



Die Gesundheit von Männern ist nicht die Gesundheit von Frauen





Impressum

Autoren:

Dr. Günter Tempel
Felicitas Jung
unter Mitarbeit von Carsten Schröder

Redaktion:

Winfried Becker
Referat Kommunale Gesundheitsberichterstattung

Herausgeber:

Gesundheitsamt Bremen
Abteilung Gesundheit und Umwelt
Horner Straße 60-70
28203 Bremen

Verantwortlich:

Dr. Günter Tempel
Referat Kommunale Gesundheitsberichterstattung

Dr. Joachim Dullin
Abteilung Gesundheit und Umwelt

Kontakt:

Gesundheitsamt Bremen
Horner Straße 60-70
28203 Bremen

gesundheitsberichterstattung@gesundheitsamt.bremen.de
<http://www.gesundheitsamt.bremen.de/info/gbe>

Erscheinungsdatum: Mai 2013



Die Gesundheit von Männern ist nicht die Gesundheit von Frauen



Inhalt

Zusammenfassung	5
1. Einleitung	7
2. Gesundheit und Geschlechterrollen	10
3. Zur Gesundheit von Frauen und Männern	13
3.1 Sterblichkeit (Mortalität) und Lebenserwartung	13
3.2 Krankheitshäufigkeit (Morbidität)	16
3.3 Geschlecht und Gesundheit aus Sicht des Bremer Gesundheitsamtes	17
3.3.1 Kinder- und Jugendliche	17
3.3.2 Suchtmittelkonsum	17
3.3.3 AIDS und andere sexuell übertragbare Erkrankungen	18
3.3.4 Tuberkulose	19
3.3.5 Pflegebedürftigkeit und enterale Ernährung	19
3.3.6 Sozialer Status und Lebenserwartung	19
3.4 Warum sterben Männer früher?	21
3.4.1 Männer sind gesundheitlich labiler	21
3.4.2 Live hard, die young – Männer leben riskanter	21
3.4.3 Männer haben gefährlichere Arbeitsplätze	22
3.4.4 Männertypische Rollenmodelle können krank machen	23
4. Krankheitsfrüherkennung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung	26
4.1 Angebote	26
4.1.1 Geschlechtsspezifische Strukturmerkmale des Angebots	27
4.1.2 Nachfrage und Inanspruchnahme	29
4.2 Geschlechtergerechte Prävention und Gesundheitsförderung ist machbar	33
4.3 Freizeit- und Breitensport als Ansatzpunkt männerorientierter Gesundheitsförderung	36
5. Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Männer in Bremen	39
5.1 "Runder Tisch Männergesundheit" in Bremen	40
5.2 Befragung von Männern in Gröpelingen und in Tenever	41
5.3 Fazit für die Weiterarbeit	44
6. Schlussbemerkungen	46
7. Literatur	50



Zusammenfassung

Männer und Frauen haben ungleiche Gesundheitschancen. Auffällig ist der große Abstand in der Lebenserwartung. Zurzeit beträgt in Deutschland die mittlere Lebenserwartung von Männern knapp 78 Jahre, die mittlere Lebenserwartung von Frauen liegt fünf Jahre höher bei knapp 83 Jahren. Besonders ausgeprägt sind diese geschlechtsspezifischen Unterschiede im unteren Segment der Gesellschaft. Männer mit einem niedrigen Sozialstatus sind die Bevölkerungsgruppe mit der niedrigsten Lebenserwartung. Männer mit Höchstehkommen leben durchschnittlich 11 Jahre länger als Männer mit einem Einkommen unterhalb der Armutsgrenze.

Viele Krankheiten treten bei Männern häufiger auf, so auch die beiden Haupttodesursachen Herz-Kreislauf-Erkrankungen und bösartige Neubildungen (Krebs). Psychische Erkrankungen hingegen werden bei Frauen häufiger festgestellt als bei Männern, die häufigsten Diagnosen sind Depressionen und Angststörungen. Auch Altersdemenzen treten wegen der höheren Lebenserwartung bei Frauen häufiger auf.

Verantwortlich für die gesundheitlichen Unterschiede zwischen Männern und Frauen sind verschiedene Faktoren. Etwa ein bis zwei Jahre des Unterschieds in der Lebenserwartung sind biologischen Ursprungs und damit quasi naturgegeben. Männer verhalten sich aber auch gesundheitsschädigender und risikoreicher. Tabakkonsum, der Konsum anderer (illegaler) Suchtmittel und problematischer Alkoholkonsum kommen bei Männern häufiger vor. Knapp zwei Drittel aller Todesfälle aufgrund von Unfällen, Angriffen und Suiziden entfallen auf Männer. Ein weiterer Faktor ist die bislang wenig beachtete Tatsache, dass gefährliche und gesundheitsschädigende Arbeiten in aller Regel von Männern verrichtet werden. Die Männeranteile bei den anerkannten Berufskrankheiten, bei den tödlichen Arbeitsunfällen und bei den Todesfällen aufgrund von Berufskrankheiten betragen zwischen 91 und 98%. Zudem beeinflussen geschlechtsspezifische Rollenerwartungen Gesundheitschancen. Dass Frauen und Männer unterschiedliche Gesundheitsrisiken eingehen und auf Krankheitssymptome jeweils anders reagieren, hängt mit allgemein geteilten Vorstellungen über Männlichkeit und Weiblichkeit zusammen. Die kulturellen Leitbilder legen Männer zudem einseitig auf Erwerbstätigkeit fest, um die materielle Existenz der Familie zu sichern. Vor diesem Hintergrund bedeutet Arbeitslosigkeit für Männer, dass sie ihrer gesellschaftlichen Rolle nicht gerecht geworden und letztendlich gescheitert sind. Die psychosozialen und gesundheitlichen Folgen sind oftmals gravierend.

Angebote zur Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung sollen dazu beitragen, Erkrankungsrisiken zu verringern. Frauen nutzen Leistungen zur Krankheitsfrüherkennung stärker als Männer und beteiligen sich wesentlich häufiger an den Gesundheitskursen der Gesetzlichen Krankenkassen und der Volkshochschulen. Die geringere Inanspruchnahme durch Männer ist allerdings kein zwingender Hinweis auf Desinteresse der Männer an Gesundheitsthemen. In der Fachwelt wird kritisiert, dass die gängigen Präventionsangebote im Grunde genommen für Frauen konzipiert sind. Geschlechtsspezifische Gesundheitskurse, die gezielt Frauen oder Männer ansprechen, sind die Ausnahme, die Angebote wenden sich überwiegend an Frauen.

Männer und Frauen verbinden mit Gesundheit unterschiedliche Vorstellungen und benötigen daher unterschiedliche Angebote und Ansprachen. Männer definieren Gesundheit eher funktionalistisch im Sinne von "Leistungsfähigkeit" und "Abwesenheit von Krankheit". Sie bevorzugen Angebote, die ihnen helfen, ein konkretes Gesundheitsproblem zu bewältigen.



Da Männer sportlich aktiver und häufiger Mitglied in einem Sportverein sind als Frauen, liegt es nahe, Freizeit- und Breitensport zum Ausgangspunkt männerspezifischer Prävention und Gesundheitsförderung zu machen. Für Frauen ist dagegen der Aspekt "Wohlbefinden" wichtiger, des Weiteren zeigen sich Frauen an paramedizinischen Behandlungskonzepten (Alternativmedizin) stärker interessiert.

Es greift jedoch zu kurz, Männer und Frauen als homogene Zielgruppen für Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung zu behandeln. Anhand der sexuell übertragbaren Infektionskrankheiten wird deutlich, dass neben dem Merkmal "Geschlecht" zusätzlich Lebenslagen und milieugebundene Verhaltensweisen in Betracht zu ziehen sind. Pauschal gesehen treten sexuell übertragbare Infektionskrankheiten bei Männern wesentlich häufiger auf als bei Frauen. Der größte Teil dieser Infektionen entfällt jedoch auf eine relativ kleine Gruppe, und zwar auf Männer mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten. Auch unter den an sich weit weniger gefährdeten Frauen gibt es eine Risikogruppe, nämlich die oftmals in prekären Verhältnissen lebenden Sexarbeiterinnen (Prostituierte). Für diese beiden Zielgruppen gibt es gesonderte Interventionsprogramme, die die unterschiedlichen Ausgangslagen berücksichtigen.

Eine bisher vernachlässigte Zielgruppe sind Männer mit niedrigem Sozialstatus. Diese Männer tragen besonders hohe Gesundheitsrisiken und haben die geringste Lebenserwartung. Der 2010 von der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales ins Leben gerufene "Runder Tisch Männergesundheit" hat hierzu Vorschläge für Aktivitäten im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung erarbeitet. Ein wichtiger Punkt ist die Schaffung neuer und die Weiterentwicklung bestehender Angebote vor Ort. Dabei sind, neben der Zielgruppe, alle lokalen Akteure zu beteiligen. Dazu zählt auch die Ärzteschaft. Ein nicht zu unterschätzendes Problem ist (funktionaler) Analphabetismus. Aufklärungskampagnen sollten daher möglichst direkte Kommunikationsformen nutzen.



1. Einleitung

Während sich Frauengesundheit, ein zentrales Thema der feministischen Bewegung, bereits in den 1970er Jahren als eigener Forschungsgegenstand etablierte, begannen die Gesundheitswissenschaften erst vor etwa zehn Jahren, sich gezielt der Gesundheit der Männer zu widmen. Mittlerweile sind einige Studien erschienen, die sich mit Männergesundheit beschäftigen.¹ Auch in Bremen erschien im Jahr 2007 ein erster Bericht zur Gesundheit von Männern und Frauen.² Zurzeit bereitet das Robert Koch-Institut einen Bericht zur gesundheitlichen Lage der Männer in Deutschland vor, an dem auch das Bremer Gesundheitsamt mitgewirkt hat.

Ein wesentliches Motiv für die Auseinandersetzung mit dem Thema "Geschlecht und Gesundheit" ist der deutliche Unterschied in der Lebenserwartung zwischen beiden Geschlechtern. Männer sterben in Deutschland durchschnittlich fünf Jahre früher als Frauen. Die mittlere Lebenserwartung einer Frau liegt zurzeit bei fast 83 Jahren und die eines Mannes bei fast 78 Jahren. Dieser Abstand in der Lebensdauer besteht schon lange, wurde jedoch in der Vergangenheit kaum thematisiert.

Ein weiterer Grund, sich mit geschlechtsspezifischer Gesundheit eingehender zu beschäftigen, sind die unterschiedlichen Auswirkungen sozialer Ungleichheit auf die Gesundheit von Frauen und Männern. Männer mit niedrigem Sozialstatus tragen mehr gesundheitliche Belastungen als Männer und Frauen aus oberen sozialen Schichten. Auch im Vergleich zu Frauen mit dem gleichen (niedrigen) Sozialstatus sind ihre gesundheitlichen Risiken offenbar größer. Im Ergebnis sind Männer aus unteren sozialen Schichten die Bevölkerungsgruppe mit der geringsten Lebenserwartung in Deutschland.

In der öffentlichen Debatte wird das gesundheitsbezogene Verhalten von Männern häufig skandalisiert. Demnach haben Männer ihr vergleichsweise frühes Ableben selbst zu verantworten.³ Hingewiesen wird auf offenkundig riskantes und gesundheitsschädigendes Verhalten, sowie auf die angebliche Neigung, Krankheitssymptome so lange wie möglich zu ignorieren. Die geringere Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen und Angeboten zur Gesundheitsförderung durch Männer gilt als Ausdruck eines mangelhaft entwickelten Gesundheitsbewusstseins. Dass Männer im Vergleich zu Frauen seltener zum Arzt gehen, wird ebenfalls in diese Richtung gedeutet. Männer stehen daher immer wieder als "Vorsorgemuffel" oder gar als "Gesundheitsidioten" am Pranger.⁴

Allmählich setzen sich jedoch differenziertere Sichtweisen durch. Einige Autoren und Autorinnen machen darauf aufmerksam, dass sich die Gesundheitskurse der gesetzlichen Krankenkassen und der Volkshochschulen in Form, Inhalt und Ansprache im Grunde genommen an Frauen richten.⁵ Die geringe Zahl teilnehmender Männer sei daher nicht verwunderlich. Ein weiterer, bislang erstaunlich wenig beachteter Aspekt ist die Tatsache, dass erwerbstätige Männer viel häufiger als erwerbstätige Frauen unter gesundheitsschädigenden Bedingungen arbeiten. Außerdem hat die frühere Sterblichkeit von Männern zumindest zum Teil biologische Ursachen, die kaum beeinflussbar sind.

¹ Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2005a), DAK (Hrsg.) (2008), Bardehle, Stiehler (Hrsg.) (2010)

² Die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (Hrsg.) (2007)

³ z.B. Oberhuber (2010)

⁴ Dinges (2010)

⁵ Wülfing (1998), Wohlfart (1998), vgl. auch die Beiträge in: Altgeld (Hrsg.) (2004)



Zur Erklärung des unterschiedlichen Gesundheitsverhaltens von Frauen und Männern wird zunehmend auf die Bedeutung sozialer Rollen verwiesen. Soziale Rollen sind verbunden mit bestimmten, gesellschaftlich festgelegten Verhaltenserwartungen an Individuen. Jeder Mensch bewegt sich in mehreren sozialen Rollen, beispielsweise als Vater oder als Mutter, als Angehörige(r) einer bestimmten Berufsgruppe oder eben als Frau beziehungsweise als Mann. Zu den Geschlechterrollen gehören allgemein geteilte Ansichten über typische Verhaltensweisen von Männern und Frauen. Dadurch beeinflussen Geschlechterrollen direkt oder indirekt Handlungen, Wahrnehmungen und Interaktionen der Individuen. Differentes Gesundheitsverhalten der Geschlechter ist demnach auch eine Reaktion auf gesellschaftliche Erwartungen. In Geschlechterrollen wird der Hauptgrund gesehen, weshalb Frauen und Männer unterschiedliche Gesundheitsrisiken eingehen, auf Krankheitssymptome jeweils anders reagieren und das medizinische Versorgungssystem unterschiedlich stark nutzen.⁶

Die Forderung nach Gleichstellung von Männern und Frauen in allen Lebensbereichen beinhaltet die Chance, ein Leben in Gesundheit für beide Geschlechter gleichermaßen aktiv zu fördern. Das so genannte "Madrid-Statement" der Weltgesundheitsorganisation WHO führte die Geschlechterperspektive in das Gesundheitswesen ein.⁷ Diese Erklärung benennt das sozial definierte Geschlecht "Gender" als Merkmal, das mit biologischen und gesellschaftlichen Faktoren zusammenwirkt und Gesundheitschancen sowohl hervorbringen als auch blockieren kann.

Ein wichtiges Element der Gleichstellungspolitik sind geschlechtergerechte Versorgungsstrukturen. Die mittlerweile erschienenen Frauen- und Männergesundheitsberichte verweisen auf typische Bedarfe, Voraussetzungen und Potenziale, die im Rahmen einer geschlechtsspezifisch angemessenen Gesundheitsversorgung berücksichtigt werden müssen. Dies kann bedeuten, Aktivitätsfelder besonders zu betonen oder sogar neu auszurichten. Dabei geht es, neben dem politischen Ziel der Gleichstellung, auch um mehr Wirtschaftlichkeit (Effizienz) durch Entwicklung passgerechter Angebote, die Zielgruppen besser erreichen und besonderen Problemlagen wirksamer begegnen können.

Die vorliegende Arbeit versteht sich als Beitrag zur Umsetzung der Gleichstellungspolitik im Bereich Gesundheit. Sie soll das Bewusstsein für das Thema "Geschlechtsspezifische Gesundheitsversorgung" weiter schärfen. Dabei richtet sich der Blick stärker auf die Gesundheit von Männern, da diese Thematik bislang vergleichsweise wenig berücksichtigt wurde.

Dem öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) fällt bei der Planung gemeindenaher Strukturen im Bereich Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung eine wichtige Rolle zu, indem er ressortübergreifende Aktivitäten anregt und mit koordiniert.⁸ In diesem Zusammenhang hat die Gesundheitsberichterstattung die Aufgabe, Lebenslagen auch geschlechtsspezifisch zu analysieren, um Angebote bedarfs- und zielgruppengerecht entwickeln und initiieren zu können.

Im Folgenden geht der Bericht zunächst auf die gesundheitliche Bedeutung von Geschlechterrollen ein. Es folgt ein Abriss der Erkenntnislage zur Gesundheit von Frauen und Männern. Eingearbeitet sind die Ergebnisse verschiedener Berichte aus dem Gesundheitsamt Bremen, die Aufschluss geben über unterschiedliche Krankheitslasten bei Männern und Frauen. Das anschließende Kapitel analysiert die Angebotsstruktur und Nachfrage im Bereich Krankheits-

⁶ Vgl. Sieverding, Kendel (2012), S. 1118

⁷ World Health Organization (WHO) Europe (2001)

⁸ Vgl. Leidel (2005)



prävention und Gesundheitsförderung. Dabei wird auch die Bremer Situation dargestellt. Die Ergebnisse dieser Analyse bilden die Basis für allgemeine Überlegungen, wie an Männer gerichtete Gesundheitsprogramme konzipiert sein müssten.

Am Beispiel von AIDS und anderen sexuell übertragbaren Erkrankungen wird aufgezeigt, dass geschlechtergerechte Prävention und Gesundheitsförderung nicht lediglich bedeutet, Männer und Frauen als jeweils homogene Zielgruppen zu behandeln. Damit Programme erfolgreich sind, bedarf es vielmehr weiterer Differenzierungen, die besondere Betroffenheit und Lebensumstände berücksichtigen.

Schließlich greift der Bericht ein Thema auf, das seit jeher zu den Handlungsfeldern des ÖGD gehört, nämlich Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen. In diesem Fall geht es um Männer in prekären Lebensverhältnissen. Diese Zielgruppe weist die höchsten Krankheitsrisiken auf und hat die niedrigste Lebenserwartung. Das Kapitel skizziert erste Handlungsansätze, die in Bremen über den "Runden Tisch Männergesundheit" bereits erprobt werden.

Der Bericht schließt mit einem Fazit, das Kernaussagen bezüglich der Weiterentwicklung geschlechtsspezifischer Gesundheitsförderung zusammenfasst.



2. Gesundheit und Geschlechterrollen

Die Chancen auf ein gesundes Leben werden im entscheidenden Maße gesellschaftlich beeinflusst. Zwar lassen sich die Unterschiede zwischen den Geschlechtern hinsichtlich Krankheitsrisiken und Lebenserwartung bis zu einem gewissen Grad durch biologische Faktoren erklären. Weitaus bedeutsamer sind jedoch soziologisch relevante Sachverhalte wie sozialer Status, aber auch soziale Rollen und damit verbundene Handlungsoptionen.

Der Zusammenhang zwischen Sozialstatus und Gesundheit ist hinlänglich bekannt und beschrieben. Ganz allgemein gehen höhere Bildung und hohe Einkommen einher mit weniger Krankheiten und höherer Lebenserwartung. Soziale Rollen haben insofern einen Einfluss auf Gesundheit, indem sie individuelle Handlungsspielräume abstecken. So sind mit Geschlechterrollen gesellschaftliche Vorstellungen (Rollenerwartungen) verbunden, welche Verhaltensweisen für Frauen und für Männer bezeichnend sind, mithin als annehmbar gelten. Je nach Kulturkreis variieren die Ansichten, was einen Mann und was eine Frau ausmacht. Die Sozialwissenschaften unterscheiden daher zwischen dem biologischen Geschlecht (sex) und der kulturellen Konstruktion von Geschlecht (gender).

Kulturelle Leitbilder von Männlichkeit und Weiblichkeit können gesundheitsbewusstes Handeln ermöglichen oder zu riskantem Verhalten auffordern. Während Frauen grundsätzlich zugebilligt wird, sich intensiver um ihre Gesundheit zu kümmern, werden von Männern eher Tugenden wie Stärke, Härte gegen sich selbst und Courage erwartet. Insofern läuft ein Mann Gefahr sich lächerlich zu machen, wenn er sich allzu sehr mit Symptomen beschäftigt und Befindlichkeiten hervorkehrt. "*Wer hat Respekt vor einem Mann mit einer Yogamatte?*" fragte vor einiger Zeit die Journalistin Wäis Kiani, die sich über das Lifestyle-Phänomen "metrosexuelle Männer" mokierte.⁹

Geschlechterrollen beeinflussen Krankheitswahrnehmungen und damit auch ärztliche Diagnosen und Therapieempfehlungen. Koronare Herzkrankheiten zum Beispiel werden bei Frauen trotz eindeutiger Symptome verspätet diagnostiziert, weil koronare Herzkrankheiten als Männerkrankheit gelten. Gesundheitliche Beschwerden bei Frauen werden sowohl von den Frauen selbst als auch von Ärztinnen und Ärzten häufiger psychosomatisch gedeutet, obwohl eine somatische Krankheit vorliegt. Auf der anderen Seite werden psychische Probleme bei Männern öfters übersehen.¹⁰

Auch in der Arbeitswelt prägen Geschlechterrollen individuelle Orientierungen. Geläufig sind die geschlechtstypischen Unterschiede bei der Berufswahl.¹¹ Frauen arbeiten fast ausschließlich im Dienstleistungssektor. Von den erwerbstätigen Bremer Frauen sind 90% im Dienstleistungsbereich beschäftigt, nur 10% haben ihren Arbeitsplatz im produzierenden Gewerbe.

⁹ Kiani (2003). Der Begriff „Metrosexuell“ steht nicht für eine bestimmte sexuelle Orientierung. Kennzeichnend für metrosexuelle Männer ist ein extravaganter Lebensstil, der auch Elemente beinhaltet, die ansonsten als typisch weiblich gelten (z.B. Interesse für Mode und Accessoires). Das Auftreten metrosexueller Männer wird daher oft als mehr oder weniger effeminiert empfunden.

