffen den Personenkreis (meist jüngere Menschen ohne familiäre Bindungen), den Grund (z.B. Nichtakzeptanz verschiedener sexueller Orientierungen in der Heimatregion) und die Dauer des Aufenthalts (bei befristeten Aufenthalten werden seltener feste Partnerschaften eingegangen, aber dennoch sexuelle Beziehungen). Die neue Umgebung erfordert eine Auseinandersetzung mit verschiedenen Werten und Normen, ermöglicht aber auch, verschiedene Formen von Sexualität und Partnerschaft zu leben. Dadurch kann die Ausbreitung von STI begünstigt werden. Bei Migranten und Migrantinnen spielen zudem sprach-

liche, soziale und kulturelle Barrieren beim Zugang zu Informationen sowie beim Zugang zu medizinischen und sozialen Angeboten der STI-Diagnostik, -Behandlung und -Beratung eine große Rolle [35].

Aufgrund der Art der Verbreitung, der Ansteckungsgefahr, der möglichen Folgen und der damit verbundenen individuellen wie gesellschaftlichen Krankheitslast stellen STI besondere Anforderungen an die Prävention. Standards der Prävention sexuell übertragbarer Infektionen wurden im Jahr 2010 von einer Arbeitsgruppe innerhalb der bundesweiten Arbeitsgemeinschaft »Sexuelle Gesundheit« vorgestellt [36]. Sie beschreiben allgemeingültige Kriterien zum sozialen, ethisch-moralischen, klinischen und wissenschaftlichen Umgang mit dem Thema Prävention von STI. Um die sexuelle Gesundheit zu fördern, zu bewahren und wiederherzustellen, kommt auch der Beratung zu sexuell übertragbaren Infektionen besondere Bedeutung zu, sowohl im Hinblick auf Prävention als auch auf Diagnostik und Therapie. Die Sektion Sexuelle Gesundheit der Deutschen STI-Gesellschaft (DSTIG) hat es daher übernommen, Empfehlungen speziell für die Beratung zu sexuell übertragbaren Infektionen zu entwickeln [37]. In den Empfehlungen werden auch Aspekte der Beratung in besonderen Situationen einbezogen, die sowohl verschiedene Beratungsanlässe (z.B. Abklärung von Symptomen oder eines möglichen Risikos) als auch verschiedene Betroffenenengruppen (MSM, Sexarbeiter und -arbeiterinnen, Jugendliche und Erwachsene bis zu einem Alter von 25 Jahren) berücksichtigen.

Literatur

1. Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen. www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/ifsg/gesamt.pdf
2. Bochow M, Lenuweit S, Sekuler T et al. (2011) Schwule Männer und HIV/AIDS: Lebensstile, Sex, Schutz und Risikoverhalten 2010. Deutsche AIDS-Hilfe, Berlin
3. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2014) Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2013. RKI, Berlin
4. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2012) Gib AIDS keine Chance. Das Wissensportal

- zu HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STI).
www.gib-aids-keine-chance.de/wissen/sti.php
(Stand: 20.12.2012)
5. Grossman C (1989) Possible underlying mechanisms of sexual dimorphism in the immune response, fact and hypothesis. *J Steroid Biochem* 34 (1–6): 241–251
 6. Scotland RS, Stables MJ, Madalli S et al. (2011) Sex differences in resident immune cell phenotype underlie more efficient acute inflammatory responses in female mice. *Blood* 118 (22): 5918–5927
 7. Robert Koch-Institut (2013) Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2012. RKI, Berlin
 8. Robert Koch-Institut (2012) Mögliche Ursachen für den erneuten Anstieg von HIV-Neuinfektionen bei MSM – Wechselwirkungen zwischen HIV- und STI-Koepidemien. *Epidemiologisches Bulletin* 47: 472–476
 9. Robert Koch-Institut (2007) Sexuell übertragbare Infektionen: Ergebnisse der KABA/STI-Studie des RKI zu Wissen, Einstellungen und Verhalten von MSM. *Epidemiologisches Bulletin* 27: 189–194
 10. Robert Koch Institut (2014) HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen in Deutschland – Bericht zur Entwicklung im Jahr 2013 aus dem Robert Koch-Institut. *Epidemiologisches Bulletin* 26: 213–232
 11. Funnye AS, Akhtar AJ (2003) Syphilis and human immunodeficiency virus co-infection. *J Natl Med Assoc* 95 (5): 363–382
 12. Robert Koch-Institut (2012) Erneuter Anstieg der Syphilis-Meldungen in 2011. *Epidemiologisches Bulletin* 24: 221–223
 13. Robert Koch Institut (2014) Mitteilung der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut (RKI) Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut/Stand: August 2014. *Epidemiologisches Bulletin* 34: 305–340
 14. Robert Koch-Institut (2010) Sechs Jahre STD-Sentinel-Surveillance in Deutschland – Zahlen und Fakten. *Epidemiologisches Bulletin* 3: 20–27
 15. Giuliano AR, Lee JH, Fulp W et al. (2011) Incidence and clearance of genital human papillomavirus infection in men (HIM): A cohort study. *The Lancet* 377 (9769): 932–940
 16. Leszek W, Slawomir D, Andrzej M (2013) Incidence and prevalence of multiple types of genital human papillomavirus (Hpv) infection in men: A study in Poland. *Ginekologia Polska* 84 (2): 112–115
 17. Deutsches Krebsforschungszentrum (2009) Krebsinformationsdienst.
www.krebsinformationsdienst.de
(Stand: 20.12.2012)
 18. Schreckenberger C, Kaufmann AM, Schneider A (2007) Implementierung der HPV-Impfung in Deutschland. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 132 (42): 2221–2224
 19. European Centre for Disease Prevention and Control (2012) ECDC Guidance. Introduction of HPV vaccines in European Union countries – an update. European Centre for Disease Prevention and Control, Stockholm
 20. Deléré Y (2009) Die Impfung gegen HPV. Empfehlungen im europäischen Vergleich. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitschutz* 52 (11): 1065–1068
 21. Centers for Disease Control and Prevention (2010) FDA licensure of quadrivalent human papillomavirus vaccine (HPV4, Gardasil) for use in males and guidance from the advisory committee on immunization practices (ACIP). *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 59(20), S 630–632
 22. Advisory Committee on Immunization Practices (2012) Recommended Adult Immunization Schedule: United States, 2012. *Annals of Internal Medicine* 156 (3): 211–217
 23. Roggendorf H (2009) Erste Erfahrungen zur Akzeptanz der HPV-Impfung: Durchimpfungsrate eines Jahrgangs in einer Großstadt 1 Jahr nach Impfeempfehlung durch die STIKO. *Monatsschrift für Kinderheilkunde* 157 (10): 982–985
 24. Wild F (2011) Impfung gegen humane Papillomviren (HPV). Eine Analyse der Verordnungsdaten Privatversicherter. WIP-Diskussionspapier 3/2011. Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln
 25. European Centre for Disease Prevention and Control (2013) Annual Epidemiological Report 2012. Reporting on 2010 surveillance data and 2011 epidemic intelligence data. ECDC, Stockholm
 26. Robert Koch-Institut (2013) RKI-Ratgeber für Ärzte. Gonorrhö (Tripper). *Epidemiologisches Bulletin* 14: 115–119
 27. European Centre for Disease Prevention and Control (2013) Annual Epidemiological Report 2013. Reporting on 2011 surveillance data and 2012 epidemic intelligence data. ECDC, Stockholm
 28. Desai S, Meyer T, Thamm M et al. (2011) Prevalence of Chlamydia trachomatis among young German adolescents, 2005/06. *Sexual Health* 8 (1): 120–122
 29. Robert Koch Institut (2013) Chlamydia trachomatis – Laborsentinel. *Epidemiologisches Bulletin* 46: 469–475
 30. Marcus U (2011) Wer sucht der findet. Prävalenz pharyngealer und rektaler Infektionen durch Gonokokken und Chlamydien bei Männern, die Sex mit Männern haben. Vortrag auf dem Deutschen STD-Kongress, Köln

31. Robert Koch-Institut (2009) RKI-Ratgeber Infektionskrankheiten – Merkblätter für Ärzte. Infektionen durch Chlamydien (Teil 1): Erkrankungen durch *Chlamydia trachomatis*. Epidemiologisches Bulletin 37: 369–373
32. Unterausschuss Familienplanung des Gemeinsamen Bundesausschusses (2008) Screening auf genitale *Chlamydia trachomatis*-Infektionen bei Frauen. Abschlussbericht des Unterausschusses »Familienplanung« des Gemeinsamen Bundesausschusses. Gemeinsamer Bundesausschuss, Siegburg
33. Schmidt AJ, Bochow M (2009) Trends in Risk Taking and Risk Reduction Among German MSM. Results of Follow-Up Surveys »Gay Men and AIDS« 1991–2007. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Berlin
34. Corsten C, Von Räden U (2013) Prävention sexuell übertragbarer Infektionen (STI) in Deutschland. Von der HIV- zur STI-Prävention. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 56 (2): 262–268
35. Nitschke H, Oliveira F, Knappik A et al. (2011) Seismograf für Migration und Versorgungsdefizite STD-Sprechstunde im Gesundheitsamt Köln. Gesundheitswesen 73 (11): 748–755
36. Robert Koch-Institut (2010) Zur Prävention sexuell übertragbarer Infektionen. Epidemiologisches Bulletin 35: 351–354
37. Sektion Sexuelle Gesundheit der Deutschen STI-Gesellschaft (DSIG) (2013) STI/STD: Beratung, Diagnostik und Therapie. www.dstig.de/images/Literatur/dstig_sti-beratung_diagnostik_therapie_1.%20auflage.3.2013.pdf (Stand: 12.06.2013)

2.8 Subjektive Gesundheit

Der Begriff der subjektiven Gesundheit umschreibt in den Gesundheitswissenschaften die individuelle Wahrnehmung und Beurteilung des eigenen Gesundheitszustands. Subjektive Gesundheit gilt einerseits als geeigneter Indikator für den tatsächlichen Gesundheits- oder Krankheitszustand einer Person. Andererseits bildet sie über den individuellen Wahrnehmungshorizont Aspekte von Gesundheit ab, die über rein medizinisch-objektive Bestimmungen hinausgehen. Durch ihren universellen Charakter spiegelt subjektive Gesundheit damit auch persönliche oder soziale Ressourcen oder eine frühzeitige subjektive Aufmerksamkeit für physiologische Veränderungen wider [1,2]. Der subjektiv berichtete Gesundheitszustand kann bereits Einschränkungen erkennen lassen, wenn Krankheiten noch nicht ärztlich diagnostiziert sind. Somit ist die subjektive Gesundheit ein wichtiger Faktor, um die Wahrscheinlichkeit des späteren Eintretens von Krankheit oder Tod besser bestimmen zu können [1-4]. In ähnlicher Weise beeinflusst sie die Wiederaufnahme oder Fortsetzung der Berufstätigkeit im Krankheitsfall oder allgemein im fortgeschrittenen Erwerbsalter [5].

Im Folgenden wird subjektive Gesundheit sowohl über die subjektive Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes als auch über drei Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität dargestellt. Als einfaches Maß der Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes durch die untersuchten Personen hat sich die Frage: »Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen?« bewährt. Maßzahlen zur Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität gehen ebenfalls von einem subjektiven Verständnis von Gesundheit und Krankheit aus. Sie differenzieren aber häufig nach verschiedenen Dimensionen wie psychische und körperliche Gesundheit und stellen damit wichtige Kennziffern für verschiedene Aspekte der subjektiven Gesundheit zur Verfügung. Im Folgenden wird die gesundheitsbezogene Lebensqualität über die mittlere Anzahl an Tagen dargestellt, an denen aus Sicht der Befragten in den letzten vier Wochen a) ihr körperliches oder b) ihr seelisches Befinden beeinträchtigt war oder sie c) hierdurch in der Ausübung alltäglicher

Aktivitäten eingeschränkt waren (funktionale Beeinträchtigung) [6]. Die Anzahl von Tagen stellt ein Maß dar, das leicht interpretierbar und gesundheitspolitisch wie ökonomisch verwendbar ist. Wachsende Bedeutung kommt Konzepten der gesundheitsbezogenen Lebensqualität jedoch auch vor dem Hintergrund eines gewandelten Krankheitsspektrums zu. In Zeiten, in denen chronische Erkrankungen die Krankheitslast alternder Gesellschaften dominieren, drückt sich Therapieerfolg nicht immer in Heilung aus, sondern wird zunehmend über die verbleibende Lebensqualität der Betroffenen gemessen [7].

2.8.1 Subjektive Gesundheit im Überblick

Die Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell« 2010 (GEDA 2010) des Robert Koch-Instituts erfasst ein breites Spektrum möglicher Einflussfaktoren für die subjektive Gesundheit. Nach einer einführenden geschlechtsspezifischen Betrachtung besteht damit die Möglichkeit, weitere Differenzierungen wie den Einfluss der sozialen Lage der Befragten auf die subjektive Gesundheit von Männern in den Blick zu nehmen. Zunächst fällt in der alters- und geschlechtsspezifischen Betrachtung auf, dass Männer ihre Gesundheit etwas häufiger als Frauen als gut oder sehr gut bezeichnen und etwas seltener als mittelmäßig (siehe Tabelle 2.8.1). Dieser Zusammenhang, wenn auch schwach ausgeprägt, bleibt über alle Altersgruppen hinweg konstant und erweist sich auch im internationalen Vergleich als stabil [8]. Auffällig ist, dass der Unterschied zwischen den Geschlechtern ausschließlich auf eine positive und mittelmäßige Bewertung der eigenen Gesundheit beschränkt bleibt, bei einer eindeutig negativen Bewertung jedoch nicht gleichermaßen erkennbar ist. Insgesamt wird deutlich, dass sich die subjektive Gesundheit, analog zu den im Alter ansteigenden Prävalenzen chronischer Erkrankungen, im Altersgang verschlechtert.

Ähnlich weisen Männer im Mittel eine bessere gesundheitsbezogene Lebensqualität auf und berichten entsprechend seltener als Frauen über körperliche, seelische oder funktionale Einschrän-

Tabelle 2.8.1

Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes nach Alter und Geschlecht (in Prozent)

Quelle: GEDA 2010, Robert Koch-Institut, eigene Berechnungen

Alter (Jahre)	Männer			Frauen		
	sehr gut/gut	mittelmäßig	schlecht/ sehr schlecht	sehr gut/gut	mittelmäßig	schlecht/ sehr schlecht
18–24	91,7	7,3	1,0	87,5	10,8	1,7
25–34	88,4	9,7	1,9	84,2	12,8	3,1
35–44	83,8	13,2	3,0	81,3	16,3	2,5
45–54	74,9	18,9	6,1	71,1	22,1	6,8
55–64	62,6	26,3	11,0	61,3	29,2	9,4
>=65	55,9	33,9	10,2	48,8	38,7	12,6

kungen. Erwachsene Männer geben im Mittel 3,5 Tage pro Monat an, an denen ihr körperliches Befinden eingeschränkt war (Frauen: 4,9) und 3,3 Tage, an denen ihr seelisches Befinden eingeschränkt war (Frauen: 5,1). Eine Beeinträchtigung ihrer alltäglichen Aktivitäten müssen sie durchschnittlich an 2,5 Tagen hinnehmen (Frauen: 2,9). Im Altersgang findet sich eine sukzessive Zunahme gesundheitlicher und funktionaler Einschränkungen bzw. Beeinträchtigungen. Zudem fällt auf, dass die mittlere Zahl an Tagen mit körperlichen oder seelischen Einschränkungen oder funktioneller Beeinträchtigung in der Altersgruppe der über 65-jährigen Männer einen Rückgang aufweist (siehe Abbildung 2.8.1). Hier schlägt sich bei den Männern besonders deutlich das Ende der Erwerbstätigkeit nieder. Insbesondere im erwerbsfähigen Alter ist bei Männern die gesundheitsbe-

zogene Lebensqualität, stärker als bei Frauen, mit körperlicher und seelischer Funktionsfähigkeit in der Berufsausübung verknüpft (siehe Kapitel 4 Arbeit und Gesundheit, Kapitel 5 Lebensformen und Gesundheit). Der mit dem Ruhestand verbundene Rückgang beruflicher Aktivitäten führt bei vielen Männern offenbar dazu, dass gesundheitliche Beschwerden im Alltag als weniger belastend wahrgenommen werden als in der Phase der Erwerbstätigkeit.

2.8.2 Erwerbsstatus und subjektive Gesundheit

Auch darüber hinaus zeigt sich die Erwerbstätigkeit zum Zeitpunkt der Befragung als wichtiges Korrelat der subjektiven Gesundheit. Insbesondere Arbeitslosigkeit gilt als wichtiger Einflussfaktor

Abbildung 2.8.1

Gesundheitsbezogene Lebensqualität: Anzahl von Tagen mit körperlicher, seelischer oder funktionaler Beeinträchtigung im letzten Monat (Arithmetisches Mittel) bei Männern nach Alter

Quelle: GEDA 2010, Robert Koch-Institut, eigene Berechnungen

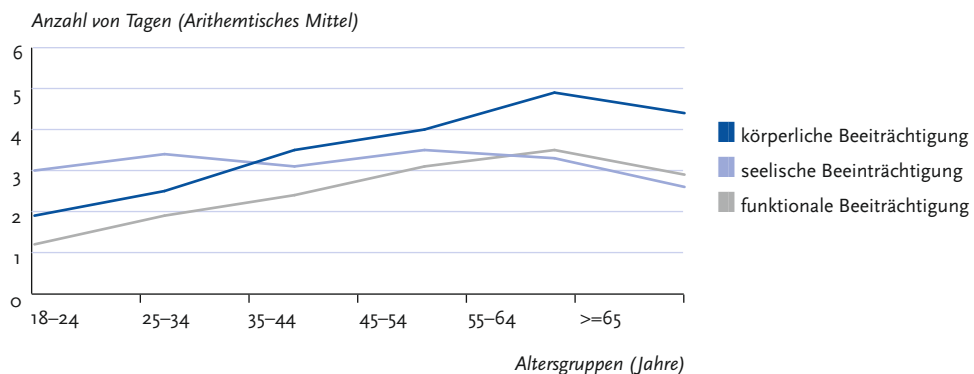


Tabelle 2.8.2

Subjektive Gesundheit nach Erwerbsstatus bei Männern im erwerbsfähigen Alter

Quelle: GEDA 2010, Robert Koch-Institut, eigene Berechnungen

	Gesundheitsbezogene Lebensqualität			Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes (Prozent)	
	Anzahl von Tagen im letzten Monat ... (Arithmetisches Mittel)			mittelmäßig	sehr schlecht/ schlecht
	... mit körperlichen Beeinträchtigungen	... mit seelischen Beeinträchtigungen	... mit funktionalen Beeinträchtigungen		
erwerbstätig	3,0	3,0	1,9	13,7	2,7
nicht erwerbstätig, nicht arbeitslos (< 65 Jahre)	5,1	4,2	4,6	16,8	13,5
arbeitslos	6,2	5,6	5,6	38,6	13,9

für die subjektive Gesundheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität [9]. Im Folgenden werden erwerbstätige Männer sowohl von arbeitslosen Männern unterschieden als auch von jenen Nichterwerbstätigen, die angeben, nicht arbeitslos und damit nicht arbeitssuchend zu sein. Generell gilt, dass arbeitslose Männer ihre Gesundheit im Vergleich zu den beiden anderen Gruppen subjektiv schlechter bewerten. Gegenüber erwerbstätigen Männern weisen insbesondere Arbeitslose, aber auch nicht arbeitssuchende Erwerbslose im Mittel deutlich mehr Tage mit körperlichen, seelischen oder funktionalen Einschränkungen im vergangenen Monat auf. Der Anteil der Männer mit schlechtem oder sehr schlechtem Gesundheitszustand ist unter arbeitslosen gegenüber erwerbstätigen Männern etwa um das Fünffache erhöht (siehe Tabelle 2.8.2). Darin spiegelt sich zum einen, dass gesundheitlich eingeschränkte Männer deutlich geringere Chancen haben, am Arbeitsleben teilzunehmen. Zum anderen wirkt sich Erwerbslosigkeit negativ auf den Gesundheitszustand der betroffenen Männer aus und verschlechtert somit zusätzlich die Zugangsmöglichkeiten in den ersten Arbeitsmarkt (siehe auch Kapitel 4 Arbeit und Gesundheit).

Der grundsätzliche Zusammenhang zwischen Erwerbstätigkeit und Gesundheit bleibt auch bei einer altersspezifischen Betrachtung im Grundsatz erhalten. Jedoch sind gerade im mittleren Lebensalter vergleichsweise viele Tage mit gesundheitlichen Beschwerden oder funktionalen Einschränkungen auch bei jenen nicht erwerbstätigen Männern nachweisbar, die sich nicht als arbeitslos bezeichnen. So berichteten die 35- bis 44-jährigen Männer dieser Gruppe 9,5 Tage mit

funktionalen Einschränkungen im letzten Monat, bei den 45- bis 54-Jährigen waren dies im Mittel sogar 13,7 Tage. Analog hierzu bezeichnete über ein Drittel dieser Männer ihren Gesundheitszustand als schlecht oder sehr schlecht, die überwiegende Mehrheit gab an, unter einer chronischen Erkrankung zu leiden. Aus den Zahlen wird ersichtlich, dass die Gruppe der nicht erwerbstätigen Männer, die nicht auf Arbeitssuche sind, im mittleren Lebensalter stark durch Berufsunfähigkeit und Erwerbsminderung geprägt ist. Die subjektive Gesundheit dieser Männer fällt in den beschriebenen Altersgruppen sogar deutlich schlechter aus als die arbeitslosen Männer, ein Zusammenhang der bei Frauen nicht besteht.

2.8.3 Sozioökonomischer Status und subjektive Gesundheit

Weiterhin zeigt sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen Status [10], dargestellt in Form dreier Statusgruppen auf Basis von Bildung, Beruf und Einkommen, und der subjektiven Gesundheit der befragten Männer (siehe Tabelle 2.8.3). Sowohl der allgemeine Gesundheitszustand als auch die gesundheitsbezogene Lebensqualität fällt bei sozial benachteiligten Männern und Frauen auch bei statistischer Kontrolle des Alters deutlich schlechter aus als bei Befragten mit mittlerem oder hohem Sozialstatus. Männer mit niedrigem Sozialstatus berichten im Vergleich zu Männern mit hohem Sozialstatus mehr als doppelt so häufig einen mittelmäßigen und mehr als viermal so häufig einen schlechten oder sehr schlechten Gesundheitszustand. Die

Tabelle 2.8.3

Subjektive Gesundheit nach sozioökonomischem Status bei Männern ab 18 Jahren

Quelle: GEDA 2010, Robert Koch-Institut, eigene Berechnungen

		Gesundheitsbezogene Lebensqualität			Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes (Prozent)	
		Anzahl von Tagen im letzten Monat ... (Arithmetisches Mittel)			mittelmäßig	sehr schlecht/ schlecht
		... mit körperlichen Beeinträchtigungen	... mit seelischen Beeinträchtigungen	... mit funktionalen Beeinträchtigungen		
sozio- öko- nomo- mischer Status	hoch	2,4	2,2	1,4	12,4	2,3
	mittel	3,9	3,1	2,7	20,0	6,1
	niedrig	4,8	4,5	3,6	27,1	9,8

mittlere Zahl an Tagen mit körperlichen, seelischen oder funktionalen Beschwerden ist gegenüber Männern mit hohem Sozialstatus je nach Indikator mindestens um das Zweifache erhöht. Darüber hinaus zeigt der Schichtgradient eine deutlich altersspezifische Ausprägung. Während sich der Anteil der 18- bis 24-Jährigen mit sehr gutem oder gutem Gesundheitszustand mit 95,3% unter Männern mit hohem und 90,7% bei Männern mit niedrigem Sozialstatus noch vergleichsweise wenig unterscheidet, fällt er mit zunehmendem Alter stärker aus. So berichten unter den 55- bis 64-Jährigen nur 42,2% der Männer mit niedrigem Sozialstatus aber 77,5% der Männer mit hohem Sozialstatus einen guten oder sehr guten Gesundheitszustand.

2.8.4 Chronische Erkrankungen und subjektive Gesundheit

Besondere Einschränkungen ihrer Lebensqualität müssen nicht zuletzt jene Menschen verkraften, die zumeist altersbedingt unter chronischen Erkrankungen leiden. Chronische Erkrankungen führen heute seltener bzw. später zum Tode. Folgerichtig wird mit fortschreitendem Alter bei vielen Menschen ein größerer Teil des Lebens auch von der Bewältigung nicht heilbarer Leiden geprägt. Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungsqualität für chronisch kranke Menschen müssen sich daher nicht zuletzt an einer Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der betreffenden Personen messen lassen. Um den Zusammenhang zwischen Lebensqualität und Krankheit zu verdeutlichen, wird beispielhaft die durchschnittliche Zahl an Tagen dargestellt, an denen

die chronisch erkrankten Befragten im letzten Monat in der Durchführung ihrer alltäglichen Aktivitäten beeinträchtigt waren. Zum Vergleich werden Personen ohne chronische Krankheiten herangezogen. Um Verzerrungen zugunsten jüngerer, zumeist gesunder Befragter zu vermeiden, wurde die Darstellung auf die Altersgruppe der 45-Jährigen und Älteren beschränkt, da ab diesem Alter eine nennenswerte Prävalenz der betreffenden Diagnosen vorliegt (siehe Abbildung 2.8.2).

Die gesundheitliche Lebensqualität chronisch Kranker unterscheidet sich hinsichtlich funktionaler Beeinträchtigungen spürbar von der Lebensqualität gesunder Personen. Die deutlichsten Einschränkungen der gesundheitlichen Lebensqualität gehen im dargestellten Krankheitsspektrum mit den Herz-Kreislauf-Erkrankungen einher. Zudem bleibt der Geschlechterunterschied zugunsten einer etwas besseren funktionalen Lebensqualität bei männlichen Befragten auch im Krankheitsfall bestehen bzw. ist sogar stärker ausgeprägt als bei Befragten ohne chronische Erkrankung. Am deutlichsten wird dies bei der Diagnose Diabetes. Ausschließlich beim Asthma bronchiale tritt der betreffende Zusammenhang nicht zutage.

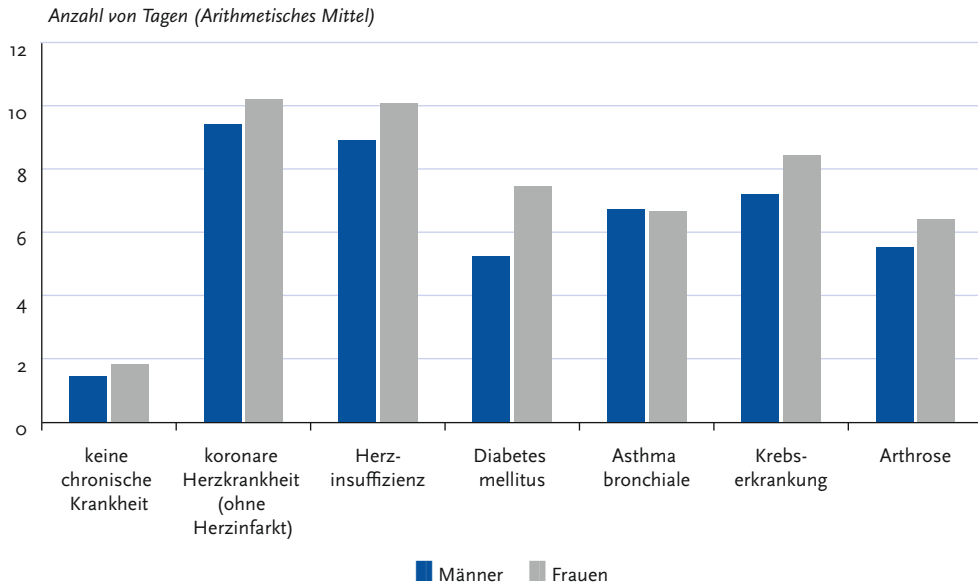
2.8.5 Diskussion

Zur Einordnung der Befunde ist zunächst darauf zu verweisen, dass die geschlechtsspezifischen Unterschiede in der subjektiven Gesundheit allenfalls mäßig ausgeprägt sind. Die Differenzen sind zwar erklärungsbedürftig, da sie sich in vielen Untersuchungen als stabil erwiesen haben, aber sie eignen sich nicht dazu, einen fundamentalen Unterschied zugunsten der Gesundheit von Män-

Abbildung 2.8.2

Funktionale Beeinträchtigung bei gesunden und kranken Männern und Frauen ab 45 Jahren

Quelle: GEDA 2010, Robert Koch-Institut, eigene Berechnungen



nen zu konstruieren. Vielmehr zeigt sich auch, dass Unterschiede der subjektiven Gesundheit zum Teil durch den im Mittel niedrigeren sozio-ökonomischen Status von Frauen zu erklären sind [11].

Darüber hinaus ist es für die Erklärung bestehender Geschlechterunterschiede in der subjektiven Gesundheit ratsam, nicht nur auf biologisch determinierte Geschlechterunterschiede (*sex*) zu fokussieren, sondern vielmehr das soziale Geschlecht (*gender*) mit in den Blick zu nehmen. Körperwahrnehmungen sind nicht zuletzt das Ergebnis von Sozialisationsprozessen. Historisch entstandene Geschlechterrollen werden im Lebensverlauf eingeübt und reproduziert, und in der Folge bilden sich spezifische somatischen Kulturen aus [12]. Stärker als Frauen neigen Männer dazu, ihren Körper instrumentell und leistungsorientiert einzusetzen. Im Gesundheitsverständnis von Männern stehen stärker die körperliche Leistungsfähigkeit und weniger die psychischen Aspekte von Gesundheit im Vordergrund [13]. Körper und Gesundheit dienen stärker dem Zweck der täglichen Aufgabenbewältigung oder dazu, nach außen Stärke zu zeigen [13,14]. So wird häufig angenommen, dass Männer und Frauen unter-

schiedlich sensibel für körperliche Prozesse sind, dass Frauen eher bereit sind, auch leichtere gesundheitliche Probleme zu thematisieren und Hilfe zu suchen und dass psychischen Aspekten im »weiblichen« Gesundheitsverständnis eine größere Rolle zukommt. Eher »männliche« Gesundheitsvorstellungen zeichnen sich demnach durch eine stärkere Betonung körperlicher Symptome aus, vor allem jedoch durch eine stärker ausgeprägte Risikobereitschaft sowie die Neigung, körperliche und psychische Warnsignale länger zu ignorieren [15–17]. Die etwas bessere subjektive Gesundheit von Männern, so die Annahme, ist daher auch das Ergebnis eines anderen Umgangs mit Gesundheit und Krankheit.

Subjektive Gesundheit ist also für Männer auf der Ebene qualitativer Sinnzuschreibungen häufig mit anderen Bedeutungen versehen. Sie dient stärker als Voraussetzung, um eigene und soziale Erwartungen im Beruf erfüllen zu können und wird möglicherweise auch dann länger aufrechterhalten, wenn objektive Verschlechterungen (z.B. chronische Erkrankungen) bereits einsetzen. Umgekehrt erschwert Erwerbslosigkeit bis heute die Erfüllung tradierter mänderspezifischer Rollenerwartungen. Vor dem Hintergrund der identitäts-

stiftenden Wirkung einer aktiven Erwerbstätigkeit (siehe auch. Kapitel 4 Arbeit und Gesundheit), ist aus gesundheitspolitischer Sicht daher gerade auf erwerbslose Männer ein besonderes Augenmerk zu richten. Sie sind ohnehin stärker mit gesundheitlichen Problemen belastet als die erwerbstätige Bevölkerung und erleben ihre Erwerbslosigkeit zudem als gesundheitlich belastende Krise männerspezifischer Rollenmuster. Soziale Isolation und Rückzug verstärken die gesundheitlich negativen Auswirkungen der Erwerbslosigkeit. Demgegenüber kann eine ausgeprägte soziale Unterstützung auch bei Männern die negativen gesundheitlichen Auswirkungen von Arbeitslosigkeit spürbar reduzieren [9].

Literatur

1. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of health and social behavior* 1997; 38: 21–37
2. Müters S, Lampert T, Maschewsky-Schneider U. Subjektive Gesundheit als Prädiktor für Mortalität. *Gesundheitswesen* 2005; 67: 129–136
3. DeSalvo KB, Blosner N, Reynolds K et al. Mortality prediction with a single general self-rated health question. A meta-analysis. *Journal of general internal medicine* 2006; 21: 267–275
4. Ernsten L, Nilsen SM, Espnes GA et al. The predictive ability of self-rated health on ischaemic heart disease and all-cause mortality in elderly women and men: the Nord-Trøndelag Health Study (HUNT). *Age Ageing* 2011; 40: 105–111
5. Wurm S, Engstler H, Tesch-Römer C. *Ruhestand und Gesundheit*. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen; 2009
6. Centers for Disease Control and Prevention. *Measuring Healthy Days: Population Assessment of Health-related Quality of Life*. In. Atlanta: CDC; 2000
7. Kurth B, Ravens-Sieberer U. Gesundheitsbezogene Lebensqualität. In, *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung*; 2011
8. Crimmins EM, Kim JK, Sole-Auro A. Gender differences in health: results from SHARE, ELSA and HRS. *Eur J Public Health* 2011; 21: 81–91
9. Kroll L, Lampert T. Arbeitslosigkeit, soziale Unterstützung und gesundheitliche Beschwerden. Ergebnisse aus der GEDA-Studie 2009. *Deutsches Ärzteblatt* 2011; 108: 47–52
10. Lampert T, Kroll LE, Müters S et al. Messung des sozioökonomischen Status in der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell« (GEDA). *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 2013; 56: 131–143
11. Cherepanov D, Palta M, Fryback DG et al. Gender differences in multiple underlying dimensions of health-related quality of life are associated with sociodemographic and socioeconomic status. *Med Care* 2011; 49: 1021–1030
12. Hahn D. Zweigeschlechtliche und hierarchische Geschlechterordnung. Von der Kritik der Gesundheitsforschung zur Institutionalisierung der Chancengleichheit. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 2008; 51: 61–69
13. Faltermaier T. Männliche Identität und Gesundheit. Warum Gesundheit von Männern? . In: Altgeld T Hrsg. *Männergesundheit Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention*. Weinheim: Juventa; 2004:11–33
14. Brandes H. *Der männliche Habitus: Männerforschung und Männerpolitik*. Opladen: Leske + Budrich; 2002
15. Kolip P, Lademann J, Deitermann B et al. Schwerpunktbericht: Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter. Berlin: Robert Koch-Institut; 2005
16. Perig-Chiello P. Altert Eva anders? Zur gesundheitlichen Lage der älteren Bevölkerung – betrachtet aus der Genderperspektive. *Aktuelle Ernährungsmedizin* 2007; 32: 163–167
17. Singh-Manoux A, Gueguen A, Ferrie J et al. Gender differences in the association between morbidity and mortality among middle-aged men and women. *Am J Public Health* 2008; 98: 2251–2257

3 Wie gesund lebt »Mann«?

Im Kapitel 3 wird der Blick auf das Gesundheitsverhalten von Männern gerichtet. Ein Teil des geschlechtsspezifischen Morbiditäts- und Mortalitätsprofils lässt sich auf bestimmte Verhaltensweisen von Männern zurückführen. So zeigen sich zum einen gesundheitsförderliche Aspekte, wie zum Beispiel eine stärkere Sportorientierung von Männern im Vergleich zu Frauen. Außerdem ist der Anteil der Raucher in der Bevölkerung, im Gegensatz zum Anteil der Raucherinnen, in den letzten Jahrzehnten gesunken. Zum anderen sind gesundheitsriskante Verhaltensweisen, wie zum Beispiel der riskante Alkoholkonsum, vor allem unter jüngeren Männern weit verbreitet. Neben diesen Themen werden Daten zum Gebrauch illegaler Drogen, Medikamentenmissbrauch und Doping ausgewertet. Beim Thema Ernährung wird neben den Aspekten Lebensmittelverzehr und Nährstoffversorgung auch auf das Ernährungswissen und die Zuständigkeiten beim Lebensmitteleinkauf und der Mahlzeitenzubereitung eingegangen. Gewalterfahrung und Gewaltverhalten sind weitere wichtige Aspekte im Bereich Männergesundheit, denen sich dieses Kapitel widmet.

Als wesentliche Einflussfaktoren des Gesundheitsverhaltens werden die Aspekte Lebensalter, sozioökonomischer Status und, wo immer dies möglich ist, Migrationshintergrund betrachtet. Die Ergebnisse werden aber auch vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Leitbilder von Männlichkeit diskutiert.

3.1 Körperliche Aktivität und Sport

Körperliche Aktivität und Sport nehmen heute, aufgrund unseres verstärkt passiv geprägten Alltagslebens, eine zunehmend wichtigere Rolle zur Aufrechterhaltung von Gesundheit und Wohlbefinden ein [1]. Zahlreiche wissenschaftliche Studien belegen den positiven Einfluss körperlicher Aktivität auf die Gesundheit [2]. Im Vordergrund stehen dabei die positiven Wirkungen auf das Herz-Kreislauf- und Stoffwechselsystem sowie auf körperliche und kognitive Leistungen. Auch die risikosenkende Wirkung körperlicher Aktivität bezüglich Krebserkrankungen und Beschwerden

am Halte- und Bewegungsapparat konnte gezeigt werden [3, 4]. Neben körperlicher Aktivität kann auch Sport zur Stärkung physischer und psychischer Gesundheitsressourcen beitragen [5–7]. Allerdings sind die positiven Wirkungen von Sport von der Sportart und der Intensität abhängig, so dass je nach Art und Intensität Sport auch zu Gesundheitsrisiken führen kann. Vor allem mit zunehmendem Alter ist daher der Gesundheitssport, das heißt Sport mit dem Ziel der Verbesserung oder Wiederherstellung der Gesundheit, dem leistungsorientierten Sport vorzuziehen [8].

Die Geschlechterforschung zeigt, dass sich Männer und Frauen in ihrem Bewegungsverhalten unterscheiden [9–12]. Dies wird sowohl in Bezug auf *sex*, dem biologischen, als auch *gender*, dem sozialen Geschlecht sichtbar (siehe dazu auch Kapitel 1.1 Was beeinflusst die Gesundheit von Männern?). So sind die Geschlechterunterschiede im Bewegungsverhalten zum Teil auf unterschiedliche biologische Voraussetzungen zurückzuführen, z.B. mehr Muskelgewebe bei Männern. Andererseits wird dieser Effekt durch etablierte Geschlechterstereotype weiter verstärkt [13]. Das männliche Stereotyp vereint dabei sportliche Eigenschaften wie Kraft, Schnelligkeit, Kampfeswille, Härte und Risikobereitschaft [12]. Männer sind daher eher in Kampf- und Risikosportarten, Sportarten mit direkter körperlicher Auseinandersetzung sowie im Wettkampfsport aktiv. Das weibliche Stereotyp bevorzugt hingegen den »sanfteren« Sport, darunter ästhetisch-kompositorische Sportarten wie Tanzen oder Gymnastik [12].

Auf den folgenden Seiten werden zunächst einige Informationen zur körperlichen Aktivität und dem Sportverhalten im Kindes- und Jugendalter gegeben. Anschließend wird dargestellt, wie körperlich aktiv die erwachsenen Männer in Deutschland sind, auch im Hinblick auf die Empfehlungen für gesundheitsförderliche Bewegung. Im dritten Abschnitt geht es speziell um die Sportbeteiligung der Männer, wobei – wann immer möglich – differenziert nach Alter und weiteren Variablen berichtet wird, weil verschiedene Gruppen von Männern ein sehr unterschiedliches Aktivitätsverhalten haben. Am Ende des Kapitels werden Hinweise zur Gestaltung von Sport- und

Bewegungsangeboten gegeben, die Männer dazu motivieren können, körperlich aktiv zu bleiben.

Körperliche Aktivität hat großen Einfluss auf die Energiebilanz des Körpers. Eine langfristige positive Energiebilanz kann zu Übergewicht führen. Forschungsergebnisse aus der Ernährungswissenschaft und Daten zur Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Männern werden im Kapitel 3.2 Ernährungsverhalten und Übergewicht dargestellt.

3.1.1 Körperliche und sportliche Aktivität bei Jungen und männlichen Jugendlichen

Geschlechtsspezifische Vorlieben für bestimmte Sportarten entstehen bereits im Kindes- und Jugendalter [14]. In der bundesweiten »Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland« (KiGGS, Motorik-Modul MoMo) zeigte sich, dass Fußball bei Jungen zwischen 4 und 17 Jahren die beliebteste Sportart ist, gefolgt von Schwimmen und Handball. Mädchen dieser Altersgruppen bevorzugen Sportarten wie Tanzen und Schwimmen. Jungen sind dabei sowohl in der Freizeit (plus 60 Minuten) als auch im Sportverein (plus 48 Minuten) eine längere Zeit pro Woche sportlich aktiv als Mädchen und tendieren häufiger als Mädchen dazu, mit höherer Intensität Sport zu treiben. Es lassen sich auch Hinweise auf eine stärkere Leistungsorientierung von Jungen finden. Das Motorik-Modul in KiGGS zeigt eine höhere Wettkampfteilnahme der Jungen (66,8 %) im Vergleich zu den Mädchen (47,9 %) in den Altersgruppen der 4- bis 17-Jährigen.

Allerdings gibt es auch unter Kindern und Jugendlichen schon viele, die sich nicht ausreichend bewegen: Nur 17,4 % der Jungen erfüllen die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für Kinder und Jugendliche empfohlene täglich mindestens 60-minütige mäßig anstrengende bis sehr anstrengende körperliche Aktivitätszeit [14, 15]. Längsschnittstudien zeigen, dass das Aktivitätsverhalten bereits im Kindesalter geprägt wird [16, 17]. Die dort gesammelten (geschlechtsspezifischen) Vorerfahrungen spielen auf kognitiver und emotionaler Ebene eine große Rolle für das Erleben sowie für die Aufnahme und Beibehaltung von körperlicher Aktivität im Erwachsenenalter [18, 19].

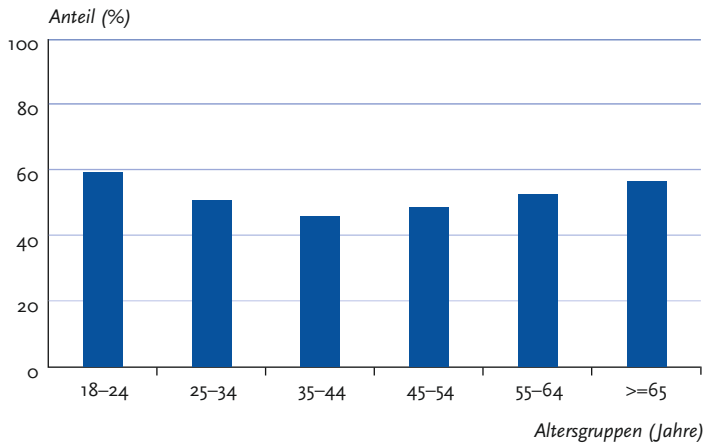
3.1.2 Körperliche Aktivität von Männern

Die Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2009« (GEDA 2009) des Robert Koch-Instituts bildet geschlechtsspezifische Unterschiede im Aktivitäts- und Sportverhalten der erwachsenen Bevölkerung ab: 49,9 % der erwachsenen Befragten gaben an, stark oder sehr stark auf ausreichend körperliche Aktivität zu achten (subjektive Einschätzung des eigenen Verhaltens; im Folgenden als »Achten auf ausreichend körperliche Aktivität im Alltag« bezeichnet). Dabei liegt der Anteil der Männer (51,7 %) über dem der Frauen (48,2 %). In nahezu allen Altersgruppen achten mehr Männer als Frauen auf ausreichend körperliche Aktivität im Alltag. Besonders deutlich ist der Unterschied bei den 18- bis 24-Jährigen, von denen 59,3 % der Männer und nur 48,3 % der Frauen nach eigenen Angaben auf ausreichend körperliche Aktivität im Alltag achten.

Bei differenzierter Betrachtung zeigt sich, dass sowohl das Alter der Männer als auch das Bildungsniveau einen signifikanten Einfluss auf das Aktivitätsbewusstsein haben. So ist der Anteil derjenigen Männer, die angeben, auf ausreichend körperliche Aktivität im Alltag zu achten, bei den 18- bis 24-Jährigen sowie bei den 65-Jährigen und Älteren mit 59,3 % bzw. 56,6 % signifikant höher als in den dazwischen liegenden Altersgruppen – am geringsten ist der Anteil derjenigen Männer, die auf ausreichend körperliche Aktivität im Alltag achten, unter den 35- bis 44-Jährigen (siehe Abbildung 3.1.1). Mit Blick auf die Bildung zeigt sich, dass der Anteil der Männer, die angeben, auf ausreichend körperliche Aktivität im Alltag zu achten, in der oberen Bildungsgruppe mit 56,3 %, verglichen mit dem Anteil der Männer der mittleren (49,9 %) und unteren (50,3 %) Bildungsgruppe, am höchsten ist. Diese Tendenz zeigt sich auch in den einzelnen Altersgruppen. Die schulische und berufliche Bildung der Befragten wurde in GEDA 2009 entsprechend der ISCED-Klassifikation (International Standard Classification of Education) erhoben. Aus Praktikabilitätsgründen wurden die sechs ISCED-Gruppen auf drei Qualifikationsniveaus verdichtet (untere, mittlere und obere Bildungsgruppe) [20, 21].

Das Achten auf ausreichend körperliche Aktivität im Alltag ist der erste Schritt auf dem Weg, den Alltag möglichst regelmäßig aktiv zu gestalten.

Abbildung 3.1.1
Anteil der Männer, die stark oder sehr stark auf ausreichend körperliche Aktivität im Alltag achten (in Prozent), differenziert nach Altersgruppen
Quelle: GEDA 2009, Robert Koch-Institut, eigene Berechnungen



ten. Entscheidend ist allerdings die tatsächliche Umsetzung bzw. die Ausübung von körperlicher Aktivität und Sport im Alltag. Die WHO empfiehlt seit 2010 Erwachsenen eine wöchentliche Bewegungszeit von 150 Minuten in mäßig anstrengender bis sehr anstrengender Intensität [15], um Bewegungsmangel als Risikofaktor, beispielsweise für Übergewicht und Herzinfarkt, zu vermeiden. Zum Zeitpunkt der Datenerhebung (GEDA 2009) war jedoch noch die seit 1995 gültige Empfehlung einer mindestens halbstündigen moderaten Bewegungszeit an den meisten, am besten an allen Tagen der Woche, aktuell [22]. Aus diesem Grund werden in den folgenden Auswertungen bei Personen, die an mindestens fünf Tagen in der Woche für mindestens 30 Minuten körperlich aktiv sind, die WHO-Empfehlungen als »erfüllt« betrachtet. Um die empfohlene moderate Aktivität abzubilden, wurden die Teilnehmenden in GEDA 2009 nach Aktivitäten, bei denen sie ins Schwitzen oder außer Atem geraten, gefragt.

Insgesamt liegt der Anteil der Männer, die sich an mindestens fünf Tagen pro Woche für mindestens 30 Minuten pro Tag bewegen, bei nur 23,3 %. Jeweils etwa ein Viertel der Männer aus der unteren (26,1 %) und der mittleren (25,1 %) Bildungsgruppe erreichen die Empfehlungen. Der Anteil der die Empfehlungen erfüllenden Männer aus der oberen Bildungsgruppe liegt mit 17,6 % signifikant unter dem Anteil der anderen Bildungs-

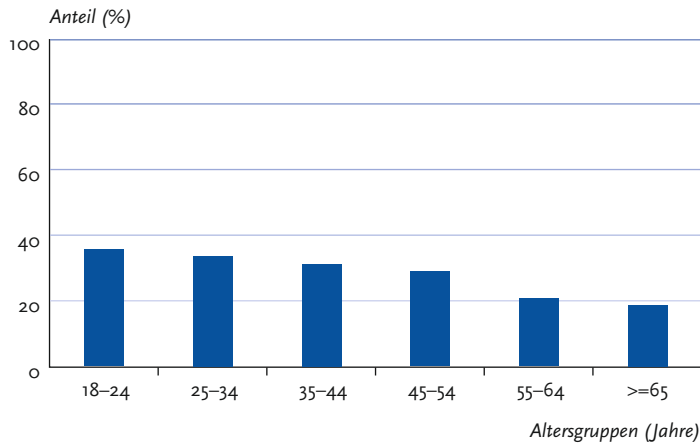
gruppen. Der Anteil der Männer, die die Mindestempfehlungen einhalten, ist im Alter von 18 bis 54 Jahren signifikant höher als in der Altersgruppe ab 55 Jahren. Auch die Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) bestätigen die Tendenz, dass mit steigendem Alter der Anteil regelmäßig aktiver Personen sinkt [23, 24]. Das Ausmaß der körperlichen Aktivität im Alltag hängt auch mit der beruflichen Tätigkeit zusammen (siehe dazu auch Kapitel 4 Arbeit und Gesundheit). Zwei Drittel der in GEDA 2009 befragten Männer waren zum Untersuchungszeitpunkt erwerbstätig (66,3 %). Jeder zweite Erwerbstätige gab an, während der Arbeitszeit häufig sitzende Tätigkeiten auszuüben (51,5 %). Von den Männern, die bei der Arbeit häufig sitzen, gehören 42,1 % der oberen, 47,7 % der mittleren und nur 10,2 % der unteren Bildungsgruppe an. Im Vergleich zu Männern, die am Arbeitsplatz körperlich anstrengende Tätigkeiten ausüben, bleibt diesen Männern nur die Freizeit, um sich ausreichend zu bewegen [25, 26]. Damit ist es für diese Gruppe von Männern auch schwieriger, die Empfehlungen der WHO für ausreichende körperliche Aktivität im Alltag umzusetzen.

Die Hälfte der erwerbstätigen Männer mit überwiegend sitzenden Tätigkeiten achtet nach eigenen Angaben auf ausreichende körperliche Aktivität im Alltag, ist jedoch mit durchschnittlich 2,7 aktiven Tagen pro Woche signifikant seltener körperlich aktiv als Männer, die nur manchmal,

Abbildung 3.1.2

Anteil der Männer, die die Mindestempfehlungen der WHO für körperliche Aktivität erfüllen, von allen Männern, die angeben, im Alltag stark oder sehr stark auf ausreichend körperliche Aktivität zu achten (in Prozent), differenziert nach Altersgruppen

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



selten oder nie sitzende Tätigkeiten am Arbeitsplatz ausführen. Bei dem Vergleich zwischen Aktivitätsbewusstsein (»Achten auf ausreichend körperliche Aktivität im Alltag«) und der tatsächlichen Ausübung von körperlicher Aktivität im Alltag zeigt sich, dass insgesamt weniger als ein Drittel der befragten Männer (27,3 %), die auf ausreichend körperliche Aktivität im Alltag achten, die Empfehlungen der WHO erreichen (siehe Abbildung 3.1.2). Männer zwischen 18 und 54 Jahren setzen ihr Aktivitätsbewusstsein dabei signifikant häufiger in die Tat um als ältere Männer. Obwohl Männer der oberen Bildungsgruppe häufiger angeben, auf ausreichend körperliche Aktivität im Alltag zu achten (s.o.), erfüllen sie mit einem Anteil von lediglich 22,3 % signifikant seltener als Männer der mittleren (28,9 %) und unteren (31,1 %) Bildungsgruppe die Mindestempfehlungen der WHO. Erwerbstätige Männer hingegen setzen ihr Vorhaben trotz der beruflichen Einbindung signifikant häufiger in die Realität um (29,9 %) als Männer, die nicht erwerbstätig sind (22,6 %).

3.1.3 Sportliche Aktivität von Männern

Während sich körperliche Aktivität als Oberbegriff auf jede körperliche Bewegung bezieht, die durch die Skelettmuskulatur produziert wird und den Energieverbrauch über den Grundumsatz anhebt, bezeichnet Sport eine definierte Untergruppe von körperlicher Aktivität, für die insbesondere körperliche Leistung und Wettkampf sowie das Ziel der Leistungsverbesserung typisch sind [1, 27, 28]. Sport spielt für viele Männer eine wichtige Rolle und kann den Ausgleich zu einem körperlich eher inaktiven (Berufs-) Alltag schaffen, auch mit Blick auf die Erfüllung der WHO-Empfehlungen. Warum Männer Sport treiben und welche Sportarten sie bevorzugen, steht in engem Zusammenhang mit männlichen Verhaltensweisen (*doing gender*), z.B. der Präferenz für risikoreiche Sportarten (siehe dazu auch Kapitel 1.1 Was beeinflusst die Gesundheit von Männern?). Ein negativer Teilaspekt im Sport ist – bei extremer Leistungsorientierung und vor allem bei jungen Männern – der Konsum leistungsbeeinflussender Substanzen (Doping), auf den im Kapitel 3.5 Illegale Drogen und Medikamente näher eingegangen wird.

In den Mitgliederstatistiken des Deutschen Olympischen Sportbundes sind 31,3 % der Männer zwischen 19 und 60 Jahren (und nur 18,7 % der gleichaltrigen Frauen) als Mitglieder in Sportver-

einen gemeldet (gemittelte Werte der Altersgruppen) [29]. Differenzierte Angaben zu den ausgeübten Sportarten sowie zur Trainingshäufigkeit sind in den Statistiken des Deutschen Olympischen Sportbundes leider nicht enthalten. Sport treiben kann man allerdings auch in zahlreichen weiteren Kontexten, unter anderem in Fitnessstudios, bei Angeboten aus den Bereichen Prävention, Kuration, Rehabilitation oder aber individuell, unabhängig von Kursen und Sportgruppen. Zu diesen Sporttreibenden liegen allerdings keine zusammenfassenden Statistiken vor.

In der GEDA-Studie 2009, in der das Sportverhalten unabhängig von der Organisationsform erfragt wurde, geben 63,8% der Männer an, in den drei Monaten vor der Befragung sportlich aktiv gewesen zu sein. Der Anteil der sportlich Aktiven ist dabei bei jüngeren Männern höher als bei älteren (siehe Abbildung 3.1.3). 26,4% der aktiven Männer waren bis zu zwei Stunden pro Woche sportlich aktiv, 32,3% zwischen zwei und vier Stunden und 41,3% für mehr als vier Stunden. Bei genauerer Betrachtung der sportlich inaktiven und der sehr aktiven Männer in den verschiedenen Altersgruppen zeigt sich, dass in jüngeren Altersgruppen der Anteil der sportlich sehr Aktiven (mehr als vier Stunden pro Woche) höher sowie der Anteil der Inaktiven geringer ist als in höheren Altersgruppen (siehe Abbildung 3.1.3). Dieses Ergebnis konnte bereits im Bundes-Gesundheitssurvey des Robert Koch-Instituts von 1998 gezeigt werden [30]. Deutliche Unterschiede in der sportlichen Aktivität sind auch entlang des sozialen Status festzustellen. Im Gegensatz zur körperlichen Aktivität, die oben beschrieben wurde, ist die Sportbeteiligung bei Männern in der niedrigen Statusgruppe am geringsten und in der hohen Statusgruppe am höchsten. Bei statistischer Kontrolle des Alterseinflusses zeigt sich, dass Männer aus der hohen Statusgruppe im Verhältnis zu Männern aus der niedrigen Statusgruppe eine um den Faktor 3,4 erhöhte Chance haben, sportlich aktiv zu sein [25].

Regelmäßiger sportlicher Aktivität stehen auch Barrieren gegenüber, die in Abhängigkeit von Lebensphasen unterschiedlich starke Bedeutungen haben können. Neben physischen, emotionalen, motivationalen und angebotsbezogenen Barrieren stehen zeitliche Gründe, die durch verschiedene Lebensumstände, wie zum Beispiel

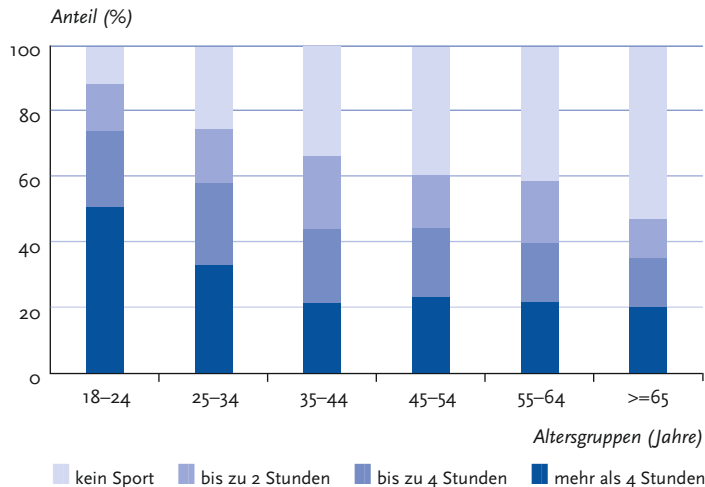
die Betreuung eines Kindes, auftreten, für Männer (und Frauen) an erster Stelle [18, 31]. Auch wenn die Betrachtung von Lebensphasen in Bezug auf sportliche Aktivität empirisch bislang nicht ausreichend untersucht wurde und uneinheitliche Ergebnisse existieren, legen beispielsweise die Längsschnittdaten des SOEP eine erhöhte Aufhörquote bei Männern mit unter 6-jährigen Kindern nahe, verglichen mit Männern, die keine oder ältere Kinder haben [32].

Auch migrationspezifische Unterschiede zeigen sich hinsichtlich des sportlichen Aktivitätsverhaltens. So ist gemäß den KiGGS-Daten bereits bei Kindern ein Migrationshintergrund mit einer verringerten Wahrscheinlichkeit für sportliche Aktivität assoziiert, und zwar sowohl bei Ausüben sportlicher Aktivität innerhalb als auch außerhalb eines Sportvereins [33]. Auch für Erwachsene zeigen Studien aus verschiedenen Ländern eine häufigere sportliche Inaktivität bei vorliegendem Migrationshintergrund im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung [34]. Die Unterschiede hinsichtlich des sportlichen Aktivitätsverhaltens zwischen Erwachsenen mit und ohne Migrationshintergrund scheinen jedoch in Abhängigkeit von Herkunftsland, Einwanderungsalter, Aufenthaltsdauer und Sprachkenntnissen zu differieren [34]. Mögliche Gründe für den Zusammenhang zwischen sportlicher Inaktivität und Migrationshintergrund stellen finanzielle Aspekte, kulturelle Faktoren, aber auch körperlich häufig aktiv ausgeübte berufliche Tätigkeiten dar, die einem sportlich aktiven Freizeitverhalten möglicherweise entgegenstehen. Insgesamt ist allerdings das sportliche Aktivitätsverhalten von Jungen beziehungsweise Männern mit Migrationshintergrund bislang nicht ausreichend untersucht.

Während fast zwei Drittel der Männer angeben, Sport zu treiben, und sogar jeder Zweite darauf achtet, im Alltag ausreichend körperlich aktiv zu sein, erfüllt nur weniger als ein Viertel der erwachsenen Männer die Mindestempfehlungen der WHO für körperliche Aktivität. Ein Blick auf das Freizeitverhalten von Männern hilft dabei, Erklärungen hierfür zu finden. Männer widmen ihre Freizeit (in zeitlich absteigender Reihenfolge) dem Fernsehen, sozialen Kontakten, Lesen/Computer, Hobbys und dem Sport [35]. Auf Fernsehen entfällt dabei im Durchschnitt viermal so viel Zeit pro Tag wie auf sportliche Aktivitäten. Auch wenn

Abbildung 3.1.3
Wöchentliche Dauer der sportlichen Aktivitäten in den letzten drei Monaten von Männern, differenziert nach Altersgruppen

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



fast zwei Drittel der Männer sportlich aktiv sind, reicht die pro Tag durchschnittlich für Sport investierte Freizeit oder/und die Intensität in den meisten Fällen nicht aus, um die Empfehlungen der WHO von täglich mindestens 30-minütiger körperlicher Aktivität zu erfüllen. Während sich früher aufgrund aktiv zurückgelegter Wegstrecken und vermehrt körperlicher Tätigkeiten in Alltag, Beruf und Haushalt ein aktiver Alltag mit positiven Auswirkungen auf die Gesundheit ergab, werden körperliche Aktivitäten im Alltag heute zunehmend ersetzt, zum Beispiel durch motorisierte Transportmittel, Rolltreppen, Fahrstühle oder Online-Einkäufe. Welchen Stellenwert körperliche Aktivität und Sport für die Gestaltung der Freizeit einnehmen, wird heute entscheidend davon bestimmt, wie gern man sich bewegt. Neben der Reduzierung der Fernseh- und Erhöhung der Aktivitäts- und Sportzeiten können auch kleine Verhaltensänderungen zu einem körperlich aktiven Lebensstil beitragen, wie zum Beispiel Treppensteigen anstelle von Rolltreppen- oder Fahrstuhlbenutzung oder das Zurücklegen von Wegstrecken zu Fuß oder mit dem Rad anstelle des Autos oder öffentlicher Transportmittel.

