

Beiträge zur  
Gesundheitsberichterstattung  
des Bundes

## Gesundheitliche Lage der Männer in Deutschland

**Kapitel 6: »Mehr Gesundheit für Männer« –  
Männerspezifische Prävention und Gesundheitsförderung**

Die einzelnen Kapitel des Beitrages

[»Gesundheitliche Lage der Männer in Deutschland«](#)

können Sie hier als PDF-Dokumente herunterladen.

## 6 »Mehr Gesundheit für Männer« – Männerspezifische Prävention und Gesundheitsförderung<sup>1</sup>

Geschlechterunterschiede in Morbidität und Mortalität, aber auch die oftmals geringere Inanspruchnahme von präventiven Maßnahmen bei Männern, sind seit längerem bekannt und umfangreich beschrieben. Dennoch standen Männer im Hinblick auf Prävention und Gesundheitsförderung bisher kaum im Fokus der geschlechtsspezifischen Gesundheitsforschung. Diese Tatsache, und dass Präventionsangebote selten geschlechtsspezifisch ausgerichtet sind, wird bereits seit Jahren kritisch diskutiert [1–7]. So bedienen Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung oftmals nur die Präferenzen und Bedürfnisse von Frauen [10, 11]. Es fehlen tragfähige Strategien zur Sensibilisierung und Qualifizierung von Multiplikatoren und Multiplikatorinnen. Zudem ist die systematische Implementierung von Gender Mainstreaming zwar als wesentliches Element für eine geschlechtersensible Prävention und Gesundheitsförderung [12, 13] erkannt worden, aber in vielen Lebensbereichen noch nicht umgesetzt.

Für männerspezifische Prävention und Gesundheitsförderung ist daher die Identifizierung von Adressatengruppen mit spezifischen Risiko- und Ressourcenprofilen entscheidend, sowohl in Bezug auf die Erhaltung gesundheitlichen Wohlbefindens als auch auf die Entstehung von Erkrankungen. Bei der Gestaltung zielgruppenspezifischer Maßnahmen müssen diese Bedingungsfaktoren mit ihren Wechselwirkungen herausgearbeitet und beachtet werden [4, 5]. Auch ist auf eine männergerechte Kommunikation zu achten, da als eine Ursache für die geringere Inanspruchnahme von Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen durch Männer auch die fehlende Akzeptanz aufgrund einer falschen Ansprache diskutiert wird. Adressaten in ihrer Lebenswelt anzusprechen, z.B. in

Betrieben, Schulen oder Stadtteilen, und sie in konkrete Maßnahmen einzubeziehen, bietet gute Ansatzpunkte für gesundheitsförderliche Angebotsstrukturen und Interventionen [14–16].

Auf Grundlage der genannten Aspekte soll es in diesem Kapitel darum gehen, bestehende Präventionsmaßnahmen und Projekte näher zu analysieren, ihre Akzeptanz und Inanspruchnahme kritisch zu beleuchten, ihre Tragfähigkeit für eine geschlechtersensible Angebotsstruktur zu prüfen und abschließend Verbesserungspotenziale für eine nachhaltige, zielgruppendifferenzierte Ausgestaltung der männerspezifischen Prävention und Gesundheitsförderung aufzuzeigen.

### 6.1 Definitionen

Unter Prävention werden alle Interventionen verstanden, die zur Vermeidung oder Verringerung des Auftretens, der Ausbreitung und der negativen Auswirkungen von Krankheiten oder Gesundheitsstörungen beitragen. Bei der primären Prävention stehen die Vermeidung von Krankheiten und die Aufrechterhaltung der Gesundheit im Vordergrund. Gesundheitsförderung wird häufig als Teilbereich der Primärprävention verstanden. Im Vergleich zur Primärprävention konzentriert sich Gesundheitsförderung nicht auf spezifische Risikofaktoren, sondern auf Maßnahmen und Aktivitäten, mit denen die Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen erreicht werden soll. Die aktive Beteiligung der Individuen und Gruppen in ihren Lebenswelten ist hier ein wesentliches Element. Dabei ist der Setting-Ansatz von besonderer Bedeutung. Dieser Ansatz zielt auf die gesundheitsförderliche Veränderung der Lebenswelt (z.B. Schule, Betrieb, Stadtteil) durch aktive Einbeziehung aller Beteiligten. Als betriebliche Gesundheitsförderung werden systemische Interventionen in Betrieben bezeichnet, durch die gesundheitsrelevante Belastungen gesenkt und Ressourcen vermehrt werden sollen. Der gesundheitsfördernde Setting-Ansatz setzt auf gleichzeitige und aufeinander bezogene Veränderungen von Organisationsroutinen, des Sozialklimas so-

<sup>1</sup> Die in diesem Kapitel präsentierten Ergebnisse entstammen der Expertise »Männerspezifische Prävention und Gesundheitsförderung«, die am Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen im Auftrag des Robert Koch-Instituts erstellt wurde [8] und der Expertise »Prävention und Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt«, die in der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. im Auftrag des Robert Koch-Instituts erstellt wurde [9].

wie des individuellen Verhaltens [17]. Im Gegensatz zur primären Prävention befasst sich Sekundärprävention mit der Früherkennung weitestgehend symptomfreier Krankheitszustände im Rahmen von Früherkennungsuntersuchungen (z.B. Krebsfrüherkennungsuntersuchungen). Tertiärprävention strebt die Vermeidung bzw. Verlangsamung des Fortschreitens von Krankheitsfolgen an und zielt auch auf die Vermeidung von Komplikationen und Rückfällen. Insbesondere in der Primärprävention wird außerdem danach unterschieden, ob individuelles Verhalten (Verhaltensprävention z.B. die Ernährung) oder die Lebensverhältnisse (Verhältnisprävention z.B. in der Arbeitswelt) gezielt beeinflusst werden sollen bzw. wird gefragt, inwieweit beide Aspekte im Zuge einer Maßnahme integriert werden können [18].

Im vorliegenden Kapitel werden die Bereiche der Primärprävention (inkl. Gesundheitsförderung) und der Sekundärprävention hinsichtlich Angebot und Inanspruchnahme betrachtet, nicht aber der Bereich der Tertiärprävention.

## 6.2 Gesetzliche Grundlagen und Richtlinien

Präventionsorientierte Regelungen sind in zahlreichen Gesetzen und deren Ausführungsbestimmungen enthalten, u.a. im Sozialgesetzbuch (SGB). Die Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Prävention und Gesundheitsförderung sind u.a. in den §§ 20, 20a, 20b, 25 und 25a des Fünften Buches des SGB festgeschrieben (SGB V). Nach § 20 sollen die Krankenkassen für ihre Versicherten Leistungen zur primären Prävention erbringen, nach § 20a Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung und nach § 20b zur Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren. Dem Gesetz nach sollen die Leistungen zur Primärprävention grundsätzlich den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen. Im Gesetz ist außerdem vorgeschrieben, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) auf Bundesebene prioritäre Handlungsfelder und Kriterien insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalten und Methodik für die Leistungen der Krankenkassen zur Primärprävention und zur be-

trieblichen Gesundheitsförderung festlegt, die für die Leistungserbringung vor Ort verbindlich gelten. Die Handlungsfelder und Kriterien für die Leistungen der Krankenkassen in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung sind im Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes festgehalten [19]. Danach sollen die Leistungen einerseits allen Versicherten offen stehen und andererseits die Zugänge zu sozial benachteiligten Zielgruppen besonders unterstützen. Der Leitfaden Prävention berücksichtigt die Ansätze von verhältnis- und verhaltenspräventiven Interventionen. Mit diesen beiden Zugangswegen sollen insbesondere Personen mit sozial bedingt ungünstigeren Gesundheitschancen erreicht werden. Darüber hinaus sollen aber auch die unterschiedlichen Bedürfnisse berücksichtigt werden, die sich aufgrund geschlechtsspezifischer Unterschiede ergeben. Für die Umsetzung dieser Maßnahmen sollen die Kassen 2,94 € pro versicherter Person und Kalenderjahr ausgeben (Richtwert 2012) [20: S8]. Leistungen zur primären Prävention nach dem individuellen Ansatz werden gemäß dem Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes für die Handlungsfelder Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressmanagement und Suchtmittelkonsum angeboten. Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung konzentrieren sich auf die Handlungsfelder arbeitsbedingte körperliche Belastungen, Betriebsverpflegung, psychosoziale Belastungen (Stress) und Suchtmittelkonsum.