¹⁰ Sieverding, Kendel (2012), S. 1121

¹¹ 2011 war Kauffrau im Einzelhandel der am häufigsten gewählte Ausbildungsberuf bei Frauen, Männer schlossen am häufigsten Ausbildungsverträge als Kraftfahrzeugmechatroniker ab (Statistisches Bundesamt (2012a)). Im Hochschulbereich dominieren Männer die so genannten MINT-Fächer (Mathematik, Informatik, Naturwissenschaften, Technik), während Frauen in den Sprach- und Kulturwissenschaften, in pädagogischen Studiengängen und in Studiengängen des Sozialwesens klar in der Mehrheit sind (Statistisches Bundesamt (2012b)).



Demgegenüber arbeiten mehr als ein Drittel der erwerbstätigen Bremer Männer im produzierenden Sektor und knapp zwei Drittel im Dienstleistungsbereich.

Ein weiteres Kennzeichen der männlichen Geschlechterrolle ist die einseitige Fixierung auf Erwerbstätigkeit und Karriere. Frauen hingegen stehen im Prinzip verschiedene Optionen offen. Sie können eine berufliche Karriere anstreben, sich ganz der Familie widmen oder auch versuchen, beide Bereiche miteinander zu vereinbaren. Allerdings bahnt sich hier eine Veränderung an. Nicht-erwerbstätige Frauen geraten zunehmend unter Rechtfertigungsdruck, vor allem wenn sie gut ausgebildet sind.

Die Studie „männerleben“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bestätigt allerdings einmal mehr, dass die Gründung einer Familie, markiert durch die Geburt von Kindern, zu einem Traditionalisierungsschub in den Rollenverteilungen innerhalb von Partnerschaften führt.¹² Männer übernehmen überwiegend die Ernährerrolle. Frauen tendieren dazu, ihre berufliche Tätigkeit aufzugeben oder zumindest einzuschränken. 88% der Männer in ehelichen und nichtehelichen Lebensgemeinschaften mit Kindern sind zwischen 35 und mehr als 45 Stunden berufstätig. Dieses Verhalten ist kulturell beeinflusst, wie ein Vergleich zwischen Ost- und Westdeutschland zeigt. In den westlichen Bundesländern tragen 90% der Männer mit Kindern unter 18 Jahren den größeren Beitrag zum Haushaltseinkommen bei, von den Partnerinnen mit Kindern unter 18 Jahren sind im Westen 41% nicht erwerbstätig und nur 18,4% haben mehr als eine halbe Stelle. Ein ähnliches Muster findet sich auch in den östlichen Bundesländern, dort jedoch weit weniger ausgeprägt. In Ostdeutschland steuern nur 58,5% der Männer mit Kindern unter 18 Jahren den größeren Beitrag zum Haushaltseinkommen bei und 63,5% ihrer Partnerinnen haben mehr als eine halbe Stelle. Dieser Ost-West-Unterschied wird vor allem darauf zurückgeführt, dass Frauen in der DDR erheblich stärker in das Erwerbsleben integriert waren als Frauen in der früheren Bundesrepublik. Dies begründete unterschiedliche Vorstellungen zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie.¹³ Aber nicht nur Erwerbskonstellationen, sondern auch familienbezogene Arrangements sind in Ostdeutschland egalitärer. Im Westen tragen nur in 26% der befragten Haushalte beide Elternteile gleichermaßen Verantwortung für Haushalt und Kinder, während dies im Osten 47% sind.

Insgesamt gesehen sind in Deutschland Frauen etwas weniger erwerbstätig als Männer. Der Anteil der Frauen an den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten liegt in Bremen bei 48% und in Deutschland bei 45,9%. Ihr Anteil am so genannten demografischen Erwerbspotenzial – das sind die Altersgruppen von 15 bis 65 Jahren – entspricht in Bremen und in Deutschland fast genau der Hälfte der Bevölkerung (Bremen 49,6%, Deutschland 49,5%).¹⁴ Frauen arbeiten zudem wesentlich häufiger in Teilzeit als Männer. Der Frauenanteil bei den Teilzeitbeschäftigten bis 35 Stunden pro Woche beträgt etwa drei Viertel, 71,1% in Bremen und 75% in Deutschland. Auch von den geringfügig Beschäftigten sind über drei Viertel Frauen.

Die für Männer typische Orientierung auf den Beruf bei gleichzeitig eingeschränkten Kompensationsmöglichkeiten gilt als einer der Gründe, warum sich kritische Lebensereignisse allgemein und speziell der Arbeitsplatzverlust auf die Gesundheit von Männern besonders

¹² Wunderlich, Helffrich, Klindworth (2004)

¹³ Wirth, Tölke (2013)

¹⁴ Statistisches Landesamt Bremen (Hrsg.) (2012), Eigene Berechnungen. Quelle: Statistisches Bundesamt (2011b) S. 83, Eigene Berechnungen. Quelle: Statistisches Bundesamt (2012c). Nach einer Anfrage zur Verfügung gestellte Daten.



negativ auswirken. Verglichen mit Frauen erleben Männer Arbeitslosigkeit als psychisch belastender,¹⁵ für viele arbeitslose Männer wird der Lebenssinn massiv in Frage gestellt. In diesem Zusammenhang sei auf den gravierenden Stellenabbau im produzierenden Gewerbe während der letzten 20 Jahre hingewiesen,¹⁶ der vor allem Männer betraf.¹⁷

Bei Frauen führen entsprechende kritische Lebensereignisse zu weniger eindeutig negativen gesundheitlichen Effekten und in geringerem Maße zu früherer Sterblichkeit. Hier bietet die größere Rollenflexibilität Frauen offensichtlich gesundheitlich wirksame Kompensationsmöglichkeiten. Gleichwohl hinterlassen unsichere Lebensperspektiven, Arbeitslosigkeit und Armut auch bei Frauen gesundheitliche Spuren.

Geschlechterrollen sind nicht unveränderlich. Wie die Unterschiede zwischen Ost- und West-Deutschland zeigen, sind durchaus andere Gewichtungen von Beruf und Familie innerhalb familiärer Lebensgemeinschaften vorstellbar. Dies könnte auch für Männer gesundheitlich entlastend sein. Soziale Rollen wandeln sich jedoch nur langsam und auch nur dann, wenn bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind, in diesem Fall gute Arbeitsmarktchancen und eine ausgebaute Infrastruktur zur Betreuung von Kindern.

Als Resümee lässt sich festhalten, dass Geschlechterrollen sowie gesellschaftliche Rahmenbedingungen für die Gestaltung von Familienleben die Gesundheit von Männern und Frauen sowohl unmittelbar als auch mittelbar stark beeinflussen. Unmittelbar, indem Geschlechterrollen gesundheitsbezogenes Verhalten prägen und Symptomdeutungen beziehungsweise Krankheitswahrnehmungen beeinflussen. Mittelbar, indem sie Möglichkeiten zur Gestaltung von Lebensentwürfen eröffnen oder begrenzen und sich auf Berufsbiografien auswirken. Dies hat auch Konsequenzen für die Entwicklung von Programmen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. Es ist sinnlos, gesundheitsgefährdendes Verhalten als unvernünftig zu brandmarken und die dahinter stehenden gesellschaftlichen Mechanismen zu ignorieren. Um positive Effekte für die Gesundheit von Männern und von Frauen zu erzielen, sind auch geschlechtsspezifische Gesundheitsprogramme zu entwickeln, die in Inhalten und Zielgruppenansprache Geschlechterrollen berücksichtigen.

¹⁵ Oesch, Lipps (2012)

¹⁶ Zwischen 1991 und 2010 ging die Zahl der Erwerbstätigen im produzierenden Gewerbe um 30% zurück. Im selben Zeitraum stieg im Dienstleistungsbereich die Zahl der Erwerbstätigen um 29,5% (Statist. Bundesamt (Hrsg.) (2011a), S. 84, Tab. 3.2).

¹⁷ Drei Viertel der im produzierenden Gewerbe Beschäftigten sind Männer.



3. Zur Gesundheit von Frauen und Männern

Männer fühlen sich im Vergleich zu Frauen gesünder und berichten weniger Beschwerden, obwohl sie ein größeres Erkrankungsrisiko haben und eine wesentlich geringere Lebenserwartung aufweisen. Frauen dagegen erscheinen trotz ihrer höheren Lebenserwartung als das kränkere Geschlecht. In Umfragen berichten sie deutlich häufiger chronische Krankheiten und schätzen ihre Gesundheit deutlich schlechter ein als Männer.¹⁸ Diese Befunde sind ein offenkundiger und überraschender Widerspruch zu bekannten Fakten.

3.1 Sterblichkeit (Mortalität) und Lebenserwartung

Männer weisen in allen Altersgruppen höhere Sterblichkeitsraten als Frauen auf.¹⁹ Besonders dramatisch ist dieser Unterschied im Altersbereich 15 bis 70 Jahre, dort liegt die Sterblichkeit der Männer etwa doppelt so hoch. Beträchtlich sind auch die Differenzen in der vorzeitigen und in der vermeidbaren Sterblichkeit zu Ungunsten der Männer. Aktuell erreichen Frauen in Deutschland ein mittleres Alter von 82,8 Jahren, die durchschnittliche Lebenserwartung der Männer beträgt 77,8 Jahre.²⁰

In der Stadt Bremen zeigt sich ein fast identisches Gefälle, wobei die Lebenserwartung der Bremer Bevölkerung leicht unter dem Bundesdurchschnitt liegt. In Bremen erreichen Männer ein mittleres Alter von 77,4 Jahren und Frauen eines von 82,6 Jahren (siehe Abbildung 1a und 1b).²¹

Im Vergleich mit den 14 größten Städten Deutschlands (~ 500.000 Einwohner und mehr)²² liegt die Lebenserwartung in Bremen bei Männern wie bei Frauen eher im unteren Drittel, zusammen mit einigen Städten des Ruhrgebiets. Die Unterschiede zwischen den Städten sind bei den Frauen etwas geringer als bei den Männern. Bei Frauen beträgt der Abstand zwischen dem niedrigsten und dem höchsten Wert 3,7 Jahre, bei Männern 4,1 Jahre.

Im Übrigen fiel bei der Sichtung der Daten die deutlich unter dem bundesdeutschen Durchschnitt liegende mittlere Lebenserwartung der Bevölkerung in Bremerhaven auf. Die Lebenserwartung der Bremerhavener Männer beträgt zurzeit 74,5 Jahre, die der Bremerhavener Frauen liegt bei 80,6 Jahren.

¹⁸ Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2011b), S. 51ff

¹⁹ Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2011a). Dass in der ältesten Altersgruppe der Sterblichkeitsstatistik Frauen eine höhere Sterblichkeit als Männer aufweisen, ist ein Effekt des Simpson-Paradox.

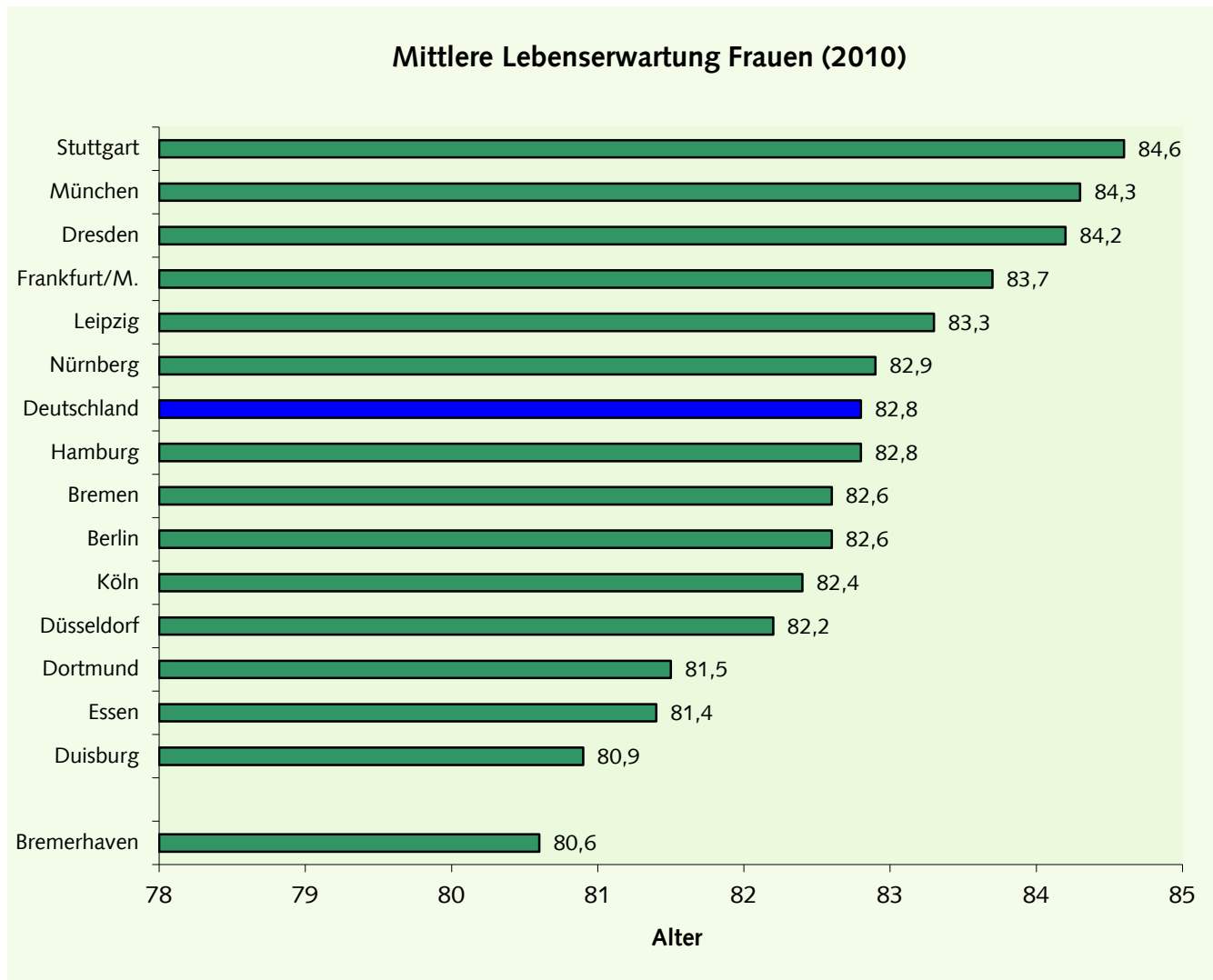
²⁰ Daten: Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) (2012). Die Angaben beziehen sich auf das Jahr 2010.

²¹ Daten: Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) (2012)

²² Die Region Hannover wurde nicht berücksichtigt, da diese neben der Stadt Hannover noch die angrenzenden Gemeinden umfasst. Für die Stadt Hannover lagen keine separaten Angaben zur Lebenserwartung der Bevölkerung vor.



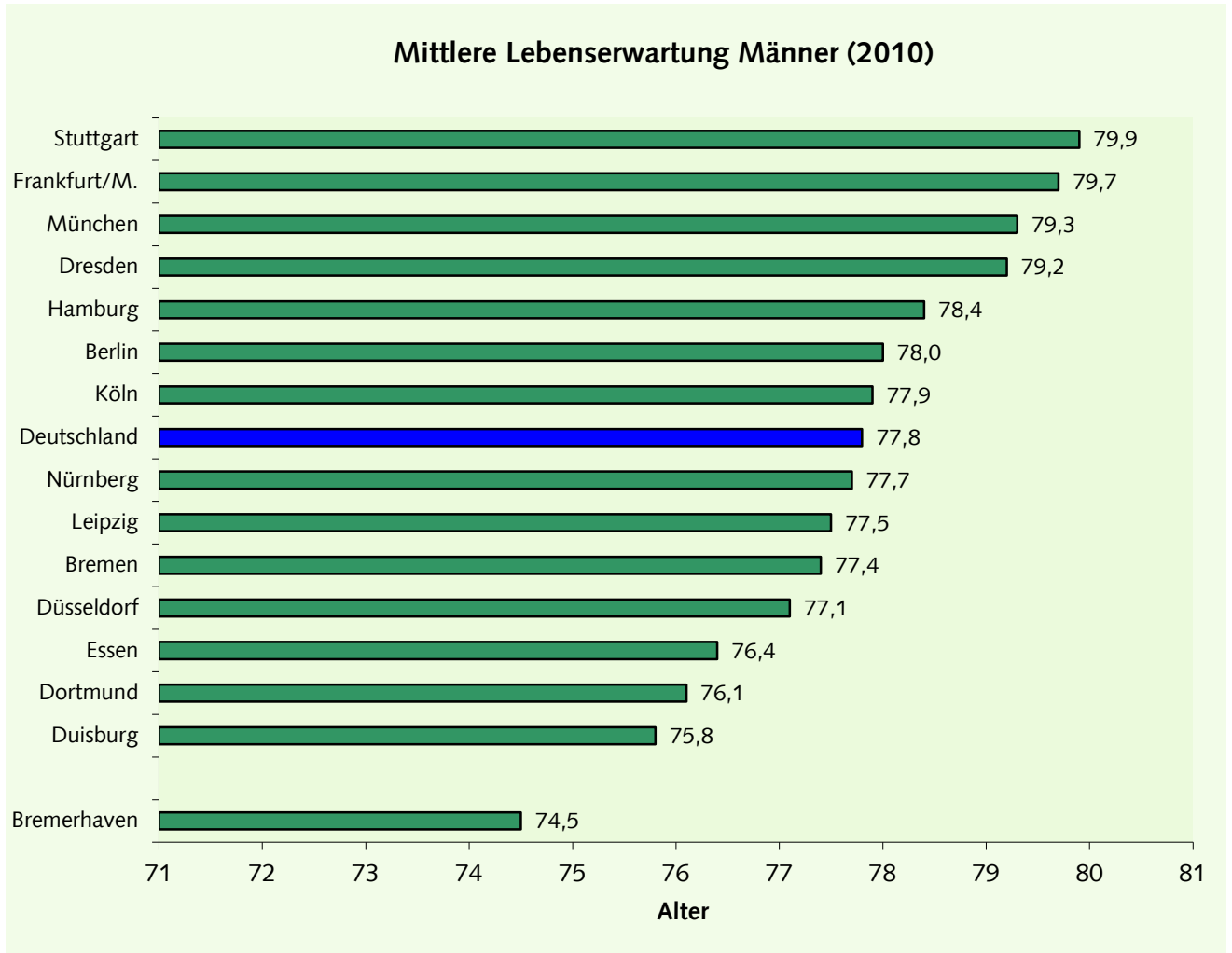
Abbildung 1a: Mittlere Lebenserwartung von Frauen in ausgewählten deutschen Großstädten



Daten: Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) (2012)



Abbildung 1b: Mittlere Lebenserwartung von Männern in ausgewählten deutschen Großstädten



Daten: Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) (2012)



3.2 Krankheitshäufigkeit (Morbidity)

Männer und Frauen sind im unterschiedlichen Maße krankheitsgefährdet, außerdem unterscheiden sich die jeweiligen Erkrankungsgipfel. Viele Krankheiten treten bei Männern häufiger als bei Frauen auf, so auch die beiden Haupttodesursachen **Herz-Kreislauf-Erkrankungen** und **bösartige Neubildungen (Krebs)**. Nach den aktuellen Zahlen der epidemiologischen Krebsregister erkranken in Deutschland 50,7% der Männer und 42,8% der Frauen im Laufe ihres Lebens an Krebs, wobei Frauen – gemessen an der 5-Jahres-Überlebensrate - eine günstigere Therapieprognose haben.²³ Männer und Frauen weisen ein unterschiedliches altersabhängiges Risiko auf, eine Herz-Kreislauf-Erkrankung oder Krebs zu bekommen. Die Krebserkrankungsraten sind bei Frauen unter 55 Jahren deutlich höher als bei gleichaltrigen Männern, während ab dem 70. Lebensjahr die Erkrankungsraten der Männer beinahe doppelt so hoch sind wie die der Frauen. Bei Frauen treten 21% aller Krebserkrankungen vor dem 55. Lebensjahr auf, bei Männern 13%.²⁴

Bei Frauen sind Tumore der Brustdrüse (Brustkrebs, ICD/10 C50) die häufigste Krebserkrankung, bei Männern Prostatakrebs (ICD/10 C61).²⁵ Etwa eine von acht Frauen erkrankt im Laufe ihres Lebens an Brustkrebs (Lebenszeitprävalenz 13,3%) und etwa einer von acht Männern an Prostatakrebs (Lebenszeitprävalenz 13%). Während Brustkrebs relativ häufig bei Frauen unter 55 Jahren auftritt, spielt Prostatakrebs erst im höheren Alter eine Rolle.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen hingegen treten bei Frauen erst nach den Wechseljahren epidemiologisch bedeutsam in Erscheinung. Nach der Menopause erhöht sich für Frauen das Risiko deutlich und nähert sich dem der Männer an.

Frauen sterben häufiger an **Infektionskrankheiten** als Männer. 2011 wurden 16.683 Todesfälle aufgrund von Infektionskrankheiten gemeldet,²⁶ davon entfielen 9.133 auf Frauen und 7.550 auf Männer. Die altersstandardisierte Sterberate für Frauen betrug 15,6/100.000 Einwohner und für Männer 12,1/100.000 Einwohner.²⁷ Allerdings kommen einige **meldepflichtige Krankheitserreger und Infektionskrankheiten** bei Männern häufiger vor. Dazu zählen Syphilis, HIV/AIDS, die Virus-Hepatitis A, B und C und Tuberkulose (TBC). Demgegenüber erkrankten im Zuge der EHEC-Epidemie, die sich 2011 von Deutschland aus verbreitete, mehrheitlich Frauen.²⁸

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit werden bei Frauen häufiger festgestellt als bei Männern.²⁹ Psychische Störungen sind weit verbreitet, die häufigsten Diagnosen sind Depressionen und Angststörungen. Nach den Ergebnissen aus der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS) litten im Erhebungsjahr fast jeder vierte erwachsene Mann und jede dritte erwachsene Frau zumindest phasenweise unter voll ausgeprägten psychischen Störungen.³⁰

Nach Ansicht einiger Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler werden **Depressionen** bei Männern auch deshalb seltener diagnostiziert, weil sich Depressionen bei Männern anders

²³ Krebs in Deutschland 2007/2008 (2012), S. 19ff

²⁴ a.a.O., S. 20

²⁵ a.a.O., S. 64 ff, S. 80ff

²⁶ ICD/10 A00-B99

²⁷ Daten: <http://www.gbe-bund.de> [13.12.2012]. Standardbevölkerung: Deutschland 1987

²⁸ Robert Koch-Institut (2011c)

²⁹ Busch, Hapke, Mensink (2011), Kurth (2012), S. 8

³⁰ Kurth (2012), S. 10



äußern als bei Frauen, beispielsweise durch Aggression oder Suchtmittelkonsum. Diese Auffälligkeiten werden von den üblicherweise eingesetzten Diagnoseinstrumenten nicht berücksichtigt. Ein Indiz dafür, dass depressive Störungen bei Männern teilweise unentdeckt bleiben, ist die wesentlich höhere Selbstmordrate von Männern. In Deutschland werden drei Viertel aller **Suizide** von Männern verübt. Frauen unternehmen dagegen häufiger Selbstmordversuche, die nicht zum Tod führen (Parasuizidalität).