3.1.4 Diskussion

Für die Aufnahme von körperlicher Aktivität und Sport im Alltag spielen passende, ansprechende und gut erreichbare Angebote eine wichtige Rolle. Die Partizipation an regelmäßiger, gesundheitsförderlicher sportlicher Aktivität ist ein dauerhafter Verhaltensprozess, in dem Schwierigkeiten der Aufnahme, Gefahren eines vorzeitigen Abbruchs und Probleme der Aufrechterhaltung zu durchlaufen sind, wobei kognitive, biologische, strukturelle und psychische Faktoren eine Rolle spielen [18]. Für Männer ergibt sich aktuell zwar eine höhere Sportbeteiligung im Vergleich zu Frauen, allerdings hat sich der Sportmarkt in den letzten Jahren zunehmend auf Frauen konzentriert. Sie werden von Gesundheitsangeboten, Frauen-Studios und den entsprechenden Produkten angesprochen und nutzen diese Angebote zunehmend. Männer fühlen sich von gesundheitsfördernden Sportangeboten seltener angesprochen. Dies hängt mit Unterschieden im Gesundheits- und Körperbewusstsein von Männern und Frauen zusammen [36, 37]. Insbesondere mit zunehmendem Alter sind allerdings von Männern präferierte Sportarten, die sich durch Leistung, Risikoorientierung und das Erfahren individueller Grenzen auszeichnen, nicht mehr geeignet. Der

altersbedingte Abbau der körperlichen Leistungsfähigkeit steht der Ausübung solcher Sportarten entgegen [14]. Insbesondere für ältere Männer sind deshalb adäquate Angebote aus dem Bereich Gesundheitssport wichtig, damit sie sportlich aktiv bleiben.

Um Männer jeden Alters zu regelmäßiger körperlicher Aktivität und zu Gesundheitssport zu motivieren, sind bei der Konzeption entsprechender Angebote drei Aspekte zu berücksichtigen [12]:

- ▶ das männliche Selbstbild (traditionell mit Eigenschaften wie Stärke, Dominanz und Unabhängigkeit verbunden)
 - ▶ das männliche Verständnis von körperlicher Aktivität und Sport, das durch die Verbesserung der Leistungsfähigkeit und den Leistungsvergleich mit anderen charakterisiert ist
 - ▶ Barrieren, die Männer an der Nutzung bestimmter Angebote hindern, wie beispielsweise zeitliche Ressourcen, Kompetenzeinschätzung und die männerspezifische Benennung der Angebote (Muskeltraining anstatt Rückenschule).
- Lauffreize, Betriebssportangebote und Fitnessstudios scheinen erfolgreiche Konzepte zur Gestaltung von Bewegungsangeboten zu sein, die den Zielen von Gesundheitssport und Prävention und gleichzeitig den sportlichen Zielsetzungen von Männern und ihrem Selbstbild entsprechen [12]. So werden mit Betriebssportangeboten auch Männer erreicht, die aufgrund beruflicher und familiärer Anforderungen oder mangelnder Motivation in ihrer Freizeit nicht ausreichend körperlich aktiv sind. Das Fitnessstudio ermöglicht hingegen flexible Trainingszeiten in der Freizeit. Im gruppenorientierten Lauffreize kann die Belastung individuell dosiert, aerobe Ausdauer, Kraft und Beweglichkeit verbessert und diese Fähigkeiten dann beispielsweise bei größeren Laufveranstaltungen mit anderen gemessen werden. Optimal sind eine Kombination dieser Angebote sowie ein aktives alltägliches Bewegungsverhalten. Wie Prävention im Allgemeinen männerspezifisch gestaltet werden kann, ist Thema des 6. Kapitels Männerspezifische Prävention und Gesundheitsförderung.

Literatur

1. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2005) Körperliche Aktivität. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 26. RKI, Berlin
2. Bös K, Brehm W (2006) Handbuch Gesundheitssport. Hofmann, Schorndorf
3. Hollmann W, Strüder HK, Diehl J (2006) Körperliche Aktivität und Gesundheit. Blickpunkt DER MANN 4 (3): 11–15
4. Landmann U, Kloock B, König D et al. (2007) Sport und Salutogenese – körperliche Aktivität als Gesundheitsfaktor. Blickpunkt DER MANN 5 (4): 10–15
5. Brehm W, Bös K, Opper E et al. (2002) Gesundheitssportprogramme in Deutschland. Hofmann, Schorndorf
6. Schlicht W, Brand R (2007) Körperliche Aktivität, Sport und Gesundheit – Eine interdisziplinäre Einführung. Juventa, München
7. Woll A (2006) Sportliche Aktivität, Fitness und Gesundheit im Lebenslauf – Eine internationale Längsschnittstudie. Beiträge zur Lehre und Forschung im Sport. Band 154. Hofmann, Schorndorf
8. Bös K, Brehm W (1998) Zur Konzeption des Handbuchs: Zugänge zum Gesundheitssport. In: Bös K, Brehm W (Hrsg) Gesundheitssport Ein Handbuch. Hofmann, Schorndorf, S 7–14
9. Combrink C, Hartmann-Tews I, Tischer U (2007) Sportlich aktives Altern – Eine Frage des Geschlechts? In: Hartmann-Tews I, Dahmen B (Hrsg) Sportwissenschaftliche Geschlechterforschung im Spannungsfeld von Theorie, Politik und Praxis. Czwalina Verlag, Hamburg
10. Hartmann-Tews I (2009) Gesundheit und Sport im höheren Lebensalter: Eine Frage des Geschlechts? In: Hartmann-Tews I, Combrink C (Hrsg) Gesundheit, Bewegung und Geschlecht Brennpunkte der Sportwissenschaft. Academia Verlag, Sankt Augustin
11. Kugelmann C (2000) Starke Mädchen, schöne Frauen, selbstbewusste Männer – durch Sport? Spektrum Freizeit 22: 61–68
12. Pfeffer I, Alfermann D (2006) Fitnesssport für Männer – Figurtraining für Frauen?! Gender und Bewegung. In: Kolip P, Altgeld T (Hrsg) Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention: theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis. Juventa-Verlag, Weinheim
13. West C, Zimmermann D (1987) Doing gender. Gender & Society 1 (2): 125–151
14. Bös K, Worth A, Opper E et al. (2009) Motorik-Modul: Eine Studie zur motorischen Leistungsfähigkeit und körperlich-sportlichen Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. For-

- schungsreihe des Bundesministeriums für Familien, Senioren, Frauen und Jugend. Band 5. Nomos, Baden-Baden
15. World Health Organization (2010) Global Recommendations on Physical Activity for Health. WHO Press, Schweiz
 16. Bässler R (1998) Sport und Gesundheit. Sportliche Aktivität als zentrale Größe von Fitness, Zufriedenheit und Gesundheitsstabilität. Eigenverlag, Wien
 17. Woll A (1996) Gesundheitsförderung in der Gemeinde – eine empirische Untersuchung zum Zusammenhang von sportlicher Aktivität, Fitneß und Gesundheit bei Personen im mittleren und späteren Erwachsenenalter LinguaMed, Neu-Isenburg
 18. Pahmeier I (2006) Barrieren vor und Bindung an gesundheitssportliche Aktivität. In: Bös K, Brehm W (Hrsg) Handbuch Gesundheitssport Band 120. Hofmann, Schorndorf, S 222–235
 19. Woll A, Tittlbach S, Bös K (2006) Aktivität und Gesundheit im Erwachsenenalter. In: Bös K, Brehm W (Hrsg) Handbuch Gesundheitssport Band 120. Hofmann, Schorndorf, S 129–141
 20. Schroedter J, Lechert Y, Lüttinger P (2006) Die Umsetzung der Bildungsskala ISCED-1997 für die Volkszählung 1970, die Mikrozensus-Zusatzerhebung 1971 und die Mikrozensus 1976–2004 (Version), ZUMA-Methodenbericht 2006/08
 21. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO) (1997) International Standard Classification of Education ISCED
 22. Pate RR, Pratt M, Blair SN et al. (1995) Physical activity and public health. *JAMA* 273: 402–407
 23. Breuer C (2004) Zur Dynamik der Sportnachfrage im Lebenslauf. *Sport und Gesellschaft* 1: 50–72
 24. Rulofs B, Combrink C, Borchers I (2002) Sportengagement im Lebenslauf von Frauen und Männern. In: Allmer H (Hrsg) Sportengagement im Lebenslauf Brennpunkte der Sportwissenschaft. Academia Verlag, Sankt Augustin, S 39–59
 25. Lampert T, Mensink GBM, Müters S (2012) Körperlich-sportliche Aktivität bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell 2009. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitschutz* 55: 102–110
 26. Finger JD, Tylleskär T, Lampert T et al. (2012) Physical activity patterns and socioeconomic position: the German National Health Interview and Examination Survey 1998 (GNHIES98). *BMC public health* 12: 1079
 27. Caspersen CJ, Powell KE, Christensen GM (1985) Physical activity, exercise and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Rep* 100: 126–131
 28. US Department of Health and Human Services (1996) Physical activity and health: A report of the Surgeon General Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, USA
 29. Deutscher Olympischer Sportbund (DOSB) (2010) DOSB I Bestandserhebungen 2010. www.dosb.de/fileadmin/fm-dosb/downloads/bestandserhebung_2010_Heftvorlage_-_Version_01_10_2010-Druck.pdf (Stand: 13.05.2013)
 30. Mensink GBM (1999) Körperliche Aktivität. *Gesundheitswesen* 61: 126–131
 31. Pahmeier I (2008) Sportliche Aktivität aus der Lebenslaufperspektive. *Z Gerontol Geriat* 41: 168–176
 32. Klein T, Becker S (2008) Gibt es wirklich eine Reduzierung sportlicher Aktivität im Lebenslauf? Eine Analyse alters- und kohortenbezogener Unterschiede in der Sportaktivität. *Zeitschrift für Soziologie* 37: 226–245
 33. Lampert T, Mensink GBM, Romahn N et al. (2007) Körperlich-sportliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitschutz* 50: 634–642
 34. Meinschmidt G (Hrsg) (2007) Gesundheitsberichterstattung Berlin. Basisbericht 2006/2007. Daten des Gesundheits- und Sozialwesens. Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, Berlin
 35. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und Statistisches Bundesamt (Hrsg) (2003) Wo bleibt die Zeit? Die Zeitverwendung der Bevölkerung in Deutschland von 2001/02. BMFS-FJ, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
 36. Jordan S, von der Lippe E, Hagen C (2011) Verhaltenspräventive Maßnahmen zur Ernährung, Bewegung und Entspannung. In: Robert Koch-Institut (Hrsg) Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2009«. RKI, Berlin, S 23–33
 37. Klein ML (2006) Geschlechtsbezogene Vermarktungsstrategien kommerzieller Sportanbieter. In: Hartmann-Tews I, Rulofs B (Hrsg) Handbuch Sport und Geschlecht Beiträge zur Lehre und Forschung im Sport Band 158. Hofmann, Schorndorf, S 211–218

3.2 Ernährungsverhalten und Übergewicht

Die Ernährung spielt eine zentrale Rolle für unsere Gesundheit. Deshalb können Unterschiede im Ernährungsverhalten zwischen Männern und Frauen zu geschlechtsspezifischen Ungleichheiten in der Gesundheit beitragen. Essen Männer anders als Frauen und warum? Diese Fragen sind nicht einfach zu beantworten, da die Lebensmittelwahl durch biologische, ökonomische, psychosoziale und andere Faktoren, die oftmals miteinander interagieren, beeinflusst wird [1, 2]. Rein biologisch betrachtet, sind Männer im Durchschnitt größer, haben mehr Muskelmasse und ein höheres Gewicht und damit einen 25–30 % höheren Energiebedarf als gleichaltrige Frauen, bei gleichem körperlichen Aktivitätsniveau [3]. Bedingt durch das generell höhere Körpergewicht haben sie auch einen höheren Proteinbedarf [3]. Möglicherweise ist hierdurch die Präferenz für energie- und proteinreiche Ernährung stärker ausgeprägt. Außerdem wird die Geschmacksempfindung durch genetische Faktoren bestimmt [4].

Jedoch spielen auch soziale und psychologische Faktoren eine Rolle bei der täglichen Zusammenstellung der Mahlzeiten. Präferenzen für bestimmte Lebensmittel werden durch Erfahrungen, Sozialisation und den regelmäßigen Konsum geprägt. Auch eine gewünschte Identifikation mit bestimmten sozialen Gruppen sowie Einstellungen und Überzeugungen können das Essverhalten beeinflussen [1]. Zur Erklärung der Unterschiede im Essverhalten zwischen Männern und Frauen kann herangezogen werden, dass bestimmte Ernährungsweisen und Vorlieben für Speisen, aber auch die Art und Weise, wie man isst, als typisch männlich oder weiblich empfunden werden. Sie werden von Männern und Frauen – bewusst oder unbewusst – zur Identifikation mit dem Geschlecht eingesetzt [5, 6]. So geht aus vielen Studien hervor, dass Männer aus westlichen Kulturkreisen deftige und fleischreiche Mahlzeiten bevorzugen und leichte Mahlzeiten wie Salate und Suppen als typisch weiblich empfinden [2]. Beispielsweise nahmen britische Männer in einer Studie eine gesunde Ernährung als weniger geschmackvoll und unbefriedigend war [7]. Wenn Männer sich für eine gesunde Ernährung entscheiden, dann oftmals mit dem Ziel, ihre Kraft

und körperliche Fitness zu verbessern, während bei Frauen vorrangig die Gewichtskontrolle eine Rolle spielt [2].

Sowohl die Ernährung als auch die körperliche Aktivität (siehe Kapitel 3.1 Körperliche Aktivität und Sport) bestimmen die Energiebilanz des Körpers. Fällt sie langfristig positiv aus, entsteht Übergewicht. Am Ende des vorliegenden Kapitels wird auch auf die Folgen von ungünstigen Ernährungsmustern (und mangelnder Aktivität) eingegangen. Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Männern wird dargestellt.

Informationen zum Ernährungsverhalten von Männern in Deutschland liegen aus den Gesundheitsstudien des Robert Koch-Instituts (RKI) und der Nationalen Verzehrsstudie des Max Rubner-Instituts (MRI), Bundesforschungsinstitut für Ernährung und Lebensmittel, vor. Im Ernährungssurvey 1998 des RKI, einem Modul des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 (BGS98) wurden repräsentative Daten zum Lebensmittelverzehr und zur Nährstoffaufnahme erhoben. Insgesamt 4.030 18- bis 79-jährige Männer und Frauen wurden befragt [8]. Der Lebensmittelverzehr wurde mit einem Diet-History-Interview erfasst (Erhebungsinstrument DISHES). Es wurde erfragt, welche Lebensmittel und Getränke wie häufig und in welche Mengen in den letzten vier Wochen verzehrt wurden. Die Nationale Verzehrsstudie II (NVS II) stellt aktuellere repräsentative Daten zum Lebensmittelverzehr und zum weiteren Ernährungsverhalten für die deutschsprachige Bevölkerung im Alter von 14 bis 80 Jahren zur Verfügung. Insgesamt nahmen 19.329 Frauen und Männer im Zeitraum von 2005 bis 2007 an der Studie teil [9]. Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse aus der NVS II stammen aus sogenannten »24-Stunden-Recalls«. Die Teilnehmenden wurden an zwei unterschiedlichen Tagen detailliert befragt, was sie in den vergangenen 24 Stunden gegessenen und getrunken hatten. Schließlich stellt der telefonische Gesundheitssurvey »Gesundheit in Deutschland aktuell 2009« (GEDA 2009) aktuelle Informationen über den Obst- und Gemüseverzehr von Erwachsenen in Deutschland zur Verfügung [10]. In GEDA 2009 wurden 21.262 zufällig ausgewählte Personen ab 18 Jahren befragt.

Aktuelle anthropometrische Daten für Erwachsene können aus der ersten Welle der »Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland« (DEGS1) des Robert Koch-Instituts entnommen werden [11]. Zwischen 2008 und 2011 nahmen 8.152 Erwachsene an DEGS1 teil. Ergänzend werden Befragungsdaten aus dem Mikrozensus dargestellt, der alle vier Jahre eine freiwillige Zusatzbefragung zur Gesundheit enthält (unter anderem Fragen zu Körpergröße und Körpergewicht) [12].

Daten zur Ernährungssituation von Jungen stammen aus EsKiMo, dem Ernährungs-Modul der »Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland« (KiGGS). Im Jahr 2006 wurde die Ernährung von 2.506 6- bis 17-jährigen Jungen und Mädchen repräsentativ für Deutschland erfasst. Für die Altersgruppe 6 bis 11 Jahre führten die Eltern zusammen mit ihrem Kind über drei Tage ein Ernährungsprotokoll. Mit den 12- bis 17-Jährigen wurde ein standardisiertes Diet-History-Interview mit Hilfe des Erhebungsinstrumentes DISHES geführt [13].

3.2.1 Lebensmittelverzehr

Hinsichtlich des Lebensmittelverzehrs lassen sich bereits im Jugendalter geschlechtsspezifische Unterschiede feststellen: Jungen ernähren sich tendenziell ungesünder. Sie essen weniger Obst und Gemüse und mehr tierische Lebensmittel als gleichaltrige Mädchen [13]. Für männliche Jugendliche wurde außerdem ein erhöhter Konsum von Süßwaren, süßen Getränken und Fast Food im Vergleich zu weiblichen Jugendlichen ermittelt [14]. Für viele Verhaltensweisen bilden sich in der Jugend geschlechtsspezifische Unterschiede heraus, wobei die Identifikation mit Geschlechterrollen eine wichtige Rolle spielt. Jungen zeigen dementsprechend ein tendenziell risikofreudigeres und weniger gesundes Verhalten als Mädchen (siehe Kapitel 1.1 Was beeinflusst die Gesundheit von Männern?). Auf der Basis eines zusammenfassenden Index »Gesunde Ernährung« zeigen sich in KiGGS derartige Geschlechterdifferenzen vor allem bei deutschen Jugendlichen ohne Migrationshintergrund, jedoch kaum in den großen Migrantengruppen mit türkischer und russland-deutscher Herkunft. Hier sind die Unterschiede

zwischen diesen Migrantengruppen bedeutender als die Unterschiede nach Geschlecht [15].

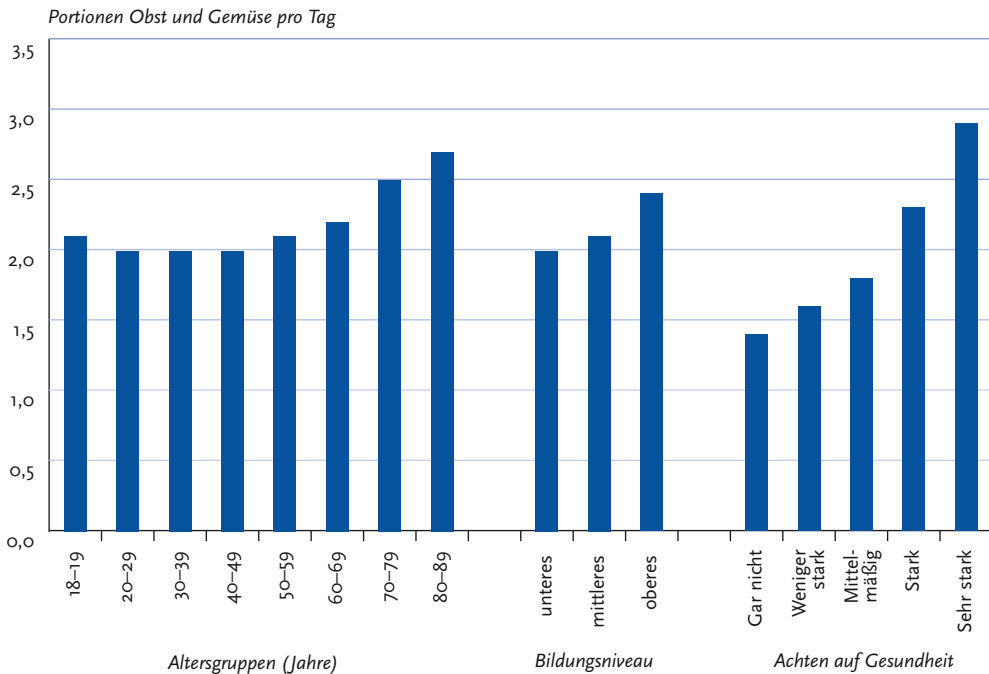
Die Daten des Ernährungssurveys 1998 zeigen, dass Männer von fast allen Lebensmitteln mehr aßen als Frauen (absolute Mengen). Frauen konsumierten lediglich mehr Obst und Wasser. Der Verzehr von Gemüse und Tee war bei Männern und Frauen etwa gleich. Bezogen auf die insgesamt verzehrten Lebensmittel nahmen Männer jedoch anteilig weniger Getreide, Kuchen/Kekse, Eier, Obst, Milch/Käse, Süßigkeiten, Blatt-, Kohl- und weitere Gemüsearten, tierische Fette (z.B. Butter) sowie Backwaren/Snacks zu sich als Frauen. Dafür nahmen sie absolut und anteilmäßig mehr Fisch, Fleisch, Wurstwaren, Kartoffeln und pflanzliche Fette zu sich [16]. Aus diesen Differenzen ergibt sich zusammengefasst eine höhere Präferenz der Männer für den Konsum von Fleischprodukten und eine geringere Präferenz für ballaststoffreiche Lebensmittel. Eine Ernährungsmusteranalyse ergab, dass Männer wesentlich häufiger ein Ernährungsmuster zeigten, das geprägt ist von einem höheren Verzehr an industriell verarbeiteten Lebensmitteln [17].

Ähnliche Differenzen im Lebensmittelverzehr wurden in der Nationalen Verzehrsstudie II (NVS II) festgestellt [18]. Demnach aßen Männer im Altersbereich von 15 bis 80 Jahren fast doppelt so viel Fleisch, Fleischerzeugnisse und Wurstwaren wie Frauen. Außerdem konsumierten Männer mehr Brot, Getreide und Getreideerzeugnisse, wie Reis, Nudeln oder Cerealien. Männer aßen auch mehr Zucker, Süßwaren, Backwaren wie Kuchen, Torten und Gebäck und tranken mehr Fruchtsäfte und Nektar. Der Konsum von Milchprodukten wurde in der NVS II sehr differenziert ausgewertet: Demnach tranken Männer mehr Milch aber verzehrten weniger Milcherzeugnisse wie Joghurt, Buttermilch, Kefir oder Molke als Frauen. Beim Käse und Quark gab es kaum geschlechtsspezifische Unterschiede. Erneut zeigte sich, dass Männer mit durchschnittlich 143 g pro Tag deutlich weniger Obst aßen als Frauen (182 g pro Tag). Der Gemüseverzehr war bei Männern und Frauen mit 124 g pro Tag etwa gleich. Allerdings verzehrten die Männer mehr erhitztes Gemüse und Gemüseezeugnisse und weniger unerhitztes Gemüse als Frauen. Während der geschlechtsspezifische Unterschied beim Bierkonsum im Vergleich zum Ernährungssurvey 1998 leicht zurückgegangen war, war dieser beim

Abbildung 3.2.1

Mittlere Anzahl Portionen Obst und Gemüse pro Tag bei Männern, differenziert nach Alters- und Bildungsgruppen und den Eigenangaben auf die Frage »Wie stark achten Sie im Allgemeinen auf Ihre Gesundheit?«

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



Limonadenverzehr gestiegen. Zum Zeitpunkt der NVS II (2006) tranken Männer etwa doppelt so viel Limonade und mehr als sechsmal so viel Bier wie Frauen. Frauen tranken dafür mehr Wasser, Kräuter- sowie Früchtetee.

In der GEDA-Studie 2009 gaben 52,5% der Männer an, täglich Obst zu essen. Gemüse steht bei 37,2% der Männer jeden Tag auf dem Speiseplan (Frauen: Obst 71,5%, Gemüse 53,8%) [19]. GEDA 2009 zeigte auch, dass Männer mit zunehmendem Alter mehr Portionen Obst und Gemüse pro Tag essen (siehe Abbildung 3.2.1). Außerdem stieg die Anzahl der Portionen je stärker die Männer auf ihre Gesundheit achteten und je körperlich aktiver sie waren. Besser gebildete Männer und Männer mit höherem Einkommen greifen ebenfalls öfter zu Obst und Gemüse als sozioökonomisch schlechter gestellte Männer [10]. Allerdings sind die Unterschiede im Obst- und Gemüsekonsum nach Bildung und Einkommen bei Männern weniger stark ausgeprägt als bei Frauen [10]. Auch das Alter spielt bei Männern eine Rolle,

so zeigt sich beispielsweise ein Zusammenhang zwischen täglichem Obstverzehr und Bildungsstatus bei Männern erst ab dem Alter von 45 Jahren, bei Frauen hingegen in allen Altersgruppen [19].

3.2.2 Nährstoffaufnahme

Obwohl die Ernährung der Männer pro Energieeinheit (Kilokalorie oder Joule) weniger Ballaststoffe, Kohlenhydrate, Vitamine und Mineralstoffe enthält als die der Frauen, nehmen sie insgesamt – bedingt durch die höhere Energieaufnahme – mehr von diesen Nährstoffen auf (Ausnahmen sind Kohlenhydrate, Vitamin A und Zink). Entsprechend ist auch die Bedarfsdeckung für diese Nährstoffe in der Regel etwas besser als bei Frauen [16]. In der NVS II weisen Männer eine höhere Zufuhr an Energie sowie Vitaminen und Mineralstoffen als Frauen auf (mit Ausnahme von Vitamin C), was sich durch den höheren Lebensmittelverzehr der Männer erklären lässt. Die mittlere Zufuhr der

meisten Vitamine und Mineralstoffe liegt bei den Männern im Bereich der in Deutschland gegebenen Empfehlungen. Dies trifft allerdings nicht für Folat und Calcium zu [18].

Ein Ernährungsqualitätsindex, basierend auf dem Erreichen der Vitamin- und Mineralstoffempfehlungen, ergab insgesamt bessere Werte für Männer. Der Index war insbesondere bei den Männern erhöht, die sich abwechslungsreich ernährten, bei Vegetariern und bei Männern mit hoher Energieaufnahme [20]. Eine qualitativ bessere Ernährung zeigte sich, auch mit zunehmendem Alter der Männer, bei höher gebildeten und einkommensstarken Männern sowie bei sportlich Aktiven. Eher ungünstig ist, dass Männer im Vergleich zu Frauen insgesamt mehr Fett, Cholesterin, Protein und Alkohol aufnahmen (siehe auch Kapitel 3.4 Alkohol).

3.2.3 Ernährungswissen, Lebensmitteleinkauf und -zubereitung

Vieles deutet darauf hin, dass Männer sich in der Regel weniger intensiv mit ihrer Ernährung befassen als Frauen. Beispielsweise ist gesunde Ernährung in typischen Frauenzeitschriften ein wichtiges Thema, während dies in typischen Männerzeitschriften bisher kaum eine Rolle spielt. Immerhin informieren sich laut NVS II 58,1% der Männer aus verschiedenen Informationsquellen über Ernährungsfragen, bei den Frauen geben dies 74,3% an [9]. In den höheren Altersgruppen steigt bei Männern das Interesse an Ernährungsthemen, und Männer mit höherem Schulabschluss (Abitur/Fachhochschulreife) informieren sich öfter als Hauptschulabsolventen. Nach Daten der Nationalen Verzehrsstudie II ist das Ernährungswissen bei Männern geringer. Die Bedeutung der Ernährungskampagne »5 am Tag« kennen beispielweise nur halb so viele Männer wie Frauen (17,7% vs. 39,9%) [9]. Auch bei dieser Frage zeigten sich die oben genannten Unterschiede entlang des Bildungsniveaus. Bei ernährungsbezogenen Angeboten der Gesetzlichen Krankenversicherung (z.B. Kurse zur Ernährungsberatung) sind immerhin ein Fünftel der Teilnehmenden Männer [21].

Beim Lebensmitteleinkauf ist die Zuständigkeit offenbar geschlechtsspezifisch verteilt: Insgesamt

übernehmen 28,6% der Männer und 65,4% der Frauen allein den Einkauf [9]. Sogar unter den allein lebenden Männern kauft ein Drittel nicht selbst die benötigten Lebensmittel ein. Auch die Mahlzeitenzubereitung obliegt in Paarhaushalten nur selten den Männern. Sie wenden im Durchschnitt eine Viertelstunde pro Tag dafür auf (Frauen etwa dreimal so viel) [22]. Laut der Nationalen Verzehrsstudie II schätzte im Jahr 2006 etwa ein Drittel aller Männer die eigenen Kochfähigkeiten als sehr gut oder gut ein, bei den Frauen waren es doppelt so viele (Männer 31,9%, Frauen 65,2%). Unter den 25- bis 65-jährigen Männern sind etwa ein Drittel »gute Köche«. In dieser Altersgruppe war der Anteil der Männer, die eine Reihe von vorgegebenen Gerichten bereits selbst zubereitet hatten, auch am größten. Unter den Senioren gab jeder zweite Mann an, kaum oder gar nicht kochen zu können.

Unterschiede im Interesse am Thema Ernährung und in den Lebensmittelpreferenzen spiegeln sich auch in der Häufigkeit spezieller Ernährungsweisen wider und das bereits im Jugendalter. Lediglich 1,5% der 12- bis 17-jährigen Jungen ernähren sich laut EsKiMo vegetarisch oder fleischlos (kann Fisch enthalten), Mädchen zu 7,8% [13]. Von den männlichen Teilnehmenden des Ernährungssurveys 1998 geben 2,9% eine ausschließlich oder überwiegend vegetarische Ernährungsweise an (Frauen 6,7%) [16]. In der NVS II sind die Anteile geringer, wenngleich sich auch hier deutlich weniger Männer als Frauen als Vegetarier bezeichnen [9].

3.2.4 Übergewicht und Adipositas

Männer essen in der Regel größere Portionen als Frauen, was zum Teil auf den höheren Energiebedarf zurückzuführen ist. Die Höhe des tatsächlichen, aktuellen Energiebedarfs hängt auch vom Umfang der körperlichen Aktivität ab. Hier zeigt sich, dass die Empfehlung der WHO für die wöchentliche körperliche Aktivität von einem Großteil der Männer nicht erfüllt wird: Nur etwa jeder vierte Mann ist an mindestens 5 Tagen in der Woche für mindestens 30 Minuten am Tag körperlich aktiv (siehe Kapitel 3.1 Körperliche Aktivität und Sport). Ist langfristig die Energieaufnahme höher als der Bedarf, dann entsteht Übergewicht. Über-

gewicht wird meistens über den Body Mass Index (BMI) definiert. Der BMI errechnet sich aus dem Körpergewicht in Kilogramm geteilt durch das Quadrat der Körpergröße in Meter. Folgende Gruppierung der BMI-Werte ist international gebräuchlich:

- ▶ BMI unter $18,5 \text{ kg/m}^2$ > untergewichtig
- ▶ BMI von $18,5$ bis unter 25 kg/m^2 > normalgewichtig
- ▶ BMI von 25 kg/m^2 oder mehr > übergewichtig
- ▶ BMI von 30 kg/m^2 oder mehr > stark übergewichtig bzw. adipös.

Übergewicht geht mit einem höheren Risiko für Herz-Kreislauf-Krankheiten, bestimmte Krebsarten, Diabetes mellitus Typ 2 und – bei starkem Übergewicht – frühzeitiger Sterblichkeit einher [23].

Der Anteil der übergewichtigen Männer ist höher als der von Frauen. Ein zu hohes Gewicht (BMI ≥ 25) haben derzeit etwa zwei Drittel (67,1%) der Männer und 53,0% der Frauen [11]. Während sich die Anteile übergewichtiger Männer und Frauen in der letzten Dekade nicht verändert haben, ist die Adipositasprävalenz bedeutend gestiegen, und zwar insbesondere bei Männern. Nach Daten des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 waren 18,9% der Männer und 22,5% der Frauen adipös, aktuell sind es 23,3% der Männer und 23,9% der Frauen. Die deutliche Zunahme der Adipositas zeigt sich besonders bei jungen Erwachsenen. Interessant ist eine genauere Betrachtung von Übergewicht

und Adipositas bei Männern nach Altersklassen (siehe Abbildung 3.2.2). Der Anteil der übergewichtigen Männer (BMI: $25\text{--}29,9$) beträgt laut der »Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland« (DEGS1) in der jüngsten Altersgruppe (18–29 Jahre) lediglich 26,7% und ist nur geringfügig höher als der Wert, der für junge Frauen ermittelt wurde. Im Altersverlauf ist bei Männern allerdings ein deutlicher Anstieg dieses Anteils festzustellen, der größer als bei den Frauen ausfällt. Von den 70- bis 79-Jährigen ist mehr als jeder zweite Mann moderat übergewichtig (Männer 51,3%, Frauen: 38,8%). Der Anteil stark übergewichtiger Männer (BMI ≥ 30) liegt bei den unter 30-Jährigen bei knapp über 10% und steigt kontinuierlich bis zum 6. Lebensjahrzehnt. In der Altersgruppe 60 bis 69 Jahre ist ein Drittel aller Männer von Adipositas betroffen, danach ist ein leichter Rückgang zu verzeichnen. Frauen sind etwa ab dem 70. Lebensjahr häufiger als Männer stark übergewichtig.

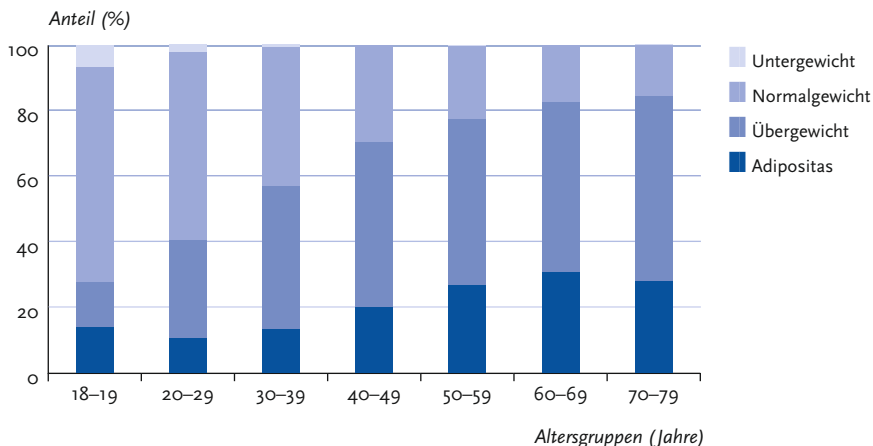
Ein sehr niedriger BMI wurde nur für eine kleine Gruppe von Teilnehmern ermittelt. Unter den 18- bis 29-Jährigen ist ihr Anteil am höchsten: 2,7% der jungen Männer sind untergewichtig (BMI $<18,5$; Frauen: 4,5%).

Beim Risiko für Übergewicht zeigen sich deutliche sozioökonomische Unterschiede. In der Nationalen Verzehrsstudie II waren beispielweise drei Viertel der Männer mit Hauptschulabschluss übergewichtig, aber nur etwa die Hälfte der Männer mit Hochschulreife (74,6% vs. 54,9%) [9].

Abbildung 3.2.2

Prävalenz von Übergewicht und Adipositas (in Prozent) bei Männern nach Altersgruppen

Quelle: DEGS1, Robert Koch-Institut [11]



Diesen Zusammenhang bestätigen auch die Daten des Robert Koch-Instituts: Adipositas ist umso seltener, je höher die Schulausbildung und der soziale Status der Männer ist [11, 19, 24, 25]. Ein signifikantes Absinken des BMI zeigte sich in der Nationalen Verzehrsstudie II außerdem mit steigendem Pro-Kopf-Einkommen (altersadjustiert) [9]. Die unterschiedlichen Lebensformen von Männern haben ebenfalls einen Einfluss auf ihr Körpergewicht. Für Männer, die in Partnerschaft leben, wurde auch bei Berücksichtigung des Alters ein signifikant höherer BMI als für allein lebende Männer ermittelt [9]. Bei den Frauen zeigten sich keine Unterschiede in Abhängigkeit von der Lebensform. Zudem beeinflusst auch die körperliche Aktivität das Gewicht (und umgekehrt): Männer, die mehr als zwei Stunden pro Woche Sport treiben, sind laut telefonischem Gesundheitssurvey 2003 des RKI weniger häufig adipös als diejenigen, die weniger oder gar keinen Sport treiben [19, 24].

Die Daten des Mikrozensus deuten darauf hin, dass Migranten ein etwas größeres Risiko haben, übergewichtig oder adipös zu sein, als Jungen und Männer ohne Migrationshintergrund [12]. Beispielsweise liegt die Übergewichtsrate (BMI ≥ 25 kg/m²) bei Migranten im Alter unter 25 Jahren um 4,7 Prozentpunkte höher als bei Nicht-Migranten (29,8% vs. 25,1%). Bei den 25- bis 34-Jährigen beträgt der Unterschied 5,6 Prozentpunkte (49,9% vs. 43,3%), bei den 35- bis 44-Jährigen 5,4 Prozentpunkte (63,0% vs. 57,6%). Danach werden die Unterschiede geringer, weisen aber in die gleiche Richtung. Vermutlich spielen hier Unterschiede im Ernährungsverhalten eine Rolle, jedoch gibt es dazu für Erwachsenen in Deutschland bisher keine entsprechenden Auswertungen.

Mit Blick auf die gesundheitlichen Folgen von Übergewicht, insbesondere das erhöhte Risiko von Herz-Kreislauf-Krankheiten, ist neben dem BMI auch die Verteilung der Fettdepots im Körper von Bedeutung. So ist eine verstärkte Ablagerung im Bauchbereich (abdominale Fettablagerung, die sogenannte Apfelform), die vor allem Männer vorweisen, unabhängig von dem BMI ein Risikofaktor für die Gesamtsterblichkeit [26, 27].

Die Ideale männlicher Attraktivität haben sich in den letzten 20 bis 30 Jahren erheblich geändert, so dass heute für viele Männer ein schlanker Körper mit ausgeprägten Muskeln das Ideal darstellt

[28]. Zur Vermeidung von Übergewicht sind eine dauerhafte Anpassung der Ernährung und ein körperlich aktiver Lebensstil am besten geeignet. Diäten, insbesondere kurzfristige Reduktionsdiäten, sind für die Gewichtsregulierung hingegen nicht empfehlenswert. Unter den männlichen Erwachsenen, die in der NVS II befragt wurden, schwankt der Anteil der Männer, die ihr Gewicht reduzieren möchten und deshalb aktuell eine Diät halten, je nach Altersgruppe zwischen 3 und 4% [9]. Bei den Frauen liegt der Anteil etwas höher und verringert sich mit steigendem Alter. Auch ein Teil der Kinder und Jugendlichen hat bereits Diäterfahrungen: laut der Ernährungsstudie EsKiMo des Robert Koch-Instituts etwa jeder zehnte Junge zwischen 12 und 17 Jahren und jedes vierte Mädchen [13]. Eine starke Fixierung auf eine »männliche Idealfigur« und unrealistische Wünsche, den eigenen Körper zu formen, können aber auch zur Entstehung einer Essstörungen bei Jungen oder Männern beitragen [28]. Nähere Informationen zu Essstörungen enthält das Kapitel 2.5 Psychische Störungen.

3.2.5 Diskussion

Die verfügbaren Studiendaten belegen eindeutig, dass Männer und Frauen unterschiedliche Ernährungsgewohnheiten haben. Männer essen beispielsweise mehr Fisch, Fleisch und Wurstwaren und weniger Obst. Männer bevorzugen deftige Speisen, Frauen mögen eher »leichte« Gerichte. In Bezug auf die Verzehrsempfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung stehen Männer etwas schlechter da: Während Frauen beim Fleisch- und Alkoholkonsum im Durchschnitt unterhalb der maximal empfohlenen Richtwerte bleiben, überschreiten Männer diese Werte deutlich. Die Daten zeigen allerdings auch – wie bei vielen anderen Aspekten des Gesundheitsverhaltens –, dass es »die Ernährung der Männer« nicht gibt. Alter, sozioökonomische Lage und auch die ethnische Herkunft beeinflussen, was Männer essen, und diese Unterschiede sind zum Teil bedeutsamer als die Differenzen zwischen den Geschlechtern.

Während die Datenlage hinsichtlich des Lebensmittelverzehr von Männern relativ gut ist und somit zum Beispiel auch die Nährstoffversor-

gung gut abgebildet werden kann, gibt es unterschiedliche Ansätze zur Erklärung männlichen Essverhaltens und – in der Konsequenz – Forschungsbedarf im Bereich der Ernährungsberatung für Männer. Für die Erklärung bestimmter Ernährungsmuster werden auf der einen Seite genetische Aspekte herangezogen. Allerdings erklären sie nur einen Teil des geschlechterspezifischen Essverhaltens. Aus einer soziologischen Perspektive werden die Befunde zur Ernährung von Männern und Frauen mit der sozialen Komponente von Geschlecht in Verbindung gebracht. Die Auswahl von Nahrungsmitteln, der Kontext, in dem gegessen wird, aber auch die Rolle bei der Zubereitung von Mahlzeiten stehen danach in engem Zusammenhang mit der Wahrnehmung und Darstellung von Geschlecht [29]. Dass sich Männer bei ihrer Ernährung beispielsweise stärker am Genuss orientieren, während bei Frauen Aspekte wie Kaloriengehalt und Gesundheit eine größere Rolle spielen, ist durch die in empirischen Studien beobachteten Unterschiede im Lebensmittelkonsum gut belegt [5].

Empirische Ergebnisse und soziologische Erklärungsansätze deuten darauf hin, dass sich Männer in Deutschland, aber auch in anderen Ländern aktuell weniger gesundheitsbewusst ernähren als Frauen. Parallel dazu zeigen die Daten zu Körpergröße und Gewicht in Deutschland, dass zwei Drittel der Männer derzeit übergewichtig sind, im Vergleich zur Hälfte der Frauen. Von starkem Übergewicht, das ein besonders hohes Gesundheitsrisiko darstellt, ist nahezu jeder vierte Mann betroffen. Weil ein zu hohes Gewicht sowohl mit der Energieaufnahme als auch dem Energieverbrauch zusammenhängt, kommt der körperlichen Aktivität große Bedeutung zu. Hier sehen wir zunächst eine hohe Sportbeteiligung bei den Männern, zwei Drittel sind sportlich aktiv (siehe Kapitel 3.1 Körperliche Aktivität und Sport). Zur körperlichen Aktivität zählt auch die körperliche Belastung am Arbeitsplatz, und hier sind Männer, insbesondere weniger gut gebildete Männer, oft stärker gefordert als Frauen (siehe Kapitel 4 Arbeit und Gesundheit). Allerdings ist trotz hoher Anteile körperlich-sportlich aktiver Männer Übergewicht weit verbreitet und hat in den letzten Jahren sogar zugenommen. Um Männer in Zukunft stärker für das Thema Ernährung bzw. gesunde Ernährung zu interessieren,

gibt es Nachbesserungsbedarf bei den Präventionsangeboten zu diesem Thema [21]. Sie sind selten auf die speziellen (Informations-) Bedürfnisse von Männern zugeschnitten. Wie sich diese genau gestalten, kann in Abhängigkeit von Alter, Lebensform, Bildungsgrad und ggf. Migrationshintergrund sehr unterschiedlich sein, und auch dies sollte berücksichtigt werden. Verbesserungspotenzial gibt es ebenfalls bei der Ansprache von Männern als Zielgruppe. Die geschlechtsspezifischen Konnotationen des Essverhaltens, wie sie aus einer ernährungssoziologischen Perspektive aufgezeigt werden können, finden bislang kaum Berücksichtigung. Wo und wie man Männer am besten erreichen kann, wird in Kapitel 6 Männer-spezifische Prävention und Gesundheitsförderung dargestellt.

Literatur

1. Gedrich K (2003) Determinants of nutritional behaviour: a multitude of levers for successful intervention? *Appetite* 41: 231–238
2. Mróz LW, Chapman GE, Oliffe JL et al. (2011) Men, Food, and Prostate Cancer: Gender Influences on Men's Diets. *American Journal of Men's Health* 5: 177–187
3. Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V., Österreichische Gesellschaft für Ernährung, Schweizerische Gesellschaft für Ernährungsforschung et al. (2013) D-A-CH Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr. Umschau Buchverlag, Neustadt/Weinstraße
4. Reed DR, Tanaka T, McDaniel AH (2006) Diverse tastes: Genetics of sweet and bitter perception. *Physiology & Behavior* 88: 215–226
5. Setzwein M (2006) Frauenessen – Männeressen? Doing gender und Essverhalten. Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Juvventa Verlag, Weinheim
6. West C, Zimmerman DH (2009) Doing gender. *Faire le genre* 28 (3): 34–61, 153–154
7. Gough B, Conner MT (2006) Barriers to healthy eating amongst men: a qualitative analysis. *Social Science & Medicine* 62 (2): 387–395
8. Mensink G, Burger M, Beitz R et al. (2002) Was essen wir heute? Ernährungsverhalten in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
9. Max Rubner-Institut, Bundesforschungsinstitut für Ernährung und Lebensmittel (Hrsg) (2008) Nationale Verzehrsstudie II – Ergebnisbericht, Teil 1.

- www.mri.bund.de/fileadmin/Institute/EV/NVS_II_Abschlussbericht_Teil_1_mit_Ergaenzungsbericht.pdf (Stand: 16.05.2014)
10. Rabenberg M, Mensink G (2011) Obst- und Gemüsekonsum heute. GBE kompakt 2(6). www.rki.de/gbe-kompakt (Stand: 21.11.2012)
 11. Mensink GBM, Schienkiewitz A, Haftenberger M et al. (2013) Übergewicht und Adipositas in Deutschland – Ergebnisse der »Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland« (DEGS1). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 56: 786–794
 12. Statistisches Bundesamt (2010) Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2009. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
 13. Mensink G, Hesecker H, Richter A et al. (2007) Forschungsbericht – Ernährungsstudie als KiGGS-Modul (EsKiMo). Robert Koch-Institut, Universität Paderborn September 2007, Berlin, Paderborn, S 1–137
 14. Fischer J, Richter A, Vohmann C et al. (2008) Fast Food-Verzehr bei Jugendlichen in Deutschland – Ergebnisse aus EsKiMo – Teil 1: Verzehrsmengen und Energiezufuhr. Ernährungs-Umschau 55 (09/08): 518–522
 15. Kleiser C, Mensink G, Neuhauser H et al. (2009) Food intake of young people with a migration background living in Germany. Public Health Nutrition 13 (3): 324–330
 16. Mensink G (2004) Essen Männer anders? In: Altgeld T (Hrsg) Männergesundheit. Juventa Verlag, Weinheim, S 155–169
 17. Heidemann C, Scheidt-Nave C, Richter A et al. (2011) Dietary Patterns are Associated with Cardiometabolic Risk Factors in a Representative Study Population of German Adults. British Journal of Nutrition 106: 1253–1262
 18. Krems C, Walter C, Heuer T et al. (2012) Lebensmittelverzehr und Nährstoffzufuhr – Ergebnisse der Nationalen Verzehrsstudie II 12. Ernährungsbericht 2012. Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V., Bonn
 19. Robert Koch-Institut (2010) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2009«. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
 20. Thiele S, Mensink GBM, Beitz R (2004) Determinants of diet quality. Public Health Nutrition 7 (1): 29–37
 21. Kolip P (2008) Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 51 (1): 28–35
 22. Statistisches Bundesamt (2003) Wo bleibt die Zeit? Die Zeitverwendung der Bevölkerung in Deutschland 2001/02. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
 23. Pi-Sunyer X (2009) The medical risks of obesity. Postgrad Med 121 (6): 21–33
 24. Mensink GBM, Lampert T, Bergmann E (2005) Übergewicht und Adipositas in Deutschland 1984–2003. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 48 (12): 1348–1356
 25. Kuntz B, Lampert T (2010) Sozioökonomische Faktoren und Verbreitung von Adipositas. Dtsch Arztebl Int 107 (30): 517–522
 26. Pischon T, Boeing H, Hoffmann K et al. (2008) General and abdominal adiposity and risk of death in Europe. N Engl J Med 359: 2105–2120
 27. Seidell JC (2010) Waist circumference and waist/hip ratio in relation to all-cause mortality, cancer and sleep apnea. Eur J Clin Nutr 64: 35–41
 28. Hofmann L (2009) Essstörungen bei Männern. Ernährung im Fokus 5: 180–185
 29. Setzwein M (2004) Ernährung – Körper – Geschlecht. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden

3.3 Rauchen

Rauchen ist ein bedeutender Risikofaktor für zahlreiche schwerwiegende und potenziell tödlich verlaufende Krankheiten, wie z.B. Herz-Kreislauf-, Atemwegs- und Krebserkrankungen [1, 2]. Daneben kann Rauchen die Augen, den Zahnhalteapparat, das Muskel- und Skelettsystem sowie den Verdauungstrakt schädigen. Außerdem sind Auswirkungen auf die Hautalterung und die Fruchtbarkeit bzw. die Zeugungsfähigkeit nachgewiesen [3]. Das Rauchen stellt aber nicht nur für Raucher ein Gesundheitsrisiko dar, sondern auch für »mitrauchende« Nichtraucher. Die Krankheiten und Gesundheitsbeschwerden, die durch eine regelmäßige Passivrauchbelastung hervorgerufen werden, entsprechen dabei weitgehend denen beim Aktivrauchen [1]. An den Folgen des Rauchens sterben allein in Deutschland jedes Jahr zwischen 100.000 und 120.000 Menschen [3]. Die Kosten für die Versorgung von Krankheiten und Gesundheitsbeschwerden, die auf das Rauchen zurückgehen, belasten das deutsche Gesundheitssystem mit etwa 7,5 Milliarden Euro jährlich. Unter Berücksichtigung von Erwerbsunfähigkeit, Frühberentung und Todesfällen ist sogar von gesamtwirtschaftlichen Kosten in Höhe von 21 Milliarden Euro auszugehen [4]. Mit dem Rauchen verbinden sich deshalb erhebliche, bislang noch nicht bzw. nur unzureichend ausgeschöpfte Präventions- und Einsparungspotenziale.

Der Tabakkonsum war lange Zeit ein geradezu klassisches Männerthema. Noch in den 1950er Jahren lagen die Raucherquoten bei westdeutschen Männern bei über 80 % und bei Frauen bei etwa einem Fünftel [5]. In den folgenden Jahren näherten sich die geschlechtsspezifischen Raucherquoten an. Trotzdem sind die Folgeerkrankungen des Rauchens wie Lungenkrebs und Herz-Kreislauf-Erkrankungen, nicht zuletzt aufgrund der zeitlichen Verzögerung zwischen der Exposition gegenüber dem Tabakrauch und der Manifestation von Erkrankungen, bei Männern bis heute deutlich häufiger als bei Frauen (siehe Kapitel 2.2 Herz-Kreislauf-Erkrankungen und ihre Risikofaktoren und 2.3 Krebs). Nach wie vor sind das Rauchen und seine Folgeerkrankungen damit prägende Aspekte der Männergesundheit.

In Deutschland stehen mehrere Datengrundlagen zur Verfügung, die Aussagen über die Verbreitung und zeitliche Entwicklung des Rauchens in der Bevölkerung ermöglichen. Neben den Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts ist insbesondere auf die Repräsentativerhebungen des Instituts für Therapieforschung (IFT) und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zu verweisen. Auch der Mikrozensus des Statistischen Bundesamtes und das Sozio-oekonomische Panel des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung machen Informationen zum Rauchen verfügbar, allerdings nicht in gleicher Breite und Tiefe wie die gesundheitsbezogenen Erhebungen. Allen genannten Erhebungen ist gemeinsam, dass sie regelmäßig durchgeführt werden und bundesweite Repräsentativität beanspruchen können. Die Vergleichbarkeit ist allerdings aufgrund von Unterschieden in Bezug auf die Stichprobenkonstruktion und die Erhebung des Rauchens eingeschränkt. Um das Rauchverhalten von Männern zu beschreiben, wird im Folgenden vor allem auf die Daten der Gesundheitssurveys des RKI zurückgegriffen. Der Einstieg in den Tabakkonsum wird anhand von Daten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung beschrieben, die regelmäßig die 12- bis 25-jährigen in Deutschland zu ihrem Rauchverhalten befragt.

3.3.1 Tabakkonsum im Überblick

Die erste Zigarette rauchen Jungen (und Mädchen) heute im Durchschnitt im Alter von etwa 14 Jahren [6]. Von den 12- bis 17-jährigen männlichen Jugendlichen schätzen sich 4,3 % als »ständige Raucher« ein, 6,8 % sind Gelegenheitsraucher. Insgesamt 71,4 % haben noch nie geraucht. In den folgenden Lebensjahren steigt der Anteil der Raucher deutlich an: Unter den 18- bis 25-jährigen Männern haben lediglich 26,7 % noch nie geraucht, 24,5 % rauchen ständig und 12,4 % gelegentlich [6]. Während bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen kaum Geschlechtsunterschiede in der Verbreitung des Rauchens auftreten, zeigen sich deutliche Unterschiede in Abhängigkeit von

der Schulbildung: Haupt- und Realschüler und -schülerinnen rauchen häufiger als Gymnasiasten und Gymnasiastinnen.

Jungen und junge Männer sind im Hinblick auf die Rauchquoten in Deutschland eine für die Prävention besonders wichtige Gruppe. Zumeist wird in diesem Alter zum ersten Mal geraucht, und es entsteht eine Gewöhnung an den Tabakkonsum. Befürwortende (oder auch kritische) Einstellungen zum Rauchen verfestigen sich und können das zukünftige Verhalten bestimmen [6]. Die Ergebnisse der Drogenaffinitätsstudien zeigen, dass der Anteil der Nieraucher unter den Jugendlichen steigt, und zunehmend ist dieser Trend auch unter jungen Erwachsenen zu beobachten [6].

Unter den Erwachsenen, das zeigen die Daten der Gesundheitssurveys des RKI, rauchen Männer häufiger als Frauen, wenngleich sich die geschlechtsspezifischen Unterschiede im Laufe der letzten 20 Jahre verringert haben [7, 8]. Der Anteil der Raucher ist lange Zeit konstant geblieben, während der Anteil der Raucherinnen sukzessive zugenommen hat. Im Zeitraum 2003 bis 2009 war dann erstmals bei beiden Geschlechtern ein Rückgang zu beobachten. In den letzten Jahren hat der Anteil der Raucher weiter abge-

nommen, während der Anteil der Raucherinnen weitgehend unverändert geblieben ist. Im Jahr 2011 rauchten rund 34,4% der 25- bis 69-jährigen Männer und 29,3% der gleichaltrigen Frauen (siehe Abbildung 3.3.1).

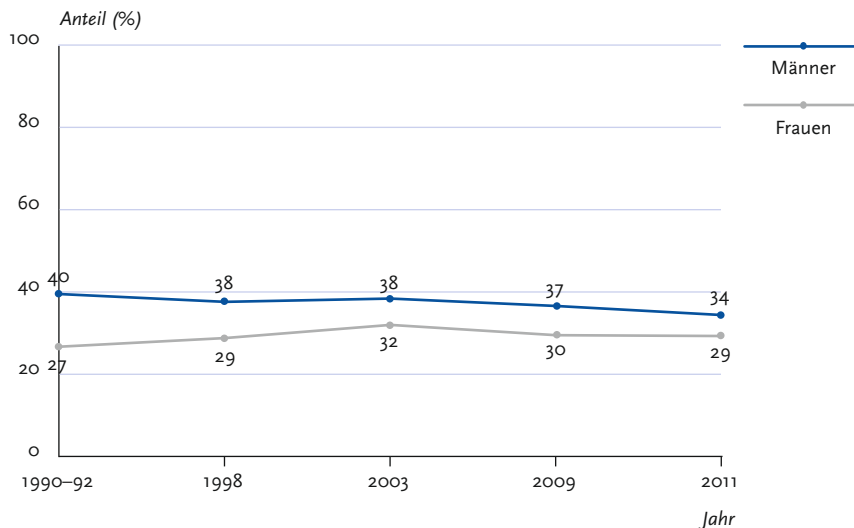
Männer rauchen nicht nur häufiger als Frauen, sie rauchen auch häufiger stark, d.h. 20 und mehr Zigaretten am Tag. Außerdem wird bei ihnen häufiger als bei Frauen eine Nikotinabhängigkeit diagnostiziert [9].

Geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen sich auch bezüglich der konsumierten Tabakwaren. Zwar rauchen Männer wie Frauen bevorzugt Zigaretten, andere Tabakwaren, wie z.B. Zigarren, Zigarillos und Pfeifentabak, werden aber vor allem von Männern, insbesondere von Männern mittleren und höheren Alters, geraucht.

Um das Rauchverhalten von Männern differenziert zu beschreiben, wird im Folgenden auf die Daten der GEDA-Studie 2009 zurückgegriffen. Demnach rauchen 33,9% der Männer im Alter ab 18 Jahren. 26,9% der Männer rauchen täglich und 7,0% gelegentlich. Weitere 31,4% haben früher geraucht, so dass der Anteil der Männer, die jemals geraucht haben, mit 65,3% beziffert werden kann. Eine altersdifferenzierte Betrachtung zeigt, dass der Anteil der Raucher in

Abbildung 3.3.1
Entwicklung des Anteils der Raucher und Raucherinnen (in Prozent) in der 25- bis 69-jährigen Bevölkerung im Zeitraum 1990–2011

Quelle: Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts 1990/92, 1998, 2003, 2009, 2011 [8]



der Altersspanne zwischen 18 und 44 Jahren über 40% liegt und sich erst ab einem Alter von 55 Jahren ein deutlicher Rückgang feststellen lässt (siehe Abbildung 3.3.2). Von den 65-jährigen und älteren Männern rauchen nur noch 13,7%. Der Anteil der starken Raucher nimmt vom jungen zum mittleren Erwachsenenalter zu und ist in der Altersspanne von 35 bis 54 Jahren mit 13–14% am höchsten. Danach geht er stark zurück, bis auf 2,4% bei den 65-jährigen und älteren Männern (siehe Abbildung 3.3.2).

Der Rückgang des Anteils der Raucher und der starken Raucher im höheren Alter kann einerseits auf das Ausscheiden aus der Erwerbsarbeit und die damit einhergehenden Veränderungen der Lebensumstände zurückgeführt werden, da berufliche Belastungen einer der stärksten Einflussfaktoren des Rauchens sind. Andererseits ist die Zunahme von Krankheiten und Gesundheitsproblemen zu berücksichtigen, die oftmals eine Beendigung des Rauchens oder zumindest eine Reduzierung des Tabakkonsums erzwingen [10].

3.3.2 Tabakentwöhnung

Die Beendigung des Rauchens führt in jedem Alter zu einer Verbesserung der Gesundheitschancen. Beispielsweise erreichen Raucher, die vor dem 40. Lebensjahr mit dem Rauchen aufhören, wieder annähernd die mittlere Lebenserwartung von Nierauchern [11]. Vor diesem Hintergrund kommt der Frage nach dem Ausstiegsverhalten und der Aufhörerbereitschaft große Bedeutung zu. Aus Abbildung 3.3.3 ist ersichtlich, dass der Anteil der Raucher, die bereits im jungen Erwachsenenalter mit dem Rauchen aufhören, lediglich ein Viertel beträgt. Dass mehr als die Hälfte der Raucher das Rauchen aufgegeben hat, trifft erst auf die 55- bis 64-Jährigen zu. Von den 65-jährigen und älteren Rauchern haben drei Viertel den Ausstieg geschafft.