Maßnahmen der Krankenkassen zur betrieblichen Gesundheitsförderung wurden im Jahr 2007 mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz zu einer Pflichtleistung der Krankenkassen aufgewertet (§ 20a). Gemäß §§ 20a, 20b sollen die Krankenkassen die Unfallversicherungsträger bei der betrieblichen Gesundheitsförderung und bei der Verhütung arbeitsbedingter Erkrankungen unterstützen. Anders als im § 20 SGB V wird aber nicht festgelegt, welche Methoden und Instrumente zur Anwendung gelangen sollen. Der gesetzliche Handlungsspielraum kann demnach flexibel ausgestaltet und an die jeweilige betriebliche Situation angepasst werden.

Gemäß den Paragraphen 25 und 25a des SGB V haben derzeit alle gesetzlich Versicherten Anspruch auf Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten (Sekundärprävention). Diese umfas-

sen Gesundheitsuntersuchungen insbesondere zur Früherkennung von Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen, der Zuckerkrankheit sowie von bestimmten Krebserkrankungen, letztere zum Teil mittels organisierter Screening-Programme (siehe Abschnitt 6.3.2.2).

### 6.3 Analyse der Angebotsstruktur

Die Analyse der Angebotsstruktur bezieht sich, wie das gesamte Kapitel, auf die Bereiche der Primär- und Sekundärprävention sowie der betrieblichen Gesundheitsförderung. Insbesondere Leistungen zur Primärprävention sind nicht bestimmten Anbietergruppen vorbehalten, sondern können von unterschiedlichen Akteuren, zumeist Trägern und Leistungserbringern im Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereich, aber zunehmend auch kommerziellen Anbietern, wie z.B. Fitness-Studios, konzipiert und angeboten werden. Die Angebote sind entsprechend heterogen und können durch vorhandene Datenbestände nur ausschnittsweise abgebildet werden.

Für die Darstellung wurden die Daten großer Anbieter analysiert: der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) [20] und der Volkshochschulen (VHS) [21]. Darüber hinaus wurde die Projektdatenbank der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zu Angeboten und Maßnahmen der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung hinsichtlich geschlechtsspezifischer Angebote überprüft [22]. Als sekundärpräventive Angebote werden die Früherkennungsprogramme der GKV eingehender betrachtet. Im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung werden die gesetzlich verankerten Maßnahmen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger [23, 24] und Krankenkassen [20] analysiert sowie ausgewählte Initiativen anderer Akteure auf diesem Gebiet vorgestellt.

#### 6.3.1 Analysekriterien

Aus Erkenntnissen der Forschung zu den Themenbereichen Geschlechtergerechtigkeit und Geschlechtersensibilität in der Gesundheitsversorgung und -forschung lassen sich Kriterien zur Beurteilung geschlechtersensibler Angebotsge-

staltung von Prävention und Gesundheitsförderung ableiten [z.B. 3, 25, 26–33]. Diese berücksichtigen geschlechtsspezifische Unterschiede im Verhalten und im Krankheitsgeschehen sowie Besonderheiten in der Kommunikation und der Ansprache. Zudem gibt es Richtlinien zur Vermeidung von Gender-Bias und die Kriterien guter Praxis der BZgA zur Herstellung gesundheitlicher Chancengleichheit. Diese Aspekte wurden für die Analyse der Angebotsstruktur beachtet. Der Ansatz des Gender Mainstreaming als Querschnittsanforderung und Qualitätsmerkmal nimmt dabei eine zentrale Rolle ein.

Für die Analyse der Angebotsstruktur wurden das Themenspektrum, die Angebotsformen, die Zahl der Angebote/Aktivitäten und die geschlechtsspezifische Ausrichtung geprüft. Unter Gender-Aspekten waren dabei die folgenden Fragen relevant:

- ▶ Werden Gleichstellungsziele formuliert?
- ▶ Gibt es Angebotskonzepte, die auf geschlechtsspezifische Differenzen Bezug nehmen?
- ▶ Wird innerhalb der Geschlechter nach bestimmten Zielgruppen unterschieden?
- ▶ Welche Zugangswege und Kommunikationsformen werden genutzt, um Männer bzw. Zielgruppen zu erreichen? Gibt es eine männerspezifische Form der Ansprache?
- ▶ Gibt es eine Dokumentation und Evaluation der Angebote und ist diese Berichterstattung geschlechtsspezifisch angelegt?
- ▶ Gibt es ggf. eine Strategie dazu, wie Maßnahmen bekannt gemacht und potenzielle Teilnehmer motiviert werden können (Multiplikatorenkonzept) und ist diese Strategie geschlechtsspezifisch ausgerichtet?

#### 6.3.2 Angebote der Gesetzlichen Krankenversicherung

Die Krankenkassen bieten ihren Versicherten Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung an. Der Präventionsbericht des GKV-Spitzenverbandes und des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, im Folgenden Präventionsbericht genannt, informiert im jährlichen Turnus über die im Leitfaden Prävention festgehaltenen Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung in der primären Prä-

vention und der betrieblichen Gesundheitsförderung [20].

Die Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung im Bereich der Sekundärprävention werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) konkretisiert, dem obersten Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen. Der G-BA bestimmt in Form von Richtlinien den Leistungskatalog der GKV und legt damit fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV übernommen werden.

### 6.3.2.1 Angebote der Gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen der Primärprävention

Im Präventionsbericht 2013 (Berichtsjahr 2012) werden Angebote, Themenschwerpunkte, Inanspruchnahme, Kooperationen sowie weitere Aspekte gegliedert nach folgenden Interventionsansätzen dargestellt: betriebliche Gesundheitsförderung, Setting-Ansatz und individueller Ansatz. Der Bericht enthält nur wenige Angaben über die geschlechtsspezifische Konzipierung oder geschlechtersensible Zugangswege. Bezogen auf Primärprävention und Gesundheitsförderung nach dem Setting-Ansatz sind für das Berichtsjahr 2012 Maßnahmen nach Zielgruppen ausgewiesen. Diese können gleichermaßen an beide Geschlechter oder speziell an eines der beiden Geschlechter adressiert sein. 72 % der Maßnahmen im Setting-Ansatz waren an spezielle Zielgruppen adressiert [20: S56] (Mehrfachnennung möglich). Speziell für Männer wurden 17 bundesweite Projekte angegeben, das entspricht 2 % aller settingbezogenen Maßnahmen. Speziell für Frauen waren es 41 (das entspricht 5 % aller settingbezogenen Maßnahmen) [20: S57].