Altersdemenzen zählen ebenfalls zu den psychiatrischen Erkrankungen. Hier sind Frauen aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung deutlich stärker betroffen, sie stellen über zwei Drittel aller Demenzkranken. Dabei handelt es sich vorwiegend um Alzheimer-Demenzen. Hinsichtlich vaskulärer Demenzen gibt es praktisch keinen Unterschied zwischen den Geschlechtern.³¹

3.3 Geschlecht und Gesundheit aus Sicht des Bremer Gesundheitsamtes

Auch in den Gesundheitsberichten des Bremer Gesundheitsamtes spiegeln sich geschlechtstypische Gesundheitsrisiken wider. Die Unterschiede treten bereits im Kindes- und Jugendalter zutage.

3.3.1 Kinder- und Jugendliche

Die Schuleingangsuntersuchungen des Gesundheitsamtes attestieren Jungen wesentlich öfters als Mädchen medizinisch relevante Befunde und Förderbedarfe.³² Mädchen werden häufiger problemlos eingeschult als Jungen. Jungen weisen etwa doppelt so häufig wie Mädchen Auffälligkeiten in der motorischen Entwicklung sowie in der Sozial- und Sprachentwicklung auf. Besonders betroffen sind Jungen, die bei einem alleinerziehenden Elternteil aufwachsen oder die aus Zuwandererfamilien stammen. Dagegen haben heranwachsende Mädchen ein deutlich höheres Risiko, eine Ess-Störung zu entwickeln.³³ Auch psychosomatische Symptome und Beschwerden werden von Mädchen weitaus häufiger geäußert.³⁴

3.3.2 Suchtmittelkonsum

In den Einrichtungen der Drogenhilfe stellen Männer und männliche Jugendliche zwei Drittel bis drei Viertel der Klienten.³⁵ Damit bildet sich die Tatsache ab, dass der Konsum illegaler Suchtmittel bei Männern häufiger vorkommt als bei Frauen.

In einer Untersuchung des Gesundheitsamtes über Jugendliche mit Suchtmittelproblemen waren Jungen nicht nur klar in der Mehrheit, sie zeigten sich auch auffälliger und problembelasteter als Mädchen.³⁶ Jungen hatten im Vergleich zu den Mädchen mehr Schulschwierigkeiten (Lern-/Leistungsschwierigkeiten, Schulvermeidung), hatten häufiger Kontaktprobleme und neigten zu sozialer Isolation, verhielten sich gewalttätiger und straffälliger und waren häufiger bereits inhaftiert worden. Bei fast 40% der Jungen und bei über 17% der Mädchen bestand bereits eine Suchtmittelabhängigkeit. Problematischer Alkoholkonsum wurde bei

³¹ Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2005c)

³² Horstkotte (2007)

³³ Horstkotte (2009)

³⁴ Horstkotte (2003)

³⁵ Schmidt (2008), Schmidt (2009), Schmidt (2010), Schmidt (2012)

³⁶ Vgl. im Folgenden Schmidt (2008)



Mädchen häufiger festgestellt als bei Jungen, die wiederum häufiger als Mädchen Cannabis konsumieren. Bei den Mädchen ging die Suchtmittelproblematik in der überwiegenden Zahl der Fälle mit psychischen Problemen einher. Psychische Störungen lagen bei fast 69% der Mädchen und bei 41% der Jungen vor, fast 24% der Mädchen hatten Suizidversuche unternommen (Jungen: 7%). Mädchen wiesen häufiger als Jungen psychisch stark belastende Biografien auf. Sie wuchsen doppelt so oft außerhalb des Elternhauses auf und waren häufiger Opfer von körperlicher und sexueller Gewalt.

3.3.3 AIDS und andere sexuell übertragbare Erkrankungen

Pauschal betrachtet treten sexuell übertragbare Infektionskrankheiten (STI)³⁷ wie Syphilis, HIV/AIDS und Hepatitis B und C³⁸ bei Männern deutlich häufiger auf als bei Frauen. Dies gilt für Bremen in ähnlicher Weise wie für Deutschland.³⁹ Die Syphilis-Inzidenz in Deutschland lag bei Männern bei 8,60 und bei Frauen bei 0,57 Neuerkrankungen/100.000 Einwohner. Bei HIV betragen die Inzidenzraten für Männer 6,08 und für Frauen 1,09.⁴⁰ Es haben jedoch nicht alle Männer das gleiche hohe und nicht alle Frauen unterschiedslos ein niedriges Infektionsrisiko. Vielmehr wird am Beispiel STI sehr gut deutlich, dass geschlechtsspezifische Präventionsstrategien neben dem Merkmal Geschlecht noch andere Faktoren berücksichtigen müssen, die mit Lebensbedingungen und mit Milieuzugehörigkeiten verbunden sind.

Die Gefahr, sich anzustecken, ist abhängig vom Sexualverhalten und von den Lebensbedingungen. Die bedeutendste STI-Risikogruppe sind Männer, die Sex mit Männern haben (MSM). Bei den Frauen sind Sexarbeiterinnen – das sind Frauen, die in der Prostitution arbeiten - im besonderen Maße gefährdet. Diese Frauen tragen ein quasi berufliches Risiko. Sie leben und arbeiten häufig unter Bedingungen, die es ihnen erschweren, ausreichende Schutzvorkehrungen einzufordern. Bei MSM bedingten Sexualpraktiken mit einer höheren Ansteckungswahrscheinlichkeit und promiske Lebensweisen ein überdurchschnittliches Infektionsrisiko.

Hinzu kommt, dass unentdeckte und nicht behandelte sexuell übertragbare Infektionen weitere Infektionen nach sich ziehen können. Nicht alle STIs verursachen Beschwerden. Zudem fehlen leichte Zugänge zur frühzeitigen Erkennung wie beispielsweise in den Niederlanden oder in den angelsächsischen Ländern, die diagnostische Zentren für STIs vorhalten. Auch sind geeignete diagnostische Testverfahren wie anale, genitale oder orale Abstriche bei Männern, die zur Diagnostik für Chlamydien und Gonorrhoe (Tripper, GO) notwendig sind, noch eher unüblich.

Im Gegensatz zu den meldepflichtigen STIs lassen sich zu sexuell übertragbaren Infektionen, die nicht meldepflichtig sind, nur Tendenzaussagen machen. Die Datenbasis weist Lücken und Unsicherheiten auf, obwohl über die Sentinelerhebungen des Robert Koch-Instituts (RKI) Trends erkennbar sind. Auch hier sind die auffälligsten Gruppen Sexarbeiterinnen und Männer, die Sex mit Männern haben. Die Daten des Robert Koch-Instituts sowie andere Quellen – dazu gehören zum Teil auch Daten des Gesundheitsamtes Bremen – legen nahe,

³⁷ Abkürzung für "sexually transmitted infections"

³⁸ Diese Infektionen müssen gemäß dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) an das Robert Koch-Institut gemeldet werden. Hepatitis B und Hepatitis C werden mit Namen und Adressen der infizierten Personen erfasst (namentliche Meldung), bei HIV und Syphilis besteht eine nichtnamentliche Meldepflicht. Andere STIs wie Gonorrhoe sind nicht meldepflichtig.

³⁹ Vgl. Jung 2013

⁴⁰ Robert Koch-Institut: SurvStat, <http://www3.rki.de/SurvStat> [01.05.2012]



dass Chlamydien, Humane Papilloma Viren (HPV), Gonorrhoe und Trichomonas bei Sexarbeiterinnen vergleichsweise häufig sind.⁴¹ Bei Männern scheint Trichomonas seltener aufzutreten, Gonorrhoe dagegen häufiger. Bezogen auf die Allgemeinbevölkerung wird vermutet, dass sowohl Chlamydien wie HPV bei Männern und Frauen relativ häufig vorkommende Erreger sind. Während Daten zur Chlamydienverbreitung zumindest teilweise für Frauen aus der Allgemeinbevölkerung vorliegen,⁴² fehlen entsprechende Daten für Männer. Das RKI schätzt, dass 2,5 bis 10% der Frauen mit Chlamydien infiziert sind.⁴³

3.3.4 Tuberkulose

Die in Deutschland selten gewordene Tuberkulose tritt hierzulande vornehmlich bei Männern auf.⁴⁴ Eine Analyse von Fallakten des Gesundheitsamtes ergab, dass in der Stadt Bremen über zwei Drittel der neu Erkrankten Männer sind. Im zunehmenden Maße handelt es sich dabei um Männer mit Suchtproblemen, die sozial randständigen Milieus entstammen.⁴⁵ Angesichts ihrer Lebenssituation fällt es diesen Personen schwer, die langwierige und aufwändige Behandlung durchzuhalten und den Therapieanweisungen zu folgen.

3.3.5 Pflegebedürftigkeit und enterale Ernährung

Aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung haben Frauen ein höheres Risiko, pflegebedürftig zu werden. Das Gros der Pflegebedürftigen sind Frauen, 2009 betrug der Frauenanteil 67%.⁴⁶

Machen Erkrankungen eine normale Nahrungsaufnahme pflegebedürftiger Patientinnen und Patienten unmöglich, können sie über eine so genannte PEG-Sonde ernährt werden. Diese Sonde führt spezielle Flüssignahrung direkt in den Magen-Darm-Trakt ein. In einer Umfrage des Gesundheitsamtes unter den Bremer Altenpflegeheimen zeigte sich, dass drei von vier Sondenträgern Frauen sind. Zwei Drittel der Frauen hatten ein Alter von über 80 Jahren. Pflegebedürftige Männer mit einer PEG-Sonde waren deutlich jünger. 55% waren höchstens 70 Jahre alt, fast jeder Dritte war sogar jünger als 60 Jahre.⁴⁷ Zu einem großen Teil handelte es sich dabei um Männer, die nach einem schweren Unfall im Wachkoma lagen und deshalb pflegebedürftig waren. Das Alter dieser Männer lag teilweise deutlich unter 60 Jahren.

3.3.6 Sozialer Status und Lebenserwartung

Soziale Ungleichheit drückt sich auch in unterschiedlicher Lebenserwartung aus. Dies zeigte sich in einer Studie des Gesundheitsamtes Bremen, in der die Lebenserwartung der Bevölkerung in ausgewählten Ortsteilen der Stadt Bremen miteinander verglichen wurde. In gut situierten Wohngebieten wie Schwachhausen liegt die mittlere Lebenserwartung am höchsten, am niedrigsten ist die mittlere Lebenserwartung in traditionellen Arbeiterwohnquartieren wie Gröpelingen. Dieser Unterschied vergrößerte sich während der letzten Jahrzehnte, am deut-

⁴¹ Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2007b), Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2010a)

⁴² Gille et al. (2005), Robert Koch-Institut (1997)

⁴³ Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2005e)

⁴⁴ 2011 wurden in der Stadt Bremen 48 Tuberkulosefälle gemeldet, 2010 waren es 31 Fälle.

⁴⁵ Tempel, Hentschel, Benecke (2008)

⁴⁶ Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Hrsg.) (2012), S. 6

⁴⁷ Becker, Hilbert (2004)



lichsten wuchs die Kluft bei den Männern. Ende der 1970er Jahre lag die mittlere Lebenserwartung eines Mannes in einem Arbeiterviertel 3,9 Jahre unter der eines Mannes aus einem gut situierten Wohnviertel. Bis 2003 dehnte sich dieser Abstand auf 5,4 Jahre aus. Bei den Frauen weitete sich diese Schere deutlich weniger, und zwar von 3,3 Jahre auf 3,9 Jahre.⁴⁸

Kurzgefasst

Der deutliche Abstand in der Lebenserwartung zwischen Männern und Frauen verweist auf unterschiedliche Krankheitsrisiken. Physisch sind Männer zwar das stärkere Geschlecht, medizinisch gesehen sind sie aber das kränkere Geschlecht. Dies macht sich bereits im Kindes- und Jugendalter bemerkbar. In den Schuleingangsuntersuchungen haben Jungen wesentlich häufiger als Mädchen medizinisch relevante Befunde und Entwicklungsrückstände. Die beiden Haupttodesursachen "Krebserkrankungen" und "Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems" treten bei Männern häufiger auf, ebenso bestimmte meldepflichtige Infektionskrankheiten wie Hepatitis, HIV/AIDS, Syphilis und Tuberkulose. Auch problematischer Suchtmittelkonsum kommt bei männlichen Jugendlichen und Männern wesentlich öfter vor.

Frauen hingegen leiden deutlich häufiger als Männer unter Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit. Diese besondere Betroffenheit zeigt sich bereits im Jugendalter. Mädchen entwickeln wesentlich häufiger als Jungen Ess-Störungen und berichten weitaus häufiger psychosomatische Symptome und Beschwerden. Aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung erkranken Frauen häufiger an Krankheiten, die erst im höheren Alter auftreten, wie beispielsweise Demenz. Frauen stellen daher auch die Mehrheit unter den Pflegebedürftigen.

Anhand der sexuell übertragbaren Infektionskrankheiten, die bei Männern wesentlich häufiger auftreten als bei Frauen, wird allerdings deutlich, dass eine rein geschlechtsspezifische Risikobetrachtung zu kurz greift. Ausschlaggebend für das Zustandekommen von Gesundheitsrisiken (hier: Infektionsrisiken) sind Arbeits- und Lebensbedingungen sowie milieutypische Verhaltensweisen. Insofern haben Präventionskampagnen, die sich pauschal an "die Männer" oder an "die Frauen" richten, nur beschränkte Aussichten auf Erfolg.

⁴⁸ Tempel (2006)



3.4 Warum sterben Männer früher?

Die gesundheitlichen Unterschiede zwischen Männern und Frauen, insbesondere die ungleiche Lebenserwartung, haben vielfältige Ursachen. Ein gewisser Teil der Differenz lässt sich biologisch erklären. Bedeutender sind jedoch gesellschaftliche Faktoren wie Arbeitsbedingungen oder Geschlechterrollen, die gesundheitsbezogenes Verhalten prägen und die bestimmte Lebensentwürfe nahe legen.

3.4.1 Männer sind gesundheitlich labiler

Hinweise, die diese These untermauern, liefert die epidemiologische Statistik. In Altersgruppen, in denen verhaltens- und arbeitsbedingte Gesundheitsrisiken noch nicht vorliegen (können), sind Jungen im Vergleich zu Mädchen medizinisch auffälliger. Prominentestes Beispiel ist die höhere Säuglingssterblichkeit bei Jungen, die in Deutschland bei 4,1 Sterbefällen pro 1.000 Lebendgeborenen liegt. Bei den Mädchen beträgt diese Quote 3,3.⁴⁹ "Die Natur" berücksichtigt offenbar diese Übersterblichkeit, denn es werden immer etwas mehr Jungen als Mädchen geboren. In Deutschland kommen auf 100 neu geborene Mädchen fast 106 neu geborene Jungen. Ein weiteres Indiz ist das Auftreten von Krebs bei unter 15-jährigen Jungen, die 1,2-fach häufiger an Karzinomen erkranken als gleichaltrige Mädchen.⁵⁰ Allerdings sind Krebserkrankungen im Kindesalter extrem selten. Darüber hinaus haben Frauen zumindest bis zur Menopause anscheinend ein stärkeres Immunsystem als Männer.⁵¹

In der bekannten "Klosterstudie" konnte der Bevölkerungswissenschaftler Marc Luy zeigen, dass unter vergleichbaren Lebensumständen – Leben in einem Kloster – Frauen (Nonnen) etwas älter werden als Männer (Mönche). Bezogen auf die Allgemeinbevölkerung ist davon auszugehen, dass ungefähr ein bis zwei Jahre des Unterschieds in der Lebenserwartung zwischen Männer und Frauen auf biologische Faktoren zurückgehen.⁵²

3.4.2 Live hard, die young – Männer leben riskanter

Im Vergleich zu Frauen verhalten sich Männer insgesamt gesundheitsschädigender und risikoreicher. Männer sind gewalttätiger, werden aber auch deutlich häufiger Opfer von Gewalttaten.

Gesundheitsschädigendes Verhalten, vor allem Rauchen oder der Konsum anderer (illegaler) Suchtmittel, kommt bei Männern häufiger vor als bei Frauen. Ähnlich ist die Situation beim Alkoholkonsum. Männer zeigen häufiger ein problematisches Trinkverhalten, während Frauen häufiger abstinent sind. Es gibt jedoch eine bemerkenswerte Einschränkung: In den mittleren und höheren Altersgruppen haben Frauen mit hohem Sozialstatus einen gesundheitlich bedenklicheren Konsum als Männer mit niedrigem Sozialstatus.⁵³ An dieser Stelle zeigt sich noch einmal, dass sich eine über die Kategorie "Geschlecht" hinausgehende Betrachtung lohnt. Auch bei ihren Freizeitaktivitäten geben sich Männer besonders risiko-

⁴⁹ Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2011a), S. 25, Tabelle 3

⁵⁰ Krebs in Deutschland 2007/2008 (2012), S. 120

⁵¹ Vgl. Pido-Lopez, Imami, Aspinall (2001), Carroll et al. (2010)

⁵² Luy (2002), S. 119

⁵³ Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2005a), S. 44; Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2012)



freudig. Ein Indiz dafür ist die Tatsache, dass vier von fünf Todesfällen durch Ertrinken auf Männer entfallen.⁵⁴

Sterbefälle aufgrund äußerer Ursachen (Unfälle, Angriffe und Suizide)⁵⁵ und ihren Folgen (Verletzungen, Vergiftungen, Verbrennungen und Erfrierungen)⁵⁶ betreffen vorwiegend Männer, ihr Anteil an diesen Todesfällen beträgt gut 61%.⁵⁷ Suizide werden in drei Vierteln der Fälle von Männern begangen. Für 2011 registrierte die amtliche Statistik insgesamt 10.144 Selbstmorde,⁵⁸ von denen 7.646 auf Männer und 2.498 auf Frauen entfielen. Die altersstandardisierte Suizidrate betrug für Männer 16,3/100.000 Einwohner und für Frauen 5,4/100.000 Einwohner.⁵⁹

Männer fallen häufiger Gewalttaten zum Opfer.⁶⁰ Etwa zwei Drittel der Opfer bei den Delikten (vollendeter oder versuchter) Mord/Totschlag, Raub und Körperverletzung sind Männer. Der Tat verdächtig sind in den allermeisten Fällen Männer, 2011 stellten sie zwischen 82% und 91% der Tatverdächtigen. Nur beim Delikt "Misshandlung von Kindern" ist die Situation anders, 2011 waren 42,5% der Tatverdächtigen Frauen.⁶¹ Misshandelt wurden häufiger Jungen (55,6%).⁶²

Opfer von Vergewaltigung und sexueller Nötigung (vollendet oder versucht) sind fast ausschließlich Frauen und die Tatverdächtigen sind fast ausschließlich Männer. 2011 waren 93,4% der insgesamt 13.579 Opfer Frauen. In so gut wie allen Fällen richteten sich die Ermittlungen gegen Männer.⁶³

3.4.3 Männer haben gefährlichere Arbeitsplätze

In Umfragen berichten Männer weitaus häufiger als Frauen über belastende Arbeitsbedingungen wie (Nacht-)Schichtarbeit, Nässe, Lärm, Chemikalien oder Staub. Die gesundheitlichen Folgen treten schließlich in der offiziellen Statistik zutage: 91% der Fälle anerkannter Berufskrankheiten, gut 91% der tödlichen Arbeitsunfälle und beinahe 98% der Todesfälle aufgrund von Berufskrankheiten entfallen auf Männer.⁶⁴ Auch beruflich verursachte Krebserkrankungen betreffen praktisch nur Männer.⁶⁵ Der Anteil der Männer bei anerkannten Berufskrankheiten sowie bei arbeitsbedingten Erkrankungen und Todesfällen liegt damit weit über dem Männeranteil unter den Erwerbstätigen.

⁵⁴ Deutsche Lebens-Rettungs-Gesellschaft (2012). Im Jahr 2011 registrierte die DLRG 410 Todesfälle durch Ertrinken, davon entfielen 325 auf Männer.

⁵⁵ ICD/10 V01-Y98

⁵⁶ ICD/10 S00-T98

⁵⁷ Für 2011 führt die amtliche Statistik 32.988 Todesfälle (ICD/10 V01-Y98, S00-T98) auf, davon entfielen 20.224 auf Männer. Die altersstandardisierte Sterberate beträgt bei den Männern 41,0/100.000 Einwohner, bei den Frauen 23,2/100.000 Einwohner (<http://www.gbe-bund.de>). [12.12.2012]

⁵⁸ ICD/10 X60-X84

⁵⁹ Standardbevölkerung: Deutschland 1987

⁶⁰ Vgl. im Folgenden Bundeskriminalamt (Hrsg.) (2012), S. 147ff

⁶¹ Bundeskriminalamt (Hrsg.) (2012), S. 167, Tabelle 20

⁶² a.a.O., S. 169, Tabelle 91

⁶³ 2011 wurde in 99% der Fälle von Vergewaltigung und sexueller Nötigung gegen Männer ermittelt (Bundeskriminalamt (Hg.) (2012), S. 152, Tabelle 20).