Die GEDA-Studie 2009 zeigt außerdem, dass bei einem Großteil der Raucher die Bereitschaft besteht, mit dem Rauchen aufzuhören (siehe Abbildung 3.3.4). Fast die Hälfte der Männer, die aktuell rauchen, gab an, dass sie zumindest über einen Ausstieg nachdenken. Ein weiteres Fünftel der Raucher hat sogar die feste Absicht, mit dem

Abbildung 3.3.2
Anteil der Raucher und der starken Raucher (20 Zigaretten und mehr am Tag) an der männlichen Bevölkerung (in Prozent) nach Altersgruppen
Quelle: GEDA 2009, Robert Koch-Institut, eigene Berechnungen

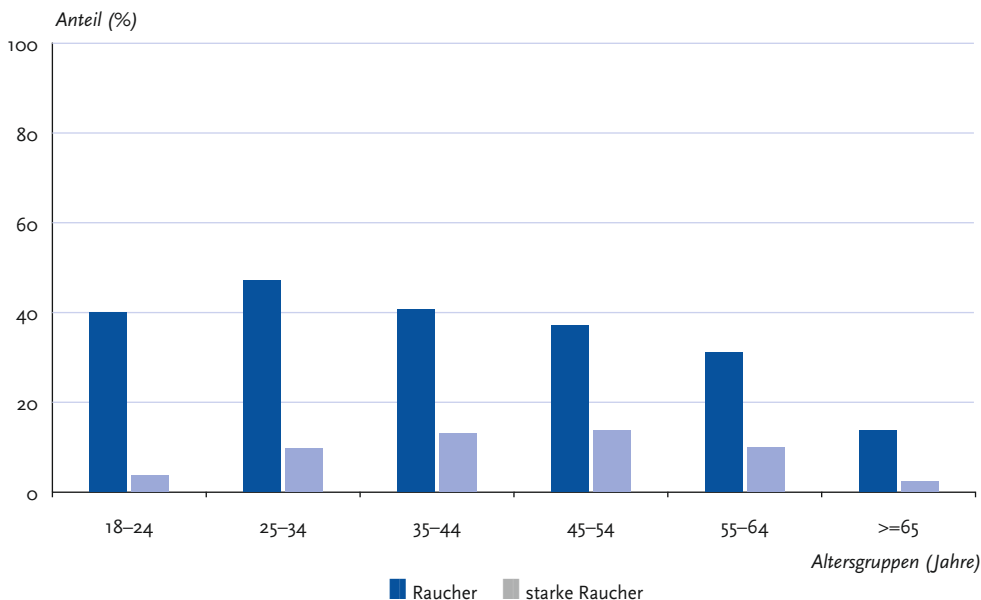
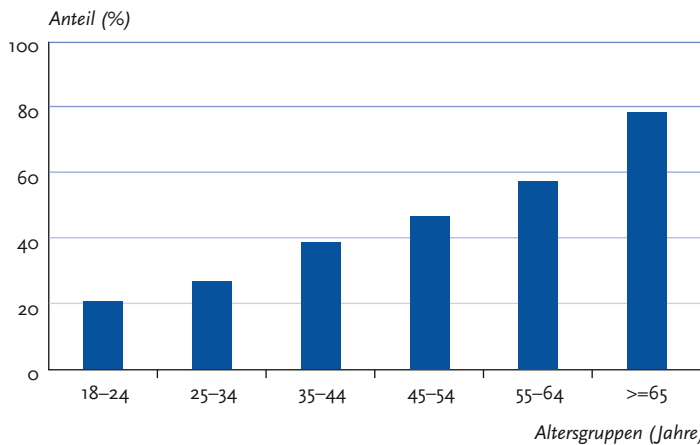


Abbildung 3.3.3

Aufhörquote[®] in der männlichen Bevölkerung (in Prozent) nach Altersgruppen

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

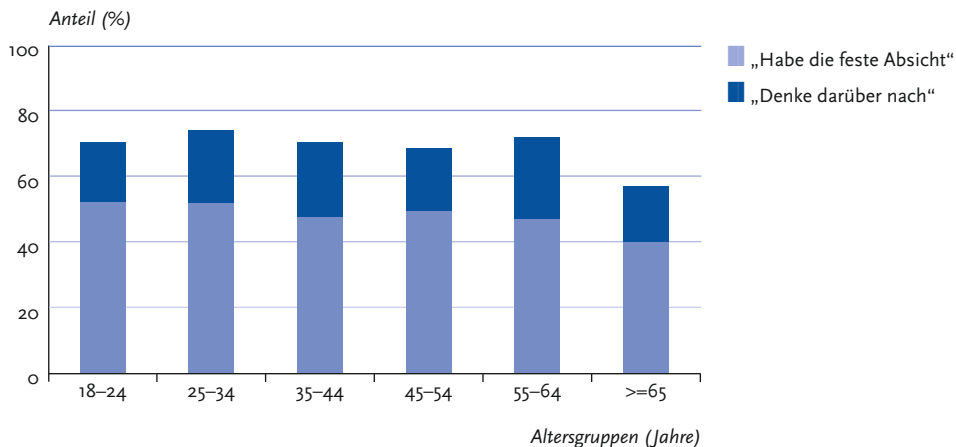


* Anteil der Ex-Raucher an den Männern, die jemals mit dem Rauchen begonnen haben

Abbildung 3.3.4

Bereitschaft von männlichen Rauchern mit dem Rauchen aufzuhören (in Prozent) nach Altersgruppen

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



Rauchen aufzuhören. Bezüglich der Aufhörbereitschaft zeigen sich nur geringe Unterschiede zwischen den Altersgruppen. Lediglich bei den 65-Jährigen und Älteren ist die Aufhörbereitschaft schwächer ausgeprägt. Dies ist vor dem Hintergrund zu sehen, dass bis zu diesem Alter bereits viele Raucher das Rauchen aufgegeben haben und diejenigen, die weiter rauchen, zu einem hohen Anteil zu den überzeugten Rauchern zählen dürften.

3.3.3 Soziale Ungleichheit und Arbeitslosigkeit

Zahlreiche Studien weisen darauf hin, dass in sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen häufiger geraucht wird als in sozial begünstigten [12-14]. Mit den GEDA-Daten lässt sich dies zum Beispiel an Unterschieden nach dem sozialen Status festmachen, der anhand von Angaben zum Bildungsniveau, zur beruflichen Stellung und zur Einkommenssituation bestimmt wird. So ist das

Tabelle 3.3.1

Anteil männlicher Raucher nach sozioökonomischem Status und Altersgruppen (in Prozent)

Quelle: GEDA 2009, Robert Koch-Institut [15]

Alter	Niedriger Sozialstatus	Mittlerer Sozialstatus	Hoher Sozialstatus	Niedriger vs. hoher Sozialstatus
	Anteil (%)	Anteil (%)	Anteil (%)	OR*
18–24 Jahre	42,6	39,9	35,0	1,7
25–34 Jahre	57,9	48,4	36,8	2,4
35–44 Jahre	47,0	44,0	30,2	2,1
45–54 Jahre	45,1	38,9	28,4	2,1
55–64 Jahre	41,4	30,7	25,8	2,0
65+ Jahre	12,0	14,4	13,7	0,9
Gesamt	38,4	35,4	27,0	1,7

*OR=Odds Ratio bei statistischer Kontrolle des Alterseinflusses

Risiko zu rauchen (Odds Ratio) bei Männern aus der niedrigen im Verhältnis zu Männern aus der hohen Statusgruppe um den Faktor 1,7 erhöht (siehe Tabelle 3.3.1). Die statusspezifischen Unterschiede beim Rauchen treten in fast allen Altersgruppen zutage. Die Ausnahme stellen die 65-jährigen und älteren Männer dar. Auch in diesen Geburtsjahrgängen haben Männer aus der unteren Statusgruppe vermehrt geraucht. Dass dies im höheren Alter nicht mehr zum Ausdruck kommt, dürfte vor allem mit einem verstärkten Auftreten von tabakassoziierten Erkrankungen und vorzeitigen Todesfällen in dieser Gruppe zusammenhängen.

Auch der Migrationsstatus hat Einfluss auf das Rauchverhalten. Im Mikrozensus wird der Migrationsstatus detailliert erfasst und alle vier Jahre auch das Rauchverhalten erfragt. Die aktuellen Daten zeigen, dass die Rauchquote bei Männern mit Migrationshintergrund deutlich über der in der einheimischen männlichen Bevölkerung liegt (35,7% vs. 29,4%) [16]. Einzelne Gruppen von Migranten weisen besonders hohe Raucherquoten auf, zum Beispiel Männer aus der Türkei, wo fast jeder zweite raucht, außerdem Griechenland und Kasachstan. Die Unterschiede in den Rauchprävalenzen bei Frauen mit und ohne Migrationshintergrund sind deutlich geringer ausgeprägt und weisen in die andere Richtung: Unter den Migrantinnen gibt es weniger Raucherinnen als unter Frauen ohne Migrationshintergrund.

3.3.4 Diskussion

Auch wenn in den letzten Jahren ein Rückgang zu beobachten war, ist das Rauchen nach wie vor ein wichtiger und bei Männern wie Frauen weit verbreiteter Risikofaktor. Die aktuellen Daten des RKI, der BZgA und des IFT weisen zudem darauf hin, dass der Rückgang vor allem darauf zurückzuführen ist, dass weniger Jugendliche und junge Erwachsene mit dem Rauchen beginnen [6, 7, 17]. Für einen Fortschritt bei der Tabakentwöhnung im mittleren und höheren Lebensalter finden sich hingegen keine Anhaltspunkte. Dies deutet einmal mehr auf die mit dem Rauchen verbundene Suchtproblematik hin, die nicht nur unter physiologischen, sondern auch psychologischen und verhaltensbezogenen Aspekten zu betrachten ist, zum Beispiel in Bezug auf die Bewältigung von psychosozialen Belastungen oder die alltagspraktische und symbolische Bedeutung von Verhaltensroutinen und Lebensstilen.

Lange Zeit war das Rauchen als Lebensstilelement überwiegend den Männern vorbehalten, gehörte nicht zum traditionellen Rollenbild von Frauen, sondern war für Frauen stark tabuisiert. Staatlich verordnet, zählten in beiden Weltkriegen Zigarettenrationen zur Standardverpflegung deutscher Soldaten. Die Assoziation männlichen Rauchens mit Aspekten wie Abenteuer, körperlicher Stärke und Leistungsfähigkeit sowie »männlichen Tugenden« wurde hierüber weiter verfestigt und in geschlechtsspezifischen Werbetbotschaften in der Nachkriegszeit fortgeführt. Der Einstieg in

den Tabakkonsum war somit bis weit in die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts hinein ein verbreiteter Initiationsritus für den Eintritt in die Männerwelt und damit ein Ausdruck männlicher Lebensweisen [18].

Etwa ab den 1960er Jahren kam es zu einem langsamen Wandel, im Zuge dessen Mädchen und Frauen das Rauchen nach und nach zu einem Bestandteil weiblicher Lebensstile machten, um sich von traditionellen Frauenbildern abzusetzen [5, 19]. Um den Rückgang des männlichen Tabakkonsums zu stoppen und den weiblichen Verbrauch anzukurbeln, entwickelte die Tabakindustrie geschlechtsspezifische Strategien, die männliches Rauchen weiterhin mit klassischen Männlichkeitsidealen und weibliches Rauchen mit Themen wie Unabhängigkeit, Schlankheit und Attraktivität assoziierten [5, 19, 20]. Diese Koppelung zwischen geschlechtsspezifischen Rollenbildern und dem Rauchen als identitätsstiftender Verhaltensweise ist für die Erklärung des häufigeren Tabakkonsums bei Männern, aber auch der sich im Zeitverlauf annähernden geschlechtsspezifischen Rauchquoten unabdingbar. Der Drogenaffinitätsstudie der BZgA zufolge rauchen unter Jugendlichen Mädchen und Jungen zu vergleichbaren Teilen [6]. Damit kann Rauchen an sich nicht mehr als männliche Verhaltensweise gekennzeichnet werden, wenn auch typisch männliche Aspekte wie die Tendenz, größere Mengen zu konsumieren und weniger auf Light-Produkte zurückzugreifen, durchaus fortbestehen.

Darüber hinaus geht der säkulare Trend zu einem stärkeren Gesundheitsbewusstsein mit einer Abwendung vom Lebensstilfaktor Rauchen einher, zum Teil besonders deutlich bei Personen mit mittlerem und höherem Sozialstatus [19, 21]. Insbesondere bei Männern spielen die sozialen Unterschiede eine große Rolle für das Rauchverhalten. Neben dem Zusammenhang zwischen dem sozialen Status und dem Rauchen weisen Studien vor allem auf einen starken Tabakkonsum von arbeitslosen Männern hin [12]. Das Rauchen scheint gerade für langzeitarbeitslose Männer ein Mittel der Bewältigung eines oftmals monotonen, durch Perspektivlosigkeit und Zukunftssorgen geprägten Alltags zu sein. Auch arbeitslose Frauen rauchen vermehrt, die Unterschiede zu erwerbstätigen Frauen fallen aber bei weitem nicht so deutlich aus [22]. Darüber hinaus zeigen Studien

deutliche Unterschiede im Rauchverhalten nach der beruflichen Stellung und der ausgeübten Tätigkeit. Hohe Rauchquoten finden sich vor allem in Berufsgruppen mit geringem Qualifikationsniveau und hohen Belastungen, z.B. Gebäudereiniger und Raumpfleger, Restaurantfachleute und Stewards/Flugbegleiter, Maler und Lackierer sowie Gerüst-, Beton- und Stahlbetonbauer. Vergleichsweise selten rauchen Männer, die in akademischen Berufen tätig sind. Dies gilt zum Beispiel für Gymnasial- und Hochschullehrer, Ärzte und Apotheker sowie Ingenieure und Wirtschaftswissenschaftler [12].

In den letzten Jahren haben Bund und Länder vielfältige Anstrengungen unternommen, um über die Tabaksteuererhöhung, die Novellierung der Arbeitsstättenverordnung, die Heraufsetzung der Altersgrenze für Kauf und Konsum, das weitgehende Verbot von Tabakwerbung sowie die Nichtraucherschutzgesetze den Tabakkonsum in der Bevölkerung zu verringern und Nichtraucher vor Passivrauchbelastung zu schützen. Unterstützt werden sie durch Aufklärungskampagnen, wie zum Beispiel der »rauchfrei«-Jugendkampagne der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und zahlreiche Aktivitäten in Schulen, Betrieben oder Krankenhäusern, die lokal, überregional oder sogar bundesweit durchgeführt werden. Eine nachhaltige Verringerung des Tabakkonsums wird sich vermutlich nur dann erreichen lassen, wenn diese Maßnahmen kontinuierlich weiterentwickelt und an aktuelle Entwicklungen und Trends angepasst werden. Nicht zuletzt wird ihr Erfolg davon abhängen, inwieweit dabei geschlechtsspezifische Besonderheiten und soziale Unterschiede im Rauchverhalten berücksichtigt werden. Gerade die »Erfolge« der Tabakwerbung aber auch die epidemiologische Forschung zeigen, dass Rauchmotivationen, aber auch Hemmschwellen, mit dem Rauchen aufzuhören, deutlich geschlechtsspezifisch ausgeprägt sind [5, 19]. Präventionsbotschaften sollten daher geschlechtsspezifische Aspekte mit berücksichtigen.

Literatur

1. International Agency for Research on Cancer (IARC) (2004) IARC Monographs on the Evaluation of the Carcinogenic Risks to Humans. Volume 83. Tobacco Smoke and Involuntary Smoking. IARC, Lyon
2. U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS) (Hrsg) (2006) The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: a Report of the Surgeon General. USDHHS, Atlanta. www.surgeongeneral.gov/library/reports/second-hand-smoke/fullreport.pdf (Stand: 10.06.2011)
3. Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ) (2009) Tabakatlas Deutschland 2009. www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publicationen/sonstVeroeffentlichungen/Tabakatlas_2009.pdf (Stand: 10.06.2011)
4. Neubauer S, Welte R, Beiche A et al. (2006) Mortality, morbidity and costs attributable to smoking in Germany: update and a 10-year comparison. *Tobacco Control* 15 (6): 464–471
5. Walter U, Lux R (2007) Tabakkonsum: Folgen und Prävention unter sex- und genderspezifischer Perspektive. In: Neises M, Schmidt-Ott G (Hrsg) Gender, kulturelle Identität und Psychotherapie, S 71–84
6. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2012) Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2011. Teilband Rauchen. www.bzga.de/forschung/studien-untersuchungen/studien/suchtprevention/ (Stand: 21.05.2014)
7. Lampert T (2011) Rauchen – Aktuelle Entwicklungen bei Erwachsenen. GBE kompakt 2 (4). www.rki.de/gbe-kompakt (Stand: 10.06.2011)
8. Lampert T, von der Lippe E, Müters S (2013) Verbreitung des Rauchens in der Erwachsenenbevölkerung in Deutschland – Ergebnisse der Studie Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 56: 802–808
9. Pabst A, Piontek D, Kraus L et al. (2010) Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen. *Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2009. Sucht* 56 (5): 327–336
10. Lampert T, Burger M (2004) Rauchgewohnheiten in Deutschland – Ergebnisse des telefonischen Gesundheitssurveys 2003. *Gesundheitswesen* 66 (8–9): 511–517
11. Kröger C, Mons U, Klärs G et al. (2010) Evaluation des Gesundheitsziels »Tabakkonsum reduzieren«. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 53 (2): 91–102
12. Lampert T (2010) Soziale Determinanten des Tabakkonsums bei Erwachsenen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 53 (2): 108–116
13. Lampert T (2010) Tabakkonsum, sportliche Inaktivität und Adipositas. Assoziationen mit dem sozialen Status. *Dtsch Arztebl* 107 (1–2): 1–7
14. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2006) Bundes-Gesundheitssurvey: Soziale Unterschiede im Rauchverhalten und in der Passivrauchbelastung in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
15. Robert Koch-Institut (2011) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2009«. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
16. Statistisches Bundesamt (2011) Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2009. Fachserie 1 Reihe 22. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
17. Kraus L, Pabst A, Piontek D et al. (2010) Trends des Substanzkonsums und substanzbezogener Störungen. *Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 1995–2009. Sucht* 56 (5): 337–347
18. Dinges M (2012) Rauchen: gesundheitsgefährdend – und typisch männlich? Zum historischen Wandel geschlechtsspezifischer Zuschreibungen. In: Baa-der M, Bilstein J, Tholen T (Hrsg) Erziehung, Bildung und Geschlecht; Männlichkeiten im Fokus der Gender-Studies, Wiesbaden, S 129–145
19. Fleitmann S, Dohnke B, Balke K et al. (2010) Frauen und Rauchen. Herausforderung für die Tabakkontrollpolitik in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 53 (2): 117–124
20. Amos A, Haglund M (2000) From social taboo to »torch of freedom«: the marketing of cigarettes to women. *Tobacco Control* 9 (1): 3–8
21. Payne S (2001) Smoke like a man, die like a man?: A review of the relationship between gender, sex and lung cancer. *Soc Sci Med* 53 (8): 1067–1080
22. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2005) Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin

3.4 Alkohol

In Deutschland und den meisten anderen europäischen Ländern ist Alkohol als Genussmittel kulturell fest verankert. Der Konsum von Alkohol besitzt jedoch gesundheits- und suchtfährdendes Potenzial. So ist Alkoholkonsum mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung von psychischen und somatischen Erkrankungen mit akutem oder chronischem Verlauf sowie sozialen Problemen assoziiert und zählt zu den wichtigsten Risikofaktoren für vorzeitigen Tod [1]. Bei mehr als 200 Erkrankungen und 80 Arten von Unfällen und Verletzungen ist ein erhöhtes Sterberisiko durch riskanten Alkoholkonsum belegt [2].

Männer trinken im Durchschnitt größere Mengen Alkohol als Frauen. Allerdings liegen die geschlechtsspezifischen Grenzwerte für den Alkoholkonsum in epidemiologischen Studien und in den einschlägigen Gesundheitsempfehlungen auch höher für Männer als für Frauen. Dies hängt mit geschlechtsspezifischen physiologischen Aspekten zusammen. So weisen Männer im Vergleich zu Frauen einen höheren Anteil von Körperwasser im Verhältnis zu Körperfett auf, weshalb der Blutalkoholgehalt bei Männern nach Alkoholkonsum weniger stark ansteigt als bei Frauen.

Die unterschiedlichen Trinkmengen sind jedoch auch auf geschlechtsspezifische Konsummuster zurückzuführen. Dazu gehört, dass die Wirkungen des Alkohols bei Männern meist weniger negativ als bei Frauen wahrgenommen werden. Eine Enthemmung im Rausch wird beispielsweise bei Frauen deutlich weniger toleriert. Aber nicht nur mit Blick auf den Alkoholkonsum allgemein, sondern auch hinsichtlich der gesundheitsschädigenden Konsummuster und ihrer Folgen zeigen sich durchgängig höhere Quoten für Männer. Der Anteil der Risikokonsumenten, die Zahl der Alkoholabhängigen, der im Krankenhaus wegen Alkoholproblemen Behandelten und der Gestorbenen ist deutlich größer als unter Frauen.

Im vorliegenden Beitrag werden zunächst aktuelle Zahlen zum Alkoholkonsum von Männern und zu dessen Folgen dargestellt. Der unterschiedliche Umgang der Geschlechter mit Alkohol und die Motive des Konsums für Männer

werden diskutiert. Am Ende des Beitrags wird der Alkoholkonsum in seiner Bedeutung für Jungen und junge Männer am Beispiel der Diskounfälle noch einmal aufgegriffen und einige Schlussfolgerungen für Prävention und Therapie werden abgeleitet.

Um Aussagen über den Alkoholkonsum der Bevölkerung in Deutschland und die zeitliche Entwicklung zu treffen, stehen mehrere Datenquellen zur Verfügung. Daten für Erwachsene werden unter anderem in den bevölkerungsrepräsentativen Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts erhoben. Im Folgenden wird auf Zahlen aus den telefonischen Gesundheitssurveys »Gesundheit in Deutschland aktuell« der Jahre 2009 und 2010 (GEDA 2009, GEDA 2010) zurückgegriffen. Außerdem stellt der Epidemiologische Suchtsurvey, eine Repräsentativerhebung des Instituts für Therapieforschung (IFT), regelmäßig Daten zum Alkohol-, Tabak- und Drogenkonsum bereit. Das Konsumverhalten Jugendlicher kann anhand von Daten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) beschrieben werden, die regelmäßig 12- bis 25-Jährige in Deutschland zu ihrem Alkoholkonsum befragt. Auch in der »Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland« (KiGGS) des Robert Koch-Instituts wurden die Jugendlichen zu ihrem Alkoholerfahrungen befragt (11- bis 17-Jährige).

Die Vergleichbarkeit der Daten aus verschiedenen Studien ist allerdings teilweise aufgrund unterschiedlicher Operationalisierungen erschwert, beispielsweise beim Rauschtrinken (Binge-Drinking). In der BZgA-Studie wird danach gefragt, an wie vielen der letzten 30 Tage die Jugendlichen fünf Gläser Alkohol oder mehr hintereinander getrunken haben [3]. Im Epidemiologischen Suchtsurvey wird als Indikator für Rauschtrinken ebenfalls der Konsum von fünf oder mehr alkoholischen Getränken zu einer Trink Gelegenheit verwendet [4]. In den Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts wird der Alkoholkonsum mit dem Alcohol Use Disorder Identification Test – Consumption Questions (AUDIT-C) erfasst [5–8]. Er besteht aus drei Fragen nach Trinkhäufigkeit und -menge, inkl. einer Frage zum Rauschtrinken: Wie oft trinken Sie sechs oder mehr alkoholische Getränke bei

einer Gelegenheit, z. B. beim Abendessen oder auf einer Party? Die Antwortkategorien wurden jeweils aufsteigend von 0 bis 4 gewertet, woraus sich ein minimaler AUDIT-C-Summenwert von 0 und ein maximaler AUDIT-C-Summenwert von 12 ergeben. Als Risikokonsum wurde ein Wert von ≥ 4 bei Frauen und ≥ 5 bei Männern gewertet, als moderater Alkoholkonsum ein Summenwert von 1 bis 3 bei Frauen und von 1 bis 4 bei Männern, und der Wert 0 als Nie-Trinkerinnen bzw. Nie-Trinker klassifiziert [5].

3.4.1 Einstieg in den Alkoholkonsum

Im Alter von etwa 14 bis 15 Jahren trinken Jungen in Deutschland heute im Durchschnitt das erste Glas Alkohol [3, 9]. Den ersten Rausch erleben sie mit knapp 16 Jahren und unterscheiden sich hierin nicht von Mädchen. Die Jugendlichen kommen bereits in einem Alter mit Alkohol in Kontakt, in dem die Abgabe an sie gesetzlich verboten ist. Und obwohl der regelmäßige Konsum bei Jugendlichen seit den 1970er Jahren rückläufig ist, ist er insbesondere bei den Jugendlichen (12- bis 17-Jährige) nach wie vor zu hoch [3]. Geschlechtsspezifische Unterschiede im regelmäßigen Alkoholkonsum treten bei jungen Erwachsenen auf: Laut der Drogenaffinitätsstudie der BZgA trinkt jeder zweite männliche 18- bis 25-Jährige regelmäßig Alkohol, das heißt mindestens einmal pro Woche [9]. Unter den gleichaltrigen jungen Frauen betrifft dies nur jede Vierte. Riskante Alkoholmengen trinken im Durchschnitt etwa 20 % der jungen Männer, aber nur jede sechste Frau [9]. Auch beim Binge-Drinking sind junge Männer besonders gefährdet: Im Alter von 18 bis 25 Jahren berichtet etwa die Hälfte (54,5 %) von ihnen über Binge-Drinking in den letzten 30 Tagen, bei den jungen Frauen nur etwa ein Viertel (28,7 %) [9]. Für die Frage, warum Jugendliche zum Alkohol greifen, kann die BZgA-Befragung herangezogen werden. Viele junge Männer (und Frauen) gaben an, Alkohol zu trinken, um leichter mit anderen in Kontakt zu kommen (»Wenn ich Alkohol trinke, bin ich lockerer«, »... steigt mein Selbstvertrauen«) und weil er die Stimmung verbessern würde (»Wenn ich Alkohol trinke, finde ich alles lustiger«) [3]. In dieser Altersgruppe ist der Anteil derer, die sich vom Alkohol eine kurzfristige Problemlastung

versprechen (»Wenn ich Alkohol trinke, kann ich Probleme/Sorgen vergessen«), eher gering, aber mit einem Fünftel der Befragten auch nicht zu vernachlässigen. Auffällig ist, dass Befragte, die öfter Binge-Drinking praktizieren, im Vergleich zur Gesamtgruppe deutlich mehr positive Wirkervwartungen äußern.

3.4.2 Alkoholkonsum von erwachsenen Männern

Der Verbrauch von Alkohol lag im Jahr 2011 mit 9,6 l pro Kopf der Bevölkerung nach wie vor auf sehr hohem Niveau. Deutschland nimmt damit im europäischen Vergleich unverändert einen Platz in der Spitzengruppe ein [10]. Angaben zum Alkoholkonsum erwachsener Männer liefert die Studie GEDA 2010 [5]. Es zeigte sich, dass jeder dritte Mann ab 18 Jahren Alkohol in einem gesundheitlich riskanten Ausmaß konsumiert [5]. Unter den teilnehmenden Frauen betraf dies nur gut ein Fünftel. Allerdings gibt es innerhalb der Geschlechtergruppen deutliche Unterschiede im Trinkverhalten, unter anderem nach Bildungsniveau (siehe Abschnitt Alkoholkonsum nach Bildungsniveau). Der Anteil der Nie-Trinker ist bei Männern nur etwa halb so hoch wie bei Frauen (13,5 % vs. 24,9 %). Beim moderaten Alkoholkonsum unterscheiden sich die Geschlechter nicht.

Große Unterschiede zeigen sich bei den Trinkgewohnheiten von Männern unterschiedlicher Altersgruppen: In der jüngsten Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen wird Alkohol am häufigsten in riskanten Mengen konsumiert. Hier zählen 47,2 % der Männer zu den Risikokonsumenten (siehe Abbildung 3.4.1). Im Altersverlauf ist tendenziell ein Rückgang des Anteils von Risikokonsumenten zu beobachten. Parallel dazu steigt die Zahl der Männer, die nie trinken.

3.4.2.1 Rauschtrinken

Fast ein Viertel der Männer gab im telefonischen Gesundheitssurvey GEDA 2010 an, mindestens einmal pro Monat Binge-Drinking zu praktizieren (22,5 %) [5]. Unter den Frauen berichtete nur knapp jede zehnte davon (9,7 %). Mindestens jede Woche nehmen 5,7 % der Männer sechs oder

Abbildung 3.4.1

Verteilung der Alkoholkonsummuster bei Männern ab 18 Jahren (in Prozent) nach Altersgruppen

Quelle: GEDA 2010, Robert Koch-Institut [5]

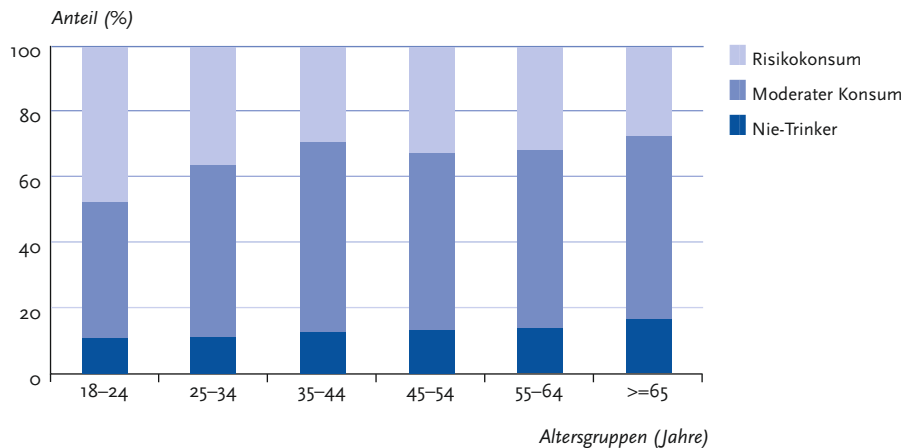
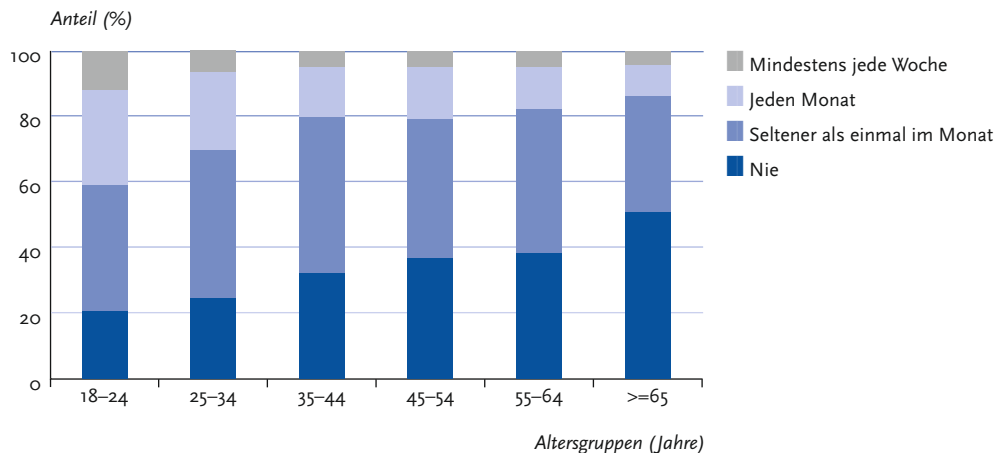


Abbildung 3.4.2

Verteilung der Häufigkeit von Binge-Drinking* bei Männern ab 18 Jahren (in Prozent) nach Altersgruppen

Quelle: GEDA 2010, Robert Koch-Institut [5]



*Sechs oder mehr alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit

mehr Gläser alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit zu sich. Das mindestens monatliche Rauschtrinken nimmt mit dem Alter ab: von 41,1% bei den 18- bis 24-jährigen Männern auf 13,8% bei den 65-Jährigen und Älteren (siehe Abbildung 3.4.2). Im Vergleich zu anderen Datenquellen sind die in GEDA 2010 berichteten Prävalenzen des Binge-Drinking noch eher niedrig: Im

Epidemiologischen Suchtsurvey 2012 gab knapp die Hälfte der Männer Rauschtrinken in den letzten 30 Tagen an (46,7%) [4]. Viermal oder häufiger im Monat praktiziert demnach etwa jeder fünfte Befragte (18-64 Jahre) Rauschtrinken. Allerdings unterscheiden sich die genauen Fragestellungen in beiden Surveys, so dass die Ergebnisse nicht direkt vergleichbar sind.

3.4.2.2 Präferierte Alkoholsorten

Bei den konsumierten alkoholischen Getränken steht bei Männern Bier an erster Stelle. 69,2 % der im Epidemiologischen Suchtsurvey 2012 befragten Männer tranken innerhalb der letzten 30 Tage Bier, im Durchschnitt 2,5 l in diesem Zeitraum [11]. Bei Bier und auch bei Spirituosen liegen die Trinkhäufigkeiten deutlich über denen der Frauen. Die präferierten Getränkesorten ändern sich jedoch im Altersgang. Von den 18- bis 20-jährigen Männern hatte jeder Zweite in den letzten 30 Tagen Spirituosen konsumiert. Mischgetränke wurden 47,0 % der jungen Männer getrunken. Mit zunehmendem Alter trinken Männer eher Wein und Sekt, der Bierkonsum bleibt aber annähernd gleich.

3.4.2.3 Trinkanlässe

Im Epidemiologischen Suchtsurvey 2006 wurde nach den Trinkanlässen gefragt. Männer und Frauen geben dabei im Wesentlichen die gleichen Trinkanlässe an: »am Abend zu Hause«, »zum Essen«, »Bar, Disko, Kneipe« [12]. Allerdings nutzen Männer diese Situationen häufiger, um etwas zu trinken: Mindestens einmal pro Woche trinken 42,6 % der Männer am Abend zu Hause Alkohol, 28,5 % zum Essen und 15,6 % in einer Bar. Bei den Frauen sind die Anteile mindestens zehn Prozentpunkte niedriger. Nur etwa jeder zehnte Mann trinkt auch am Arbeitsplatz Alkohol. Nach der Arbeit mit Kollegen trinken 38,3 % der Männer gelegentlich Alkohol, die Hälfte von ihnen allerdings seltener als einmal im Monat.

3.4.3 Alkoholkonsum nach Bildungsniveau

Um mögliche Zusammenhänge zwischen Alkoholkonsum und Bildungsniveau zu untersuchen, wurden die in den GEDA-Studien telefonisch befragten Männer entsprechend ihrer schulischen und beruflichen Bildung drei Gruppen zugeordnet (ISCED-Klassifikation: International Standard Classification of Education) [13, 14]. Dabei wurde weder bezogen auf Rauschtrinken noch auf einen eventuellen Risikokonsum ein statistisch bedeutsamer Unterschied zwischen den Bildungsgruppen festgestellt. Im mittleren Lebensalter zeichnet

sich aber ab, dass der Anteil der Risikokonsumenten in der obersten Bildungsgruppe am höchsten ist [5]. Für Frauen zeigt sich dieser Zusammenhang statistisch signifikant in allen Altersgruppen ab 30 Jahren. Der Anteil der Nie-Trinker ist unter Männern (und Frauen) mit niedrigem Bildungsniveau am größten. Dass der Einfluss sozioökonomischer Faktoren auf das Trinkverhalten bei Männern weniger stark ausgeprägt zu sein scheint als bei Frauen, zeigte sich auch in anderen Untersuchungen [15, 16]

3.4.4 Alkoholkonsum und Migrationsstatus

Es gibt wenige Studien zum Alkoholkonsum von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. Oftmals wird in Befragungen nur die deutschsprachige Wohnbevölkerung einbezogen. Der Alkoholkonsum ist kulturell geprägt und wird in vielen Kulturen durch religiöse Vorschriften erfasst. So fanden sich in einer Studie mit Berufsschülern erhebliche Unterschiede zwischen muslimischen Jugendlichen und Jugendlichen mit anderer Religionszugehörigkeit [17]. Mit zunehmender Aufenthaltsdauer in Deutschland stiegen die Konsumraten der muslimischen Jugendlichen. In der KiGGS-Studie zeigte sich ebenfalls, dass Jugendliche mit Migrationshintergrund, insbesondere Jugendliche aus islamisch geprägten Ländern, geringere Mengen Alkohol konsumieren als Jugendliche ohne Migrationshintergrund [18]. Eine Angleichung mit zunehmender Dauer des Aufenthaltes in Deutschland war nicht zu beobachten. Auch zeigte sich in der KiGGS-Studie der bei Erwachsenen beobachtete geschlechtsspezifische Unterschied in den Trinkgewohnheiten dahingehend, dass männliche Jugendliche mehr Alkohol konsumieren als weibliche. Dieser Unterschied war unter den Jugendlichen aus Migrantenfamilien noch deutlicher als unter den Studienteilnehmern ohne Migrationshintergrund. Hier wird vermutet, dass der Alkoholkonsum von Jungen (und Mädchen) aus Migrantenfamilien noch stärker als bei Jugendlichen ohne Migrationshintergrund von tradierten Geschlechtsrollen beeinflusst wird.

Eine regionale Auswertung zur Teilnahme von Männern an Rehabilitationsmaßnahmen wegen Alkoholfolgen zeigte, dass ausländische Staatsan-

gehörige im Vergleich zu Deutschen seltener teilnehmen [19]. Eine Analyse zu Krankenhausbehandlungen wegen Alkoholabhängigkeit bei Spätaussiedlern und der einheimischen Bevölkerung zeigte hingegen keine Unterschiede [20].

3.4.5 Alkoholkonsum im Zeitverlauf

Mit den Daten der Epidemiologischen Suchtsurveys ist es möglich, den Alkoholkonsum im Zeitverlauf zu betrachten. Insgesamt zeigt sich eine leichte Verschiebung von einem riskanten (hier Männer: >24 g Alkohol pro Tag, Frauen: >12 g) zu einem risikoarmen Konsum (Männer: >0–24 g Alkohol pro Tag, Frauen: >0–12 g) bzw. Abstinenz (0 g) seit 1995 [21–24]. Die Tendenz besteht bei beiden Geschlechtern. Männer sind allerdings nach wie vor seltener abstinent und trinken häufiger über dem Schwellenwert riskanten Konsums als Frauen (siehe Abbildung 3.4.3). Beim Rauschtrinken wurde ab Ende der 1990er Jahre ein Absinken der Prävalenz bei Männern im Alter von 18 bis 59 Jahren beobachtet (1995: 47,5%; 2012: 37,9%) [21, 24]. Der Rückgang betraf dabei vor allem ältere Geburtskohorten [23, 24]. Die Ergebnisse des aktuellen Epidemiologischen Suchtsurveys von 2012 zeigen aber auch, dass der Anteil derjenigen in der Gruppe der 18- bis 24-jährigen Männer, die mindestens einmal im Monat

Rauschtrinken praktizieren, in den letzten Jahren zurückgegangen ist. Mit 51,7% zählten 2012 allerdings immer noch über die Hälfte der jungen Männer dieser Altersgruppe dazu (2009: 56,7%) [24]. Bei den 18- bis 59-jährigen Frauen lag die Prävalenz des Rauschtrinkens im Jahr 2012 mit 15,4% deutlich niedriger als bei den Männern [24].

3.4.6 Alkoholbedingte Erkrankungen und stationäre Versorgung

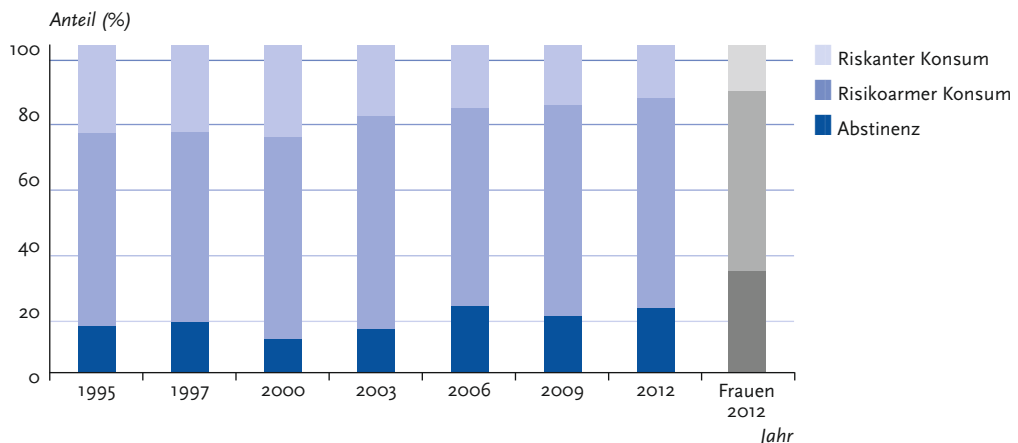
In der Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes wurden im Jahr 2012 ca. 400.000 Fälle aufgrund von alkoholbedingten Krankheiten registriert, fast drei Viertel davon sind Männer (291.122 Behandlungsfälle) [25]. Männer im mittleren Lebensalter sind am häufigsten betroffen. Die höchste Rate, 1,341 Fälle je 100.000 Einwohner, berechnete das Statistische Bundesamt für die 45- bis 54-Jährigen.

Der größte Teil der alkoholbedingten Krankenhausbehandlungen bei Männern entfällt auf psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (85,3%, ICD-10: F10). Diese Diagnosegruppe war damit auch im Jahr 2012 der häufigste Grund für eine Krankenhauseinweisung bei Männern [26]. Häufigste Einzeldiagnose in der Gruppe der psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol ist das Alkohol-Abhängigkeitssyndrom (ICD-10:

Abbildung 3.4.3

Trends in der Verteilung der Alkoholkonsummuster bei Männern im Alter von 18 bis 59 Jahren (in Prozent) im Zeitraum 1995–2012 und Vergleichswerte für Frauen für das Jahr 2012

Quelle: Epidemiologische Suchtsurveys, Institut für Therapieforchung [24]



F10.2), bei Männern mit 41,9 % (Frauen: 40,9).

Bei der Diagnose akute Intoxikation (ICD-10: F10.0), die mit Rauschtrinken in Verbindung zu sehen ist, hat sich die Zahl der Fälle, insbesondere bei Jugendlichen (15 bis unter 20 Jahre), in den letzten Jahren deutlich erhöht. Im Jahr 2012 wurden 14.257 Behandlungsfälle von jungen Männern zwischen 15 und 19 Jahren registriert, mehr als dreimal so viele wie im Jahr 2000 [27]. In dieser Altersgruppe sind über 60 % der Fälle Jungen und junge Männer. Unter den 10- bis 14-Jährigen wurden hingegen – bei insgesamt geringerer Fallzahl – mehr Mädchen wegen akuten Alkoholmissbrauchs stationär im Krankenhaus behandelt (2.174 weibliche vs. 1.814 männliche Behandlungsfälle).

Neben den unmittelbar durch Alkoholkonsum hervorgerufenen Störungen spielt Alkohol bei der Entstehung zahlreicher Krankheiten eine wichtige Rolle. Schätzungen gehen davon aus, dass etwa 85 % der Fälle von Leberzirrhose bei Männern durch Alkoholkonsum entstehen [22]. Geschlechtsspezifische Unterschiede bestehen insbesondere bei den neuropsychiatrischen Krankheiten: Hier sind 30 % der Fälle bei Männern, aber nur 7 % der weiblichen Fälle auf Alkohol zurückzuführen.

Schätzungen zufolge sind etwa 1,25 Mio. Männer (4,8 %) zwischen 18 und 64 Jahren in Deutschland alkoholabhängig, bei weiteren 1,23 Mio. (4,7 %) liegt Alkoholmissbrauch vor (nach den Kriterien des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; DSM-IV) [4]. Im Kapitel 2.5 Psychische Störungen finden sich weitere Informationen zur Alkoholabhängigkeit bei Männern.

3.4.7 Soziale Folgen des Alkoholkonsums

Alkohol steht häufig in Zusammenhang mit Unfällen oder Gewalt und kann darüber hinaus zur Störung oder Auflösung sozialer Beziehungen sowie zum Verlust von Arbeitsplatz und Wohnung führen [28]. Das Risiko, sowohl Gewalttäter als auch Gewaltopfer zu werden, steigt durch riskanten Alkoholkonsum an. Drei von zehn aufgeklärten Gewaltdelikten, wie schwere Körperverletzung, Totschlag oder Vergewaltigung, werden unter Alkoholeinfluss verübt [22, 29]. Im Jahr 2013 wurden 264.201 Tatverdächtige registriert, die nach polizeilichem Erkenntnisstand bei der

Tatführung unter Alkoholeinfluss standen [29]. Das sind insgesamt 12,6 % aller Tatverdächtigen. Tatverdächtige unter Alkoholeinfluss sind überwiegend männlich (89,1 % Männer vs. 10,9 % Frauen). Der Anteil der Tatverdächtigen unter Alkoholeinfluss ist unter anderem bei Widerstand gegen die Staatsgewalt und bei Gewaltkriminalität, dazu gehören zum Beispiel gefährliche Körperverletzung, Totschlag und Vergewaltigung, besonders hoch. Informationen zu Männern als Täter und Opfer von Gewalttaten finden sich im Kapitel 3.6 Gewalt.

Im Jahr 2012 gab es 15.969 Straßenverkehrsunfälle mit Personenschaden unter Alkoholeinfluss, 359 Personen starben [30]. Das Problem Alkohol am Steuer trägt alters- und geschlechtsspezifische Züge: 87,5 % der alkoholisierten Unfallbeteiligten waren Männer und mit Abstand am häufigsten sind es die jungen Männer von 18 bis 34 Jahren, die unter Alkoholeinfluss Unfälle verursachen. Auffällige Unterschiede in der Risikobereitschaft in Bezug auf das Fahren eines Autos zeigten sich auch im Epidemiologischen Suchtsurvey 2000, in welchem gefragt wurde, ob die Surveyteilnehmer in den vergangenen zwölf Monaten trotz zu hohen Alkoholkonsums ein Auto gesteuert hätten. 12,5 % der Männer, aber nur 5,0 % der Frauen gaben dies an [31]. Im Kapitel 2.4 Unfälle wird auf Verkehrsunfälle von Männern detailliert eingegangen. Über das Unfallgeschehen auf der Arbeit und im Heim- und Freizeitbereich wird ebenfalls berichtet.

3.4.8 Todesfälle

Das Statistische Bundesamt weist für das Jahr 2012 insgesamt 14.551 alkoholbedingte Todesfälle aus (siehe auch Kapitel 2.1 Lebenserwartung und Sterblichkeit). Fast drei Viertel entfallen auf Männer (10.922 Todesfälle). Die häufigste zum Tode führende alkoholbedingte Erkrankung ist die Alkoholische Leberzirrhose (ICD-10: K70.3), die bei gut der Hälfte der alkoholbedingt verstorbenen Männer die Ursache ist. An zweiter Stelle folgt das Alkohol-Abhängigkeitssyndrom (ICD-10: F10.2) bei etwas mehr als einem Viertel der alkoholbedingten Todesfälle.

Der Anteil alkoholbedingter Todesfälle an allen Todesfällen bei Männern ist insbesondere im

mittleren Lebensalter erhöht. Zwischen dem 35. und 60. Lebensjahr liegt er um 10 %. Bei den 80-Jährigen und Älteren fällt er unter 1 %. Das mittlere Sterbealter aufgrund alkoholbedingter Erkrankungen lag dementsprechend mit 60,6 Jahren deutlich unter dem durchschnittlichen Sterbealter von 74,2 Jahren, das für alle im Jahr 2012 verstorbenen Männer ermittelt wurde [32].

Im Zeitverlauf war die Zahl der alkoholbedingten Todesfälle im Zeitraum von 1980 bis 1997 deutlich gestiegen [33], seit dem Jahr 1998 ist ein Rückgang zu beobachten [34]. Es wird davon ausgegangen, dass in der Todesursachenstatistik nur ein Teil der alkoholbedingten Sterbefälle erfasst ist [33]. Die wenigen Berechnungen, die hierzu für Deutschland vorliegen, geben Hinweise darauf, dass bis zu 42.000 alkoholbedingte Todesfälle pro Jahr auftreten [35]. Wegen eines erheblichen Überlappungsbereiches zwischen Alkohol- und Tabakkonsum als Todesursache gehen Schätzungen davon aus, dass jährlich über 56.000 Todesfälle bei Männern durch Alkoholkonsum allein oder durch den gemeinsamen Konsum von Tabak und Alkohol bedingt sind [36, 37].

3.4.9 Diskussion

Männer trinken mehr Alkohol als Frauen, und sie sind auch von den negativen Folgen des Alkoholkonsums, einschließlich der sozialen Folgen, häufiger betroffen. Aber Männer trinken nicht nur mehr, sondern auch anders. Während einige Forschungsergebnisse darauf hindeuten, dass sich neben dem Tabak- auch der Alkoholkonsum von (jungen) Männern und Frauen langfristig annähert [38], bestehen nach wie vor deutliche Unterschiede in den Konsumgewohnheiten und den Motiven für den Konsum [39]. Im Jugendalter zum Beispiel, wenn Alkoholtrinken für beide Geschlechter zunächst vor allem ein kollektives, soziales Ereignis ist, drücken die Jugendlichen über Alkoholsorten, Konsumintensität und Trinkkontext ihre Männlichkeit (oder Weiblichkeit) aus [39]. Männlichkeit, gekennzeichnet durch die Bereitschaft zu riskanterem Verhalten zeigt sich traditionell auch in Art und Umfang des Alkoholkonsums [40, 41]. Dies erlaubt auch die Abgrenzung von als weiblich, weich oder schwach angesehenen Verhaltensweisen. Alkoholkonsum und ins-

besondere Rauscherfahrungen ermöglichen intensive Erlebnisse in der Gruppe, das subjektive Erleben von Macht, Stärke und Unverletzbarkeit, und sie erleichtern Tabubrüche und Regelverstöße. Alternativ dient Alkohol als »Gefühlsmanager« bei negativen Emotionen [41]. Es gibt Hinweise darauf, dass Alkoholabhängigkeit und Depressionen bei Männern oftmals zusammenhängen, wobei die Depression auch eine Konsequenz des Alkoholmissbrauchs sein kann [42] (siehe Kapitel 2.5 Psychische Störungen).

Zahlreiche präventive und therapeutische Angebote stehen für Menschen mit Alkoholproblemen zur Verfügung, dabei liegt der Fokus auf Alkoholmissbrauch, Abhängigkeit und Sucht oder anderen Folgen des Alkoholkonsums. Die Sensibilisierung von Akteuren für mänderspezifische Präventionsansätze, die Fokussierung auf spezifische Zielgruppen und die Entwicklung einer mänderspezifischen Gesundheitskommunikation sind wichtige Voraussetzungen für eine qualitative Verbesserung der Angebote [40, 41]. Das gilt beispielsweise auch für die Behandlung von Alkoholabhängigen. Wird der Aspekt Geschlecht in die Therapiekonzepte integriert, ergeben sich neue Perspektiven für die Suchttherapie bei Männern [43]. Männergruppen ermöglichen beispielsweise Kommunikation in einem geschützten Raum, und flankierende Angebote, zum Beispiel bei Sport und Entspannung, können auf die Präferenzen männlicher Klienten zugeschnitten werden. Wichtig ist allerdings, dass eine Differenzierung zwischen verschiedenen Gruppen von Männern hinsichtlich ihres Trinkverhaltens und der Motive erfolgt. Während beispielsweise Jüngere eher aus sozialen Gründen trinken, greifen Ältere aus Gewohnheit zum Alkohol oder sind bereits abhängig [44]. Auch die soziale Lage spielt eine Rolle, zum Beispiel unterschiedliche Männlichkeitsmuster bei Jungen unterschiedlicher Schultypen, sowie die ethnische Zugehörigkeit. Sie sollten deshalb für eine Ausdifferenzierung präventiver Angebote genutzt werden [39].

Ein Beispiel für spezifische Zielgruppen und Zugänge ist die Prävention von Diskounfällen. Das Thema berührt zwei wichtige Aspekte der Gesundheit von Männern: die Unfallprävalenzen (siehe Kapitel 2.4 Unfälle) und den Alkoholkonsum. Alkoholbedingte Unfälle im Straßenverkehr werden hauptsächlich von Männern verursacht

und überproportional häufig von jungen Verkehrsteilnehmern. Sie geschehen besonders oft in der Nacht und am Wochenende und sind häufig überdurchschnittlich schwer [45]. Gerade Diskounfälle sind durch eine Kopplung von männlichem Verantwortungsgefühl (die Gruppe nach Hause bringen) und männlicher Selbstüberschätzung in Bezug auf den Alkoholkonsum gekennzeichnet [46]. Aufgrund ihres Lebensstils und ungenügender Fahrpraxis sind junge Männer der Gefahr alkoholbedingter Unfälle stärker ausgesetzt als andere Gruppen [45, 47, 48]. Männer zwischen 18 und 25 Jahren, die hauptsächlich Unfallfahrer der Diskounfälle, sind Zielgruppe eines Projektes, das die Sensibilisierung für die Folgen von Alkohol am Steuer mit neuen Interventionsstrategien verbessern will (»Voll im Griff«) [46, 49]. Die Teilnehmer erleben die Einschränkung der eigenen Fahrtüchtigkeit bei alkoholisierten Fahrten unter Aufsicht. Das Projekt zielt darauf, den verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol zu fördern. Dabei geht es nicht um das generelle Trinkverhalten, sondern um »Punkt nüchternheit«, also um den Zusammenhang zwischen Alkohol trinken und Auto fahren in einer eng umrissenen Zielgruppe [49]. Eine ähnliche Zielsetzung verfolgt auch das Peer Projekt an Fahrschulen, das in zahlreichen Bundesländern seit über zehn Jahren erfolgreich umgesetzt wird [50].

Literatur

1. Anderson P, Baumberg B (2006) Alcohol in Europe – A Public Health Perspective. A report for the European Commission. Institute of Alcohol Studies, London
2. Gaertner B, Meyer C, Freyer-Adam J et al. (2010) Alkohol – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg) Jahrbuch Sucht 2010. Neuland, Geesthacht, S 21–47
3. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2011) Der Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2010. Kurzbericht mit Ergebnissen einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends. BZgA, Köln
4. Pabst A, Kraus L, Gomes de Macos E et al. (2013) Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. Sucht 59 (6): 321–331
5. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2012) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2010«. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
6. Bush K, Kivlahan DR, McDonell MB et al. (1998) The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol Use Disorders Identification Test. Arch Intern Med 158 (16): 1789–1795
7. Gual A, Segura L, Contel M et al. (2002) Audit-3 and audit-4: effectiveness of two short forms of the alcohol use disorders identification test. Alcohol 7 (6): 591–596
8. Reinert DF, Allen JP (2007) The alcohol use disorders identification test: an update of re-search findings. Alcohol Clin Exp Res 31 (2): 185–199
9. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2012) Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2011. Teilband Alkohol. www.bzga.de/forschung/studien-untersuchungen/studien/suchtpreavention/ (Stand: 21.05.2014)
10. Gaertner B, Meyer C, John U et al. (2013) Alkohol – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg) Jahrbuch Sucht 2013. Pabst, Lengerich, S 38–63
11. Kraus L, Pabst A, Gomes de Macos E et al. (2014) Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2012. Tabellenband: Prävalenz des Alkoholkonsums, episodischen Rauschtrinkens und alkoholbezogener Störungen nach Geschlecht und Alter im Jahr 2012. Institut für Therapieforchung, München. www.ift.de/index.php?id=429 (Stand: 11.02.2014)
12. Pabst A, Kraus L (2008) Alkoholkonsum, alkoholbezogene Störungen und Trends: Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. Sucht 54 (S1): S36–S46
13. Schroedter J, Lechert Y, Lüttinger P (2006) Die Umsetzung der Bildungsskala ISCED-1997 für die Volkszählung 1970, die Mikrozensus-Zusatzerhebung 1971 und die Mikrozensus 1976–2004 (Version). ZUMA-Methodenbericht 2006/08.
14. United Nations Educational Scientific and Cultural Organization (UNESCO) (1997) International Standard Classification of Education ISCED. www.unesco.org/education/information/nfsunesco/doc/isced_1997.htm (Stand: 15.01.2013)
15. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2003) Bundes-Gesundheitssurvey: Alkohol. Konsumverhalten in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
16. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2005) Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter.

- Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
17. Dill H, Frick U, Höfer R et al. (2002) Risikoverhalten junger Migrantinnen und Migranten. Expertise für das Bundesministerium für Gesundheit. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Band 141/I. Nomos, Baden-Baden
 18. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2008) Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003–2008: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
 19. Weilandt C, Rommel A, Raven U (2003) Gutachten zur psychischen, psychosozialen und psychosomatischen Gesundheit und Versorgung von Migrantinnen in NRW. Enquêtékommision »Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW« (unveröffentlicht)
 20. Riecken A (2001) Psychiatrische Erkrankungen im Migrations- und Integrationsprozess. Aussiedler im Niedersächsischen Landeskrankenhaus Osnabrück in den 1990er Jahren. In: Marschalck P, Wiedl KH (Hrsg) Migration und Krankheit (IMIS-Schriften 10). Universitätsverlag Rasch, Osnabrück, S 147–169
 21. Kraus L, Pabst A, Piontek D et al. (2010) Trends des Substanzkonsums und substanzbezogener Störungen. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 1995–2009. Sucht 56 (5): 337–348
 22. Kraus L, Piontek D, Pabst A et al. (2011) Alkoholkonsum und alkoholbezogene Mortalität, Morbidität, soziale Probleme und Folgekosten in Deutschland. Sucht 57 (2): 119–129
 23. Pabst A, Kraus L, Piontek D et al. (2010) Age, period, and cohort effects on time trends in alcohol consumption in the German adult population. Sucht 56 (5): 349–359
 24. Kraus L, Pabst A, Gomes de Matos E et al. (2014) Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey – Tabellenband: Trends der Prävalenz des Alkoholkonsums, episodischen Rauschtrinkens und alkoholbezogener Störungen nach Geschlecht und Alter 1995–2012. IFT Institut für Therapieforschung, München
 25. Statistisches Bundesamt (2013) Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000, Fälle je 100.000 Einwohner nach Wohnort Jahr, Alter, Geschlecht (alkoholbedingte Krankheiten). www.gbe-bund.de (Stand: 03.02.2014)
 26. Statistisches Bundesamt (2013) Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000 für die 10/20/50/100 häufigsten Diagnosen nach Behandlungsort, Jahr, Geschlecht ICD10. www.gbe-bund.de (Stand: 03.02.2014)
 27. Statistisches Bundesamt (2013) Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000 nach Behandlungsort, Jahr, Alter, Geschlecht, ICD-10 (alkoholbedingte Krankheiten). www.gbe-bund.de (Stand: 16.10.2013)
 28. Babor TF, Caetano R, Casswell S et al. (2003) Alcohol: no ordinary commodity. Oxford University Press, Oxford
 29. Bundeskriminalamt (BKA) (2014) Polizeiliche Kriminalstatistik 2013. BKA, Wiesbaden
 30. Statistisches Bundesamt (2013) Verkehrsunfälle. Unfälle unter dem Einfluss von Alkohol oder anderen berauschenden Mitteln im Strassenverkehr. 2012. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
 31. Kraus L, Augustin R (2001) Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000: 5,5 Folgen des Alkoholkonsums. Sucht 47 (S1): S41
 32. Statistisches Bundesamt (2013) Todesursachenstatistik. Durchschnittliches Alter der Gestorbenen in Lebensjahren, nach Jahr, Geschlecht, ICD-10 (alkoholbedingte Krankheiten). www.gbe-bund.de (Stand: 15.01.2014)
 33. Rübenach SP (2007) Die Erfassung alkoholbedingter Sterbefälle in der Todesursachenstatistik 1980 bis 2005. In: Statistisches Bundesamt (Hrsg) Wirtschaft und Statistik, S 278–290
 34. Statistisches Bundesamt (2012) Todesursachenstatistik. Sterbefälle je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert, nach Jahr, Alter, Geschlecht, ICD-10 (alkoholbedingte Krankheiten). www.gbe-bund.de (Stand: 15.10.2013)
 35. Bühringer G, Augustin R, Bergmann E et al. (2000) Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Band 128. Nomos, Baden-Baden
 36. John U, Hanke M (2002) Alcohol-attributable mortality in a high per capita consumption country – Germany. Alcohol and Alcoholism 37 (6): 581–585
 37. John U, Hanke M (2003) Tobacco- and alcohol-attributable mortality and years of potential life lost in Germany. European Journal of Public Health 13 (3): 275–277
 38. Kraus L, Pabst A, Müller S (2008) Epidemiologie substanzbezogener Störungen: Eine alters- und geschlechtsspezifische Betrachtung. Sucht Aktuell 15 (2): 8–13
 39. Helfferich C (2006) Ist Suchtprävention ein »klassisches« Feld geschlechtergerechter Prävention? In: Kolip P, Altgeld T (Hrsg) Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis. Juventa, Weinheim/München, S 27–39

40. Altgeld T (2006) Warum Gesundheit noch kein Thema für »richtige« Männer ist und wie es eines werden könnte. In: Jacob J, Stöver H (Hrsg) Sucht und Männlichkeiten – Entwicklungen in Theorie und Praxis der Suchtarbeit. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S 79–97
41. Stöver H (2007) Mann, Rausch, Sucht: Konstruktionen und Krisen von Männlichkeiten. Suchttherapie 8 (3): 89–94
42. Möller-Leimkühler AM (2003) The gender gap in suicide and premature death or: why are men so vulnerable? European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience 253 (1): 1–8
43. Vetter C (2011) Alkoholabhängigkeit. Männer und Frauen besser getrennt behandeln. Deutsches Ärzteblatt 40 (104): A 2096
44. Pabst A, Baumeister SE, Kraus L (2010) Alcohol-expectancy dimensions and alcohol consumption at different ages in the general population. J Stud Alcohol Drugs 71 (1): 46–53
45. B.A.D.S. – Bund gegen Alkohol und Drogen im Straßenverkehr (2012) Alkohol und Drogen im Straßenverkehr. B.A.D.S., Hamburg
www.bads.de/media/112802/alkohol_und_drogen_im_stra_enverkehr.pdf (Stand: 19.12.2012)
46. Kolip P (2008) Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitschutz 51 (1): 28–35
47. Böhnisch L, Winter R (1994) Männliche Sozialisation. Juventa, Weinheim
48. Engel U, Hurrelmann K (1994) Was Jugendliche wagen. Eine Längsschnittstudie über Drogenkonsum, Streßreaktionen und Delinquenz im Jugendalter. Juventa, Weinheim
49. Wüst M (2009) Don't drink and drive – Nur für Jungen ein Problem? Neue Interventionsstrategien in der Verkehrserziehung. In: Kolip P, Altgeld T (Hrsg) Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis. Juventa, Weinheim, S 89–102
50. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)/Europäische Kommission (2013) PEER-Drive Clean! Information und Aufklärung für Fahrschüler/innen und junge Fahranfänger/innen über die Gefahren von Alkohol und Drogen im Straßenverkehr.
www.peer-projekt.de (Stand: 21.05.2014)

3.5 Illegale Drogen und Medikamente

Aus dem Blickwinkel von Gesundheitspolitik und Prävention ist der Konsum bewusstseinsverändernder Substanzen (psychoaktive oder auch psychotrope Substanzen) vor allem auch deshalb von Bedeutung, da ein unkontrollierter und regelmäßiger Gebrauch zu psychischer und körperlicher Abhängigkeit mit entsprechenden langzeitlichen Folgen führen kann (siehe Kapitel 2.5 Psychische Störungen). Eine manifeste Suchterkrankung zieht in der Regel kognitive Einschränkungen und körperliche und soziale Probleme nach sich, die eine selbstbestimmte Lebensführung nur noch eingeschränkt ermöglichen. Darüber hinaus stehen Infektionserkrankungen wie HIV und Hepatitis häufig ursächlich mit dem intravenösen Gebrauch illegaler Drogen in Verbindung und ziehen, genauso wie die vielfältigen psychischen Komorbiditäten, einen weiterführenden und langfristigen Behandlungsbedarf nach sich [1].

