



CrossMark

Anne Starker · Alexander Rommel · Anke-Christine Saß

Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Robert Koch-Institut, Berlin, Deutschland

# Bericht zur gesundheitlichen Lage der Männer in Deutschland – Fazit und Herausforderungen für eine gendersensible Gesundheitsberichterstattung

## Einleitung und Ziel der Arbeit

Die Chancengleichheit von Frauen und Männern ist ein wichtiges und in Deutschland langfristig verfolgtes Ziel. Frauen und Männern sollen über ihren gesamten Lebensweg hinweg und in allen Lebensbereichen die gleichen Chancen eröffnet werden [1]. Als politisches Leitprinzip zur Schaffung und Durchsetzung der Gleichstellung von Frauen und Männern ist Gender Mainstreaming in Deutschland rechtlich verankert [2]. Dadurch soll sichergestellt werden, dass alle Felder des gesellschaftlichen Lebens hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf die Gleichstellung von Frauen und Männern untersucht und bewertet sowie entsprechende Maßnahmen zur Gleichstellung im Sinne von Geschlechtergerechtigkeit ergriffen werden [2]. Gesundheit und Gesundheitsversorgung sind neben Arbeit und Familie zentrale Themen der Gleichstellungspolitik und werden auch im Ersten Gleichstellungsbericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend aufgegriffen [3].

Die Förderung der Chancengleichheit im Bereich Gesundheit setzt eine detaillierte Auseinandersetzung mit der aktuellen gesundheitlichen Situation und den Rahmenbedingungen für die Gesundheit beider Geschlechter voraus. Die Gesundheitswissenschaften, die u. a. die gesundheitliche Lage der Bevölkerung erforschen, verfolgen dabei einen interdisziplinären Ansatz, bei dem Gesundheit

und Krankheit als biopsychosoziale Phänomene verstanden werden. Beim komplexen Zusammenwirken von sozialen, psychischen und biologischen Faktoren können sich die Effekte überlagern, gegenseitig verstärken oder aufheben. Inzwischen liegen zahlreiche wissenschaftliche Publikationen vor, die das Thema Geschlecht und Gesundheit behandeln. Jüngst erschienen ist bspw. das „Handbuch Geschlecht und Gesundheit“ von Kolip und Hurrelmann [4].

Zur Analyse von Gemeinsamkeiten und Unterschieden in der Gesundheit von Frauen und Männern liefert die Gesundheitsberichterstattung (GBE) einen wichtigen Beitrag. Sie stellt epidemiologische Daten aus zahlreichen aussagekräftigen, bevölkerungsrepräsentativen und qualitätsgesicherten Datenquellen und deren Interpretation zur Verfügung. Die GBE des Bundes wird als gemeinsame Aufgabe vom Robert Koch-Institut (RKI) und dem Statistischen Bundesamt ausgeführt. Das RKI ist neben der inhaltlichen und konzeptionellen Ausgestaltung für die Weiterentwicklung des Berichtswesens sowie für die Erstellung und Veröffentlichung der verschiedenen Publikationsformate verantwortlich und berichtet regelmäßig über die gesundheitliche Situation der Bevölkerung in Deutschland. Das Themenspektrum ist vielfältig und reicht von Krankheiten und Beschwerden über das Gesundheitsverhalten und Risikofaktoren bis hin zur medizinischen und pflegerischen Versorgung und der damit verbundenen

Kosten. Seit vielen Jahren wird das Geschlecht als wichtige, die Gesundheit beeinflussende Kategorie in den Analysen und Publikationen der GBE berücksichtigt [5, 6]. Daneben sind in der GBE Publikationen erschienen, die Gesundheitsprobleme von Frauen oder von Männern adressieren (z. B. das GBE-Themenheft „Prostataerkrankungen“ [7], das GBE-Themenheft „Brustkrebs“ [8]) oder auch vergleichende Analysen mit dem Schwerpunkt Geschlecht (GBE-Beitrag „Frauen und Männer im mittleren Lebensalter“ [9]). Ziel der GBE ist es, die gesundheitlichen Belange von Frauen und Männern sichtbar zu machen und damit zu einer Verbesserung der geschlechtergerechten gesundheitlichen Versorgung beizutragen.

Neben der inhaltlichen Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Gesundheitsproblemen von Frauen und Männern gab und gibt es in der GBE auch eine theoretisch-methodische Auseinandersetzung zum Thema Geschlecht und Gesundheit: Wie müssen GBE-Publikationen gestaltet sein, damit sie Gesundheit geschlechtersensibel abbilden? Geschlechtersensibel bedeutet, dass über eine geschlechtervergleichende Analyse hinaus gesundheitliche Problemlagen, die nur Männer oder nur Frauen betreffen, thematisiert werden. Dazu gehört auch eine Interpretation und Einordnung der Ergebnisse bezüglich der Gemeinsamkeiten und Unterschiede in Gesundheit und Krankheit von Männern und Frauen. Es liegen bereits

einige Arbeiten vor, in denen Anforderungen für eine geschlechtersensible Gesundheitsberichterstattung formuliert wurden [10–12].