Auch für Maßnahmen im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung werden spezielle Zielgruppen ausgewiesen: dies betraf insgesamt 37 % der Projekte, 1 % (24 Mal angegeben) speziell für Männer, 3 % (55 Mal angegeben) speziell für Frauen [20: S40].

Darüber hinaus weist der Präventionsbericht 2013 keine geschlechtsspezifischen Angebotskonzepte aus. Gleichstellungsziele werden im Rah-

men des GKV-Präventionsleitfadens nicht konsequent formuliert und finden sich auch nicht in den Berichten wieder. Geschlecht ist ein Merkmal neben anderen, um besondere Zielgruppen anzusprechen. Als Querschnittskategorie bleibt Geschlecht als Merkmal bislang unberücksichtigt. Dies gilt in besonderer Weise für die Erfassungen im Handlungsfeld Setting und betriebliche Gesundheitsförderung. Durch die Art der Dokumentation werden geschlechterbezogene Aussagen zu den Aktivitäten in den Settings und im Bereich betriebliche Gesundheitsförderung zwar begrenzt möglich, innerhalb der Gruppe der Männer und der Frauen kann aber nicht nach weiteren Zielgruppen unterschieden werden (wie z.B. Arbeitslose, Ältere oder Väter). Somit bleiben die Aktivitäten in diesen beiden Handlungsfeldern einer geschlechterdifferenzierenden Angebotsanalyse weitgehend verschlossen.

Welche Zugangswege und Kommunikationsformen für die Angebote im Bereich der individuellen Maßnahmen genutzt werden, um die Zielgruppe der Männer zu erreichen, bleibt im jährlichen Bericht ebenfalls offen. Die Zahlen zur Inanspruchnahme primärpräventiver Maßnahmen (siehe dazu Abschnitt 6.4.1) zeigen aber einen deutlichen Entwicklungsbedarf auf, da Männer von diesen Angeboten weitaus seltener als Frauen erreicht werden. Teile des Präventionsberichtes weisen zudem in der Sprache eine Geschlechterblindheit auf: Im Sinne der Vermeidung von Gender Bias [vgl. 29] bleibt eine Differenzierung nach Geschlecht aus. Bis auf die Frage nach dem Geschlechterbezug der Maßnahmen ist die Dokumentation nicht geschlechtsspezifisch angelegt. Gleiches gilt für die Erfolgskontrollen, die unter anderem die Zufriedenheit der Zielgruppe mit der Intervention, die Akzeptanz und Zugänglichkeit für die Zielgruppe in den Setting-Aktivitäten [20: 67] und Aktivitäten im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung beleuchtet [20: S48].

### 6.3.2.2 Angebote der Gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen der Sekundärprävention

Im Bereich der Krankheitsfrüherkennung (Sekundärprävention) gibt es für verschiedene Erkrankungen Früherkennungsuntersuchungen,

Tabelle 6.1

### Gesundheits- und Krebsfrüherkennungsuntersuchungen, die derzeit von der Gesetzlichen Krankenversicherung für Männer angeboten werden

Quelle: Gemeinsamer Bundesausschuss 2011 und 2012 [34–36]

| Untersuchung   | Zielgruppe                        | Untersuchungsintervall                    |
|--|-----------------------------------|---|
| Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten (Check-up) | Männer und Frauen ab 35 Jahren    | alle zwei Jahre                           |
| Hautkrebsfrüherkennung   | Männer und Frauen ab 35 Jahren    | alle zwei Jahre                           |
| Früherkennung von Prostatakrebs                                      | Männer ab 45 Jahren               | jährlich                                  |
| Darmkrebsfrüherkennung:  |                                   |   |
| chemischer Stuhlbluttest   | Männer und Frauen 50 bis 54 Jahre | jährlich                                  |
| Darmspiegelung (Koloskopie)  |                                   | zwei Koloskopien im Abstand von 10 Jahren |
| oder alternativ  | Männer und Frauen ab 55 Jahren    |   |
| chemischer Stuhlbluttest   |                                   | alle zwei Jahre                           |

die zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen gehören. Sie richten sich an spezifische Zielgruppen, in denen definierte Vorstufen oder frühe Stadien der jeweiligen Krankheit vermehrt vorkommen. Abgesehen von den geschlechtsspezifischen Krebserkrankungen (Gebärmutterhalskrebs, Brustkrebs, Prostatakrebs) richten sich die Angebote in unterschiedlichen Zeitintervallen an alle Versicherten der verschiedenen Altersgruppen. So können Männer und Frauen ab 35 Jahren alle zwei Jahre an der Gesundheitsuntersuchung, dem sogenannten Check-up, teilnehmen. Diese Untersuchung dient insbesondere der Früherkennung von Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie Diabetes mellitus und umfasst derzeit die folgenden Leistungen: Anamnese und Erfassung des Risikoprofils (z.B. Tabakkonsum und Übergewicht), eine körperliche Untersuchung einschließlich Blutdruckmessung sowie die Bestimmung bestimmter Parameter in Blut und Urin. In der Abschlussberatung informiert die Ärztin/der Arzt die/den Versicherte(n) über das Ergebnis der Gesundheitsuntersuchung und erörtert die möglichen Auswirkungen auf die weitere Lebensgestaltung und ggf. notwendige Behandlungsmaßnahmen.

Für gesetzlich versicherte Männer werden Krebsfrüherkennungsuntersuchungen der Haut (ab 35 Jahre alle zwei Jahre Inspektionen der Hautoberfläche mit bloßem Auge, wie bei Frau-

en), der Prostata (ab 45 Jahren jährliche Tastuntersuchung) und des Darms (von 50 bis 54 Jahren jährlicher chemischer Stuhlbluttest, wie bei Frauen) angeboten. Ab einem Alter von 55 Jahren besteht, wie bei Frauen, ein Anspruch auf eine Darmspiegelung oder alternativ einen chemischen Stuhlbluttest in bestimmten zeitlichen Abständen (siehe Tabelle 6.1).

### 6.3.3 Angebote der Volkshochschulen

Die Volkshochschulen verfügten im Jahr 2012 bundesweit über 924 Einrichtungen, die 190.233 Gesundheitskurse angeboten haben, die von mehr als 2,3 Millionen Teilnehmenden besucht wurden [21]. Damit zählen Volkshochschulen zu den größten Anbietern von Gesundheitskursen in Deutschland. Als bundesweit organisierte Bildungseinrichtung kommt ihr eine hohe Bedeutung in der Bildungsarbeit für Erwachsene zu, die sich neben dem Themenbereich »Gesundheit« auch auf die Bereiche »Politik/Gesellschaft/Umwelt«, »Kultur/Gestalten«, »Sprachen«, »Arbeit/Beruf« und »Grundbildung/Schulabschlüsse« bezieht. In der jährlich erscheinenden VHS-Statistik wird die Angebotsstruktur wie auch die Inanspruchnahme der Maßnahmen zusammengestellt. Für einige Merkmale werden Entwicklungsverläufe aufgezeigt, außerdem werden

Strukturdaten (Personal, Finanzierung), Kooperationen, Programmbereiche und Veranstaltungsformen benannt.

