

# Männerfreundliche Gesundheitspolitik : noch ein weiter Weg

Autor(en): **Altgeld, Thomas**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **SuchtMagazin**

Band (Jahr): **47 (2021)**

Heft 2

PDF erstellt am: **17.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-953578>

## **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

## **Haftungsausschluss**

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

# Männerfreundliche Gesundheitspolitik – noch ein weiter Weg

2021-2  
Jg. 47  
S. 6 - 13

**Zwischen Männern und Frauen existieren in fast allen Gesundheitsdimensionen grosse Unterschiede, z. B. bei der Lebenserwartung, den Risikoverhaltenweisen oder der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems. Inszenierungen von Männlichkeit sind immer noch für viele Jungen und Männer über gesundheitsriskantes oder sogar -ignorantes Verhalten möglich. Trotz dieser gravierenden Unterschiede werden bislang kaum männerspezifische Angebote in der Gesundheitsförderung und -versorgung gemacht. Dabei ist genau dies die zentrale Herausforderung einer männerfreundlichen Gesundheitspolitik.**

**THOMAS ALTGELD**

Dipl.-Psych. Geschäftsführer Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V., Fenskeweg 2, D-30165 Hannover, Tel.: +49 (0)511 388 118 91 00, thomas.altgeld@gesundheit-nds.de, www.gesundheit-nds.de

Die Coronakrise hat auch die Geschlechterdebatten wieder in ungewohnter Schärfe neu aufflammen lassen. Mit «Die Frauen verlieren ihre Würde» war ein Gastbeitrag der Soziologin Jutta Allmendinger dramatisch überschrieben, der am 12. Mai 2020 in der Wochenzeitschrift «Die Zeit» erschienen ist.<sup>1</sup> Sie kommt darin zu dem Schluss: «Wir erleben eine entsetzliche Retraditionalisierung. Die Aufgabenverteilung zwischen Männern und Frauen ist wie in alten Zeiten, eine Rolle zurück. Sie ist entsetzlich, da Frauen heute ganz andere Vorstellungen von einem guten Leben haben als früher» (ebd.). Diese vermeintlich klare Diagnose übersah vollständig, dass auch viele junge Männer, insbesondere Väter, heute ganz andere Vorstellungen von einem guten Leben haben. Genau das unterscheidet viele Männer in dieser Generation diametral von ihren Grossvätern.

Der mit diesem Beitrag gleich zu Beginn der Coronakrise losgetretene «Retraditionalisierungs»-Diskurs ruft vor allem eines wieder neu ins Bewusstsein: Die Lebensverhältnisse von Männern und Frauen sind nach wie vor unterschiedlich. Die COVID-19-Pandemie macht hierbei wie ein Brennglas deutlich, wo die Unterschiede liegen,

nämlich in der Erwerbsbeteiligung und der Aufteilung von Care-Arbeit. Sie ist aber nicht ursächlich dafür, zudem liess sich die sehr eingängige Retraditionalisierungsthese nicht einmal den Sommer 2020 über aufrechterhalten. In schneller Folge sind dann sehr viele Befragungsergebnisse publiziert worden, die aufzeigen, dass die Geschlechterverhältnisse eben nicht so schwarz-weiss sind wie in dem Allmendinger-Artikel skizziert. Im Gegenteil, Lott und Zucco (2021) kamen im März 2021 bei genauerer Analyse der Entwicklungen im Bezug auf Gender Pay Gap, Gender Time Gap und Gender Care Gap zu dem Ergebnis, dass vieles für beide Geschlechter in Bewegung geraten ist. Das Gender Pay Gap hat sich in der Krise sogar reduziert, weil Männer überproportional häufig von Arbeitslosigkeit und Kurzarbeit betroffen waren (ebd.: 10). Beim Gender Care Gap kam es aufgrund der plötzlichen «Systemrelevanz» von traditionellen Frauenberufen (in der Pflege und im Lebensmittelhandel) bei gleichzeitigem Homeoffice oder Arbeitslosigkeit der Männer sogar zu Egalisierungs- bzw. umgekehrten Traditionalisierungseffekten, d. h. die zuhausegebliebenen Väter haben höhere Anteile an der Kinderbetreuung als vor der Pandemie übernommen (ebd.: 17).

Unter gesundheitlichen Aspekten hätte der Genderdiskurs in der Coronakrise auch ganz anders geführt werden können. Männer infizieren sich mit dem Covid-19-Virus zwar ähnlich häufig wie Frauen, doch ihr Risiko, an COVID-19 schwerwiegender zu erkranken und zu versterben, ist gravierend erhöht. Das Verhältnis liegt etwa bei zwei Dritteln zu einem Drittel in den Alterskohorten bis zum 79. Lebensjahr. Erst in der Altersgruppe 90plus versterben mehr Frauen an der Erkrankung als Männer.<sup>2</sup> Diese Übersterblichkeit der Männer hätte das Thema «Geschlecht» bspw. auch in Diskussionen um die Impfpriorisierung in den Fokus rücken können, tat dies aber, bis auf einen zaghaften Versuch von Ralf Bönt mit «Männer first» ebenfalls in der Wochenzeitschrift «Die Zeit» vom 29.01.2021, nicht.<sup>3</sup>

Das kurze Schlaglicht auf die Geschlechterdiskurse in Pandemiezeiten sollte zweierlei aufzeigen: Einerseits sind öffentliche Diskurse nach wie vor von eher klassischen Geschlechterstereotypen geprägt. Andererseits haben es Gleichstellungspolitik sowie Themen aus der Männerperspektive im öffentlichen und politischen Diskurs sehr viel schwerer als aus der Frauenperspektive. Dabei sind Männerleben und Vorstellungen



von Männlichkeit in den letzten beiden Jahrzehnten deutlich vielfältiger geworden. Die traditionelle Männerrolle setzt sich vor allem aus einem Mix aus Härte, Erfolgs- sowie Konkurrenzorientierung, Leistungsbereitschaft, Macht, Distanz und Kampf zusammen (Courtenay 2000 & Bourdieu 2005). In Familienkonstellationen sehen sich diese Männer als Alleinernährer und Oberhaupt der Familie. Für das deutsche Wort Familienvater, das diese Eigenschaften zusammenfasst, gibt es übrigens keinerlei weibliche Entsprechung. Doch dieses traditionelle Männerbild ist im Wandel. Volz und Zulehner haben bereits 1998 einen neuen «modernen» Männlichkeitstypus beschrieben und in zwei Studien 1998 und 2008 beforscht (vgl. Tabelle 1). Dieser «hält an der hohen Bedeutung von Erwerbsarbeit fest und ist gleichzeitig an partnerschaftlicher Gestaltung von (Ehe)Partnerschaft und Familie/Kindererziehung orientiert, und das nicht nur verbal, sondern auch praktisch» (vgl. ebd.: 12). Zwischen diesen beiden Männertypen identifizierten sie zwei Mischformen: «Balancierend» und «Suchend». Sie konnten nachweisen, dass traditionelle Vorstellungen von Männlichkeit sowohl bei Männern als auch bei Frauen abnehmen und sich Rollen und Rollenerwartungen damit verändern, bei Frauen aber deutlicher als bei Männern.