⁶⁴ Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2009), Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2007a)

⁶⁵ Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften HVBG (Hrsg.) (2005)



85% aller durch berufliche Exposition verursachten und von den Berufsgenossenschaften anerkannten Karzinome entstanden durch das Arbeiten mit Asbest und ionisierenden Strahlen (Uran und Zerfallsprodukte).⁶⁶ Diese Arbeitsstoffe können Lungenkrebs oder Kehlkopfkrebs sowie Tumore (Mesotheliome) des Rippenfells, des Bauchfells oder des Herzbeutels (Pericard) auslösen. Bei fast allen der 22.018 Fälle, die zwischen 1978 und 2003 von den Berufsgenossenschaften dokumentiert wurden, handelt es sich um Männer. Ihr Anteil bei den durch ionisierende Strahlen ausgelösten Tumorerkrankungen liegt bei 96,1%.⁶⁷ Bei den durch Umgang mit Asbest hervorgerufenen Lungen- und Kehlkopfkrebsen beträgt der Anteil erkrankter Männer 95,5% und bei Mesotheliomen 91,3%.⁶⁸ Auch bei den durch andere Arbeitsstoffe verursachten Krebserkrankungen liegt der Männeranteil fast immer bei über 90%.

Die Daten des Bremer Krebsregisters vermitteln ein ganz ähnliches Bild. Demnach erkranken im Land Bremen pro Jahr durchschnittlich 38 Männer an einem Tumor des Lungen- oder Rippenfells. Bei Frauen werden jährlich 7-8 Fälle registriert.⁶⁹

Es werden mehr Männer als Frauen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit vorzeitig berentet. 2011 erhielten 94.593 Männer und 85.645 Frauen erstmalig eine Rente nach SGB VI wegen verminderter Erwerbsfähigkeit.⁷⁰ Psychische Erkrankungen sind mittlerweile die wichtigste Frühberentungsdiagnose, und zwar bei beiden Geschlechtern. 2003 schied jede dritte frühberentete Frau (35,5%) und jeder vierte frühberentete Mann (24,5%) wegen psychischer Erkrankungen aus dem Arbeitsleben aus.⁷¹ Arbeiterinnen und Arbeiter haben ein deutlich höheres Frühberentungsrisiko als Angestellte beiderlei Geschlechts.

3.4.4 Männertypische Rollenmodelle können krank machen

Dass rollengebundene Wertvorstellungen und Verhaltensweisen offenbar ein gesondertes Gesundheitsrisiko für Männer darstellen, ist ein relativ neuer Aspekt. Folgt man der Individualisierungsthese,⁷² sollten herkömmliche Geschlechterrollen eigentlich schwinden und persönliche Wahlfreiheiten zunehmen. Dafür gibt es zwar einige Hinweise, aber die Geschlechterrollen haben sich anscheinend bisher kaum gewandelt.⁷³ Berufstätigkeit und daraus hervorgehende soziale Rollen – vor allem die des Familienernährers – bilden nach wie vor den Kern männlicher Identität.⁷⁴ Durch Arbeitslosigkeit oder durch Abrutschen in unsichere, schlecht bezahlte Arbeitsverhältnisse gerät dieses Selbstbild in Gefahr. Im Gegensatz zu Frauen können Männer zumeist nicht auf sozial akzeptierte Alternativen zur Erwerbsarbeit ausweichen. Kurz: *"Frauen ohne Job sind Mütter oder Hausfrauen, Männer ohne Job sind nutzlos und machen Schwierigkeiten"*.⁷⁵ Insofern tragen Männer ein vergleichsweise hohes Risiko endgültigen Scheiterns, häufig mit gravierenden psychosozialen und gesundheitlichen Folgen.

⁶⁶ a.a.O., S. 22, Tabelle 5

⁶⁷ a.a.O., S. 46, Tabelle BK 2402

⁶⁸ a.a.O., S. 50, Tabelle BK 4104 und S. 52, Tabelle BK 4105

⁶⁹ Registerstelle des Bremer Krebsregisters (Hrsg.) (2010), S. 25

⁷⁰ Forschungsportal der Deutsche Rentenversicherung, Tabelle 905.00Z. (Stand: 9.10.2012)

⁷¹ Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2006a), S. 15, Abbildungen 6a und 6b

⁷² Beck (1983)

⁷³ Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2009), S. 328ff

⁷⁴ Böhnisch (2004)

⁷⁵ Gesterkamp (2004)



Soziale Ungleichheit ist bei Männern im besonderen Maß mit ungleichen Chancen auf ein gesundes Leben verbunden. So sind die Unterschiede in der Lebenserwartung zwischen armen und wohlhabenden Bevölkerungsgruppen bei Männern stärker ausgeprägt. Männer mit Höchstehkommen haben eine Lebenserwartung von 81 Jahren, Männer mit einem Einkommen unterhalb der Armutsschwelle eine von 70 Jahren. Bei den Frauen betragen die entsprechenden Werte 85 Jahre und 77 Jahre.⁷⁶

Auf Statusverlust reagieren Männer gesundheitlich sensibler als Frauen.⁷⁷ Psychosoziale Belastungen, die aus benachteiligenden Lebenslagen resultieren, haben offenbar für Männer schwerwiegendere gesundheitliche Konsequenzen. Depressionen werden im Geschlechtervergleich am häufigsten bei 45 bis 65-jährigen Männern mit niedrigem Sozialstatus diagnostiziert.⁷⁸ Auch Arbeitslosigkeit setzt Männern gesundheitlich stärker zu als Frauen. In den zurückliegenden zwei Jahrzehnten sind die gesundheitlichen Unterschiede zwischen arbeitslosen und erwerbstätigen Männern noch gewachsen. Dagegen haben sich die Unterschiede zwischen arbeitslosen und erwerbstätigen Frauen kaum verändert.⁷⁹

⁷⁶ Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2010b), S.2, Tabelle 1. Vgl. auch SVR - Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2005)

⁷⁷ Roelfs et al. (2011)

⁷⁸ Busch, Hapke, Mensink (2011)

⁷⁹ Kroll, Lampert (2012), S. 6



Kurzgefasst

Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern hinsichtlich Gesundheit und Lebenserwartung sind teilweise biologisch bedingt. Von größerer Bedeutung sind jedoch Faktoren aus der sozialen Umwelt: Zum einen Geschlechterrollen, die Verhaltensmuster prägen und Handlungsoptionen vorgeben, zum anderen gesundheitliche Belastungen am Arbeitsplatz.

Männer setzen sich größeren Gesundheitsrisiken aus, etwa durch höheren Suchtmittelkonsum (Tabak, Alkohol, illegale Suchtmittel) oder durch unfallträchtiges Freizeitverhalten. Nicht zuletzt werden damit Männlichkeit zur Schau gestellt und Rollenerwartungen bedient.

Das Selbstwertgefühl von Männern gründet sich im besonderen Maße auf Berufstätigkeit und daraus abgeleitete gesellschaftliche Positionen. Diese Fixierung auf Erwerbsarbeit kann jedoch fatale Konsequenzen haben. Sie macht Männer anfällig für Lebenskrisen, die sich häufig aus Phasen längerer Arbeitslosigkeit ergeben. Der Verlust des Arbeitsplatzes wird von Männern häufig als Versagen erlebt. Ihnen stehen kaum sozial gebilligte Alternativen zur Erwerbsarbeit offen, die helfen könnten, die psychosozialen Belastungen längerer Arbeitslosigkeit zu bewältigen. Aller Emanzipationsrhetorik zum Trotz werden Männer, die sich ganz der Hausarbeit widmen, nur zögernd akzeptiert. Nicht erwerbstätig zu sein bedeutet für viele Männer fehlende gesellschaftliche Anerkennung, entsprechend steigen die Risiken vor allem für psychische Erkrankungen.

Zu einem nicht geringen Teil gehen die gesundheitlichen Unterschiede zwischen Frauen und Männern auf unterschiedliche Gesundheitsrisiken am Arbeitsplatz zurück. Dieser wichtige Aspekt wurde bislang allerdings kaum thematisiert. Arbeiten, die körperlich stark beanspruchen, die den Umgang mit gesundheitsschädigenden Stoffen beinhalten oder die sonst irgendwie gefährlich sind, werden überwiegend von Männern ausgeführt. Die Männeranteile an den tödlichen Arbeitsunfällen, an den Todesfällen aufgrund von Berufskrankheiten, an beruflich verursachten Krebserkrankungen und an den anerkannten Berufskrankheiten liegen bei über 90%.

Die Mehrzahl der Arbeitnehmer, die wegen verminderter Erwerbsfähigkeit vorzeitig berentet werden, sind Männer. Es fällt allerdings auf, dass Frauen deutlich häufiger aufgrund psychischer Erkrankungen vorzeitig aus dem Arbeitsleben ausscheiden als Männer. Möglicherweise gelingt es Frauen im Arbeitsleben weniger gut, psychisch gesund zu bleiben, oder Männer sind in dieser Hinsicht belastbarer. Vielleicht sind Problembewältigungen bei Frauen auch eher mit Selbstanklagen verbunden und wirken insofern psychisch destabilisierend, während Männer dazu tendieren, Probleme aggressiver nach außen gerichtet auszutragen. Dies kann unter Umständen selbstschädigende Formen annehmen, beispielsweise durch Suchtmittelkonsum. Möglicherweise sind Frauenarbeitsplätze häufiger psychisch belastend, ohne dass die daraus resultierenden Krankheiten als Berufserkrankung anerkannt werden. Auch geschlechtsabhängige Krankheitsdeutungen kommen als Erklärung in Betracht. Wie beschrieben erhalten Frauen eher psychosomatische Diagnosen als Männer, und zwar relativ unabhängig von den Symptomen.



4. Krankheitsfrüherkennung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung

Krankheitsprävention sowie Gesundheitsförderung gelten neben Kuration, Rehabilitation und Pflege als vierte Säule im Gesundheitswesen. Sie sollen helfen, Krankheiten zu verhindern und dazu beitragen, die Lebensqualität zu erhöhen. Letztendlich wird auch erwartet, dass durch vermiedene Therapien Kosten im Gesundheitswesen eingespart werden können.

Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung sind zu unterscheiden. **Prävention** zielt auf die Vermeidung von definierten Gesundheitsrisiken ab und beinhaltet die Früherkennung und Vorbeugung von Krankheiten, beispielsweise durch Screening-Programme, Impfungen oder Gesundheitssport. **Gesundheitsförderung** hingegen findet auf mehreren Ebenen statt. Die Aktivitäten umfassen nicht nur auf individuelles Verhalten abgestellte Präventionsmaßnahmen, sondern beziehen sich auch auf soziale und ökonomische Verhältnisse sowie auf Umweltbedingungen. Dabei richtet sich der Blick weniger auf die Entstehung von Krankheiten als vielmehr auf die Voraussetzungen für ein gesundes Leben. Kennzeichnend für Gesundheitsförderung sind die Beteiligung von Zielgruppen (Partizipation) sowie der Anspruch, Menschen zu selbstbestimmtem und selbstverantwortlichem Handeln zu befähigen (Empowerment).

4.1 Angebote

Versicherte der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) haben Anspruch auf verschiedene Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten. Je nach gesuchter Erkrankung können diese Kontrollen ab einem bestimmten Alter und in bestimmten zeitlichen Abständen durchgeführt werden. Ab dem vollendeten 35. Lebensjahr haben Frauen und Männer Anspruch auf eine allgemeine Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten ("Check-up 35"). Untersucht wird insbesondere auf Diabetes sowie auf Erkrankungen der Nieren und des Herz-Kreislauf-Systems. Ebenfalls ab einem Alter von 35 Jahren können die Versicherten am Hautkrebs-Screening teilnehmen. Untersuchungen zur Früherkennung frauenspezifischer Krebserkrankungen stehen Frauen bereits ab dem Alter von 20 Jahren offen. Männer können sich erst ab 45 Jahren auf spezifische Krebserkrankungen untersuchen lassen.

Versicherte haben ferner Anspruch auf Leistungen für Schutzimpfungen sowie auf Zahnvorsorge-Untersuchungen.

Des Weiteren ist die GKV nach §20 SGB V angehalten, für ihre Versicherten Satzungsleistungen zur Vorbeugung von Krankheiten (Primärprävention) vorzusehen. Diese sollen dazu beitragen, die höheren Gesundheitsrisiken statusniedriger Bevölkerungsgruppen abzubauen und gleiche Chancen auf ein gesundes Leben herzustellen. Die Kassen können sich auch in der betrieblichen Gesundheitsförderung engagieren, außerdem sollen sie Einrichtungen der gesundheitlichen Selbsthilfe (Gruppen, Organisationen, Kontaktstellen) fördern. Im Jahr 2010 wendeten die Kassen insgesamt 302,51 Mio. € für Leistungen nach §20 SGB V auf.⁸⁰ Das entspricht 4,33 € pro Versicherten und 0,18% der gesamten Leistungsausgaben der GKV. Der weitaus größte Teil der Ausgaben (237,44 Mio. €) entfiel auf Kurs- und Beratungsangebote ("individueller Ansatz").

⁸⁰ Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS) (2011)



Auch die 938 Volkshochschulen (VHS) in Deutschland engagieren sich im Themenfeld "Gesundheit". Gesundheit ist das häufigste Thema der VHS-Kurse, Gesundheitskurse machen ein knappes Drittel (31,7%) des gesamten Kursprogramms aus. 2010 fanden in den Volkshochschulen bundesweit 182.466 Gesundheitskurse statt, die von 2.186.796 Personen besucht wurden.⁸¹ Im Durchschnitt belegten 12 Personen einen Gesundheitskurs.

Der öffentliche Gesundheitsdienst ist im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung ebenfalls aktiv. Im Bremer Gesundheitsamt sind verschiedene Beratungseinrichtungen angesiedelt, die über gesundheitliche Gefahren aufklären, Hinweise geben, Hilfe vermitteln oder Maßnahmen durchführen. Beispielsweise sind das die AIDS/STD Beratung, die Beratungsstelle für Selbsthilfe- und Gesundheitsförderung, die Bürgerberatung zu schädlichen Umwelteinflüssen im Wohnbereich und die reisemedizinische Beratungsstelle. Im Bereich Kinder- und Jugendgesundheit gibt es eine ganze Reihe von Präventionsaktivitäten: Die Ambulanz für junge Menschen mit Suchtproblemen ([ESC]ape), Zahnprophylaxe und Impfungen in Kindertagesstätten und Schulen, Hilfen für Schwangere und Eltern von Neugeborenen in schwierigen Lebensverhältnissen sowie die Arbeit der Stadtteilteams.

4.1.1 Geschlechtsspezifische Strukturmerkmale des Angebots

Angebote zur Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung sind zumeist nicht geschlechtersensibel geplant und gestaltet. Gesundheitskurse, die gezielt Frauen oder Männer ansprechen, sind die Ausnahme. Solche Angebote richten sich dann überwiegend an Frauen. Für 2010 verzeichnet die Statistik der Volkshochschulen deutschlandweit 2.183 Gesundheitskurse namentlich für Männer und 6.719 Gesundheitskurse namentlich für Frauen.⁸² Damit wandten sich 1,2% der gesamten VHS-Gesundheitskurse direkt an Männer und 3,7% direkt an Frauen.

Ein ähnliches Bild ergab eine im März 2011 durchgeführte Analyse, bei der Gesundheitsveranstaltungen nicht-kommerzieller Träger in der Stadt Bremen systematisch gesichtet wurden.⁸³ Die Untersuchung umfasste 14 Anbieter, darunter die Volkshochschule Bremen, drei Krankenkassen, das Deutsche Rote Kreuz und den Landessportbund Bremen. Eine Analyse der Angebote anhand der Programme und der Angebotstitel in einer Online-Suche auf eine explizit geschlechtsspezifische Ansprache und Ausrichtung ergab, dass 0,9% (17) der Kurse speziell für Männer und 8,4% (158) der Kurse speziell für Frauen ausgeschrieben waren (siehe Tabelle 1). Drei Viertel der Veranstaltungen wurden von Frauen geleitet (siehe Tabelle 2).

⁸¹ Huntemann, Reichart (2011), Tabelle 9

⁸² a.a.O., Tabelle 15

⁸³ Ausgewertet wurden die via Internet, Broschüren oder Flyer angekündigten Angebote im Stadtgebiet Bremen.



Tabelle 1: Geschlechtsspezifische Gesundheitskurse nicht-kommerzieller Anbieter in Bremen (Stadt)

Bereich	Angebote insgesamt	Angebote für Männer	Angebote für Frauen	geschlechtsunspezifische Angebote
Bewegung	1.350	8	133	1.209
Entspannung	287	1	12	274
Ernährung	156	8	1	147
Selbsthilfe	50		6	44
Seelische Gesundheit	20		6	14
Fortbildungen	12			12
Insgesamt	1.875 (100%)	17 (0,9%)	158 (8,4%)	1.700 (90,7%)

Daten: Gesundheitsamt Bremen, Eigene Erhebung, März 2011

Tabelle 2: Weibliche und männliche Kursleitungen bei Gesundheitskursen nicht-kommerzieller Anbieter in Bremen (Stadt)

Bereich	Männliche Kursleitung	Weibliche Kursleitung	Gemischte Kursleitung
Bewegung	73	268	
Entspannung	42	153	8
Ernährung	28	91	4
Selbsthilfe	10	33	1
Seelische Gesundheit		20	
Fortbildungen	4	8	
Insgesamt	157 (21,1%)	573 (77,1%)	13 (1,8%)

Daten: Gesundheitsamt Bremen, Eigene Erhebung, März 2011

Diese Befunde sind nicht neu, Konsequenzen blieben bislang aus. Eine bereits Mitte der 1990er Jahre durchgeführte Analyse von Gesundheitsprogrammen der Volkshochschulen und Familienbildungsstätten in Nordrhein-Westfalen ergab, dass nur ein sehr geringer Teil der Veranstaltungen sich speziell an Frauen oder an Männer richtete. Die wenigen geschlechtsspezifisch adressierten Angebote wandten sich zu über 90% an Frauen.⁸⁴

⁸⁴ Wohlfart (1998)



4.1.2 Nachfrage und Inanspruchnahme

Angebote zur Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung werden vornehmlich von bestimmten Bevölkerungsgruppen genutzt. Dabei handelt es sich um⁸⁵

- Personen mit höherem Sozialstatus,
- Personen, die sich gezielt informieren, und
- Frauen.

Die gesundheitliche Belastung und Gefährdung dieser Klientel ist vergleichsweise gering.

Generell nehmen Frauen das ambulante medizinische Versorgungssystem stärker in Anspruch als Männer. So kamen Frauen im Jahr 2007 im Durchschnitt auf 20 Arztbesuche, Männer auf 14. Besonders hoch ist die mittlere Zahl der Arztbesuche bei den 15 bis 65-jährigen Frauen. In den Altersgruppen über 75 Jahre hingegen konsultieren Männer den Arzt etwas häufiger als Frauen.⁸⁶ In der Literatur wird darauf hingewiesen, dass Frauen häufiger als Männer Ärzte wegen Bagatellerkrankungen aufsuchen.⁸⁷ Dies erhöht womöglich die Wahrscheinlichkeit, schwere Erkrankungen rechtzeitig zu erkennen und zu behandeln. Mehr Versorgung bedeutet aber nicht zwangsläufig mehr Gesundheit – auch das Gegenteil kann der Fall sein.⁸⁸ Des Weiteren führt eine stärkere Nachfrage nach medizinischen Leistungen grundsätzlich zu höheren Kosten.⁸⁹

Die Angebote der GKV zur Krankheits- und Krebsfrüherkennung nutzen Frauen intensiver als Männer. Wie stark diese Angebote nachgefragt werden und wie groß sich der Unterschied in der Nutzung darstellt, ist jedoch nicht gesichert quantifizierbar. Befragungen ergeben eine wesentlich höhere Inanspruchnahme dieser Leistungen und deutlich größere Unterschiede zwischen Männern und Frauen als Auswertungen von Kassendaten. Eine Analyse von Abrechnungsdaten der Gmünder Ersatzkasse (GEK, seit 2010: Barmer GEK) für das Jahr 2009 belegt, dass Frauen Leistungen zur Krankheits- und Krebsfrüherkennung häufiger nachfragen als Männer. Allerdings sind die Abweichungen nicht dramatisch, sie liegen im Bereich weniger Prozentpunkte. Am meisten nachgefragt wurde die allgemeine Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten ("Check-up 35"). Hochgerechnet auf ein 2-Jahresintervall - der Check-up 35 kann nur alle zwei Jahre abgerechnet werden – nahmen 45,2% der in der GEK versicherten Männer und 49,7% der Frauen diese Untersuchung in Anspruch.⁹⁰

Der telefonischen Umfrage "Gesundheit in Deutschland aktuell 2009" (GEDA 2009) zufolge nehmen Frauen die jährliche Zahnvorsorgeuntersuchung deutlich stärker wahr als Männer.

⁸⁵ SVR - Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2005), S.115. S. auch Jordan, von der Lippe (2012)

⁸⁶ Riens, Erhart, Mangiapane (2012). Vgl. auch Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2011b), S.140f

⁸⁷ Luy (2002), S. 10

⁸⁸ Grady, Redberg (2010)

⁸⁹ Ohne die Kosten für Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett entfielen im Jahr 2008 140,942 Mrd. € der direkten Krankheitskosten auf Frauen und 110,293 Mrd. € auf Männer (Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2011a), S. 263f, Tabelle 9.8). Umgerechnet pro Kopf waren dies 3.380 € bei Frauen und 2.750 € bei Männern. Dass Frauen in den höheren Altersgruppen stärker vertreten sind als Männer ist eine wichtige, aber keine ausreichende Erklärung für diesen Unterschied (vgl. Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2009), S. 17f)

⁹⁰ Quelle: Barmer GEK, Untersuchungsergebnisse zur Früherkennung von Krankheiten, Berechnungen für die Expertise für den Bericht zur gesundheitlichen Lage der Männer in Deutschland des Robert Koch-Instituts (in Vorbereitung)



78,4% der befragten Frauen und 69,5% der befragten Männer gaben an, in den letzten 12 Monaten an einer Zahnvorsorgeuntersuchung teilgenommen zu haben.⁹¹

Bei Schutzimpfungen ist das Bild nicht eindeutig. Aus den Ergebnissen der GEDA-Umfrage 2009 geht hervor, dass Frauen sich etwas häufiger gegen saisonale Grippe impfen lassen (32% vs. 29,6%). Männer hingegen gaben etwas öfter an, gegen Tetanus geimpft zu sein (74,8% vs. 71,6%).⁹² Die vom Gesundheitsamt Bremen angebotene Impfung gegen die pandemische Influenza A/H1N1 ("Schweinegrippe") wurde von Männern etwas stärker in Anspruch genommen als von Frauen.⁹³

Die Gesundheitskurse der GKV und der Volkshochschulen werden zum weitaus größten Teil von Frauen besucht. 2010 betrug der Frauenanteil in den Gesundheitskursen der VHS 85%,⁹⁴ in den Kursen der GKV 76%.⁹⁵ Nur im Handlungsfeld "Suchtmittelkonsum" lag der Männeranteil weit über dem Durchschnitt bei 43% (siehe Tabelle 3). Kursthema war fast ausnahmslos Raucherentwöhnung.

Tabelle 3: Teilnahmen am Kursprogramm der GKV (individueller Ansatz) nach Handlungsfeldern und Geschlecht

Handlungsfeld	Frauen	Männer	Insgesamt
Bewegung	1.083.778 (75%)	365.372 (25%)	1.449.150 (100%)
Ernährung	93.086 (80%)	23.888 (20%)	116.974 (100%)
Stressbewältigung	323.958 (81%)	73.604 (19%)	397.562 (100%)
Suchtmittelkonsum	7.180 (57%)	5.395 (43%)	12.575 (100%)

Daten: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS), GKV Spitzenverband (Hrsg.) (2012), S. 63, Abb. 24

2010 zählte die GKV insgesamt 1.979.366 Kursteilnahmen, davon entfielen 468.992 (23,7%) Teilnahmen auf Männer und 1.510.374 (76,3%) Teilnahmen auf Frauen.⁹⁶ An dieser Stelle ist bewusst von Teilnahmen und nicht von Teilnehmenden die Rede, da erfahrungsgemäß einige Versicherte mehrere Kurse besucht haben dürften.⁹⁷ Setzt man etwas vergrößernd die Zahl der Kursteilnahmen mit der Zahl der Kursbesucher gleich, nahmen

⁹¹ Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2011b), S.143f

⁹² a.a.O., S. 134ff

⁹³ Tempel (2010), Schmidt, Tempel (2011)

⁹⁴ Huntemann, Reichart (2011), S. 36, Tabelle 13

⁹⁵ Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS), GKV Spitzenverband (Hrsg.) (2012), S. 20, Tabelle 2

⁹⁶ a.a.O., S. 20, Tabelle 2

⁹⁷ a.a.O., S. 56



damit maximal 2,8% der GKV-Versicherten das Kursangebot in Anspruch. Bei den Männern betrug diese Quote 1,4%, bei den Frauen 4,1%. Außerdem werden diese Angebote zu einem großen Teil von einem festen Personenkreis wahrgenommen. Älteren Publikationen zufolge beträgt der Anteil derjenigen, die wiederholt Kurse besuchen, etwa 50%.⁹⁸

Einige Kassen bieten ihren Versicherten auch individuelle Beratungen zu Gesundheitsthemen an. Möglicherweise erreicht die GKV mit diesen Einzelberatungen Männer besser als durch Gesundheitskurse. Diesen Schluss legt eine Auswertung der Teilnahmestatistik der AOK Niedersachsen nahe. 2009/10 betrug der Männeranteil in allen Veranstaltungen des Gesundheitsprogramms der AOK Niedersachsen 22,2%, was in etwa dem GKV-Durchschnitt entspricht (s.o.). Bei den Einzelberatungen jedoch lag der Männeranteil mit 30,8% deutlich höher.⁹⁹

Die Beratungsstelle für Selbsthilfe- und Gesundheitsförderung im Gesundheitsamt Bremen wird ebenfalls überwiegend von Frauen in Anspruch genommen. Zwischen 2001 und 2010 suchten im Mittel 675 Personen pro Jahr die Beratungsstelle auf, der Frauenanteil betrug 73,6%. Das mit Abstand am häufigsten dokumentierte Beratungsthema war bei beiden Geschlechtern "Psychische Probleme" (51,2%), gefolgt von somatischen Krankheiten (32,1%). Männer ließen sich häufiger zum Thema "Suchtprobleme" beraten, Frauen dagegen häufiger zu somatischen Krankheiten.

Tabelle 4: Beratungsthemen der Selbsthilfe- und Gesundheitsförderung im Gesundheitsamt Bremen (2001 bis 2010)

Beratungsthema	Frauen	Männer	Alle
somatische Krankheiten	668 (33,1%)	212 (28,9%)	880 (32,1%)
Suchtprobleme	184 (9,2%)	90 (12,3%)	274 (10,0%)
allg. Anfragen	138 (6,9%)	48 (6,5%)	186 (6,8%)
psychische Probleme	1.020 (50,7%)	384 (52,3%)	1.404 (51,2%)
Gesamt	2.010	734	2.744

Daten: Gesundheitsamt Bremen 2011

⁹⁸ Tempel (1998), Epidemiologische Forschung Berlin (EFB) (1994). Neuere Arbeiten zum Thema "Kurswiederholer" liegen nicht vor.

⁹⁹ Daten: AOK Niedersachsen, eigene Auswertungen



Kurzgefasst

Frauen nutzen die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen zur Krankheits- und Krebsfrüherkennung häufiger als Männer. Allerdings gibt es zwischen der in Umfragen berichteten Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen und der in den Abrechnungsdaten der Kassen dokumentierten Inanspruchnahme beachtliche Differenzen. Legt man die Kassendaten zugrunde, liegt die Nutzungsintensität beider Geschlechter gar nicht so weit auseinander. Impfangebote werden von Männern und Frauen mehr oder weniger gleich stark nachgefragt.

Die Gesundheitskurse der Krankenkassen und der Volkshochschulen werden überwiegend von Frauen besucht. In den Gesundheitskursen der Volkshochschulen beträgt der Frauenanteil 85%, in den GKV-Kursen 76%. Es gibt Hinweise, wonach Einzelberatungen zu Gesundheitsthemen Männer besser erreichen als die gängigen Kursangebote.



4.2 Geschlechtergerechte Prävention und Gesundheitsförderung ist machbar

Männer räumen ebenso wie Frauen der Gesundheit einen hohen Stellenwert ein.¹⁰⁰ Frauen und Männer sind im gleichen Maße davon überzeugt, etwas für die eigene Gesundheit tun zu können. 2004 beschäftigte sich die Allgemeine Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften (ALLBUS) – eine in 2-Jahresabständen durchgeführte repräsentative Befragung – schwerpunktmäßig mit dem Thema "Gesundheit". Dabei zeigten sich hinsichtlich gesundheitlicher Kontrollüberzeugungen keine statistisch bedeutsamen Unterschiede zwischen Männern und Frauen.¹⁰¹ Lediglich der Aussage: *"Um Krankheit zu vermeiden, ist es gut, wenn man sich regelmäßig vom Hausarzt beraten lässt"* schlossen sich Männer signifikant häufiger an als Frauen.¹⁰²

Vor diesem Hintergrund ist die aus der geringeren Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen und Gesundheitskursen gezogene Schlussfolgerung, Männer seien weniger gesundheitsbewusst als Frauen, durchaus hinterfragbar. Hätten Männer tatsächlich ein allgemein schwach ausgeprägtes Gesundheitsbewusstsein, gäbe es keinen Markt für gesundheitsbezogene Produkte und Dienstleistungen, die sich an Männer richten. Männer aus bestimmten sozialen Milieus gelten in der Wellness-Branche als lukrative Zielgruppe. Zeitschriften wie "Men's Health" greifen Themen wie gesunde Ernährung auf und geben Tipps für einen gesundheitsfördernden Lebensstil. Diese Publikationen zeigen, wie eine gezielte und wirksame Anrede von Männern zu Gesundheitsthemen aussehen kann. Dabei ist, wie gerade am Beispiel "Men's Health" deutlich wird, darauf zu achten, dass die Themenauswahl und der Kommunikationsstil soziale Lagen und Milieuzugehörigkeiten berücksichtigt.

Die stärkere Nutzung von Früherkennungsleistungen durch Frauen vor allem in jüngeren Jahren ist schon deshalb nicht verwunderlich, weil ein großer Teil der Frauen aufgrund der Empfängnisverhütung regelmäßig Arztpraxen aufsuchen muss und bei dieser Gelegenheit Leistungen zur Krebsfrüherkennung in Anspruch nimmt. Zudem werden Frauen ab 50 Jahren im Rahmen des Mammografie-Screenings zur Früherkennung von Brustkrebs gezielt angesprochen und zur Teilnahme ermuntert. Vergleichbare Programme für Männer, beispielsweise zur frühzeitigen Diagnose des genauso häufig auftretenden Prostatakrebs, existieren bislang nicht. Die häufig von Ärzten kostenpflichtig angebotenen PSA-Tests,¹⁰³ deren präventiver Nutzen in der Fachwelt höchst umstritten ist, sind hier nicht gemeint.

Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention sind ganz offensichtlich so gestaltet und werden auf eine Weise beworben, dass sie Männer kaum ansprechen. Die Angebote orientieren sich stärker an Vorlieben von Frauen, zudem richten sich die wenigen geschlechtsspezifischen Angebote überwiegend an Frauen. Männergerechte Angebote und entsprechende Ansprachen sind bislang die Ausnahme. Dass sich Männer unter diesen Voraussetzungen in den herkömmlichen Gesundheitskursen deplatziert fühlen, ist nahe liegend. Ein Grund für die stärker frauenorientierten Angebotsformen und -inhalte könnte sein, dass das Erbringen von Dienstleistungen im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung bisher als Frauendomäne verstanden worden ist. Eine Umorientierung auf männliche Gestalter und Kursleiter im

¹⁰⁰ Hinz et al. (2010)

¹⁰¹ Unterschieden wurde nach den Einstellungsdimensionen Fatalismus (Schicksalsergebenheit), externale Kontrollüberzeugung und internale Kontrollüberzeugung (vgl. Janßen et al. 2000)

¹⁰² Kategorien "stimme voll zu" und "stimme eher zu". 45% (Männer) vs. 38% (Frauen), $p < .001$. Daten: ALLBUS 2004, eigene Auswertungen

¹⁰³ Das prostataspezifische Antigen (PSA) gilt im Rahmen der Krebsvorsorge als Tumormarker. Ein erhöhter PSA-Wert kann auf ein Prostatakarzinom hinweisen.



Gesundheitsbereich könnte zu mehr Angeboten führen, die männliche Bedürfnisse berücksichtigen und die Männer entsprechend ihrem Verständnis von Gesundheit ansprechen.

Frauen und Männer verstehen unter Gesundheit jeweils etwas anderes und haben unterschiedliche Erwartungen an Maßnahmen. Männer akzeptieren leichter Angebote, die auf Steigerung von Leistungsfähigkeit hinarbeiten und die einen eher instrumentalen Charakter besitzen, um ein konkretes Gesundheitsproblem anzugehen. Ein gutes Beispiel für eine an Männer gerichtete Ansprache, die diesen Kriterien folgt, ist der folgende Auszug aus dem Kursprogramm 2011 der AOK Bremen/Bremerhaven. Beworben werden Yoga-Kurse, einmal ein Kurs für alle und einmal ein ausdrücklich an Männer gerichtetes Angebot.

YOGA Gutes für Körper, Geist und Seele

Yoga ist eine alte, aus Indien stammende Methode. Ziel des Yoga ist es, Körper, Seele und Geist des Menschen zu vereinen. Modern ausgedrückt könnte man sagen: Yoga führt den Menschen zu seiner körperlichen, seelischen und geistigen Ganzheit, zu einem Zustand der Ausgeglichenheit und Einheit.

Bei uns ist das Hatha-Yoga am weitesten verbreitet. Im Seminar lernen Sie Ihren Körper immer genauer kennen. Sie achten mehr auf Ihre Körpervorgänge, und auch Gedanken und Gefühle werden Ihnen transparenter. Mit den Körper- und Atemübungen trainieren Sie Muskeln und Gelenke, stärken die inneren Organe und den Kreislauf. Auch die Konzentrationsfähigkeit nimmt zu. Sie lernen eine Reihe von Übungen, die Ihnen eine Entspannung im Alltag ermöglichen.

YOGA FÜR MÄNNER Macht stark...

Wenn Ihr Rücken erzählen könnte, was ihn stärkt und was ihn belastet, was würde er am Ende eines ganz normalen Arbeitstages sagen? Bewegungsmangel, einseitige Körperbeanspruchung und psychische Belastungen führen zu Verspannungen der Muskulatur, Versteifung der Gelenke und funktionellen Fehlhaltungen der Wirbelsäule.

Im Yoga gilt eine starke, biegsame Wirbelsäule als Schlüssel für Flexibilität, Vitalität und Gesundheit. Die verschiedenen Yoga-Positionen bewirken mehr Beweglichkeit und eine verbesserte Körperhaltung.

Sie beeinflussen und stimulieren vor allem das Nervensystem und die inneren Organe ausgleichend und wirken beruhigend. Beim konzentrierten Verweilen in den verschiedenen Haltungen kommen auch die Gelenke und Emotionen zur Ruhe.

Quelle: AOK Bremen/Bremerhaven 2011



Ein weiteres Beispiel ist dem Frühjahrs-/Sommerprogramm 2012 der VHS Bremen entnommen. Darin kündigt die VHS zwei unterschiedliche Lauftrainingsveranstaltungen an. Zwar wenden sich beide Angebote weder speziell an Frauen noch an Männer. Dennoch ist zu vermuten, dass das "Lauftraining nicht nur für Anfänger" Männer besser anspricht als die Veranstaltung "BreathWalk".

BreathWalk

Die Methode des BreathWalk verknüpft den Atem mit dem Rhythmus des Gehens. Dabei werden körperliche und geistige Fitness und meditative Erfahrungen gefördert und Stress abgebaut. An diesem Nachmittag werden allgemeine Grundlagen vorgestellt und zwei Walks eingeübt, die zu mehr Gelassenheit und Energie im Alltag beitragen. Ein Teil der Übungen findet in den Wall-Anlagen statt.

Lauftraining nicht nur für Anfänger

Größere Ausdauer, schnelleres Tempo, mehr Spaß und weniger Verletzungen – welche LäuferIn will das nicht. Wichtige Schritte dorthin bietet das Frühjahrs-Laufseminar, bei dem vielfältige Trainingsbausteine zur Sprache kommen. Grundsätze zur Trainingsplanung, zum Ausgleichstraining, zur Regeneration und verschiedene Tempovarianten werden vorgestellt. Tipps zu den Themen Ernährung, Laufschuhkauf, Verletzungen (und wie man sie vermeidet) runden das Seminarangebot ab. Schon am ersten Termin bitte Laufkleidung anziehen oder mitbringen!

Quelle: Volkshochschule Bremen 2012

Es spricht einiges dafür, dass Männer andere Angebotsformen als Frauen benötigen. Bei konkreten Gesundheitsproblemen suchen und akzeptieren sie offensichtlich häufiger als Frauen sachkundigen Rat. So nutzen, wie im vorangegangenen Kapitel dargestellt, Männer Einzelberatungen zu Gesundheitsproblemen deutlich intensiver als Gesundheitskurse. Verglichen mit Frauen sind Männer offenbar geneigter, ärztlichen Rat zu Fragen der Krankheitsprävention einzuholen. Auch andere Studien kommen zu dem Ergebnis, dass Männer eher als Frauen einer ärztlichen Empfehlung zu gesundheitsbezogenen Verhaltensänderungen folgen.¹⁰⁴

Ärztinnen und Ärzte sind demnach wichtige Multiplikatorinnen und Multiplikatoren im Rahmen mänderspezifischer Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Allerdings sind Ärztinnen und Ärzte auch Akteure auf dem Gesundheitsmarkt. Damit sind Konflikte zwischen dem Wunsch nach objektiver und unabhängiger Entscheidungsfindung und den Ein-

¹⁰⁴ z.B. Reid et al. (2009)



kommensinteressen der Leistungsanbieter angelegt. Dieses Spannungsfeld wird deutlich bei den privat abzurechnenden individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) wie dem PSA-Test zur Früherkennung von Prostatakrebs oder dem Ultraschall der Eierstöcke zur Krebsfrüherkennung. Der PSA-Test gehört zu den am häufigsten angebotenen IGeL-Leistungen, trotz seines zweifelhaften diagnostischen Werts. Auch Ultraschalluntersuchungen der Eierstöcke ohne Verdacht auf Ovarialkarzinom werden in Fachkreisen kritisch bewertet. Trotzdem ist nicht davon auszugehen, dass Ärztinnen und Ärzte Früherkennungsmaßnahmen allein einkommensorientiert anbieten. Ähnlich wie ihre Patientinnen und Patienten überschätzen sie nicht selten die positiven Effekte von Früherkennungsuntersuchungen.¹⁰⁵ Daher sind qualitätsgesicherte und nachvollziehbare Informationen für die ärztlichen Berufsgruppen genauso notwendig wie für Männer und für Frauen, um eine Grundlage für eine realistische Einschätzung von Früherkennungsangeboten zu haben. Erst solche Informationen ermöglichen eine informierte individuelle Entscheidung. Außerdem benötigen die Nutzerinnen und Nutzer angemessene Unterstützung bei der Bewältigung positiver Befunde, wobei auch diese Angebote geschlechtsspezifische Bedürfnisse berücksichtigen sollten. Die Gesundheitsportale der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), die es für Frauen schon etwas länger und für Männer erst seit kurzem gibt, sind ein Ansatz, um die unterschiedlichen Informationsbedürfnisse von Männern und Frauen zu bedienen.

4.3 Freizeit- und Breitensport als Ansatzpunkt männerorientierter Gesundheitsförderung

Männer sind in jeder Altersgruppe sportlich aktiver als Frauen,¹⁰⁶ wenngleich die sportlichen Aktivitäten mit steigendem Alter abnehmen. Auch bei den Gesundheitskursen der GKV favorisieren Männer noch häufiger als Frauen Angebote aus dem Bereich "Bewegung". 2010 entfielen 78% der Teilnahmen von Männern auf Bewegungsangebote, bei den Frauen betrug diese Quote knapp 72%. Letztendlich aber sind Männer auch in den Bewegungsangeboten der GKV deutlich unterrepräsentiert, 2010 lag der Männeranteil bei 25%.¹⁰⁷

Ein gänzlich anderes Bild zeigt sich im Freizeit- und Breitensport. In Fitness-Studios ist der Männeranteil unter den Kunden wesentlich höher, dort besteht die Kundschaft in etwa je zur Hälfte aus Männern und Frauen.¹⁰⁸ Ein Großteil der Kunden ist zwischen 20 und 39 Jahre alt, fast zwei Drittel trainieren mindestens ein Mal in der Woche.¹⁰⁹

Vereinsport wird mehrheitlich von Männern betrieben. 35,5% der in Deutschland lebenden Männer (ca. 14,25 Mio.) und 22,7% (ca. 9,46 Mio.) der in Deutschland lebenden Frauen sind in einem Sportverein organisiert. Im Land Bremen sind 100.182 Männer und 65.276 Frauen Mitglied in einem Sportverein.¹¹⁰ In allen Altersstufen sind Männer häufiger als Frauen Mitglied in einem Sportverein. Besonders ausgeprägt sind diese geschlechtsspezifischen Differenzen bei Kindern (ab 7 Jahre), Jugendlichen und jungen Erwachsenen (bis 26 Jahre, siehe Abbildung 2).

¹⁰⁵ Gigerenzer et al. (2007), S. 53ff

¹⁰⁶ Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2005b), S. 9

¹⁰⁷ siehe Tabelle 3

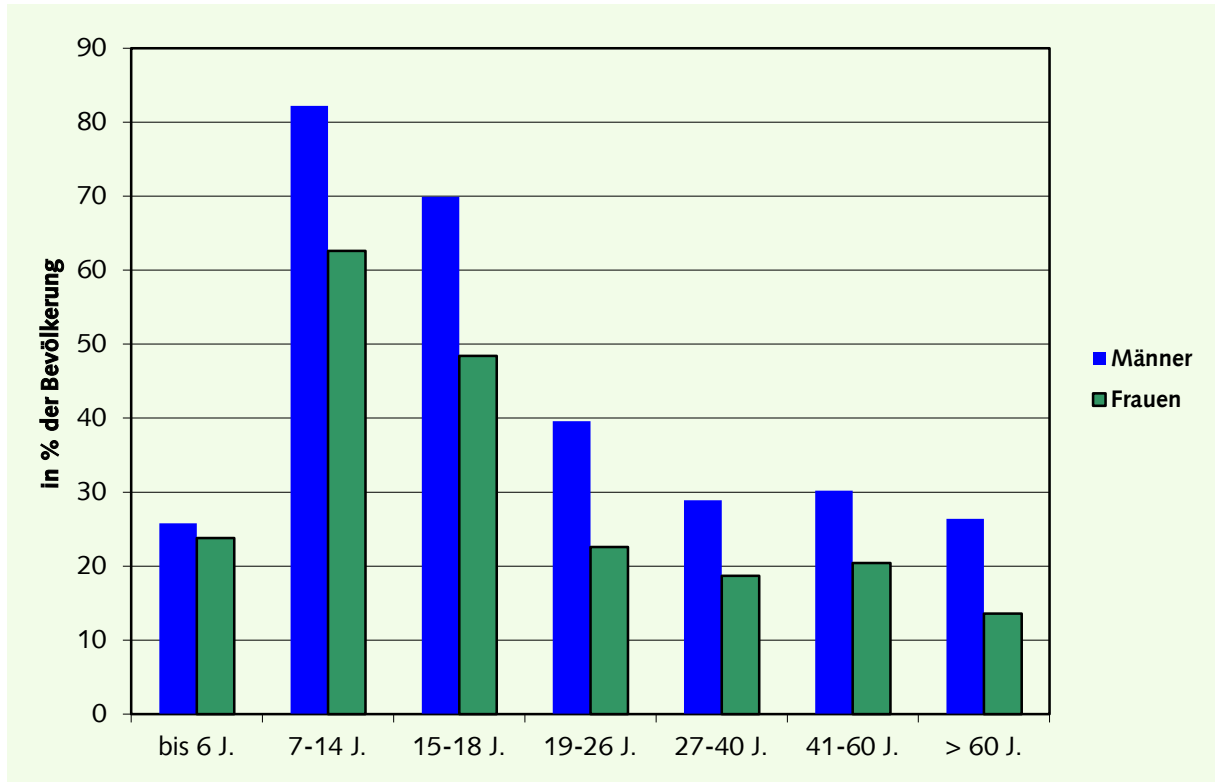
¹⁰⁸ Burrmann (2006), INNOFACT AG (2008)

¹⁰⁹ INNOFACT AG (2008)

¹¹⁰ Deutscher Olympischer Sportbund (2011)



Abbildung 2: Mitglieder in Sportvereinen nach Altersgruppen und Geschlecht (Deutschland 2011; in % der jeweiligen Altersgruppe)



Daten: Deutscher Olympischer Sportbund (2011)

Männer stellen auch das Gros der ehrenamtlich Tätigen in Sportvereinen. In den im Deutschen Sportbund organisierten Vereinen sind ca. 2,2 Mio. Menschen ehrenamtlich tätig, davon sind etwa zwei Drittel Männer.

In Anbetracht der besonderen Nähe der Männer zu sportlichen Aktivitäten liegt es nahe, Sport in den Mittelpunkt männerspezifischer Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung zu stellen. Angesichts des hohen Organisationsgrades der Männer – über alle Altersstufen hinweg betrachtet ist mehr als jeder dritte Mann Mitglied in einem Sportverein – bietet sich die Kooperation mit Sportvereinen an. Sportvereine bieten ein ideales Umfeld (Setting), um Männer zu erreichen. Wenn jährlich nur 10% der männlichen Sportvereinsmitglieder für die Teilnahme an Gesundheitsprogrammen gewonnen werden könnten, hätte man fast doppelt so viele Männer mobilisiert wie in den Kursen der GKV und VHS zusammen.

Bei der Maßnahmengestaltung empfiehlt es sich, den Aspekt Gesundheit nicht übermäßig zu betonen und stattdessen an der eigentlichen Motivation der Männer, Sport zu treiben, anzusetzen. Sport ist auch eine Möglichkeit, Geschlechteridentität zu inszenieren. Männer und Frauen haben oft jeweils andere Beweggründe, Sport zu treiben und verfolgen dabei andere Ziele. Ausdrücklich gesundheitsorientierte Bewegungsangebote entsprechen nicht dem Selbstkonzept vieler Männer, das Sport mit Leistungssteigerung, Wettkampf und Grenzer-



fahrung verknüpft.¹¹¹ Dies ist nicht von vornherein bedenklich, denn Sport, der auf eine Kräftigung der Muskulatur und auf eine Steigerung der Kondition abzielt, ist letztendlich auch gesundheitsförderlich. Hier könnte man zum Beispiel anknüpfen mit Tipps für eine Ernährung, die fit hält. Dass körperliche Leistungs- und Funktionsfähigkeit derart im Mittelpunkt stehen, mag der eine oder die andere als zu schlicht und/oder als unangebrachte Aufwertung überkommener Mannbarkeitsklischees kritisieren. Letztendlich geht es aber darum, Akzeptanz bei der Zielgruppe zu finden, um Präventionsbotschaften anbringen zu können. "*Der Wurm muss dem Fisch schmecken und nicht dem Angler*", wie es Helmut Thoma, früherer Geschäftsführer bei RTLplus, ausdrückte.¹¹²

¹¹¹ Alfermann (2006). In dieses Bild passt, dass nach den Ergebnissen von Befragungen in Fitness-Studios der Missbrauch von Dopingsubstanzen bei Männern wesentlich verbreiteter ist als bei Frauen. Gleichwohl ist der Missbrauch von Dopingsubstanzen ein Randphänomen (Robert Koch-Institut 2006b, S.15f).

¹¹² Thoma reagierte damit auf Vorhaltungen, RTL-Sendungen seien niveaulos.



5. Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Männer in Bremen

Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte ist eines der zentralen Themen des öffentlichen Gesundheitsdienstes und der Gesundheitswissenschaften (Public Health). Menschen, die in benachteiligenden Verhältnissen leben – das können fehlende Bildungschancen, ein zu geringes Einkommen oder Arbeitslosigkeit sein – sterben in der Regel früher, haben einen schlechteren Gesundheitszustand und sind weniger zufrieden mit ihrer Gesundheit als Menschen mit einem hohen Sozialstatus.

Die Feminismusdebatte in den 1980er Jahren stieß einen Diskurs um die besondere Benachteiligung von Frauen an. In der Folge wurden gesundheitsfördernde Projekte für sozial benachteiligte Frauen entwickelt, die die Bedürfnisse dieser Frauen aufgriffen und in konkrete Maßnahmen umsetzten. Ein Beispiel aus Bremen ist die Einrichtung "FrauenGesundheit in Tenever" (FGT), 1986 gegründet und heute im Stadtteil etabliert. Daneben gibt es vielfältige andere Angebote für Frauen bei verschiedenen Trägern wie den Mütterzentren, Häusern der Familie, der Volkshochschule – um nur einige Institutionen zu nennen, die auch die Gesundheit der Frauen im Blick haben. Die FGT ist heute ein Vorzeigeprojekt, das verschiedene überregionale Preise erhalten hat, unter anderem den BKK-Preis zur "Auszeichnung für vorbildliche Gesundheitsförderung". 2008 erhielt die Einrichtung Anerkennungen als "Model of Good Practice" seitens der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und der Landesvereinigung für Gesundheit Berlin.

Eine ähnliche Debatte über Männer in prekären Lebenslagen wurde bislang nicht geführt, vergleichbare Gesundheitsangebote für diese Männer gibt es weder in Bremen noch im übrigen Deutschland. Männergesundheit und gerade auch die besondere Gesundheitsproblematik sozial benachteiligter Männer war vor wenigen Jahren kein Thema, mit dem man sich ernsthaft beschäftigte.

Männer aus den unteren sozialen Schichten bilden die Bevölkerungsgruppe mit der niedrigsten Lebenserwartung in Deutschland. Generell treten Krankheiten wie Herzinfarkte, Schlaganfälle, chronische Lebererkrankungen und einige Krebserkrankungen bei Beziehern und Bezieherinnen niedriger Einkommen deutlich häufiger auf.¹¹³ Männer haben häufiger als Frauen Erkrankungen, die mit gesundheitsschädigendem Verhalten in Verbindung stehen, wie Lungenkrebs und Leberzirrhose. Auch hier sind Bevölkerungsgruppen mit geringem Einkommen stärker betroffen.¹¹⁴ Starke körperliche Schmerzen oder gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltagsleben finden sich ebenfalls häufiger in den unteren Einkommensgruppen, wobei Frauen im Allgemeinen häufiger über Schmerzen und gesundheitsbedingte Einschränkungen berichten als Männer.¹¹⁵

Obwohl Männer - objektiv betrachtet (zumeist höhere Krankheitsprävalenzen, deutlich geringere Lebenserwartung) - mehr Grund hätten zu klagen als Frauen, fühlen sich Männer im Durchschnitt gesünder als Frauen. In der Umfrage GEDA 2009 beurteilten Befragte mit niedrigen Schulabschlüssen ihre Gesundheit deutlich schlechter als Befragte mit hohen Abschlüssen, wobei diese sozialstrukturellen Differenzen bei Frauen noch etwas ausgeprägter waren.¹¹⁶

¹¹³ Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2010c), S. 3; Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2005d), S. 23ff

¹¹⁴ a.a.O., S. 24f

¹¹⁵ a.a.O., S. 26f

¹¹⁶ Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2011b), S. 51f



Deutliche sozialstrukturelle Unterschiede gibt es vor allem beim Rauchen: Je niedriger der soziale Status einer Bevölkerungsgruppe, desto mehr Raucher und Raucherinnen gibt es. Bedenklicher Alkoholkonsum hingegen tritt, entgegen landläufiger Meinungen, eher in den oberen Schichten auf.¹¹⁷ Übergewicht und Adipositas (Fettleibigkeit) finden sich häufiger bei Männern als bei Frauen, in unteren Statusgruppen häufiger als in oberen.¹¹⁸ Bei körperlichen und sportlichen Aktivitäten schneiden Männer generell positiver ab. Männer der unteren Bildungsschichten sind zwar deutlich häufiger körperlich aktiv – vermutlich aufgrund höherer körperlicher Beanspruchung im Arbeitsalltag – aber deutlich weniger sportlich aktiv.

Ein Risikofaktor besonderer Art ist das männliche Rollenmodell. Das auf Stärke und Unverwundbarkeit aufbauende männliche Selbstbild erschwert es, vor sich selbst und anderen Personen Schmerzen und gesundheitliche Einschränkungen anzuerkennen. Hinzu kommt, dass in unserer Gesellschaft gesundheitlich riskante Einstellungen und Verhaltensweisen Männlichkeit demonstrieren. Sind Männer rücksichtslos gegen sich selbst und gehen Risiken ein, wird dies gesellschaftlich belohnt und begründet Überlegenheitsansprüche als das stärkere Geschlecht.¹¹⁹

Besonders Männer mit einem niedrigeren Sozialstatus nutzen entsprechende Verhaltensweisen, um Ihre Männlichkeit zu betonen. Auch diese Mechanismen tragen dazu bei, dass Männer und vor allem Männer aus den unteren sozialen Schichten Angebote zur Prävention und Gesundheitsförderung eher selten in Anspruch nehmen. Für sie ist die Inanspruchnahme solcher Angebote eher mit dem Verlust von Männlichkeit verbunden als mit Unterstützung, denn eine Inanspruchnahme signalisiert im Prinzip Schwäche. Die Abwehrhaltung wird noch verstärkt durch gesundheitsfördernde Angebote, die sich schon in der Wortwahl der Ankündigungstexte eher an den Bedürfnissen von Frauen orientieren.

5.1 "Runder Tisch Männergesundheit" in Bremen

Um das Thema "Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Männer" in Bremen zu etablieren, rief die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales 2010 den "Runden Tisch Männergesundheit" ins Leben. Im Verbund verschiedener Einrichtungen sollten Konzepte für Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention entwickelt werden, die sich an Männer in statusniedrigen Wohngebieten der Stadt Bremen richten.

Anlass dafür waren, neben den aus der Bundesstatistik bekannten Zahlen und Trends, das Wissen um die hohe Sterblichkeitsrate und die vergleichsweise niedrige Lebenserwartung in den benachteiligten Stadtvierteln Bremens sowie die Ergebnisse einer Umfrage zur Gesundheit der Bremer Bevölkerung.¹²⁰ Wie auch in bundesweiten Erhebungen zeigten sich in dieser Untersuchung für beide Geschlechter deutliche Unterschiede im Gesundheitsverhalten und in der Wahrnehmung der eigenen Gesundheit, wobei auch hier der Bildungsstand eine wichtige Rolle spielte. Bei Männern lagen insgesamt häufiger gesundheitliche Risikofaktoren wie Rauchen und Übergewicht vor. Beim Thema "Bewegung" hingegen schnitten Männer etwas

¹¹⁷ a.a.O., S. 121ff

¹¹⁸ a.a.O., S. 100ff

¹¹⁹ "By successfully using unhealthy beliefs and behaviours to demonstrate idealised forms of masculinity, men are able to assume positions of power relative to women and less powerful men in a patriarchal society that rewards this accomplishment. By dismissing their health needs and taking risks, men legitimise themselves as the stronger sex." (Courtenay (2000), S.1397)

¹²⁰ Der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (Hrsg.) (2005), (2006)



positiver ab. Früherkennungsmaßnahmen nahmen Männer deutlich seltener in Anspruch. Dies gilt für die Zahnvorsorge und für die Krebsfrüherkennung gerade in den Altersgruppen ab 45 Jahren. Bei der Untersuchung "Check-up 35" zur Früherkennung von Krankheiten war auch hier der Unterschied in der Inanspruchnahme zwischen Männern und Frauen gering.¹²¹

Obwohl die Bremer Studie auch bei jüngeren Männern in verschiedenen Bereichen Defizite aufzeigt, fallen Männer in den mittleren und höheren Altersgruppen (40 bis 59 und 60 bis 80 Jahre) mit besonderen Risiken auf. Männer mittleren Alters und mit niedrigen bis mittleren Bildungsabschlüssen weisen mit höherer Wahrscheinlichkeit die Risikofaktoren Rauchen, Übergewicht und wenig Bewegung auf.¹²² Vor allem Männer der mittleren und höheren Altersgruppen nutzen seltener die Möglichkeit, mithilfe des "Check-up 35" Krankheiten im Frühstadium zu erkennen. Nicht erwerbstätige Männer aus jüngeren und mittleren Altersgruppen und ältere allein stehende Männer nehmen die Zahnvorsorge besonders selten in Anspruch.¹²³ Darüber hinaus zeigen die Daten eine räumliche Konzentration von Personen mit niedriger Bildung im Bremer Westen, im Bremer Osten und im Bremer Norden.¹²⁴

Mit Blick auf diese Datenlage entschied der "Runde Tisch Männergesundheit", sich auf Männer mittleren und höheren Alters mit niedrigeren Bildungsabschlüssen zu konzentrieren. Dabei lag auch die Annahme zugrunde, dass die zunehmende Erfahrung gesundheitlicher Beeinträchtigungen bei fortschreitendem Alter für Gesundheitsförderung und Prävention empfänglicher macht.

Die gesundheitlichen Risiken und Belastungen dieser Zielgruppe sind zwar hinreichend bekannt. Weniger bekannt ist dagegen, welche Bedürfnisse und Präferenzen diese Gruppen haben. Taugliche Praxismodelle, die diese Zielgruppe erreichen, gibt es kaum. Es hat sich allerdings erwiesen, dass Programme, an deren Entwicklung sich die Zielgruppen beteiligen (Partizipation) und die deren Selbstbestimmung stärken (Empowerment), Erfolg versprechend sind. Daher beschloss der "Runde Tisch Männergesundheit", Männer aus sozialen Brennpunktvierteln der Stadt Bremen zu ihren gesundheitlichen Bedürfnissen und Erfahrungen zu befragen. Diese Befragung wurde in Kooperation mit der Universität Bremen und dem Gesundheitsamt Bremen als Lehrprojekt im Master-Studiengang "Public Health" durchgeführt.¹²⁵

5.2 Befragung von Männern in Gröpelingen und in Tenever

Die Erhebung fand Ende 2010 im Stadtteil Gröpelingen und im Ortsteil Tenever statt. Befragt wurden Männer, die 40 Jahre und älter waren. Gemäß dem Sozialindex der Stadt Bremen zählen Gröpelingen und Tenever zu den am stärksten benachteiligten Stadtgebieten. Beide Stadtgebiete gehören zu den Fördergebieten des Bund-Länder-Programms "Soziale Stadt".

Gröpelingen ist ein traditionelles Bremer Arbeiterviertel, das mit dem Niedergang der maritimen Wirtschaft zahlreiche Arbeitsplätze verlor. Heute leben dort rund 35.000 Menschen,

¹²¹ Der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (Hrsg.) (2005), S. 49ff.; s. auch in diesem Bericht Kapitel 0

¹²² Der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (Hrsg.) (2006), S. 80

¹²³ a.a.O., S. 81

¹²⁴ a.a.O., S. 84

¹²⁵ Die Hintergründe und Ergebnisse der Befragung sind ausführlich dargestellt in: Deiters et al. (2011)



von denen gut 41 % einen Migrationshintergrund haben (Stadt Bremen: ca. 28%). Die Arbeitslosenquote liegt bei über 26% (Stadt Bremen: 14%).

Tenever ist eine am Stadtrand gelegene Hochhausgroßsiedlung mit über 10.000 Einwohnern, davon fast 62 % mit Migrationshintergrund. Die Arbeitslosenquote beträgt mehr als 24%.¹²⁶

Durch Vermittlung von Mitgliedern des Runden Tisches beteiligten sich verschiedene soziale Einrichtungen der Stadtteile (z.B. Jobcenter, Gesundheitstreffs, interkulturelle Projekte) an der Befragung. Die Studenten aus dem Lehrprojekt verteilten Fragebogen an die Nutzer dieser Einrichtungen und hielten sich bereit, die Beantwortung der Fragen zu unterstützen, da bei einem Teil der Nutzer Sprachbarrieren zu erwarten waren. Der Fragebogen enthielt sowohl Fragen mit Antwortkategorien (geschlossene Fragen) und als auch Fragen ohne feste Antwortvorgaben (offene Fragen). Themen waren die subjektive Wahrnehmung von Gesundheit, individuelle Gesundheitskonzepte, präventives Verhalten, Arztbesuche, Änderungswünsche für das Gesundheitsverhalten und soziodemografische Merkmale.

Nach Abschluss der Erhebungsphase lagen 130 auswertbare Fragebögen vor. Etwa ein Fünftel der Männer (n=28) benötigte beim Ausfüllen Hilfe. Der Grund waren nicht immer Sprachbarrieren, einige der befragten Männer hatten vermutlich begrenzte Schreib- und Lesekompetenzen. Die aktuelle Level-One Studie, die die Schreib- und Lesefähigkeit der deutsch sprechenden Bevölkerung untersucht, kommt auf 7,5 Millionen funktionale Analphabetinnen und Analphabeten in Deutschland. Das sind mehr als 14% der 18 bis 64-jährigen (erwerbsfähigen) Bevölkerung, betroffen sind überwiegend Männer.¹²⁷ Funktionaler Analphabetismus bedeutet, dass eine Person zwar einzelne Sätze lesen oder schreiben kann, nicht jedoch zusammenhängende Texte.

Die große Mehrheit der Befragten (80,8%) fiel in die Altersgruppe 40 bis 60 Jahre. Über ein Drittel der Männer (36,9%) war nicht in Deutschland geboren. In der Altersgruppe 40 bis 60 Jahre waren etwa 42% der befragten Männer nicht berufstätig, was gleichbedeutend sein dürfte mit Arbeitslosigkeit oder Erwerbsunfähigkeit.

Nahezu alle befragten Männer (96,2%) hielten Gesundheit für "wichtig" oder "sehr wichtig", gleichzeitig stuften aber 42,3% ihre eigene Gesundheit als "schlecht" oder "weniger gut" ein. Diese Quote liegt deutlich über den Ergebnissen des aktuellen Gesundheitssurveys GEDA des Robert Koch-Instituts.¹²⁸ Dort bezeichneten 32,6% der Männer, die der Altersgruppe 45 bis 64 Jahre angehörten, ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen als "sehr schlecht", "schlecht" oder als "mittelmäßig". Die Kategorie „mittelmäßig“ wurde hier hinzugezogen, da die in den beiden Erhebungen verwendeten Kategorien nicht deckungsgleich waren. In der Bremer Erhebung fehlte die im GEDA-Survey enthaltene Kategorie "mittelmäßig".

Die vielfältigen Antworten auf die zum Teil offen gestellte Frage, was man unter Gesundheit versteht (subjektives Gesundheitskonzept), wurden zu Kategorien zusammengefasst. Für gut die Hälfte der Männer (51,5%) war Gesundheit mit Aspekten verbunden, die für Wohlbefinden stehen (z.B. Lebensfreude, gut leben können). 18% der Befragten setzten Gesundheit mit Freiheit von Schmerzen und Krankheiten gleich. Äußerungen, die auf gesundheitsbe-

¹²⁶ Daten: Statistisches Landesamt Bremen, Online-Portal (2012). [30. April 2012]

¹²⁷ Universität Hamburg (Hrsg.) (2011). Gut 60% der funktionalen Analphabeten sind Männer.

¹²⁸ Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2011b), S. 52



wusste Einstellungen verweisen, fielen ebenfalls relativ häufig. Jeder Fünfte (19,2%) gab bewegungsorientierte Aktivitäten (z.B. Sport, Spaziergehen) an, darüber hinaus wurden Aspekte gesunder Lebensführung wie gesunde Ernährung, Nichtrauchen oder Alkoholverzicht genannt (7,7%). Neun (6,9%) Männer brachten Gesundheit ausdrücklich mit Arbeitsfähigkeit in Verbindung. Daneben nannten jeder Fünfte (20,8%) Gesundheit allgemein als wichtiges Gut.

Bemerkenswert sind die recht differenzierten Sichten auf Gesundheit mit einem Schwerpunkt auf Wohlbefinden, was nicht unbedingt männertypisch ist. Die Tendenz in der Fachliteratur zu subjektiven und geschlechtsspezifischen Gesundheitskonzepten geht in die Richtung, dass Frauen Gesundheit eher auf einer psychischen Dimension beschreiben, wo "Gesundheit als Wohlbefinden" einen wichtigen Stellenwert einnimmt, während Männer Gesundheit eher auf der Ebene von "Leistungsfähigkeit" und "Abwesenheit von Krankheit" ansiedeln.¹²⁹ Leistungsfähigkeit im Sinne von Arbeitsfähigkeit und Abwesenheit von Krankheit spielt bei den befragten Männern zwar auch eine Rolle, derartige Äußerungen fielen jedoch deutlich seltener.

Die Männer gaben auch relativ differenziert Auskunft darüber, was bisher ihre Gesundheit erhalten hat (Frage mit Mehrfachnennungen). Über die Hälfte der Männer (55,4%) gab an, sich zu bewegen oder Sport zu treiben. Ein Drittel (33,1%) nannte eine gesunde Lebensführung, zu der "Nichtrauchen", "gesunde Ernährung" und "kein oder weniger Alkohol trinken" gehörten. Relativ häufig genannt wurden außerdem Erholung (26,9%) und Wohlbefinden (25,4%), aber auch Arbeit (20%).

Um den Lebensstil gesundheitsbewusster zu gestalten, gaben die befragten Männer zu je einem Drittel an, sich mehr bewegen oder mehr Sport treiben zu wollen (32,3%) oder ganz generell eine gesündere Lebensführung anzustreben (34,6%). In diesen beiden Bereichen gab es auch geringe Überschneidungen, 12,3% der Männer wollten in beiden Bereichen etwas verändern. Nur etwa ein Viertel (26,9%) äußerten keine Änderungsabsichten. Bei Wünschen für eine gesündere Lebensführung stand "Rauchen beenden" an erster Stelle und "gesunde Ernährung" an zweiter Stelle. Die Antworten machen deutlich, dass gesundheitliche Risikofaktoren auch in dieser Zielgruppe gut bekannt sind und ein größerer Teil der Männer bereits entsprechend handelt.

Knapp zwei Drittel (60%) der befragten Männer würden sich außerdem durch vergünstigte oder kostenlose Angebote der Krankenkassen motiviert fühlen, etwas für ihre Gesundheit zu tun. Wenn sich daraus bessere Chancen auf dem Arbeitsmarkt ergäben, würde sich fast die Hälfte (43,1%) angespornt fühlen, gesünder zu leben.

Eine zukünftige Maßnahmenplanung hat zu berücksichtigen, dass fast drei Viertel der befragten Männer (71,5%) keine lokalen Angebote zur Gesundheitsförderung kennen. Von denjenigen, die solche Programme kennen, nutzen weniger als die Hälfte das Angebot. Gründe könnten fehlendes Interesse oder Zeit- und Geldmangel sein. Da der Aktionsradius sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen aufgrund beschränkter finanzieller Ressourcen und fehlender Kenntnisse relativ begrenzt ist, ist dieser Befund bedenklich. Gerade diese Gruppen sind, neben finanzieller Unterstützung, in besonderem Maße auf Angebote im Wohngebiet angewiesen. Nicht recherchiert wurde, inwieweit es in den Stadtteilen einschlägige Angebote gibt, die nicht genutzt werden. Sollten solche Angebote existieren, sind sie

¹²⁹ Vgl. Faltermeier (1998), Kuhlmann, Kolip (1998)



der Zielgruppe nicht bekannt. Vielleicht entsprechen die Programme auch nicht den Bedürfnissen der Zielgruppe oder die Zugangsschwellen sind zu hoch.

Zielgruppen aus sozial benachteiligten Milieus benötigen eine andere Ansprache als Angehörige der Mittelschicht, die das Gros der Teilnehmerinnen und Teilnehmer an den Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung stellen. 43,5% der befragten Männer würden sich eine persönliche Ansprache wünschen. 41,1% könnten sich allerdings auch Informationen durch Flyer und 39,5% Informationen via Internet vorstellen (die entsprechende Frage erlaubte mehrere Antworten). Allerdings hatte ein nicht geringer Teil der befragten Männer keine ausreichenden Sprachkenntnisse und vermutlich eingeschränkte Schreib- und Lesefähigkeiten. Außerdem begrenzen Geld und Zeitmangel den Zugang zu Angeboten, neben anderen möglicherweise vorhandenen Hemmnissen. In dieses Bild passt, dass sich zwei Drittel der befragten Männer (68,3%) mehr geeignete oder überhaupt Präventionsangebote im Stadtteil wünschen, um mehr für die Gesundheit tun zu können.

Unter dem Aspekt zukünftiger Vernetzungen im Stadtteil und möglicher Ansprache der Zielgruppe ist positiv zu bewerten, dass die befragten Männer recht gut in das medizinische Versorgungssystem integriert sind. Fast alle der befragten Männer (93,8%) hatten einen Hausarzt oder eine Hausärztin, und der weit überwiegende Teil (79,2%) eine Zahnärztin oder einen Zahnarzt. Beide Ärzteguppen werden relativ häufig konsultiert. Der größte Teil (83,8%) hatte in den letzten 12 Monaten Kontakt zu einem Hausarzt oder einer Hausärztin, und zwei Drittel (66,9%) suchten eine Zahnarztpraxis auf. Hausärztinnen und Hausärzte wurden eher wegen Schmerzen oder Krankheiten aufgesucht (74,3%); Zahnärztinnen und Zahnärzte dagegen eher zur Früherkennung (64,4%). Das Bonusheft, das die Inanspruchnahme zahnärztlicher Vorsorgeleistungen dokumentiert und bei Kassenpatienten Voraussetzung für geringere Zuzahlungen im Behandlungsfall ist, war zwar über der Hälfte der Befragten (58,5%) bekannt, aber lediglich ein gutes Drittel der Befragten (39,2%) nutzte das Bonusheft. Zwar sind Personen, die Leistungen nach SGB II erhalten, von Zuzahlungen befreit, insofern ist das Bonusheft für diesen Personenkreis bedeutungslos. Allerdings ist ein gut geführtes Bonusheft für diejenigen, die in den Arbeitsmarkt zurückkehren und damit wieder zu regulären Kassenpatienten werden, eine notwendige Voraussetzung für reduzierte Behandlungsgebühren. Es wäre daher auch für Empfänger von Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts wichtig, die Teilnahme an der Zahnvorsorge im Bonusheft sorgfältig aufzuzeichnen.

5.3 Fazit für die Weiterarbeit

Die geäußerten Vorstellungen zu Gesundheit (subjektive Gesundheitskonzepte) beinhalten erstaunlich häufig Aspekte von Wohlbefinden und ähneln damit Gesundheitskonzepten, wie sie eher für Frauen typisch sind. Die Männer äußerten sich aber auch häufiger in Richtung gesundheitsbewusste Einstellungen. Zu einem geringeren Teil umschrieben sie Gesundheit mit dem Fehlen von Schmerzen und Krankheit.

Für die befragten Männer ist Gesundheit durchaus sehr wichtig. Allerdings beurteilt ein großer Teil der Männer den eigenen Gesundheitszustand negativ. Die Bewertung des Gesundheitszustandes ist deutlich schlechter als im Bevölkerungsdurchschnitt.

Mehr als die Hälfte der Männer ist bereits aktiv, durch Bewegung und gesunde Lebensführung die Gesundheit zu erhalten. Es ist davon auszugehen, dass allgemeine Präventionsbotschaften die befragten Männer bereits erreicht haben, da in den Interviews immer wieder klassische gesundheitliche Risikofaktoren wie Rauchen oder schlechte Ernährung erwähnt



wurden.

Bei den bekundeten Absichten, mehr für die Gesundheit tun zu wollen, belegen Bewegung/Sport und gesunde Lebensführung die ersten Plätze. Gesunde Lebensführung meint in erster Linie das Beenden des Rauchens und gesunde Ernährung.

Die befragten Männer sahen in kostenlosen oder vergünstigten Angeboten seitens der Krankenkassen Anreize, sich stärker für ihre Gesundheit zu engagieren. Auch eine Verbesserung der Arbeitsmarktchancen empfanden sie als motivierend.

Generell sollten die Angebote kostengünstig sein, da die Zielgruppe nur über geringe Einkommen verfügt. Ein gewisser Selbstbehalt könnte dennoch eingefordert werden, da Eigenbeteiligungen erfahrungsgemäß ein Ansporn sind, Programme konsequent zu absolvieren. Darüber hinaus kann das Etikett "kostenlos" signalisieren, dass das Angebot nichts wert ist. Die Befragten kannten mehrheitlich keine lokalen Angebote zur Prävention und Gesundheitsförderung, was nicht heißen muss, dass es solche Angebote nicht gibt. Zudem dürfte die Zielgruppe sehr ortsgebunden sein. Notwendig ist also die Entwicklung einer geeigneten Angebotsstruktur vor Ort. Bestehende Angebote sollten offensiver beworben werden, um sie bekannter zu machen.

Entsprechende Angebote sollten um das Thema „Bewegung/Sport“ konzipiert werden. Wie die Befragung zeigte, bringen Männer gesundheitsförderliches Verhalten am stärksten mit Sport oder, allgemeiner ausgedrückt, mit Bewegung in Verbindung. Dass Sport ein guter Anknüpfungspunkt für männerorientierte Prävention und Gesundheitsförderung ist, wurde bereits im vorangegangenen Kapitel dargestellt.

Angesichts des beachtlichen Ausmaßes von funktionalem Analphabetismus in Deutschland muss bei einem Teil der Zielgruppe neben sprachlichen Barrieren von begrenzten Schreib- und Lesefähigkeiten ausgegangen werden. Überträgt man die Ergebnisse der Level-One Studie auf Bremen, leben im Land Bremen schätzungsweise 60.700 Menschen mit eingeschränkten Schreib- und Lesefähigkeiten. Darunter sind etwa 18.800 Menschen Analphabeten im engeren Sinne.¹³⁰ Für Ansprache und Information sind daher möglichst direkte Kommunikationsformen zu nutzen. Die direkte Ansprache über Multiplikatoren hat sich für entsprechende Zielgruppen als besonders geeignet erwiesen. Denkbar sind aber auch telefonische Kontakte. Ein anderer Teil der Zielgruppe ist allerdings ihren Angaben zufolge direkt über das Internet ansprechbar.

So gut wie alle befragten Männer haben einen Hausarzt. Die meisten suchen ihre Ärztin oder ihren Arzt im Laufe eines Jahres mindestens einmal auf, auch zur Vorsorge. Die vor Ort tätigen Ärztinnen und Ärzte sind daher wichtige Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in Gesundheitsfragen. Sie sollten über lokale Angebote zur Prävention und Gesundheitsförderung zumindest informiert sein und nach Möglichkeit in die Programmentwicklung eingebunden werden.

¹³⁰ Bremische Bürgerschaft (2012)



6. Schlussbemerkungen

Geschlechtsspezifische Prävention und Gesundheitsförderung setzt "Männergesundheit" nicht in Konkurrenz zu "Frauengesundheit". Es führt auch nicht weiter, am Gesundheitsverhalten des anderen Geschlechts demonstrativ Anstoß zu nehmen, wie es in den letzten Jahren gegenüber Männern üblich geworden ist. Vielmehr geht es darum, geschlechtsspezifische Krankheitsrisiken zu beachten und zu akzeptieren, dass Frauen und Männer sich jeweils unterschiedlich dem Thema "Gesundheit" nähern.

Im Grunde genommen sind Frauen und Männer unterschiedliche Zielgruppen. In der geschlechtsspezifischen Prävention und Gesundheitsförderung müssen daher neue Ansätze entwickelt werden, die auch für Männer attraktiv sind und die ihnen größere Chancen auf eine bessere Gesundheit und ein längeres Leben eröffnen. Entscheidend dabei ist, dass die Männer, die erreicht werden sollen, bei der Entwicklung der Angebote einbezogen werden. Dies steigert die Chancen, die Zielgruppe zu mobilisieren, gleichzeitig haben die Adressaten die Möglichkeit, Erwartungen und Bedürfnisse auszudrücken.

Die Aktivitäten der letzten Jahre rund um "Männergesundheit" markieren eine längst fällige Hinwendung zu einem wichtigen, politisch bisher kaum beachteten Gegenstand. Anders als oft unterstellt wird, ist für Männer Gesundheit nicht weniger wichtig als für Frauen. Männer gehen ebenso davon aus, dass sie Einfluss auf ihre Gesundheit nehmen können. Allerdings verbinden Männer und Frauen mit dem Begriff "Gesundheit" häufig unterschiedliche Vorstellungen. Im Vergleich zu Frauen haben Männer ein eher funktionalistisches Verständnis von Gesundheit. Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung dienen ihnen in erster Linie der Bewältigung konkreter Gesundheitsprobleme, während für Frauen zusätzlich affektive Momente (Erhöhung des Wohlbefindens) eine relativ große Rolle spielen.¹³¹ Darüber hinaus sind Frauen paramedizinischen Behandlungsmethoden (Alternativmedizin) anscheinend zugeneigter. Dafür spricht, dass Frauen Naturheilmittel deutlich stärker nachfragen als Männer¹³² und dass die weit überwiegende Zahl der Heilpraktiker Frauen sind. Von den 151 Personen, die seit 1997 vom Bremer Gesundheitsamt vor ihrer Tätigkeit als Heilpraktiker mündlich geprüft wurden,¹³³ waren 130 (86,1%) Frauen.

Auch wenn es frauen- und männertypische Grundhaltungen bezüglich Gesundheit gibt, darf man bei der Maßnahmengestaltung nicht von DEN MÄNNERN und DEN FRAUEN ausgehen. Gesellschaftliche Wirklichkeit ist vielschichtig. Insofern ist es notwendig, bei der Programmentwicklung die Unterschiedlichkeit sozialer Lagen wie auch deren subjektive Wahrnehmung (Lebenswelt) zu berücksichtigen. Gesundheitliche Belastungen bei Männern und Frauen sind eng mit sozialer Ungleichheit verbunden, wobei ein niedriger Sozialstatus für Männer gesundheitlich schwerwiegendere Folgen hat als für Frauen. Aber auch andere Faktoren wie Migrationsbiografien, auf die der Bericht nicht weiter eingegangen ist, können die Gesundheit wesentlich beeinflussen.

Dass gesellschaftliche Rahmenbedingungen Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken im entscheidenden Maße beeinflussen, gehört zum Grundwissen der Sozialmedizin. Gesellschaftlich bedingt sind es Gesundheitsgefahren am Arbeitsplatz, die Männer erheblich

¹³¹ Tempel (1998)

¹³² Vgl. Institut für Demoskopie Allensbach (2010)

¹³³ Prüfung nach §27 des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst im Lande Bremen (Gesundheitsdienstgesetz – ÖGDG)



stärker bedrohen als Frauen. Um Gesundheitsrisiken am Arbeitsplatz zu verringern, interveniert der Arbeitsschutz. Dadurch wurde in der Vergangenheit viel erreicht, wie auch anhand der drastisch gesunkenen Zahl tödlicher Arbeitsunfälle deutlich wird, die innerhalb der letzten 20 Jahre von 1.496 (1991) auf 674 (2010) zurückging.¹³⁴ Für Frauen sind dagegen psychische Belastungen am Arbeitsplatz bedeutsamer. Hier greifen übliche Arbeitsschutzmaßnahmen jedoch kaum.

Kulturelle Leitbilder von Weiblichkeit und Männlichkeit sind gesundheitsrelevante Faktoren. Soziale Rollen prägen, direkt oder indirekt, das Gesundheitsverhalten von Männern und Frauen, außerdem wirken sie auf die Arbeitsteilung zwischen den Geschlechtern ein. Soziale Rollen sind jedoch keine Naturkonstanten und können sich wandeln. Dies wird am Beispiel der Ost-West-Unterschiede hinsichtlich der interfamiliären Aufgabenteilung zwischen den Geschlechtern deutlich, die historisch durch die unterschiedlichen Gesellschaftssysteme in der DDR und der früheren Bundesrepublik geprägt worden sind.

Auch die Zuschreibung von Krankheitsbildern bei Männern und Frauen wird durch Rollenbilder beeinflusst, was immer wieder zu geschlechtsspezifisch verzerrten Wahrnehmungen und Symptomdeutungen führt. Männern werden häufiger somatische Krankheiten diagnostiziert, Frauen häufiger psychische Erkrankungen. Vielleicht schwingt hier das früher geläufige Klischee von der "hysterischen Frau" unbewusst mit. Es ist davon auszugehen, dass psychische Erkrankungen bei Männern oftmals unerkannt bleiben, da die gängigen Diagnoseverfahren männertypische Symptomatiken wie Aggressivität oder erhöhten Alkoholkonsum nicht immer in Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen setzen. Ein Indiz dafür, dass Depressionen bei Männern häufiger vorkommen als die Krankheitsstatistik ausweist, ist die im Vergleich zu Frauen deutlich höhere Suizidrate. Hierauf wurde bislang kaum reagiert.

Obwohl sich in den vergangenen Jahrzehnten die Positionen von Frauen und Männern in der Gesellschaft deutlich verändert haben, blieben Geschlechterstereotype – das sind allgemeine Vorstellungen über typisch männliche und weibliche Eigenarten – weitgehend intakt. Frauen werden emotionale Kompetenz, Männern strategisches Denken und Durchsetzungsfähigkeit (Handlungskompetenz) als spezifische Stärken zugeschrieben. Dementsprechend werden Männern und Frauen unterschiedliche Aufgaben zugeordnet. Beide Geschlechter betrachten die Pflege sozialer Beziehungen als Aufgabe der Frauen, während Männer für die Sicherung der materiellen Existenz zuständig sind.¹³⁵ Zugespitzt ausgedrückt wird Weiblichkeit mit Emotionalität, Männlichkeit dagegen mit Stärke und Leistungsorientierung verbunden, wobei das Männerbild offenbar eindeutiger definiert ist als das Frauenbild.¹³⁶

Dieses Männerbild wird allerdings hinfällig durch die Erosion des Normalarbeitsverhältnisses, das im wachsenden Maße ersetzt wird durch atypische Arbeitsverhältnisse wie zeitlich befristete Beschäftigung, Teilzeitarbeit, Leiharbeit oder die Beschäftigung als freier Mitarbeiter und neuerdings auch über so genannte Werkverträge. Mit atypischen Arbeitsverhältnissen lassen sich oftmals keine ausreichenden (existenzsichernden) Einkommen erzielen. Hinzu kommen geringere soziale Absicherungen und fehlende Aufstiegsmöglichkeiten. Brüchige

¹³⁴ Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2012), S. 167, Tabelle TM2. Ein weiterer Grund für den Rückgang der Unfallzahlen wird im Schrumpfen des industriellen Sektors gesehen. Allerdings ist nicht nur die absolute, sondern auch die relative Zahl der tödlichen Unfälle (Unfälle pro 1.000 Vollarbeiter) zurückgegangen.

¹³⁵ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2009), S. 328ff

¹³⁶ a.a.O., S. 330



Erwerbsbiografien mit häufigen Arbeitsplatzwechseln und Phasen der Arbeitslosigkeit sind heute keine Seltenheit mehr.

Schwierige Lebensverhältnisse und sozialer Abstieg bedeuten für Männer unter anderem, ihrer gesellschaftlichen Rolle nicht gerecht geworden und damit letztendlich gescheitert zu sein. Vermutlich auch deshalb wirken sich Unterschiede im Sozialstatus bei Männern deutlich stärker auf die Lebenserwartung aus als bei Frauen. Männer mit Höchsteinkommen leben durchschnittlich 11 Jahre länger als Männer mit einem Einkommen unterhalb der Armutsgrenze, bei Frauen beträgt diese Differenz 8 Jahre.

Männer mit niedrigem Sozialstatus sind eine sozialmedizinisch relevante Zielgruppe und damit auch von Interesse für das öffentliche Gesundheitswesen. Um Möglichkeiten für zielgruppengerechte Maßnahmen auszuloten, hat sich in Bremen unter der Federführung des Gesundheitsressorts eine Reihe von Akteuren zum "Runden Tisch Männergesundheit" zusammengefunden. Inzwischen konnten erste Ansatzpunkte für weitere Aktivitäten herausgearbeitet werden.

Gerade für Männer in prekären Lebenslagen dürfte ein gesundheitsfördernder Ansatz Erfolg versprechend sein, der nicht nur verhaltenspräventive Maßnahmen umfasst, die sich an Individuen richten, sondern auch gesellschaftliche und lokale Ebenen einbezieht. Von besonderer Bedeutung erscheint der Aspekt "Arbeit" als elementarer Bestandteil des männlichen Rollenbildes. Wegen der relativ geringen Chancen dieser Männer auf dem ersten Arbeitsmarkt könnte geförderte Beschäftigung oder die Vermittlung zivilgesellschaftlich nützlicher Tätigkeiten dazu beitragen, ihr Selbstwertgefühl zu stärken und damit gesundheitsfördernde Effekte zu erzielen.

Gesundheitsgefährdendes Verhalten wie Rauchen oder problematische Ernährungsgewohnheiten ist bei Männern häufiger zu finden als bei Frauen, insbesondere bei Männern mit niedrigem Sozialstatus. Diese Verhaltensweisen haben ebenfalls mit dem männlichen Rollenbild zu tun, sie lassen sich jedoch modifizieren. An diesem Punkt setzen Maßnahmen zur Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung an. Allerdings erreichen die entsprechenden Angebote der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Volkshochschulen im Wesentlichen Frauen. Der Frauenanteil in den VHS-Gesundheitskursen liegt bei 85%, bei den Kursen der GKV sind es 76%. Hier gilt es umzusteuern, was bedeutet, die Angebote in Sprache und Inhalt auch auf Männer, insbesondere sozial benachteiligte Männer, auszurichten. Dazu gehören männliche Kursleiter und das Einbeziehen der jeweiligen Zielgruppen bei der Entwicklung von Angeboten.

Bislang weiß man relativ wenig darüber, wie Männer und vor allem sozial benachteiligte Männer erreicht werden können. Hier ist das Erproben neuer Konzepte unumgänglich. Die Auswertung von Erfahrungen und der Austausch mit anderen Akteuren im Gesundheitsbereich können zu weiteren praktisch nutzbaren Erkenntnissen führen. Da Männer sportlich aktiver und häufiger in Sportvereinen organisiert sind als Frauen, liegt es nahe, Präventionsangebote für Männer bewegungsorientiert und in Kooperation mit Sportvereinen durchzuführen.

Männer suchen bei Gesundheitsproblemen eher konkrete Lösungen und Hilfen. Möglicherweise ist dies ein Grund, weshalb Männer im stärkeren Maße als Frauen den Rat von Experten nachfragen. Früherkennungsuntersuchungen nehmen Männer seltener in Anspruch als Frauen. Um die Teilnahmemotivation zu erhöhen, könnten die Krankenkassen Männer direkt telefonisch oder per Mail ansprechen. Das Bereitstellen qualitätsgesicherter und verständlicher Informationen zum Nutzen von Früherkennungsuntersuchungen, flankiert von Hilfsan-



geboten bei positiven Befunden, würde eine informierte Entscheidung der Nutzer ermöglichen. Des Weiteren ist eine geschlechtsspezifisch angemessene Sprache wichtig. Als Anregung sei auf die Informationsbroschüre zum Mammographie-Screening bei Frauen hingewiesen.¹³⁷

Ein gutes Modell geschlechtsspezifisch differenzierter Prävention ist die HIV/AIDS-Prävention, die in neuerer Zeit auf weitere sexuell übertragbare Erkrankungen ausgeweitet wurde. Die HIV/AIDS-Kampagnen sind ein Paradebeispiel gesellschaftlich gelungener Präventionsarbeit, die sich sowohl an die Allgemeinbevölkerung richtet – auch hier in den vergangenen Jahren zunehmend geschlechtsspezifisch orientiert – wie auch an Zielgruppen mit besonderen Risiken. Zwar weisen Männer insgesamt betrachtet überdurchschnittlich hohe Infektionsraten bei sexuell übertragbaren Krankheiten auf, jedoch tragen Männer mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten das mit Abstand größte Risiko. Bei Frauen, die insgesamt gesehen weniger stark betroffen sind, sind Sexarbeiterinnen besonderen Infektionsrisiken ausgesetzt. Spezifische Aufklärungsaktivitäten richten sich daher direkt an diese Zielgruppen und die Kampagnen wurden gemeinsam mit den Betroffenen entwickelt.

Wünschenswert für die Zukunft ist eine stärkere Beteiligung der gesetzlichen Krankenkassen bei der Finanzierung verhaltenspräventiver Maßnahmen. Gemäß dem Sozialgesetzbuch (SGB) V §20(1) soll die GKV Leistungen zur Primärprävention vorsehen, insbesondere um sozial bedingte Ungleichheiten von Gesundheitschancen zu vermindern. Dies ist, wie immer wieder kritisiert wird,¹³⁸ mit den bisherigen Angeboten kaum gelungen.

Abschließend sei noch einmal hervorgehoben, dass Gesundheit eine gesellschaftliche Querschnittsaufgabe ist und insofern auch von Entwicklungen in anderen Politikbereichen beeinflusst wird. Aus der Geschlechterperspektive wären vor allem mehr Optionen bei der Aufgabenverteilung der Geschlechter in der Gestaltung von Familien- und Arbeitsleben wünschenswert, um sowohl Frauen wie Männern ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Arbeit und Familie ("life balance") zu ermöglichen. Die derzeitige Rollenaufteilung in Familien verursacht eine starke gesundheitliche Belastung von Männern vor allem durch berufliche Anforderungen, wobei emotionaler und sozialer Ausgleich häufig fehlen. Bei Frauen verursacht die Familienorientierung stärkere psychischen Belastungen, teilweise auch in der Berufstätigkeit, und sie führt in der Regel zu einer schlechten finanziellen Absicherung bei Scheidung oder im Alter, wenn der Rentenbezug ansteht. Eine Gleichstellungspolitik, die Rahmenbedingungen für durchlässigere Geschlechterrollen schaffen würde, könnte positive (gesundheitliche) Effekte für beide Geschlechter hervorrufen. Der Politik stehen hier vielfältige und auch gesellschaftlich diskutierte Möglichkeiten zur Verfügung. Der erste Gleichstellungsbericht des Bundesministeriums für Familien, Senioren, Frauen und Jugend zeigt auf,¹³⁹ mit welchen Konsequenzen unser gesellschaftliches Rollenmodell verbunden ist, gleichzeitig bietet er Anregungen zur Veränderung der ungleichen Verhältnisse zwischen den Geschlechtern.

¹³⁷ Kooperationsgemeinschaft Mammographie und Deutsche Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2008)

¹³⁸ z.B. Altgeld (2012)

¹³⁹ Bundesministeriums für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (2011)



7. Literatur

- Alfermann D (2006). Psychosoziale Entwicklung und ihre Bedeutung für die Geschlechterordnung im Sport. In: Hartmann-Tews I, Rulofs B (Hrsg.): Handbuch Sport und Geschlecht. Schorndorf, Hoffmann-Verlag
- Altgeld T (2012). Alle Jahre wieder neue Investitionen der gesetzlichen Krankenkassen in weniger gesundheitliche Chancengleichheit – Präventionsbericht 2011 erschienen. Impulse 75, 20-21
- Altgeld T (Hrsg.) (2004). Männergesundheit. Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention. Weinheim und München, Juventa Verlag
- Bardehle D, Stiehler M (Hrsg.) (2010). Erster deutscher Männergesundheitsbericht. Ein Pilotbericht. München, Zuckschwerdt Verlag
- Beck U (1983). Jenseits von Stand und Klasse? Soziale Ungleichheiten, gesellschaftliche Individualisierungsprozesse und die Entstehung neuer sozialer Formationen und Identitäten. In: Kreckel R (Hrsg.). Soziale Ungleichheiten. Soziale Welt, Sonderband 2. Göttingen, Verlag Otto Schwartz & Co, 35–74
- Becker W, Hilbert T (2004). Enterale Ernährung über PEG-Sonden in der stationären Altenpflege. Gesundheitsamt Bremen (Hrsg.), Kommunale Gesundheitsberichterstattung
- Böhnisch, L. (2004). Männliche Sozialisation. Weinheim und München, Juventa Verlag
- Bremische Bürgerschaft (2012). Alphabetisierung im Land Bremen. Antwort des Senats auf die Große Anfrage der Fraktion der CDU. Drucksache 18/344 vom 17. April 2012
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2012). Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2010. Unfallverhütungsbericht Arbeit. Dortmund, Berlin, Dresden
- Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) (2012). <http://www.bbsr.bund.de> [10.12.2012]
- Bundeskriminalamt (Hrsg.) (2012). Polizeiliche Kriminalstatistik Bundesrepublik Deutschland. Berichtsjahr 2011. Wiesbaden
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2009). Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2009. Bericht der Bundesregierung über den Stand von Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit und über das Unfall- und Berufskrankheitengeschehen in der Bundesrepublik Deutschland im Jahre 2009
- Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2009). Männer in Bewegung. 10 Jahre Männerentwicklung in Deutschland. Forschungsreihe Band 6. Baden-Baden, Nomos Verlag
- Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2011). Neue Wege – Gleiche Chancen. Gleichstellung von Frauen und Männern im Lebensverlauf. Erster Gleichstellungsbericht. Berlin.
- Burrmann U (2006). Geschlechtsbezogene Partizipation im Freizeit- und Breitensport. In: Hartmann-Tews, I., Rulofs, B. (Hrsg.). Handbuch Sport und Geschlecht. Schorndorf, Hoffmann-Verlag



- Busch M, Hapke U, Mensink GBM. (2011). Psychische Gesundheit und gesunde Lebensweise. Robert Koch-Institut Berlin (Hrsg.), GBE kompakt 2(7)
- Carroll ML, Yerkovich ST, Pritchard AL, Davies JM, Upham JW (2010). Adaptive immunity to rhinoviruses: sex and age matter. *Respiratory Research* 11, 184
- Courtenay WH (2000). Constructions of masculinity and their influence on mens well-being. *Social Science and Medicine*, 50 (10), 1385-1401
- DAK (Hrsg.) (2008). Gesundheitsreport 2008. Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Schwerpunktthema Mann und Gesundheit. Hamburg
- Deiters T, Heitland H, Jann K, Spieß, B, Wolf D (2011). Forschungsprojekt "Männerspezifische Prävention und Gesundheitsförderung in sozial benachteiligten Ortsteilen Bremens". Unveröffentlichter Abschlussbericht. Universität Bremen, Studiengang Public Health/Pflegewissenschaft, M.A. Bremen.
- Der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (Hrsg.) (2005). Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten. Erste Ergebnisse einer Umfrage bei Bürgerinnen und Bürgern des Landes Bremen. Bremen
- Der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (Hrsg.) (2006). Rauchen, Geweicht, Bewegung, Früherkennung. Zielgruppen für Prävention und Gesundheitsförderung. Eine geschlechtervergleichende Auswertung der Bremer Umfrage GESUNDHEIT! Bremen
- Deutsche Lebens-Rettungs-Gesellschaft (2012). Ertrinkungsstatistik 2011
- Deutscher Olympischer Sportbund (2011). Bestandserhebung 2011
- Die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (Hrsg.) (2007). Gesundheit von Männern und Frauen im mittleren Lebensalter. Bremen
- Dinges M (2010). Männlichkeit und Gesundheit: Aktuelle Debatte und historische Perspektiven. In: Bardehle D, Stiehler M (Hrsg.). Erster deutscher Männergesundheitsbericht, München, Zuckschwerdt Verlag, 2-16
- Epidemiologische Forschung Berlin (EFB) (1994). Untersuchung zur Umsetzung des §20 SGB V durch die Krankenkassen. Berlin
- Faltermeier T (1998). Subjektive Konzepte und Theorien von Gesundheit. Begründung, Stand und Praxisrelevanz eines gesundheitswissenschaftlichen Forschungsfeldes. In: Flick U.(Hrsg.). Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Weinheim und München, Juventa Verlag, 70-87
- Gesterkamp T (2004). Die Krise der Kerle. Männlicher Lebensstil und der Wandel der Arbeitsgesellschaft. Münster, LIT Verlag
- Gigerenzer G, Gaissmaier W, Kurz-Milcke E, Schwartz LM und Woloshin S (2007). Helping doctors and patients make sense of health statistics. *Psychological Science in the Public Interest*, 8, 53-96.
- Gille G, Klapp C, Dietrich H, Schäfer A, Moter A, Griesinger G, Kirschner R (2005). Chlamydien – eine heimliche Epidemie unter Jugendlichen. Prävalenzbeobachtung bei jungen Mädchen in Berlin. *Deutsches Ärzteblatt* 102 (28-29), A2021-A2025



- Grady D, Redberg RF (2010). Less is more. How less health care can result in better health. *Archives of Internal Medicine*, 170 (9), 149-150
- Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften HVBG (Hrsg.) (2005). Beruflich verursachte Krebserkrankungen. Eine Dokumentation der im Zeitraum 1978 bis 2003 anerkannten Berufskrankheiten. St. Augustin
- Hinz A, Hübscher U, Brähler E, Berth H (2010). Ist Gesundheit das höchste Gut? – Ergebnisse einer bevölkerungsrepräsentativen Umfrage zur subjektiven Bedeutung von Gesundheit. *Das Gesundheitswesen* 72, 897-903
- Horstkotte E (2003). Bildungsziel Gesundheit. Zur gesundheitlichen Lage von Jugendlichen in erschwerten Lebenslagen. Gesundheitsamt Bremen (Hrsg.), Kommunale Gesundheitsberichterstattung. Bremen
- Horstkotte E (2007). Gefährdete Kindheit. Auswirkungen sozialer Ungleichheit auf die Entwicklungschancen von Kindern in Bremen. Gesundheitsamt Bremen (Hrsg.), Kommunale Gesundheitsberichterstattung. Bremen
- Horstkotte E (2009). "Spieglein, Spieglein an der Wand ... " Körperselbstbild und Essverhalten bei Jugendlichen in Bremen. Gesundheitsamt Bremen (Hrsg.), Kommunale Gesundheitsberichterstattung. Bremen
- Huntemann H, Reichart E (2011). *Volkshochschulstatistik*. 49. Folge, Arbeitsjahr 2010. Deutsches Institut für Erwachsenenbildung (Hrsg.) Bonn.
- INNOFACT AG (2008). Erfolgsfaktoren von Fitness Studios. Basisreport.
- Institut für Demoskopie Allensbach (2010). *Naturheilmittel 2010*. Ergebnisse einer bevölkerungsrepräsentativen Befragung. Allensbach am Bodensee.
- Janßen C, Heinrich C, Chrispin A, Weitkunat R, Abel T (2000). Sozio-ökonomischer Status und gesundheitliche Kontrollüberzeugungen, *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 8, 216-229
- Jordan S, von der Lippe E (2012). Angebote der Prävention – Wer nimmt teil? Robert Koch-Institut Berlin (Hrsg.), GBE Kompakt 3 (5), www.rik.de/gbe-kompakt [13.09.2012]
- Jung F (2013). Geschlecht oder Zielgruppen? Prävention sexuell übertragbarer Infektionen. Gesundheitsamt Bremen (Hrsg.), Bremen
- Kiani W (2003). Der letzte Metro. *Süddeutsche Zeitung*, 6./7.12.2003
- Kooperationsgemeinschaft Mammographie und Deutsche Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2008). Früherkennung von Brustkrebs. Was Sie darüber wissen sollten. Köln, Heidelberg. http://www.mammascreeing-bremen.de/docs/doc_14.pdf [7.11.2012]
- Koppelin, F. (2012). Informierte Entscheidungsfindung bei der Inanspruchnahme von Screenings. In: Rosenbrock R, Hartung S (Hrsg.) *Handbuch Partizipation und Gesundheit*. Bern, S. 344-354
- Krebs in Deutschland 2007/2008. 8. Ausgabe. Robert Koch-Institut (Hrsg.) und die Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (Hrsg.). Berlin, 2012.
- Kroll LE, Lampert T (2012). Arbeitslosigkeit, prekäre Beschäftigung und Gesundheit. Robert Koch-Institut Berlin (Hrsg.), GBE Kompakt 3 (1)



- Kuhlmann E, Kolip P (1998). "... Lust und Freude am Leben". Gesundheitsvorstellungen von Professorinnen und Professoren. In: Flick U (Hrsg.). Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Weinheim und München, Juventa Verlag, 105-118
- Kurth BM (2012). Erste Ergebnisse aus der "Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland" (DEGS). Bundesgesundheitsblatt 55, 980-990
- Leidel J (2005). Sozialmedizinische Aufgaben des ÖGD. Bundesgesundheitsblatt, 48 (10), 1130-1137
- Luy M (2002). Warum Frauen länger leben. Erkenntnisse aus einem Vergleich von Kloster- und Allgemeinbevölkerung. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung BIB. Wiesbaden
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS) (2011). Präventionsbericht 2011. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2010. Essen.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS), GKV Spitzenverband (Hrsg.) (2012). Präventionsbericht 2011. Berlin
- Oberhuber N (2010). Unisextarife: Jungs, es wird teurer. Die Zeit, 22.12.2010, Heft 52
- Oesch D, Lipps O (2012). Does unemployment hurt less if there is more of it around? A panel analysis of life satisfaction in Germany and Switzerland. In: European Sociological Review Advance Access, published in August 10, 2012 (DOI: 10.1093/esr/jcs071)
- Pido-Lopez J, Imami N, Aspinall R (2001). Both age and gender affect thymic output: more recent thymic migrants in females than males as they age. Clinical & Experimental Immunology 125 (3), 409
- 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
- Riens B, Erhart M, Mangiapane S (2012). Arztkontakte im Jahr 2007 – Hintergründe und Analysen. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Hrsg.). Berlin
- Registerstelle des Bremer Krebsregisters (Hrsg.) (2010). Krebserkrankungen im Land Bremen 2006-2007. 8. Jahresbericht des Bremer Krebsregisters. Bremen
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (1997). Bestimmung der Prävalenz genitaler HPV und Chlamydia-trachomatis-Infektionen in einem repräsentativen Querschnitt der weiblichen Normalbevölkerung in Berlin. InfFo II/97, 1-7
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2005a). Gesundheit von Männern und Frauen im mittleren Lebensalter. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin.
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2005b). Körperliche Aktivität. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 26. Berlin
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2005c). Altersdemenz. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 28. Berlin
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2005d). Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin



- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2005e). Genitale Chlamydien-Infektionen: Podiumsdiskussion am RKI zum Chlamydien-Screening. *Epidemiologisches Bulletin* 43, 399-401
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2006a). Gesundheitsbedingte Frühberentung. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 30. Berlin
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2006b). Doping beim Freizeit- und Breitensport. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 34. Berlin
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2007a). Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 38. Berlin
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2007b). KABAsti-Studie – Wissen, Einstellungen und Verhalten bezüglich sexuell übertragbarer Infektionen bei Männern mit gleichgeschlechtlichem Sex. Berlin
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2009). Krankheitskosten. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 48. Berlin
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2010a). Sechs Jahre STD-Sentinel-Surveillance in Deutschland – Zahlen und Fakten. *Epidemiologisches Bulletin* 3, 20-27
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2010b). Armut und Gesundheit. *GBE kompakt* 5/2010. Berlin
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2010c) Verbreitung von Krebserkrankungen in Deutschland. Entwicklung der Prävalenzen zwischen 1990 und 2010. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2011a). Sterblichkeit, Todesursachen und regionale Unterschiede. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 52. Berlin.
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2011b). Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell 2009". Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin.
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2011c). Abschließende Darstellung und Bewertung der epidemiologischen Erkenntnisse im EHEC O104:H4 Ausbruch, Deutschland 2011. Berlin.
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2012). Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2010«. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin
- Roelfs DJ, Shor E, Davidson KW, Schwartz JE (2011). Losing life and livelihood: A systematic review and meta-analysis of unemployment and all-cause mortality. *Social Science and Medicine*, 72, 840-854
- Schmidt F (2008). Untersuchung über hilfebedürftige Jugendliche mit Suchtmittelproblemen in der Stadtgemeinde Bremen. Gesundheitsamt Bremen (Hrsg.), Kommunale Gesundheitsberichterstattung. Bremen
- Schmidt F (2009). Entgiftungsbehandlung Drogenabhängiger in Bremen. Gesundheitsamt Bremen (Hrsg.), Kommunale Gesundheitsberichterstattung. Bremen
- Schmidt F (2010). Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger in Bremen. Gesundheitsamt Bremen (Hrsg.), Kommunale Gesundheitsberichterstattung. Bremen
- Schmidt F (2012). [Esc]ape – ein neues Beratungsangebot für suchtgefährdete Jugendliche in Bremen. Gesundheitsamt Bremen (Hrsg.), Kommunale Gesundheitsberichterstattung. Bremen



- Schmidt F, Tempel G (2011). "Schwein gehabt?" Die pandemische Influenza A/H1N1 (Schweinegrippe) 2009/2010. Gesundheitsamt Bremen (Hrsg.), Kommunale Gesundheitsberichterstattung. Bremen
- Sieverding M, Kendel F ((2012). Geschlechter(rollen)-aspekte in der Arzt-Patient-Interaktion. Bundesgesundheitsblatt 55 (9), 1118-1123
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Hrsg.) (2012). Pflegestatistik 2009. Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2011a). Statistisches Jahrbuch 2011. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2011b). Stand und Entwicklung der Erwerbstätigkeit in Deutschland. Fachserie 1 Reihe 4.1.1 – 2010. Wiesbaden.
[https://www.https://www.destatis.de](https://www.destatis.de) [21.05.2012]
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2012a). Häufigster Ausbildungsberuf 2011: Kaufmann/-frau im Einzelhandel. Pressemitteilung Nr. 218 vom 14.02.2012
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2012b). Studierende an Hochschulen. Wintersemester 2011/2012. Fachserie 11, Reihe 4.1. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2012c). Bevölkerung, Erwerbspersonen sowie Erwerbsquoten im Alter von 15 bis unter 65 Jahren nach Bundesländern. Ergebnisse des Mikrozensus 2010. Nach einer Anfrage zur Verfügung gestellte Daten. [16.05.2012]
- Statistisches Landesamt Bremen (Hrsg.) (2012). Frauen im Land Bremen.
<http://www.statistik.bremen.de> [18.04.2012]
- Statistisches Landesamt Bremen. Online-Portal (2012). Daten und Fakten: Stadtteil- und Ortsteiltabellen, Ortsteilatlas [30. April 2012]
- SVR - Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2005). Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Deutscher Bundestag, Drucksache 15/5670
- Tempel G (1998). Gesundheitsförderung der AOK Niedersachsen – eine Leistungsbilanz. In: Müller R, Rosenbrock R (Hrsg.): Betriebliches Gesundheitsmanagement, Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung – Bilanz und Perspektiven. St. Augustin, Asgard-Verlag
- Tempel G (2006). Die Auswirkungen sozialer Polarisierung. Zur Entwicklung der Lebenserwartung und Sterblichkeit in ausgewählten Bremer Wohngebieten. Gesundheitsamt Bremen (Hrsg.), Kommunale Gesundheitsberichterstattung. Bremen
- Tempel G (2010). Erhebung zur Impfungen gegen die pandemische Influenza (H1N1) 2009 im Gesundheitsamt der Stadt Bremen – erste Ergebnisse einer Befragung von Impfteilnehmern. Epidemiologisches Bulletin 13/2010
- Tempel G, Hentschel K, Benecke M (2008). Tuberkulose in der Stadt Bremen. Gesundheitsamt Bremen (Hrsg.), Kommunale Gesundheitsberichterstattung. Bremen
- Universität Hamburg (Hrsg.) (2011). leo. – Level-One Studie. Presseheft. Hamburg. Förderkennzeichen: W135900. <http://blogs.epb.uni-hamburg.de/> [04.07.2012]
- Wirth H, Tölke A (2013). Egalitär arbeiten – familienzentriert leben: Kein Widerspruch für ostdeutsche Eltern. In: GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften (Hrsg.): Informationsdienst Soziale Indikatoren (ISI) 49, 7-11



-
- Wohlfart U (1998). Geschlechtsspezifisch orientierte Gesundheitsbildung? In: Gesundheits-Akademie/Landesinstitut für Schule und Weiterbildung NRW (Hrsg.): Die Gesundheit der Männer ist das Glück der Frauen? Chancen und Grenzen geschlechtsspezifischer Gesundheitsarbeit. Frankfurt a.M, Mabuse-Verlag
- World Health Organization (WHO) Europe (2001). Mainstreaming gender equity in health. Madrid Statement. Kopenhagen: <http://www.euro.who.int> [26.01.2011]
- Wülfing U (1998). Zum Sinn und Unsinn geschlechtsspezifischer Gesundheitsarbeit. In: GesundheitsAkademie/Landesinstitut für Schule und Weiterbildung NRW (Hrsg.): Die Gesundheit der Männer ist das Glück der Frauen? Chancen und Grenzen geschlechtsspezifischer Gesundheitsarbeit. Frankfurt a.M, Mabuse-Verlag;
- Wunderlich H, Helffrich C, Klindworth H (2004). Im Westen nichts Neues – und im Osten? Ergebnisse der Studie "männer leben" zur Koordination von Beruf und Familie. BZgA Forum Sexualaufklärung und Familienplanung. Familie und Beruf. Köln, 19-25.