Während die Frauengesundheitsforschung und auch die Berichterstattung zur Frauengesundheit in Deutschland auf eine längere Geschichte zurückblicken können [13], hat sich die männerorientierte Gesundheitsforschung in Deutschland später entwickelt [14]. Der „Bericht zur gesundheitlichen Lage von Frauen in Deutschland“ erschien im Jahr 2001 und sollte eine wissenschaftliche Bestandsaufnahme des Stands der Forschung zu Frauengesundheit liefern. Als Aufgaben für die Berichterstattung wurden außerdem die Herausarbeitung der Gemeinsamkeiten und Unterschiede von Frauen und Männern, eine vertiefte Bearbeitung der Gesundheitsbelange, die nur Frauen betreffen, das Identifizieren von Verzerrungen (Nicht- oder Fehlberücksichtigung) im Bereich der Frauengesundheit, die Erschließung von Datenquellen für die frauenspezifische Gesundheitsberichterstattung sowie die Entwicklung von theoretischen Konzepten für eine geschlechtersensible Gesundheitsberichterstattung [10] gesehen. Nach Erscheinen des Frauengesundheitsberichtes wurde eine stärkere Ausrichtung der gesundheitswissenschaftlichen Forschung auf die gesundheitlichen Problemlagen von Männern und die Berichterstattung zur Männergesundheit eingefordert und auch vorangetrieben [15]. Die GBE des Bundes am Robert Koch-Institut stellte deshalb das Thema Männergesundheit in den Mittelpunkt eines umfassenden Berichtes, der im Dezember 2014 erschienen ist [16].

Ziel des Berichtes zur gesundheitlichen Lage der Männer in Deutschland war es, wichtige Daten und Informationen zur Männergesundheit in Deutschland pointiert zusammenzuführen. Über die geschlechtervergleichende Perspektive hinaus sollten innerhalb der Gruppe der Männer Unterschiede hinsichtlich Belastungen, Risiken und Potenzialen thematisiert werden, um so eine empirische Grundlage für eine geschlechtergerechte Gesundheitsversorgung zu schaffen [16]. Bei der Projektplanung für den GBE-Männergesundheitsbericht

wurden zahlreiche Anforderungen definiert, um für alle Themen und Kapitel zu gewährleisten, dass eine gendersensible Berichterstattung erfolgt. Dabei wurde auf bestehende konzeptionelle Vorarbeiten zurückgegriffen [10–12].

Dieser Artikel dient dem Rückblick, der zugleich Perspektiven für weitere Projekte einer geschlechtersensiblen Gesundheitsberichterstattung eröffnen soll. Hierzu werden zunächst wichtige Anforderungen für einen gendersensiblen Gesundheitsbericht beschrieben, anhand derer der GBE-Männergesundheitsbericht bewertet wird. Hierbei soll die Frage beantwortet werden, wie gut es gelungen ist, einen gendersensiblen Gesundheitsbericht zu erstellen. Die Erkenntnisse werden abschließend als „Herausforderungen“ formuliert: Wo müssen Forschung, Datenerhebung und Theoriebildung aufholen, um weitere Verbesserungen für eine gendersensible Berichterstattung erreichen zu können?

### Anforderungen an eine geschlechtersensible Gesundheitsberichterstattung

Für die Erstellung des Berichts zur gesundheitlichen Lage der Männer wurden verschiedene Anforderungen formuliert, die innerhalb der einzelnen Kapitel in einem schrittweisen Vorgehen erfüllt werden sollten. Ausgangspunkt der Überlegungen war dabei die Unterscheidung zwischen *sex* und *gender*, also zwischen einem biologischen und einem sozialen Geschlecht. Das Geschlecht eines Menschen und jede damit zusammenhängende Zuordnung einer Person ist nicht nur abhängig von seinen biologischen Voraussetzungen, sondern hängt stark mit sozialen und kulturellen Prägungen zusammen. Unter *sex* ist alles zu verstehen, was als biologisch gegebenes und körperlich beschreibbares Geschlecht gilt, z. B. Anatomie, Morphologie, Physiognomie, Hormone und Chromosomen eines Menschen [17]. *Gender* umfasst dagegen die durch soziale Prozesse erworbenen und auf das Geschlecht bezogenen Verhaltensweisen, Eigenschaften und Interessen [18, 19]. Diese Unterscheidung folgt dem Paradigma eines biopsychosozialen

Erklärungsansatzes, nach dem nicht nur biologische und somatische Einflussgrößen berücksichtigt werden sollten, um die Entstehung und den Verlauf von Krankheiten oder den Erhalt von Gesundheit zu erklären, sondern auch psychische, soziale und gesellschaftliche Faktoren und Prozesse. Nach wie vor dient die Unterscheidung zwischen biologischem und sozialem Geschlecht als sinnvoller analytischer Ausgangspunkt für eine geschlechtersensible Gesundheitsforschung und -berichterstattung [20].

Um diesen Ansatz verfolgen zu können, ist es notwendig, bestehende Unterschiede zwischen Männern und Frauen hinreichend zu kennen. Erster Schritt für eine gendersensible Darstellung ist daher eine geschlechtervergleichende Berichterstattung der gesundheitlichen Lage, um das Ausmaß der empirisch gegebenen Unterschiede abschätzen zu können. Der Geschlechtervergleich dient dazu, für bestehende Unterschiede zu sensibilisieren und Erklärungsnotwendigkeiten aufzuzeigen. Dabei werden die Unterschiede zwischen den Geschlechtern zunächst kontrastiv verstärkt und Unterschiede innerhalb der Geschlechter verwischt. Männer und Frauen werden bei dieser Herangehensweise in der Wahrnehmung homogenisiert und Unterschiede werden überbetont. Die so entstehenden dichotomen Kategorien bergen die Gefahr von Geschlechterstereotypen, d. h. Vorstellungen darüber, welche Eigenschaften Männer und Frauen typischerweise haben, werden tendenziell überzeichnet [21]. Um dieser Tendenz entgegenzuwirken, muss der Vergleich von Männern und Frauen in einem zweiten Schritt in eine Differenzierung innerhalb der beiden Geschlechterkategorien münden [22].