Psychoaktive Substanzen sind in Lebensmitteln wie Kaffee oder Schokolade ebenso enthalten wie beispielsweise in Alkohol, Tabak, Medikamenten (Schmerz-, Beruhigungs- oder Schlafmittel) und in den im Betäubungsmittelgesetz aufgeführten illegalen Drogen (z.B. Cannabis, Heroin). Unter den Substanzen mit Suchtpotenzial werden Alkohol (siehe Kapitel 3.4 Alkohol), Tabak (siehe Kapitel 3.3 Rauchen) und Medikamente deutlich häufiger konsumiert als illegale Drogen, und auch das Therapiegeschehen in der Suchthilfe ist zahlenmäßig stark durch die Alkoholkrankheit bestimmt [2, 3] (siehe Kapitel 2.5 Psychische Störungen). Dennoch zählt der Konsum illegaler Drogen zu den zehn wichtigsten Risikofaktoren für durch Krankheit verlorene Lebensjahre [4]. Die männliche Bevölkerung ist von diesem Verlust an Lebenszeit besonders betroffen: Unter drogenabhängigen Personen (ohne Alkohol und Tabak) und bei den Drogentodesfällen sind Männer mit einem Anteil von je etwa 80% deutlich überrepräsentiert [5, 6, 7; eigene Berechnungen].

Demgegenüber wird Medikamentenabhängigkeit häufig als überwiegend weibliches Problemverhalten angesehen, das als »stille Sucht« weniger stark nach außen gerichtet ist [8]. Im Mittelpunkt stehen Schlaf- und Beruhigungssowie Schmerzmittel. Als besonders problema-

tisch gilt hierbei aufgrund ihres Suchtpotenzials die Wirkstoffgruppe der Benzodiazepine [9]. Allerdings wird die Sichtweise eines überwiegend »weiblichen« Problemverhaltens zunehmend hinterfragt [10, 11]. Unter anderem die Diskussion um den Konsum leistungssteigernder Substanzen zeigt ein differenzierteres Bild. Danach sind bei der Einnahme leistungsbeeinflussender Mittel mehrheitlich männliche Konsumentengruppen auszumachen [11–13].

3.5.1 Gebrauch illegaler Drogen

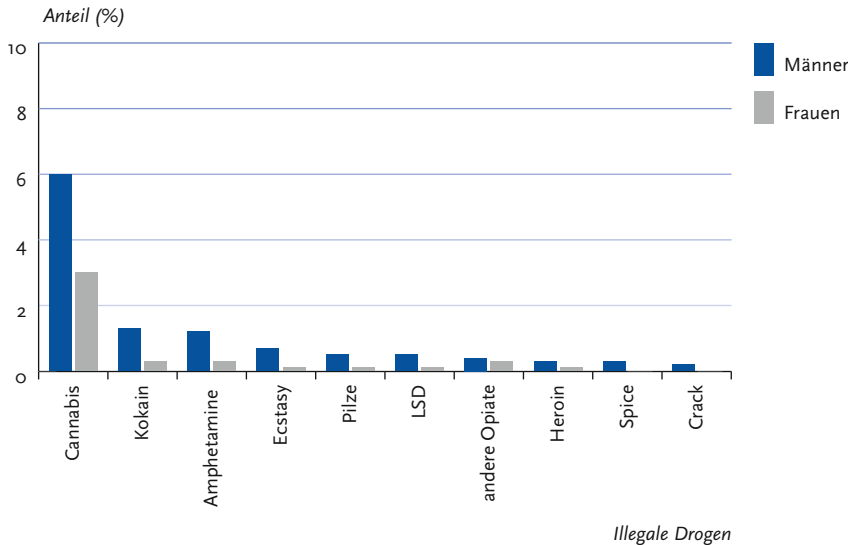
In Deutschland ist von etwa 2,6 Millionen Erwachsenen und etwa 236.000 Jugendlichen auszugehen, die innerhalb eines Jahres mindestens einmal illegale Drogen konsumieren [4]. Grob wird von 80.000 bis 170.000 Personen mit einem problematischen Opiatkonsum ausgegangen [5]. Mit Blick auf alle illegalen Substanzen dominiert der Konsum von Cannabis. Entsprechend gaben im Epidemiologischen Suchtsurvey 2012 27,5% der 18- bis 64-jährigen Männer und 18,6% der gleichaltrigen Frauen an, in ihrem Leben mindestens einmal Cannabis konsumiert zu haben. Mit 7,8% der Männer und 4,8% der Frauen berichteten dagegen weitaus weniger Personen von Erfahrungen mit irgendeiner anderen Droge [14].

Grundsätzlich werden alle illegalen Substanzen häufiger von Männern als von Frauen konsumiert. Beim überwiegenden Teil dieser Personen beschränkt sich der Drogengebrauch jedoch auf vereinzelte Handlungen und mündet nicht in einen regelmäßigen Konsum oder gar in eine manifeste Suchterkrankung. So gaben mit einem Anteil von 6,0% der Männer nur vergleichsweise wenige Befragte an, Cannabis auch im letzten Jahr vor der Befragung konsumiert zu haben (Frauen 3,0%). Je etwa ein Prozent der Männer hat im selben Zeitraum Kokain und Amphetamine konsumiert, bei allen anderen Substanzen liegen die entsprechenden Konsumprävalenzen deutlich darunter (siehe Abbildung 3.5.1).

Am häufigsten werden illegale Drogen im jungen Erwachsenenalter konsumiert. Nach Angaben der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklä-

Abbildung 3.5.1
Konsum illegaler Drogen im Jahr 2012 bei 18- bis 64-jährigen (12-Monats-Prävalenz, in Prozent)
 nach Geschlecht

Quelle: Epidemiologischer Suchtsurvey, Institut für Therapieforchung [14]



Die 12-Monats-Prävalenz des Konsums illegaler Drogen bei 18- bis 25-jährigen Männern im Jahr 2011 bei 18,3% [15]. Demgegenüber fallen die Konsumprävalenzen von Jugendlichen niedriger aus und unter älteren Erwachsenen geht der Drogengebrauch im Altersgang stark zurück [2, 15, 16]. Im Zeitverlauf zeigt der Konsum illegaler Drogen eine diskontinuierliche Entwicklung. Unter den 18- bis 25-jährigen Männern haben seit Beginn der 1970er Jahre vor allem Erfahrungen mit Cannabis deutlich zugenommen, während die Lebenszeitprävalenz des Konsums weiterer illegaler Drogen zwischen 10% und 20% schwankte [15, 17]. Eine sukzessive Annäherung der Konsumhäufigkeiten zwischen den Geschlechtern lässt sich bislang, anders als beim Tabak- oder Alkoholkonsum, im Zeitverlauf nicht feststellen (siehe Kapitel 3.3 Rauchen und 3.4 Alkohol).

3.5.2 Medikamentenkonsum

Im Gegensatz zu illegalen Drogen werden psychoaktive Medikamente von Männern seltener konsumiert als von Frauen. 20,3% der 18- bis 64-jährigen Männer (Frauen 26,4%) gaben im Epide-

miologischen Suchtsurvey 2012 an, in den letzten 30 Tagen vor der Befragung mindestens eines der dargestellten Medikamente wöchentlich oder häufiger konsumiert zu haben. Die dominierende Substanzgruppe waren dabei die Schmerzmittel, die von 14,2% der befragten Männer (Frauen: 17,9%) mindestens einmal pro Woche eingenommen wurden (siehe Abbildung 3.5.2).

Insgesamt sind die geschlechtsspezifischen Unterschiede beim Konsum psychoaktiver Medikamente weniger augenfällig als bei den illegalen Drogen. Zudem deutet sich bei Betrachtung der Anregungsmittel (0,7%) an, dass es offenbar Medikamentenkategorien gibt, bei denen der Konsum bei Männern etwas höher ausfällt als bei Frauen (0,3%).

Im Altersgang zeigen sich, anders als beim Konsum illegaler Drogen, ansteigende Konsumprävalenzen (siehe Abbildung 3.5.3). Während jedoch Appetitzügler, Anregungsmittel und Neuroleptika unter Männern von nachgeordneter Bedeutung bleiben, wurden Schlafmittel von 2,6%, Beruhigungsmittel von 5,5% und Antidepressiva von 6,4% der Männer zwischen 60 und 64 Jahren in den letzten 30 Tagen vor der Befragung regelmäßig konsumiert.

Abbildung 3.5.2

Konsum psychoaktiver Medikamente im Jahr 2012 bei 18- bis 64-Jährigen (mindestens wöchentlich/in den letzten 30 Tagen, in Prozent) nach Geschlecht

Quelle: Epidemiologischer Suchtsurvey, Institut für Therapieforschung [18]

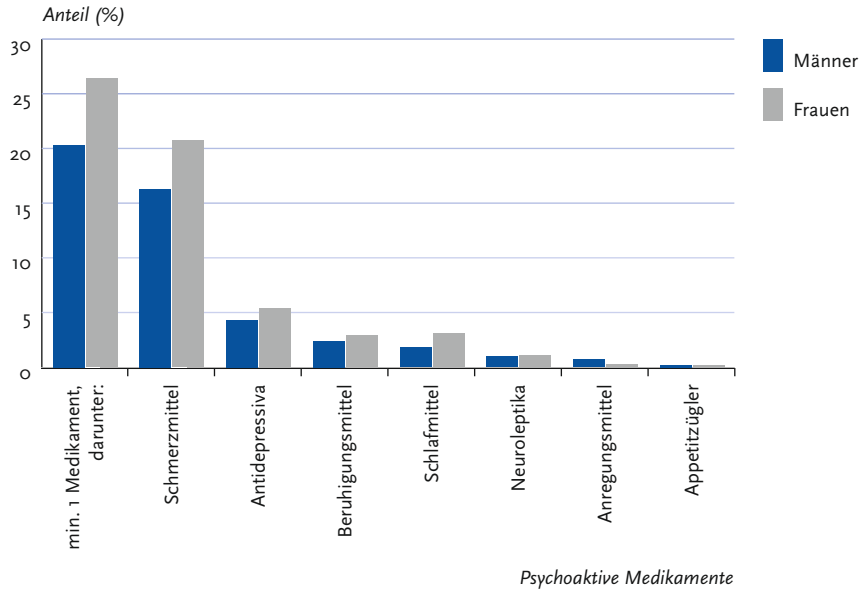
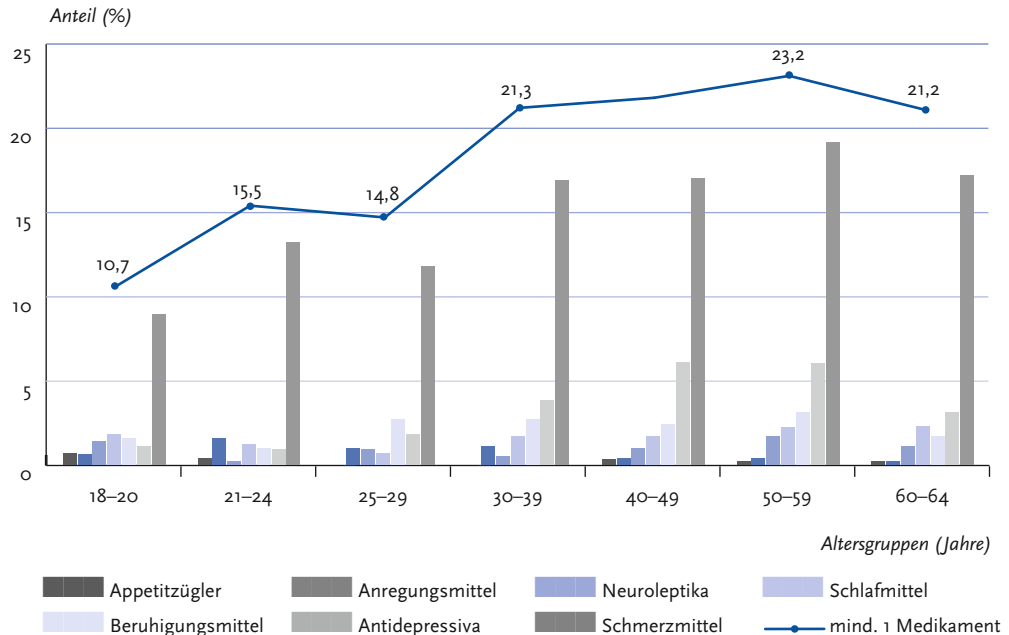


Abbildung 3.5.3

Konsum psychoaktiver Medikamente von Männern im Jahr 2009 nach Alter (mindestens wöchentlich/in den letzten 30 Tagen, in Prozent)

Quelle: Epidemiologischer Suchtsurvey, Institut für Therapieforschung [18]



Schmerzmittel bleiben auch im Altersgang die am häufigsten konsumierte Substanzgruppe, allerdings wird, im Gegensatz zu anderen Medikamentengruppen, der höchste Verbrauch mit einer Konsumhäufigkeit von 19,1% bereits in der Altersgruppe der 50- bis 59-jährigen Männer erreicht. Bezogen auf die Einnahme mindestens eines der dargestellten Medikamente deutet sich eine abnehmende Tendenz in der Altersgruppe der 60- bis 64-jährigen Männer an. Im Vergleich zu den weiblichen Befragten (nicht dargestellt) zeigen sich im Altersgang bis auf die Gruppe der 21- bis 24-jährigen Befragten Geschlechterunterschiede an, die mit ca. 8 Prozentpunkten Differenz in der Altersgruppe der 50- bis 59-jährigen Befragten am größten ist.

3.5.3 Problematischer Gebrauch und Abhängigkeit

Problematische Gebrauchsformen und Abhängigkeit sind mit dem gelegentlichen Konsum psychoaktiver Substanzen nicht gleichzusetzen. Zur Abgrenzung eines problematischen Substanzkonsums, der als gesundheitlich riskant, aber nicht zwingend als manifeste Abhängigkeitserkrankung anzusehen ist, kommen in epidemiologischen Erhebungen spezifische Befragungsinstrumente zum Einsatz [19]. Wie Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2009 zeigen, ist ein problematischer Gebrauch illegaler Drogen in der Bevölkerung nicht weit verbreitet (siehe Tabelle 3.5.1). Allerdings wurde bei 3,6% der befragten Männer zwischen 18 und 64 Jahren ein problematischer Medikamentenkonsum festgestellt. Geschlechtsspezifisch zeigen sich höhere Prävalenzen eines problematischen Konsums illegaler

Drogen unter Männern, wohingegen Frauen etwas häufiger zu einem problematischen Medikamentengebrauch neigen.

Anders als ein problematischer Gebrauch kann eine Abhängigkeitserkrankung nur auf Basis medizinischer Diagnosekriterien mit Hilfe der Klassifikationssysteme ICD-10 oder DSM IV festgestellt werden (siehe Kapitel 2.5 Psychische Störungen). Aufgrund der Komplexität dieser Definitionen liegen belastbare bevölkerungsrepräsentative Schätzungen zur Prävalenz von Suchterkrankungen bei illegalen Drogen und Medikamenten nicht vor. Regionale Studien schätzen die Prävalenz für die Abhängigkeit von illegalen Drogen für die Gesamtbevölkerung auf maximal 1% und bei jungen Erwachsenen auf maximal 2% [21, 22]. Die Zahl medikamentenabhängiger Personen wird meist auf Basis von Verwaltungsdaten auf etwa 1 bis 2 Millionen taxiert [23–25]. Die Zahl der Kassenpatienten und -patientinnen, bei denen ein problematisches, da nicht leitliniengerechtes Ordnungsverhalten von Benzodiazepinen vorliegt, wird auf gut 1,5 Millionen Personen geschätzt. Unter jenen Patienten und Patientinnen, bei denen das Verschreibungsverhalten der behandelnden Ärztinnen und Ärzte eine Abhängigkeit nahelegt, beträgt der Männeranteil nur etwa ein Drittel [26].

3.5.4 Konsum leistungsbeeinflussender Substanzen

Untersuchungen zum Gebrauch leistungssteigernder (oder auch leistungsbeeinflussender) Substanzen stellen im Vergleich zu den berichteten Konsumhäufigkeiten bei illegalen Drogen und Medikamenten einen Perspektivwechsel dar:

Tabelle 3.5.1
Problematischer Substanzkonsum im Jahr 2009 (in Prozent) nach Geschlecht
Quelle: Epidemiologischer Suchtsurvey, Institut für Therapieforschung [2, 20]

Problematischer Konsum (in %)	Medikamente	Cannabis	Amphetamine	Kokain	Heroin
	(KFM)	(SDS)	(SDS)	(SDS)	(12-Monats-Prävalenz)
Männer	3,6	1,6	0,2	0,2	0,2
Frauen	4,5	0,8	0,1	0,1	0,1

KFM: Kurzfragebogen zum Medikamentengebrauch; SDS: Severity of Dependence Scale

Im Mittelpunkt steht hier der Zweck des Konsums (Leistungssteigerung), wobei es bei den eingesetzten Mitteln starke Überschneidungen mit dem Gebrauch illegaler Drogen gibt. Entsprechend ist der Begriff der leistungsbeeinflussenden Substanzen nicht eindeutig definiert. Er umfasst bei einer weiten Definition neben frei verkäuflichen Präparaten wie Appetitzüglern und protein- oder kohlenhydrathaltigen Mitteln auch verschreibungspflichtige Medikamente sowie illegale Drogen (vor allem Amphetamine) [24, 27, 28].

Diskutiert wird der Gebrauch leistungssteigernder Mittel vor allem unter zwei Blickwinkeln: Erstens richtet sich der Fokus auf Leistungen in Sport und Fitness. Dabei sind per definitionem Präparate zum Muskelaufbau eingeschlossen (auch Anabolika und Wachstumshormone). Da viele dieser Substanzen bei Sportwettkämpfen einem Verbot durch die Welt-Antidoping-Agentur (WADA) unterliegen, wird mit Bezug auf die Allgemeinbevölkerung auch von Doping im Freizeit- oder Breitensport gesprochen. Zum Zweiten umschreibt der Begriff des pharmakologischen Neuroenhancement (auch Hirndoping) den Versuch, kognitive Fähigkeiten (z.B. Aufmerksamkeit, Konzentrationsfähigkeit) und Wohlbefinden (z.B. Abbau von Nervosität) mithilfe medizinisch nicht notwendiger, verschreibungspflichtiger oder illegaler Substanzen zu verbessern. Vor allem Schule, Studium oder Beruf werden als typische Einsatzfelder für pharmakologisches Neuroenhancement angesehen [12, 13, 27, 29, 30].

Viele Erhebungen zum Gebrauch leistungssteigernder Substanzen sind nicht bevölkerungsrepräsentativ angelegt, sondern beschränken sich auf Konsummuster in spezifischen Bevölkerungsgruppen. Die Studie zum Konsum leistungsbeeinflussender Mittel in Alltag und Freizeit (KOLIBRI) liefert hingegen bevölkerungsrepräsentative Daten zu beiden Gebrauchsformen [13]. Sie wurde im Jahr 2010 durchgeführt, im Rahmen der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell« (GEDA), einer regelmäßigen Gesundheitsbefragung des Robert Koch-Instituts. Schließt man auch frei verkäufliche Produkte in die Betrachtung mit ein, so geben danach 9,1% der erwachsenen Männer an, im Jahr vor der Befragung eine leistungssteigernde Substanz eingenommen zu haben (Frauen: 10,0%). 5,9% der befragten Männer haben ohne medizinische Notwendigkeit zum Zweck der Leis-

tungsbeeinflussung eine verschreibungspflichtige oder illegale Substanz konsumiert (Frauen: 7,0%).

Unter sportlich aktiven Männern ist der Gebrauch leistungssteigernder Substanzen deutlich weiter verbreitet als in der Allgemeinbevölkerung. Insbesondere Männer, die viermal in der Woche oder häufiger ins Fitnessstudio gehen, geben mit 27,3% einen deutlich höheren Konsum in den letzten 12 Monaten an als Männer, die keine Nutzer von Fitnessstudios sind (7,3%) [13]. Dass ein vergleichbar ausgeprägter Zusammenhang bei trainierenden Frauen und bei Vereinssportlern nicht zu finden ist, deutet an, dass hier von spezifisch männlichen Konsumgewohnheiten innerhalb des Fitnesports auszugehen ist. Laut der KOLIBRI-Studie berichten jedoch nur 0,9% der befragten Männer vom Gebrauch von Dopingmitteln im Sinne der WADA-Kriterien. Der weit überwiegende Anteil des Konsums leistungssteigernder Substanzen entfällt demnach auf frei verkäufliche bzw. nicht sanktionierte Präparate. Dennoch sind vertiefende Untersuchungen besonders unter Wettkampf- und Fitnesportlern durchaus aufschlussreich. Sie weisen nach, dass der Einsatz von pharmazeutischen Produkten bis hin zum Tatbestand des Doping auch in Teilen des Breitensports in relevantem Ausmaß zu finden ist und dass Männer deutlich stärker zu diesbezüglichen Praktiken neigen als Frauen [11, 12, 31].

Auch das pharmakologische Neuroenhancement ist nach Informationen der KOLIBRI-Studie, entgegen der zeitweiligen medialen Aufmerksamkeit, die dem Thema zuteilwurde, bevölkerungswelt bislang nur wenig verbreitet. 1,3% der Männer gaben an, in den letzten 12 Monaten ohne medizinische Notwendigkeit kognitiv leistungssteigernde Substanzen eingenommen zu haben (Frauen 1,8%). Im Altersgang ist tendenziell ein Rückgang im Gebrauch von Neuroenhancern festzustellen. Leicht erhöhte Prävalenzen liegen bei jungen Männern zwischen 18 und 29 Jahren vor, in den übrigen Altersklassen zeigen sich höhere Konsumprävalenzen bei Frauen. Männerspezifisch fällt weiterhin auf, dass eine zeitintensive Berufstätigkeit mit pharmakologischem Neuroenhancement assoziiert ist. So besteht bei Männern mit einer Arbeitszeit von über 40 Stunden in der Woche im Vergleich zu Männern, die 20 bis 40 Stunden pro Woche berufstätig sind, eine um das Dreifache erhöhte Chance, zu betreffenden Mit-

keln zu greifen. Bei Frauen besteht dieser Zusammenhang nicht [32]. Auch in weiteren Studien schwanken die Prävalenzen des Neuroenhancement je nach Definition und Untersuchungspopulation zwischen 1,5 und 5 %, wobei auch hier Männer jüngerer Altersgruppen tendenziell höhere Prävalenzen aufweisen und die betreffenden Substanzen regelmäßiger konsumieren als gleichaltrige Frauen [29, 30, 33].

3.5.5 Soziale Lage und Substanzkonsum

Da in epidemiologischen Studien der soziale Status der Konsumenten und Konsumentinnen durch einen längeren Gebrauch illegaler Drogen bereits negativ beeinflusst sein kann, ist die Frage, inwieweit die soziale Herkunft für die Herausbildung des Substanzkonsums ursächlich ist, schwierig zu beantworten. Für den Konsum psychotroper Medikamente oder leistungsbeeinflussender Substanzen zeigen sich kaum Unterschiede nach dem sozialen Status der Konsumenten. Ebenso finden sich nur wenige sozialstatus- oder schulformspezifische Unterschiede im Gebrauch illegaler Drogen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen [15, 34]. Der soziale Status ist für den Einstieg in den Substanzkonsum also offenbar von nachrangiger Bedeutung.

Im Gegensatz dazu zeigt sich unter substanzabhängigen Personen dennoch eine deutliche Bildungsbenachteiligung. Von den Klienten der Suchthilfe (ohne Alkohol und Tabak) haben je nach Substanzklasse 15 bis 20 % der Männer keinen oder einen Sonderschulabschluss, etwa die Hälfte besitzt einen Haupt- oder Volksschulabschluss und weniger als 10 % der betreffenden Männer haben die Schule mit Hochschulreife verlassen. Eine Ausnahme bilden allein die medikamentenabhängigen Männer mit einem im Mittel etwas besseren Bildungsstand [6, 7; eigene Berechnungen]. Zum Vergleich: Laut Mikrozensus haben in der männlichen Allgemeinbevölkerung über 14 Jahre, die nicht mehr in Schulausbildung sind, nur 4,1 % die Schule ohne Abschluss verlassen. Nur 38,2 % haben einen Haupt- oder Volksschulabschluss und 29,3 % weisen eine Hochschulreife auf [35].

Allerdings bestehen zwischen den Lebensbedingungen und dem Konsum psychoaktiver Sub-

stanzen vielfältige Wechselwirkungen, die sich einfachen kausalen Zuschreibungen entziehen. Die gesellschaftspolitischen Debatten waren lange Zeit einseitig auf die Vorstellung konzentriert, Alkohol- und Drogensucht seien wichtige Ursachen sozialer Verelendung. Umgekehrt blieb die Perspektive auf soziale Ursachen von Substanzkonsum und Abhängigkeit lange Zeit vernachlässigt [36]. Dabei gibt es Hinweise, dass der Übergang von moderaten zu problematischen Konsummuster und Abhängigkeit durchaus mit sozialer Benachteiligung oder sozialem Abstieg assoziiert sein kann [21, 37–39]. Am Beispiel der Wechselwirkungen zwischen Substanzkonsum und Arbeitslosigkeit lässt sich zudem zeigen, dass beide Wirkrichtungen empirisch Bestätigung finden: Insbesondere »härtere« Konsummuster müssen einerseits als Risikofaktoren für spätere Arbeitslosigkeit gelten und andererseits treten problematische Konsummuster und Rückfälle verstärkt als Folge von Arbeitsplatzverlust auf. Die nach wie vor stärkere Erwerbs- und Berufsorientierung vieler Männer macht sich dahingehend bemerkbar, dass sie nach einem Arbeitsplatzverlust stärker als Frauen zu einem kompensatorischen Substanzkonsum neigen [40].

3.5.6 Migration und Substanzkonsum

Männerspezifische Zusammenhänge beim Substanzkonsum zeigen sich darüber hinaus bei Berücksichtigung des Migrationsstatus. Menschen mit Migrationshintergrund unterliegen häufig besonderen Belastungen im Zuge der Eingewöhnung in die aufnehmende Kultur und Gesellschaft. Dabei werden auch kulturell spezifische Geschlechterrollen und Männlichkeitsbilder in Frage gestellt [41]. Auch wenn Migrantinnen und Migrantinnen insgesamt etwas seltener illegale Drogen konsumieren als die einheimische Bevölkerung [42, 43], laufen insbesondere männliche Migrantinnen offenbar häufiger Gefahr, problematische Konsummuster zu entwickeln. Unter jenen männlichen Klienten, die in der Suchthilfe aufgrund psychotroper Substanzen (ohne Alkohol und Tabak) ambulant oder stationär behandelt werden, beträgt der Migrantinnenanteil etwa ein Viertel (Frauen: 15,1 %). Besonders hoch ist der Anteil an Männern mit Migrationshintergrund unter

den Opiat- und Kokainabhängigen mit gut einem Drittel aller Klienten. Da der Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund nach Angaben des Mikrozensus in der männlichen Bevölkerung knapp ein Fünftel beträgt [44], wird deutlich, dass Migranten in der Suchthilfe deutlich überrepräsentiert sind. Der Männeranteil unter den Klienten und Klientinnen der Suchthilfe liegt mit 86,7% bei Menschen mit Migrationshintergrund zudem noch deutlich höher als in der einheimischen Bevölkerung (77,2%) [6, 7; eigene Berechnungen].

3.5.7 Diskussion

Konsum und Abhängigkeit von illegalen Drogen sind nach wie vor stark männlich geprägte Verhaltensmuster. Umso mehr erstaunt es, dass die Diskussionen zu den Themen Substanzkonsum und Sucht lange Zeit geführt wurden, ohne dass männler- (oder frauenspezifische) Erklärungsansätze ausreichend Berücksichtigung gefunden hätten [10, 39, 45, 46]. Die stärkere Affinität von Männern insbesondere zum Gebrauch illegaler Drogen ist jedoch erklärungsbedürftig und hat ihren Ursprung zumeist in der Adoleszenz. Sieht man das Jugendalter als Lebensphase, in der identitätssuchende und sozial-integrative Entwicklungsaufgaben miteinander in Einklang gebracht werden müssen, so stellt unter anderem das Experimentieren mit psychoaktiven Substanzen eine Möglichkeit dar, diese Aufgaben subjektiv besser zu bewältigen oder Probleme zu kompensieren [47–49]. Da geschlechtsspezifisch bei Jungen eine Tendenz zu härteren und stärker externalisierenden Verhaltensweisen zu beobachten ist, kann der Konsum illegaler Drogen bei ihnen, weit stärker als bei Mädchen, subjektiv sinnvolle Ansatzpunkte in der Abgrenzung vom Elternhaus, vom anderen Geschlecht aber auch von handlungsnormierenden Institutionen (wie beispielsweise Justiz oder Bildung) bereitstellen [45, 50, 51]. Sowohl die zur Schau gestellte Kontrolle des eigenen Konsums wie auch der gezielte Kontrollverlust bilden sich damit als männlich konnotierte Verhaltensweisen heraus, die es ermöglichen, Maskulinität in Abgrenzung zu Weiblichkeit, aber auch zu schwächeren Geschlechtsgenossen herzustellen (*doing gender with drugs*) [39, 46].

Die starke Dominanz männlicher Klienten im Suchthilfesystem ergibt sich hieraus als logische Folge. Insbesondere, wenn klassische Risikofaktoren wie familiäre Krisen, Gewalt- und Missbrauchserfahrungen oder elterliche Sucht hinzukommen, steigt gerade bei jungen Männern die Wahrscheinlichkeit eines kompensatorisch-problematischen Konsums [21, 38, 39, 52]. Für einen kleinen Teil drogengebrauchender Männer, stellt der harte Konsum bis hin zur Abhängigkeit ein Handlungsmodell dar, mit dem Maskulinität gerade in sozial benachteiligten Gruppen in Abgrenzung zu den Rollenbildern einer männlich geprägten Erwerbs- und Leistungsgesellschaft verwirklicht werden kann [51]. Nicht zuletzt auch die durch Missbrauchs- oder Gewalterfahrungen beschädigte Maskulinität kann sich subjektiv auf diese Weise neu realisieren lassen [52].

Dennoch finden sich auch Differenzierungen, die über die klassischen Geschlechterstereotypen hinausgehen [53]. So ist die jugendtypische Suche nach außergewöhnlichen Erfahrungen (*sensation seeking*) zwar generell bei Jungen stärker ausgeprägt als bei Mädchen, variiert als Einflussgröße für den Konsum illegaler Drogen jedoch auch geschlechtsunabhängig mit verschiedenen Persönlichkeitsmerkmalen [54, 55]. Ähnlich gilt für weitere wichtige Risiko- und Schutzfaktoren, wie die Bindungen zur Peer Group und zum Elternhaus oder verschiedene Aspekte des Familienklimas und Erziehungsstils, dass diese bei beiden Geschlechtern wirksam sind und innerhalb der Geschlechter zu einer Differenzierung unterschiedlich gefährdeter Konsumentengruppen beitragen können [37].

Andererseits ist der häufigere Gebrauch von Stimulanzien und Ecstasy mit der Herausbildung einer Konsumkultur einhergegangen, in die Jungen und Mädchen gleichermaßen involviert sind [56, 57]. Von US-amerikanischen Mädchen wird Ecstasy heute schon häufiger konsumiert als von Jungen [58]. Es ist somit auch davon auszugehen, dass sich beim Drogengebrauch weniger männlich geprägte und geschlechterübergreifende Gebrauchsmuster herausbilden könnten.

Ähnliches gilt umgekehrt für Konsum und Abhängigkeit von Medikamenten. Auch wenn Männer etwas seltener betroffen sind, stützen die vorliegenden Daten nur bedingt das etwas einseitige Bild einer weiblichen Sucht. Der Blick auf die

Nutzung leistungssteigernder Substanzen weist auf männerspezifische Konsummuster hin, die es weiter zu untersuchen gilt. In diesem Zusammenhang ist auf die langwährende Praxis der substanzgestützten Optimierung des männlichen Körpers in Sport und Militär zu verweisen [11], in deren Kontinuität männertypische Versuche der Leistungssteigerung einzuordnen sind. Auch wenn bevölkerungsbezogen der Medikamentenkonsum nach wie vor etwas weniger »männlich« als »weiblich« ist, muss auch hier, insbesondere wenn praktische Konsequenzen abgeleitet werden sollen, der Blick stärker auf männerspezifische Zugänge und Lebensbereiche gerichtet werden.

Literatur

- Pfeiffer-Gerschel T, Kipke I, Lang P et al. (2008) Bericht 2008 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD. Deutschland. Neue Entwicklungen, Trends und Hintergrundinformationen zu Schwerpunktthemen. Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, München
- Kraus L, Pabst A, Piontek D et al. (2010a) Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2009. Tabellenband: Prävalenz des Konsums illegaler Drogen, multipler Drogenerfahrung und drogenbezogener Störungen nach Geschlecht und Alter. IFT, München
- Steppan M, Künzel J, Pfeiffer-Gerschel T (2011) Suchtkrankenhilfe in Deutschland 2010. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS). Institut für Therapieforchung, München
- Orth B, Kraus L, Piontek D (2012) Illegale Drogen – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg) Jahrbuch Sucht 2012. Pabst, Lengerich, S 112–124
- Pfeiffer-Gerschel T, Kipke I, Flöter S et al. (2011c) Bericht 2011 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD. Deutschland. Neue Entwicklungen, Trends und Hintergrundinformationen zu Schwerpunktthemen. Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, München
- Pfeiffer-Gerschel T, Kipke I, Steppan M (2011a) Deutsche Suchthilfestatistik 2010. Alle Bundesländer. Tabellenband für ambulante Beratungs- und/oder Behandlungsstellen, Fachambulanzen und Institutsambulanzen (Typ 3 und 4). Bezugsgruppe: 1. Zugänge Beender ohne Einmalkontakte. Institut für Therapieforchung, München
- Pfeiffer-Gerschel T, Kipke I, Steppan M (2011b) Deutsche Suchthilfestatistik 2010. Alle Bundesländer. Tabellenband für (teil-)stationäre Rehabilitations- einrichtungen und Adaptionseinrichtungen. Bezugsgruppe: 4. Beender mit Einmalkontakten. Institut für Therapieforchung, München
- Rabbata S (2005) Medikamentenmissbrauch: Die stille Sucht. Deutsches Ärzteblatt 102 (14): A950
- Elsesser K, Sartory G (2009) Medikamentenabhängigkeit. In: Margraf J, Schneider S (Hrsg) Lehrbuch der Verhaltenstherapie Band 2. Springer, Heidelberg, S 383–405
- Klingemann H (2009) Sucht, Männergesundheit und Männlichkeit – ein neu entdecktes Thema. In: Stöver H, Jacob J (Hrsg) Männer im Rausch Konstruktionen und Krisen von Männlichkeiten im Kontext von Rausch und Sucht. Transcript, Bielefeld, S 33–76
- Vogt I (2007) Männer und Medikamente. Zum Beispiel Dopingmittel. Suchttherapie 8 (3): 103–107
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2006) Doping im Freizeit- und Breitensport. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 34. RKI, Berlin
- Robert Koch-Institut (2011) Kolibri. Studie zum Konsum Leistungsbeeinflussender Mittel in Alltag und Freizeit. RKI, Berlin
- Kraus L, Pabst A, Gomes de Matos E et al. (2014) Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2012. Tabellenband: Prävalenz des Konsums illegaler Drogen, multipler Drogenerfahrung und drogenbezogener Störungen nach Geschlecht und Alter im Jahr 2012. IFT Institut für Therapieforchung, München.
www.ift.de/index.php?id=429 (Stand: 11.02.2014)
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2012) Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2011. BZgA, Köln
- Pabst A, Kraus L, Gomes de Matos E et al. (2013) Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. SUCHT-Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis/Journal of Addiction Research and Practice 59 (6): 321–331
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2010) Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2008. Verbreitung des Konsums illegaler Drogen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. BZgA, Köln
- Kraus L, Pabst A, Gomes de Matos E et al. (2014) Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2012. Tabellenband: Prävalenz der Medikamenteneinnahme und medikamentenbezogener Störungen nach Geschlecht und Alter im Jahr 2012. IFT Institut für Therapieforchung, München.
www.ift.de/index.php?id=429 (Stand: 11.02.2014)
- Pabst A, Piontek D, Kraus L et al. (2010) Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen Ergeb-

- nisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2009. *Sucht* 56 (5): 327–336
20. Kraus L, Pabst A, Piontek D et al. (2010) Trends des Substanzkonsums und substanzbezogener Störungen. *Sucht* 56 (5): 337–347
 21. Kienast T, Heinz A, Soyka M (2011) Drogen- und Medikamentenabhängigkeit. In: Möller H, Laux G, Kapfhammer H (Hrsg) *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie*. Springer, Heidelberg, S 1371–1409
 22. Petersen K, Thomasius R (2009) Jugendliche und Cannabis. In: Thomasius R, Schulte-Markwort M, Küstner U et al. (Hrsg) *Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter*. Schattauer, Stuttgart, S 41–44
 23. Glaeske G (2012) Medikamente 2010 – Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial. In: *Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg) Jahrbuch Sucht 2012*. Pabst, Lengerich, S 90–111
 24. Soyka M, S Q, Küfner H et al. (2005) Wo verstecken sich 1,9 Millionen Medikamentenabhängige? *Der Nervenarzt* 76 (1): 72–77
 25. Glaeske G (2013) Medikamente 2011 – Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial. In: *Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg) Jahrbuch Sucht 2013*. Pabst, Lengerich, S 91–110
 26. Holzbach R, Martens M, Kalke J et al. (2010) Zusammenhang zwischen Verschreibungsverhalten der Ärzte und Medikamentenabhängigkeit ihrer Patienten. *Bundesgesundheitsblatt* 53 (4): 319–325
 27. Franke AG, Lieb K (2010) Pharmakologisches Neuroenhancement und »Hirndoping«. Chancen und Risiken. *Bundesgesundheitsblatt* 53 (8): 853–859
 28. Normann C (2010) Möglichkeiten und Grenzen des pharmakologischen Neuroenhancement. *Nervenarzt* 81 (1): 66–74
 29. DAK-Gesundheit (2009) *Gesundheitsreport 2009*. Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Schwerpunktthema Doping am Arbeitsplatz. DAK, Hamburg
 30. Middendorff E, Poskowsky J, Isserstedt W (2012) Formen der Stresskompensation und Leistungssteigerung bei Studierenden. HISBUS-Befragung zur Verbreitung und zu Mustern von Hirndoping und Medikamentenmissbrauch. Hochschul-Informations-System, Hannover
 31. Brune K, Niederweis U, Kaufmann A et al. (2009) Analgetikamissbrauch bei Marathonläufern. *MMW-Fortschritte der Medizin* 151 (40): 39–41
 32. Schilling R, Hoebel J, Müters S et al. (2012) Pharmakologisches Neuroenhancement. *GBE kompakt* 3(3) www.rki.de/gbe-kompakt (Stand: 17.01.2012)
 33. Franke AG, Bonertz C, Christmann M et al. (2011) Non-medical use of prescription stimulants and illicit use of stimulants for cognitive enhancement in pupils and students in Germany. *Pharmacopsychiatry* 44 (2): 60–66
 34. Lampert T, Thamm M (2007) Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum von Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt* 50 (5/6): 600–608
 35. Statistisches Bundesamt (2011a) *Bildungsstand der Bevölkerung 2011*. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
 36. Henkel D (1998) »Die Trunksucht ist die Mutter der Armut« – zum immer wieder fehlgedeuteten Zusammenhang von Alkohol und Armut in Deutschland vom Beginn des 19. Jahrhunderts bis zur Gegenwart. In: Henkel D (Hrsg) *Sucht und Armut: Alkohol, Tabak, illegale Drogen*. Leske & Budrich, Opladen, S 13–79
 37. Jordan S, Sack P (2009) Schutz- und Risikofaktoren. In: Thomasius R, Schulte-Markwort M, Küstner U et al. (Hrsg) *Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter*. Schattauer, Stuttgart, S 127–138
 38. von Sydow K, Lieb R, Pfister H et al. (2002) What predicts incident use of cannabis and progression to abuse and dependence? A 4-year prospective examination of risk factors in a community sample of adolescents and young adults. *Drug and Alcohol Dependence* 68 (1): 49–64
 39. Zenker C (2006) *Gender und Suchtkrankenhilfe*. In: Zander M, Hartwig L, Jansen I (Hrsg) *Geschlecht Nebensache? Zur Aktualität einer Gender-Perspektive in der Sozialen Arbeit*. VS Verlag, Wiesbaden, S 331–346
 40. Henkel D (2011) Unemployment and substance use: a review of the literature (1990–2010). *Current drug abuse reviews* 4 (1): 4–27
 41. Salman R (2006) Männliche Migranten im Zwiespalt. Über die klippenreiche Reise zu neuen Männlichkeiten und zur Notwendigkeit interkultureller Suchthilfe. In: Stöver H (Hrsg) *Sucht und Männlichkeiten*. VS Verlag, Wiesbaden, S 143–151
 42. Boos-Nünning U, Siefen R (2005) *Jugendliche mit Migrationshintergrund und Sucht*. In: Assion H (Hrsg) *Migration und seelische Gesundheit*. Springer, Heidelberg, S 195–213
 43. Robert Koch-Institut (2008) *Migration und Gesundheit*. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
 44. Statistisches Bundesamt (2011) *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit*. Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2010. Fachserie 1 Reihe 22. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
 45. Friedrichs J (2006) *Konstruktion von Männlichkeiten – Nutzen und Risiken des Konsums von Drogen*. In: Zander M, Hartwig L, Jansen I (Hrsg) *Geschlecht Nebensache? Zur Aktualität einer Gender-*

- Perspektive in der Sozialen Arbeit. VS Verlag, Wiesbaden, S 331–346
46. Stöver H (2007) Mann, Rausch, Sucht: Konstruktionen und Krisen von Männlichkeiten. Suchttherapie 8 (3): 89–94
 47. Raithel J (2010) Gesundheitsrelevantes Risikoverhalten unter Jugendlichen. In: Hackauf H, Ohlbrecht H (Hrsg) Jugend und Gesundheit. Juventa, Weinheim, S 160–177
 48. Settertobulte W (2010) Über die Bedeutung von Alkohol und Rausch in der Lebensphase Jugend. In: Nierkrenz Y, Ganguin S (Hrsg) Jugend und Rausch Interdisziplinäre Zugänge zu jugendlichen Erfahrungswelten. Juventa, Weinheim, S 73–78
 49. Weichold K, Bühler A, Silbereisen R (2008) Konsum von Alkohol und illegalen Drogen im Jugendalter. In: Silbereisen R, Hasselhorn M (Hrsg) Enzyklopädie der Psychologie Serie 5/Band 5: Entwicklungspsychologie des Jugendalters. Hogrefe, Göttingen, S 537–586
 50. Helfferich C (1998) Mädchen, Jungen, Drogen und Jugendhilfe. Forum Erziehungshilfen 4 (5): 266–274
 51. Helfferich C (1999) Geschlechtsspezifische Aspekte von Problemverhalten. Überlegungen zu einer angemessenen theoretischen Konzeption. In: Kolip P (Hrsg) Programme gegen die Sucht Internationale Ansätze zur Suchtprävention im Jugendalter. Juventa, Weinheim, S 27–40
 52. Schäfer I (2006) Zusammenhänge zwischen Traumaerfahrungen und Suchtentwicklung bei Männern. In: Stöver H (Hrsg) Sucht und Männlichkeiten. VS Verlag, Wiesbaden, S 69–78
 53. Helfferich C (2006) Ist Suchtprävention ein klassisches Feld geschlechtergerechter Prävention? In: Kolip P, Altgeld T (Hrsg) Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis. Juventa, Weinheim, S 27–39
 54. Roth M, Hammelstein P, Brähler E (2007) Beyond a youthful behavior style – Age and sex differences in sensation seeking based on need theory. Personality and Individual Differences 43 (7): 1839–1850
 55. Roth M, Liebe N (2011) Moderating Effect of Personality Type on the Relation Between Sensation Seeking and Illegal Substance Use in Adolescents. International Journal of Developmental Science 5 (1/2): 113–126
 56. Measham F (2002) Doing gender – doing drugs. Conceptualizing the gendering of drugs cultures. Contemporary Drug Problems 29 (2): 335–373
 57. Moloney M, Hunt G (2010) Ecstasy, Gender and Accountability in a Rave Scene. Suchtmagazin 36 (5): 7–11
 58. Wu P, Xinhua L, Trang H et al. (2010) Ecstasy Use among U.S. Adolescents from 1999 to 2008. Drug and alcohol dependence 112 (1–2): 33–38

3.6 Gewalt

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Gewalt als »absichtliche(n) Gebrauch von angedrohtem oder tatsächlichem körperlichem Zwang oder physischer Macht gegen die eigene oder eine andere Person, gegen eine Gruppe oder Gemeinschaft, der entweder konkret oder mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Verletzungen, Tod, psychischen Schäden, Fehlentwicklung oder Deprivation führt« [1]. Während der WHO-Gewaltbegriff physische Gewalt in den Mittelpunkt stellt, werden in den Sozialwissenschaften unter Gewalt schwere Formen von Aggression verstanden, denen zusätzlich zu einer Schädigungsabsicht ein psychisches oder physisches Machtgefälle zugrunde liegt [2]. Eine Unterscheidung in direkte (körperliche und sexuelle) und indirekte (psychische und sozial-relationale, d.h. auf die Beschädigung sozialer Beziehungen gerichtete) Gewaltformen hat sich durchgesetzt. Von der WHO stammt die folgende Einteilung in drei Gewaltkategorien. Sie beruht darauf, von wem die Gewalt ausgeht [3]:

- ▶ Gewalt gegen die eigene Person (suizidales Verhalten und Selbstmisshandlung)
- ▶ Zwischenmenschliche Gewalt (Gewalt in der Familie/unter Intimpartnern und von Mitgliedern der Gemeinschaft ausgehende Gewalt)
- ▶ Kollektive Gewalt (instrumentalisierte Gewaltanwendung durch Menschen, die sich als Mitglieder einer anderen Gruppe begreifen und damit bestimmte Ziele durchsetzen wollen).

Im Mittelpunkt dieses Kapitels wird »Zwischenmenschliche Gewalt« als eine von drei Gewaltkategorien betrachtet. Auf Gewalt gegen sich selbst und kollektive Gewaltanwendung, zum Beispiel in Kriegssituationen, wird am Ende des Kapitels kurz eingegangen. Eine umfassende Darstellung des Themas Gewalt in seiner Bedeutung für Männer ist aufgrund des vorgesehenen Umfangs dieses Kapitels nicht möglich.

Gewalterfahrungen sind bei den Opfern mit erheblichen psychosozialen Belastungen und gesundheitlichen Konsequenzen verbunden, wie körperlichen und seelischen Verletzungen, Rückzug und Isolation, Depression, Angststörungen, sozialen Beeinträchtigungen und Substanzgebrauch [4–6].

Bei Tätern ist gewalttätiges Verhalten oft mit weiteren Problemen verknüpft, zum Beispiel Persönlichkeitsstörungen, Depressionen und Substanzkonsum [7]. Täter haben zudem häufig schlechtere Berufs- und Bildungschancen. Strafrechtliche Verfolgung, Gefängnisaufenthalte und ihre Folgen beeinflussen die Lebensgestaltung und haben auch Folgen für die Gesundheit von Tätern [4].

Im Zusammenhang mit geschlechtsspezifischen Rollenvorstellungen wird Überlegenheitsdrang und Täterschaft oftmals mit Männlichkeit assoziiert, hingegen werden Unterlegenheit und Schwäche als Opfermerkmale und als unmännlich klassifiziert [8]. Das kann Auswirkungen auf die Selbstangaben zu Gewalterfahrungen bzw. auch auf das Meldeverhalten von Gewalttaten haben [9].

Anhand der offiziellen Statistiken weist Gewaltverhalten eine starke Geschlechtsspezifität auf. Nach Angaben des europäischen Berichts zu Verletzungen sind 72 % der Täter in gewalttätigen Auseinandersetzungen (zwischenmenschliche Gewalt) männlich [10]. Allerdings finden sich – mit Ausnahme sexueller Gewalt – in Europa auch deutlich mehr Männer unter den Opfern von zwischenmenschlicher Gewalt als Frauen [10].

3.6.1 Methodische Vorbemerkungen

In der Forschung zu häuslicher Gewalt/Partnergewalt lassen sich mit der Familienkonfliktforschung und der feministischen Gewaltforschung zwei unterschiedliche Herangehensweisen unterscheiden. Die Familienkonfliktforschung fokussiert auf wechselseitige Ursachen von Auseinandersetzung zwischen Männern und Frauen, die in gewalttätige Handlungen münden können. Studien aus dieser Perspektive kommen zu dem Ergebnis, dass sowohl Männer als auch Frauen gewalttätig werden können und sich die Ereignisse im Hinblick auf Häufigkeit, Art und Motivation zwischen den Geschlechtern kaum unterscheiden. Die feministische Gewaltforschung versteht Gewalt im Geschlechterverhältnis als Konsequenz eines patriarchalischen Unterdrückungsverhältnisses.

nisses. Studien aus der feministischen Perspektive basieren zumeist auf Polizei-, Verurteilungsstatistiken oder Opferstichproben. Hierbei werden besonders schwere Formen von häuslicher Gewalt/Partnergewalt erfasst, die zu Verletzungen oder zu juristischen Konsequenzen geführt haben. Es werden dabei vorwiegend Männer als Täter und Frauen als Opfer identifiziert. Neben den unterschiedlichen Perspektiven ist die Nutzung verschiedener Erhebungsmethoden ein Grund für abweichende Ergebnisse.

Bei den Datenquellen, die zur Abschätzung der Prävalenz von Gewaltereignissen in Deutschland zur Verfügung stehen, wird zwischen sog. »Hellfeldstudien« und »Dunkelfeldstudien« unterschieden. »Hellfeldstudien«, wie zum Beispiel die Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS), beziehen selektierte Stichproben ein. Verzerrungen können deshalb nicht ausgeschlossen werden [11]. So spiegeln die Daten aus der PKS das Anzeigeverhalten der Bevölkerung wider. Die repräsentative Aussagekraft dieser Statistik ist eingeschränkt, da die PKS nur die der Polizei bekannt gewordenen und durch sie endbearbeiteten Straftaten enthält und somit die soziale Wirklichkeit nicht in vollem Umfang abbildet [12]. Dunkelfeldstudien werden durchgeführt, um Erkenntnisse darüber zu gewinnen, welche Straftaten nicht angezeigt werden. Sie werden an hinsichtlich des Gewaltniveaus unselektierten Bevölkerungsstichproben durchgeführt. Allerdings können auch unscharfe oder einseitige Begriffsdefinitionen zu Einschränkungen in der Aussagekraft der Erhebungen führen.

Mit den Daten der »Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland« (KiGGS) des Robert Koch-Instituts lassen sich die subjektiv empfundenen Gewalterfahrungen von Kindern und Jugendlichen als Täter, Opfer oder Täter/Opfer beschreiben [13]. Aussagen zu verschiedenen Formen von Gewalt (z.B. physisch oder psychisch) sind allerdings nicht möglich.

Die Datenlage wird insgesamt als nicht ausreichend eingeschätzt, um das Thema Gewalt ausgewogen und detailliert abzubilden.

3.6.2 Männer als Täter und Opfer von Gewalttaten

Erlebnisse schwerer Gewalt in der Kindheit und Jugend scheinen für Männer zuzunehmen, jedoch geht die körperliche Gewalt in der Erziehung offenbar zurück [14]. In der KiGGS-Studie waren Jungen häufiger als Mädchen sowohl Täter als auch Opfer von Gewalttaten. Unter den Personen mit Täter- und Opfererfahrungen waren ebenfalls deutlich mehr Jungen als Mädchen [13].

In der PKS werden Jungen und Männer deutlich häufiger als Tatverdächtige schwerer Gewalttaten geführt als Mädchen und Frauen [15]. Beispielsweise wurden im Jahr 2013 in der Straftatengruppe gefährliche und schwere Körperverletzung 116.396 männliche und 21.774 weibliche Tatverdächtige ermittelt. Aber auch in anderen Straftatengruppen sind männliche Tatverdächtige wesentlich häufiger als weibliche (siehe Abbildung 3.6.1).

Laut Polizeilicher Kriminalstatistik sind aber nicht nur die Täter, sondern auch die Opfer schwerer Gewalttaten (mit Ausnahme der Sexualstraftaten) überwiegend männlich (siehe Abbildung 3.6.2).

Eine Studie zu Gewalt an alten Menschen, die vom Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) in Auftrag gegeben wurde, kommt zu dem Ergebnis, dass 60-jährige und ältere Männer fast ebenso häufig wie Frauen Opfer schwerer physischer Gewalt sind (Pflegebedürftige und in Institutionen lebende Menschen waren in die Studie nicht einbezogen) [16].

Bei den vollendeten Taten mit tödlichem Ausgang sind beide Geschlechter nahezu gleich häufig betroffen: Im Jahr 2013 starben nach der PKS 291 Männer und 294 Frauen durch Mord oder Totschlag [15].

Im Folgenden sollen Männer als Opfer von Gewalttaten betrachtet werden, weil diesem Thema aufgrund der oben genannten Geschlechtsspezifität in der öffentlichen Wahrnehmung bislang eher weniger Aufmerksamkeit zuteilwurde. Dunkelfeldstudien, die auf repräsentativen Daten für Deutschland beruhen, liegen nicht vor. In einer nicht-repräsentativen Pilotstudie »Gewalt gegen Männer« des BMFSFJ aus dem Jahr 2004 mit insgesamt 298 Teilnehmern wurde von Männern erlebte Gewalt mit qualitativen und quantita-

Abbildung 3.6.1
Tatverdächtige von Gewaltstraftaten im Jahr 2013 nach Geschlecht (Anzahl)

Quelle: Polizeiliche Kriminalstatistik, Bundeskriminalamt [15]

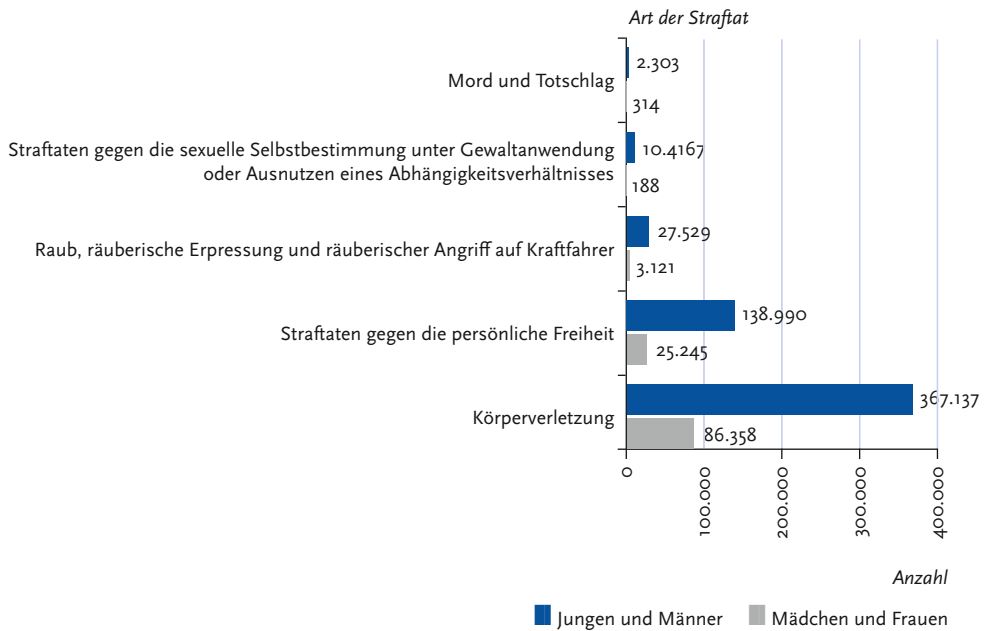
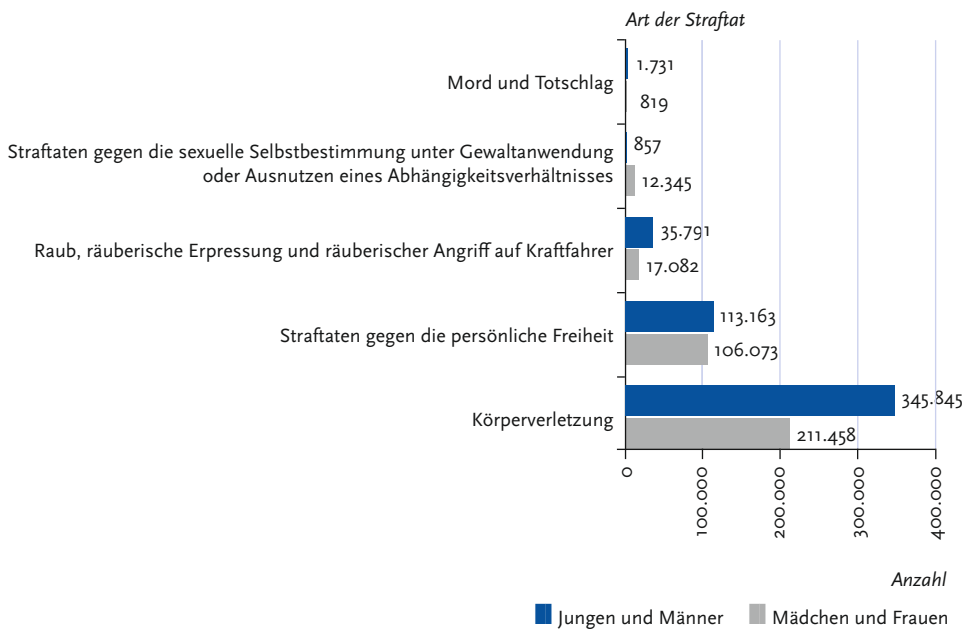


Abbildung 3.6.2
Opfer von vollendeten und versuchten Gewaltstraftaten im Jahr 2013 nach Geschlecht (Anzahl)

Quelle: Polizeiliche Kriminalstatistik, Bundeskriminalamt [15]



tiven Methoden untersucht [14]. Bei den Auswertungen zu Gewalt in Lebenspartnerschaften zeigte sich, dass 43 der in dieser Studie befragten Männer mindestens einmal im Leben körperliche Auseinandersetzungen oder sexualisierte Gewalt in der Partnerschaft erlitten hatte. Ein wichtiges Ergebnis der Studie war, dass der Bereich der männlichen Selbstwahrnehmung von Gewalterfahrungen doppelt begrenzt wird: einerseits durch Normalitätsvorstellungen einer männlichen Rolle (z.B. öffentliche Wahrnehmung von Gewaltakten unter Männern als normale Auseinandersetzungen); andererseits dadurch, dass bestimmte Gewaltereignisse außerhalb der männlichen Normalitätsvorstellung liegen (Schambesetztheit »unmännlicher« Gewalterlebnisse, z.B. Männer als Opfer von Gewalt durch weibliche Täter, sexuelle Gewalterfahrungen). So hatte beispielsweise kein einziger Mann, der angegeben hatte, häusliche Gewalt durch die Partnerin erfahren zu haben, die Polizei gerufen, auch dann nicht, wenn er der Meinung war, die Partnerin müsse bestraft werden. Häufiger als von körperlicher Gewalt berichteten Männer in dieser Studie von psychischer Gewalt und der Kontrolle sozialer Beziehungen durch ihre Partnerin (Kontrolle von Post, E-Mail, Telefonanrufen oder Verhinderung von sozialen Kontakten mit Freunden, Bekannten und Verwandten). Eine besondere Form psychischer und sozial-relationaler Gewalt ist die Isolierung von gemeinsamen Kindern in der Folge von Scheidungs- und Trennungsergebnissen durch die ehemalige Partnerin [11, 17, 18]. Die BMFSF-Studie kommt aufgrund von Hinweisen aus Befragungen zu dem Schluss, dass detaillierter untersucht werden sollte, ob bzw. wie oft ein solcher Umgangsboykott durch Mütter stattfindet und nicht geahndet wird [14].