Dinges hat darauf hingewiesen, dass Männlichkeitsbilder schon in den vergangenen Jahrhunderten erheblichem Wandel unterworfen waren, aber Konsistenzen aufweisen: «Das Männlichkeitsleitbild, das im 19. Jahrhundert geprägt wurde, zielte auf harte, schmerzempfindliche, deshalb auch besonders wehrfähige Jungen. Solche Leitbilder wirken immer noch nach und werden übrigens durch manche Medien, insbesondere Computerspiele, wiederbelebt.»<sup>4</sup>

Gleichstellungspolitik für Männer und Jungen ist auch politisch gesehen ein vergleichsweise neues Handlungsfeld. In Deutschland wurde ein entsprechendes Referat im Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend erst 2010 eingerichtet. Das Ministerium kommt in seinem Namen selbst aber immer noch ohne Männer aus, obwohl es für männerorientierte Gleichstellungspolitik zuständig ist. In der Schweiz trat

	Teiltraditionell	Balancierend	Suchend	Modern
<b>Männer 1998</b>	30 %	23 %	29 %	17 %
<b>Männer 2008</b>	27 %	24 %	30 %	19 %
<b>Frauen 1998</b>	25 %	30 %	17 %	27 %
<b>Frauen 2008</b>	14 %	34 %	19 %	32 %

Tabelle 1: Geschlechtsrollentypen bei Männern und Frauen 1998 und 2008 (Volz & Zulehner 2008).

1996 das Gleichstellungsgesetz in Kraft, das die Chancengleichheit im Erwerbsleben sicherstellen soll. Auf Bundesebene ist das Eidgenössische Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann (EBG) im Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) zuständig. Immerhin führt das Büro damit beide Geschlechter bereits im Titel. Am 27. September 2020 wurde im Rahmen einer Volksabstimmung dem gesetzlichen Vaterschaftsurlaub von zwei Wochen zugestimmt. Alle Männer, die ab dem 1. Januar 2021 Vater werden, haben jetzt das Recht auf mind. zehn Tage Vaterschaftsurlaub. Auch das zeigt, dass Rollenbilder im Wandel sind.

### Geschlechterunterschiede in Bezug auf Gesundheit

Rollenerwartungen und kulturelle Stereotype haben auch unmittelbare gesundheitliche Auswirkungen. Sehr traditionelle Vorstellungen von Männlichkeit durchziehen im Kontext von Gesundheit die deutsche Sprache und ihre Redewendungen:

- Ein Mann, ein Wort
- Seinen Mann stehen
- Selbst ist der Mann
- Ein Indianer kennt keinen Schmerz
- Kein richtiger Mann sein...

Goldberg hat in seinem bereits 1979 erschienen Buch «Der verunsicherte Mann» aufgezeigt, dass gesundheitsrisikante Verhaltensweisen gerade für Männer einen Weg darstellen, zu zeigen, wie männlich sie sind. Für diese männliche Selbstinszenierung hat er sieben «männliche Imperative» benannt:

- «je weniger Schlaf ich benötige,
- je mehr Schmerzen ich ertragen kann,
- je mehr Alkohol ich vertrage,
- je weniger ich mich darum kümmere, was ich esse,
- je weniger ich jemanden um Hilfe bitte und von jemandem abhängig bin,
- je mehr ich meine Gefühle kontrolliere und unterdrücke,

- je weniger ich auf meinen Körper achte,
- desto männlicher bin ich» (Goldberg 1979: 19)

Frauen, die solche gesundheitsriskanten Verhaltensweisen zeigen, können sich darüber jedoch nicht als weiblich inszenieren. Solche Stereotype beeinflussen natürlich die gesundheitsrelevante Geschlechtsidentität, was etwa Selbstkategorisierungen («ich als richtiger Mann») oder internalisierte Körperbilder anbelangt. Das vermeintlich geschlechtstypische Gesundheits- und Krankheitsverhalten ist also nicht primär biologisch determiniert, sondern in seinen Ausprägungen ein Sozialisationsprodukt.

Die Gesundheitsberichterstattung und gesundheitswissenschaftliche Forschungsergebnisse belegen konsistent und fortwährend, dass sich Frauen und Männer in ihrer Lebenserwartung, ihrer Betroffenheit von Krankheiten, ihrem gesundheitsrelevanten Verhalten im Alltag, ihrem Umgang mit dem Körper sowie ihren gesundheitsbezogenen Motiven und Einstellungen erheblich unterscheiden (u.a. Lademann & Kolip 2006; Kolip & Altgeld 2006; Robert-Koch-Institut 2014 & 2021). Die kürzere Lebenserwartung der Männer in allen europäischen Staaten ist vor allem auf Tode durch «äussere Ursachen» in den jüngeren und mittleren Lebensjahrzehnten zurückzuführen. Dazu zählen neben Unfällen auch Suizide. Hier ist der Geschlechterunterschied zu Ungunsten der Männer besonders eklatant, wie etwa die Selbstmordraten in der Schweiz deutlich belegen (vgl. Abbildung 1).

Aber nicht nur die Selbstmordraten, sondern auch die Arten des Suizids unterscheiden sich zwischen den Geschlechtern. Suizidale Handlungen werden in der Epidemiologie unterschieden nach «harten» und «weichen» Suizidmethoden. Zu den «weichen» Suizidmethoden werden «Vergiftungen» und das «Ertrinken» gezählt, zu den «harten»



Erhängen, Strangulieren, Erstickten sowie Tode durch Feuerwaffen oder sich vor ein Verkehrsmittel zu werfen oder zu legen. Alle genannten harten Suizidmethoden sind bevorzugte Methoden von Männern. Bei Frauen kommen dagegen deutlich häufiger Vergiftungen vor als bei Männern (Wiesner 2004). Auch die Risikofaktoren für einen Suizid weisen erhebliche Geschlechterunterschiede auf, wie Tabelle 2 zeigt.