Der nächste Schritt auf dem Weg zu einer gendersensiblen Berichterstattung ist es daher, über den Männer-Frauen-Vergleich hinauszugehen und im Sinne einer geschlechterdifferenzierten Berichterstattung Unterschiede innerhalb der Gruppe der Männer, in Bezug auf das jeweils betrachtete Outcome, herauszuarbeiten. Beispielhaft zu nennen sind hier Differenzierungsmerkmale wie unterschiedliche Lebens-

phasen, der sozioökonomische Status oder die Lebensform. Während der reine Geschlechtervergleich noch keinen Unterschied zwischen sozialem und biologischem Geschlecht zulässt, wird in diesem Schritt die Abhängigkeit von sozialen Faktoren sichtbar. Außerdem wird erkennbar, dass die beobachteten Phänomene nicht für alle Männer gleichermaßen Gültigkeit haben, sondern oftmals nur in einzelnen Gruppen, so z. B. in bestimmten Altersgruppen, Berufsgruppen oder in Abhängigkeit von anderen sozialen Merkmalen besonders hervortreten.

Für das Verständnis der gefundenen Zusammenhänge sind in einem weiteren Schritt auf dem Weg zu einer gendersensiblen Gesundheitsberichterstattung die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen in die Interpretation der Daten einzubeziehen. Unter Rahmenbedingungen sind soziale Strukturen und deren Veränderungen zu verstehen, in die rollenspezifisches Handeln eingebettet ist und deren Wandel auch die Veränderung männer-spezifischer Handlungspraxen befördert. Geschlechtsbezogenes Handeln ist institutionell in sog. Genderregimen verankert, die sich in „normativen, institutionellen und politischen Rahmungen von Geschlechterverhältnissen“ ausdrücken [23]. Beispielhaft lässt sich dafür auf die Wandlungsprozesse im Bereich der Arbeitswelt verweisen, bei denen im Zuge einer zunehmenden Erwerbstätigkeit von Frauen, auch unter veränderten arbeits- und sozialrechtlichen Vorgaben, der Idealtypus des männlichen „Familienernährers“ an Bedeutung verliert. So wandelt sich heute die familiäre Arbeitsteilung unter den Vorgaben einer veränderten Familienpolitik im Sinne einer besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Diese und ähnliche Aspekte sind zu beachten, wenn bspw. die gesundheitliche Lage erwerbstätiger Männer oder die Gesundheit in Abhängigkeit von Lebensformen diskutiert wird.

Der letzte Schritt auf dem Weg zu einer gendersensiblen Gesundheitsberichterstattung besteht darin, die vorliegenden Informationen vor dem Hintergrund bestehender theoretischer Erklärungsansätze zu interpretieren. Unterschiede

Bundesgesundheitsbl 2016 · 59:979–985 DOI 10.1007/s00103-016-2383-y  
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016

A. Starker · A. Rommel · A.-C. Saß

## Bericht zur gesundheitlichen Lage der Männer in Deutschland – Fazit und Herausforderungen für eine gendersensible Gesundheitsberichterstattung

### Zusammenfassung

Im Dezember 2014 erschien der „Bericht zur gesundheitlichen Lage der Männer in Deutschland“ im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE). Er deckt ein breites Themenspektrum ab, von Erkrankungen und Todesursachen über das Gesundheitsverhalten bis zu männerspezifischer Prävention. Fokuskapitel widmen sich dem Einfluss von Arbeit und Lebensformen auf die Gesundheit. Auf der Grundlage methodischer Vorarbeiten zu geschlechtersensibler GBE wurde für die Berichterstellung ein mehrstufiges Verfahren angestrebt: Über eine geschlechtervergleichende Perspektive hinaus sollten innerhalb der Gruppe der Männer Unterschiede hinsichtlich Belastungen, Risiken und Ressourcen thematisiert werden und die Ergebnisse vor dem Hintergrund politischer und gesellschaftlicher Rahmenbedingun-

gen eingeordnet sowie theoriegeleitet interpretiert werden.

Das Projektteam des Männergesundheitsberichtes wirft im vorliegenden Artikel einen kritischen Blick auf seine Arbeit: Welche Schritte auf dem Weg zu einer geschlechtersensiblen GBE konnten im Bericht realisiert werden? Und wo besteht weiterhin Handlungsbedarf? Denn geschlechtersensible GBE kann dazu beitragen, die gesundheitliche Situation von Männern und Frauen besser zu beschreiben und damit eine solide empirische Grundlage für die Umsetzung einer geschlechtergerechten Gesundheitsversorgung liefern.

### Schlüsselwörter

Männergesundheit · Gesundheitsbericht · Gendersensible Gesundheitsberichterstattung · Forschung · Daten

## Men's health report – Conclusion and challenges for sex- and gender-sensitive health reporting

### Abstract

In December 2014, the Federal Health Reporting published the first official report on men's health in Germany. The report covers a wide range of topics, from diseases and causes of death to health-related behaviors and male-specific prevention. Special chapters put the focus on the impact that working life and certain living arrangements may have on health. Based on preliminary methodological work on gender-sensitive health reporting, a step-wise approach was pursued. In addition to mere comparisons between men and women, differences within men were taken into account with respect to certain stressors, risks and resources. Moreover, guided by theory, findings were interpreted and discussed in the context of

changing political and societal conditions.

In the present article, the project team takes a critical look at its work: What steps towards sex- and gender-sensitive health reporting could be taken? And to what extent does the current approach leave room for improvement? In contributing to a better description of the health of men and women, gender-sensitive health reporting may provide a sound empirical basis for the implementation of gender-appropriate health care.