Viktimisierungen (zum Opfer machen) homosexueller Männer, vor allem im öffentlichen Raum, kommen durch schwulenfeindliche Übergriffe vor. In einer amerikanischen Studie von Dunbar [19] wurden sogenannte *hate crimes* (Verbrechen aus Hass, Hasskriminalität) aufgrund sexueller Orientierung mit anderen *hate crimes* verglichen. Hierbei standen insbesondere schwere Gewaltformen wie Körperverletzung, sexuelle Übergriffe, sexuelle Belästigung und Stalking in signifikantem Zusammenhang mit *hate crimes* mit homophobem Hintergrund. Gewalt wider-

fährt Männern auch in homosexuellen Partnerschaften. In einer Studie von Turell [20] gaben 13 % der befragten homosexuellen Männer sexuelle, 44 % körperliche und 83 % psychische Gewaltopfererfahrungen in der Partnerschaft an.

Am Arbeitsplatz ist für Männer eher psychische als körperliche oder sexualisierte Gewalt von Bedeutung (Anschreien, Beleidigen, Abwerten oder Schikanieren durch Vorgesetzte oder Kollegen). Dies wird von Betroffenen als sehr belastend erlebt und kann psychische Erkrankungen zur Folge haben [21].

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass ein Großteil der Gewalt gegen Männer im öffentlichen Raum stattfindet. Hier spielen in erster Linie körperliche, psychische und, in geringerem Umfang, jedoch mit erheblichen Folgen für die Betroffenen, sexualisierte Gewalttaten eine Rolle. In diesem Umfeld sind die Täter überwiegend ebenfalls männlich [14, 15].

3.6.3 Kollektive Gewalt

Ein Kontext, in dem Gewalt durch Männer ausgeübt und erlitten wird, sind Kriegsereignisse, die in der Gliederung der WHO unter »Kollektive Gewalt« verortet werden. Als Formen der Gewalt gegen Männer sind zum Beispiel Zwangsrekrutierungen, die vor allem Männer, aber auch Jungen und männliche Jugendliche (Kindersoldaten) betreffen, zu nennen, aber auch an Formen von sexueller Gewalt, Verstümmelungen an Sexualorganen oder den Zwang, an Vergewaltigungen teilnehmen oder der Vergewaltigung weiblicher Familienangehöriger beiwohnen zu müssen [22]. In Deutschland kann dies z.B. Flüchtlinge aus Kriegsgebieten betreffen, aber auch Senioren, die als Kinder oder Jugendliche den Zweiten Weltkrieg miterlebten. In der BMFSF-Studie berichteten viele ältere Männer mit großer Intensität über traumatische Kriegserinnerungen; zum Teil hatten sie seit Jahrzehnten mit niemandem darüber gesprochen [14].

3.6.4 Gewalt gegen die eigene Person

Die WHO führt in ihrer Klassifikation von Gewalt als weitere Form »Gewalt gegen die eigene Person« auf, worunter suizidales Verhalten und Selbstmishandlung zu verstehen sind. Für 2011 weist die Todesursachenstatistik für Deutschland insgesamt 10.144 Suizide aus – 7.646 für Männer und 2.498 für Frauen [23]. Das entspricht 19,0 Selbsttötungen pro 100.000 Männer und 6,0 Selbsttötungen pro 100.000 Frauen. In Europa werden insgesamt deutlich mehr (vollendete) Suizide durch Männer verübt: Mehr als Dreiviertel der Sterbefälle sind männlich [4]. Insbesondere im höheren Alter ist das Suizidrisiko für Männer erheblich erhöht. Schätzungsweise 65%–90% aller Suizide werden durch psychische Erkrankungen, insbesondere durch Depressionen, verursacht [24]. Die Verbesserung der Diagnostik von Depressionen bei Männern ist entscheidend, um die Häufigkeit von männlicher Gewalt gegen die eigene Person zu reduzieren [4]. Weitere Informationen dazu finden sich in Kapitel 2.5 Psychische Störungen.

3.6.5 Diskussion

Männer sind häufiger Täter schwerer Gewalthandlungen. Daraus sollte jedoch nicht geschlussfolgert werden, dass Gewaltausübung eine rein »männliche« Angelegenheit ist. Geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilungen verschieben sich, wenn eine um psychische und sozial-relationale Gewaltformen erweiterte Begriffsbestimmung zu Grunde gelegt wird. Repräsentative Studienergebnisse für Deutschland fehlen jedoch weitgehend. Zur Verbesserung der Datenlage wird die »Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland« (DEGS1) beitragen. Das Robert Koch-Institut hat im Rahmen dieses Gesundheits-survey zwischen 2008 und 2011 aktuelle Daten zu körperlichen und psychischen Gewalterfahrungen in der erwachsenen Bevölkerung Deutschlands erhoben. In DEGS1 wurden jedoch keine Aussagen zu sexueller und sozial-relationaler Gewalt, zur Schwere und Dynamik des Gewaltgeschehens, zum Kontextgeschehen, zu Folgen von Gewalt und Gewalterfahrungen im höheren Lebensalter erhoben. Die Daten werden derzeit gendersensibel ausgewertet [25].

Aus den bislang vorliegenden Quellen wird allerdings deutlich, dass Männer nicht nur häufig Täter von Gewalthandlungen sind, sondern auch häufig Opfer werden. Gewalt gegen Männer geschieht in unterschiedlichen Sozialräumen: in der Familie, in Partnerschaften, am Arbeitsplatz, im öffentlichen Raum oder in Ausnahmesituationen wie Kriegsereignissen. Gewalt kann grundsätzlich jeden Mann treffen und ist mit einem erheblichen Risiko negativer körperlicher und psychischer Folgen behaftet. Problematisch ist dabei, dass in der öffentlichen ebenso wie in der wissenschaftlichen Diskussion Gewalt gegen Männer kaum verortet ist. Die fehlende Diskussion hat zur Folge, dass Opfererfahrung in männlichen Selbstkonzepten nicht repräsentiert ist. Daher ist erlebte Gewalt für Männer – wie auch für Frauen – schwer zu artikulieren. Es fehlen nicht nur Einrichtungen zum Schutz männlicher Opfer, sondern Männer mit Opfererfahrungen laufen Gefahr, retraumatisiert zu werden, wenn sie in ihrer Opferrolle als unmännlich stigmatisiert werden. Die Studienlage zu männlichen Opfererfahrungen ist insgesamt spärlich.

Die Thematik Gewalt verdient in der Zukunft insgesamt größere Aufmerksamkeit, sowohl im wissenschaftlichen Kontext als auch im öffentlichen Diskurs [26]. Dabei sollten die vielseitigen Aspekte des Themas aufgegriffen werden. Eine geschlechtsspezifische Herangehensweise ist notwendig, das gilt auch für die Entwicklung von Befragungsinstrumenten. Der gegenseitige Wissenstransfer von Forschung und Praxis wird von Experten und Expertinnen angemahnt, und die Wichtigkeit der Gewaltprävention wird betont. Hier sollte es auch darum gehen, Erziehungsfaktoren zu identifizieren, die gewaltfördernd oder auch konfliktlösend wirken. Positive Impulse für die Praxis kommen aus – insgesamt bisher allerdings wenig verbreiteten – Angeboten der Jungengesundheitsförderung, die neben Gewaltprävention auch Selbstbehauptung, soziale und Risikokompetenz zum Inhalt haben [27]. In der Gewaltprävention, wie auch beim Ausbau von Hilfs- und Unterstützungsangeboten für Täter und Opfer ist eine Differenzierung wichtig, die über die geschlechtsspezifische Ansprache hinausgeht. Die Angebote für Männer sollten sich ganz gezielt an junge oder ältere Männer richten, an Männer mit Migrationshintergrund, homose-

xuelle Männer, Strafgefangene oder andere spezifische Gruppen. Nur so ist es möglich, die Betroffenen mit den Angeboten wirklich zu erreichen und nachhaltig zu unterstützen [26].

Literatur

- World Health Organization (WHO) (1996) Global Consultation on Violence and Health. Violence: a public health priority. WHO, Genf
- Selg H, Mees U, Breg D (1997) Psychologie der Aggression (2. überarbeitete Auflage). Hogrefe, Göttingen
- World Health Organization (WHO) (2003) Weltbericht Gewalt und Gesundheit. Zusammenfassung. WHO-Regionalbüro für Europa, Kopenhagen
- European Commission, Directorate Health and Consumers (2011) The State of Men's Health in Europe – Extended Report. European Commission
- Scarpa A (2001) Community Violence Exposure in a Young Adult Sample. *Journal of Interpersonal Violence* 16 (1): 36–53
- Sundaram V, Helweg-Larsen K, Laursen B et al. (2004) Physical violence, self rated health, and morbidity: is gender significant for victimisation? *Journal of Community Health* 58 (1): 65–70
- Sirotych F (2008) Correlates of Crime and Violence among Persons with Mental Disorder: An Evidence-Based Review. *Brief Treatment and Crisis Intervention* 8 (2): 171–194
- Heinrich-Böll-Stiftung (Hrsg) (2002) Mann oder Opfer? Dokumentation einer Fachtagung des Forum Männer in Theorie und Praxis der Geschlechterverhältnisse und der Heinrich Böll Stiftung am 12./13. Oktober 2001 in Berlin. Schriften zur Geschlechterdemokratie der Heinrich-Böll-Stiftung Nr 4. Heinrich-Böll-Stiftung, Berlin
- Chan KL (2012) Gender Symmetry in the Self-Reporting of Intimate Partner Violence. *Journal of Interpersonal Violence* 27 (2): 263–286
- Bauer R, Steiner M (2009) Injuries in the European Union: Statistics Summary 2005–2007. www.kfv.at/fileadmin/webcontent/Publikationen_englisch/IDB/2009-IDB-Report_screen.pdf (Stand: 13.01.2012)
- Archer J (2000) Sex Differences in Aggression Between Heterosexual Partners: A Meta-Analytic Review. *Psychological Bulletin* 126 (5): 651–680
- Lenz H (2002) Mann oder Opfer? Kritische Männerforschung zwischen Verstrickung in herrschende Verhältnisse und einer neuen Erkenntnisperspektive; Eine Einführung ins Thema. In: Heinrich-Böll-Stiftung (Hrsg) Mann oder Opfer? Dokumentation einer Fachtagung des Forum Männer in Theorie und Praxis der Geschlechterverhältnisse und der Heinrich Böll Stiftung am 12./13. Oktober 2001 in Berlin. Schriften zur Geschlechterdemokratie der Heinrich-Böll-Stiftung, Berlin, S 24–55
- Schlack R, Hölling H (2007) Gewalterfahrungen von Kindern und Jugendlichen im subjektiven Selbstbericht. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 50 (5–6): 819–826
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2004) Gewalt gegen Männer. Personale Gewaltwiderfahrnisse von Männern in Deutschland. Pilotstudie. www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung4/Pdf-Anlagen/studie-gewalt-maenner-langfassung.ppt?property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf (Stand: 27.09.2010)
- Bundeskriminalamt (BKA) (2014) Polizeiliche Kriminalstatistik 2013. BKA, Wiesbaden
- Wetzels P, Greve W, Mecklenburg E et al. (Hrsg) (1995) Kriminalität im Leben alter Menschen. Kohlhammer, Stuttgart
- Klenner W (1995) Rituale der Umgangsvereitelung bei getrenntlebenden oder geschiedenen Eltern. Eine psychologische Studie zur Elternverantwortung. *Zeitschrift für das gesamte Familienrecht* 42: 1529–1535
- Kodjoe U, Koeppel P (1998) Früherkennung von PAS – Möglichkeiten psychologischer und rechtlicher Interventionen. *KindPrax* 5: 138–144
- Edward Dunbar (2006) Race, Gender, and Sexual Orientation in Hate Crime Victimization: Identity Politics or Identity Risk? *Violence and Victims* 21 (3): 323–337
- Turell S (2000) A Descriptive Analysis of Same-Sex Relationship Violence for a Diverse Sample. *Journal of Family Violence* 15 (3): 281–292
- Mayhew C, Chapell D (2007) Workplace violence: An overview of patterns of risk and the emotional/stress consequences on targets. *International Journal of Law and Psychiatry* 30 (4–5): 327–339
- Carpenter R (2006) Recognized Gender-Based Violence Against Civilian Men and Boys in Conflict Situations. *Security Dialogue* 37 (1): 83–103
- Statistisches Bundesamt (2012) Sterbefälle nach äußeren Ursachen und ihren Folgen nach Jahr (2011), Geschlecht, ICD-10(V-Y), ICD-10 (S-T). *Todesursachenstatistik*. www.gbe-bund.de (Stand: 07.11.2013)
- Wolfersdorf M (2008) Depression und Suizid. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 51 (4): 443–450

25. Robert Koch-Institut (2013) Antwort des Robert Koch-Instituts zu Stellungnahmen von Frau Dr. Schröttle sowie des Netzwerks Frauen und Gesundheit zu dem Beitrag »Körperliche und psychische Gewalterfahrungen in der deutschen Erwachsenenbevölkerung«.
www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Degs/degs_w1/Basispublikation/Gewalt_Antwort_RKI.html?nn=3847538 (Stand: 07.11.2013)
26. Kapella O, Lenz H (2013) Schwerpunkt Gewalt: Von männlicher Verletzlichkeit und Aggressivität – auf dem Weg zu einem geschlechtergerechten Gewaltdiskurs Männerpolitik – Männerpolitische Beiträge zu einer geschlechtergerechten Gesellschaft; Tagungsdokumentation einer internationalen Konferenz am 22./23. Oktober 2012 in Berlin. Bundesministerium für Familie, Frauen, Senioren und Jugend, Berlin, S 126–129
27. Neubauer G, Winter R (2010) Jungengesundheit in Deutschland: Themen, Praxis, Probleme. In: Bardehle D, Stiehler M (Hrsg) Erster Deutscher Männergesundheitsbericht; Ein Pilotbericht. W. Zuckschwerdt Verlag, München

4 Arbeit und Gesundheit

Erwerbsarbeit stellt in der Regel die primäre Quelle zur Sicherung des Lebensunterhaltes dar. Sie bringt aber nicht nur materielle Vorteile durch ein stetiges Einkommen mit sich, sondern wirkt auch sinnstiftend. Erwerbstätigkeit eröffnet von Familien und Freunden unabhängige soziale Kontakte und Netzwerke. Zudem geht mit vielen Berufen auch Anerkennung, ein bestimmtes soziales Ansehen und Prestige einher. Zugleich kann Erwerbsarbeit aber auch Ursache von Belastungen, Stress und Unsicherheiten sein. Gesundheitliche Risiken durch die Erwerbsarbeit ergeben sich durch körperliche, psychische und soziale Belastungen, die je nach Tätigkeit, Berufsstatus, Branche oder Berufserfahrung unterschiedlich stark ausgeprägt sein können. Mit erhöhten Arbeitsbelastungen sind unfall- oder krankheitsbedingte Fehlzeiten und damit Einschränkungen in der Produktivität von Unternehmen assoziiert. In der Regel sind Erwerbstätige mit niedrigem Berufsstatus häufiger Gesundheitsrisiken ausgesetzt und haben zugleich geringere Ressourcen, um diese erfolgreich zu bewältigen [1]. Männer und Frauen sind in Deutschland in unterschiedlichen Wirtschaftsbereichen und Berufsfeldern tätig (horizontale Segregation) und haben häufig unterschiedliche Positionen in der jeweiligen betrieblichen Hierarchie inne (vertikale Segregation) [2, 3]. Die Gründe dafür sind vielfältig, sollen aber an dieser Stelle nicht ausführlich diskutiert werden. Durch die geschlechtsspezifische Segregation des Arbeitsmarktes weisen auch berufliche Einflüsse und deren gesundheitliche Konsequenzen geschlechtsspezifische Prägungen auf. Ziel des vorliegenden Kapitels ist es daher, zunächst die Verteilung der Erwerbs- und Familienarbeit zwischen Männern und Frauen zu beschreiben und dann auf die geschlechtsspezifischen gesundheitlichen Belastungen einzugehen, die mit Erwerbstätigkeit verbunden sein können.

Arbeitslosigkeit kann die Gesundheit erwerbsorientierter Menschen stark belasten [4, 5]. Arbeitslose sind zur Sicherung ihres Lebensunterhaltes zumeist auf Leistungen der Sozialversicherungen, staatliche Fürsorge oder auf die Unterstützung durch Angehörige angewiesen. Sie haben dadurch gegenüber Erwerbstätigen deut-

lich geringere Handlungs- und Entscheidungsmöglichkeiten [6]. Zudem führt Arbeitslosigkeit zu einem Verlust der beruflichen Funktionen und Netzwerke. Die daraus resultierenden psychosozialen Belastungen werden durch eine mögliche Stigmatisierung der Arbeitslosigkeit weiter verstärkt [7]. Arbeitslosigkeit und bereits die Bedrohung der Arbeitsplatzsicherheit können daher als Stress auslösende Lebensereignisse angesehen werden [8]. Über welche Aspekte Arbeitslosigkeit und Gesundheit miteinander verknüpft sind, ist ebenfalls Gegenstand des vorliegenden Kapitels, wobei der Fokus auf Gesundheitsrisiken und Gesundheitsprobleme arbeitsloser Männer gelegt wird.

Für das Kapitel wurde zur Beschreibung der Erwerbsbeteiligung und der branchenspezifischen Tätigkeiten auf die Daten der amtlichen Statistik (Mikrozensus, Arbeitsmarktstatistik) zurückgegriffen. Die Ergebnisse der Erwerbstätigenbefragung der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) werden für die Darstellung der Arbeitsbelastungen herangezogen. Zusätzlich kann mit den Daten des telefonischen Gesundheitssurveys »Gesundheit in Deutschland aktuell« des Robert Koch-Instituts aus dem Jahr 2010 (GEDA 2010) das Ausmaß von subjektiv empfundenen Arbeitsbelastungen verknüpft mit soziodemografischen und sozioökonomischen Merkmalen beschrieben werden. Das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen bei Pflichtversicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung wird auf Basis der Daten der KG2- und KM1/13-Statistik des Bundesministeriums für Gesundheit untersucht und durch Auswertungen für die Versicherten der Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) und der Betriebskrankenkassen (BKK) ergänzt. Die Daten zur Arbeitslosenstatistik stammen von der Bundesagentur für Arbeit. Die Studie GEDA 2010 erlaubt hierbei Analysen zum Zusammenhang von Arbeitslosigkeit, prekärer Beschäftigung und Gesundheit.

4.1 Erwerbstätigkeit und Familienarbeit

Als Erwerbstätige werden abhängig Beschäftigte, selbständig Arbeitende bzw. auch mithelfende Familienangehörige verstanden, die eine auf wirtschaftlichen Erwerb gerichtete Tätigkeit ausüben [9]. Von der Erwerbsarbeit abgegrenzt wird u.a. Haus- und Familienarbeit, worunter unentgeltliche häusliche und familienbezogene Arbeiten für sich selbst und für im Haushalt lebende Kinder und Angehörige verstanden werden [2].

In Deutschland ist die überwiegende Mehrheit der Männer und Frauen im Alter zwischen 15 und 64 Jahren erwerbstätig [9]. Im Laufe des 20. Jahrhunderts hat sich das Modell des männlichen Alleinverdieners sukzessive in Richtung des Modells der Doppelverdiener-Haushalte verschoben [10, 11]. Allerdings weist die Aufteilung zwischen Erwerbstätigkeit und Haus- und Familienarbeit einerseits, sowie die Verteilung verschiedener Tätigkeiten der Haus- und Familienarbeit andererseits, gerade in Partnerschaften mit Kindern, eine starke Geschlechtsspezifität auf.

4.1.1 Erwerbsbeteiligung

Hinsichtlich der Erwerbsbeteiligung von Männern und Frauen in Deutschland bestehen deutliche Unterschiede. Im Jahr 2012 betrug der Anteil der Erwerbstätigen an der Bevölkerung zwischen 15 und 64 Jahren bei Männern 77,1 % und bei Frauen 67,6 % [12], im Jahr 1993 lagen die Anteile noch bei 75,0 % bzw. 55,0 % [13, 14]. In der Altersverteilung zeigt sich, dass die Erwerbsbeteiligung von Männern vor allem ab dem 30. Lebensjahr deutlich höher ist, als die von Frauen. So betrug die Erwerbstätigenquote in der Altersgruppe der 35- bis unter 40-Jährigen bei den Männern 90,1 %, bei Frauen aber nur etwa drei Viertel [14]. Bei den 40-Jährigen und Älteren gleichen sich die Erwerbstätigenquoten von Männern und Frauen bis zu einem Alter von 55 Jahren leicht an, die Unterschiede bleiben bis zum Eintritt ins Rentenalter bestehen.

Der Umfang der Erwerbstätigkeit unterscheidet sich ebenfalls im Vergleich von Männern und Frauen [15]. Im Jahr 2012 war lediglich etwa ein Zehntel der Männer, aber nahezu jede zweite Frau in Teilzeit erwerbstätig [9]. Im Altersverlauf be-

trachtet, sind die Unterschiede bei den Teilzeitquoten zwischen den Geschlechtern am Beginn des Erwerbslebens noch gering und zeigen erst ab dem Alter der Familiengründung deutliche Unterschiede [16]. Ob Männer und Frauen in Vollzeit oder Teilzeit tätig sind, unterscheidet sich demnach stark hinsichtlich der familiären Situation. So sind Väter im Vergleich zu Müttern häufiger erwerbstätig und dies auch öfter in Vollzeit. Wird die Gruppe der Väter nach Familienstand betrachtet, zeigt sich, dass verheiratete Väter am häufigsten erwerbstätig sind und dies auch in Vollzeit. Alleinerziehende mit Kindern unter 15 Jahren waren in der Gruppe der Väter seltener berufstätig und auch die Vollzeitquote ist bei ihnen geringer [17]. Wird nach Gründen für eine Teilzeiterwerbstätigkeit gefragt, sind die wichtigsten Gründe bei Männern, dass sie keine Vollzeitstelle gefunden haben (24,2 %), dass sie eine Ausbildung machen (25,0 %) und dass sie eine Vollzeiterwerbstätigkeit aus anderen Gründen nicht wünschen (29,0 %). Bei Frauen dominieren demgegenüber persönliche oder familiäre Verpflichtungen (50,3 %), worunter die Betreuung von Kindern, pflegebedürftigen Personen und Menschen mit Behinderungen fällt [18].

Die Ergebnisse belegen, dass Männern in der reproduktiven Lebensphase auch heute noch vielfach die Rolle des Familienernährers zukommt. Ihr Leben ist über einen längeren Zeitraum und zeitlich intensiver durch Erwerbsarbeit geprägt, weil die Erwerbsbeteiligung von Frauen nach wie vor stark vom Alter und der Anzahl ihrer Kinder abhängt [19].

4.1.2 Wirtschaftszweige und Tätigkeiten

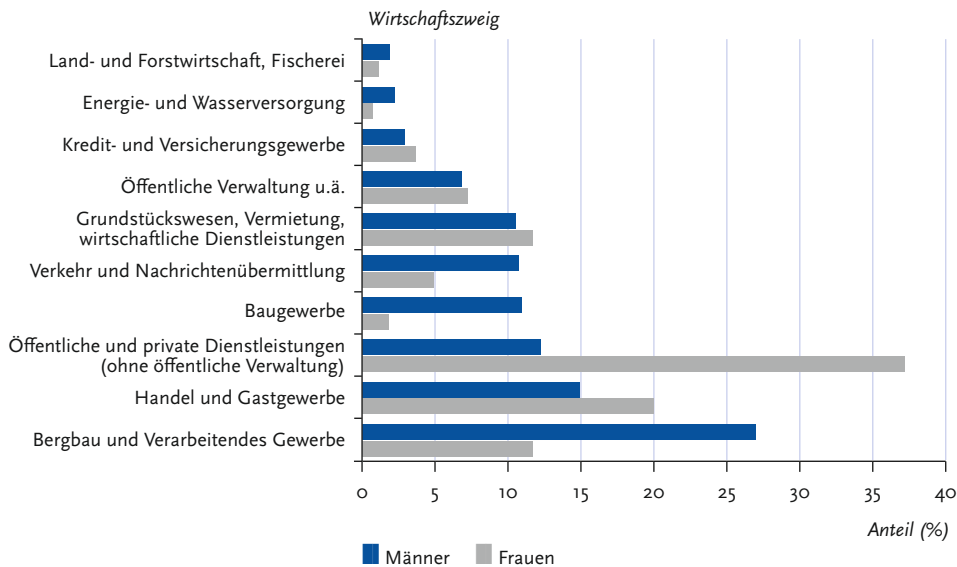
Wie bereits erwähnt, arbeiten Männer häufig in anderen Wirtschaftszweigen und Tätigkeiten als Frauen (horizontale Segregation) [2]. Sie sind nach Angaben des Statistischen Bundesamtes für das Jahr 2012 vor allem im Bereich des Bergbaus und verarbeitenden Gewerbes sowie des Baugewerbes tätig. Frauen sind dagegen vermehrt im Bereich der öffentlichen und privaten Dienstleistungen sowie im Handel und Gastgewerbe tätig (siehe Abbildung 4.1).

Das Spektrum der Berufe von Männern ist insgesamt deutlich breiter als das von Frauen [20]. Die häufigsten Berufe von Männern im Alter zwischen 27 und 59 Jahren sind eher dem administ-

Abbildung 4.1

Erwerbstätige im Alter ab 15 Jahren nach Wirtschaftszweigen und Geschlecht im Jahr 2012 (Anteile in Prozent)

Quelle: Mikrozensus 2012, Statistisches Bundesamt [9]



rativen Bereich und den MINT-Fächern (Mathematik, Informatik, Naturwissenschaft, Technik) zuzuordnen, während Frauen häufig personenbezogene Dienstleistungen im Sozial- und Gesundheitswesen ausführen [20].

Bei der Berufswahl ist für Mädchen die Vereinbarkeit von Familie und Beruf bereits ein wichtiges Kriterium. Eine Familienorientierung ist auch bei Jungen und ihrer Berufswahl zu beobachten, jedoch nicht so stark im Hinblick auf die Vereinbarkeit von Familie und Beruf, sondern eher hinsichtlich der Möglichkeiten zur Erfüllung des Rollenmodells als Familienernährer [21]. Die Wahl des entsprechenden Berufs- und Tätigkeitsfeldes von Männern und Frauen spiegelt damit auch Vorstellungen über die Vereinbarkeit von Beruf und persönlicher Lebensplanung wider. Den Initiativen »Boys' Day« und »Girls' Day« kommt daher bei der Berufsorientierung von Jungen und Mädchen jenseits der traditionellen Rollen- und Berufsbilder eine besondere Bedeutung zu.

Die beschriebene geschlechtsspezifische Segregation des Arbeitsmarktes lässt sich jedoch zum Teil mit den unterschiedlichen Präferenzen auf Seiten der Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen erklären [22]. Dass geschlechtsspezifische Kri-

terien bei der Personalauswahl auf Seiten der Arbeitgeber eine Rolle spielen, kann nicht ausgeschlossen werden. Es bestehen zwar rechtliche Rahmenbedingungen, die eine Gleichbehandlung aller Personen in der Personalauswahl vorschreiben. Danach müssen sich die Auswahlentscheidungen zwingend an diskriminierungsfreie Auswahlkriterien orientieren. Aber die Personalauswahl beruht häufig auf stereotypen Zuordnungen von Eigenschaften oder Personen bzw. orientiert sich häufig an der Person bzw. den Eigenschaften des/der vorherigen Beschäftigten [23]. Allerdings gibt es zu geschlechtsbezogener Diskriminierung auf der Nachfrageseite des Arbeitsmarktes bisher nur wenige Erkenntnisse.

4.1.3 Einkommen

In Zusammenhang mit den Unterschieden in der Erwerbsbeteiligung von Männern und Frauen stehen Differenzen in den Erwerbseinkommen, die auch als »gender pay gap« bezeichnet werden [16]. Das durchschnittliche Bruttoerwerbseinkommen der Männer liegt seit dem Jahr 2002 weitgehend konstant um etwa ein Viertel höher als das von

Frauen [24]. Dieser Unterschied ist in den alten Bundesländern deutlich höher als in den neuen Bundesländern, und im europäischen Vergleich sind die Einkommensunterschiede zwischen Frauen und Männern in Deutschland besonders groß [25]. Wichtige Ursachen für das höhere Erwerbseinkommen von Männern sind die bereits angesprochenen Unterschiede im Anteil der Vollzeitbeschäftigten sowie eine höhere Bezahlung in den Tätigkeiten und Wirtschaftszweigen, in denen Männer hauptsächlich arbeiten (vertikale und horizontale Segregation). Zudem sind familienbedingte Unterbrechungen in der Erwerbsbiografie von Männern seltener. Untersuchungen konnten zeigen, dass etwa zwei Drittel des höheren Erwerbseinkommens dadurch erklärt werden können. Die Ursachen für das verbleibende Drittel, den bereinigten *gender pay gap*, sind noch nicht geklärt [26, 27]. Dieser betrug 2012 7%, das heißt, Frauen verdienen auch bei vergleichbarer Qualifikation und Tätigkeit pro Stunde durchschnittlich 7% weniger als Männer [25]. Allerdings lagen für die Berechnung relevante Informationen, wie z.B. familienbedingte Erwerbsunterbrechungen, nicht vor und konnten nicht berücksichtigt werden.

4.1.4 Familiäre Arbeitsteilung

Unterschiede in der Erwerbsbeteiligung sind auch Ausdruck historisch gewachsener Formen familiärer Arbeitsteilung [28]. So übernehmen Männer in Partnerschaften im Vergleich zu ihren Partnerinnen seltener Hausarbeiten oder die Kinderbetreuung. Innerhalb des Haushalts herrscht zudem eine eher traditionelle Arbeitsteilung vor: Männer sind danach stärker für handwerkliche Tätigkeiten und den Lebensunterhalt (Geldverdienen) und Frauen eher für den Haushalt (Kochen, Einkaufen, Putzen) zuständig [28].

Die Daten der amtlichen Zeitbudgeterhebung deuten ebenfalls in diese Richtung [29, 30]. Männer mit Partnerin und Kindern unter 15 Jahren üben deutlich weniger nicht bezahlte Arbeit im Haushalt oder bei der Betreuung von Kindern aus als Frauen, die demgegenüber weniger Zeit auf die Erwerbsarbeit verwenden (siehe dazu auch Kapitel 5 Lebensformen und Gesundheit).

In aktuellen Untersuchungen deutet sich an, dass sich zwar die Einstellungen zur familiären

Arbeitsteilung in Bezug auf die Kinderbetreuung sukzessive modernisieren, gleichzeitig aber die Realität der familiären Arbeitsteilung häufig dahinter zurück bleibt. So geht die Zustimmung zu Aussagen, nach denen die Erwerbsarbeit weitgehend den Männern vorbehalten sei und Frauen die Rolle der Kinderbetreuung zukomme, unter Frauen wie auch unter Männern nach und nach zurück [17]. Gleichzeitig zeigen sich jedoch im Zeitverlauf allenfalls geringfügige Verschiebungen der tatsächlichen familiären Arbeitsteilung bei der Kinderbetreuung. So übernahmen Väter im Jahr 2008 nicht häufiger kinderbezogene Aufgaben und Aktivitäten als im Jahr 1998 [31].

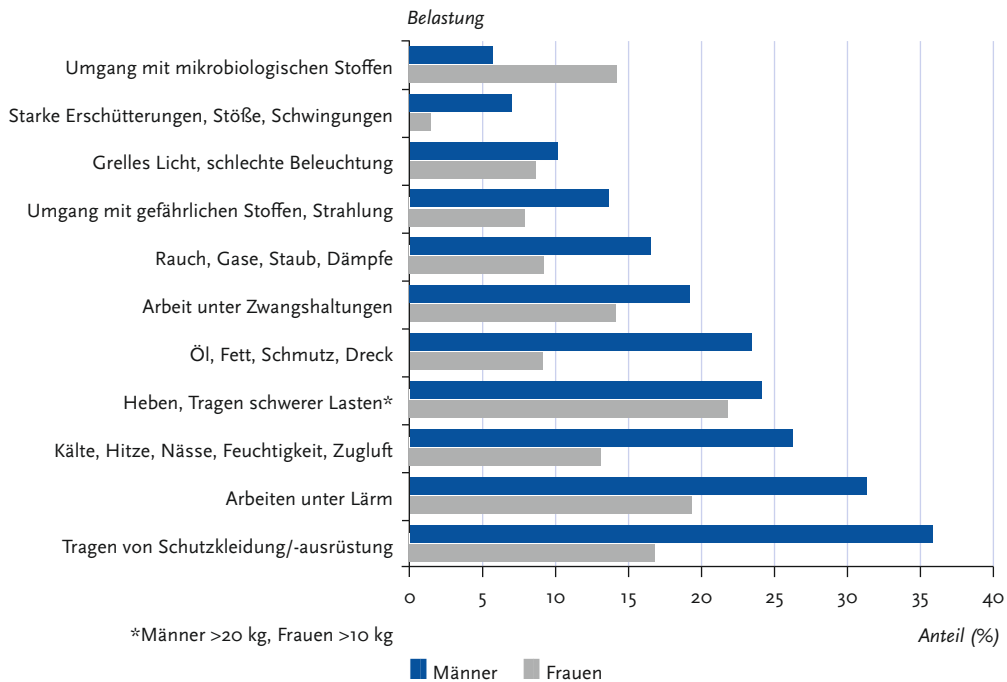
Der Einstellungswandel scheint sich also nur sehr langsam zu vollziehen. Die Politik hat durch verschiedene Maßnahmen und Initiativen Voraussetzungen dafür geschaffen, die Vereinbarkeit von Familie und Beruf für Männer und Frauen zu verbessern und dadurch auch Anreize für die Väter zu schaffen, Familienaufgaben zu übernehmen. Zu nennen sind in diesem Zusammenhang die Partnermonate des Elterngeldes und der Ausbau der Kinderbetreuung [32]. Die Quote der Väter, die für ihre Kinder die Elternzeit in Anspruch nehmen, ist seit Einführung des Gesetzes stetig gestiegen. Wie Ergebnisse aus internationalen Studien belegen, haben familienpolitischen Leistungen auch Einfluss auf die partnerschaftliche Arbeitsteilung [33]. Dabei sind neben den Vätermonaten eine gute Kinderbetreuungsstruktur und die Dauer der Elternzeit entscheidend für eine partnerschaftliche Aufteilung der Familienarbeit zwischen Männern und Frauen [34].

4.2 Erwerbstätigkeit und Gesundheit

Körperliche, geistige oder soziale Arbeitsbelastungen mit gesundheitsschädigendem Potenzial kennzeichnen Arbeitsplätze in unterschiedlichem Maße. Sie resultieren aus Anforderungen in konkreten Tätigkeitsbereichen oder sind Folge der Arbeitsorganisation [35, 36]. Übersteigt die Belastung im Rahmen der Tätigkeit individuelle Grenzen in den genannten Bereichen, können gesundheitliche Beeinträchtigungen, Fehlzeiten am Arbeitsplatz, Arbeitsunfähigkeit bis hin zu Berufskrankheiten und ein vorzeitiger Renteneintritt die Folge sein.

Abbildung 4.2
Ergonomische und umgebungsbezogene Belastungen von Vollzeitbeschäftigten ab 15 Jahren nach Geschlecht (Anteile in Prozent)

Quelle: Erwerbstätigenbefragung 2011/2012, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin [37]



* Männer >20 kg, Frauen >10 kg

Körperliche Belastungen können sich aus den direkten Arbeitsabläufen ergeben. Psychosoziale Belastungen resultieren meist aus Konflikten mit Vorgesetzten oder Kollegen, aus belastenden Arbeitszeiten, aus Leistungsdruck, zu hohen Anforderungen oder zu geringen Kontrollmöglichkeiten bei der Arbeitsdurchführung oder auch aus einer als unangemessen empfundenen Honorierung der eigenen Leistung [35].

4.2.1 Körperliche Arbeitsbelastungen

Aus den Daten der Erwerbstätigenbefragung 2011/2012 geht die Exposition der Erwerbstätigen gegenüber verschiedenen Formen gesundheitsriskanter Arbeitsbedingungen hervor. Da viele der Belastungen zwischen Voll- und Teilzeiterwerbstätigen nicht direkt vergleichbar sind, wird deren Anteil nachfolgend nur für Vollzeitbeschäftigte dargestellt.

In der Verbreitung ergonomischer und umgebungsbezogener Arbeitsbelastungen spiegelt sich die geschlechtsspezifische Segregation des deutschen Arbeitsmarktes wider (siehe Abbildung 4.2). Männer sind in ihrer beruflichen Tätigkeit häufiger Schmutz, Lärm, extremen Temperaturen, Rauch und Gasen ausgesetzt. Außerdem müssen sie häufiger ergonomische Belastungen wie das Tragen von Schutzausrüstung, das Bewegen und Tragen schwerer Lasten (über 20 kg) oder die Arbeit unter Zwangshaltungen ertragen. Diese Belastungen sind typisch für Bereiche wie das Baugewerbe und die industrielle und landwirtschaftliche Produktion, in denen Männer überproportional häufig tätig sind.

Wird die körperliche Arbeitsbelastung dem Lohn der Erwerbstätigen gegenübergestellt, zeigt sich ein sozialer Gradient. Danach arbeiten Männer in der untersten Lohngruppe häufiger in belastenden Berufen als Männer in den mittleren

und oberen Lohngruppen [38]. Dieser Zusammenhang zeigt sich auch nach Kontrolle des Alters und des Umfangs der Erwerbstätigkeit. So ist die körperliche Arbeitsbelastung in der unteren Einkommensgruppe bei Männern 1,8-fach gegenüber der Vergleichsgruppe mit hohen Einkommen erhöht. (GEDA 2010, eigene Berechnungen).

4.2.2 Psychosoziale Arbeitsbelastungen

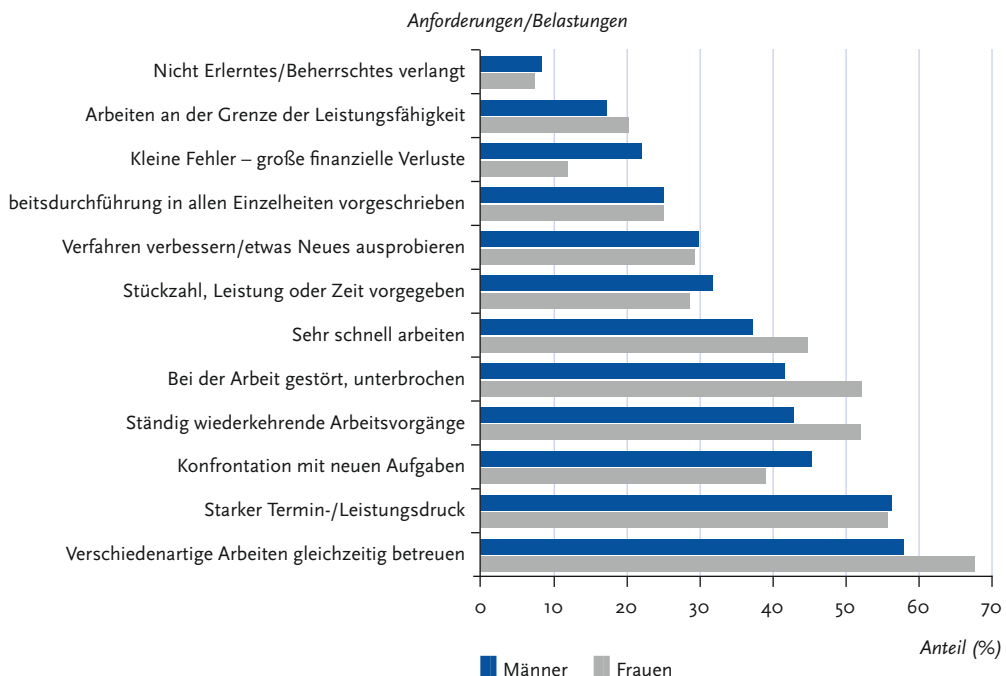
Insgesamt kommt psychosozialen Belastungen im Erwerbsleben eine wachsende Bedeutung zu. In der Tendenz weisen auch die Daten der Erwerbstätigenbefragungen auf eine zunehmende psychische Belastung seit den 1990er Jahren hin [39]. In Abbildung 4.3 ist die geschlechtsspezifische Verbreitung verschiedener psychischer Arbeitsbelastungen bei Vollerwerbstätigen dargestellt. Beschrieben wird der Anteil von Männern und Frauen, die berichten, dass bei ihrer Arbeit die entsprechenden Belastungen »häufig« auftreten.

Im Unterschied zu körperlichen Arbeitsbelastungen zeigt sich bei psychischen Belastungen, auf einem insgesamt höheren Niveau, eine etwas höhere Exposition bei Frauen im Vergleich zu Männern. Die Geschlechterdifferenzen fallen hierbei vergleichsweise gering aus. Die häufigsten Belastungen entstehen bei Männern (und Frauen) dadurch, dass sie bei der Arbeit unter starkem Termin- und Leistungsdruck stehen und verschiedene Arbeiten gleichzeitig betreuen müssen.

Bei psychosozialen Belastungen wird davon ausgegangen, dass sich diese vor allem dann gesundheitsschädigend auswirken, wenn sie nicht durch andere Entfaltungsmöglichkeiten oder Handlungsspielräume kompensiert werden können [40]. Das Ungleichgewicht zwischen psychosozialen Belastungen und möglichen Kompensationen scheint sich bei Männern stärker als bei Frauen auf die Herausbildung von Beschwerdebildern oder Krankheiten auszuwirken [41–43].

Wie bereits für die körperliche Belastung dargestellt, kann auch bei psychosozialen Belastun-

Abbildung 4.3
Arbeitsanforderungen und Belastungen von Vollerwerbstätigen ab 15 Jahren nach Geschlecht (Anteile in Prozent)
Quelle: Erwerbstätigenbefragung 2011/2012, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin [37]



gen ein sozialer Gradient dahingehend festgestellt werden, dass ihr Ausmaß bei Männern der niedrigen Lohngruppe größer ist [38]. Allerdings fällt der Zusammenhang zwischen Einkommensposition und psychosozialen Belastungen schwächer aus als bei den körperlichen Belastungen: Nach Kontrolle für Alter und Umfang der Erwerbstätigkeit ist die psychosoziale Belastung in der untersten Einkommensgruppe gegenüber der höchsten Einkommensgruppe um das 1,3-fache erhöht (GEDA 2010, eigene Berechnungen).

4.2.3 Subjektiv empfundene Arbeitsbelastungen

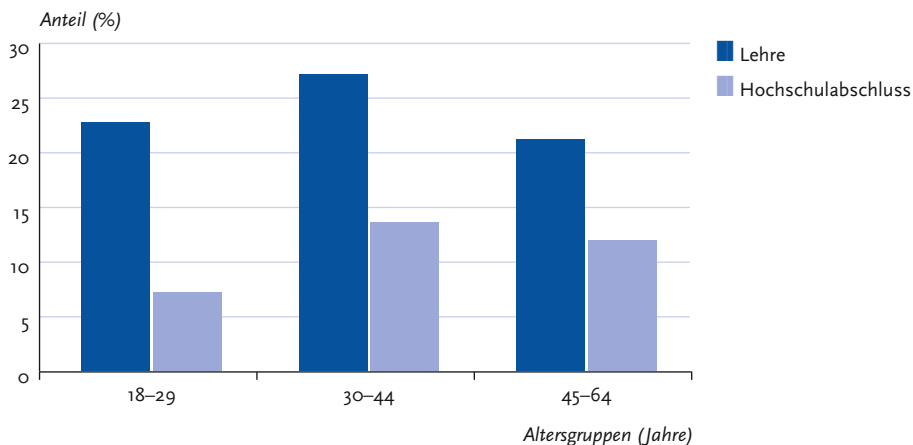
Zur Beschreibung der Verbindung zwischen Arbeit und Gesundheit hat sich in Deutschland das Belastungs-Beanspruchungs-Konzept durchgesetzt [44]. Danach wirken sich Arbeitsbelastungen nicht zwangsläufig negativ auf den Organismus aus, sondern entfalten erst in Abhängigkeit von der individuellen Leistungsfähigkeit der Erwerbstätigen eine potenziell gesundheitsschädigende Wirkung [36]. Diese Leistungsfähigkeit variiert interindividuell und kann durch Arbeitsschutzmaßnahmen positiv beeinflusst werden. Aufgrund biologisch bedingter Unterschiede von Männern und Frauen ist für einige Arbeitsbelastungen davon auszugehen, dass diese von Män-

nern als weniger beanspruchend wahrgenommen werden als von Frauen. Männer haben im Mittel eine höhere Maximalkraft und können somit Lasten leichter bewegen als Frauen [36]. Auch die kardiopulmonale Leistungsfähigkeit von Männern ist höher als die von Frauen, was einen Einfluss auf die körperliche Dauerleistungsfähigkeit hat [36]. Nach den Ergebnissen der GEDA-Studie 2010 nehmen Männer deutlich häufiger als Frauen eine gesundheitsschädigende Wirkung durch die eigene Arbeit wahr (20,1 % bzw. 13,9 %). Diese Differenzen zwischen den Geschlechtern lassen sich allerdings auf Unterschiede in der Arbeitszeit, Beschäftigungsdauer, Qualifikation und den beruflichen Tätigkeiten von Männern und Frauen zurückführen. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Arbeitsmarktbeteiligung sind somit ein wichtiger Bestimmungsfaktor für die beobachteten geschlechtsspezifischen Unterschiede in der wahrgenommenen Belastung durch die Arbeit.

Darüber hinaus zeigen sich hinsichtlich der subjektiven Wahrnehmung von Arbeitsbelastungen auch soziale Unterschiede. In Abbildung 4.4 ist der Anteil von vollzeitbeschäftigten Männern, die ihre Gesundheit durch die Arbeit als stark oder sehr stark belastet ansehen, differenziert nach beruflicher Qualifikation und Alter dargestellt. Demnach arbeiten gering qualifizierte Männer häufiger in Tätigkeiten, die sie als gesundheitlich

Abbildung 4.4
Starke gesundheitliche Belastung durch die Arbeit nach Qualifikation und Alter bei vollzeiterwerbstätigen Männern (Anteile in Prozent)

Quelle: GEDA 2010, Robert Koch-Institut [38]



stark oder sehr stark belastend einschätzen. Dieser Effekt zeigt sich in allen Altersgruppen. Das entsprechende Risiko ist aber bei Männern, die höchstens eine abgeschlossene Berufsausbildung haben, im Vergleich zu hochqualifizierten Männern mit Hochschulabschluss nach Berücksichtigung von Altersunterschieden 1,6-fach erhöht (GEDA 2010, eigene Berechnungen).

4.2.4 Gesundheitliche Beschwerden

Erwerbstätige, die häufig von gesundheitlichen Belastungen durch die Arbeit betroffen sind, berichten auch häufiger von gesundheitlichen Beschwerden, die während oder unmittelbar nach der Arbeit auftreten [37]. In Abbildung 4.5 sind die auftretenden Beschwerden bei Vollerwerbstätigen differenziert nach Geschlecht dargestellt. Fast alle Beschwerden werden von Frauen häufiger als von Männern berichtet, wobei die Mehrfachbelastung von Frauen (Beruf und Familie) eine wahrscheinliche Ursache sein kann. Eine Ausnahme sind Schmerzen in den Knien, die durch Über- oder Fehlbelastungen der Kniegelenke, z.B. durch häufiges Tragen sehr schwerer Lasten, bedingt sein können. Die Ergebnisse zur Häufigkeit auftretender Beschwerden sind insofern bemerkenswert, als Männer an ihren Arbeitsplätzen häufiger als Frauen ergonomischen und umgebungsbezogenen Gesundheitsrisiken ausgesetzt sind und somit Symptome auch häufiger auftreten und berichtet werden könnten. Allerdings könnten Befunde zu arbeitsbedingten Beschwerden auch mit einer geringeren Symptomaufmerksamkeit bei Männern assoziiert sein, wie sie für einige Krankheiten bereits dokumentiert ist [45]. Der Grund für die Geschlechterunterschiede wären somit nicht geringere gesundheitliche Beschwerden bei Männern, sondern möglicherweise eher die geringere Bereitschaft, diese zu thematisieren. Gestützt wird diese Annahme auch von Befunden, nach denen insbesondere Arbeitnehmer mit geringem beruflichen Status deutlich stärker als Arbeitnehmerinnen dieser Statusgruppe zu Präsentismus neigen, d.h. sie tendieren stark dazu, Krankheitssymptome zu ignorieren und trotzdem arbeiten zu gehen [46].

Im Unterschied zu selbst berichteten Beschwerden zeigt sich anhand der Daten der Fehl-

zeitenstatistik, wie häufig Männer und Frauen krankheitsbedingt von ihrer Arbeit fernbleiben. Auf Basis der KG2- und KM1-Statistik war der Arbeitsausfall im Jahr 2011 bei pflichtversicherten Männern und Frauen sowohl hinsichtlich der Anzahl der ausgefallenen Tage als auch der Anzahl der auftretenden Fälle mit Arbeitsausfall auf einem vergleichbaren Niveau (Männer: 12,92 Arbeitsunfähigkeitstage je Fall, Frauen: 12,96 Arbeitsunfähigkeitstage je Fall (Versicherte ohne Rentner)) [47]. Mit den Daten der AOK kann für die erwerbstätigen Pflichtversicherten dieser Krankenkasse dargestellt werden, welchen Anteil verschiedene Krankheitsgruppen an den Fehlzeiten der Erwerbstätigen haben (siehe Tabelle 4.1). Bei Männern gehen 24,4 % der Fehlzeiten am Arbeitsplatz auf Muskel- und Skeletterkrankungen und 15,2 % auf Unfälle zurück, bei Frauen sind es dagegen 21,3 % respektive 8,5 %. Demgegenüber führen psychische und Verhaltensstörungen bei Männern mit 7,2 % zu deutlich weniger Fehltagen als bei Frauen (12,7 %).

Allerdings muss einschränkend gesagt werden, dass die Ergebnisse zur Arbeitsunfähigkeit nach Kassenart unterschiedlich ausfallen können und deshalb die Aussagen nur für Versicherte der AOK gelten. Durch die Wahlfreiheit zwischen den Krankenkassen verzeichnen vor allem einige andere Kassen eine günstigere Risikostruktur ihrer Mitglieder, was sich auch in den Daten zur Arbeitsunfähigkeit zeigen dürfte.

Bei der Darstellung gesundheitlicher Beschwerden sind Arbeitsunfälle eine wichtige Größe. Mit den Daten der GEDA-Studie 2010 kann gezeigt werden, dass Männer nicht nur häufiger von Arbeits- und Wegeunfällen betroffen sind, sondern dass hinsichtlich des Auftretens von Arbeitsunfällen auch erhebliche soziale Differenzen bestehen [49] (siehe dazu Kapitel 2.4 Unfälle). So haben Männer mit niedrigem Berufsstatus gegenüber Männern mit hohem Berufsstatus, nach Kontrolle für Altersunterschiede, Arbeitszeit pro Woche und Zeit in der aktuellen Tätigkeit, ein 4,6-fach erhöhtes Risiko, in den letzten 12 Monaten einen Arbeits- oder Wegeunfall erlitten zu haben. Das Risiko von Männern mit mittlerem Berufsstatus ist immer noch um das 2,8-Fache erhöht [50].

Auch hinsichtlich der Krankheitsfolgen bestehen unter Männern beträchtliche soziale Unterschiede [51, 52]. So zeigen Daten der gesetzlichen

Abbildung 4.5
Beschwerden von Vollzeitbeschäftigten ab 15 Jahren, welche während oder kurz nach der Arbeit auftreten nach Geschlecht (Anteile in Prozent)

Quelle: Erwerbstätigenbefragung 2011/2012, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin [37]

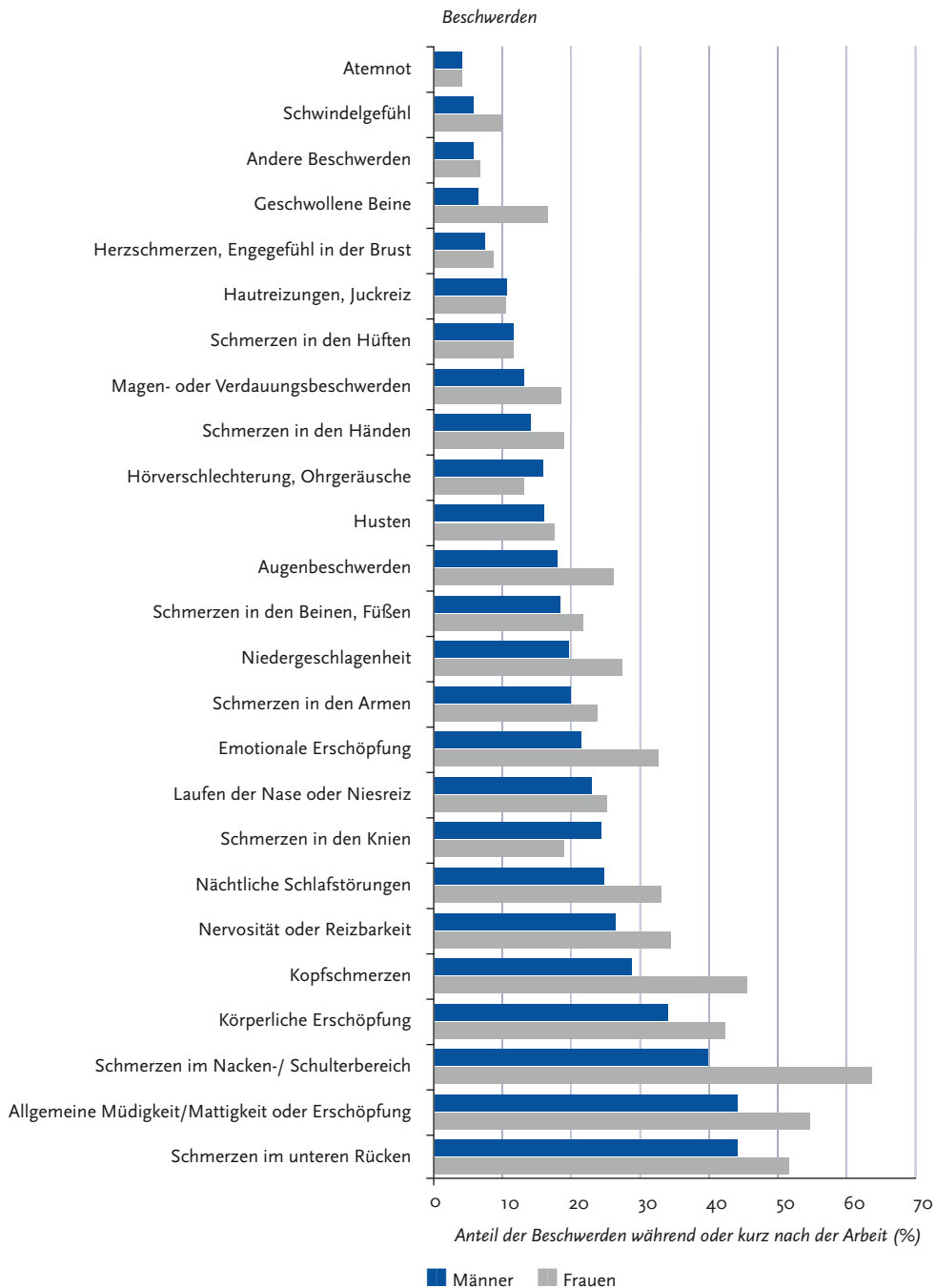


Tabelle 4.1

Anteil von Diagnosegruppen an den Fehlzeiten (AU-Tage) nach Geschlecht (in Prozent)

Quelle: Fehlzeitenreport 2011, Wissenschaftliches Institut der AOK [48]

ICD-10	Diagnose	Männer	Frauen
M00–M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	24,4	21,3
S00–T98	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	15,2	8,5
J00–J99	Krankheiten des Atmungssystems	11,8	13,2
F00–F99	Psychische und Verhaltensstörungen	7,2	12,7
I00–I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	7,0	5,1
K00–K93	Krankheiten des Verdauungssystems	5,9	5,4
A00–B99	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	4,1	4,1
E00–E90	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	3,4	3,2
G00–G99	Krankheiten des Nervensystems	3,1	3,7
C00–D48	Neubildungen	2,6	3,9
L00–L99	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	1,8	1,3
N00–N99	Krankheiten des Urogenitalsystems	1,4	3,1
H00–H59	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	0,8	0,6
H60–H95	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	0,8	1,0
D50–D90	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	0,7	0,8

Krankenkassen, dass Männer in gering qualifizierten Berufen im Vergleich zu besser qualifizierten Männern ein erhöhtes Mortalitätsrisiko haben [53, 54] und dass bei erwerbstätigen Männern ausgeprägte Mortalitätsdifferenzen zwischen den Berufsstatusgruppen bestehen [55, 56]. Nach Ergebnissen auf Basis der Daten der Deutschen Rentenversicherung für den Zeitraum 2004 bis 2006 gehen gering qualifizierte Männer zudem zu einem erheblich höheren Anteil vorzeitig in Rente als höher qualifizierte Männer [52].

4.2.5 Zusammenfassung Arbeitsbelastungen und gesundheitliche Beschwerden

Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass Belastungen und Beschwerden im Zusammenhang mit Erwerbstätigkeit überaus relevante Aspekte für die Männergesundheit sind. Hoch belastende Tätigkeiten für Männer sind vor allem in bestimmten Branchen anzutreffen, wobei der Anteil je nach Branche zum Teil deutlich variiert. Der Anteil und die Art von ergonomischen und umgebungsbezogene Belastungen unterscheidet sich bei Männern und Frauen, was vor allem auf die

geschlechtsspezifische Segregation des Arbeitsmarktes zurückgeführt werden kann. Hingegen zeigen sich bei psychosozialen Belastungen nur geringe geschlechtsspezifische Unterschiede. Bei den konkreten gesundheitlichen Beschwerden wird deutlich, dass die Gründe für die bestehenden geschlechtsspezifischen Unterschiede jedoch nicht immer eindeutig zu erklären sind. Bei allen arbeitsbezogenen Belastungen und Beschwerden sind soziale Unterschiede auffallend, was spezifische gesundheitliche Probleme mit sich bringt.

4.3 Arbeitslosigkeit und Gesundheit

Aufgrund der großen Bedeutung der Erwerbsarbeit für die individuellen Lebens- und Verwirklichungschancen stellen Arbeitsplatzunsicherheit und Arbeitslosigkeit besondere materielle, psychische und soziale Belastungen dar [57]. Insgesamt waren in Deutschland nach Angaben der Bundesagentur für Arbeit im Jahresmittel 2012 saisonbereinigt 1,55 Mio. Männer und 1,35 Mio. Frauen arbeitslos gemeldet. Auch wenn absolut mehr Männer als Frauen arbeitslos gemeldet sind, haben sich die Arbeitslosenquoten zwischen den

Geschlechtern in den letzten Jahren deutlich angenähert. Während die Arbeitslosenquote aller Erwerbspersonen im Jahr 1995 bei Männern mit 8,5% noch deutlich niedriger als bei Frauen (10,6%) lag, waren im Jahresdurchschnitt 2012 6,9% der Männer und 6,8% der Frauen arbeitslos gemeldet.

Arbeitslosigkeit ist für Männer und Frauen mit erheblichen materiellen Einschränkungen verbunden, die wiederum negative Effekte auf die Gesundheit der Betroffenen haben können. Insbesondere eine längerfristige Arbeitslosigkeit birgt für die Betroffenen das Risiko des sozialen Abstieges. Das zeigt sich auch anhand der Armutsrisikoquote, also einem Einkommen geringer als 60% des Mittelwertes (Median) [58, 59]. Arbeitslose haben im Vergleich zu Erwerbstätigen gleichen Alters ein erheblich höheres Armutsrisiko. Nach Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) lag die Armutsrisikoquote unter arbeitslosen Männern und Frauen im Alter zwischen 18 und 64 Jahren 1998 bei 30,0% bzw. 28,3%. Bis zum Jahr 2010 fand sukzessive ein Anstieg auf 39,8% bei Männern bzw. 54,9% bei Frauen statt (SOEP, eigene Berechnungen). Damit gab es in den letzten Jahren – gemessen am Armutsrisiko – eine erhebliche Verschlechterung der ökonomischen Situation von arbeitslosen Männern und Frauen.