Auch für jede Art von Sucht lassen sich deutliche Geschlechterunterschiede bei Inzidenz, Mortalität und Inanspruchnahme von Behandlungsangeboten feststellen, mit Ausnahme von Angleichungstendenzen jüngerer Altersgruppen beim Tabakkonsum. Die Deutsche Suchthilfestatistik zeigt Jahr für Jahr wieder dasselbe Bild bei der Geschlechterverteilung des Klientels in der ambulanten und stationären Suchthilfe (vgl. Tabelle 3). Über alle Hauptdiagnosearten hinweg sind Männer zwei- bis zehnmal so häufig in Therapie und Beratung zu finden wie Frauen.

Allerdings sind Männer genauso wenig wie Frauen eine homogene Gruppe. Neben dem Geschlecht beeinflussen weitere Faktoren das individuelle Gesundheitsverhalten und den Gesundheitszustand, darunter (vgl. u.a. Robert-Koch-Institut 2014; Altgeld 2015):

- Altersunterschiede: zunehmendes Gesundheitsbewusstsein mit steigendem Lebensalter
- Kohortenunterschiede: Änderungen in jüngeren Generationen, was bspw. Körpennormen (z.B. Behaarung, Muskelaufbau oder Fitness) angeht
- grosse soziale Unterschiede: nach (Erwerbs-)Status, Bildung und kulturellem Hintergrund
- Unterschiede im Beziehungsstatus: z.B. haben Männer in der Ehe eine höhere Lebenserwartung um 1,5 Jahre (Lademann & Kolip 2006)
- Unterschiede in der sexuellen Orientierung
- Unterschiede im Gesundheitsbewusstsein: dies ist zumeist weiterentwickelt als das tatsächliche Gesundheitshandeln
- unterschiedliche Sensibilisierungen von Männern durch Lebens- und Krankheitsereignisse sind möglich.

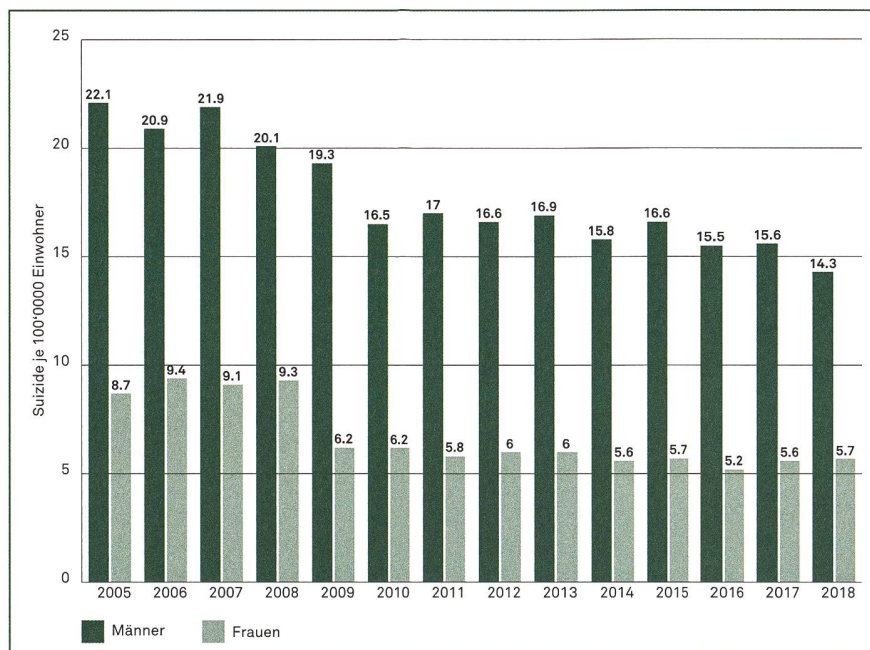


Abbildung 1: Suizidrate in der Schweiz nach Geschlecht in den Jahren 2005 bis 2018.<sup>5</sup>

Männer	Frauen
suizidale Handlungen in der Familie	eigene Suizidversuche
früherer Drogenkonsum	Hostilität
frühe Trennung der Eltern	subjektive depressive Symptome
Rauchen	Rauchen
Borderline-Persönlichkeitsstörung	Borderline-Persönlichkeitsstörung
	wenig eigene Gründe für das Weiterleben

Tabelle 2: Risikofaktoren für einen Suizid bei Männern und Frauen (Oquendo et al. 2007).

Hauptdiagnosen	Fälle insgesamt	Anteil Männer	Anteil Frauen
Alkohol ambulant	74 780	71 %	29 %
Alkohol stationär	20 966	71 %	29 %
Cannabinoide amb.	28 518	84 %	16 %
Cannabinoide stat.	2893	84 %	16 %
Opoide amb.	20 090	78 %	12 %
Opoide stat.	1500	79 %	21 %
Stimulanzien amb.	9383	71 %	29 %
Stimulanzien stat.	2073	76 %	24 %
Pathologisches Glücksspielen amb.	9167	87 %	13 %
Pathologisches Glücksspielen stat.	1279	91 %	9 %

Tabelle 3: Geschlechterverteilung und Gesamtdiagnosen in der ambulanten und stationären Suchthilfe 2017 (Dauber et al. 2018: 62ff, eigene Darstellung).

Das Zusammenspiel dieser Diversitätsdimensionen ist in ihren Auswirkungen auf Gesundheit bislang nicht einmal gut beforscht und spielt somit weder im wissenschaftlichen noch im politischen Diskurs eine nennenswerte Rolle. Dabei zeigt auch hier die Coronakrise sehr deutlich auf, dass bspw. das Zusammenwirken von männlichem Geschlecht, Migrationshintergrund, schlechter sozialer Lage und Alter das Risiko schwerer Krankheitsverläufe potenziert.