### Keywords

Men's health · Health report · Sex- and gender-sensitive health reporting · Research · Data

zwischen den Geschlechtern sollen nicht nur als empirische Tatsachen beschrieben, sondern, soweit möglich, erklärt werden. Ein Beispiel ist das *doing gender*-Theorem, welches verwendet wird, um verhaltensbezogene Unterschiede zu interpretieren [11, 12]. *Doing gender* beschreibt den Prozess der sozialen Her-

stellung von Geschlecht in alltäglichen Interaktionen. Damit thematisiert der Ansatz den Sinn subjektiven Handelns – in diesem Fall von gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen – als „Inszenierungen“ der eigenen Geschlechtszugehörigkeit. Geschlechterunterschiede im Gesundheitsverhalten können vor dem Hinter-

grund bestehender Erklärungsansätze besser interpretiert und nachvollzogen sowie Hypothesen für die weitere Forschung generiert werden.

## Umsetzung geschlechtersensibler Gesundheitsberichterstattung

Im folgenden Abschnitt soll anhand der oben beschriebenen Schritte überprüft werden, inwieweit mit dem Bericht zur gesundheitlichen Lage der Männer in Deutschland eine gendersensible Berichterstattung gelungen ist. Die Realisierung der jeweiligen Schritte wird an Beispielen aus dem Bericht erläutert und auf mögliche Schwierigkeiten bei deren Anwendung hingewiesen. Die Umsetzung dieser Schritte im Rahmen der Berichterstattung spiegelt dabei nicht zuletzt den Stand verfügbarer Datenquellen und Informationen wieder, die hierfür notwendig sind.

### Schritt 1: Geschlechtervergleichende Analysen

Ausgangspunkt jedes Kapitels ist die Beschreibung der quantitativen Unterschiede zwischen Männern und Frauen. Das ist notwendig, um das jeweilige Thema im Geschlechtervergleich dahingehend einzuordnen, ob Unterschiede zugunsten oder zuungunsten von Männern bestehen.

**Beispiel.** Das erste datenbasierte Kapitel des Berichtes enthält Informationen zum Stand und der Entwicklung der Lebenserwartung in Deutschland sowie eine Beschreibung des Sterblichkeitsgeschehens [16]. Im Geschlechtervergleich liegt die mittlere Lebenserwartung (bei Geburt) der Männer um 5 Jahre unter der der Frauen [24]. Insgesamt zeigt sich für Männer und Frauen ein langfristiger Anstieg der mittleren Lebenserwartung bei Geburt, von der Männer seit Anfang der 1990er-Jahre allerdings stärker profitieren als Frauen. Bei der Beschreibung der Sterblichkeit fällt auf, dass bei Männern bestimmte Todesursachen deutlich häufiger sind als bei Frauen [25] und die geringere Lebenserwartung der Männer v.a. durch die größere Anzahl von vorzei-

tigen Sterbefällen unter 65 Jahren erklärt werden kann. Der größte Unterschied zeigt sich bei den Sterbefällen aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen und bestimmten anderen Folgen äußerer Ursachen. Sie ist insgesamt 2,4-fach erhöht. In diese Kategorie gehören auch Sterbefälle durch Unfälle. Sowohl beim Vergleich der Sterblichkeit durch Unfälle als auch beim nichttödlichen Unfallgeschehen bestehen deutliche Geschlechterunterschiede: Männer verunfallen häufiger als Frauen und sterben auch häufiger infolge von unfallbedingten Verletzungen [26].

Anhand dieses wichtigen Public Health-Themas (nicht nur für Männer) soll im Folgenden beispielhaft überprüft werden, wie die weiteren Schritte der Realisierung gendersensibler GBE im Bericht umgesetzt werden konnten.

**Fazit.** Der beschreibende Geschlechtervergleich konnte für alle Kapitel realisiert werden. Geschlechtervergleichende Darstellungen sind mit den Daten, die der Gesundheitsberichterstattung zu Verfügung stehen, inzwischen weitgehend Standard und die Datenlage hat sich seit der Etablierung der GBE des Bundes erheblich verbessert. So stellt bspw. die Onlinedatenbank „Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (IS-GBE)“ inzwischen Daten aus über 100 verschiedenen Quellen bereit [27]. Die Stichwortsuche „Geschlecht“ liefert einen Zugriff auf 405 Tabellen aus verschiedenen Quellen und Erhebungen [28]. Der reine Geschlechtervergleich setzt den Fokus auf die Beschreibung von Gemeinsamkeiten und/oder Unterschieden zwischen Männern und Frauen, ohne dabei Differenzierungen innerhalb der Geschlechtergruppen ausreichend Beachtung zu schenken. Daher sollte in einem zweiten Schritt eine Differenzierung vorgenommen werden, um eine Interpretation der sozioökonomischen und soziokulturellen Einflüsse auf die Gesundheit vornehmen zu können.

Kritisch kann angemerkt werden, dass bei der Berichterstattung biologische Aspekte (im Sinne von *sex*) nicht explizit untersucht wurden. In der Einleitung des Berichtes wurde auf biologisch-genetische Erklärungsansätze der

Gesundheit hingewiesen, in den datenbasierten Kapiteln wurden sie allerdings nicht näher untersucht. Der Fokus des Berichtes lag auf geschlechterbezogenen psychosozialen Faktoren.