Insgesamt boten die Volkshochschulen im Berichtsjahr 2012 572.599 Kurse an. Gut ein Drittel der Kursangebote lag im Bereich »Gesundheit«. Neben allgemein angebotenen Veranstaltungen gab es zielgruppenspezifische Angebote für »Besondere Adressaten«, zu denen seit dem Berichtsjahr 2009 Ältere, Analphabeten und Analphabetinnen, Arbeitslose, Ausländer und Ausländerinnen, Menschen mit Behinderung, Frauen, Männer sowie Kinder und Jugendliche gehören. 17,1 % des gesamten Kursangebots richteten sich an »Besondere Adressaten«, davon 21,6 % im Bereich Gesundheit. Von diesen waren 10,1 % speziell an Männer adressierte Gesundheitsangebote.

Mit den Angaben aus der VHS-Statistik sind die Gesundheitsangebote auf die meisten inhaltlichen Kriterien für »Männerspezifität« nicht überprüfbar. Das Männergesundheitsangebot ist thematisch nicht weiter differenziert, so dass nicht bekannt ist, ob Themen wie Yoga oder Körpererfahrung, die im allgemeinen Gesundheitsangebot vertreten sind, auch exklusiv für Männer angeboten werden. Gleichstellungsziele, präzise eingegrenzte Zielgruppen oder differenzierte Hinweise auf geschlechtersensible Inhalte werden nicht gegeben. Eine systematische Evaluation der Angebote fehlt ebenfalls, so dass Aussagen über die Qualität aus Sicht der Zielgruppen nicht vorliegen.

#### 6.3.4 Angebote und Maßnahmen der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung

Im Jahr 2003 wurde von der BZgA und den Landesvereinigungen für Gesundheit der Kooperationsverbund »Gesundheitliche Chancengleichheit« (vormals »Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten«) initiiert. Dieser hat zum Ziel, das unübersichtliche Handlungsfeld der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung transparenter zu machen, den Austausch über angemessene Strategien zu verstärken und die Qualität der Angebote zu verbessern. Über die Praxisdatenbank »Gesundheitliche Chancengleichheit« ([www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de)) wird

ein Überblick über Praxisprojekte der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung in Deutschland gegeben. Die Beschreibungen dieser Projekte werden von den Trägern der Projekte mittels eines vorgegebenen Erfassungsbogens selbst erstellt. Dabei werden Angaben zum Thema, zum Handlungsfeld/Setting, der Laufzeit sowie der Ziel- und Altersgruppen des Projektes/der Maßnahme erfasst. Es wird auch erfragt, inwieweit im Projekt geschlechtsspezifische Angebote erfolgen. Die Darstellung der Geschlechtsspezifität ist aber nur ein Aspekt neben anderen. Die Projektbeschreibungen sind knapp gehalten und fallen sehr heterogen aus.

Derzeit finden sich geschlechtsspezifische Angebote für Männer zu Themen, welche die Lebens- und Arbeitsbedingungen und die Lebensweise bzw. das individuelle Gesundheitshandeln betreffen, aber auch für verschiedene soziale und gemeindebezogene Netzwerke, z.B. Selbsthilfegruppen. In der Datenbank finden sich jungen-/männerspezifische Projekte zur Sexualaufklärung und -pädagogik, HIV/AIDS-Prävention, Gewaltprävention, Sucht, Ehe- und Lebensberatung, Stressbewältigung oder Elternberatung, aber auch Projekte für Wohnungslose oder Jungen/Männer mit Migrationshintergrund. Worin die Geschlechtsspezifität im Einzelnen besteht, wird allerdings bei nur sehr wenigen Projekten beschrieben.

Als Schwerpunktthema der Praxisdatenbank wird u.a. die Gesundheitsförderung von Arbeitslosen genannt. Dazu ist anzumerken, dass Informationen und Praxisbeispiele in der Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen wenig geschlechtsspezifisch angelegt sind, obwohl in anderen Handlungsfeldern Geschlechterfragen auch explizit bearbeitet werden. Hier dürfte die Praxisdatenbank den Stand der Praxis realistisch wiedergeben, die in einigen Handlungsfeldern nur selten eine Geschlechtsspezifität aufweist.

Eine systematische Berücksichtigung einer geschlechtersensiblen Projektdokumentation könnte sinnvoll sein. Allerdings liegt der Fokus der Praxisdatenbank explizit bei sozial Benachteiligten.

Wesentlich ausführlicher sind die Projektbeschreibungen zu den Beispielen guter Praxis (Good-Practice). Diese Projekte erfüllen die dazu vom beratenden Arbeitskreis des Kooperationsverbundes aufgestellten Kriterien. Derzeit (Stand:

03.02.2014) erfüllen 116 der insgesamt 2.091 Projekte die Good-Practice-Kriterien. Unter dem Stichpunkt »Ziele und Zielgruppen« werden Aussagen zur geschlechtsspezifischen Ausrichtung der Projekte gemacht und erlauben somit auch eine gute Vergleichbarkeit. Seit Anfang 2012 ergänzt das Männergesundheitsportal ([www.maennergesundheitsportal.de](http://www.maennergesundheitsportal.de)) die Angebotsstruktur der BZgA [37] (siehe Abschnitt 6.6.2 Anforderungen an eine männergerechte Gesundheitskommunikation).

## 6.4 Analyse der Inanspruchnahme

Bei der Analyse der Inanspruchnahme präventiver Angebote durch Männer müssen die verschiedenen personen- und angebotsspezifischen Merkmale, die eine Teilnahme fördern oder eher hemmend wirken, mitbetrachtet werden. Deswegen ist auch der Einfluss von Faktoren wie Sozialstatus, Alter, Präventionsthema oder gesundheitsbezogenen Einstellungen zu beachten. Ergänzend zu den Daten der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Volkshochschulen werden für eine detailliertere Betrachtung der Inanspruchnahme auch die Daten der deutschlandweiten Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2009« (GEDA 2009) einbezogen [38].

### 6.4.1 Inanspruchnahme primärpräventiver Angebote der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Volkshochschulen

Das Kursangebot (individueller Ansatz) der Krankenkassen, das sich gemäß des Präventionsleitfadens der GKV auf die vier Handlungsfelder Ernährung, Bewegung, Stressreduktion und Suchtmittelkonsum erstreckt, zeigt deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede in der Inanspruchnahme durch GKV-Versicherte. Nach Angaben aus dem Präventionsbericht 2013 waren insgesamt 19,9 % der Teilnehmenden Männer [20: S74]. Die Inanspruchnahme von Kursen in allen vier Handlungsfeldern ist bei Männern geringer als bei Frauen. Besonders niedrig fällt der Männeranteil in den Kursen zu Stressbewältigung (16,0 %), Ernährung (19,6 %) und Bewegung (30,0 %) aus. Etwas höher liegt er im Bereich Suchtmittelkon-

sum (44,0 %), was aber bezogen auf alle männlichen Kursteilnehmer individueller Angebote ( $n=266.552$ ) nur einen Anteil von 1,9 % ergibt. Die Mehrzahl der Männer (72,7 %) entschied sich für Bewegungsangebote. Die Ungleichverteilung zwischen Männern und Frauen zeigt sich auch in den absoluten Zahlen der Kursteilnahme. Hier wird deutlich, dass im Verhältnis zur Gesamtzahl der GKV-Versicherten (Stand 01.07.2012: rund 28,3 Millionen Männer und 32,5 Millionen Frauen ab 15 Jahren) nur sehr wenige Frauen (3,3 %) und noch deutlich weniger Männer (0,9 %) überhaupt von Kursangeboten erreicht werden.