4.3.1 Gesundheitsprobleme

Viele Studien haben deutlich gemacht, dass Arbeitslose im Vergleich zu Erwerbstätigen vermehrt von Gesundheitsproblemen betroffen sind, sich aber auch häufiger gesundheitsriskant verhalten [4, 57, 60, 61]. Aus sozialmedizinischer Perspektive rückt zudem der erhöhte medizinische und psychotherapeutische Versorgungsbedarf Arbeitsloser ins Blickfeld. Sie sind vermehrt von Schlafstörungen, depressiven Störungen, Angsterkrankungen oder Suchtmittelkonsum betroffen [62, 63] und nehmen Gesundheitsdienstleistungen häufiger in Anspruch als Erwerbstätige. Die gesundheitlichen Nachteile von Arbeitslosen werden häufig an psychosozialen Belastungen in Folge der Arbeitslosigkeit festgemacht, etwa durch den damit verbundenen Einkommensverlust, durch den Verlust arbeitsplatzgebundener Zeitstrukturen,

den Verlust sozialer Kontakte und den Verlust von sozialem Prestige [6, 64–68].

Auch hinsichtlich der gesundheitlichen Folgen von Arbeitslosigkeit sind Geschlechterdifferenzen dokumentiert, wobei sich bei Männern in der Regel ein engerer Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit zeigt als bei Frauen [69–73]. Befunde verschiedener nationaler und internationaler Studien zeigen außerdem, dass Arbeitslosigkeitserfahrungen bei Männern und Frauen mit einem erhöhten Mortalitätsrisiko assoziiert sind [74–76]. So haben Personen mit Arbeitslosigkeitserfahrungen eine insgesamt höhere Sterblichkeit und ein erhöhtes Risiko für den Tod in Folge eines Suizides oder ungeklärter äußerer Ursachen. Analysen für Deutschland auf Basis von Regionaldaten legen zudem nahe, dass der Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit bei Männern stärker ausgeprägt ist als bei Frauen [77].

Auch hinsichtlich der psychischen Gesundheit konnte eine Interaktion zwischen Geschlecht und den Gesundheitsfolgen von Arbeitslosigkeit festgestellt werden, die für Männer und Frauen unterschiedlich je nach familiärem Rollenmodell ausfallen [70]. Männer, die in klassischer Rollenteilung leben, beziehen aus ihrer Berufstätigkeit häufig große Bestätigung und Stabilität. Ihre Rolle und ihr Selbstverständnis als Haupternährer der Familie haben positive Auswirkungen auf ihre Gesundheit und Lebenszufriedenheit. Im Falle von Arbeitslosigkeit werden diese Männer in ihrem Selbstbild besonders in Frage gestellt, was demnach auch gesundheitliche Auswirkungen haben kann. Inwieweit sich diese These angesichts wandelnder Lebens- und Familienformen als dauerhaft haltbar erweisen wird, bleibt abzuwarten.

4.3.2 Arbeitsunfähigkeit

Informationen zur Arbeitsunfähigkeit bzw. zum Krankenstand liefern weitere Hinweise darauf, dass Krankheiten und Beschwerden bei arbeitslosen Männern vermehrt auftreten. Nach Berechnungen auf Basis des Mikrozensus, einer repräsentative Haushaltsbefragung, die 1% der Bevölkerung umfasst, ist die Krankenstandsquote bei erwerbssuchenden Befragten im Vergleich zu Erwerbstätigen etwa doppelt so hoch. Mit dem Alter

verstärken sich die Unterschiede [78, 79]. Auch dem Gesundheitsreport der Betriebskrankenkassen (BKK) aus dem Jahr 2012 kann entnommen werden, dass arbeitslose Versicherte deutlich häufiger arbeitsunfähig waren als pflicht- und freiwillig versichert Beschäftigte [80]. So wurden zusammengenommen für einen arbeitslosen Versicherten 3,5-mal so viele Arbeitsunfähigkeitstage verzeichnet wie für einen als Angestellten arbeitenden Versicherten. Eine diagnosespezifische Betrachtung der BKK-Daten verdeutlicht, dass die Unterschiede zwischen arbeitslosen und angestellten Versicherten insbesondere bei Arbeitsunfähigkeitstagen infolge von psychischen und Verhaltensstörungen (inklusive Suchterkrankungen), Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, Krankheiten des Nervensystems und Stoffwechselerkrankungen hervortreten (siehe Tabelle 4.2). Es ist allerdings dokumentiert, dass Arbeitslose bei kurzzeitigen Erkrankungen eine ärztliche Versorgung in geringerem Maße in Anspruch nehmen als Erwerbstätige. Dadurch werden die tatsächlichen

Differenzen in den Krankheitstagen zwischen Arbeitslosen und Erwerbstätigen wahrscheinlich noch unterschätzt [81].

4.3.3 Beeinträchtigungen der Alltagsaktivität

In der GEDA-Studie 2010 wurden die Teilnehmenden gefragt, an wie vielen Tagen im letzten Monat sie körperliche oder seelische Einschränkungen zu verkraften hatten oder aufgrund entsprechender Probleme ihren alltäglichen Aktivitäten nicht mehr nachkommen konnten (funktionale Einschränkungen) [77]. Anhand dieser Daten ist es möglich, nicht nur Differenzen zwischen der gesundheitlichen Lage von Arbeitslosen und Erwerbstätigen auszuweisen, sondern dabei auch Altersunterschiede sowie die Sicherheit der Anstellung der Erwerbstätigen zu berücksichtigen. In Abbildung 4.6 wird der Mittelwert von Tagen mit körperlichen, seelischen oder funktionalen Einschränkungen differenziert nach Erwerbsbeteili-

Tabelle 4.2

Arbeitsunfähigkeitstage je 100 versicherte Männer nach Diagnose und Versicherungsstatus im Jahr 2011

Quelle: BKK-Gesundheitsreport 2012, BKK Bundesverband [80]

Diagnosen	Angestellte	Arbeitslose**	Verhältnis**
	AU-Tage je 100 Mitglieder	AU-Tage je 100 Mitglieder	
Psychische und Verhaltensstörungen	178,4	737,2	4,1
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	233,2	899,3	3,9
Krankheiten des Nervensystems	24,0	87,0	3,6
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen	7,8	26,3	3,4
Krankheiten des Kreislaufsystems	61,2	173,4	2,8
Neubildungen	35,5	97,6	2,7
Krankheiten des Urogenitalsystems	11,6	24,5	2,1
Krankheiten der Haut und der Unterhaut	14,9	29,4	2,0
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	41,8	80,9	1,9
Krankheiten des Auges	8,3	15,9	1,9
Verletzungen und Vergiftungen	134,8	250,6	1,9
Krankheiten des Verdauungssystems	66,6	106,2	1,6
Krankheiten des Ohres	12,3	17,2	1,4
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen	27,7	38,7	1,4
Krankheiten des Atmungssystems	172,4	127,5	0,7
Infektiöse und parasitäre Krankheiten	52,6	37,3	0,7

* Arbeitslose: betrachtet werden Empfänger von ALG I

** Verhältnis: Verhältnis von Tagen je 100 Versicherte im Vergleich von Arbeitslosen und Angestellten

gung für Männer im Alter zwischen 18 und 64 Jahren dargestellt. Die Angaben zum Erwerbsstatus und zur Sicherheit der Anstellung wurden dazu auf Basis der Selbstangaben der Betroffenen bestimmt. Personen, die in Voll- oder Teilzeit erwerbstätig sind und ihre Weiterbeschäftigung nicht als gefährdet einschätzen, wurden als »sicher beschäftigt« eingestuft, Personen, die ihre Beschäftigungssicherheit als gefährdet ansehen, als »prekär beschäftigt«, Arbeitslose, die weniger als 12 Monate arbeitslos sind als »arbeitslos« und Arbeitslose, die bereits 12 Monate oder länger arbeitslos sind, als »langzeitarbeitslos«. Die Ergebnisse machen deutlich, dass von Arbeitslosigkeit oder Arbeitsplatzunsicherheit betroffene Männer im erwerbsfähigen Alter deutlich häufiger als Erwerbstätige körperliche, seelische oder funktionale Beeinträchtigungen erleben.

Nach Kontrolle für Altersunterschiede ist das Risiko, mehr als fünf Tage im letzten Monat körperlich beeinträchtigt gewesen zu sein, bei kurzzeitig arbeitslosen Männern 1,8-fach und bei Langzeitarbeitslosen 2,5-fach gegenüber sicher beschäftigten Erwerbstätigen erhöht. Männer, die einer prekären Beschäftigung nachgingen, hatten ebenfalls ein 1,5-fach erhöhtes Risiko [77]. Vergleichbare Differenzen zeigen sich auch für Tage mit Beeinträchtigung des seelischen Befindens und Tage, an denen Alltagsaktivitäten aufgrund gesundheitlicher Probleme beeinträchtigt sind.

4.3.4 Gesundheitsverhalten

Es ist vielfach dokumentiert, dass sich Arbeitslose und von Arbeitslosigkeit bedrohte Menschen gesundheitsriskanter verhalten als Personen, die einer regelmäßigen und sicheren Beschäftigung nachgehen [57, 82]. In Abbildung 4.7 ist auf Basis der Daten der GEDA-Studie 2010 der Anteil von Männern im Alter zwischen 18 und 64 Jahren dargestellt, die aktuell rauchen bzw. die zu den starken Rauchern (20 oder mehr Zigaretten/Tag [83]) zu zählen sind. Arbeitslose Männer rauchen deutlich häufiger als Erwerbstätige. Zudem weisen sie deutlich höhere Quoten an starken Rauchern auf.

Nach Berücksichtigung von Altersunterschieden haben arbeitslose Männer ein 2,3- bzw. 2,0-fach erhöhtes Risiko aktuell zu rauchen bzw. zu den starken Rauchern zu gehören als Männer mit sicherer Beschäftigung. Der Tabakkonsum von prekär beschäftigten Männern ist dagegen im Vergleich zu sicher Beschäftigten nicht signifikant erhöht [77].

Signifikant erhöhte Risiken von arbeitslosen Männern im Vergleich zu Erwerbstätigen bestehen nach Analysen auf Basis der GEDA-Studie 2010 auch für mangelnde sportliche Aktivität sowie für das Risiko von Adipositas (nur Langzeitarbeitslose). Damit übereinstimmend gaben Arbeitslose häufiger an, nicht auf ausreichend körperliche Bewegung zu achten. Für das Nicht-

Abbildung 4.6
Anzahl von Tagen mit körperlichen, seelischen und funktionalen Problemen im letzten Monat bei Männern im Alter zwischen 18 und 64 Jahren, nach Erwerbstätigkeit
Quelle: GEDA 2010, Robert Koch-Institut [77]

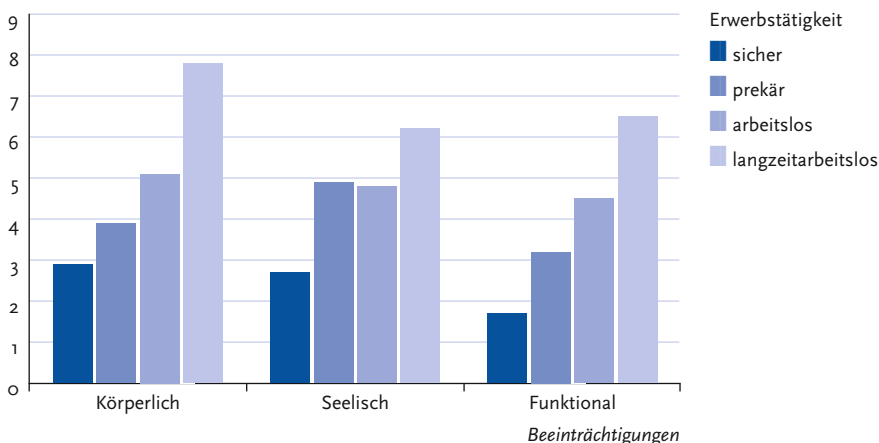
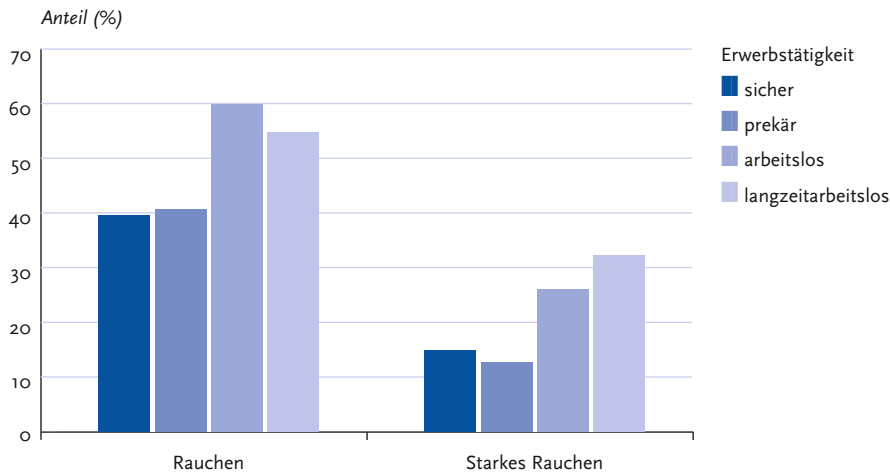


Abbildung 4.7
Rauchverhalten bei Männern im Alter zwischen 18 und 64 Jahren, nach Erwerbstätigkeit (Anteile in Prozent)

Quelle: GEDA 2010, Robert Koch-Institut [77]



Einhalten der Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE), nach denen am Tag fünf Portionen Obst und Gemüse konsumiert werden sollten, konnten hingegen keine erhöhten Risiken für arbeitslose Männer ermittelt werden. Gleiches gilt für den riskanten Alkoholkonsum. Allerdings zeigen andere Datenquellen davon abweichende Ergebnisse: Nach Abrechnungsdaten der Krankenhäuser sind durch Substanzmissbrauch bedingte Krankenhausaufenthalte bei arbeitslosen Männern besonders häufig [84].

4.3.5 Gesundheitliche Probleme als Ursache für Arbeitslosigkeit

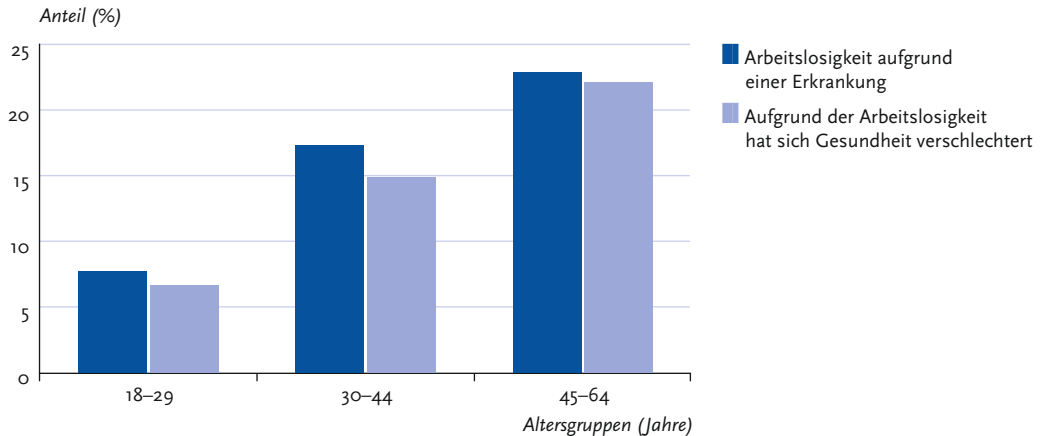
Während unstrittig ist, dass sich Arbeitslosigkeit negativ auf die Gesundheit der Betroffenen auswirkt, können gesundheitliche Probleme auch der Grund für den Eintritt in die Arbeitslosigkeit gewesen sein. Längsschnittstudien und Befunde auf Basis retrospektiver Querschnittuntersuchungen zeigen, dass Arbeitslosigkeit nicht nur die Ursache, sondern auch die Folge von Erkrankungen oder Behinderungen sein kann [85, 86]. Arbeitgeber haben in Deutschland nach § 1 Abs. 2 KSchG unter strengen Auflagen die Möglichkeit, einen Mitarbeiter oder eine Mitarbeiterin aufgrund von

Krankheit zu entlassen, sofern eine Weiterbeschäftigung für sie wirtschaftlich nicht mehr tragbar ist. Zudem können sie auch befristete Verträge auslaufen lassen oder Bewerber bei der Personalauswahl ablehnen.

Von jenen Männern zwischen 18 und 64 Jahren, die in den letzten fünf Jahren mindestens einmal arbeitslos waren, geben nach Ergebnissen der GEDA-Studie 2010 16,3 % an, dass sie ihrer Einschätzung nach aufgrund einer Erkrankung arbeitslos geworden sind. Außerdem geben 14,9 % der Männer mit Arbeitslosigkeits Erfahrungen an, dass sich ihre Gesundheit in Folge der Arbeitslosigkeit noch weiter verschlechtert hat [77]. In Abbildung 4.8 sind die entsprechenden Anteile altersdifferenziert dargestellt. Dabei ist auffällig, dass Arbeitslosigkeit aufgrund beider Einflüsse mit dem Alter der befragten Männer zunimmt: Arbeitslose Männer sind nach eigener Wahrnehmung mit zunehmendem Alter nicht nur häufiger aufgrund ihrer Gesundheit arbeitslos geworden, sondern ältere Männer verzeichnen auch häufiger als jüngere eine Verschlechterung ihrer Gesundheit infolge ihrer Arbeitslosigkeit.

Abbildung 4.8
Gesundheitliche Probleme als Ursache und Folge eines Arbeitsplatzverlustes bei Männern mit Arbeitslosigkeitserfahrungen in den letzten 5 Jahren, nach Alter (Anteile in Prozent)

Quelle: GEDA 2010, Robert Koch-Institut, eigene Berechnungen



4.3.6 Zusammenfassung Arbeitslosigkeit

Auf Basis der vorliegenden Befunde erscheint Arbeitslosigkeit als ein bedeutendes Gesundheitsrisiko, welches überaus relevant für die Männergesundheit ist. Für alle hier vorgestellten Bereiche, von den Gesundheitsproblemen über den Krankenstand, die Beeinträchtigung bei Alltagsaktivitäten bis hin zum Gesundheitsverhalten wurden für arbeitslose Männer ungünstigere Ergebnisse ermittelt als für erwerbstätige. Ebenso stellt die Unsicherheit des eigenen Arbeitsplatzes eine erhebliche Belastung für die Gesundheit der betroffenen Männer dar. Es konnte aber auch gezeigt werden, dass innerhalb der Gruppe der arbeitslosen Männer die Ergebnisse sowohl nach Alter als auch Dauer der Arbeitslosigkeit zum Teil deutlich variieren.

4.4 Diskussion

Dem sozialen Geschlecht kommt bei der Erklärung arbeitsweltbezogener gesundheitlicher Belastungen und Beschwerden eine besondere Rolle zu. Zwar lässt sich zusammenfassend feststellen, dass Anforderungen, Belastungen und gesundheitliche Folgen hauptsächlich aus der Art der beruflichen Tätigkeit resultieren und sozial un-

gleich auf die Betroffenen einwirken. Jedoch berührt die Verteilung der erwerbstätigen Männer und Frauen auf unterschiedliche Branchen und Berufsgruppen (geschlechtsspezifische Arbeitsmarktsegregation) grundlegende Fragen der sozialen Geschlechterverhältnisse. Historisch hatte sich eine ausgeprägte lebensweltliche Zweiteilung in einen männlich dominierten Bereich des öffentlichen Lebens und einen den Frauen zugeteilten familiär-privaten Lebensbereich herausgebildet, mit der eine funktionale Koppelung zwischen der (arbeits-)marktförmigen Erwerbstätigkeit von Männern und einer überwiegend den Frauen zukommenden, nicht entlohnten Haushalts- und Familienarbeit verbunden war. Der Arbeitsmarkt ist insofern nicht geschlechtsneutral, sondern ist bis heute stark am Ideal einer rationellen Arbeitsorganisation und dem männlichen Normalarbeitsverhältnis orientiert (*gendered organisation*) [87, 88]. Bei familiären Lebensformen setzt dieses Normalarbeitsverhältnis die Entlastung eines Elternteils von Aufgaben der Kindererziehung und Haushaltsorganisation voraus. Das unterschiedliche Ausmaß der Erwerbsbeteiligung von Vätern und Müttern zeigt, dass bis heute überwiegend die Väter von der Familienarbeit entlastet werden, um der ihnen zugeschriebenen Rolle des Familienernährers nachzukommen, wohingegen berufstätige Frauen deutlich stärker die Vereinbarkeit zwei-

er Rollen gewährleisten müssen [89]. Die Kategorie Geschlecht stellt also bis heute ein wichtiges Strukturmerkmal der Organisation bezahlter und unbezahlter Arbeit dar.

Im Zuge der seit langem steigenden Erwerbsbeteiligung von Frauen hat sich auf dieser Basis ein geschlechtsspezifisch geprägtes berufliches Gefüge mit »geschlechtskonformen« Berufen und Tätigkeitsprofilen herausgebildet [3, 90]. Männer überwiegen bis heute in den so genannten MINT-Berufen, die den Kern der industriellen Produktion bilden, wohingegen Frauen beispielsweise in sozialen Berufen deutlich überrepräsentiert sind. Die Berufswahl ist dabei auch im Hinblick auf die Einschätzung zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf geschlechtsspezifisch geprägt. Erwerbsunterbrechungen sind bei Männern seltener, auch weil in vielen männertypischen Berufen und Branchen familienbedingte Unterbrechungen ungewöhnlich sind oder als »problematisch« wahrgenommen werden. Frauen sind hingegen häufiger in Berufen tätig, die eine gewisse Nähe zur Familienarbeit aufweisen und in denen Lücken im Erwerbsverlauf als weniger »problembehaftet« erscheinen. In den Einkommen der Beschäftigten findet sich auch deswegen eine nach wie vor stark ausgeprägte Geschlechterasymmetrie (*gender pay gap*). Ein Ziel der Novellierung des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes war es daher, dass die überwiegend finanziellen Hinderungsgründe für Väter, Elternzeit wahrzunehmen, abgemildert werden sollten [91, 92].

Die vorliegenden Auswertungen zeigen, dass Männer aus dieser Situation keinesfalls nur Vorteile ziehen. Insbesondere bei sozial schlechter gestellten Männern zieht die horizontale Arbeitsmarktsegregation spezifische gesundheitliche Problemlagen nach sich. Die typischen manuellen Männerberufe sind körperlich belastender und gehen mit deutlich erhöhten Unfallrisiken einher. Verstärkt wird dies durch eine tendenziell gesundheitsabträgliche Arbeitsethik (z.B. durch Verhaltenseigenschaften wie unbedingtes Durchhaltevermögen, Verausgabung und Selbstüberforderung sowie eine Entgrenzung zwischen Arbeit und privatem Leben bei Männern [93]), die in Verbindung mit einer vergleichsweise prekären ökonomischen und Arbeitsmarktsituation bei Männern mit niedrigem sozioökonomischen Status den stärkeren Hang zum Präsentismus erklärt [46, 94].

Auch unabhängig vom sozialen Status bringt die starke Erwerbsorientierung von Männern nicht nur gesundheitliche Vorteile mit sich. Je stärker die zwischengeschlechtliche Arbeitsteilung ausfällt, desto stärker liegt die Verantwortung für die Existenzsicherung bei den Männern und umso stärker fällt die eigene Identifikation mit Berufstätigkeit und Normalarbeitsverhältnis aus. Insbesondere der Arbeitsplatzverlust stellt daher für Männer ein besonderes Gesundheitsrisiko dar, das sich in deutlich gesundheitsriskanteren Verhaltensweisen und erhöhten Krankheitsprävalenzen niederschlägt. Auch wenn genderspezifische Zusammenhänge hier noch unzureichend erforscht sind, zeigt sich insgesamt, dass die männliche Arbeitswelt durchaus spezifische Gesundheitsrisiken hervorbringt, die eine geschlechtsspezifische Betrachtung wie auch die geschlechterangemessene Ausrichtung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention unabdingbar erscheinen lassen.

Durch gesellschaftliche, wirtschaftliche und familiäre Veränderungen, für die beispielhaft der demografische Wandel, eine geringere Arbeitsplatzsicherheit und der Wandel der Lebensformen genannt werden sollen, wird die klassisch männliche kontinuierliche Erwerbsbiografie immer seltener. Sie wird aber aufgrund individueller Bedürfnisse auch zunehmend in Frage gestellt. Die wachsende Erwerbsorientierung von Frauen, der verstärkte Wille von Vätern intensiver am Familienleben teilzunehmen aber auch der Wunsch beider Geschlechter mehr private Freiräume neben dem beruflichen Umfeld zu schaffen, bringt eine stärkere Verzahnung der Lebensbereiche Arbeit und Privatleben mit sich. Eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie/Privatleben (*Work-Life-Balance*) ist daher vor dem Hintergrund der veränderten gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen auch ein wichtiges Thema für die Männergesundheit [24, 95].

Literatur

1. Kroll LE, Müters S, Dragano N (2011) Arbeitsbelastungen und Gesundheit. GBE kompakt 2(5). Robert Koch-Institut (Hrsg). www.rki.de/gbe-kompakt (Stand: 28.06.2011)

2. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2005) Gender-Datenreport. 1. Datenreport zur Gleichstellung von Frauen und Männern in der Bundesrepublik Deutschland. BMFSFJ, München
3. Achatz J (2008) Geschlechtersegregation im Arbeitsmarkt. In: Abraham M, Hinz T (Hrsg) Arbeitsmarktsoziologie. VS, Wiesbaden, S 263–301
4. Hanisch KA (1999) Job Loss and Unemployment Research from 1994 to 1998: A Review and Recommendations for Research and Intervention. *Journal of Vocational Behavior* 55 (2): 188–220
5. Holleder A (2003) Arbeitslos – Gesundheit los – chancenlos? Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung der Bundesanstalt für Arbeit. IAB Kurzbericht 4 (Stand: 06.02.2014)
6. Fryer JP (1986) Employment deprivation and personal agency during unemployment: A critical discussion of Jahoda's Explanation of the psychological effects. *Social Behaviour* 1 (3): 3–23
7. Goffman E (1977) Stigma. Über Techniken zur Bewältigung beschädigter Identität. Suhrkamp, Frankfurt
8. Holmes TH, Rahe RH (1967) The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research* 11 (2): 213–218
9. Statistisches Bundesamt (2013) Fachserie 1 Reihe 4.1.1 Mikrozensus. Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Stand und Entwicklung der Erwerbstätigkeit in Deutschland 2012. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
10. Schmidt G (2001) Arbeitsmarkt und Beschäftigung. In: Schäfers B, Zapf W (Hrsg) Handwörterbuch zur Gesellschaft Deutschlands. Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn, S 21–36
11. Wirth H, Tölke A (2013) Egalitär arbeiten – familienorientiert leben. Kein Widerspruch für ostdeutsche Eltern. Informationsdienst soziale Indikatoren (49): 7–11
12. Bundesagentur für Arbeit (2013) Der Arbeitsmarkt in Deutschland. Frauen und Männer am Arbeitsmarkt im Jahr 2012. Nürnberg
13. Statistisches Bundesamt (2012) Statistisches Jahrbuch 2012. Deutschland und Internationales. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
14. Statistisches Bundesamt (2013) Statistisches Jahrbuch 2013. Deutschland und Internationales. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
15. Rengers M (2009) Unterbeschäftigung und Teilzeitbeschäftigung im Jahr 2008. *Wirtschaft und Statistik* 9: 886–907
16. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2011) Neue Wege – Gleiche Chancen. Gleichstellung von Frauen und Männern im Lebensverlauf. Erster Gleichstellungsbericht. Stellungnahme der Bundesregierung zum Gutachten der Sachverständigenkommission Gutachten der Sachverständigenkommission. BMFSFJ, Berlin
17. Statistisches Bundesamt, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (2011) Datenreport 2011. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Band II. bpb, Bonn
18. Statistisches Bundesamt (2012) Fachserie 1 Reihe 4.1.1 Mikrozensus. Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Stand und Entwicklung der Erwerbstätigkeit in Deutschland. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
19. Cornelißen W (2008) Vereinbarkeit von Familie und Beruf. In: Badura B, Schröder H, Vetter C (Hrsg) Fehlzeiten-Report 2007 Arbeit, Geschlecht und Gesundheit. Springer, Heidelberg, S 175–189
20. Statistisches Bundesamt (2010) Frauen und Männer in verschiedenen Lebensphasen. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
21. Puhlmann A (2005) Welche Rolle spielt das Geschlecht bei der Berufswahl? In: Freie Hansestadt Hamburg, Behörde für Soziales und Familie (Hrsg) Welche Rolle spielt das Geschlecht bei der Berufswahl? – Strategien zur Erweiterung des Berufswahlspektrums junger Frauen und Männer Dokumentation der Fachtagung vom 7 April 2005, Hamburg, S 4–11
22. Pollmann-Schult M (2009) Geschlechterunterschiede in den Arbeitswerten: eine Analyse für die alten Bundesländer 1980–2000. *Journal for Labour Market Research* 42 (2): 140–154
23. Genderkompetenzentrum (2010) Personalauswahl
www.genderkompetenz.info/genderkompetenz-2003-2010/handlungsfelder/personalentwicklung/personalauswahl (Stand: 12.09.2013)
24. Statistisches Bundesamt (2012) Qualität der Arbeit. Geld verdienen und was sonst noch zählt. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
25. Statistisches Bundesamt (2013) Frauenverdienste – Männerverdienste: Wie groß ist der Abstand wirklich? STATmagazin das Web-Magazin des Statistischen Bundesamtes
www.destatis.de/DE/Publikationen/STATmagazin/VerdiensteArbeitskosten/2013_03/2013_03Verdienstunterschiede.html
26. Busch A, Holst E (2008) Verdienstdifferenzen zwischen Frauen und Männern nur teilweise durch Strukturmerkmale zu erklären. *DIW Wochenbericht* 15: 184–190
27. Hinz T, Gartner H (2005) Geschlechtsspezifische Lohnunterschiede in Branchen, Berufen und Betrieben. *Zeitschrift für Soziologie* 34 (1): 22–39
28. Huinink J, Reichart E (2008) Der Weg in die traditionelle Arbeitsteilung – eine Einbahnstraße? In:

- Bien W, Marbach JH (Hrsg) *Familiale Beziehungen, Familienalltag und soziale Netzwerke*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, S 43–79
29. Sellach B, Enders-Dragässer U, Libuda-Köster A (2004) Geschlechtsspezifische Besonderheiten der Zeitverwendung – Zeitstrukturierung im theoretischen Konzept des Lebenslagen-Ansatzes. In: Destatis (Hrsg) *Alltag in Deutschland Analysen zur Zeitverwendung*. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
 30. Gille M, Marbach J (2004) Arbeitsteilung von Paaren und ihre Belastung mit Zeitstress. In: Destatis (Hrsg) *Alltag in Deutschland Analysen zur Zeitverwendung*. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden, S 86–113
 31. Volz R, Zulehner P (2009) *Männer in Bewegung. Zehn Jahre Männerentwicklung in Deutschland*. Nomos, Baden-Baden
 32. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2013) *Familie und Arbeitswelt*. www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Familie/familie-und-arbeitswelt,did=11408.html (Stand: 31.10.2013)
 33. Boll C, Leppin J, Reich N (2011) Einfluss der Elternzeit von Vätern auf die familiäre Arbeitsteilung im internationalen Vergleich. *Hamburgisches Welt-Wirtschaftsinstitut (HWWI)*, Hamburg
 34. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2012) *Familienreport 2012. Leistungen, Wirkungen, Trends*. BMFSFJ, Berlin
 35. Griefahn B (1996) *Arbeitsmedizin*. Thieme, Stuttgart
 36. Schlick C, Bruder R, Luczak H (2010) *Arbeitswissenschaft*. Springer, Heidelberg
 37. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2013) *Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2011*. Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Dortmund, Berlin, Dresden
 38. Lampert T, Kroll LE, Kuntz B et al. (2011) *Gesundheitliche Ungleichheit*. In: Statistisches Bundesamt, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (Hrsg) *Datenreport 2011 Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland*, Bonn, S 247–258
 39. Lehnhart U (2007) *Arbeitsbedingungen in Deutschland: Nichts für schwache Nerven. Gute Arbeit 3*
 40. Siegrist J, Dragano N (2008) Psychosoziale Belastungen und Erkrankungsrisiken im Erwerbsleben. *Bundesgesundheitsblatt* 51 (3): 305–312
 41. Bosma H, Peter R, Siegrist J et al. (1998) Two alternative job stress models and the risk of coronary heart disease. *Am J Public Health* 88 (1): 68–74
 42. Li J, Yang W, Cho S-i (2006) Gender differences in job strain, effort-reward imbalance, and health functioning among Chinese physicians. *Social Science & Medicine* 62 (5): 1066–1077
 43. Siegrist J (2010) *Gesundheitsrisiken aus der Arbeitswelt und gesundheitsrelevante Verhaltensweisen*. In: Bardehle D, Stiehler M (Hrsg) *Erster Deutscher Männergesundheitsbericht*. Zuckschwerdt, München, S 72–86
 44. Rohmert W (1984) Das Belastungs-Beanspruchungs-Konzept. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft* 38 (10): 196–200
 45. Rau R, Mensing M, Brand H (2006) *Schlaganfallwissen der Bevölkerung*. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 49 (5): 450–458
 46. Zok K (2008) *Krank zur Arbeit. Einstellungen und Verhalten von Frauen und Männern beim Umgang mit Krankheit am Arbeitsplatz*. In: Badura B, Schröder H, Vetter C (Hrsg) *Fehlzeiten-Report 2007 Arbeit, Geschlecht und Gesundheit*. Springer, Heidelberg, S 121–144
 47. Bundesministerium für Gesundheit (2013) *Arbeitsunfähigkeitsfälle und Arbeitsunfähigkeitstage und Tage je Fall bei Mitgliedern der Gesetzlichen Krankenversicherung*. www.gbe-bund.de (Stand: 13.11.2013)
 48. Wissenschaftliches Institut der AOK (2012) *Arbeitsunfähigkeit bei erwerbstätigen AOK-Mitgliedern (Jeweilige Arbeitsunfähigkeitsfälle und Arbeitsunfähigkeitstage als Anteil aller Fälle)*. www.gbe-bund.de (Stand: 04.02.2014)
 49. Robert Koch-Institut (2013) *Das Unfallgeschehen bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse des Unfallmoduls der Befragung »Gesundheit in Deutschland aktuell 2010«*. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung. RKI, Berlin
 50. Kroll LE, Lampert T (2013) *Gesundheitliche Ungleichheit bei erwerbstätigen Männern und Frauen – Ergebnisse der GEDA-Studie 2010*. *Gesundheitswesen* 75 (4): 210–215
 51. Hagen C, Himmelreicher RK, Kemptner D et al. (2010) *Soziale Unterschiede beim Zugang in Erwerbsminderungsrente. Eine Analyse auf Basis von Scientific Use Files des Forschungszentrums der Rentenversicherung*. German Council for Social and Economic Data (RatSWD)
 52. Dragano N (2007) *Arbeit, Stress und krankheitsbedingte Frührenten: Zusammenhänge aus theoretischer und empirischer Sicht*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
 53. Voges W, Helmert U, Timm A et al. (2004) *Soziale Einflussfaktoren von Morbidität und Mortalität. Sonderauswertung von Daten der Gmünder Ersatzkasse (GEK) im Auftrag des Robert Koch-Institutes*. Zentrum für Sozialpolitik, Bremen
 54. Lampert T, Saß A-C, Häfelinger M et al. (2005) *Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und*

- Reichtumsbericht der Bundesregierung. Robert Koch-Institut, Berlin
55. Timm A, Helmert U, Müller R (2006) Berufsstatus und Morbiditätsentwicklung von Krankenversicherten im Zeitraum 1990 bis 2003. *Das Gesundheitswesen* 68: 517–525
56. Geyer S, Peter R (1999) Occupational status and all-cause mortality: A study with health insurance data from Nordrhein-Westfalen, Germany. *The European Journal of Public Health* 9 (2): 114–118
57. Robert Koch-Institut (2003) Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 13. RKI, Berlin
58. Giesecke J, Groß M (2005) Arbeitsmarktreformen und Ungleichheit. *Aus Politik und Zeitgeschichte* 16: 25–31
59. BMAS (2008) Lebenslagen in Deutschland. Der 3. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Berlin
60. Brenner H (2006) Arbeitslosigkeit. In: Stoppe G, Bramesfeld A, Schwartz F-W (Hrsg) *Volkskrankheit Depression?* Springer, Berlin, S 163–189
61. Elkeles T (1999) Arbeitslosigkeit, Langzeitarbeitslosigkeit und Gesundheit. *Sozialer Fortschritt* 6: 150–155
62. Berth H, Förster P, Balck F et al. (2008) Arbeitslosigkeitserfahrungen, Arbeitsplatzunsicherheit und der Bedarf an psychosozialer Versorgung. *Das Gesundheitswesen* 70: 289–294
63. Weber A, Hörmann G, Heipertz W (2007) Arbeitslosigkeit und Gesundheit aus sozialmedizinischer Sicht. *Deutsches Ärzteblatt* 104 (43): 2957–2962
64. Jahoda M (1983) *Wieviel Arbeit braucht der Mensch*. Beltz Verlag, Weinheim
65. Warr P (1987) *Work, Unemployment and Mental Health*. Oxford University Press, Oxford
66. Brief AP, Konovsky MA, Goodwin R et al. (1995) Inferring the meaning of work from the effects of unemployment. *Journal of Applied Social Psychology* 25 (8): 693–711
67. Creed PA, Macintyre SR (2001) The relative effects of deprivation of the latent and manifest benefits of employment on the well-being of unemployed people. *Journal of Occupational Health Psychology* 6 (4): 324–331
68. Janlert U, Hammarström A (2009) Which theory is best? Explanatory models of the relationship between unemployment and health. *BMC Public Health* 9 (1): 235
69. Hammarström A (1994) Health consequences of youth unemployment – review from a gender perspective. *Social Science and Medicine* 38 (5): 699–709
70. Artazcoz L, Benach J, Borrell C et al. (2004) Unemployment and mental health: understanding the interactions among gender, family roles, and social class. *American Journal of Public Health* 94 (1): 82–88
71. Berth H, Förster P, Petrowski K et al. (2006) Geschlechterdifferenzen in den Gesundheitsfolgen von Arbeitslosigkeit. Ergebnisse der Sächsischen Längsschnittstudie. In: Hinz A, Decker O (Hrsg) *Gesundheit im gesellschaftlichen Wandel Altersspezifisch und Geschlechterrollen*. Psychosozial-Verlag, Gießen, S 78–92
72. Paul KI, Moser K (2009) Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational Behavior* 74 (3): 264–282
73. Hammarström A, Gustafsson PE, Strandh M et al. (2011) It's no surprise! Men are not hit more than women by the health consequences of unemployment in the Northern Swedish Cohort. *Scandinavian Journal of Public Health* 39 (2): 187–193
74. Grobe T (2006) Sterben Arbeitslose früher? In: Holleder A, Brand H (Hrsg) *Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit*. Huber Bern
75. Martikainen P, Valkonen Z (1996) Excess mortality of unemployed men and women during a period of rapidly increasing unemployment. *The Lancet* 348 (9032): 909–912
76. Voss M, Nylén L, Floderus B et al. (2004) Unemployment and early cause-specific mortality: A study based on the Swedish twin registry. *Am J Public Health* 94 (12): 2155–2161
77. Kroll LE, Lampert T (2012) Arbeitslosigkeit, prekäre Beschäftigung und Gesundheit. *GBE kompakt* 3(1). Robert Koch-Institut (Hrsg). www.rki.de/gbe-kompakt (Stand: 18.10.2012)
78. Holleder A (2011) *Erwerbslosigkeit, Gesundheit und Präventionspotenziale*. VS-Verlag, Wiesbaden
79. Holleder A (2012) *Gesundheit und Krankheit in Bund, Land NRW und dessen Kommunen*. *Bundesgesundheitsblatt* 55 (3): 416–426
80. BKK Bundesverband (2012) *BKK Gesundheitsreport 2012*. BKK BV, Essen
81. Holleder A (2006) Arbeitslosigkeit, Gesundheit und ungenutzte Potenziale. In: Badura B, Schell-schmidt H, Vetter C (Hrsg) *Fehlzeitenreport 2005*. Springer, S 219–239
82. Bartley M (1994) Unemployment and ill health: understanding the relationship. *Journal of Epidemiology and Community Health* 48 (4): 333–337
83. Lampert T (2011) *Rauchen – Aktuelle Entwicklungen bei Erwachsenen*. *GBE kompakt* 2(4). Robert Koch-Institut (Hrsg). www.rki.de/gbe-kompakt (Stand: 24.05.2011)
84. BKK Bundesverband (2008) *BKK Gesundheitsreport 2008*. BKK BV, Essen

85. Lange C, Lampert T (2005) Die Gesundheit arbeitsloser Frauen und Männer. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 48 (11): 1256–1264
86. Grobe TG, Schwartz FW (2003) Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 13. Robert Koch-Institut, Berlin
87. Wilz S (2008) Organisation: Die Debatte um ›Gendered Organisations‹. In: Becker R, Kortendiek B (Hrsg) Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. VS, Wiesbaden, S 505–511
88. Acker J (1990) Hierarchies, Jobs, Bodies: A Theory of Gendered Organizations. Gender and Society 4 (2): 139–158
89. Becker-Schmidt R (2007) Geschlechter- und Arbeitsverhältnisse in Bewegung. In: Aulenbacher B, Funder M, Jacobsen H et al. (Hrsg) Arbeit und Geschlecht im Umbruch der modernen Gesellschaft. VS Verlag, Wiesbaden, S 250–268
90. Meuser M (2004) Geschlecht und Arbeitswelt – Doing Gender in Organisationen. Gender Mainstreaming in der Organisationskultur. www.dji.de/kjhgender/Vortrag290404meuser.pdf (Stand: 13.10.2012)
91. Bundesministerium für Justiz (BMJ) (2006) Bundeselterngehalt- und Elternzeitgesetz (BEEG). www.gesetze-im-internet.de/beeg/index.html (Stand: 13.11.2013)
92. Richter R (2012) Väter in Elternzeit. Umsetzungen und Strategien zwischen Familie und Beruf. <http://digital.ub.uni-paderborn.de/hs/content/tit-leinfo/451072> (Stand: 13.11.2013)
93. Hien W (2009) Arbeiten Männer gesundheitsriskanter als Frauen? Neuere empirische Daten und Hypothesen. Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften 45: 135–159
94. Preisendörfer P (2010) Präsentismus. Prävalenz und Bestimmungsfaktoren unterlassener Krankmeldungen bei der Arbeit. Zeitschrift für Personalforschung 24 (4): 401–408
95. McGinnity F, Whelan CT (2009) Comparing work-life conflict in Europe: Evidence from the European Social Survey. Social Indicators Research 93 (3): 433–444

5 Lebensformen und Gesundheit von Männern

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

5.1 Pluralisierung von Lebensformen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.2 Erklärungsansätze zum Zusammenhang zwischen Lebensform und Gesundheit

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

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

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

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

5.3 Empirische Ergebnisse zu Lebensformen und Gesundheit von Männern in Deutschland

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

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

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

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

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

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

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

5.3.1 Lebensformen und Gesundheit von Männern im jungen und mittleren Erwachsenenalter

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

Auf die gesundheitliche Situation alleinerziehender Väter wird in Abschnitt 5.3.6 gesondert

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

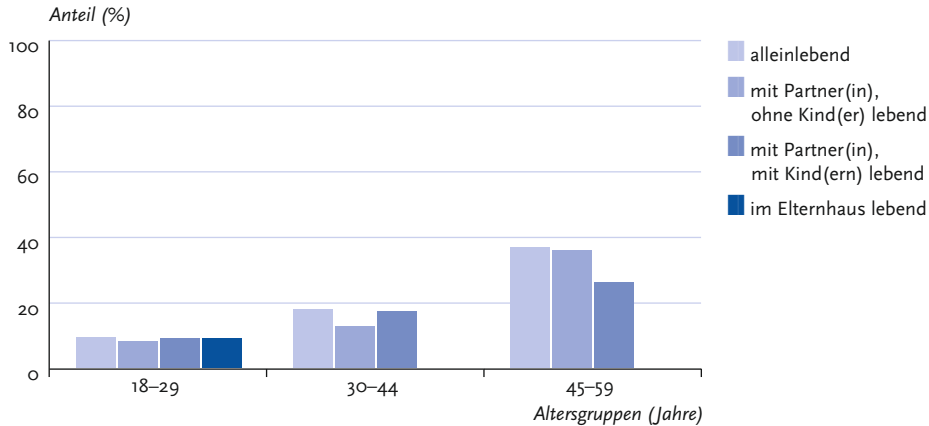
Zur Beantwortung der Frage, ob die Unterschiede in der Gesundheit zwischen den Lebensformen bei Männern oder bei Frauen größer sind bzw. Männer oder Frauen mehr von Partner- und Elternschaft »profitieren«, wird auf Odds Ratios (OR) zurückgegriffen, die mittels des statistischen Verfahrens der binär logistischen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

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

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

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

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



5.3.1.1 Subjektive Gesundheit

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

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

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

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

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

5.3.1.2 Depression

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

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

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

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

5.3.1.3 Übergewicht

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

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

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

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

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

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

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

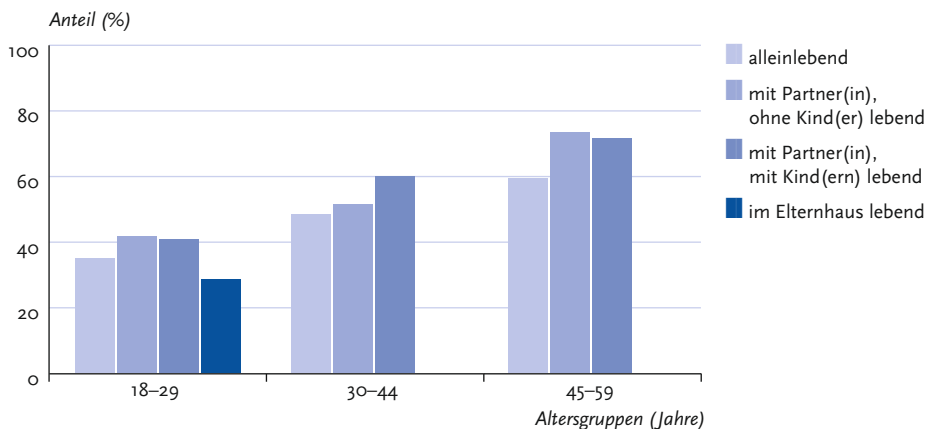
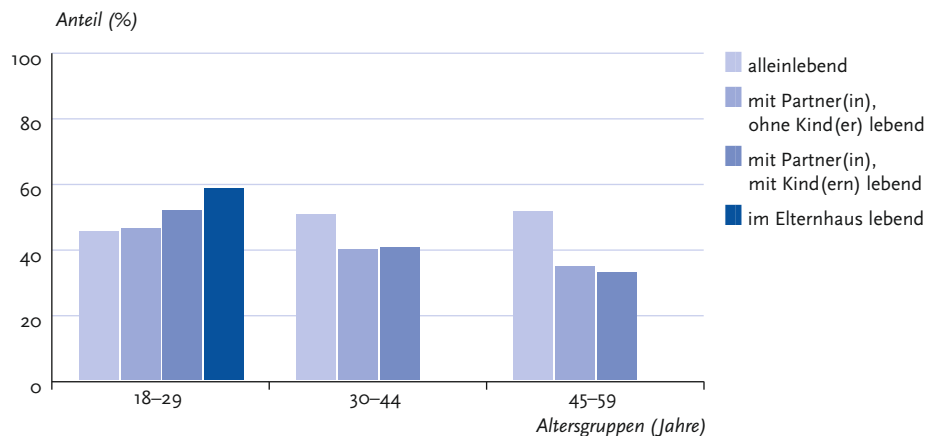


Abbildung 5.3

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

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



5.3.1.4 Tabakkonsum

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

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

5.3.1.5 Alkoholkonsum

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

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

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

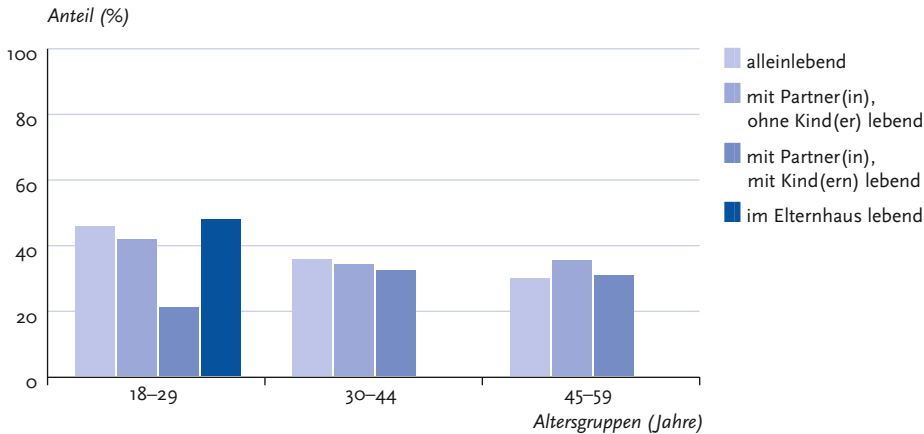
Der Vergleich von Lebensformen bei Männern und Frauen ohne Kinder mit der familiären Lebensform (Partner(in) und Kind(er)) für die Altersgruppe der 18- bis 29-Jährigen zeigt, dass das Risiko (Odds Ratio) für einen riskanten Alkoholkonsum bei jungen Frauen deutlich höher liegt als bei jungen Männern.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

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

Abbildung 5.4

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

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



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

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

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

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

5.3.2 Lebensformen und Gesundheit von Männern im höheren Lebensalter

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

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

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

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

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

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

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

5.3.3 Gesundheit von verwitweten Männern

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

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

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

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

5.3.4 Gleichgeschlechtliche Lebensformen und Gesundheit von Männern

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

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

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

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

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

5.3.5 Bedeutung von Trennung und Scheidung für die Gesundheit von Männern

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.3.6 Gesundheit von alleinerziehenden Vätern

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.4 Veränderung des männlichen Rollenverständnisses und die Gesundheit von Männern

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

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

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

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

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

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

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

Literatur

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

23. Hank K, Tölke A (2004) Männer – Das ‚vernachlässigte‘ Geschlecht in der Familienforschung: Untersuchungen zu Partnerschaft und Elternschaft bei Männern. *Zeitschrift für Familienforschung Sonderheft 4*: 7–17
24. Langehennig M (2009) Männer in der häuslichen Angehörigenpflege – Forschungsbefunde, Forschungsartefakte, Forschungsperspektiven. In: Jansen M (Hrsg) *Pflegende und sorgende Frauen und Männer – Aspekte einer künftigen Pflege im Spannungsfeld von Privatheit und Professionalität* POLIS (49). Hessische Landeszentrale für politische Bildung, Wiesbaden, S 43–58
25. Schneekloth U, Wahl HW (2006) *Selbständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten. Pflegearrangements, Demenz, Versorgungsangebote*. Kohlhammer Verlag, Stuttgart
26. Künemund H (2010) *Kurzexpertise zu ehrenamtlichem Engagement, Pflegetätigkeiten und (Enkel-) Kinderbetreuung: Ergebnisse der Alters-Surveys. Expertise für den Ersten Gleichstellungsbericht der Bundesregierung*, Vechta; zit. n.: Sachverständigenkommission zur Erstellung des Ersten Gleichstellungsberichtes der Bundesregierung (2011) *Neue Wege – Gleiche Chancen. Gleichstellung von Frauen und Männern im Lebensverlauf*. Gutachten der Sachverständigenkommission an das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend für den Ersten Gleichstellungsbericht der Bundesregierung
27. Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (Hrsg) (2007) *Frauen – Männer – Räume. Berichte*. Bd. 26. BBR, Bonn
28. Lillard LA, Panis CWA (1996) *Marital Status and Mortality: The Role of Health*. *Demography* 33 (3): 313–327
29. Gove WR (1973) Sex, marital status, and mortality. *American journal of sociology* 79 (1): 45–67
30. Lademann J, Kolip P (2005) *Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Robert Koch-Institut, Berlin
31. Umberson D (1987) Family status and health behaviors: social control as a dimension of social integration. *Journal of health and social behavior* 28 (3): 306–319
32. Scafato E, Galluzzo L, Gandin C et al. (2008) Marital and cohabitation status as predictors of mortality: A 10-year follow-up of an Italian elderly cohort. *Social Science & Medicine* 67 (9): 1456–1464
33. Kulik JA, Mahler HIM (2006) Marital quality predicts hospital stay following coronary artery bypass surgery for women but not men. *Social Science & Medicine* 63 (8): 2031–2040
34. Stiehler M, Tüffers U, Seikowski K (2013) Männer in Beziehungen. In: Weißbach L, Stiehler M (Hrsg) *Männergesundheitsbericht 2013. Im Fokus: Psychische Gesundheit*. Verlag Hans Huber, Bern, S 173–196
35. Hemström Ö (1996) Is Marriage Dissolution Linked to Differences in Mortality Risks for Men and Women? *Journal of Marriage and the Family* 58 (2): 366–378
36. Anson O (1988) Living arrangements and women's health. *Social Science & Medicine* 26 (2): 201–208
37. Hope S, Rodgers B, Power C (1999) Marital status transitions and psychological distress: longitudinal evidence from a national population sample. *Psychol Med* 29 (2): 381–389
38. Unger R (2007) *Gesundheit im Lebenslauf. Zur relativen Bedeutung von Selektions- gegenüber Kausaleffekten am Beispiel des Familienstands*. SOEP-papers on Multidisciplinary Panel Data Research. DIW, Berlin
39. Mastekaasa A (1992) Marriage and Psychological Well-Being: Some Evidence on Selection into Marriage. *Journal of Marriage and Family* 54 (4): 901–911
40. Wade TJ, Pevalin DJ (2004) Marital transitions and mental health. *Journal of health and social behavior* 45 (2): 155–170
41. Valkonen T, Martikainen P, Blomgren J (2004) Increasing excess mortality among non-married elderly people in developed countries. *Demographic Research* S2 (12): 305–330
42. Kobrin FE, Hendershot GE (1977) Do Family Ties Reduce Mortality? Evidence from the United States 1966–1968. *Journal of Marriage and the Family* 39: 737–745
43. Baumann A, Filipiak B, Stieber J et al. (1998) Familienstand und soziale Integration als Prädiktoren der Mortalität: eine 5-Jahres-Follow-up Studie an 55- bis 74-jährigen Männern und Frauen in der Region Augsburg. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 31: 184–192
44. Ben-Shlomo Y, Smith GD, Shipley M et al. (1993) Magnitude and causes of mortality differences between married and unmarried men. *Journal of epidemiology and community health* 47 (3): 200–205
45. Hu YR, Goldman N (1990) Mortality differentials by marital status: an international comparison. *Demography* 27 (2): 233–250
46. Johnson NJ, Backlund E, Sorlie PD et al. (2000) Marital status and mortality: the national longitudinal mortality study. *Ann Epidemiol* 10 (4): 224–238
47. Manzoli L, Villari P, M Pirone G et al. (2007) Marital status and mortality in the elderly: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine* 64 (1): 77–94

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

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

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

6 »Mehr Gesundheit für Männer« – Männerspezifische Prävention und Gesundheitsförderung¹

Geschlechterunterschiede in Morbidität und Mortalität, aber auch die oftmals geringere Inanspruchnahme von präventiven Maßnahmen bei Männern, sind seit längerem bekannt und umfangreich beschrieben. Dennoch standen Männer im Hinblick auf Prävention und Gesundheitsförderung bisher kaum im Fokus der geschlechtsspezifischen Gesundheitsforschung. Diese Tatsache, und dass Präventionsangebote selten geschlechtsspezifisch ausgerichtet sind, wird bereits seit Jahren kritisch diskutiert [1–7]. So bedienen Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung oftmals nur die Präferenzen und Bedürfnisse von Frauen [10, 11]. Es fehlen tragfähige Strategien zur Sensibilisierung und Qualifizierung von Multiplikatoren und Multiplikatorinnen. Zudem ist die systematische Implementierung von Gender Mainstreaming zwar als wesentliches Element für eine geschlechtersensible Prävention und Gesundheitsförderung [12, 13] erkannt worden, aber in vielen Lebensbereichen noch nicht umgesetzt.

Für männerspezifische Prävention und Gesundheitsförderung ist daher die Identifizierung von Adressatengruppen mit spezifischen Risiko- und Ressourcenprofilen entscheidend, sowohl in Bezug auf die Erhaltung gesundheitlichen Wohlbefindens als auch auf die Entstehung von Erkrankungen. Bei der Gestaltung zielgruppenspezifischer Maßnahmen müssen diese Bedingungsfaktoren mit ihren Wechselwirkungen herausgearbeitet und beachtet werden [4, 5]. Auch ist auf eine männergerechte Kommunikation zu achten, da als eine Ursache für die geringere Inanspruchnahme von Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen durch Männer auch die fehlende Akzeptanz aufgrund einer falschen Ansprache diskutiert wird. Adressaten in ihrer Lebenswelt anzusprechen, z.B. in

Betrieben, Schulen oder Stadtteilen, und sie in konkrete Maßnahmen einzubeziehen, bietet gute Ansatzpunkte für gesundheitsförderliche Angebotsstrukturen und Interventionen [14–16].

Auf Grundlage der genannten Aspekte soll es in diesem Kapitel darum gehen, bestehende Präventionsmaßnahmen und Projekte näher zu analysieren, ihre Akzeptanz und Inanspruchnahme kritisch zu beleuchten, ihre Tragfähigkeit für eine geschlechtersensible Angebotsstruktur zu prüfen und abschließend Verbesserungspotenziale für eine nachhaltige, zielgruppendifferenzierte Ausgestaltung der männerspezifischen Prävention und Gesundheitsförderung aufzuzeigen.

6.1 Definitionen

Unter Prävention werden alle Interventionen verstanden, die zur Vermeidung oder Verringerung des Auftretens, der Ausbreitung und der negativen Auswirkungen von Krankheiten oder Gesundheitsstörungen beitragen. Bei der primären Prävention stehen die Vermeidung von Krankheiten und die Aufrechterhaltung der Gesundheit im Vordergrund. Gesundheitsförderung wird häufig als Teilbereich der Primärprävention verstanden. Im Vergleich zur Primärprävention konzentriert sich Gesundheitsförderung nicht auf spezifische Risikofaktoren, sondern auf Maßnahmen und Aktivitäten, mit denen die Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen erreicht werden soll. Die aktive Beteiligung der Individuen und Gruppen in ihren Lebenswelten ist hier ein wesentliches Element. Dabei ist der Setting-Ansatz von besonderer Bedeutung. Dieser Ansatz zielt auf die gesundheitsförderliche Veränderung der Lebenswelt (z.B. Schule, Betrieb, Stadtteil) durch aktive Einbeziehung aller Beteiligten. Als betriebliche Gesundheitsförderung werden systemische Interventionen in Betrieben bezeichnet, durch die gesundheitsrelevante Belastungen gesenkt und Ressourcen vermehrt werden sollen. Der gesundheitsfördernde Setting-Ansatz setzt auf gleichzeitige und aufeinander bezogene Veränderungen von Organisationsroutinen, des Sozialklimas so-

¹ Die in diesem Kapitel präsentierten Ergebnisse entstammen der Expertise »Männerspezifische Prävention und Gesundheitsförderung«, die am Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen im Auftrag des Robert Koch-Instituts erstellt wurde [8] und der Expertise »Prävention und Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt«, die in der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. im Auftrag des Robert Koch-Instituts erstellt wurde [9].

wie des individuellen Verhaltens [17]. Im Gegensatz zur primären Prävention befasst sich Sekundärprävention mit der Früherkennung weitestgehend symptomfreier Krankheitszustände im Rahmen von Früherkennungsuntersuchungen (z.B. Krebsfrüherkennungsuntersuchungen). Tertiärprävention strebt die Vermeidung bzw. Verlangsamung des Fortschreitens von Krankheitsfolgen an und zielt auch auf die Vermeidung von Komplikationen und Rückfällen. Insbesondere in der Primärprävention wird außerdem danach unterschieden, ob individuelles Verhalten (Verhaltensprävention z.B. die Ernährung) oder die Lebensverhältnisse (Verhältnisprävention z.B. in der Arbeitswelt) gezielt beeinflusst werden sollen bzw. wird gefragt, inwieweit beide Aspekte im Zuge einer Maßnahme integriert werden können [18].

Im vorliegenden Kapitel werden die Bereiche der Primärprävention (inkl. Gesundheitsförderung) und der Sekundärprävention hinsichtlich Angebot und Inanspruchnahme betrachtet, nicht aber der Bereich der Tertiärprävention.