### Schritt 2: Geschlechterdifferenzierte Analysen

Nach den geschlechtervergleichenden Analysen sollte in den für den Bericht ausgewählten Themenbereichen die Gruppe der Männer genauer beschrieben werden. Erst durch die Berücksichtigung der Abweichungen und Ähnlichkeiten innerhalb dieser Gruppe geraten die Rahmenbedingungen und Einflussfaktoren für Gesundheit und Krankheit in den Blick. Das Alter, der Bildungsstand, die soziale Lage, die Lebensform, der Erwerbsstatus sowie der Migrationsstatus sind dabei mögliche Differenzierungsmerkmale.

**Beispiel.** Beim Thema Sterblichkeit durch Unfälle bringt die Betrachtung entlang der Altersgruppen wichtige Erkenntnisse über besonders gefährdete Gruppen. Unfälle treten zwar bei Männern insgesamt häufiger auf als bei Frauen, aber die Betroffenheit ist in einzelnen Lebensphasen sehr unterschiedlich: Insbesondere in der Jugend und im jungen Erwachsenenalter sind Verletzungen durch Unfälle eine der häufigsten Todesursachen bei Männern [26]. So sind bei den 15- bis 19-Jährigen ca. 39 % aller Todesfälle, bei den 20- bis 24-Jährigen 35 % aller Todesfälle und bei den 25- bis 29-Jährigen immer noch 25 % aller Todesfälle auf Unfälle zurückzuführen. Im Altersgang nimmt die Bedeutung von Unfällen im Vergleich zu anderen Todesursachen dann sukzessive ab. Auch bei den nichttödlichen Unfällen besteht ein deutlicher Altersgradient, der Anteil der Unfallbetroffenen beträgt bei den 18- bis 24-Jährigen ein Fünftel aller Männer. Auch hierbei nimmt die Prävalenz mit dem Alter ab [16].

Bei der differenzierten Beschreibung des Unfallgeschehens ist der Unfallort ein wichtiges Kriterium. Im Altersgang zeigen sich eine deutliche Zunahme von häuslichen Unfällen und ein Rückgang von Freizeit- und Arbeitsunfällen: Bei

18-bis 24-jährigen Männern geschieht ein Großteil der Unfälle in der Freizeit (41,1 %), bei Männern ab 65 Jahren zu Hause (46,3 %) [16].

Der Unfallort ist auch ein wichtiges Differenzierungsmerkmal bei der Betrachtung des Unfallgeschehens in den einzelnen sozioökonomischen Gruppen. Zunächst ist festzustellen, dass Angehörige unterschiedlicher Statusgruppen grundsätzlich ähnlich häufig von Unfällen betroffen sind [16]. Allerdings variieren die Unfallorte der Unfallverletzten mit dem sozioökonomischen Status. Bedeutsam ist dabei v. a. die unterschiedliche Häufigkeit von Unfällen am Arbeitsplatz sowie in der Freizeit: Unfallverletzte mit niedrigem sozioökonomischen Status verunglücken auch nach statistischer Kontrolle des Alters häufiger am Arbeitsplatz und seltener in der Freizeit als Unfallverletzte mit hohem sozioökonomischen Status.

**Fazit.** Geschlechterdifferenzierte Analysen sind auf spezifische Differenzierungsmerkmale in den jeweiligen Datenquellen angewiesen. Ist das Alter von Personen noch bei vielen Datenquellen Bestandteil der Erhebung, sind Informationen zum Bildungsstand oder sozioökonomischem Status nicht mehr die Regel. Für den Bericht konnten für viele Themenbereiche die Daten des Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut herangezogen werden. Diese erlauben neben der Beschreibung des Gesundheits- und Krankheitsgeschehens eine differenzierte Darstellung auch nach soziodemografischen Merkmalen. In einigen Bereichen ist die Datenlage in Deutschland aber noch unzureichend. Ein Beispiel hierfür ist die gesundheitliche Lage von Menschen mit Migrationshintergrund. Detaillierte Daten, bspw. für verschiedene Herkunftsländer oder Altersgruppen, fehlen oft. Eine differenzierte Darstellung eines Themas in der beschriebenen Art und Weise ist dann nur zum Teil möglich. Darüber hinaus gilt, dass die heterogene Gruppe der Männer mit den bislang erwähnten Kriterien ohnehin nur ansatzweise differenziert dargestellt werden kann, denn es gibt viele weitere Differenzierungsmerkmale, welche die Gesundheit

beeinflussen. Zu nennen sind u. a. der Beziehungsstatus, die sexuelle Orientierung und das Gesundheitsbewusstsein [29].

Für jede Fragestellung, die in einem Bericht oder Forschungsprojekt aufgegriffen wird, sollte der aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisstand bezüglich potenzieller Einflussfaktoren berücksichtigt werden. Anhand vorliegender theoretischer oder empirischer Erkenntnisse sollte geprüft werden, welche Differenzierungsmerkmale themenbezogen wichtig sind.

### Schritt 3: Berücksichtigung gesellschaftlicher Rahmenbedingungen

Durch die Berücksichtigung gesellschaftlicher Rahmenbedingungen sollte im Bericht ihr Einfluss auf Gesundheit und Krankheit von Männern in den Blick genommen werden.

**Beispiel.** Exemplarisch kann dieser Schritt am Beispiel der Arbeitsunfälle erläutert werden. Nach der Statistik der meldepflichtigen Arbeitsunfälle sind Männer deutlich häufiger betroffen als Frauen. So entfallen 74,3 % der meldepflichtigen und sogar 91,3 % der tödlichen Arbeitsunfälle auf die Männer [30]. Dieser Unterschied verweist nicht zuletzt auf die Geschlechtersegregation des Arbeitsmarktes, die den gesellschaftlichen Rahmen darstellt, in den viele berufliche Risiken und Belastungen einzuordnen sind. So zeigt sich im Bereich der Arbeitswelt, dass Männer in bestimmten Branchen überrepräsentiert sind. Die entsprechende Berufswahl ist oftmals mit gesellschaftlichen Erwartungshaltungen und, darin eingebetteten, geschlechterbezogenen Präferenzen verknüpft. Bis heute gibt es typische Männerberufe und -tätigkeiten, deren Ausübung von Frauen nicht „erwartet“ wird und die entsprechend selten von Frauen als Betätigungsfeld gewählt werden (z. B. im Baugewerbe oder in der Landwirtschaft).

Männer und Frauen sind also unterschiedlichen Belastungen und Beanspruchungen ausgesetzt, denen der gesetzliche Arbeitsschutz begegnen muss. Der sich vollziehende Wandel im Bereich der

Arbeitswelt mit einem geänderten Tätigkeitsspektrum wird sich in Zukunft möglicherweise auch bei den Zahlen zu Arbeitsunfällen niederschlagen und muss bei der Interpretation berücksichtigt werden.

**Fazit.** Für den Bericht wurde versucht, die Ergebnisse vor dem Hintergrund der gesellschaftlichen Bedingungen für Gesundheit und Krankheit zu diskutieren. Gesellschaftliche Rahmenbedingungen und deren mögliche Veränderungen im Laufe der Zeit sind nicht originärer Gegenstand der Daten der Gesundheitsberichterstattung. Zusammenhangsanalysen zwischen Gesundheit und diesen Bedingungen können daher oftmals nicht realisiert werden. Dennoch sollte versucht werden, die Ergebnisse im Rückgriff auf bestehende sozialwissenschaftliche Erkenntnisse vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Entwicklungen zu interpretieren.

### Schritt 4: Einordnung der Ergebnisse anhand theoretischer Erklärungsansätze

Eine Aufgabenstellung für den Bericht war es, die gefundenen Unterschiede zwischen den Geschlechtern wie auch die Unterschiede innerhalb der Gruppe der Männer theoriegeleitet zu interpretieren. Dabei bietet sich der *doing gender*-Ansatz an, um v. a. zur Erklärung von Geschlechterunterschieden im Gesundheitsverhalten beizutragen.

**Beispiel.** Die hohe unfallbedingte vorzeitige Sterblichkeit von Männern und die höheren Unfallprävalenzen werden häufig durch riskantere Verhaltensweisen erklärt. Dieses „risikosuchende“ Verhalten (auch: *sensation seeking*) gilt als wichtiger Faktor für die Erklärung der größeren Unfalloffenheit bei Männern [31]. So kann bspw. bei Verkehrsunfällen gezeigt werden, dass eine nicht angepasste Geschwindigkeit oder Fahren unter Alkoholeinfluss als Unfallursache bei Männern deutlich häufiger auftreten als bei Frauen [32]. Dieses „risikosuchende“ Verhalten stellt einen wichtigen Baustein bei Erklärungsversuchen im Sinne des *doing gender*-Ansatzes dar. Es wird

im Zuge der Identitätsbildung über Mutproben bereits im Kindes- und Jugendalter eingeübt und hilft, sich gegenüber anders- und gleichgeschlechtlichen Altersgenossen zu positionieren [33–35]. Aggression, Wettbewerb und Risikobereitschaft stellen demnach mögliche Verhaltensmuster dar, über die Maskulinität hergestellt wird [16].

**Fazit.** Für den Bericht sollte eine Einordnung der Ergebnisse anhand theoretischer Erklärungsansätze vorgenommen werden. Hier lag der Fokus auf Aspekten gesundheitsbezogener Verhaltensweisen. Die Daten, die für die Gesundheitsberichterstattung vorliegen, enthalten aber oftmals keine empirischen Maßzahlen zur Überprüfung der theoretischen Erklärungsansätze. Beispielsweise kann mit den vorliegenden Daten nicht überprüft werden, inwieweit Unfallhäufigkeiten empirisch mit einer individuellen Tendenz zu risikosuchendem Verhalten assoziiert sind. Die Einordnung der Ergebnisse ist daher häufig keine Erklärung, deren empirische Prüfung Teil der Berichterstattung sein kann, sondern wirft in vielen Fällen neue Hypothesen bzw. Fragestellungen auf.

### Herausforderungen für eine geschlechtersensible Gesundheitsberichterstattung

Der Bericht zur gesundheitlichen Lage der Männer hat die bestehende Lücke zum Thema Männergesundheit in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes geschlossen. Der Bericht war als geschlechtersensibler Gesundheitsbericht konzipiert. Die vorliegende systematische Rückschau zeigt, dass viele Anforderungen an eine geschlechtersensible Gesundheitsberichterstattung im Bericht erfüllt werden konnten. Allerdings wurden auch Limitationen deutlich, aus denen sich spezifische Bedarfe und Herausforderungen ableiten lassen, v. a. hinsichtlich der Verfügbarkeit von zuverlässigen und validen Daten und deren Interpretation vor dem Hintergrund theoretischer Erklärungsansätze.

Die Gesundheitsberichterstattung benötigt sowohl für geschlechterverglei-

chende als auch für geschlechterdifferenzierte Analysen eine breite Datenbasis. Neben bevölkerungsrepräsentativen Gesundheitssurveys werden Daten der amtlichen Statistik, prozessgenerierte Daten des Gesundheitssystems und Daten epidemiologischer Studien einbezogen. Mit der Etablierung der GBE des Bundes haben sich die Datenfülle, die dafür zur Verfügung steht, sowie die Datenqualität stetig verbessert. Sie ermöglichen in den meisten Fällen eine Beschreibung der gesundheitlichen Unterschiede zwischen Frauen und Männern. Allerdings werden biologische und/oder geschlechterbezogene Faktoren im Sinne von *sex* und *gender* oftmals nicht direkt untersucht, sondern über die Kategorien „Mann/Frau“ bzw. „männlich/weiblich“ [20]. Wie oben beschrieben birgt das für geschlechterbezogene Fragestellungen einerseits die Gefahr von Gender Bias, also der inadäquaten Berücksichtigung von Geschlecht, und andererseits die Gefahr der Verfestigung von Geschlechterstereotypen. Über die Verwendung der Begrifflichkeiten sollte daher konzeptionelle Klarheit herrschen und die Ergebnisse sind diesbezüglich kritisch zu reflektieren.

Für die differenzierte Beschreibung der gesundheitlichen Unterschiede innerhalb der Geschlechtergruppen sind die Daten der GBE nicht immer ausreichend, weil sie in vielen Fällen nicht gestatten, die Gesundheit von Männern und Frauen vor dem Hintergrund ihrer jeweiligen Lebensbedingungen und Teilhabechancen zu betrachten. Es besteht daher Bedarf nach der Erhebung weiterer Differenzierungsmerkmale.

Um die Unterschiede zwischen Männern und Frauen v. a. im Gesundheitsverhalten erklären zu können, wurde auf theoretische Konzepte zurückgegriffen, die sich der Interpretation von geschlechterbezogenen Haltungen und Einstellungen widmen. Dabei zeigt sich, dass bestimmte Einflussfaktoren für das Gesundheitsverhalten, z. B. auf gesellschaftlich-historischer Ebene und im kulturellen Kontext, bislang wenig berücksichtigt wurden [36]. Bei der Anwendung der Erklärungsansätze stellte sich daher die Frage, ob diese die aktuelle Situation und derzeitige Entwicklun-

gen berücksichtigen und wie passgenau und tragfähig diese Erklärungsansätze heute sind. Sie haben häufig den Charakter von Brückenhypothesen, die durch die verfügbaren Daten empirisch nicht gedeckt sind. Hier könnte mit der Erhebung erklärender Einflussfaktoren in empirischen Studien teilweise Abhilfe geschaffen werden. Es besteht daher weiterhin Bedarf an Forschung auf diesem Gebiet, um die Unterschiede zwischen Männern und Frauen im Risiko für bestimmte Krankheiten und für bestimmte Verhaltensmuster unter biopsychosozialer Perspektive erklären zu können.

Der vorliegende Beitrag will den Diskussions- und Entwicklungsprozess für eine geschlechtersensible GBE voranbringen. Durch gendersensible GBE kann es gelingen, Verbesserungspotenziale im Hinblick auf die gesundheitliche Situation von Männern und Frauen deutlicher aufzuzeigen, gesundheitspolitisch relevante Zielgruppen für Prävention und Gesundheitsförderung genauer zu identifizieren, konkrete Hinweise zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung zu geben und so Mechanismen aufzuzeigen, die insgesamt zur besseren Gesundheit beitragen können. Geschlechtersensible GBE schafft eine solide empirische Grundlage für die Umsetzung einer geschlechtergerechten Gesundheitsversorgung und zeigt Lücken auf, die künftige Forschungsarbeiten schließen sollten. In den genannten Herausforderungen sind die nächsten, wichtigen Schritte auf diesem Weg beschrieben. Sie sollten nun angegangen werden.

### Korrespondenzadresse

#### A. Starker

Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Robert Koch-Institut  
Berlin, Deutschland  
StarkerA@rki.de

### Einhaltung ethischer Richtlinien

**Interessenkonflikt.** A. Starker, A. Rommel und A.-C. Saß geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

## Literatur

1. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2015) Gleichstellungspolitik – Politik für Frauen und Männer. <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Gleichstellung/politik-fuer-frauen-und-maenner.html>. Zugriffen: 08. Januar 2016
2. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2014) Strategie „Gender Mainstreaming“. <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/gleichstellung,did=192702.html>. Zugriffen: 25. Januar 2016
3. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2011) Neue Wege – Gleiche Chancen. Gleichstellung von Frauen und Männern im Lebensverlauf. Erster Gleichstellungsbericht. <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Erster-Gleichstellungsbericht-Neue-Wege-Gleiche-Chancen,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>. Zugriffen: 08. Januar 2016
4. Kolip P, Hurrelmann K (Hrsg) (2016) Handbuch Geschlecht und Gesundheit. Männer und Frauen im Vergleich. Hogrefe, Bern
5. Robert Koch-Institut (2006) Gesundheit in Deutschland. RKI, Berlin
6. Robert Koch-Institut (2015) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
7. Agarwal B, Humphries J, Robeyns I (2007) Capabilities, freedom, and equality: Amartya Sen's work from a gender perspective. Oxford University Press, Oxford
8. Robert Koch-Institut (2005) Brustkrebs. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 25. RKI, Berlin
9. Robert Koch-Institut (2006) Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter. RKI, Berlin
10. Böhm A, Kuhn J, Lange C et al (2004) Gesundheitsberichterstattung und Gender Mainstreaming. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 47(6):578–583
11. Kolip P (2011) Wege zu einer geschlechtersensiblen Gesundheitsberichterstattung. In: Schott T, Hornberg C (Hrsg) Die Gesellschaft und ihre Gesundheit – 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft. VS, Wiesbaden, S 509–523
12. Lange C, Lampert T (2004) Perspektiven einer geschlechtersensiblen Gesundheitsberichterstattung. Gesundheitswesen 66(3):158–163
13. Maschewsky-Schneider U (2016) Frauen- und Geschlechterforschung in Public Health ist nicht Gendermedizin. Ein historischer Rückblick und eine disziplinäre Standortbestimmung. In: Hornberg C, Pauli A, Wrede B (Hrsg) Medizin – Gesundheit – Geschlecht. Eine gesundheitswissenschaftliche Perspektive. Springer VS, Wiesbaden, S 25–50
14. Haase A (2003) Männergesundheitsforschung – noch ein Stiefkind? In: Jacobi GH (Hrsg) Praxis der Männergesundheit. Thieme, Stuttgart, S 16–23
15. Stiehler M (2004) Das Kreuz mit der Geschlechterdifferenzierung in der Gesundheitsberichterstattung. In: Österreichisches Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz (BMSG) (Hrsg) Psychosoziale und ethische Aspekte der Männergesundheit. BMSG, Wien, S 15–22
16. Robert Koch-Institut (2014) Gesundheitliche Lage der Männer in Deutschland. RKI, Berlin
17. Gildemeister R (2008) Soziale Konstruktion von Geschlecht: „Doing gender“. In: Wilz S (Hrsg) Geschlechterdifferenzen, Geschlechterdifferenzierungen; Ein Überblick über gesellschaftliche Entwicklungen und theoretische Positionen, Studentexte zur Soziologie. VS, Wiesbaden, S 167–193
18. West C, Zimmerman DH (2009) Doing gender. *Faire Le Genre* 28(3):34–61 (153–154)
19. Kuhlmann E, Kolip P (2005) Gender und Public Health. Grundlegende Orientierungen für Forschung, Praxis und Politik. Juventa, Weinheim
20. Jahn I (2016) Methodische Probleme einer geschlechtergerechten Gesundheitsforschung. In: Kolip P, Hurrelmann K (Hrsg) Handbuch Geschlecht und Gesundheit Männer und Frauen im Vergleich. Hogrefe, Bern, S 71–86
21. Eckes T (2008) Geschlechtsstereotype: Von Rollen, Identität und Vorurteilen. In: Becker R, Kortendiek B (Hrsg) Handbuch der Frauen und Geschlechterforschung, Teil III. VS, Wiesbaden, S 171–182
22. Pauli A, Hornberg C (2010) Gesundheit und Krankheit: Ursachen und Erklärungsansätze aus der Gender-Perspektive. In: Becker R, Kortendiek B (Hrsg) Handbuch der Frauen- und Geschlechterforschung, Teil III. VS, Wiesbaden, S 24–335
23. Kuhlmann E (2016) Gendertheorien. In: Kolip P, Hurrelmann K (Hrsg) Handbuch Geschlecht und Gesundheit Männer und Frauen im Vergleich. Hogrefe, Bern, S 20–33
24. Statistisches Bundesamt (2015) Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung: Durchschnittliche Lebenserwartung im Alter von ... Jahren je Person. [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de). Zugriffen: 10. Februar 2016
25. Statistisches Bundesamt (2015) Todesursachenstatistik, Fortschreibung des Bevölkerungsstandes: Sterbefälle, Sterbeziffern (je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert) (ab 1998). [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de). Zugriffen: 10. Februar 2016
26. Statistisches Bundesamt (2015) Todesursachenstatistik, Sterbefälle durch Unfälle nach äußeren Ursachen und Unfallkategorien (ab 1998). [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de). Zugriffen: 10. Februar 2016
27. Lampert T, Horch K, List S et al (2010) Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Ziele, Aufgaben und Nutzungsmöglichkeiten. GBE kompakt 1/2010. [www.rki.de/gbe-kompakt](http://www.rki.de/gbe-kompakt). Zugriffen: 01. Februar 2010
28. Statistisches Bundesamt (2016) Das Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de). Zugriffen: 01. März 2016
29. Courtenay WH (2000) Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Soc Sci Med* 50(10):1385–1401
30. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (2012) Meldepflichtige Arbeitsunfälle. Sonderauswertung. DGUV, Berlin
31. Limbourg M, Reiter K (2012) Verkehrspsychologie. Verkehrspsychologische Gender-Forschung. Handbuch Psychologie und Geschlechterforschung. VS, Wiesbaden, S 203–227
32. Statistisches Bundesamt (2015) Verkehr. Verkehrsunfälle 2014. Fachserie 8 Reihe 7. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
33. Hurrelmann K (2002) Autofahren als Abenteuer und Risikoverhalten? Die soziale und psychische Lebenssituation junger Fahrer. Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen Unterreihe Mensch und Sicherheit, Bd. M 143., S 12–20
34. Raithel J (2003) Mutproben im Übergang vom Kindes- ins Jugendalter. Befunde zu Verbreitung, Formen und Motiven. *Z Paedagog* 49:657–674
35. Sieverding M (2010) Gesundheitspsychologie. Genderforschung in der Gesundheitspsychologie. In: Steins G (Hrsg) Handbuch Psychologie und Geschlechterforschung. VS, Wiesbaden, S 189–201
36. Faltermaier T, Hübner IM (2016) Psychosoziale Gesundheitstheorie aus Geschlechterperspektive. In: Kolip P, Hurrelmann K (Hrsg) Handbuch Geschlecht und Gesundheit Männer und Frauen im Vergleich. Hogrefe, Bern, S 45–57