### Die vermeintlich geringere Gesundheitskompetenz von Männern

In fast allen geschlechtervergleichenen Analysen wird eine generell höhere Risikobereitschaft und das vermeintlich geringere Gesundheitsbewusstsein von Männern diagnostiziert. Teilweise wird dies sogar mit dem Hormonhaushalt der Männer begründet, d.h. als eine biologische Konstante ontologisiert. Aber auch die Mär von Männern als «Gesundheitsmuffeln» ist ein Diskurs, der Stereotypen



unterliegt und weder der Diversität von Männerleben noch den Bedingungen der Angebotsstrukturen und Leistungsgewährung bspw. für medizinische Früherkennungsuntersuchungen Rechnung trägt. Genauso wenig wie es den Mann an sich gibt, ist der Mann an sich ein Gesundheitsmuffel. Die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen steigt auch bei Männern kontinuierlich mit zunehmendem Lebensalter an. Am niedrigsten sind sie bei Männern im jungen und mittleren Erwachsenenalter zwischen 18 und 44 Jahren. Ab dem 65. Lebensjahr hingegen liegen sie nur noch geringfügig unter den Inanspruchnahmeraten von gleichaltrigen Frauen (Robert-Koch-Institut 2014). Die höhere Inanspruchnahme von Arztbesuchen und Vorsorgeuntersuchungen (vgl. Tabelle 4) unter jüngeren Frauen hängt, zumindest in Deutschland, auch damit zusammen, dass für sie geschlechtsspezifische Leistungen bereits sehr früh angeboten werden. Mädchen werden mit dem Beginn der ersten Menstruation beinahe rituell in Frauenarztpraxen geschickt, um zu überprüfen, ob alles «normal» ist. Der erste Samenerguss eines Jungen hingegen wird in den Familien in der Regel gar nicht bemerkt oder thematisiert, geschweige denn, dass der Junge zur Kontrolle in eine urologische Praxis geschickt wird. Auch hier greifen Sozialisations-effekte und kulturelle Stereotype. Frauen werden früh an den Arztbesuch gewöhnt und sind zudem in Beziehungen häufig für die Empfängnisverhütung zuständig. Daher weisen sie bereits in jungen Jahren deutlich höhere Arztbesuchsraten auf als gleichaltrige Jungen und Männer, bekommen deshalb aber auch mit zunehmendem Lebensalter Früherkennungsleistungen regelhafter und öfter angeboten als Männer.

Darüber hinaus zeigt die Gesundheitsberichterstattung, dass Männer ihren Gesundheitszustand häufiger als gut oder sehr gut einschätzen als Frauen. «Von den 18- bis 29-jährigen Frauen geben 80,4 % einen sehr guten oder guten Gesundheitszustand an, bei den gleichaltrigen Männern sind es 89,3 %. In den übrigen Altersgruppen liegt der Anteil der Frauen mit sehr guter oder guter Gesundheit zwar auch etwas niedriger als

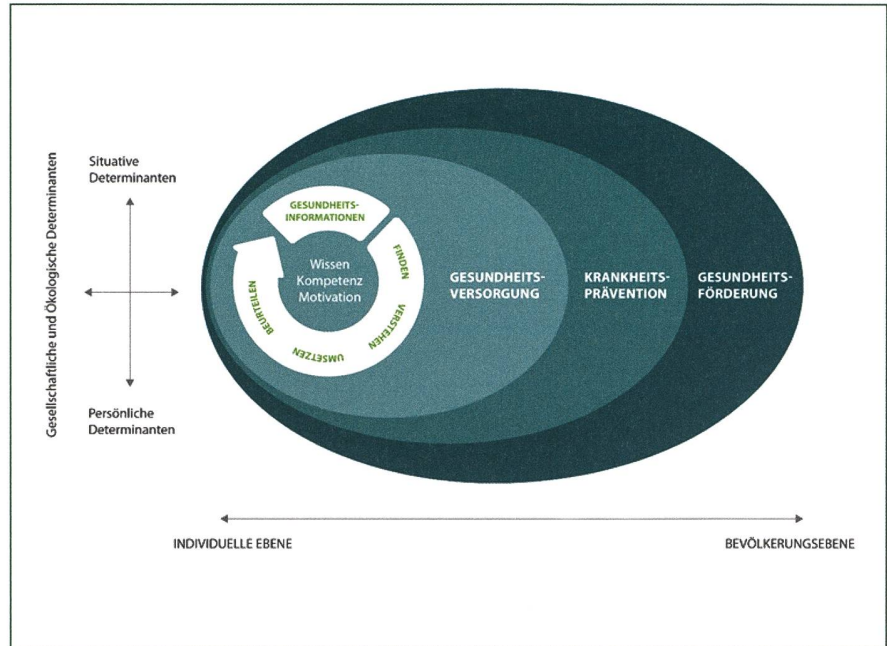


Abbildung 2: Vereinfachtes Modell zur Gesundheitskompetenz des European Health Literacy Survey (eigene Darstellung nach Sørensen et al. 2012).

Alter	Beteiligung, Geschlecht			
	Anspruchsberechtigte Versicherte in der Gesetzlichen Krankenversicherung		Teilnehmerinnen und Teilnehmer in Prozent	
	Männlich	Weiblich	Männlich	Weiblich
<b>Alle genannten Altersgruppen</b>	21 349 871	24 966 730	44,3	49,8
<b>35 bis unter 40 Jahre</b>	2 359 635	2 347 546	27,3	36,0
<b>40 bis unter 45 Jahre</b>	2 103 819	2 169 070	35,8	45,8
<b>45 bis unter 50 Jahre</b>	2 348 218	2 491 986	40,9	49,5
<b>50 bis unter 55 Jahre</b>	2 893 588	3 100 245	43,6	50,2
<b>55 bis unter 60 Jahre</b>	2 760 593	3 002 420	45,5	50,7
<b>60 bis unter 65 Jahre</b>	2 214 484	2 502 432	49,0	53,2
<b>65 bis unter 70 Jahre</b>	1 877 604	2 250 290	52,0	55,7
<b>70 bis unter 75 Jahre</b>	1 375 279	1 731 865	54,3	57,3
<b>75 bis unter 80 Jahre</b>	1 560 065	2 097 018	55,6	57,1
<b>80 Jahre und älter</b>	1 856 586	3 273 858	48,2	46,2

Tabelle 4: Teilnahme am gesetzlichen Gesundheits-Check-up 2017- 2018 nach Alter und Geschlecht.<sup>9</sup>