6.2 Gesetzliche Grundlagen und Richtlinien

Präventionsorientierte Regelungen sind in zahlreichen Gesetzen und deren Ausführungsbestimmungen enthalten, u.a. im Sozialgesetzbuch (SGB). Die Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Prävention und Gesundheitsförderung sind u.a. in den §§ 20, 20a, 20b, 25 und 25a des Fünften Buches des SGB festgeschrieben (SGB V). Nach § 20 sollen die Krankenkassen für ihre Versicherten Leistungen zur primären Prävention erbringen, nach § 20a Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung und nach § 20b zur Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren. Dem Gesetz nach sollen die Leistungen zur Primärprävention grundsätzlich den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen. Im Gesetz ist außerdem vorgeschrieben, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) auf Bundesebene prioritäre Handlungsfelder und Kriterien insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalten und Methodik für die Leistungen der Krankenkassen zur Primärprävention und zur be-

trieblichen Gesundheitsförderung festlegt, die für die Leistungserbringung vor Ort verbindlich gelten. Die Handlungsfelder und Kriterien für die Leistungen der Krankenkassen in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung sind im Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes festgehalten [19]. Danach sollen die Leistungen einerseits allen Versicherten offen stehen und andererseits die Zugänge zu sozial benachteiligten Zielgruppen besonders unterstützen. Der Leitfaden Prävention berücksichtigt die Ansätze von verhältnis- und verhaltenspräventiven Interventionen. Mit diesen beiden Zugangswegen sollen insbesondere Personen mit sozial bedingt ungünstigeren Gesundheitschancen erreicht werden. Darüber hinaus sollen aber auch die unterschiedlichen Bedürfnisse berücksichtigt werden, die sich aufgrund geschlechtsspezifischer Unterschiede ergeben. Für die Umsetzung dieser Maßnahmen sollen die Kassen 2,94 € pro versicherter Person und Kalenderjahr ausgeben (Richtwert 2012) [20: S8]. Leistungen zur primären Prävention nach dem individuellen Ansatz werden gemäß dem Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes für die Handlungsfelder Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressmanagement und Suchtmittelkonsum angeboten. Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung konzentrieren sich auf die Handlungsfelder arbeitsbedingte körperliche Belastungen, Betriebsverpflegung, psychosoziale Belastungen (Stress) und Suchtmittelkonsum.

Maßnahmen der Krankenkassen zur betrieblichen Gesundheitsförderung wurden im Jahr 2007 mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz zu einer Pflichtleistung der Krankenkassen aufgewertet (§ 20a). Gemäß §§ 20a, 20b sollen die Krankenkassen die Unfallversicherungsträger bei der betrieblichen Gesundheitsförderung und bei der Verhütung arbeitsbedingter Erkrankungen unterstützen. Anders als im § 20 SGB V wird aber nicht festgelegt, welche Methoden und Instrumente zur Anwendung gelangen sollen. Der gesetzliche Handlungsspielraum kann demnach flexibel ausgestaltet und an die jeweilige betriebliche Situation angepasst werden.

Gemäß den Paragraphen 25 und 25a des SGB V haben derzeit alle gesetzlich Versicherten Anspruch auf Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten (Sekundärprävention). Diese umfas-

sen Gesundheitsuntersuchungen insbesondere zur Früherkennung von Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen, der Zuckerkrankheit sowie von bestimmten Krebserkrankungen, letztere zum Teil mittels organisierter Screening-Programme (siehe Abschnitt 6.3.2.2).

6.3 Analyse der Angebotsstruktur

Die Analyse der Angebotsstruktur bezieht sich, wie das gesamte Kapitel, auf die Bereiche der Primär- und Sekundärprävention sowie der betrieblichen Gesundheitsförderung. Insbesondere Leistungen zur Primärprävention sind nicht bestimmten Anbietergruppen vorbehalten, sondern können von unterschiedlichen Akteuren, zumeist Trägern und Leistungserbringern im Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereich, aber zunehmend auch kommerziellen Anbietern, wie z.B. Fitness-Studios, konzipiert und angeboten werden. Die Angebote sind entsprechend heterogen und können durch vorhandene Datenbestände nur ausschnittsweise abgebildet werden.

Für die Darstellung wurden die Daten großer Anbieter analysiert: der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) [20] und der Volkshochschulen (VHS) [21]. Darüber hinaus wurde die Projektdatenbank der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zu Angeboten und Maßnahmen der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung hinsichtlich geschlechtsspezifischer Angebote überprüft [22]. Als sekundärpräventive Angebote werden die Früherkennungsprogramme der GKV eingehender betrachtet. Im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung werden die gesetzlich verankerten Maßnahmen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger [23, 24] und Krankenkassen [20] analysiert sowie ausgewählte Initiativen anderer Akteure auf diesem Gebiet vorgestellt.

6.3.1 Analysekriterien

Aus Erkenntnissen der Forschung zu den Themenbereichen Geschlechtergerechtigkeit und Geschlechtersensibilität in der Gesundheitsversorgung und -forschung lassen sich Kriterien zur Beurteilung geschlechtersensibler Angebotsge-

staltung von Prävention und Gesundheitsförderung ableiten [z.B. 3, 25, 26–33]. Diese berücksichtigen geschlechtsspezifische Unterschiede im Verhalten und im Krankheitsgeschehen sowie Besonderheiten in der Kommunikation und der Ansprache. Zudem gibt es Richtlinien zur Vermeidung von Gender-Bias und die Kriterien guter Praxis der BZgA zur Herstellung gesundheitlicher Chancengleichheit. Diese Aspekte wurden für die Analyse der Angebotsstruktur beachtet. Der Ansatz des Gender Mainstreaming als Querschnittsanforderung und Qualitätsmerkmal nimmt dabei eine zentrale Rolle ein.

Für die Analyse der Angebotsstruktur wurden das Themenspektrum, die Angebotsformen, die Zahl der Angebote/Aktivitäten und die geschlechtsspezifische Ausrichtung geprüft. Unter Gender-Aspekten waren dabei die folgenden Fragen relevant:

- ▶ Werden Gleichstellungsziele formuliert?
- ▶ Gibt es Angebotskonzepte, die auf geschlechtsspezifische Differenzen Bezug nehmen?
- ▶ Wird innerhalb der Geschlechter nach bestimmten Zielgruppen unterschieden?
- ▶ Welche Zugangswege und Kommunikationsformen werden genutzt, um Männer bzw. Zielgruppen zu erreichen? Gibt es eine männerspezifische Form der Ansprache?
- ▶ Gibt es eine Dokumentation und Evaluation der Angebote und ist diese Berichterstattung geschlechtsspezifisch angelegt?
- ▶ Gibt es ggf. eine Strategie dazu, wie Maßnahmen bekannt gemacht und potenzielle Teilnehmer motiviert werden können (Multiplikatorenkonzept) und ist diese Strategie geschlechtsspezifisch ausgerichtet?

6.3.2 Angebote der Gesetzlichen Krankenversicherung

Die Krankenkassen bieten ihren Versicherten Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung an. Der Präventionsbericht des GKV-Spitzenverbandes und des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, im Folgenden Präventionsbericht genannt, informiert im jährlichen Turnus über die im Leitfaden Prävention festgehaltenen Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung in der primären Prä-

vention und der betrieblichen Gesundheitsförderung [20].

Die Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung im Bereich der Sekundärprävention werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) konkretisiert, dem obersten Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen. Der G-BA bestimmt in Form von Richtlinien den Leistungskatalog der GKV und legt damit fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV übernommen werden.

6.3.2.1 Angebote der Gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen der Primärprävention

Im Präventionsbericht 2013 (Berichtsjahr 2012) werden Angebote, Themenschwerpunkte, Inanspruchnahme, Kooperationen sowie weitere Aspekte gegliedert nach folgenden Interventionsansätzen dargestellt: betriebliche Gesundheitsförderung, Setting-Ansatz und individueller Ansatz. Der Bericht enthält nur wenige Angaben über die geschlechtsspezifische Konzipierung oder geschlechtersensible Zugangswege. Bezogen auf Primärprävention und Gesundheitsförderung nach dem Setting-Ansatz sind für das Berichtsjahr 2012 Maßnahmen nach Zielgruppen ausgewiesen. Diese können gleichermaßen an beide Geschlechter oder speziell an eines der beiden Geschlechter adressiert sein. 72 % der Maßnahmen im Setting-Ansatz waren an spezielle Zielgruppen adressiert [20: S56] (Mehrfachnennung möglich). Speziell für Männer wurden 17 bundesweite Projekte angegeben, das entspricht 2 % aller settingbezogenen Maßnahmen. Speziell für Frauen waren es 41 (das entspricht 5 % aller settingbezogenen Maßnahmen) [20: S57].

Auch für Maßnahmen im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung werden spezielle Zielgruppen ausgewiesen: dies betraf insgesamt 37 % der Projekte, 1 % (24 Mal angegeben) speziell für Männer, 3 % (55 Mal angegeben) speziell für Frauen [20: S40].

Darüber hinaus weist der Präventionsbericht 2013 keine geschlechtsspezifischen Angebotskonzepte aus. Gleichstellungsziele werden im Rah-

men des GKV-Präventionsleitfadens nicht konsequent formuliert und finden sich auch nicht in den Berichten wieder. Geschlecht ist ein Merkmal neben anderen, um besondere Zielgruppen anzusprechen. Als Querschnittskategorie bleibt Geschlecht als Merkmal bislang unberücksichtigt. Dies gilt in besonderer Weise für die Erfassungen im Handlungsfeld Setting und betriebliche Gesundheitsförderung. Durch die Art der Dokumentation werden geschlechterbezogene Aussagen zu den Aktivitäten in den Settings und im Bereich betriebliche Gesundheitsförderung zwar begrenzt möglich, innerhalb der Gruppe der Männer und der Frauen kann aber nicht nach weiteren Zielgruppen unterschieden werden (wie z.B. Arbeitslose, Ältere oder Väter). Somit bleiben die Aktivitäten in diesen beiden Handlungsfeldern einer geschlechterdifferenzierenden Angebotsanalyse weitgehend verschlossen.

Welche Zugangswege und Kommunikationsformen für die Angebote im Bereich der individuellen Maßnahmen genutzt werden, um die Zielgruppe der Männer zu erreichen, bleibt im jährlichen Bericht ebenfalls offen. Die Zahlen zur Inanspruchnahme primärpräventiver Maßnahmen (siehe dazu Abschnitt 6.4.1) zeigen aber einen deutlichen Entwicklungsbedarf auf, da Männer von diesen Angeboten weitaus seltener als Frauen erreicht werden. Teile des Präventionsberichtes weisen zudem in der Sprache eine Geschlechterblindheit auf: Im Sinne der Vermeidung von Gender Bias [vgl. 29] bleibt eine Differenzierung nach Geschlecht aus. Bis auf die Frage nach dem Geschlechterbezug der Maßnahmen ist die Dokumentation nicht geschlechtsspezifisch angelegt. Gleiches gilt für die Erfolgskontrollen, die unter anderem die Zufriedenheit der Zielgruppe mit der Intervention, die Akzeptanz und Zugänglichkeit für die Zielgruppe in den Setting-Aktivitäten [20: 67] und Aktivitäten im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung beleuchtet [20: S48].

6.3.2.2 Angebote der Gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen der Sekundärprävention

Im Bereich der Krankheitsfrüherkennung (Sekundärprävention) gibt es für verschiedene Erkrankungen Früherkennungsuntersuchungen,

Tabelle 6.1

Gesundheits- und Krebsfrüherkennungsuntersuchungen, die derzeit von der Gesetzlichen Krankenversicherung für Männer angeboten werden

Quelle: Gemeinsamer Bundesausschuss 2011 und 2012 [34–36]

Untersuchung	Zielgruppe	Untersuchungsintervall
Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten (Check-up)	Männer und Frauen ab 35 Jahren	alle zwei Jahre
Hautkrebsfrüherkennung	Männer und Frauen ab 35 Jahren	alle zwei Jahre
Früherkennung von Prostatakrebs	Männer ab 45 Jahren	jährlich
Darmkrebsfrüherkennung:		
chemischer Stuhlbluttest	Männer und Frauen 50 bis 54 Jahre	jährlich
Darmspiegelung (Koloskopie)		zwei Koloskopien im Abstand von 10 Jahren
oder alternativ	Männer und Frauen ab 55 Jahren	
chemischer Stuhlbluttest		alle zwei Jahre

die zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen gehören. Sie richten sich an spezifische Zielgruppen, in denen definierte Vorstufen oder frühe Stadien der jeweiligen Krankheit vermehrt vorkommen. Abgesehen von den geschlechtsspezifischen Krebserkrankungen (Gebärmutterhalskrebs, Brustkrebs, Prostatakrebs) richten sich die Angebote in unterschiedlichen Zeitintervallen an alle Versicherten der verschiedenen Altersgruppen. So können Männer und Frauen ab 35 Jahren alle zwei Jahre an der Gesundheitsuntersuchung, dem sogenannten Check-up, teilnehmen. Diese Untersuchung dient insbesondere der Früherkennung von Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie Diabetes mellitus und umfasst derzeit die folgenden Leistungen: Anamnese und Erfassung des Risikoprofils (z.B. Tabakkonsum und Übergewicht), eine körperliche Untersuchung einschließlich Blutdruckmessung sowie die Bestimmung bestimmter Parameter in Blut und Urin. In der Abschlussberatung informiert die Ärztin/der Arzt die/den Versicherte(n) über das Ergebnis der Gesundheitsuntersuchung und erörtert die möglichen Auswirkungen auf die weitere Lebensgestaltung und ggf. notwendige Behandlungsmaßnahmen.

Für gesetzlich versicherte Männer werden Krebsfrüherkennungsuntersuchungen der Haut (ab 35 Jahre alle zwei Jahre Inspektionen der Hautoberfläche mit bloßem Auge, wie bei Frau-

en), der Prostata (ab 45 Jahren jährliche Tastuntersuchung) und des Darms (von 50 bis 54 Jahren jährlicher chemischer Stuhlbluttest, wie bei Frauen) angeboten. Ab einem Alter von 55 Jahren besteht, wie bei Frauen, ein Anspruch auf eine Darmspiegelung oder alternativ einen chemischen Stuhlbluttest in bestimmten zeitlichen Abständen (siehe Tabelle 6.1).

6.3.3 Angebote der Volkshochschulen

Die Volkshochschulen verfügten im Jahr 2012 bundesweit über 924 Einrichtungen, die 190.233 Gesundheitskurse angeboten haben, die von mehr als 2,3 Millionen Teilnehmenden besucht wurden [21]. Damit zählen Volkshochschulen zu den größten Anbietern von Gesundheitskursen in Deutschland. Als bundesweit organisierte Bildungseinrichtung kommt ihr eine hohe Bedeutung in der Bildungsarbeit für Erwachsene zu, die sich neben dem Themenbereich »Gesundheit« auch auf die Bereiche »Politik/Gesellschaft/Umwelt«, »Kultur/Gestalten«, »Sprachen«, »Arbeit/Beruf« und »Grundbildung/Schulabschlüsse« bezieht. In der jährlich erscheinenden VHS-Statistik wird die Angebotsstruktur wie auch die Inanspruchnahme der Maßnahmen zusammengestellt. Für einige Merkmale werden Entwicklungsverläufe aufgezeigt, außerdem werden

Strukturdaten (Personal, Finanzierung), Kooperationen, Programmbereiche und Veranstaltungsformen benannt.

Insgesamt boten die Volkshochschulen im Berichtsjahr 2012 572.599 Kurse an. Gut ein Drittel der Kursangebote lag im Bereich »Gesundheit«. Neben allgemein angebotenen Veranstaltungen gab es zielgruppenspezifische Angebote für »Besondere Adressaten«, zu denen seit dem Berichtsjahr 2009 Ältere, Analphabeten und Analphabetinnen, Arbeitslose, Ausländer und Ausländerinnen, Menschen mit Behinderung, Frauen, Männer sowie Kinder und Jugendliche gehören. 17,1 % des gesamten Kursangebots richteten sich an »Besondere Adressaten«, davon 21,6 % im Bereich Gesundheit. Von diesen waren 10,1 % speziell an Männer adressierte Gesundheitsangebote.

Mit den Angaben aus der VHS-Statistik sind die Gesundheitsangebote auf die meisten inhaltlichen Kriterien für »Männerspezifität« nicht überprüfbar. Das Männergesundheitsangebot ist thematisch nicht weiter differenziert, so dass nicht bekannt ist, ob Themen wie Yoga oder Körpererfahrung, die im allgemeinen Gesundheitsangebot vertreten sind, auch exklusiv für Männer angeboten werden. Gleichstellungsziele, präzise eingegrenzte Zielgruppen oder differenzierte Hinweise auf geschlechtersensible Inhalte werden nicht gegeben. Eine systematische Evaluation der Angebote fehlt ebenfalls, so dass Aussagen über die Qualität aus Sicht der Zielgruppen nicht vorliegen.

6.3.4 Angebote und Maßnahmen der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung

Im Jahr 2003 wurde von der BZgA und den Landesvereinigungen für Gesundheit der Kooperationsverbund »Gesundheitliche Chancengleichheit« (vormals »Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten«) initiiert. Dieser hat zum Ziel, das unübersichtliche Handlungsfeld der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung transparenter zu machen, den Austausch über angemessene Strategien zu verstärken und die Qualität der Angebote zu verbessern. Über die Praxisdatenbank »Gesundheitliche Chancengleichheit« (www.gesundheitliche-chancengleichheit.de) wird

ein Überblick über Praxisprojekte der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung in Deutschland gegeben. Die Beschreibungen dieser Projekte werden von den Trägern der Projekte mittels eines vorgegebenen Erfassungsbogens selbst erstellt. Dabei werden Angaben zum Thema, zum Handlungsfeld/Setting, der Laufzeit sowie der Ziel- und Altersgruppen des Projektes/der Maßnahme erfasst. Es wird auch erfragt, inwieweit im Projekt geschlechtsspezifische Angebote erfolgen. Die Darstellung der Geschlechtsspezifität ist aber nur ein Aspekt neben anderen. Die Projektbeschreibungen sind knapp gehalten und fallen sehr heterogen aus.

Derzeit finden sich geschlechtsspezifische Angebote für Männer zu Themen, welche die Lebens- und Arbeitsbedingungen und die Lebensweise bzw. das individuelle Gesundheitshandeln betreffen, aber auch für verschiedene soziale und gemeindebezogene Netzwerke, z.B. Selbsthilfegruppen. In der Datenbank finden sich jungen-/männerspezifische Projekte zur Sexualaufklärung und -pädagogik, HIV/AIDS-Prävention, Gewaltprävention, Sucht, Ehe- und Lebensberatung, Stressbewältigung oder Elternberatung, aber auch Projekte für Wohnungslose oder Jungen/Männer mit Migrationshintergrund. Worin die Geschlechtsspezifität im Einzelnen besteht, wird allerdings bei nur sehr wenigen Projekten beschrieben.

Als Schwerpunktthema der Praxisdatenbank wird u.a. die Gesundheitsförderung von Arbeitslosen genannt. Dazu ist anzumerken, dass Informationen und Praxisbeispiele in der Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen wenig geschlechtsspezifisch angelegt sind, obwohl in anderen Handlungsfeldern Geschlechterfragen auch explizit bearbeitet werden. Hier dürfte die Praxisdatenbank den Stand der Praxis realistisch wiedergeben, die in einigen Handlungsfeldern nur selten eine Geschlechtsspezifität aufweist.

Eine systematische Berücksichtigung einer geschlechtersensiblen Projektdokumentation könnte sinnvoll sein. Allerdings liegt der Fokus der Praxisdatenbank explizit bei sozial Benachteiligten.

Wesentlich ausführlicher sind die Projektbeschreibungen zu den Beispielen guter Praxis (Good-Practice). Diese Projekte erfüllen die dazu vom beratenden Arbeitskreis des Kooperationsverbundes aufgestellten Kriterien. Derzeit (Stand:

03.02.2014) erfüllen 116 der insgesamt 2.091 Projekte die Good-Practice-Kriterien. Unter dem Stichpunkt »Ziele und Zielgruppen« werden Aussagen zur geschlechtsspezifischen Ausrichtung der Projekte gemacht und erlauben somit auch eine gute Vergleichbarkeit. Seit Anfang 2012 ergänzt das Männergesundheitsportal (www.maennergesundheitsportal.de) die Angebotsstruktur der BZgA [37] (siehe Abschnitt 6.6.2 Anforderungen an eine männergerechte Gesundheitskommunikation).

6.4 Analyse der Inanspruchnahme

Bei der Analyse der Inanspruchnahme präventiver Angebote durch Männer müssen die verschiedenen personen- und angebotsspezifischen Merkmale, die eine Teilnahme fördern oder eher hemmend wirken, mitbetrachtet werden. Deswegen ist auch der Einfluss von Faktoren wie Sozialstatus, Alter, Präventionsthema oder gesundheitsbezogenen Einstellungen zu beachten. Ergänzend zu den Daten der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Volkshochschulen werden für eine detailliertere Betrachtung der Inanspruchnahme auch die Daten der deutschlandweiten Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2009« (GEDA 2009) einbezogen [38].

6.4.1 Inanspruchnahme primärpräventiver Angebote der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Volkshochschulen

Das Kursangebot (individueller Ansatz) der Krankenkassen, das sich gemäß des Präventionsleitfadens der GKV auf die vier Handlungsfelder Ernährung, Bewegung, Stressreduktion und Suchtmittelkonsum erstreckt, zeigt deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede in der Inanspruchnahme durch GKV-Versicherte. Nach Angaben aus dem Präventionsbericht 2013 waren insgesamt 19,9 % der Teilnehmenden Männer [20: S74]. Die Inanspruchnahme von Kursen in allen vier Handlungsfeldern ist bei Männern geringer als bei Frauen. Besonders niedrig fällt der Männeranteil in den Kursen zu Stressbewältigung (16,0 %), Ernährung (19,6 %) und Bewegung (30,0 %) aus. Etwas höher liegt er im Bereich Suchtmittelkon-

sum (44,0 %), was aber bezogen auf alle männlichen Kursteilnehmer individueller Angebote ($n=266.552$) nur einen Anteil von 1,9 % ergibt. Die Mehrzahl der Männer (72,7 %) entschied sich für Bewegungsangebote. Die Ungleichverteilung zwischen Männern und Frauen zeigt sich auch in den absoluten Zahlen der Kursteilnahme. Hier wird deutlich, dass im Verhältnis zur Gesamtzahl der GKV-Versicherten (Stand 01.07.2012: rund 28,3 Millionen Männer und 32,5 Millionen Frauen ab 15 Jahren) nur sehr wenige Frauen (3,3 %) und noch deutlich weniger Männer (0,9 %) überhaupt von Kursangeboten erreicht werden.

Die Inanspruchnahme der Angebote von Prävention und Gesundheitsförderung durch Männer in Settings oder im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung kann nicht auf gleiche Art und Weise abgeleitet werden wie die aktive Inanspruchnahme der individuellen Angebote. Im Unterschied zu den individuellen Angeboten erfolgt die Ansprache der Zielgruppe über ein Projekt und wird durch einen Träger gelenkt (z.B. die Auswahl der Settings durch die Krankenkassen). Die Zahlen zu direkt und indirekt erreichten Personen in den Settings oder in den Betrieben werden als Erreichungsgrad ausgewiesen. Registriert werden nicht Anmeldungen oder Teilnahmen, sondern die Zahl an Personen, die der Zielgruppe der betreffenden Maßnahmen angehören. Die Erreichungsgrade resultieren dabei aus Schätzungen der Krankenkassen auf Grundlage der Dokumentationsbögen, zu den in den Settings oder Betrieben erreichten Personen [vgl. 20].

Der Erreichungsgrad in den Handlungsfeldern Setting und betriebliche Gesundheitsförderung ist für Männer und Frauen unterschiedlich. Im Vergleich zum individuellen Ansatz liegt der Anteil erreichter Männer bei Setting-Ansätzen sowie in der betrieblichen Gesundheitsförderung höher (siehe Tabelle 6.2). Auch bei diesen eher aufsuchenden Angeboten könnte die Erreichbarkeit von Männern noch verbessert werden. Allerdings ist der Erreichungsgrad nicht mit einer geschlechtsbezogenen Differenzierung in den Aktivitäten und Handlungsstrategien gleichzusetzen. Der höhere Erreichungsgrad im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung erklärt sich in Teilen durch die Tatsache, dass die Beschäftigten in den betreffenden Betrieben überwiegend aus dem verarbeitenden Gewerbe kommen und

Tabelle 6.2

Durch verschiedene Präventionsansätze der Gesetzlichen Krankenversicherung direkt erreichte Personen

Quelle: Präventionsbericht 2013, Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V., GKV-Spitzenverband [20: S31]

	Setting-Ansatz (Schätzzahlen)		Individueller Ansatz		Betriebliche Gesundheitsförderung (Schätzzahlen)		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Männer	1.185.583	47%	267.377	20%	552.038	62%	2.004.997	42%
Frauen	1.336.933	53%	1.074.245	80%	339.314	38%	2.750.493	58%
Gesamt	2.522.516	100%	1.341.622	100%	891.352	100%	4.755.490	100%

damit einem üblicherweise eher männlichen Tätigkeitsfeld entstammen.

Auch bei dem gesundheitsbezogenen Kursangebot der Volkshochschulen waren Männer im Jahr 2012 mit 14,4 % der Teilnehmenden deutlich unterproportional vertreten [21]. Dieser Anteil hat sich in den letzten Jahren wenig verändert. Die Inanspruchnahme nach Alter ist in der VHS-Statistik nicht geschlechtsspezifisch ausgewiesen. Auch liegen keine Angaben zur altersspezifischen Inanspruchnahme der Gesundheitskurse vor, die sich speziell an die Zielgruppe der Männer richteten.

6.4.1.1 Determinanten der Inanspruchnahme primärpräventiver Angebote

Empirische Untersuchungen belegen, dass Gesundheit und Gesundheitsverhalten eines Menschen stark von der Lebenslage beeinflusst werden [39–41]. Dabei sind Einkommen, schulische/berufliche Ausbildung, und berufliche Stellung wichtige Dimensionen. Studienergebnisse belegen, dass die Gesundheitschancen in Abhängigkeit von der Lebenslage in der Bevölkerung ungleich verteilt sind. Demnach besteht in Deutschland sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen [40, 42, 43]. Daher sollen die Leistungen der Krankenkassen zur Primärprävention neben der Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes insbesondere auch die sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen vermindern.

Aus bevölkerungsbezogenen Erhebungen ist bekannt, dass eine wachsende Zahl von Menschen in Deutschland bestehende präventive Angebote

in Anspruch nimmt. Allerdings wird weiterhin nur ein Teil der Bevölkerung erreicht. Alter, Geschlecht, Bildungsniveau, Partnerschaft, Kinder, Gesundheitszustand und Inanspruchnahme der hausärztlichen Versorgung gelten als Determinanten, welche eine Inanspruchnahme beeinflussen können [44–46]. Mit den Daten der bundesweiten telefonischen Gesundheitsbefragung »Gesundheit in Deutschland aktuell 2009« (GEDA 2009) des Robert Koch-Instituts können Aussagen zur Inanspruchnahme primärpräventiver Maßnahmen zur Verhaltensänderung auch hinsichtlich verschiedener Dimensionen der Lebenslage bei Männern gemacht werden [47]. Danach zeigt sich, dass Männer der unteren Bildungsgruppe Präventionsmaßnahmen weniger häufig wahrnehmen als Männer mit hoher Bildung. Es besteht demnach sozial bedingte Ungleichheit bei der Inanspruchnahme primärpräventiver Leistungen innerhalb der Gruppe der Männer und der vom Gesetzgeber festgehaltene Auftrag zum Abbau der sozialen Unterschiede bei den Gesundheitschancen scheint nicht bzw. nicht hinreichend erfüllt zu werden.

Soziale Ungleichheit, gemessen an verschiedenen Indikatoren, wie z.B. Wissen, Geld und Macht, führt zu unterschiedlicher gesundheitlicher Beanspruchung als Bilanz aus verschiedenen Belastungen und Ressourcen. Daraus ergeben sich wiederum Unterschiede hinsichtlich gesundheitsrelevanter Lebensstile und auch Unterschiede im Zugang zu gesundheitlicher Versorgung [48–50]. Bestehenden Geschlechterunterschieden, aber auch bestehenden sozialen Unterschieden innerhalb der Gruppe der Männer hinsichtlich Gesundheit, Krankheit und Lebensbedingungen wird bei

der Konzeption der Angebote von primärpräventiven Maßnahmen bisher zu wenig Rechnung getragen [51], worauf auch die Daten zur Inanspruchnahme hinweisen.

6.4.2 Inanspruchnahme von Angeboten im Rahmen der Sekundärprävention

Informationen zur Inanspruchnahme der angebotenen Maßnahmen zur Früherkennung von Krebserkrankungen und weiteren Krankheiten (Check-up) lassen sich aus Abrechnungsdaten der Krankenkassen gewinnen. Das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (ZI) schätzt auf Basis der abgerechneten Leistungen, in welchem Maße die Anspruchsberechtigten zur Teilnahme an den Programmen bereit sind (siehe Tabelle 6.3). Bei Untersuchungen, die beiden Geschlechtern angeboten werden, ist die Teilnehmerate der Männer insgesamt nur etwas geringer als die der Frauen. Am auffälligsten ist dabei aber der Unterschied bei der Untersuchung auf okkultes Blut im Stuhl. Diese Differenz ergibt sich vor allem aus

den Unterschieden in der Inanspruchnahme dieser Untersuchung im Alter bis 70 Jahre.

6.4.2.1 Determinanten der Inanspruchnahme sekundärpräventiver Leistungen

Für Männer kann in verschiedenen Studien eine kontinuierliche Zunahme der Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (KFU) mit dem Alter gezeigt werden [54, 55]. Für Frauen zeigt sich hingegen eine Abnahme [55]. Die Ergebnisse des Alterseffektes lassen sich mit den Daten des ZI allerdings nur für die Altersgruppen bis 69 Jahre belegen (siehe Tabelle 6.3). Im Gegensatz zu Frauen, die z.B. Gynäkologinnen und Gynäkologen im Rahmen von Verhütung und Familienplanung regelmäßig aufsuchen, haben Männer keinen Anlass, ohne Symptome regelmäßig einen Arzt oder eine Ärztin aufzusuchen [56]. Da die Krebsfrüherkennung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung stattfindet, werden Männer demnach im jüngeren Alter nicht so gut erreicht. Mit der Zunahme von Beschwerden mit steigen-

Tabelle 6.3

Teilnahme an gesetzlichen Früherkennungsuntersuchungen (in Prozent der Anspruchsberechtigten)

Quelle: Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung [52, 53]

Zeitraum	Check-up ¹⁾		Hautkrebs-Früherkennung		Schnelltest auf okkultes Blut im Stuhl ²⁾		Darmspiegelung ³⁾	
	2010–2011	2010–2011	2010–2011	2010–2011	2010–2011	2010–2011	2003–2011	2003–2011
Altersgruppe (in Jahren)	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
35–39	31,9	39,7	25,4	34,9				
40–44	38,0	44,8	27,3	35,7				
45–49	39,4	44,2	26,5	31,6				
50–54	42,1	45,8	27,3	31,2	17,0	41,4		
55–59	46,6	50,1	31,2	34,2	21,1	36,8	10,1	11,8
60–64	47,1	48,9	33,5	34,5	22,5	32,0	20,5	23,7
65–69	63,4	63,9	50,5	47,0	35,4	45,8	25,8	28,1
70–74	53,8	53,9	40,4	35,4	27,3	31,3	23,2	23,3
75–79	49,0	48,5	35,9	29,8	24,6	24,3	17,9	15,9
80 und älter	43,9	40,9	30,4	23,5	17,6	10,8	9,5	5,9
Gesamt	44,7	47,6	31,9	33,3	23,2	31,1	17,9	17,4

1) zweijähriges Intervall (unter Berücksichtigung der Vorjahresteilnahme)

2) Für die 50- bis 54-Jährigen: nur jährliches Intervall

3) kumulierte Betrachtung (unter Berücksichtigung zwischenzeitlich erwarteter Sterbefälle)

dem Alter kommt es zu häufigeren Arztkontakten. Damit erhöht sich auch die Wahrscheinlichkeit der Teilnahme an einer Krebsfrüherkennung bei Männern [44, 56].

Außerdem konnte die ärztliche Empfehlung zur Teilnahme an KFU als wichtige Einflussgröße für die Inanspruchnahme bei Männern ermittelt werden [54]. Ärzte und Ärztinnen gelten zudem als wichtigste Vermittlerquelle von Informationen, wenn gefragt wird, wie Männer (und Frauen) auf das Angebot von KFU aufmerksam wurden [55, 57]. Auch eine regelmäßige Teilnahme am Check-up konnte als relevanter Faktor für die Inanspruchnahme von KFU ermittelt werden. Das kann als Ausdruck gesundheitsbewussten Verhaltens gelten. Außerdem nehmen Männer der oberen Bildungsgruppe die Angebote der KFU häufiger wahr als Männer mit einem niedrigen Bildungsniveau [45, 46, 55]. Als Gründe werden Unterschiede im Gesundheitswissen sowie in der Nutzung und Umsetzung gesundheitsrelevanter Informationen gesehen [58, 59].

Ein weiterer Aspekt ist, dass die Untersuchungen zur KFU neben dem Nutzen auch Risiken mit sich bringen können. Zu nennen sind hier z.B. falsch-positive Diagnosen mit der sich anschließenden (unnötigen) weiteren Diagnostik und den damit einhergehenden Belastungen für die Betroffenen. Da sich das Krebsfrüherkennungsangebot der Gesetzlichen Krankenversicherung an beschwerdefreie Männer (und Frauen) richtet, müssen sie zu diesem Zeitpunkt den Nutzen und das Risiko z.B. von falsch-positiven Diagnosen gegeneinander abwägen, um sich dann für oder gegen eine Teilnahme an der jeweiligen Krebsfrüherkennungsuntersuchung zu entscheiden. Damit eine informierte Entscheidung zustande kommt, sind objektive und verständliche Informationen über potenzielle Vor- und Nachteile der jeweiligen Untersuchung für die jeweilige Zielgruppe nötig. Das kann ein Weg sein, um die Teilnehmeraten an KFU vor allem auch bei den Männern zu erhöhen [54, 60].

Der aktuelle Nationale Krebsplan berücksichtigt, dass die Inanspruchnahme von Früherkennungsmaßnahmen in der Bevölkerung unterschiedlich verteilt ist und formuliert für Leistungsanbieter und Anspruchsberechtigte Handlungsfelder [61]. Dazu zählen die Zugänglichkeit und Zielgruppenspezifität von Informa-

tionen, die Struktur und Organisation der Untersuchungen sowie die persönlichen Einstellungen zur Krebsfrüherkennung. Im Handlungsfeld 1 des Nationalen Krebsplans wird eine gesteigerte informierte Inanspruchnahme der Krebsfrüherkennungsprogramme der gesetzlichen Krankenkassen festgehalten. Im April 2013 ist das Gesetz zur Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung und zur Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister (Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz) in Kraft getreten. Damit sind die Voraussetzungen geschaffen worden, die Strukturen, die Reichweite sowie die Wirksamkeit und die Qualität der bestehenden KFU nachhaltig zu verbessern. So wird es u.a. persönliche Einladungen zur Krebsfrüherkennung bestimmter Krebserkrankungen geben (Gebärmutterhalskrebs und Darmkrebs) und auch die Informationen über KFU werden verbessert. Inwieweit diese Maßnahmen geschlechtsspezifisch ausgerichtet werden, bleibt abzuwarten.

Die BZgA hat aufbauend auf dem aktuellen Forschungsstand, umfangreichen Studien, Expertenmeinungen und Nutzertestungen ein geschlechtsspezifisches Themenmodul »Darmkrebsfrüherkennung« entwickelt, welches auf den Seiten des Männergesundheitsportals (www.maennergesundheitsportal.de) abrufbar ist (siehe auch Abschnitt 6.6.2 Anforderungen an eine männergerechte Gesundheitskommunikation). Ziel ist es, eine qualitätsvolle Informationsgrundlage zur Verfügung zu stellen, die eine informierte Entscheidung unterstützt. Das Modul enthält Informationen über die Erkrankung Darmkrebs, über den gesetzlichen Anspruch auf Früherkennungsuntersuchungen sowie über Nutzen und Risiken.

6.5 Präventive Maßnahmen im Bereich Arbeitswelt

Im Kapitel 4 (Arbeit und Gesundheit) dieses Berichts wurden die geschlechtsspezifische Segregation des Arbeitsmarktes und die damit verbundenen gesundheitlichen Konsequenzen beschrieben. Im Folgenden werden daher exemplarisch Beispiele von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung im Bereich der Arbeitswelt hinsichtlich ihrer geschlechtsspezifischen Ausrichtung untersucht.

6.5.1 Maßnahmen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger

Die Ausgaben der 35 gesetzlichen Unfallversicherungsträger [62] für Prävention beliefen sich im Jahr 2012 insgesamt auf ca. 1.077 Millionen Euro [63]. Mehr als die Hälfte davon (632,5 Millionen Euro) entfielen auf Personal- und Sachkosten der Prävention, 123,4 Millionen Euro auf Aus- und Fortbildung, 126,0 Millionen Euro auf Zahlungen an die Verbände für Prävention. Die weiteren aufgeschlüsselten Kosten umfassen arbeitsmedizinische Dienste (50,3 Millionen Euro), Sicherheitstechnische Dienste (15,6 Millionen Euro), Erste Hilfe (38,8 Millionen Euro) sowie sonstige Kosten der Prävention (88,3 Millionen Euro). Dabei werden nur die Steuerungskosten in der Statistik erfasst. Das sind Kosten, die für die Einleitung von Präventionsmaßnahmen anfallen. Die Durchführungskosten, die von den Arbeitgebern aufgebracht werden, sind jedoch nicht statistisch erfasst, obwohl sie um ein Vielfaches höher liegen dürften als die erfassten Kosten bei den Unfallversicherungsträgern.

Aufgeschlüsselt auf erreichte Unternehmen und ausgebildete Personen wurden im Jahr 2012 folgende Leistungen erbracht [24]: 257.000 Unternehmen wurden durch die technischen Aufsichtsdienste der Unfallversicherungen besichtigt, dabei gab es in rund 912.000 Fällen Anlass zu Beanstandungen. Mehr als 350.000 Personen nahmen an Aus- und Fortbildungsveranstaltungen zur Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit teil. In Betrieben und Einrichtungen gab es im Jahr 2012 etwa 510.000 Sicherheitsbeauftragte, gut 72.000 Fachkräfte für Arbeitssicherheit und 1,4 Millionen in Erster Hilfe unterwiesene Personen.

Die Leistungen im Präventionsbereich werden allerdings nicht nach Geschlecht aufgliedert, weder in der Regelstatistik der gesetzlichen Unfallversicherungen, noch in den jährlich erscheinenden Berichten zur Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales und der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Dies betrifft sowohl die Beschäftigten der Unfallversicherungsträger, der Gewerbeaufsicht in den Ländern als auch die Teilnehmenden der Aus- und Weiterbildungskurse.

In einer geschlechtersensiblen Analyse des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, einem Unfallversicherungsträger mit einem hohen Anteil von weiblichen Beschäftigten, lag der Anteil der männlichen Teilnehmenden an den Fortbildungsseminaren zur Fachkraft für Arbeitssicherheit im Jahr 2006 bei 51 %. Dieser Anteil war damit mehr als doppelt so hoch wie die Beschäftigungsquote von Männern in diesem Bereich (25 %) [64]. Bei den Fachkräften für Arbeitssicherheit stehen mehrheitlich weiblichen Beschäftigten in diesem Bereich meist männliche Fachkräfte für Arbeitssicherheit gegenüber, weil für die Funktion der Fachkraft für Arbeitssicherheit das Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG) eine technische Ausbildung mit Meisterabschluss oder Ingenieurstudium verlangt.

6.5.2 Ausgewählte Beispiele präventiver Maßnahmen anderer Akteure und Initiativen

Neben den gesetzlich verankerten Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung im Bereich der Arbeitswelt gibt es Initiativen anderer Träger, die sich diesem Thema widmen. Insbesondere auf nationaler Ebene sind hier seit Beginn des Jahrtausends neue Formen der Kooperation und Vernetzung im Bereich des Arbeitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung entstanden. Aber auch diese weisen in ihrer Ausrichtung meist keine hohe Geschlechtsspezifität auf. Deshalb werden hier exemplarisch einige geschlechtsspezifische Initiativen und Kooperationsverbände vorgestellt.

6.5.2.1 Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA)

Eine der größten Initiativen im Bereich Arbeitswelt ist nach wie vor die Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) aus dem Jahr 2002. Darin sind Bund, Länder, Verbände und Institutionen der Wirtschaft, der Bundesagentur für Arbeit, Unternehmen, Sozialversicherungsträger und Stiftungen vernetzt und erarbeiten praktische Lösungsvorschläge für eine sichere, gesunde und wettbewerbsfähige Arbeitswelt [65]. Die Organisa-

tion des Wissenstransfers zu relevanten Themen, die Förderung innovativer Projekte und die Identifizierung und Verbreitung von Beispielen guter Praxis stehen dabei im Mittelpunkt der Aufgaben. Der Fokus der Initiative liegt auf den vier Handlungsfeldern Personalführung, Chancengleichheit und Diversity, Gesundheit sowie Wissen und Kompetenz. Informationen dazu können auf der Internetplattform (www.inqa.de) abgerufen werden. Unter dem Stichwort »Gute Praxis« werden konkrete Beispiele betrieblicher Maßnahmen für mehr Arbeitsqualität, aber auch Handlungshilfen und Publikationen angeboten. Unter den bereitgestellten Publikationen findet sich keine explizit männerspezifische. Bei den angebotenen Handlungshilfen greifen lediglich zwei das Thema Geschlecht auf: Das Tool »Online-Diversity« behandelt die Vielfalt der Belegschaften unter dem Stichwort Diversity Management in Bezug auf Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund sowie die Integration von Menschen mit Tätigkeitseinschränkungen [66]. Eine weitere Handlungshilfe stellt verschiedene Instrumente zur Altersstrukturanalyse vor, um sich dem Thema demografischer Wandel auf Unternehmensebene zu nähern. Geschlecht ist dabei eine zu berücksichtigende Kategorie [67].

Unter den eingetragenen Projekten findet sich nur ein Beispiel, welches die Kategorie Geschlecht ausdrücklich erwähnt, und den Handlungsfeldern Chancengleichheit und Diversity, Personalführung zugeordnet ist. Bei diesem Beispiel guter Praxis wird die Umstellung auf eine prozessorientierte Unternehmensstruktur vorgestellt. Vor dem Hintergrund der Herausforderungen des demografischen Wandels sollen die Fähigkeiten jedes Einzelnen, unabhängig von Alter, Geschlecht, Nationalität, Religion oder politischer Anschauung, berücksichtigt werden [68].

6.5.2.2 Initiative Gesundheit und Arbeit (iga)

Ebenfalls 2002 wurde die Initiative Gesundheit und Arbeit (iga) zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Kranken- und Unfallversicherungen im Bereich von Gesundheit im Arbeitsleben initiiert. Im Rahmen der Initiative sollen gemeinsame Präventions- und Interventionsansätze der Gesetzlichen Kranken- und Un-

fallversicherung in Projekten weiterentwickelt werden. Neben der Zusammenführung unterschiedlicher Ansätze spielt die Durchführung von Modellprojekten und die Entwicklung von Methoden eine wesentliche Rolle [69]. In den bislang 23 veröffentlichten iga-Reporten wurde nicht auf geschlechtsspezifische Fragestellungen fokussiert. Im Rahmen eines Fachgesprächs zwischen Präventionsexperten aus Unternehmen, Unfall- und Krankenversicherungen (2011) wurden jedoch Fragen der Erreichbarkeit und des Einbezugs von unterschiedlichen Zielgruppen, unter anderem von Männern, intensiv diskutiert [70].

6.5.2.3 Kampagne »Unternehmen unternehmen Gesundheit«

Als Teil der Kampagne »Unternehmen unternehmen Gesundheit«, die Ende 2010 vom Bundesministerium für Gesundheit gestartet wurde, stellt eine Projektdatenbank auf der Homepage des Ministeriums ebenfalls Beispiele guter Praxis der Gesetzlichen Krankenversicherung vor [71]. Die Datenbank (Stand: 03.02.2014) enthält auch ein männerspezifisches Beispiel für kassengetragene betriebliche Präventionsangebote: Im Bereich Ernährung findet sich ein Projekt, das sich gezielt an Männer bzw. Frauen richtet und die Teilnehmer geschlechtsspezifisch über Ernährung informiert. Dabei wird ein Restauranttraining und ein Einkaufscoaching angeboten.

6.5.2.4 Projekte der Gewerkschaften

Über die genannten sektorübergreifenden Initiativen hinaus existieren im Bereich des Arbeitsschutzes und des betrieblichen Gesundheitsmanagements zahlreiche Projekte und Schwerpunkte der Arbeitgeberverbände, der Handelskammern sowie der Gewerkschaften. Abgesehen von einigen frauenspezifischen Ansätzen auf Seiten der Gewerkschaften, weist die Mehrheit keine Geschlechtersensibilität auf. Zwei Projekte bilden hierbei die Ausnahme: ein Projekt der Hans-Böckler-Stiftung mit der Industriegewerkschaft Bergbau, Chemie, Energie (IG BCE) zur betrieblichen Gesundheitsförderung für Männer und Frauen am Beispiel Stress [72] sowie ein weiteres mit der Gewerk-

schaft ver.di zu Geschlechterrollen und psychischen Belastungen in der Arbeitswelt [73].

Das zentrale Ziel des dreijährigen Forschungsvorhabens mit der Gewerkschaft IG BCE war die Entwicklung von Maßnahmen zur geschlechter-sensiblen Gesundheitsförderung sowie deren Erprobung. Dazu wurden qualitative Fallstudien in drei Modellbetrieben mit geschlechtergemischter Belegschaft durchgeführt, in denen bereits Aktivitäten zur betrieblichen Gesundheitsförderung etabliert waren. Zwei Betriebe stammten aus der Chemieindustrie und einer aus dem Bereich der Energiewirtschaft. Im Rahmen einer Bestandsaufnahme wurden geschlechtsspezifische Belastungssituationen ermittelt sowie Maßnahmen erarbeitet und umgesetzt. Die Ergebnisse in den drei Modellbetrieben wiesen allerdings nur für wenige Bereiche geschlechtsspezifische Handlungsbedarfe auf.

Im Projekt zu Geschlechterrollen und psychischen Belastungen mit der Gewerkschaft ver.di [73] wurden in drei Projektbetrieben über Einzelinterviews und Gruppendiskussionen branchen- und betriebsspezifische Beispiele für den Zusammenhang von psychischen Belastungen und Geschlechterrollen ermittelt. Die beteiligten Akteure kommen zu dem Ergebnis, dass geschlechtsspezifische psychische Belastungen in den Betrieben zuvor wenig Beachtung gefunden haben und weitgehend nicht unter Genderaspekten, sondern individuell behandelt werden. Es wird angeregt, dass Maßnahmen in diesem Bereich das Verständnis von Geschlechterrollen unter Männern und Frauen erweitern helfen sollten, um geschlechtsspezifische Belastungen auf diese Weise zu reduzieren, nicht erkannte Belastungen ausreichend zu berücksichtigen und »untypische« Ressourcen zu erschließen. Als Fazit wird die Integration von genderrelevanten Fragestellungen in die Routinen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes gefordert.

6.6 Kriterien und Ansatzpunkte für die Gestaltung einer männergerechten Angebotsstruktur in der Prävention und Gesundheitsförderung

6.6.1 Grundlagen einer geschlechtergerechten Politik und Versorgungspraxis

Das Madrid-Statement der Weltgesundheitsorganisation (WHO) [74] führte im Jahr 2001 die Geschlechterperspektive in das Gesundheitswesen ein. In dieser Erklärung wird das sozial definierte Geschlecht (*gender*) als Faktor benannt, der mit biologischen und sozialen Faktoren in Richtung einer Verbesserung oder Verschlechterung von Gesundheitschancen zusammenwirkt. Die sich daran anschließende Frage der Geschlechtergerechtigkeit in den Gesundheitssystemen wurde in einem weiteren Papier der WHO in jüngerer Zeit thematisiert [5].

Dennoch sind die geschlechtsspezifischen Unterschiede in gesundheitlichen Belangen bisher wenig systematisch in die Versorgungspraxis, zu der auch Prävention und Gesundheitsförderung gehören, und die Versorgungsforschung eingeflossen [28, 32]. Geschlechtsspezifisch erschöpft sich häufig in einem statistischen Vergleich von Männern und Frauen oder in der Betonung biologischer Unterschiede. Soziokulturelle Faktoren, wie Unterschiede im Umgang mit Körperprozessen und deren Deutung, oder verschiedene Arten, Gesundheits- und Krankheitsthemen zu besprechen, werden nicht konsequent berücksichtigt. Auch gesellschaftliche Rahmenbedingungen, welche die Gesundheit beeinflussen (wie z.B. unterschiedliche Belastungen durch Erwerbsarbeit), werden selten unter Genderaspekten betrachtet [28]. Forschungsansätze, die dies berücksichtigen, sind für die Ausgestaltung einer zukünftigen geschlechtergerechten Versorgung inkl. Prävention und Gesundheitsförderung von zentraler Bedeutung.

Die Notwendigkeit einer geschlechtsspezifischen Herangehensweise ist in der Praxis von Prävention und Gesundheitsförderung stets zu überprüfen und schließt alle Phasen von der Projektplanung, -durchführung, -evaluation bis hin zur -berichterstattung ein. In Bereichen, in denen sich die Bedürfnisse von Männern und Frauen gleichen, sollten die gleichen Angebote gemacht

werden (horizontale Chancengleichheit) [75]. Dort, wo sich die Bedürfnisse unterscheiden, sind differenzierte Angebote nötig (vertikale Chancengleichheit). Des Weiteren sind dort genderspezifische Angebote zu entwickeln, wo ein Geschlecht Benachteiligung erfährt. Sollen sowohl Männer als auch Frauen angesprochen werden, ist zu überprüfen, ob beide gleichermaßen erreicht werden [75]. Dazu gehört, dass diejenigen, die Angebote entwickeln und durchführen, ihre eigenen Geschlechterbilder kennen und sich deren Einfluss auf die Programmgestaltung bewusst machen [16]. Ein Instrument zur Überprüfung von Gendersensibilität und Geschlechtergerechtigkeit (»Checkliste zur Genderperspektive«) steht der Praxis zur Verfügung [76].

Gender Mainstreaming und Diversity Management stellen Konzepte dar, mit Hilfe derer geschlechtsspezifische Bedürfnisse systematisch berücksichtigt und gegen andere Bedarfe abgewägt werden können.

Durch Gender Mainstreaming soll die Gleichstellung von Frauen und Männern erreicht werden. Gender Mainstreaming ist als politisches Leitprinzip in Deutschland rechtlich verankert und soll sicherstellen, dass alle Felder des gesellschaftlichen Lebens hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf die Gleichstellung von Frauen und Männern untersucht und bewertet, sowie dass entsprechende Maßnahmen zur Gleichstellung ergriffen werden [77]. Auf das Gebiet von Prävention und Gesundheitsförderung bei Männern bezogen, bietet Gender Mainstreaming die Möglichkeit geschlechtsspezifische Bedarfe zu ermitteln, gesundheitlicher Ungleichheit zu begegnen und Männer zu befähigen, ihre jeweiligen Gesundheitspotenziale zu nutzen (Empowerment). Gender Mainstreaming kann damit im Sinne der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation [78] helfen, »gesundheitsförderliche Lebenswelten« zu gestalten. Ziel ist der Abbau geschlechtsspezifischer Ungleichheit, nicht die stereotype Gegenüberstellung. Im Mittelpunkt stehen die gezielte Ansprache spezifischer Zielgruppen im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung. Geschlecht ist dabei als Querschnittsvariable in Verbindung mit sozialer Lage, Alter, ethnischer Herkunft etc. zu denken und somit Bestandteil einer Praxis, die Vielfalt berücksichtigt und Wirksamkeit anstrebt.

Das Konzept des Diversity Management wurde zuerst als Personalentwicklungsstrategie in Wirtschaftsunternehmen angewendet. Neben der biologischen sollte auch die kulturelle und soziale Vielfalt von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen für den Unternehmenserfolg genutzt werden. Diversity Management zielt zwar nicht auf die Abschaffung von Ungleichheiten. Aber für den Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention angewendet, ermöglicht es eine genauere Definition von Zielgruppen durch die stärkere Berücksichtigung der möglichen Vielfalt. Bei der Gestaltung einer guten Präventionspraxis und Präventionsforschung ist dies von Bedeutung, da nur wenige Maßnahmen die Heterogenität der adressierten Zielgruppen berücksichtigen [79]. Klare Zielgruppendefinitionen und die gezielte Ansprache gewährleisten jedoch eine bessere Erreichbarkeit der Adressaten und legen damit die Basis für effizientere Interventionen [51, 80].

Beide Ansätze, Gender Mainstreaming und Diversity Management, erweitern den Blick eher medizinisch orientierter Betrachtungen um soziale und politische Zusammenhänge [28]. Miteinander verknüpft helfen sie, die Vielschichtigkeit gesellschaftlicher Realität bei der Angebotsgestaltung zu berücksichtigen. Die jeweilige Zielgruppe einer Maßnahme lässt sich genauer beschreiben, wenn die spezifische Lebenswelt mit allen dazugehörigen Überzeugungen, (Gesundheits-)Vorstellungen oder Rollenbildern einbezogen wird [81].

6.6.2 Anforderungen an eine männergerechte Gesundheitskommunikation

Zwischen Männern und Frauen bestehen Unterschiede im Informations- und Kommunikationsverhalten [Übersicht bei 82]. Gesundheitskommunikation im Sinne von Aufbereitung und Vermittlung von gesundheitsrelevanten Informationen und Themen muss daher bei Männern anders gestaltet werden als bei Frauen [12], wenn gesundheitsförderliche Verhaltensweisen initiiert, beeinflusst oder unterstützt werden sollen. Eine Erfolg versprechende Ansprache darf nicht von einem homogenen Männerbild ausgehen, sondern muss Unterschiede zwischen Männern berücksichtigen. Auf Gleichberechtigung ausgerichtet

tete Ansprüche und eine Ansprache von Jungen und Männern über traditionelle Geschlechterstereotype müssen sich nicht ausschließen, aber kritisch eingesetzt werden. Geschlechterstereotype lassen sich z.B. für die Ansprache der Zielgruppe nutzen, um bei den Adressaten von Gesundheitsangeboten erst einmal Gehör zu finden und diese für Gesundheitsthemen zu erreichen [16].

Für eine gendersensible Ansprache sind darüber hinaus insbesondere geschlechtsspezifische Settings von Bedeutung, bei Jungen und Männern zum Beispiel der Arbeitsplatz, der Sportverein, aber auch die Schule oder Jugendtreffs [14, 51]. Auch hier geht es darum, die Auseinandersetzung mit Gesundheitsthemen in vertrauter Umgebung zu fördern. Gesundheit muss dabei nicht zwingend im Mittelpunkt der Ansprache stehen, sondern in die Lebenswelt der Zielgruppe eingepasst sein. So können Jungen in einem Jugendclub mit der Zubereitung von gesundem Essen vertraut gemacht werden, weil sie Hunger haben und mit anderen zusammen sein wollen [83, 84] und nicht weil sie etwas über gesunde Ernährung lernen wollen. In ähnlicher Weise können Männer von Workshops erreicht werden, wenn diese nicht ausdrücklich auf das Thema Gesundheit ausgerichtet sind [85]. Auch besteht über die Thematik Arbeit die Möglichkeit, sich den damit zusammenhängenden Belastungen zu nähern und das Thema Gesundheit mit einzubinden.

Gute und leicht zugängliche Gesundheitsinformationen sind Voraussetzung dafür, dass Wissen erworben und genutzt werden kann, um sich zum Beispiel für oder gegen eine Teilnahme an einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung zu entscheiden. Es besteht ein großes Interesse an Informationen zu Gesundheitsthemen [86]. Männer nutzen häufig das Internet als Quelle für Gesundheitsinformationen [87]. Dies könnte für Gesundheitsangebote von Bedeutung sein, da im anonymen Umfeld des Internets gesundheitsbezogenen Bedürfnissen möglicherweise eher nachgegeben werden kann, ohne dass bestehende Männlichkeitsbilder dem entgegenstünden. Gesundheitsinformationen könnten in virtuellen Netzwerken verlinkt werden, um einen Austausch über gesundheitsbezogene Themen anzustoßen [15]. Für Deutschland liegt eine erste Sichtung von männerspezifischen Online-Angeboten vor [88]. Hier wird deutlich, dass insbesondere kommerzielle

Anbieter Internetangebote zum Thema Männergesundheit betreiben. Überwiegend geschlechtsspezifisch erfolgt die Ansprache von Männern im Bereich der Sexualaufklärung und HIV-Kampagnen [s.a. 89, 90].

Um die Informationslücke zu schließen, hat die BZgA ein Männergesundheitsportal (www.maennergesundheitsportal.de) entwickelt, welches seit 2012 online ist. Das Portal bietet aktuelle Fachinformationen zur Gesundheit von Männern, erhöht die Bekanntheit vorhandener Informationsangebote und kann interaktiv genutzt werden [37]. Hier können sich Männer über relevante Themen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention qualitätsgesichert informieren. Folgende Themen sind derzeit abrufbar: Darmkrebs, Ernährung, Fitness und Sport, Früherkennung, Psychische Gesundheit und Suchtprävention. Aufgelistet sind außerdem Adressen verschiedener Beratungsstellen in Deutschland zu Themen wie Sucht, AIDS, Glücksspiel, Essstörungen, Sexualität, Partnerschaft und Verhütung. Die Plattform bietet unabhängige, fachlich fundierte Gesundheitsinformationen für Männer und aktuelle Termine im Tagungsgeschehen zum Thema Männergesundheit. Das Portal gilt als gutes Beispiel für männerspezifische Gesundheitskommunikation im Rahmen von Prävention und Gesundheitsförderung. Das Männergesundheitsportal wird durch den Newsletter »Männergesundheit« ergänzt. Die Arbeit der BZgA wird dabei von einem Arbeitskreis aus Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und Praxis begleitet. Die BZgA führt außerdem seit dem Jahr 2013 jährlich den Bundeskongress zur Männergesundheit durch. Die Veranstaltung richtet sich an Interessierte aus allen relevanten Bereichen der Männergesundheit und Gesundheitsförderung.

6.6.3 Herausforderungen für eine männerspezifische Gesundheitsförderung und Prävention

Männer nehmen wesentlich seltener Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote in Anspruch als Frauen. Sie bevorzugen verhaltenspräventive Maßnahmen und es spricht einiges dafür, dass Sport und Bewegungsangebote die Ansatzpunkte männerspezifischer Gesundheitsförde-

rung sind, die am meisten Erfolg versprechen. Männer sind sportlich deutlich aktiver als Frauen [38, 91, 92]. Ferner sind Männer weitaus häufiger in Sportvereinen organisiert als Frauen (35,5 % vs. 22,7%) [93]. In Fitness-Studios setzt sich die Kundschaft je zur Hälfte aus (jüngeren) Männern und Frauen zusammen [94] (siehe dazu auch Kapitel 3.1 Körperliche Aktivität und Sport). Dass Männer in den Bewegungskursen der Krankenkassen trotz ihrer Sportaffinität nur die Minderheit stellen, könnte am Image dieser Kurse liegen und wie Männer diese und die Anbieter dazu wahrnehmen.

Die für das Kapitel ausgewählten Daten mit dem Fokus auf Männer im erwerbstätigen Alter belegen, dass Maßnahmen von Prävention und Gesundheitsförderung eher von älteren Männern in Anspruch genommen werden. Damit besteht ein noch nicht ausgeschöpftes Präventionspotenzial bei Männern jüngerer und mittlerer Altersgruppen.

Auch lässt sich konstatieren, dass die Erwerbsarbeit bzw. die Berufstätigkeit für eine männergerechte Maßnahmengestaltung im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung eine hohe Bedeutung hat. Maßnahmen finden dann Zuspriechung durch Männer, wenn sie auf Erhalt bzw. Erhöhung der Leistungsfähigkeit (z.B. Bewegungsangebote) abzielen und einen eher instrumentellen Charakter aufweisen [95]. Berücksichtigt man in diesem Zusammenhang, dass von den ca. 3,6 Millionen deutschen Unternehmen nur etwa ein Fünftel Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchführen [96, 97], zeigt sich auch hier ein bislang nicht ausgeschöpftes Präventionspotenzial.

Zudem spielt Bildung bzw. sozioökonomischer Status eine wichtige Rolle für die Teilnahme sowohl an Kursen als auch an den Früherkennungsmaßnahmen. Aus diesem Grund haben Angebote, die sich speziell an sozial benachteiligte Männer richten, für den Abbau der gesundheitlichen Ungleichheit eine hohe Relevanz.

Studien zeigen zudem, dass Männer einem ärztlichen Rat eher folgen als Frauen, wenn es um eine gesundheitsbezogene Verhaltensänderung geht [98, 99]. Daraus lässt sich die Erkenntnis ableiten, dass besonders für Männer, wenn sie denn Arztkontakt haben, eine Ansprache über die behandelnden Ärzte und Ärztinnen von Bedeu-

tung ist. Diese Berufsgruppe kann eine wichtige Multiplikatorenfunktion für verhaltensbezogene Maßnahmen erfüllen. Allerdings wird damit auch die Notwendigkeit deutlich, die Voraussetzungen für objektive, unabhängige und wissenschaftsbasierte Entscheidungen zu gewährleisten und eine ärztliche Versorgung jenseits ökonomischer Interessenskonflikte sicherzustellen. Dies scheint besonders mit Blick auf die Inanspruchnahme von individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) wie dem PSA-Test zur Früherkennung von Prostatakrebs geboten, dessen Nutzen bislang nicht hinreichend nachgewiesen ist (siehe dazu Kapitel 2.3 Krebs). Ein wichtiger Ansatz liegt damit in der Etablierung einer Kultur der informierten Entscheidung. Grundlage dafür ist die konsequente Bereitstellung von geschlechtergerechten, qualitätsgesicherten Informationen [100].

Die Herausforderung für die Zukunft wird damit in einer Maßnahmengestaltung liegen, in der Geschlecht bzw. Geschlechtergerechtigkeit als Qualitätsdimensionen systematisch einbezogen und eine Überprüfung der wissenschaftlichen Evidenz und Wirksamkeit der Angebote kontinuierlich verfolgt wird. Hierzu gehört, dass die Einbeziehung einzelner Gruppen in die Maßnahmengestaltung (Partizipation) einen wichtigen Aspekt der Zielgruppengerechtigkeit darstellt [101] und für die Entwicklung effizienter und effektiver Angebote unerlässlich ist. Männerspezifische Präferenzen und Bedürfnisse, wie auch die relevanten Ansatzpunkte einer geschlechtsspezifischen Ansprache, können mit einem solchen Ansatz besser ermittelt und die Anbindung der Maßnahmen an alltägliche Orte und Handlungen aus Sicht der Männer optimal gestaltet werden [85]. Anstrengungen sollten zudem bei der Verbesserung geschlechterdifferenzierter und -sensibler Messungen von Maßnahmeneffekten unternommen werden. Eine konsequent geschlechterdifferenzierte Erfassung und Dokumentation der Daten im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung wären dafür notwendige Voraussetzungen, auch um eine geschlechtersensible Berichterstattung in diesem Sektor zu verbessern.

Es mangelt weder an theoretischen Erkenntnissen noch an umsetzbaren Vorschlägen, wie sich die Prävention und Gesundheitsförderung in eine geschlechtergerechte und geschlechtersensible Richtung entwickeln ließe. Was bislang fehlt,

ist die konkrete strategische Ausrichtung von Maßnahmen an geschlechteradäquaten Ansätzen sowie gesetzliche Rahmenbedingungen, die helfen würden, entsprechende Maßnahmen zu initiieren und weiter voranzutreiben.

Literatur

1. Altgeld T (2010) Gender – kein Thema für den Mainstream der Public Health-Forschung? Politik für Gesundheit. Fest- und Streitschriften zum 65. Geburtstag von Rolf Rosenbrock. In: Gerlinger T, Kümpers S, Lenhardt U et al. (Hrsg). Verlag Hans Huber, Bern, S 53–64
2. Bardehle D, Stiehler M (Hrsg) (2010) Erster deutscher Männergesundheitsbericht. W. Zuckschwerdt Verlag, München
3. DAK (2008) Schwerpunkt Mann und Gesundheit. In: DAK Forschung (Hrsg) Gesundheitsreport 2008, Hamburg, S 36–102
4. Doyle L (2001) Sex, gender and health: the need for a new approach. *BMJ* 323: 1061–1063
5. Payne S (2009) How can gender equity be addressed through health systems? World Health Organization, Kopenhagen
6. Radix Gesundheitsförderung (2001) MaGs – Männergesundheit. Projekt Kommentiertes Inhaltsverzeichnis für »1. Schweizer Männergesundheitsbericht«. www.gesunde-maenner.ch/data/data_38.pdf (Stand: 28.05.2013)
7. Radix Gesundheitsförderung, Drehscheibe Männergesundheit (2005) Faktenblatt Männergesundheit. www.gesunde-maenner.ch/data/data_2.pdf (Stand: 28.05.2013)
8. Koppelin F, Tempel G, Bauknecht M, Giersiepen K, Mozygamba K, Rothgang H (2012) Expertise für das Thema »Männerspezifische Prävention und Gesundheitsförderung« im Auftrag des Robert Koch-Instituts. Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen
9. Altgeld T (2012) Expertise für das Thema »Prävention und Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt« im Auftrag des Robert Koch-Instituts. Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.
10. Wohlfahrt U (1998) Geschlechtsspezifisch orientierte Gesundheitsbildung? Ergebnisse einer Programmanalyse. In: Gesundheits-Akademie/Landesinstitut für Schule und Weiterbildung (Hrsg) Die Gesundheit der Männer ist das Glück der Frauen? Chancen und Grenzen geschlechtsspezifischer Gesundheitsarbeit. Mabuse Verlag, Frankfurt a. M., S 121–131
11. Wülfing U (1998) Zum Sinn und Unsinn geschlechtsspezifischer Gesundheitsarbeit. In: Gesundheits-Akademie/Landesinstitut für Schule und Weiterbildung (Hrsg) Die Gesundheit der Männer ist das Glück der Frauen? Chancen und Grenzen geschlechtsspezifischer Gesundheitsarbeit. Mabuse Verlag, Frankfurt a. M., S 113–120
12. Altgeld T (2004) Jenseits von Anti-Aging und Workout? Wo kann Gesundheitsförderung bei Jungen und Männern ansetzen und wie kann sie funktionieren? In: Altgeld T (Hrsg) Männergesundheit – Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention. Juventa Verlag, Weinheim und München, S 265–286
13. Altgeld T, Maschewsky-Schneider U, Köster M (2011) Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Gender Mainstreaming. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention, Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Verlag für Gesundheitsförderung, Gamburg, S 96–99
14. Robertson S (2006) 'Not living life in too much of an excess': lay men understanding health and well-being. *Health* 10 (2): 175–189
15. Robertson S, Williams R (2010) Men and health promotion: Towards a critically structural and embodied understanding. In: Gough B, Robertson S (Hrsg) Men, masculinity and health: Critical perspectives. Forthcoming, Pelgrave
16. Helfferich C (2009) Gender Mainstreaming in der Gesundheitsförderung und Prävention: Eine Zusammenfassung der Gruppendiskussion. Gender Mainstreaming in der Gesundheitsförderung/Prävention. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) Gesundheitsförderung konkret, Band 10, S 149–162
17. Rosenbrock R, Hartung S (2011) Gesundheitsförderung und Betrieb. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention, Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Verlag für Gesundheitsförderung, Gamburg, S 231–235
18. Rosenbrock R (2004) Prävention und Gesundheitsförderung – Gesundheitswissenschaftliche Grundlagen für die Politik. *Gesundheitswesen* 66 (3): 146–152
19. GKV-Spitzenverband (Hrsg) (2010) Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. August 2010. GKV-Spitzenverband, Berlin
20. Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V., GKV-Spitzenverband (2013)

- Präventionsbericht 2013. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2012. MDS, Essen, Berlin
21. Huntemann E, Reichart E (2013) Volkshochschul-Statistik. 51. Folge, Arbeitsjahr 2012. www.die-bonn.de/doks/2013-volkshochschule-statistik-01.pdf (Stand: 03.02.2014)
 22. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2011) Praxisdatenbank gesundheitliche Chancengleichheit. www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank/ (Stand: 28.05.2013)
 23. Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2013) Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2011. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg), Dortmund, Berlin, Dresden
 24. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (2013) Prävention. www.dguv.de/de/Zahlen-und-Fakten/Pr%C3%A4vention/index.jsp (Stand: 03.02.2014)
 25. Altgeld T (2009) Aspekte der Männergesundheit. Gender Mainstreaming in der Gesundheitsförderung/Prävention. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) Gesundheitsförderung konkret, Band 10, S 43–54
 26. Kriterien zur Ermittlung von »Models of Good Practice« erstellt durch den beratenden Arbeitskreis der BZgA des bundesweiten Kooperationsprojektes »Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten« www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/pdf.php?id=1fa9a64a5dfaf324e875da75ba16cdcb (Stand: 20.11.2014)
 27. Deneke C (2009) Projekte geschlechtersensibler Gesundheitsförderung; Eine kritische Kommentierung. Gender Mainstreaming in der Gesundheitsförderung/Prävention. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) Gesundheitsförderung konkret, Band 10. BZgA, Köln, S 145–148
 28. Dören M (2007) Gender, Diversity und Intersektionalität als Herausforderung für die Medizin. In: Krell G, Riedmüller B, Sieben B et al. (Hrsg) Diversity Studies: Grundlagen und disziplinäre Ansätze. Campus Verlag, Frankfurt a. M., S 109–122
 29. Eichler M (1998) Offener und verdeckter Sexismus: Methodisch-methodologische Anmerkungen zur Gesundheitsforschung. In: Arbeitskreis Frauen und Gesundheit im Norddeutschen Forschungsverbund Public Health (Hrsg) Frauen und Gesundheit(en) in Wissenschaft, Praxis und Politik. Verlag Hans Huber, Bern, S 34–49
 30. Jahn I, Kolip P (2002) Die Kategorie Geschlecht als Kriterium für die Projektförderung von Gesundheitsförderung Schweiz. Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin. www.gesunde-maenner.ch/data/data_257.pdf (Stand: 29.05.2013)
 31. Kolip P (2008) Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 51: 28–35
 32. Kolip P, Kuhlmann E (2006) Bedarfsgerechtigkeit und Geschlechtergerechtigkeit – neue Horizonte für die Prävention. In: Altgeld T, Bächlein B, Deneke C (Hrsg) Diversity Management in der Gesundheitsförderung. Mabuse Verlag, Frankfurt a. M., S 101–114
 33. Walter U, Lux R (2006) Prävention: Brauchen wir unterschiedliche Strategien für Frauen und Männer? In: Regitz-Zagrosek V, Fuchs J (Hrsg) Geschlechterforschung in der Medizin. Peter Lang Verlag, Frankfurt a. M., S 35–48
 34. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2011) Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen. www.g-ba.de/informationen/richtlinien/17/ (Stand: 28.05.2013)
 35. Gemeinsamer Bundesausschuss (2012) Themenschwerpunkt: Früherkennung und Prävention. www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/frueherkennung/ (Stand: 28.05.2013)
 36. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2011) Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten. www.g-ba.de/informationen/richtlinien/10/ (Stand: 02.06.2014)
 37. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2012) Männergesundheitsportal. www.maennergesundheitsportal.de (Stand: 06.12.2012)
 38. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2011) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2009«. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
 39. Geyer S (2008) Empirie und Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten: Die Praxis empirischer Forschung zu gesundheitlichen Ungleichheiten und ihre theoretischen Implikationen. In: Bauer U, Bittlingmayer UH, Richter M (Hrsg) Health Inequalities: Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S 125–142
 40. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2005) Armut und soziale Ungleichheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin

41. Richter M, Hurrelmann K (Hrsg) (2009) *Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. 2., aktualisierte Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
42. Lampert T, Kroll LE (2010) *Armut und Gesundheit*. GBE kompakt 1(5). Robert Koch-Institut (Hrsg), Berlin.
www.rki.de/gbe-kompakt (Stand: 01.12.2010)
43. Kroll LE, Lampert T (2013) *Gesundheitliche Ungleichheit bei erwerbstätigen Männern und Frauen – Ergebnisse der GEDA-Studie 2010*. *Gesundheitswesen* 75 (4): 210–215
44. Bergmann E, Kalcklösch M, Tiemann F (2005) *Inanspruchnahme des Gesundheitswesens*. Erste Ergebnisse des telefonischen Gesundheitssurveys 2003. *Bundesgesundheitsbl – Bundesgesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 48: 1365–1373
45. Starker A, Saß AC (2007) *Eigenverantwortung + Hausarzt = gut versorgt? Ergebnisse des Telefonischen Gesundheitssurveys 2004 zum Präventionsverhalten in Deutschland*. *Prävention und Gesundheitsförderung* 2 (Suppl 1): P124
46. Starker A, Saß AC, Ziese T (2006) *Inanspruchnahme von Gesundheits- und Krebsfrüherkennungsuntersuchungen*. *Wer nutzt sie (nicht) und warum?* *Gesundheitswesen* 68 (7): A125
47. Jordan S, von der Lippe E, Hagen C (2011) *Verhaltenspräventive Maßnahmen zur Ernährung, Bewegung und Entspannung*. *Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2009«* Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin, S 23–33
48. Lampert T, Kroll LE (2008) *Zeitliche Entwicklung der gesundheitlichen Ungleichheit in Deutschland und anderen europäischen Ländern*. *Public Health Forum* 16 (2): 11.e11–11.e13
49. Rosenbrock R (2008) *Gesundheitliche Ungleichheit in Deutschland*. *Public Health Forum* 16 (2): 2.e1–2.e3
50. Rosenbrock R, Kümperts S (2009) *Primärprävention als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen*. *Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. In: Richter M, Hurrelmann K (Hrsg) *Gesundheitliche Ungleichheit*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S 385–403
51. Kolip P, Altgeld T (2006) *Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention: Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis*. Juventa Verlag, Weinheim und München
52. Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik, Altenhofen L (2012) *Teilnahme an gesetzlichen Früherkennungsuntersuchungen im Jahr 2011*. Unveröffentlichte Sonderauswertung für das Robert Koch-Institut (Stand: 15.10.2012)
53. Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik (2012) *Teilnahme an gesetzlichen Früherkennungsuntersuchungen und an Beratungen zur Prävention des Darmkrebs (in Prozent der anspruchsberechtigten Altersgruppe) im Jahr 2011 – Deutschland*.
www.zi.de/cms/fileadmin/images/content/PDFs_alle/Beteiligungsdaten_2011_Deutschland_erw.pdf (Stand: 22.01.2014)
54. Sieverding M, Mattered U, Ciccarello L et al. (2008) *Postatakarzinomfrüherkennung in Deutschland*. *Untersuchung einer repräsentativen Bevölkerungstichprobe*. *Urologe A* 47 (9): 1233–1238
55. Starker A, Bertz J, Saß AC (2012) *Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen*. In: Robert Koch-Institut (Hrsg) *Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2010«* Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin, S 27–38
56. Scheffer S, Dauven S, Sieverding M (2006) *Soziodemografische Unterschiede in der Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (KFU) in Deutschland – Eine Übersicht*. *Gesundheitswesen* 86: 139–146
57. Zok K (2007) *Wahrnehmung und Akzeptanz von Früherkennungsuntersuchungen*. *Ergebnisse einer Repräsentativ-Umfrage unter GKV-Versicherten*.
www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_wido_monitor/wido_mon_3-07_0108.pdf (Stand: 28.05.2013)
58. Horch K, Ryl L, Hintz peter B et al. (2011) *Kompetenz und Souveränität im Gesundheitswesen – Die Nutzerperspektive*. *GBE kompakt* 2(2). Robert Koch-Institut (Hrsg), Berlin.
www.rki.de/gbe-kompakt (Stand: 07.04.2011)
59. Horch K, Wirtz J (2005) *Nutzung von Gesundheitsinformationen*. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 48 (11): 1250–1255
60. Stacey D, Bennett CL, Barry MJ et al. (2011) *Decision aids for people facing health treatment or screening decisions*. *Cochrane database of systematic reviews (Online)* (10)
61. Bundesministerium für Gesundheit (2011) *Nationaler Krebsplan*
www.bmg.bund.de/praevention/nationaler-krebsplan/der-nationale-krebsplan-stellt-sich-vor.html (Stand: 28.05.2013)
62. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. Spitzenverband (2013) *Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der gewerblichen Berufsgenossenschaften und Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand 2012*.
www.dguv.de/medien/inhalt/zahlen/documents/gur_2012.pdf (Stand: 03.02.2014)

63. Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2013) Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2012. Unfallverhütungsbericht Arbeit. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg), Dortmund, Berlin, Dresden
64. Fokuhl I (2009) Alle gleich? – Ansatzpunkte für einen geschlechtssensiblen Arbeits- und Gesundheitsschutz in Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege. In: Brandenburg S, Endl H-L, Glänzer E et al. (Hrsg) Arbeit und Gesundheit: geschlechtergerecht?! Präventive betriebliche Gesundheitspolitik aus der Perspektive von Männern und Frauen. VSA Verlag, Hamburg, S 42–55
65. Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) (2012) Initiative Neue Qualität der Arbeit. www.inqa.de (Stand: 21.09.2012)
66. Sozialforschungsstelle Dortmund (2012) Online-Diversity. www.online-diversity.de (Stand: 21.09.2012)
67. Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) (2013) Den Wandel erkennen – Instrumente zur Altersstrukturanalyse im Vergleich. www.inqa.de/DE/Lernen-Gute-Praxis/Handlungshilfen/inhalt.html (Stand: 03.07.2013)
68. KG Deutsche Gasrößwerke GmbH & Co (2013) Teamorganisation. [www.gasruss.de/index.php?module=viewer&index\[viewer\]\[page\]=employees_team](http://www.gasruss.de/index.php?module=viewer&index[viewer][page]=employees_team) (Stand: 03.07.2013)
69. Initiative Gesundheit und Arbeit (iga) (2012) Initiative Gesundheit und Arbeit. www.iga-info.de (Stand: 21.09.2012)
70. Initiative Gesundheit und Arbeit (iga) (2011) Dresdner Gespräch Gesundheit und Arbeit 2011: Wurm sucht Fisch – Prävention und Betriebliche Gesundheitsförderung, bei der die Zielgruppe anbeißt. www.iga-info.de/veranstaltungen-und-ausstellungen/dresdner-gespraech/dresdner-gespraech-2011.html (Stand: 03.07.2013)
71. Bundesministerium für Gesundheit (2013) Betriebliche Gesundheitsförderung. www.bmg.bund.de/praevention/betriebliche-gesundheitsfoerderung.html (Stand: 03.02.2014)
72. Büntgen M (2010) Betriebliche Gesundheitsförderung für Männer und Frauen am Beispiel Stress. Gesundheit und Qualität der Arbeit Arbeitspapier 185. Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf
73. Werner H, Nielbock S (2009) Geschlechterrollen und psychische Belastungen in der Arbeitswelt. Der Gegenstand des Projekts »Gender/Stress«. In: Brandenburg S, Endl H-L, Glänzer E et al. (Hrsg) Arbeit und Gesundheit: geschlechtergerecht?! Präventive betriebliche Gesundheitspolitik aus der Perspektive von Männern und Frauen. VSA Verlag, Hamburg, S 78–86
74. World Health Organization (WHO) (2001) Mainstreaming gender equity in health. The need to move forward. The Madrid Statement. WHO, Kopenhagen
75. Kolip P (2009) Was bietet die Forschung für die Facharbeit? Gender Mainstreaming in der Gesundheitsförderung/Prävention. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) Gesundheitsförderung konkret, Band 10, S 21–29
76. Gesundheitsförderung Schweiz (2006) Checkliste zur Genderperspektive www.quint-essenz.ch/de/tools/1054 (Stand: 03.12.2002)
77. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2012) Gender Mainstreaming. www.gender-mainstreaming.net (Stand: 23.05.2013)
78. World Health Organization (1986) Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf (Stand: 28.05.2013)
79. Altgeld T (2011) Diversity und Diversity Management/Vielfalt gestalten. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Verlag für Gesundheitsförderung, Gamborg, S 53–56
80. Vinz D, Dören M (2007) Diversity policies and practices – a new perspective for health care. *Journal Public Health* 15: 369–376
81. Altgeld T, Bächlein B, Deneke C (2006) Diversity Management in der Gesundheitsförderung. Zielgruppen und Zielgruppengenauigkeit im Wandel. Mabuse Verlag, Frankfurt am Main
82. Nelke-Mayenknecht A (2008) Kommunikationsstrategien und Netzwerkbeziehungen von Frauen und Männern im Beruf. www.fu-berlin.de/sites/gpo/index.html (Stand: 11.07.2013)
83. Deneke C, Bruns H (2006) Essen Kochen in der Jugendarbeit. Modellprojekt »Selbst is(s)t der Mann«. In: Kolip P, Altgeld T (Hrsg) Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention: Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis. Juventa Verlag, Weinheim und München, S 103–110
84. Otten A (2009) Food and more – Kochen mit männlichen Jugendlichen im Jugendclub Hamburg-Heimfeld. Gender Mainstreaming in der Gesundheitsförderung/Prävention. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) Gesundheitsförderung konkret, Band 10, S 101–102
85. Beier S (2007) Gesundheitsverhalten und Gesundheitsförderung bei Männern. In: Stiehler M, Klotz T

- (Hrsg) Männerleben und Gesundheit: Eine interdisziplinäre, multiprofessionelle Einführung. Juventa Verlag, Weinheim und München, S 75–89
86. Marstedt G (200) Auf der Suche nach gesundheitlicher Information und Beratung: Befunde zum Wandel der Patientenrolle. In: Bertelsmann Stiftung (Hrsg) Gesundheitsmonitor 2003 – Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft. Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, S 117–135
87. Pollard J (2007) Working with men via the internet. In: White A, Pettifer M (Hrsg) Hazardous waist. Tackling male weight problems. Radcliffe, Oxford, S 186–197
88. Salberg M, Bardehle D (2010) Fazit: Wir wissen zu wenig über Männer und Männergesundheit. In: Bardehle D, Stiehler M (Hrsg) Erster deutscher Männergesundheitsbericht. W. Zuckschwerdt Verlag, München, S 184–193
89. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2002) Wie geht 's – wie steht 's? Wissenswertes für Jungen und Männer. BZgA, Köln
90. Scheele S (2010) Geschlecht, Gesundheit, Gouvernamentalität. Selbstverhältnisse und Geschlechterwissen in der Männergesundheitsförderung. Ulrike Helmer Verlag, Sulzbach/Taunus
91. Gößwald A, Lange M, Kamtsiuris P et al. (2012) Erste Ergebnisse aus der »Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland« (DEGS) Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 55: 775–780
92. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2012) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2010«. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
93. Deutscher Olympischer Sportbund (2011) DOSB Bestandserhebung 2011.
www.dosb.de/fileadmin/sharepoint/Materialien%20%7B82A97D74-2687-4A29-9C16-4232BAC7DC73%7D/Bestandserhebung_2011.pdf
(Stand: 06.02.2014)
94. INNOFACT AG (2008) Erfolgsfaktoren von Fitness Studios. Basisreport Kundenzufriedenheitsanalyse in Fitness Studios, Düsseldorf
95. Brandes H (2002) Der männliche Habitus. Band 2: Männerforschung und Männerpolitik. Verlag Leske + Budrich, Opladen
96. Beck D, Schnabel PE (2010) Verbreitung und Inanspruchnahme von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung in Betrieben in Deutschland. Gesundheitswesen 72 (4): 222–227
97. Holleder A (2007) Betriebliche Gesundheitsförderung in Deutschland. Ergebnisse des IAB-Betriebspanels 2002 und 2004. Gesundheitswesen 69: 63–76
98. Baumann E (2006) Auf der Suche nach der Zielgruppe – Informationsverhalten hinsichtlich Gesundheit und Krankheit als Grundlage erfolgreicher Gesundheitskommunikation. In: Böcken J, Braun B, Amhof R et al. (Hrsg) Gesundheitsmonitor 2006 – Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten. Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, S 117–153
99. Reid RD, Pipe Al, Riley DL et al. (2009) Sex differences in attitudes and experiences concerning smoking and cessation: Results from an international survey. Patient Education and Counseling 7 (1): 99–105
100. Bunge M, Mühlhauser I, Steckelberg A (2010) What constitutes evidence-based patient information? Overview of discussed criteria. Patient Education and Counseling 78 (3): 316–328
101. Rosenbrock R, Hartung S (Hrsg) (2012) Partizipation und Gesundheit. Verlag Hans Huber, Bern

7 Perspektive Männergesundheit

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

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

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

7.1 Herausforderungen für die Gesundheitsforschung

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

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

7.2 Herausforderungen für die Datenerhebung

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

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

7.3 Bedarf für einen gesellschaftlichen Diskurs

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

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

Literatur

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

20. Bardehle D, Stiehler M, (Hrsg) (2010) Erster Deutschen Männergesundheitsbericht. Ein Pilotbericht. W. Zuckschwerdt Verlag, München
21. Bayerisches Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit (StMUG) (2012) Gesund in Bayern – Männergesundheit. StMUG (Hrsg), München
22. Landesarbeitsgemeinschaft Männergesundheit Mecklenburg-Vorpommern (2008) Dokumentation der LAG »Männergesundheit« Mecklenburg-Vorpommern. Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Mecklenburg Vorpommern e.V., Schwerin
23. Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW (2008) Gesundheit von Jungen und Männern in Nordrhein-Westfalen – Erkrankungshäufigkeit, Risikoverhalten und präventive Potentiale. Gesundheit in NRW – kurz und informativ. LIGA NRW, Bochum
24. Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein (2010) Gesund leben und arbeiten in Schleswig-Holstein. Männergesundheit. Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein, Kiel
25. Weißbach L, Stiehler M, (Hrsg) (2013) Männergesundheitsbericht 2013. Im Fokus: Psychische Gesundheit. Verlag Hans Huber, Bern
26. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2013) Männerpolitik – männerpolitische Beiträge zu einer geschlechtergerechten Gesellschaft. Tagungsdokumentation. Internationale Konferenz am 22. und 23. Oktober 2012 in Berlin. Langfassung. BMFSFJ, Berlin
27. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2013) 1. Männergesundheitskongress der BZgA und des BMG.
www.maennergesundheitsportal.de/veranstaltungen/maennergesundheitskongress-der-bzga-und-des-bmg/(Stand: 08.10.2013)

8 Zusammenfassung

Der Bericht zur gesundheitlichen Lage der Männer in Deutschland informiert in acht Kapiteln über zahlreiche Aspekte der Gesundheit der Männer in Deutschland. Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes am Robert Koch-Institut (GBE) hat diese Publikation in Kooperation mit dem Statistischen Bundesamt und Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und Praxis erstellt. Ergänzend zu den geschlechtervergleichenden Berichten der GBE bietet dieser Bericht die Möglichkeit, die geschlechtsspezifischen Besonderheiten stärker zu berücksichtigen.

Anhand epidemiologischer Daten kann seit langem konsistent gezeigt werden, dass sich Männer und Frauen in Bezug auf Gesundheit und Krankheit deutlich unterscheiden. Auch hinsichtlich gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen und bei der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen lassen sich geschlechtsspezifische Unterschiede feststellen. Darüber hinaus scheinen sich Männer und Frauen in der Wahrnehmung, Bewertung und Kommunikation von Symptomen bzw. gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu unterscheiden. Die Ursachen hierfür liegen unter anderem in den unterschiedlichen Arbeits- und Lebensbedingungen, der geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung sowie Geschlechterrollen und -erwartungen. Biologischen Faktoren wird ebenfalls ein Einfluss zugesprochen, wenn auch in geringerem Umfang.

Den empirischen Kapiteln des Berichtes vorangestellt ist eine **Einleitung (Kapitel 1)**. Dabei wird zunächst eine Einführung in das Thema Geschlecht und Gesundheit gegeben. Von grundlegender Bedeutung ist dabei die Differenzierung zwischen dem biologischen Geschlecht (*sex*) und dem sozialen Geschlecht (*gender*) eines Menschen. Biologisch-genetischen Unterschiede (*sex*) haben zwar Einfluss auf das Spektrum, die Häufigkeit und Symptomatik vieler Krankheiten, stehen aber nicht im Fokus des Berichtes. Der Schwerpunkt liegt auf der Darstellung möglicher Zusammenhänge zwischen den gesellschaftlich geprägten Geschlechterrollen und Rollenerwartungen (*gender*) und dem Gesundheits- und Risikoverhalten. Daran schließt sich ein Überblick über das Thema Männergesundheit als Thema für

die Gesundheitsberichterstattung an und es werden die Herangehensweise und die Struktur des Berichtes erläutert.

Die folgenden empirischen Kapitel des Berichtes zum Gesundheitsstatus, zum Gesundheitsverhalten, zu Arbeit und Gesundheit sowie zu Lebensformen und Gesundheit beginnen mit einer geschlechterdifferenzierten Darstellung. Da in Abhängigkeit vom Lebensalter und von der Lebenssituation verschiedene Risiko-, aber auch Schutzfaktoren für die Gesundheit wirken und Geschlecht immer auch mit anderen Variablen sozialer Differenzierung interagiert, werden über den Geschlechtervergleich hinaus gesundheitliche Problemlagen von Männern in verschiedenen Lebensphasen und spezifischen Lebenslagen näher betrachtet. Wichtige Differenzierungsebenen sind hierbei neben dem Alter die Determinanten Bildung, soziale Lage, Lebensform, Erwerbsstatus sowie Migrationsstatus. Für den Bericht wurden amtliche Statistiken, Register- und Routedaten und bevölkerungsrepräsentative Studien (unter anderem das Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts), aber auch qualitative Studien herangezogen. Der Bericht widmet sich auch der Analyse männerspezifischer Prävention und Gesundheitsförderung und endet mit Perspektiven zum Thema Männergesundheit. Im Folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse zusammengefasst.

Das **Kapitel 2 »Wie geht es Männern?«** gibt einen Überblick über Aspekte des Gesundheitsstatus von Männern, die aus der Public Health-Perspektive besonders wichtig sind, wobei auch die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch Männer berücksichtigt wird.

► Lebenserwartung und Sterblichkeit

Geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen sich zunächst bei der Lebenserwartung. Trotz einer sich in den letzten Jahren leicht annähernden Entwicklung ist die mittlere Lebenserwartung bei Geburt bei Männern geringer als bei Frauen. Für Männer ist ein deutlicher Einfluss sozioökonomi-

scher Faktoren auf das Morbiditäts- und Mortalitätsgeschehen nachweisbar, die sich auch in der Lebenserwartung widerspiegeln.

In fast allen Altersgruppen ist der Anteil der verstorbenen Männer größer als der der Frauen. Dabei fallen bestimmte Todesursachen auf: Bei den Jüngeren (bis 34 Jahre) zeigen sich besonders hohe Geschlechtsunterschiede zuungunsten der Männer hinsichtlich der Sterblichkeit durch Unfälle und Suizid. Im Alter von 35 bis 65 Jahren sind insbesondere koronare Herzkrankheiten und bösartige Neubildungen der Lunge als Todesursache bei Männern häufiger als bei Frauen.

Die Ergebnisse zeigen, dass die geringere Lebenserwartung der Männer vor allem durch die größere Anzahl von vorzeitigen Sterbefällen unter 65 Jahren verursacht wird. Viele der Todesursachen können auf gesundheitliches Risikoverhalten zurückgeführt werden.

► Herz-Kreislauf-Erkrankungen und ihre Risikofaktoren

Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems zählen nicht nur zu den häufigsten Todesursachen, sondern prägen auch die Krankheitslast der Bevölkerung. Koronare Herzkrankheiten und zerebrovaskuläre Krankheiten sind dabei die vorherrschenden Krankheitsgruppen. Es besteht ein deutlicher Geschlechterunterschied: Mehr Männer als Frauen sind von Herz-Kreislauf-Erkrankungen betroffen und sterben daran. Diese Unterschiede werden vor allem bei der vorzeitigen Sterblichkeit, vor Erreichen des 65. Lebensjahres, sichtbar. Zu den Hauptrisikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen zählen Rauchen, Adipositas, Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörung und Bluthochdruck, die häufig kumulativ wirken.

Verbesserte medizinische Behandlungsmöglichkeiten und die Eindämmung von klassischen Risikofaktoren haben zu einer positiven Entwicklung bei der Mortalität von Herz-Kreislauf-Erkrankungen geführt. Die vorzeitige Sterblichkeit an Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems ist bei Männern aber nach wie vor ein relevantes Problem. Viele der als vermeidbar geltenden Risikofaktoren finden sich bei Männern häufiger als bei Frauen und die Differenz in den sozialen Statusgruppen ist bei Männern stärker ausgeprägt. Für die für die Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind daher auch die soziale Lage sowie

Arbeits- und Umweltbedingungen zu berücksichtigen.

► Krebs und Krebsfrüherkennung

Die Zahl der Krebsneuerkrankungen hat bei beiden Geschlechtern seit dem Jahr 2000 zugenommen. Diese Entwicklung kann aber hauptsächlich mit dem demografischen Wandel und dem größeren Anteil Älterer in der Bevölkerung erklärt werden, denn die altersstandardisierten Raten, in denen die altersstrukturbedingten Effekte berücksichtigt sind, zeigen bei Männern keine und bei Frauen nur eine geringe Zunahme. Krebserkrankungen nehmen unter den zehn häufigsten Todesursachen eine herausragende Stellung ein. Doch im Gegensatz zu den Krebsneuerkrankungsraten ist die Entwicklung der Krebssterberaten für Männer und Frauen seit Ende der 1990er Jahre deutlich rückläufig. Durch bösartige Neubildungen versterben dennoch viele Betroffene vorzeitig vor Erreichen des 65. Lebensjahres. Auch wenn der Unterschied in den letzten Jahren geringer geworden ist, versterben mehr Männer als Frauen vorzeitig infolge einer Krebserkrankung.

Prostata-, Lungen- und Darmkrebs sind bei Männern die drei häufigsten Krebsneuerkrankung. Lungenkrebs ist bei Männern weiterhin mit Abstand die häufigste Krebstodesursache. Geschlechtsspezifische Unterschiede fallen vor allem bei Lungenkrebs auf. Hier ist die geschätzte Zahl der Krebsneuerkrankungen und der Krebssterbefälle bei Männern doppelt so hoch wie die der Frauen.

Früherkennungsuntersuchungen auf Prostatakrebs und Darmkrebs gehören zum Angebot der Gesetzlichen Krankenversicherung. Bei der Früherkennung auf Prostatakrebs sind die Teilnahmeraten der Männer gering, vor allem zu Beginn der Anspruchsberechtigung mit 45 Jahren. Die Angebote zur Früherkennung von Darmkrebs mittels Darmspiegelung werden von Männern hingegen zum großen Teil in Anspruch genommen. Sozioökonomische Unterschiede in der Inanspruchnahme zeigen sich nicht.

► Unfälle

Das Auftreten von Unfällen hängt stark mit dem Geschlecht und dem Alter zusammen. Männer verunfallen in allen Lebensbereichen häufiger als Frauen und sterben auch häufiger infolge von unfallbedingten Verletzungen. Besonders häufig

sind Unfälle bei Männern im jüngeren Erwachsenenalter, mit zunehmendem Alter schwächen sich die Geschlechterunterschiede ab.

Hinsichtlich der Unfallverletzungen nach Unfallort zeigt sich, dass Männer von Arbeitsunfällen deutlich häufiger betroffen sind als Frauen. Dies ist vor allem darauf zurückzuführen, dass Männer in risikoträchtigen Berufen überrepräsentiert sind bzw. deutlich häufiger Tätigkeiten übernehmen, die mit typischen Belastungen und Unfallrisiken verbunden sind.

Männer haben zudem ein deutlich höheres Verkehrsunfallrisiko als Frauen. Insbesondere jüngere Männer sind gefährdet, bei Verkehrsunfällen zu verunglücken. Die höhere Prävalenz von Männern wird zum Teil mit riskanterem Verkehrsverhalten erklärt. Die Ergebnisse belegen, dass die Unfallprävention mänderspezifische Aspekte stärker berücksichtigen sollte.

► Psychische Störungen

Geschlechterunterschiede hinsichtlich psychischer Störungen zeigen sich sowohl auf quantitativer als auch auf qualitativer Ebene. Anhand der vorliegenden Daten sind Männer insgesamt seltener von psychischen Störungen betroffen als Frauen. Auffällig sind jedoch die Geschlechterunterschiede zuungunsten der Männer bei Suchterkrankungen.

Depressive Störungen haben bei Männern und Frauen großen Anteil am Fehlzeiten- und Frühberentungsgeschehen. Wichtig ist die Tatsache, dass die Mehrzahl aller Suizide vor dem Hintergrund einer psychiatrischen Erkrankung erfolgt, am häufigsten einer Depression. Insgesamt werden weniger Männer als Frauen mit depressiven Störungen diagnostiziert, die Suizidrate der Männer ist aber in allen Altersgruppen größer als die der Frauen. Für diese Geschlechterunterschiede gibt es verschiedene Erklärungsansätze. Sie beziehen sich zum einen auf die zur Verfügung stehenden Screeninginstrumente. Diese sind, so wird angenommen, gegenüber depressiver Symptome bei Männern nicht sensitiv genug bzw. sind bestimmte, eher männertypische Symptome (z.B. Aggressivität) in den diagnostischen Kriterien nicht enthalten. Außerdem wird ein anders geartetes Hilfesuchverhalten von Männern, aber auch ein möglicher Verzerrungseffekt (Gender Bias) in der Diagnostik diskutiert, d.h. dass Ärztinnen und

Ärzte Depressionen bei Frauen eher diagnostizieren, als bei Männern.

Eine Alkoholabhängigkeit entwickelt sich aus der Kombination von langfristig erhöhtem Alkoholkonsum, individueller genetischer Disposition und Vulnerabilität (Anfälligkeit). Von einer Alkoholabhängigkeit sind deutlich mehr Männer als Frauen betroffen.

► Sexual- und Fertilitätsstörungen

Sexuelle Funktionsstörungen und die Problematik der Unfruchtbarkeit sind wichtige Aspekte der Männergesundheit. Die Häufigkeit sexueller Funktionsstörungen ist in Bevölkerungsstudien nicht leicht zu ermitteln. Dennoch kann davon ausgegangen werden, dass sexuelle Funktionsstörungen ein ernsthaftes und weit verbreitetes Gesundheitsproblem sind. Inwieweit aus den Zahlen zur Prävalenz auf einen medizinischen Behandlungsbedarf geschlossen werden kann, ist aber nicht eindeutig abzuschätzen. Der Anteil der Männer, die wegen sexueller Funktionsstörungen medizinische Hilfe suchen, ist relativ gering. Mögliche Gründe hierfür sind fehlender Leidensdruck (auch aufgrund der Angleichung der Verhaltenspräferenzen an den jeweiligen Zustand), Hemmungen und fehlende Kenntnisse über Behandlungsmöglichkeiten auf Seiten der Betroffenen, aber auch unzureichende Versorgungsangebote auf Seiten der Medizin. Sexuelle Funktionsstörungen können erste Symptome für Herz-Kreislauferkrankungen, Diabetes mellitus sowie neurologische Erkrankungen sein. Daher ist eine sorgfältige Diagnostik und Therapie besonders wichtig.

Wenn der Kinderwunsch eines Paares nicht in Erfüllung geht, sind männliche Fruchtbarkeitsstörungen eine häufige Ursache. Die Diagnose Unfruchtbarkeit kann durch den gefühlten Kontrollverlust über die eigene Lebensplanung sowie mögliche Schwierigkeiten für die Partnerschaft für die betroffenen Männer eine Belastung sein.

► Sexuell übertragbare Krankheiten

Zu den meldepflichtigen sexuell übertragbaren Infektionen (STI) gehören HIV-Infektionen, Syphilis sowie Hepatitis B und C. Männer sind signifikant häufiger betroffen als Frauen.

Der Verzicht auf Schutz vor STI, z.B. durch Kondome, kann dabei eine Ursache sein. Für

Syphilis- und HIV-Infektionen werden steigende Meldezahlen berichtet. Die höchste Inzidenz bei HIV-Infektionen weisen junge Männer im Alter von 25 bis 29 Jahren auf. Nach Infektionsweg unterschieden, waren Männer, die Sex mit Männern haben, die größte Betroffenengruppe vor Personen, die eine HIV-Infektion durch heterosexuelle Kontakte erworben haben. Bei den Meldungen zu Syphilis-Infektionen weisen Männer im Alter zwischen 25 bis 49 Jahren die höchsten Inzidenzen auf, die meist über sexuelle Kontakte zwischen Männern übertragen wurden.

Eine relativ hohe Verbreitung von STI bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist vor allem bei STI durch Chlamydien und bestimmten Typen von humanen Papillomaviren festzustellen.

Einen Einfluss auf die Häufigkeit von STI haben das Sexualverhalten, demografische und soziale Faktoren, aber auch der Zugang zum Gesundheitssystem. Diese Faktoren sind daher auch für die STI-Prävention entscheidend.

► Subjektive Gesundheit

Die subjektive Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes gilt als geeigneter Indikator für den tatsächlichen Gesundheitszustand einer Person. Ergänzend zur medizinisch-objektiven Beschreibung spiegelt die individuelle Wahrnehmung und Beurteilung des Gesundheits- oder Krankheitszustandes auch persönliche und soziale Ressourcen wider, aber auch die subjektive Aufmerksamkeit für physiologische Veränderungen. Die subjektive Gesundheit steht dabei im engen Zusammenhang mit Erwerbsstatus und sozialer Lage.

Aus der Gesundheitsforschung ist bekannt, dass Männer ihre Gesundheit häufiger als Frauen als gut oder sehr gut bezeichnen. Die Ergebnisse des vorliegenden Berichtes zeigen, dass die geschlechtsspezifischen Unterschiede zwar relativ gering sind, aber in unterschiedlichen Altersgruppen, nach sozialem Status oder auch bei Vorliegen einer chronischen Erkrankung durchweg sichtbar sind. Als mögliche Erklärung wird angenommen, dass Männer eine geringere Symptomaufmerksamkeit gegenüber körperlichen Prozessen haben und körperliche Veränderungen auch später als Frauen thematisieren.

Das Kapitel 3 »Wie gesund lebt »Mann?«« richtet den Blick auf das Gesundheitsverhalten von Männern. Zumindest ein Teil des geschlechtsspezifischen Morbiditäts- und Mortalitätsprofils lässt sich auf gesundheitsriskante Verhaltensweisen von Männern zurückführen. Daher ist eine differenzierte Betrachtung der Gruppe der Männer in diesem Kapitel besonders wichtig, da sich das Lebensalter und die soziökonomische Lage als wesentliche Einflussfaktoren für gesundheitsrelevantes Verhalten erwiesen haben.

► Körperliche Aktivität und Sport

Etwa zwei Drittel der Männer sind sportlich aktiv. Außerdem achtet jeder zweite Mann stark darauf, im Alltag ausreichend körperlich aktiv zu sein. Dennoch erreicht nur ein Viertel der Männer die Empfehlung der Weltgesundheitsorganisation, an mindestens 5 Tagen in der Woche für mindestens 30 Minuten am Tag körperlich aktiv zu sein.

Körperliche Aktivität und Sporttreiben stehen im engen Zusammenhang mit Alter, Bildung und Erwerbstätigkeit. Beispielsweise ist eine sinkende Sportbeteiligung mit dem Alter der Männer festzustellen. Ein Grund dafür scheint zu sein, dass »typisch« männliche Sportarten aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr ausgeübt werden können. Sitzende Tätigkeiten im Rahmen der Erwerbstätigkeit sind weit verbreitet. Im Vergleich zu Männern, die am Arbeitsplatz körperlich anstrengende Tätigkeiten ausüben, bleibt diesen Männern nur die Freizeit, um sich ausreichend zu bewegen. Männer mit überwiegend sitzenden Tätigkeiten geben zwar an, auf ausreichende körperliche Aktivität im Alltag zu achten, sie sind jedoch insgesamt seltener körperlich aktiv als Männer, die körperlich anstrengende Tätigkeiten ausüben.

Um körperliche Aktivität und Sport im Alltag umzusetzen spielen passende, ansprechende und gut erreichbare Angebote für die entsprechende männliche Zielgruppe eine wichtige Rolle.

► Ernährungsverhalten und Übergewicht

Männer ernähren sich anders als Frauen. Sie essen nicht nur mehr, sondern zeigen auch eine stärkere Präferenz für Fleischprodukte und greifen seltener zu ballaststoffreichen Lebensmitteln. Dennoch isst die Hälfte der Männer täglich Obst, Gemüse steht bei einem Drittel der Männer jeden

Tag auf dem Speiseplan. Das Zusammenwirken von Ernährungsverhalten und körperlicher Aktivität hat Einfluss auf die Gewichtsentwicklung: Eine langfristig positive Energiebilanz führt zu Übergewicht. Derzeit sind etwa zwei Drittel der Männer (und die Hälfte der Frauen) von Übergewicht betroffen (Body Mass Index ≥ 25). Weil ein zu hohes Gewicht sowohl mit der Energieaufnahme als auch dem Energieverbrauch zusammenhängt, kommt der körperlichen Aktivität große Bedeutung zu. Besser gebildete, körperlich aktive und auf ihre Gesundheit achtende Männer essen gesünder (häufiger Obst und Gemüse) und sind seltener von Übergewicht betroffen.

Biologische Unterschiede, z.B. der höhere Energiebedarf von Männern, sind nur für einen Teil der Unterschiede im Essverhalten verantwortlich. Insgesamt beschäftigen sich Männer weniger intensiv mit dem Thema Ernährung, kaufen seltener Lebensmittel ein und kochen seltener als Frauen. Um Männer in Zukunft stärker für gesunde Ernährung zu interessieren, gibt es Nachbesserungsbedarf bei den Präventionsangeboten zu diesem Thema.

► Rauchen

Männer rauchen nach wie vor häufiger als Frauen und weisen häufiger einen starken Konsum von 20 und mehr Zigaretten am Tag auf. Auch wenn in den letzten Jahren ein Rückgang des Tabakkonsums bei Männern zu beobachten war, ist das Rauchen unter Männern nach wie vor ein wichtiger und weit verbreiteter Risikofaktor. Die Ergebnisse belegen, dass in sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen häufiger geraucht wird. So finden sich hohe Rauchquoten bei arbeitslosen Männern sowie in Berufsgruppen mit geringer Qualifikation. Rauchen scheint daher oft ein Mittel zur Bewältigung von ungünstigen Lebensbedingungen zu sein (kompensatorische Sucht).

Die Beendigung des Rauchens führt in jedem Alter zu einer Verbesserung der Gesundheitschancen. Die Bereitschaft mit dem Rauchen aufzuhören, ist grundsätzlich hoch und die Exraucherquote nimmt mit dem Alter deutlich zu. Dennoch bleibt die Tabakentwöhnung eine besondere präventive Herausforderung.

► Alkohol

Alkohol als Genussmittel ist in Deutschland kulturell fest verankert. Der Konsum von Alkohol besitzt jedoch gesundheits- und suchtfährdendes Potenzial. Nach Einschätzungen zum gesundheitsschädigendem Alkoholkonsum (mittels AUDIT-C) trinkt jeder dritte Mann Alkohol in riskantem Ausmaß, fast ein Viertel der Männer praktiziert mindestens jeden Monat Rauschtrinken, d.h. den Konsum von fünf oder mehr alkoholischen Getränken bei einer Trinkgelegenheit. In der Folge sind Männer auch von den Folgen des Alkoholkonsums, wie Krankenhausaufenthalte, Abhängigkeitserkrankung oder Todesfälle, stärker betroffen. Alkohol steht häufig in Zusammenhang mit Unfällen oder Gewalt und kann darüber hinaus zur Störung oder Auflösung sozialer Beziehungen sowie zum Verlust von Arbeitsplatz und Wohnung führen. Auch wenn in den letzten Jahren ein Trend zum risikoarmen Alkoholkonsum zu beobachten ist, sind risikoreiche Konsummuster bei jungen Männern nach wie vor verbreitet. Im Gegensatz zu anderen Faktoren des Gesundheitsverhaltens lassen sich beim Alkoholkonsum nur geringe Unterschiede hinsichtlich des 'sozioökonomischen Status' bei Männern feststellen.

Das subjektive Erleben von Macht, Stärke und Unverletzbarkeit steht in engem Zusammenhang mit Alkoholkonsum von Männern. Er wird zudem als Möglichkeit zur Abgrenzung von als weiblich angesehenen Verhaltensweisen gesehen. Daneben dient Alkohol als »Gefühlsmanager« bei negativen Emotionen. Hinsichtlich ihres Trinkverhaltens und der Motive für den Alkoholkonsum werden von jüngeren Männern häufig soziale Gründe angegeben, ältere Männer trinken dagegen häufig eher aus Gewohnheit und es sind bereits Abhängigkeitsmuster erkennbar.

► Illegale Drogen und Medikamente

Unkontrollierter und regelmäßiger Gebrauch bewusstseinsverändernder Substanzen oder von Medikamenten kann zu psychischer und körperlicher Abhängigkeit mit entsprechenden langzeitlichen Folgen führen. Besonders junge Männer konsumieren deutlich häufiger illegale Drogen als Frauen. Die Prävalenzen sind aber insgesamt weitaus geringer als beim Tabak- und Alkoholkonsum. Mit Blick auf alle illegalen Substanzen domi-

niert dabei der Konsum von Cannabis. Unter drogenabhängigen Personen (ohne Alkohol und Tabak) und bei den Drogentodesfällen sind Männer deutlich überrepräsentiert. Psychoaktive Medikamente werden von Männern seltener konsumiert als von Frauen; der Unterschied ist aber weniger ausgeprägt als bei den illegalen Drogen. Im Altersgang zeigen sich, anders als beim Konsum illegaler Drogen, ansteigende Prävalenzen.

Die stärkere Affinität von Männern insbesondere zum Gebrauch illegaler Drogen wird einerseits damit erklärt, dass der Konsum zum Zweck der Kompensation von Problemen/Lebenskrisen und zur Identitätsfindung, vor allem in der Jugendphase, eine Rolle spielt. Andererseits gelten sowohl die zur Schau gestellte Kontrolle des eigenen Konsums wie auch der gezielte Kontrollverlust als männliche Verhaltensweisen, die es ermöglichen, Maskulinität in Abgrenzung zu Weiblichkeit, aber auch zu Geschlechtsgenossen herzustellen.

► Gewalt

Männer sind häufiger als Frauen Täter schwerer Gewalthandlungen. Allerdings finden sich, mit Ausnahme sexueller Gewalt, auch deutlich mehr Männer unter den Opfern von zwischenmenschlicher Gewalt als Frauen. Besonders problematisch ist im Zusammenhang mit Gewalterfahrungen von Männern, dass Gewaltakte unter Jungen/Männern als übliche Auseinandersetzungen angesehen werden. Bestimmte Gewalterfahrungen, z.B. sexuelle Gewalt, liegen zudem außerhalb der männlichen Normalitätsvorstellung und sind damit häufig tabuisiert und schambesetzt. Gewalterfahrungen sind mit einem Risiko sowohl für negative körperliche wie auch psychische Folgen verbunden. Die Ergebnisse verdeutlichen die Bedeutung der Thematik Gewalt, die sowohl im wissenschaftlichen Kontext als auch im öffentlichen Diskurs Aufmerksamkeit verdient.

Neben dem Verhalten üben auch die Verhältnisse in der Gesellschaft, das heißt die Lebens- und Arbeitsbedingungen einen zentralen Einfluss auf die Gesundheit aus. Diese sind vielfach nach wie vor von geschlechtsspezifischer Arbeitsteilung und Rollenbildern geprägt. Die Bedeutung der Arbeitswelt für die Gesundheit von Männern stellt

ein Schwerpunktthema des Berichtes dar (**Kapitel 4 »Arbeit und Gesundheit«**). Hinsichtlich der Erwerbsbeteiligung zeigt sich, dass mehr Männer als Frauen erwerbstätig sind. Auch im Ausmaß der Erwerbstätigkeit sind Unterschiede sichtbar: Mehr Männer als Frauen arbeiten in Vollzeit. Männer und Frauen sind zudem in unterschiedlichen Wirtschaftsbereichen und Berufsfeldern tätig.

Erwerbstätige können von gesundheitlichen Belastungen durch die Arbeit betroffen sein. Körperliche Arbeitsbelastungen fallen vor allem in vorwiegend von Männern ausgeübten Berufen auf. Bei psychischen Belastungen zeigt sich für Männer im Vergleich zu Frauen eine etwas geringere Exposition, auch wenn die Geschlechterdifferenzen hierbei vergleichsweise gering sind. Bei allen arbeitsbezogenen Belastungen und Beschwerden sind soziale Unterschiede auffällig.

Aufgrund der großen Bedeutung der Erwerbsarbeit für die individuellen Lebens- und Verwirklichungschancen stellen Arbeitslosigkeit und Arbeitsplatzunsicherheit besondere materielle, psychische und soziale Belastungen dar. Für alle untersuchten Bereiche, von den Gesundheitsproblemen über den Krankenstand, die Beeinträchtigung bei Alltagsaktivitäten bis hin zum Gesundheitsverhalten wurden für arbeitslose Männer ungünstigere Ergebnisse ermittelt als für erwerbstätige. Ebenso stellt die Unsicherheit des eigenen Arbeitsplatzes eine erhebliche Belastung für die Gesundheit der betroffenen Männer dar. Es zeigt sich auch, dass innerhalb der Gruppe der arbeitslosen Männer die Ergebnisse sowohl nach Alter als auch Dauer der Arbeitslosigkeit zum Teil deutlich variieren.

Die geschlechtsspezifische Aufteilung des Arbeitsmarktes mit ihren spezifischen Anforderungen kann als eine Ursache für die unterschiedlichen Belastungen und gesundheitlichen Folgen bei Männern und Frauen gelten. Damit verbunden sind aber auch grundlegende Fragen der sozialen Geschlechterverhältnisse. Auch wenn genderspezifische Zusammenhänge im Bereich der Arbeitswelt noch unzureichend erforscht sind, zeigt sich insgesamt, dass die männliche Arbeitswelt durchaus spezifische Gesundheitsrisiken hervorbringt, die eine geschlechtsspezifische Betrachtung wie auch die geschlechterangemessene Ausrichtung von Maßnahmen zur Gesund-

heitsförderung und Prävention unabdingbar erscheinen lassen.

Neben der Arbeitswelt spielt die Lebensform bzw. der familiäre Lebenskontext eine zentrale Rolle für das Wohlbefinden und die Gesundheit. Aus diesem Grund werden im **Kapitel 5 »Lebensformen und Gesundheit«** Forschungsergebnisse zu den Wirkungen von Partnerschaften und Familie auf die Gesundheit von Männern präsentiert.

In der Altersgruppe bis 30 Jahre zeigen sich (noch) keine bedeutenden Unterschiede zwischen den verschiedenen Lebensformen. Ab dem Alter von 30 Jahren haben alleinlebende Männer gegenüber Männern, die in einem Partnerhaushalt leben, allerdings ein erhöhtes Risiko für Erkrankungen oder ein ungünstiges Gesundheitsverhalten. Zwischen Männern in Partnerhaushalten mit und ohne Kind(er) sind fast keine oder nur geringe Unterschiede sichtbar.

Die in diesem Kapitel vorgestellten Daten belegen auch bei Frauen ungünstigere Ergebnisse für Alleinlebende. Die in der Forschungsliteratur häufig vertretende These, nach der Männer in stärkerem Maße gesundheitlich von einer Partnerschaft »profitieren« bzw. alleinlebende Frauen aufgrund einer besseren sozialen Einbindung in soziale Netzwerke gesundheitlich besser abschneiden als alleinlebende Männer kann für die hier ausgewählten Aspekte der gesundheitlichen Lage jedoch nicht bestätigt werden.

Als Resultat der Ergebnisse des Berichtes, werden in **Kapitel 6 »Mehr Gesundheit für Männer!«** Handlungsfelder einer geschlechtersensiblen Prävention und Gesundheitsförderung sowie deren Weiterentwicklungsmöglichkeiten skizziert. Dazu werden zunächst die Angebotsstruktur präventiver Maßnahmen für Männer und die Inanspruchnahme präventiver Leistungen durch Männer analysiert. Dabei zeigt sich, dass die Mehrheit der Angebote nicht geschlechtersensibel ausgerichtet ist. Männer werden durch Präventionsangebote schlechter erreicht und nehmen diese wesentlich seltener in Anspruch als Frauen. Auf Grundlage der Analyseergebnisse werden Kriterien und Ansatzpunkte für die Gestaltung einer männergerechten Angebotsstruktur in der Prävention und

Gesundheitsförderung formuliert. Diese betreffen sowohl allgemeine Aspekte einer geschlechtergerechten Politik und Versorgungspraxis, als auch spezifische Anforderungen, wie z.B. eine männergerechte Gesundheitskommunikation.

Die Herausforderungen für eine männerspezifische Ausgestaltung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention liegen in der konsequenten Berücksichtigung von Geschlecht bzw. Geschlechtergerechtigkeit als ein zentrales Qualitätskriterium, in der kontinuierlichen Überprüfung der wissenschaftlichen Evidenz und Wirksamkeit der Angebote, in der Einbeziehung einzelner Gruppen in die Maßnahmengestaltung und in der Berücksichtigung männerspezifischer Präferenzen und Bedürfnisse bei der Ansprache und Organisation.

Bei der Erstellung des Berichtes wurden Limitationen deutlich, aus denen sich spezifische Bedarfe und Herausforderungen ableiten lassen. Im letzten Kapitel des Berichtes, dem **Kapitel 7 »Perspektive Männergesundheit«**, werden deshalb Herausforderungen für die Gesundheitsforschung skizziert.

Forschungsbedarf besteht bei der Erklärung der geschlechtsspezifischen Zusammenhänge von biologischen und soziokulturellen Einflussfaktoren auf die Gesundheit, gerade auch vor dem Hintergrund sich wandelnder geschlechtsspezifischer Rollenmuster, der Pluralisierung von Lebensformen und sich ändernder Arbeitsbedingungen.

Datenbedarf besteht in Bezug auf die Erfassung von Merkmalen, die geschlechtsspezifische gesundheitsbezogene Haltungen und Handlungsmuster widerspiegeln. Bislang ist die Datenlage zu diesen Erklärungsmerkmalen deutlich lückenhafter als bei anderen Determinanten der Gesundheit. Zudem fehlen oftmals konkrete Empfehlungen für deren Operationalisierung in epidemiologischen Studien.

Nicht zuletzt verdeutlichen die Ergebnisse des Berichtes den Bedarf eines gesellschaftlichen Diskurses über spezifische Aspekte der Männergesundheit. Der vorliegende Bericht zur Männergesundheit will dazu beizutragen, die Sensibilisierung für das Thema Männergesundheit in Politik, Wissenschaft und Praxis weiter voranzutreiben.

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

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion

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

Redaktionsschluss

15. Juli 2014

Bezugsquelle

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

Grafik/Satz

satzinform, Berlin

Zitierweise

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

Druck

Königsdruck, Berlin

ISBN

978-3-89606-224-6

There are substantial differences in health status between men and women. A striking example is life expectancy. Men live on average five years shorter.

For this reason the Federal Health Reporting at the Robert Koch Institute – in cooperation with the Federal Statistical Office and experts from research and practice – has compiled and analysed comprehensive data and information on men's health.

The differences in health between men and women – but also among men – are described and interpreted with regard to health status, health behaviour, health and work, family and living arrangements, as well as prevention. Beside the effects of biological differences there is a substantial impact of socially and culturally shaped gender roles on health behaviour, health outcomes as well as mortality. Furthermore, it becomes clear that health differences among men largely depend on life stage and socio-economic status. In addition, aspects of working life as well as living arrangements (e.g. living with family or partners) may provide significant benefits but may also pose risks for men's health. Therefore, the findings in the fields of prevention and health promotion emphasise the need for target group-specific preventive measures for men. The report provides the empirical background for the analysis of men's health. It aims to promote a greater awareness of this topic in the fields of policy making, research and practice to improve the health of men.

Männer und Frauen unterscheiden sich in Bezug auf Gesundheit und Krankheit. Ein eindrucksvolles Beispiel ist die geringere Lebenserwartung der Männer: Sie leben im Durchschnitt fünf Jahre weniger als Frauen. Neben unterschiedlichen Erkrankungshäufigkeiten gibt es auch zahlreiche geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Wahrnehmung und Kommunikation von Symptomen, im gesundheitsrelevanten Verhalten und bei der Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten.

Aus diesem Grund hat die Gesundheitsberichterstattung des Bundes am Robert Koch-Institut in Kooperation mit dem Statistischen Bundesamt und Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und Praxis in diesem Bericht umfassende Daten und Informationen zur Männergesundheit zusammengetragen.

Die gesundheitlichen Unterschiede zwischen Männern und Frauen, aber auch innerhalb der Gruppe der Männer werden für ausgewählte Themen aus den Bereichen Gesundheitsstatus, Gesundheitsverhalten, Arbeitswelt und Gesundheit, Lebensformen / Familie und Gesundheit sowie Prävention beschrieben und interpretiert. Dabei wird deutlich, dass soziokulturell geprägte Geschlechterrollen einen wesentlichen Einfluss auf das Gesundheitsverhalten und damit auch auf die gesundheitliche Lage und die Sterblichkeit haben. Zudem zeigen sich innerhalb der Gruppe der Männer in Abhängigkeit von Lebensphasen und sozioökonomischem Status deutliche gesundheitliche Unterschiede. Die Ergebnisse des Berichtes belegen zudem, dass insbesondere das Arbeitsleben wie auch die Formen des familialen und partnerschaftlichen Zusammenlebens wichtige Potenziale aber auch Risiken für die Gesundheit von Männern bergen können. Die Analysen aus den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung betonen daher zusammenfassend die Notwendigkeit einer zielgruppenspezifischen Ausdifferenzierung präventiver Maßnahmen für Männer.

Der Bericht liefert die empirischen Grundlagen zum Thema Männergesundheit und will dazu beitragen, die Sensibilisierung für das Thema in Politik, Wissenschaft und Praxis weiter voranzutreiben und damit die Gesundheit von Männern zu erhalten und zu fördern.

© Robert Koch-Institut
ISBN 978-3-89606-224-6

Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut
im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit