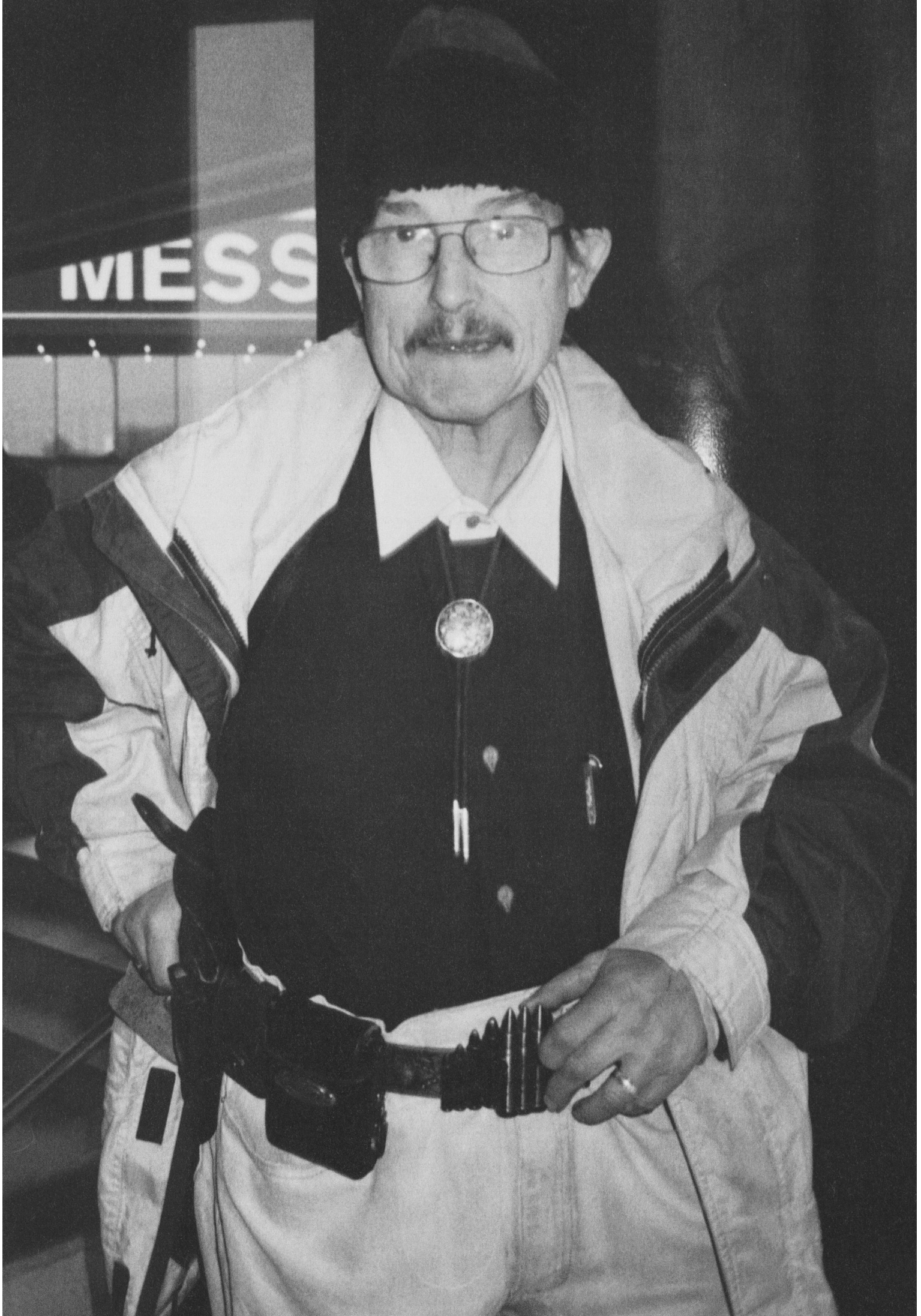
der entsprechende Anteil der Männer, die Unterschiede sind aber statistisch nicht bedeutsam» (Lampert et al. 2018). Wer seinen Gesundheitszustand als gut oder sehr gut einschätzt, geht natürlich auch seltener oft in eine Arztpraxis.

Für den in den letzten Jahren in der Gesundheitspolitik im deutschsprachigen Raum zum Hoffnungsträger avancierten Begriff der «Gesundheitskompetenz» liegen bislang keine tiefergehenden geschlechtervergleichenden Analysen vor, aber die vorliegenden Daten zeigen keine grossen Unterschiede zwischen beiden Geschlechtern. Gesundheitskompetenz ist die deut-

sche Übersetzung des Begriffs «Health Literacy», der in der angelsächsischen Gesundheitsforschung gut verankert ist. Gesundheitskompetenz schliesst «die Fähigkeit ein, gesundheitsrelevante Informationen finden, verstehen, kritisch beurteilen, auf die eigene Lebenssituation beziehen und für die Erhaltung und Förderung der Gesundheit nutzen zu können» (vgl. Abbildung 2 sowie Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz).<sup>7</sup>

Sowohl in der Schweiz als auch in Deutschland wurden mit Unterstützung der Gesundheitspolitik nationale Allianzen gegründet, welche die Gesundheits-







kompetenz in der Bevölkerung stärken sollen.<sup>8</sup> Erste bevölkerungsrepräsentative Daten für Deutschland zur Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung liefert die Studie «Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland» (HLS-GER) aus dem Jahr 2016 (vgl. Tabelle 5; Schaeffer et al. 2016). Sie zeigte, dass Unterschiede zwischen Alterskohorten deutlich grösser sind als Geschlechterunterschiede. Bei «inadäquater» Gesundheitskompetenz weisen Frauen sogar einen höheren Anteil als Männer auf (allerdings ist der Unterschied statistisch nicht signifikant).

### Männerspezifische Angebote in der Gesundheitsförderung

Bleiben vorhandene Geschlechterunterschiede unberücksichtigt, führt dies zu Qualitätseinbussen in der Gesundheitsförderung und in der Versorgung. Als Konsequenz hieraus folgt, dass bei der Erstellung von Angeboten und Massnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention immer die grundlegende Frage zu beantworten ist, ob der bearbeitete Sachverhalt – das Problem – für Frauen und Männer sowie Mädchen und Jungen das Gleiche oder Unterschiedliches bedeutet. Die Berücksichtigung der Kategorie Geschlecht erfordert notwendigerweise auch eine Berücksichtigung weiterer Faktoren sozialer Differenzierung.

Obwohl die offensichtlichen geschlechtsspezifischen Unterschiede bei Risikoverhalten, Konsummustern, Prävalenzen von Suchterkrankungen und der Inanspruchnahme von Behandlungsangeboten lange bekannt sind, ist erstaunlich, wie wenig bislang insbesondere für Männer der mögliche Zusammenhang von Rollenerwartungen, Männlichkeitskonzepten und Suchtmittelkonsum erforscht worden ist. Dabei nutzen Männer den Konsum von Drogen aller Art auch zum «Doing Gender with Drugs». Dies bedeutet, dass das Erfüllen der wahrgenommenen Geschlechterrolle mit Alkohol und Drogen gestaltet und inszeniert sowie in der Interaktion mit anderen Männern und Frauen entwickelt wird (vgl. u. a. Stöver & Jacob 2006; Altgeld 2017; Bockhold et al. 2017). Hössele et al. haben 2013 in einer Studie mit männlichen und weiblichen

	Exzellent	Ausreichend	Problematisch	Inadäquat
Männer	7,1	39,8	43,8	9,2
Frauen	7,6	37,0	45,4	10,1
15-29 Jahre	10,3	42,5	40,5	6,8
30-45 Jahre	8,5	44,3	40,2	7,0
46-64 Jahre	7,8	37,1	45,8	9,4
ab 65 Jahre	3,0	30,7	51,1	15,2

Tabelle 5: Gesundheitskompetenz in Prozent nach Geschlecht und Alter (Schaeffer et al. 2016).

Jugendlichen nachgewiesen, dass sich der Umgang mit Alkohol nicht nur in seiner Häufigkeit und Qualität, sondern auch in seinen Funktionen zwischen den Geschlechtern unterscheidet. Bei männlichen Jugendlichen hat das gemeinsame Austesten, wer von ihnen den meisten Alkohol verträgt, auch die Funktion Hierarchien herzustellen. Der junge Mann, der den meisten Alkohol konsumiert, gilt nicht als der Dümme der Clique, weil er sich ausufernd betrinkt, sondern eben als der Männlichste. Exzessives Trinken wird so von anderen Männern sowie in Männercliquen positiv verstärkt und ist dabei eben zugleich lange Zeit auch unauffällig, weil es als männliche Eigenschaft durchgeht.

Die Konsequenzen dieser Zusammenhänge zwischen Sucht und traditionellen Männlichkeitskonzepten sind bisher weder in Präventionsangeboten noch in der Ausgestaltung von Behandlungsangeboten der Suchthilfe theoretisch oder praktisch eingeflossen. Paradoxerweise wurden eher genderspezifische Angebote für suchtbetroffene Frauen entwickelt als für das Gros der männlichen Klienten. Dabei haben Graf et al. bereits 2006 in ihren Empfehlungen zu Sucht und Männlichkeit für die Schweiz darauf hingewiesen, wie entscheidend das Aufdecken solcher Zusammenhänge auch für die Entwicklung von Verhaltensalternativen im Alltag und damit für den Therapieerfolg sein kann: «Der Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen ist für manche Männer eine individuelle Antwort auf das, was sie als wichtige soziale Erwartung verinnerlicht haben. Daher ist es erforderlich, dass Männer verstehen lernen, dass es unterschiedliche Formen von Männlichkeit gibt, dass sie das Spektrum ihrer Rollen, Verhaltensweisen und Gefühlsäusserungen erweitern können. Die verborgene Seite der Männlichkeit darf nicht vergessen werden. Diese Dimension muss in den

therapeutischen Ansätzen gefördert werden» (Graf et al. 2006: 9).

Männerspezifische Therapiekonzepte existieren nach wie vor kaum, d.h. in der Regel werden die Therapien völlig «ungegendert» angeboten. Dabei lassen sich gemäss Bockhold et al. 2017 die Ziele männerorientierter Suchtarbeit klar formulieren:

- Abschied von Inszenierungen und der Konstruktion der Männerrolle durch Suchtmittel
- Reden lernen (auch mit Geschlechts-genossen)
- Ausdruck von Emotionen (auch weiche)
- Verarbeitung von Verletzungen, Traumata, Rollenverlusten, Trennungen
- Neudefinition von männlicher Stärke
- Sensibilisierung für die eigene Person, für andere und die Umwelt (Bockhold et al. 2017)

Die AutorInnen haben ebenfalls männerspezifische Primärpräventionsangebote nachdrücklich gefordert: «Der belegte Zusammenhang zwischen sensation seeking und dem Konsum psychoaktiver Substanzen sollte dazu anregen, für diesen Bevölkerungstyp spezielle, insbesondere männliche Ansätze der Frühprävention zu entwickeln, die zugleich auf das Risikoverhalten selbst wie auch auf den damit verbundenen Konsum von Substanzen gerichtet sind» (ebd.: 128). Fast alle Suchtpräventionskampagnen im deutschsprachigen Raum, z. B. «Kenn-Dein-Limit» der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung oder «Wieviel ist zu viel?» des Bundesamtes für Gesundheit sind dagegen schon vom Kampagnen-Motto und den vermittelten Präventionsbotschaften her völlig geschlechtsneutral und damit wahrscheinlich relativ unwirksam angelegt.

Hinzu kommt, dass viele Primärpräventionsprogramme suchtmittelspezifisch ausgerichtet sind und genauso



wie die dabei zu bekämpfenden Süchte immer weiter ausdifferenziert werden. Gerade der aktuelle Präventionsboom bei nicht-stoffgebundenen «neuen» Süchten, wie pathologisches Glücksspiel oder Sexsucht, verlangt geradezu nach geschlechtsspezifischen und -sensiblen Ansätzen, die Lebenskompetenzen stärken statt wahrgenommenen Rollen-erwartungen, wie ein «richtiger» Junge oder Mann zu sein hat, hinterherzu-laufen. Als Lebenskompetenzen werden etwa die Fähigkeit zur Selbstreflexion und zum Eingehen und Aufrechterhalten sozialer Beziehungen bezeichnet. Fähigkeiten also, die ebenso suchtpräventiv wie gewaltpräventiv sind. Auch bei den «neuen Süchten» fehlen zudem bislang Studien unter geschlechterspezifischen Blickwinkeln.

### Männergesundheit: Neue Handlungsperspektiven in der Politik

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat in ihrer ersten Strategie zur Förderung der Gesundheit und des Wohlbefindens von Männern in der Europäischen Region 2018 klar benannt, dass effektive männergerechte Gesundheitsförderung auf Stärken und positiven Bildern von Männern aufbauen sollte und eben nicht Männer als vom Gesundheitsbewusstsein her defizitäre Wesen begreifen darf. Die Strategie benennt drei Grundvoraussetzungen (WHO 2018):

- Aufbauen auf einem positiven Bild von Jungen und Männern und dieses fördern, unabhängig von deren Alter, sexueller Orientierung, Geschlechtsidentität, ethnischer Zugehörigkeit, Kultur und Religion
- Verzicht auf Verwendung von geschlechtsspezifischen Vorurteilen, die zu einem Fortbestehen von ungleichen und schädlichen Rollenbildern und Verhaltensweisen beitragen
- Entwicklung stützender Umfeldler, die einen positiven, ganzheitlichen Ansatz gegenüber der Rolle von Männern als Väter, Partner, Kollegen und Betreuer fördern

### Aktuelle Herausforderungen und Ausblick

Eine männerfreundliche Gesundheitspolitik und effektivere Gesundheits-

förderung für Jungen und Männer würde bereits bei dem Agenda-Setting anfangen. Gesundheitsförderung und Prävention sind ohnehin auf der Agenda der politischen AkteurInnen und EntscheidungsträgerInnen bislang noch kein zentrales Thema, sondern bestenfalls ein Add-on und Nice-to-have auf einer langen Prioritätenliste; dies gilt umso mehr für männergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Durch eine Schärfung von Berichtslagen und die systematische Auswertung von internationalen Entwicklungen auf der Ebene von EU und WHO oder erfolgreicher Politikstrategien einzelner Länder könnte die Relevanz des Kriteriums Gender auf der politischen Agenda erhöht werden.

Eine weitere wichtige Stellschraube stellt die Erhöhung der Genderkompetenz in Gesundheits-, Sozial- und Bildungsberufen dar. Weder in der Ausbildung noch in der Fort- und Weiterbildung von Gesundheits-, Sozial- und Bildungsberufen sind Gender Mainstreaming, Genderreflexibilität und -kompetenz nachhaltig verankert. Dies sollte durch eine systematische gendersensible Überarbeitung von Curricula, Studien- und Weiterbildungsverordnungen behoben werden, um geschlechterreflexives und -sensible Arbeiten in den Grundroutinen der Settings zum Standard zu machen.

Nicht zuletzt muss die männerspezifische gesundheitswissenschaftliche Forschung vorangetrieben werden. Die wenigen genderspezifischen Lehrstühle in Medizin und Gesundheitswissenschaften im deutschsprachigen Raum setzen sich vor allem mit Frauengesundheit und entsprechenden Forschungen auseinander. Gender Mainstreaming wird zwar in vielen Förderrichtlinien als Querschnittsanforderung an Forschungsvorhaben formuliert, aber nicht unterlegt mit Genderkompetenz, bspw. bei der Auswahl von GutachterInnen oder ProjektträgerInnen. Deshalb werden Genderfragen, insbesondere männerspezifische Ansätze, weder bei der Formulierung von Forschungsfragen, der Auswahl der Methoden, der Auswertung der Daten noch der Bewertung derselben nachhaltig berücksichtigt. Aber gerade die Ergebnisse gendersensibler gesundheitswissenschaftlicher Forschung

Richtungsweisend ist bei der WHO-Strategie der Perspektivenwechsel weg von der Betrachtung einzelner Risikoverhaltensweisen und vermeintlich gesundheitlicher Defizite bei Männern hin zu positiven Männerrollen und Wohlbefinden. Ausserdem ist die enge Verknüpfung mit Gleichstellungsfragen bemerkenswert. Länder mit einer ausformulierten politischen Männergesundheitsstrategie, wie Australien oder Neuseeland, erfüllen diese Voraussetzungen bereits seit Jahren. Während der Men's Health Week 2015 in Australien wurden bspw. im Rahmen von vielen lokalen Veranstaltungen die «many contributions large and small, that men and boys make to our society and to the community» gewürdigt und gefeiert. «The idea is to have fun while celebrating the many positive roles men play in our lives whether as fathers, grandfathers, sons, brothers, friends, teammates or work colleagues» (University of Western Sydney 2015). Ein vergleichbar ressourcenstärkender Ansatz, um Männergesundheit zu fördern, ist in Europa schwer zu finden, im deutschsprachigen Raum schon gar nicht.

Neben dem ressourcenorientierten Blick und der Entwicklung von «male-friendly health services» findet auch die Nutzung sozialer bzw. digitaler Medien für männerspezifische Kommunikation «Down Under» oder in Kanada auf einem völlig anderen Niveau statt. Digitale Medien werden dabei einerseits genutzt, um positive Rollenbilder zu vermitteln und gleichzeitig zur Enttabuisierung von bestimmten Gesundheitsthemen beizutragen. Der Men's Health Monat in Neuseeland 2017 zur psychischen Gesundheit stand unter dem Kampagnenmotto «#MenStartTalking» und forderte Männer auf, einfach zu fragen, wie es anderen Männern im Umfeld geht, um so ins Gespräch auch über Belastungen und Sorgen zu kommen. Dazu gab es fast ausschliesslich digitale Informationsangebote. Auch die kanadische Website [www.HeadsUpGuys.org](http://www.HeadsUpGuys.org) soll dazu beitragen, das Thema psychische Belastungen und Depression bei Männern und das offene Reden darüber von seinem Stigma zu befreien. Davon inspiriert und mit ähnlicher Zielrichtung ist im Frühjahr 2020 auch die deutschsprachige Website [www.mannwas-geht.de](http://www.mannwas-geht.de) gestartet, die von der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. entwickelt wurde und umgesetzt wird. Gerade die Digitalisierung bietet grosse Chancen für die Entwicklung einer jungen- und männergerechten Gesundheitskommunikation, weil sie technischer, vernetzter und spielerischer daher kommt und nutzbar ist. Bei Mengage, dem Male Health Clearinghouse der australischen Männergesundheitsstrategie, lässt sich der einfache Grundsatz finden: «Reaching men electronically could permit effective health education without disrupting busy schedules...» (University of Western Sydney 2017).



haben unmittelbare Auswirkungen auf das Agenda-Setting und die notwendige Überprüfung gesetzlicher Regelungen. Sie könnte auch dazu beitragen, endlich Modelle guter Praxis von männerspezifischen Gesundheitsförderungs- und Präventionsansätzen zu identifizieren bzw. zu entwickeln.

Gerade aufgrund der Komplexität gesundheitsfördernder Arbeit in Lebenswelten wie bspw. Betrieben und Kommunen kommt dem Anregungscharakter von Beispielen guter geschlechtssensibler Praxis besondere Bedeutung zu. Good Practice-Beispiele und -Kriterien geben AkteurInnen Anregungen, Gesundheitsförderung im jeweiligen Handlungsfeld gendersensibel zu initiieren bzw. männergerechter zu intensivieren.

#### Literatur

- Altgeld, T. (2015): Geschlechteraspekte in der Prävention und Gesundheitsförderung. S. 300-312 in: P. Kolip/K. Hurrelmann (Hrsg), Handbuch Geschlecht und Gesundheit. Bern: Hogrefe Verlag.
- Altgeld, T. (2017): Immer schön tüchtig süchtig? – Männer, Männerrollen und Sucht. S. 27 – 35 in: LWL Koordinierungsstelle Sucht (2017): «Wenn Frauen Männer behandeln – eine (auch) transkulturelle Betrachtung der Suchthilfe». Forum Sucht Band 49.
- Altgeld, T. (2019): Männlichkeit und Sucht: Blinder Fleck in Prävention und Versorgung? Public Health Forum 27(2): 115–118.
- Bockhold, P./Stöver, H./Vosshagen, A. (2017): Männlichkeiten und Sucht – Handbuch für die Praxis. Münster: LWL Koordinierungsstelle Sucht, dritte überarbeitete Auflage.
- Bourdieu, P. (2005): Die männliche Herrschaft. Frankfurt: Suhrkamp Verlag.
- Courtenay, W.H. (2000): Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: A theory of gender and Health. Social Science and Medicine 50: 1385-1401.
- Dauber, H./Specht, S./Künzel, J./Braun, B. (2018): Suchthilfe in Deutschland 2017 – Jahresberichte der Deutschen Suchthilfestatistik. München: Institut für Therapie-forschung.
- Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (2018): Europäischer Drogenbericht 2018: Trends und Entwicklungen. Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union. <https://tinyurl.com/c855m5bb>, Zugriff 30.03.2021.
- Goldberg, H. (1979): Der verunsicherte Mann: Wege zu einer neuen Identität aus psychotherapeutischer Sicht. Reinbek: Rowohlt.
- Graf, M./Annaheim, B./Messlerli, J. (2006): Sucht und Männlichkeiten – Grundlagen und Empfehlungen. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA).
- Hösselbarth, S./Schneider, J. M./Stöver, H. (2013): Kontrollierter Kontrollverlust – Jugend – Gender – Alkohol. Frankfurt: Fachhochschulverlag.
- Kolip, P./Altgeld, T. (Hrsg.) (2006): Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Lademann, J./Kolip, P. (im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit Schweiz) (2006): Gender-Gesundheitsbericht für die Schweiz. Bern: BAG.
- Lampert, T./Schmidtke, C./Borgmann, L./Poethkia-Müller, Ch./Kuntz, B. (2018): Subjektive Gesundheit bei Erwachsenen in Deutschland. Journal of Health Monitoring 3(2): o.S. Berlin: Robert Koch-Institut. <https://tinyurl.com/ruyw9wu4>, Zugriff 30.03.2021.
- Lott, Y./Zucco, A. (2021): Stand der Gleichstellung. Ein Jahr mit Corona. WSI Report Nr. 64. März 2021. <https://tinyurl.com/s7yya2bf>, Zugriff 30.03.2021.
- Oquendo, M.A./Bongiovi-Garcia, M.E./Galvalvy, H. et al. (2007): Sex differences in clinical predictors of suicidal acts after major depression: A prospective study. American Journal of Psychiatry 164(1): 134-141.
- Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (2014): Arztbesuch. Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie «Gesundheit in Deutschland aktuell 2012». Berlin: Robert Koch-Institut.
- Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (2014): Gesundheitliche Lage der Männer in Deutschland. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (2021): Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Schaeffer, D./Vogt, D./Berens, E.-M./Hurrelmann, K. (2016): Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland: Ergebnisbericht. Bielefeld: Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften.
- Sørensen, K./Van den Broucke, S./Fullam, J. et al. (2012): Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health 12(80): o.S.
- Stöver, H./Jacob, J. (2006): Sucht und Männlichkeiten – Entwicklungen in Theorie und Praxis der Suchtarbeit. Berlin und Heidelberg: Springer Verlag.
- University of Western Sydney (2015): Moments in time. Sydney. <https://tinyurl.com/hu8v6n84>, Zugriff 30.03.2021.
- University of Western Sydney (2017): Menage – The men's health clearinghouse. Sydney. <https://tinyurl.com/32y8tv8z>, Zugriff 30.03.2021.
- Volz, H./Zulehner, Z. (2008): Männer in Bewegung – Zehn Jahre Männerentwicklung in Deutschland. Baden-Baden: Nomos-Verlag.
- WHO – Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa (2018): Strategie zur Förderung der Gesundheit und des Wohlbefindens von Männern in der Europäischen Region der WHO 2018. <https://tinyurl.com/pt5n564w>, Zugriff 30.03.2021.
- Wiesner, G. (2004): Suizidmethoden – ein Vergleich zwischen Ost- und Westdeutschland. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 47: 1095-1106.

#### Endnoten

- <sup>1</sup> Vgl. Artikel von Jutta Almendinger «Die Frauen verlieren ihre Würde» in: Die Zeit vom 12.05.2020: <https://tinyurl.com/nmmvyr4>, Zugriff 31.03.2021.
- <sup>2</sup> Vgl. Webseite Statista (2021): Todesfälle mit Coronavirus (COVID-19) in Deutschland nach Alter und Geschlecht. Statista Research Departement: <https://tinyurl.com/45nhrjaz>, Zugriff 30.03.2021.
- <sup>3</sup> Vgl. Artikel von Ralf Bönt «Männer first» in «Die Zeit» vom 12.05.2020: <https://tinyurl.com/hhaaed3h>, Zugriff 31.03.2021.
- <sup>4</sup> Vgl. Präsentation Dinges, M.D. (2013): Männergesundheit in historischer Perspektive. Berlin: <https://tinyurl.com/58jbbkys>, Zugriff 30.03.21.
- <sup>5</sup> Vgl. Webseite Statista: Selbstmordrate in der Schweiz nach Geschlecht bis 2018. Statista Research Departement: <https://tinyurl.com/sbpzkbwy>, Zugriff 30.03.2021.
- <sup>6</sup> Vgl. Webseite Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Teilnahme am gesetzlichen Gesundheits-Check-up. Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Alter, Geschlecht. Gesundheitsberichterstattung des Bundes: <https://tinyurl.com/rr96x84c>, Zugriff 30.03.2021.
- <sup>7</sup> Vgl. Webseite Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Was bedeutet Gesundheitskompetenz? Berlin. <https://tinyurl.com/duw7ykj7>, Zugriff 30.03.21.
- <sup>8</sup> Z. B. [www.allianz-gesundheitskompetenz.ch](http://www.allianz-gesundheitskompetenz.ch) und [www.nap-gesundheitskompetenz.de](http://www.nap-gesundheitskompetenz.de), Zugriff 30.03.21.