Die Inanspruchnahme der Angebote von Prävention und Gesundheitsförderung durch Männer in Settings oder im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung kann nicht auf gleiche Art und Weise abgeleitet werden wie die aktive Inanspruchnahme der individuellen Angebote. Im Unterschied zu den individuellen Angeboten erfolgt die Ansprache der Zielgruppe über ein Projekt und wird durch einen Träger gelenkt (z.B. die Auswahl der Settings durch die Krankenkassen). Die Zahlen zu direkt und indirekt erreichten Personen in den Settings oder in den Betrieben werden als Erreichungsgrad ausgewiesen. Registriert werden nicht Anmeldungen oder Teilnahmen, sondern die Zahl an Personen, die der Zielgruppe der betreffenden Maßnahmen angehören. Die Erreichungsgrade resultieren dabei aus Schätzungen der Krankenkassen auf Grundlage der Dokumentationsbögen, zu den in den Settings oder Betrieben erreichten Personen [vgl. 20].

Der Erreichungsgrad in den Handlungsfeldern Setting und betriebliche Gesundheitsförderung ist für Männer und Frauen unterschiedlich. Im Vergleich zum individuellen Ansatz liegt der Anteil erreichter Männer bei Setting-Ansätzen sowie in der betrieblichen Gesundheitsförderung höher (siehe Tabelle 6.2). Auch bei diesen eher aufsuchenden Angeboten könnte die Erreichbarkeit von Männern noch verbessert werden. Allerdings ist der Erreichungsgrad nicht mit einer geschlechtsbezogenen Differenzierung in den Aktivitäten und Handlungsstrategien gleichzusetzen. Der höhere Erreichungsgrad im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung erklärt sich in Teilen durch die Tatsache, dass die Beschäftigten in den betreffenden Betrieben überwiegend aus dem verarbeitenden Gewerbe kommen und

Tabelle 6.2

## Durch verschiedene Präventionsansätze der Gesetzlichen Krankenversicherung direkt erreichte Personen

Quelle: Präventionsbericht 2013, Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V., GKV-Spitzenverband [20: S31]

|               | Setting-Ansatz<br>(Schätzzahlen) |         | Individueller Ansatz |         | Betriebliche<br>Gesundheitsförderung<br>(Schätzzahlen) |         | Gesamt    |         |
|---------------|----------------------------------|---------|----------------------|---------|--|---------|-----------|---------|
|               | Anzahl                           | Prozent | Anzahl               | Prozent | Anzahl   | Prozent | Anzahl    | Prozent |
| <b>Männer</b> | 1.185.583                        | 47%     | 267.377              | 20%     | 552.038  | 62%     | 2.004.997 | 42%     |
| <b>Frauen</b> | 1.336.933                        | 53%     | 1.074.245            | 80%     | 339.314  | 38%     | 2.750.493 | 58%     |
| <b>Gesamt</b> | 2.522.516                        | 100%    | 1.341.622            | 100%    | 891.352  | 100%    | 4.755.490 | 100%    |

damit einem üblicherweise eher männlichen Tätigkeitsfeld entstammen.

Auch bei dem gesundheitsbezogenen Kursangebot der Volkshochschulen waren Männer im Jahr 2012 mit 14,4 % der Teilnehmenden deutlich unterproportional vertreten [21]. Dieser Anteil hat sich in den letzten Jahren wenig verändert. Die Inanspruchnahme nach Alter ist in der VHS-Statistik nicht geschlechtsspezifisch ausgewiesen. Auch liegen keine Angaben zur altersspezifischen Inanspruchnahme der Gesundheitskurse vor, die sich speziell an die Zielgruppe der Männer richteten.

#### 6.4.1.1 Determinanten der Inanspruchnahme primärpräventiver Angebote

Empirische Untersuchungen belegen, dass Gesundheit und Gesundheitsverhalten eines Menschen stark von der Lebenslage beeinflusst werden [39–41]. Dabei sind Einkommen, schulische/berufliche Ausbildung, und berufliche Stellung wichtige Dimensionen. Studienergebnisse belegen, dass die Gesundheitschancen in Abhängigkeit von der Lebenslage in der Bevölkerung ungleich verteilt sind. Demnach besteht in Deutschland sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen [40, 42, 43]. Daher sollen die Leistungen der Krankenkassen zur Primärprävention neben der Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes insbesondere auch die sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen vermindern.

Aus bevölkerungsbezogenen Erhebungen ist bekannt, dass eine wachsende Zahl von Menschen in Deutschland bestehende präventive Angebote

in Anspruch nimmt. Allerdings wird weiterhin nur ein Teil der Bevölkerung erreicht. Alter, Geschlecht, Bildungsniveau, Partnerschaft, Kinder, Gesundheitszustand und Inanspruchnahme der hausärztlichen Versorgung gelten als Determinanten, welche eine Inanspruchnahme beeinflussen können [44–46]. Mit den Daten der bundesweiten telefonischen Gesundheitsbefragung »Gesundheit in Deutschland aktuell 2009« (GEDA 2009) des Robert Koch-Instituts können Aussagen zur Inanspruchnahme primärpräventiver Maßnahmen zur Verhaltensänderung auch hinsichtlich verschiedener Dimensionen der Lebenslage bei Männern gemacht werden [47]. Danach zeigt sich, dass Männer der unteren Bildungsgruppe Präventionsmaßnahmen weniger häufig wahrnehmen als Männer mit hoher Bildung. Es besteht demnach sozial bedingte Ungleichheit bei der Inanspruchnahme primärpräventiver Leistungen innerhalb der Gruppe der Männer und der vom Gesetzgeber festgehaltene Auftrag zum Abbau der sozialen Unterschiede bei den Gesundheitschancen scheint nicht bzw. nicht hinreichend erfüllt zu werden.

Soziale Ungleichheit, gemessen an verschiedenen Indikatoren, wie z.B. Wissen, Geld und Macht, führt zu unterschiedlicher gesundheitlicher Beanspruchung als Bilanz aus verschiedenen Belastungen und Ressourcen. Daraus ergeben sich wiederum Unterschiede hinsichtlich gesundheitsrelevanter Lebensstile und auch Unterschiede im Zugang zu gesundheitlicher Versorgung [48–50]. Bestehenden Geschlechterunterschieden, aber auch bestehenden sozialen Unterschieden innerhalb der Gruppe der Männer hinsichtlich Gesundheit, Krankheit und Lebensbedingungen wird bei

der Konzeption der Angebote von primärpräventiven Maßnahmen bisher zu wenig Rechnung getragen [51], worauf auch die Daten zur Inanspruchnahme hinweisen.

#### 6.4.2 Inanspruchnahme von Angeboten im Rahmen der Sekundärprävention

Informationen zur Inanspruchnahme der angebotenen Maßnahmen zur Früherkennung von Krebserkrankungen und weiteren Krankheiten (Check-up) lassen sich aus Abrechnungsdaten der Krankenkassen gewinnen. Das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (ZI) schätzt auf Basis der abgerechneten Leistungen, in welchem Maße die Anspruchsberechtigten zur Teilnahme an den Programmen bereit sind (siehe Tabelle 6.3). Bei Untersuchungen, die beiden Geschlechtern angeboten werden, ist die Teilnehmerate der Männer insgesamt nur etwas geringer als die der Frauen. Am auffälligsten ist dabei aber der Unterschied bei der Untersuchung auf okkultes Blut im Stuhl. Diese Differenz ergibt sich vor allem aus

den Unterschieden in der Inanspruchnahme dieser Untersuchung im Alter bis 70 Jahre.

##### 6.4.2.1 Determinanten der Inanspruchnahme sekundärpräventiver Leistungen

Für Männer kann in verschiedenen Studien eine kontinuierliche Zunahme der Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (KFU) mit dem Alter gezeigt werden [54, 55]. Für Frauen zeigt sich hingegen eine Abnahme [55]. Die Ergebnisse des Alterseffektes lassen sich mit den Daten des ZI allerdings nur für die Altersgruppen bis 69 Jahre belegen (siehe Tabelle 6.3). Im Gegensatz zu Frauen, die z.B. Gynäkologinnen und Gynäkologen im Rahmen von Verhütung und Familienplanung regelmäßig aufsuchen, haben Männer keinen Anlass, ohne Symptome regelmäßig einen Arzt oder eine Ärztin aufzusuchen [56]. Da die Krebsfrüherkennung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung stattfindet, werden Männer demnach im jüngeren Alter nicht so gut erreicht. Mit der Zunahme von Beschwerden mit steigen-

**Tabelle 6.3**

**Teilnahme an gesetzlichen Früherkennungsuntersuchungen (in Prozent der Anspruchsberechtigten)**

*Quelle: Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung [52, 53]*

| Zeitraum                 | Check-up <sup>1)</sup> |             | Hautkrebs-Früherkennung |             | Schnelltest auf okkultes Blut im Stuhl <sup>2)</sup> |             | Darmspiegelung <sup>3)</sup> |             |
|--------------------------|------------------------|-------------|-------------------------|-------------|--|-------------|------------------------------|-------------|
|                          | 2010–2011              | 2010–2011   | 2010–2011               | 2010–2011   | 2010–2011  | 2010–2011   | 2003–2011                    | 2003–2011   |
| Altersgruppe (in Jahren) | Männer                 | Frauen      | Männer                  | Frauen      | Männer   | Frauen      | Männer                       | Frauen      |
| 35–39                    | 31,9                   | 39,7        | 25,4                    | 34,9        |  |             |                              |             |
| 40–44                    | 38,0                   | 44,8        | 27,3                    | 35,7        |  |             |                              |             |
| 45–49                    | 39,4                   | 44,2        | 26,5                    | 31,6        |  |             |                              |             |
| 50–54                    | 42,1                   | 45,8        | 27,3                    | 31,2        | 17,0   | 41,4        |                              |             |
| 55–59                    | 46,6                   | 50,1        | 31,2                    | 34,2        | 21,1   | 36,8        | 10,1                         | 11,8        |
| 60–64                    | 47,1                   | 48,9        | 33,5                    | 34,5        | 22,5   | 32,0        | 20,5                         | 23,7        |
| 65–69                    | 63,4                   | 63,9        | 50,5                    | 47,0        | 35,4   | 45,8        | 25,8                         | 28,1        |
| 70–74                    | 53,8                   | 53,9        | 40,4                    | 35,4        | 27,3   | 31,3        | 23,2                         | 23,3        |
| 75–79                    | 49,0                   | 48,5        | 35,9                    | 29,8        | 24,6   | 24,3        | 17,9                         | 15,9        |
| 80 und älter             | 43,9                   | 40,9        | 30,4                    | 23,5        | 17,6   | 10,8        | 9,5                          | 5,9         |
| <b>Gesamt</b>            | <b>44,7</b>            | <b>47,6</b> | <b>31,9</b>             | <b>33,3</b> | <b>23,2</b>  | <b>31,1</b> | <b>17,9</b>                  | <b>17,4</b> |

1) zweijähriges Intervall (unter Berücksichtigung der Vorjahresteilnahme)

2) Für die 50- bis 54-Jährigen: nur jährliches Intervall

3) kumulierte Betrachtung (unter Berücksichtigung zwischenzeitlich erwarteter Sterbefälle)

dem Alter kommt es zu häufigeren Arztkontakten. Damit erhöht sich auch die Wahrscheinlichkeit der Teilnahme an einer Krebsfrüherkennung bei Männern [44, 56].

Außerdem konnte die ärztliche Empfehlung zur Teilnahme an KFU als wichtige Einflussgröße für die Inanspruchnahme bei Männern ermittelt werden [54]. Ärzte und Ärztinnen gelten zudem als wichtigste Vermittlerquelle von Informationen, wenn gefragt wird, wie Männer (und Frauen) auf das Angebot von KFU aufmerksam wurden [55, 57]. Auch eine regelmäßige Teilnahme am Check-up konnte als relevanter Faktor für die Inanspruchnahme von KFU ermittelt werden. Das kann als Ausdruck gesundheitsbewussten Verhaltens gelten. Außerdem nehmen Männer der oberen Bildungsgruppe die Angebote der KFU häufiger wahr als Männer mit einem niedrigen Bildungsniveau [45, 46, 55]. Als Gründe werden Unterschiede im Gesundheitswissen sowie in der Nutzung und Umsetzung gesundheitsrelevanter Informationen gesehen [58, 59].

Ein weiterer Aspekt ist, dass die Untersuchungen zur KFU neben dem Nutzen auch Risiken mit sich bringen können. Zu nennen sind hier z.B. falsch-positive Diagnosen mit der sich anschließenden (unnötigen) weiteren Diagnostik und den damit einhergehenden Belastungen für die Betroffenen. Da sich das Krebsfrüherkennungsangebot der Gesetzlichen Krankenversicherung an beschwerdefreie Männer (und Frauen) richtet, müssen sie zu diesem Zeitpunkt den Nutzen und das Risiko z.B. von falsch-positiven Diagnosen gegeneinander abwägen, um sich dann für oder gegen eine Teilnahme an der jeweiligen Krebsfrüherkennungsuntersuchung zu entscheiden. Damit eine informierte Entscheidung zustande kommt, sind objektive und verständliche Informationen über potenzielle Vor- und Nachteile der jeweiligen Untersuchung für die jeweilige Zielgruppe nötig. Das kann ein Weg sein, um die Teilnehmeraten an KFU vor allem auch bei den Männern zu erhöhen [54, 60].

Der aktuelle Nationale Krebsplan berücksichtigt, dass die Inanspruchnahme von Früherkennungsmaßnahmen in der Bevölkerung unterschiedlich verteilt ist und formuliert für Leistungsanbieter und Anspruchsberechtigte Handlungsfelder [61]. Dazu zählen die Zugänglichkeit und Zielgruppenspezifität von Informa-

tionen, die Struktur und Organisation der Untersuchungen sowie die persönlichen Einstellungen zur Krebsfrüherkennung. Im Handlungsfeld 1 des Nationalen Krebsplans wird eine gesteigerte informierte Inanspruchnahme der Krebsfrüherkennungsprogramme der gesetzlichen Krankenkassen festgehalten. Im April 2013 ist das Gesetz zur Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung und zur Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister (Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz) in Kraft getreten. Damit sind die Voraussetzungen geschaffen worden, die Strukturen, die Reichweite sowie die Wirksamkeit und die Qualität der bestehenden KFU nachhaltig zu verbessern. So wird es u.a. persönliche Einladungen zur Krebsfrüherkennung bestimmter Krebserkrankungen geben (Gebärmutterhalskrebs und Darmkrebs) und auch die Informationen über KFU werden verbessert. Inwieweit diese Maßnahmen geschlechtsspezifisch ausgerichtet werden, bleibt abzuwarten.

Die BZgA hat aufbauend auf dem aktuellen Forschungsstand, umfangreichen Studien, Expertenmeinungen und Nutzertestungen ein geschlechtsspezifisches Themenmodul »Darmkrebsfrüherkennung« entwickelt, welches auf den Seiten des Männergesundheitsportals ([www.maennergesundheitsportal.de](http://www.maennergesundheitsportal.de)) abrufbar ist (siehe auch Abschnitt 6.6.2 Anforderungen an eine männergerechte Gesundheitskommunikation). Ziel ist es, eine qualitätsvolle Informationsgrundlage zur Verfügung zu stellen, die eine informierte Entscheidung unterstützt. Das Modul enthält Informationen über die Erkrankung Darmkrebs, über den gesetzlichen Anspruch auf Früherkennungsuntersuchungen sowie über Nutzen und Risiken.

## 6.5 Präventive Maßnahmen im Bereich Arbeitswelt

Im Kapitel 4 (Arbeit und Gesundheit) dieses Berichts wurden die geschlechtsspezifische Segregation des Arbeitsmarktes und die damit verbundenen gesundheitlichen Konsequenzen beschrieben. Im Folgenden werden daher exemplarisch Beispiele von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung im Bereich der Arbeitswelt hinsichtlich ihrer geschlechtsspezifischen Ausrichtung untersucht.

### 6.5.1 Maßnahmen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger

Die Ausgaben der 35 gesetzlichen Unfallversicherungsträger [62] für Prävention beliefen sich im Jahr 2012 insgesamt auf ca. 1.077 Millionen Euro [63]. Mehr als die Hälfte davon (632,5 Millionen Euro) entfielen auf Personal- und Sachkosten der Prävention, 123,4 Millionen Euro auf Aus- und Fortbildung, 126,0 Millionen Euro auf Zahlungen an die Verbände für Prävention. Die weiteren aufgeschlüsselten Kosten umfassen arbeitsmedizinische Dienste (50,3 Millionen Euro), Sicherheitstechnische Dienste (15,6 Millionen Euro), Erste Hilfe (38,8 Millionen Euro) sowie sonstige Kosten der Prävention (88,3 Millionen Euro). Dabei werden nur die Steuerungskosten in der Statistik erfasst. Das sind Kosten, die für die Einleitung von Präventionsmaßnahmen anfallen. Die Durchführungskosten, die von den Arbeitgebern aufgebracht werden, sind jedoch nicht statistisch erfasst, obwohl sie um ein Vielfaches höher liegen dürften als die erfassten Kosten bei den Unfallversicherungsträgern.

Aufgeschlüsselt auf erreichte Unternehmen und ausgebildete Personen wurden im Jahr 2012 folgende Leistungen erbracht [24]: 257.000 Unternehmen wurden durch die technischen Aufsichtsdienste der Unfallversicherungen besichtigt, dabei gab es in rund 912.000 Fällen Anlass zu Beanstandungen. Mehr als 350.000 Personen nahmen an Aus- und Fortbildungsveranstaltungen zur Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit teil. In Betrieben und Einrichtungen gab es im Jahr 2012 etwa 510.000 Sicherheitsbeauftragte, gut 72.000 Fachkräfte für Arbeitssicherheit und 1,4 Millionen in Erster Hilfe unterwiesene Personen.

Die Leistungen im Präventionsbereich werden allerdings nicht nach Geschlecht aufgliedert, weder in der Regelstatistik der gesetzlichen Unfallversicherungen, noch in den jährlich erscheinenden Berichten zur Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales und der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Dies betrifft sowohl die Beschäftigten der Unfallversicherungsträger, der Gewerbeaufsicht in den Ländern als auch die Teilnehmenden der Aus- und Weiterbildungskurse.

In einer geschlechtersensiblen Analyse des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, einem Unfallversicherungsträger mit einem hohen Anteil von weiblichen Beschäftigten, lag der Anteil der männlichen Teilnehmenden an den Fortbildungsseminaren zur Fachkraft für Arbeitssicherheit im Jahr 2006 bei 51 %. Dieser Anteil war damit mehr als doppelt so hoch wie die Beschäftigungsquote von Männern in diesem Bereich (25 %) [64]. Bei den Fachkräften für Arbeitssicherheit stehen mehrheitlich weiblichen Beschäftigten in diesem Bereich meist männliche Fachkräfte für Arbeitssicherheit gegenüber, weil für die Funktion der Fachkraft für Arbeitssicherheit das Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG) eine technische Ausbildung mit Meisterabschluss oder Ingenieurstudium verlangt.

### 6.5.2 Ausgewählte Beispiele präventiver Maßnahmen anderer Akteure und Initiativen

Neben den gesetzlich verankerten Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung im Bereich der Arbeitswelt gibt es Initiativen anderer Träger, die sich diesem Thema widmen. Insbesondere auf nationaler Ebene sind hier seit Beginn des Jahrtausends neue Formen der Kooperation und Vernetzung im Bereich des Arbeitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung entstanden. Aber auch diese weisen in ihrer Ausrichtung meist keine hohe Geschlechtsspezifität auf. Deshalb werden hier exemplarisch einige geschlechtsspezifische Initiativen und Kooperationsverbände vorgestellt.

#### 6.5.2.1 Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA)

Eine der größten Initiativen im Bereich Arbeitswelt ist nach wie vor die Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) aus dem Jahr 2002. Darin sind Bund, Länder, Verbände und Institutionen der Wirtschaft, der Bundesagentur für Arbeit, Unternehmen, Sozialversicherungsträger und Stiftungen vernetzt und erarbeiten praktische Lösungsvorschläge für eine sichere, gesunde und wettbewerbsfähige Arbeitswelt [65]. Die Organisa-

tion des Wissenstransfers zu relevanten Themen, die Förderung innovativer Projekte und die Identifizierung und Verbreitung von Beispielen guter Praxis stehen dabei im Mittelpunkt der Aufgaben. Der Fokus der Initiative liegt auf den vier Handlungsfeldern Personalführung, Chancengleichheit und Diversity, Gesundheit sowie Wissen und Kompetenz. Informationen dazu können auf der Internetplattform ([www.inqa.de](http://www.inqa.de)) abgerufen werden. Unter dem Stichwort »Gute Praxis« werden konkrete Beispiele betrieblicher Maßnahmen für mehr Arbeitsqualität, aber auch Handlungshilfen und Publikationen angeboten. Unter den bereitgestellten Publikationen findet sich keine explizit männerspezifische. Bei den angebotenen Handlungshilfen greifen lediglich zwei das Thema Geschlecht auf: Das Tool »Online-Diversity« behandelt die Vielfalt der Belegschaften unter dem Stichwort Diversity Management in Bezug auf Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund sowie die Integration von Menschen mit Tätigkeitseinschränkungen [66]. Eine weitere Handlungshilfe stellt verschiedene Instrumente zur Altersstrukturanalyse vor, um sich dem Thema demografischer Wandel auf Unternehmensebene zu nähern. Geschlecht ist dabei eine zu berücksichtigende Kategorie [67].

Unter den eingetragenen Projekten findet sich nur ein Beispiel, welches die Kategorie Geschlecht ausdrücklich erwähnt, und den Handlungsfeldern Chancengleichheit und Diversity, Personalführung zugeordnet ist. Bei diesem Beispiel guter Praxis wird die Umstellung auf eine prozessorientierte Unternehmensstruktur vorgestellt. Vor dem Hintergrund der Herausforderungen des demografischen Wandels sollen die Fähigkeiten jedes Einzelnen, unabhängig von Alter, Geschlecht, Nationalität, Religion oder politischer Anschauung, berücksichtigt werden [68].

### 6.5.2.2 Initiative Gesundheit und Arbeit (iga)

Ebenfalls 2002 wurde die Initiative Gesundheit und Arbeit (iga) zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Kranken- und Unfallversicherungen im Bereich von Gesundheit im Arbeitsleben initiiert. Im Rahmen der Initiative sollen gemeinsame Präventions- und Interventionsansätze der Gesetzlichen Kranken- und Un-

fallversicherung in Projekten weiterentwickelt werden. Neben der Zusammenführung unterschiedlicher Ansätze spielt die Durchführung von Modellprojekten und die Entwicklung von Methoden eine wesentliche Rolle [69]. In den bislang 23 veröffentlichten iga-Reporten wurde nicht auf geschlechtsspezifische Fragestellungen fokussiert. Im Rahmen eines Fachgesprächs zwischen Präventionsexperten aus Unternehmen, Unfall- und Krankenversicherungen (2011) wurden jedoch Fragen der Erreichbarkeit und des Einbezugs von unterschiedlichen Zielgruppen, unter anderem von Männern, intensiv diskutiert [70].

### 6.5.2.3 Kampagne »Unternehmen unternehmen Gesundheit«

Als Teil der Kampagne »Unternehmen unternehmen Gesundheit«, die Ende 2010 vom Bundesministerium für Gesundheit gestartet wurde, stellt eine Projektdatenbank auf der Homepage des Ministeriums ebenfalls Beispiele guter Praxis der Gesetzlichen Krankenversicherung vor [71]. Die Datenbank (Stand: 03.02.2014) enthält auch ein männerspezifisches Beispiel für kassengetragene betriebliche Präventionsangebote: Im Bereich Ernährung findet sich ein Projekt, das sich gezielt an Männer bzw. Frauen richtet und die Teilnehmer geschlechtsspezifisch über Ernährung informiert. Dabei wird ein Restauranttraining und ein Einkaufscoaching angeboten.

### 6.5.2.4 Projekte der Gewerkschaften

Über die genannten sektorübergreifenden Initiativen hinaus existieren im Bereich des Arbeitsschutzes und des betrieblichen Gesundheitsmanagements zahlreiche Projekte und Schwerpunkte der Arbeitgeberverbände, der Handelskammern sowie der Gewerkschaften. Abgesehen von einigen frauenspezifischen Ansätzen auf Seiten der Gewerkschaften, weist die Mehrheit keine Geschlechtersensibilität auf. Zwei Projekte bilden hierbei die Ausnahme: ein Projekt der Hans-Böckler-Stiftung mit der Industriegewerkschaft Bergbau, Chemie, Energie (IG BCE) zur betrieblichen Gesundheitsförderung für Männer und Frauen am Beispiel Stress [72] sowie ein weiteres mit der Gewerk-

schaft ver.di zu Geschlechterrollen und psychischen Belastungen in der Arbeitswelt [73].

Das zentrale Ziel des dreijährigen Forschungsvorhabens mit der Gewerkschaft IG BCE war die Entwicklung von Maßnahmen zur geschlechter-sensiblen Gesundheitsförderung sowie deren Erprobung. Dazu wurden qualitative Fallstudien in drei Modellbetrieben mit geschlechtergemischter Belegschaft durchgeführt, in denen bereits Aktivitäten zur betrieblichen Gesundheitsförderung etabliert waren. Zwei Betriebe stammten aus der Chemieindustrie und einer aus dem Bereich der Energiewirtschaft. Im Rahmen einer Bestandsaufnahme wurden geschlechtsspezifische Belastungssituationen ermittelt sowie Maßnahmen erarbeitet und umgesetzt. Die Ergebnisse in den drei Modellbetrieben wiesen allerdings nur für wenige Bereiche geschlechtsspezifische Handlungsbedarfe auf.

Im Projekt zu Geschlechterrollen und psychischen Belastungen mit der Gewerkschaft ver.di [73] wurden in drei Projektbetrieben über Einzelinterviews und Gruppendiskussionen branchen- und betriebsspezifische Beispiele für den Zusammenhang von psychischen Belastungen und Geschlechterrollen ermittelt. Die beteiligten Akteure kommen zu dem Ergebnis, dass geschlechtsspezifische psychische Belastungen in den Betrieben zuvor wenig Beachtung gefunden haben und weitgehend nicht unter Genderaspekten, sondern individuell behandelt werden. Es wird angeregt, dass Maßnahmen in diesem Bereich das Verständnis von Geschlechterrollen unter Männern und Frauen erweitern helfen sollten, um geschlechtsspezifische Belastungen auf diese Weise zu reduzieren, nicht erkannte Belastungen ausreichend zu berücksichtigen und »untypische« Ressourcen zu erschließen. Als Fazit wird die Integration von genderrelevanten Fragestellungen in die Routinen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes gefordert.

## 6.6 Kriterien und Ansatzpunkte für die Gestaltung einer männergerechten Angebotsstruktur in der Prävention und Gesundheitsförderung

### 6.6.1 Grundlagen einer geschlechtergerechten Politik und Versorgungspraxis

Das Madrid-Statement der Weltgesundheitsorganisation (WHO) [74] führte im Jahr 2001 die Geschlechterperspektive in das Gesundheitswesen ein. In dieser Erklärung wird das sozial definierte Geschlecht (*gender*) als Faktor benannt, der mit biologischen und sozialen Faktoren in Richtung einer Verbesserung oder Verschlechterung von Gesundheitschancen zusammenwirkt. Die sich daran anschließende Frage der Geschlechtergerechtigkeit in den Gesundheitssystemen wurde in einem weiteren Papier der WHO in jüngerer Zeit thematisiert [5].

Dennoch sind die geschlechtsspezifischen Unterschiede in gesundheitlichen Belangen bisher wenig systematisch in die Versorgungspraxis, zu der auch Prävention und Gesundheitsförderung gehören, und die Versorgungsforschung eingeflossen [28, 32]. Geschlechtsspezifisch erschöpft sich häufig in einem statistischen Vergleich von Männern und Frauen oder in der Betonung biologischer Unterschiede. Soziokulturelle Faktoren, wie Unterschiede im Umgang mit Körperprozessen und deren Deutung, oder verschiedene Arten, Gesundheits- und Krankheitsthemen zu besprechen, werden nicht konsequent berücksichtigt. Auch gesellschaftliche Rahmenbedingungen, welche die Gesundheit beeinflussen (wie z.B. unterschiedliche Belastungen durch Erwerbsarbeit), werden selten unter Genderaspekten betrachtet [28]. Forschungsansätze, die dies berücksichtigen, sind für die Ausgestaltung einer zukünftigen geschlechtergerechten Versorgung inkl. Prävention und Gesundheitsförderung von zentraler Bedeutung.

Die Notwendigkeit einer geschlechtsspezifischen Herangehensweise ist in der Praxis von Prävention und Gesundheitsförderung stets zu überprüfen und schließt alle Phasen von der Projektplanung, -durchführung, -evaluation bis hin zur -berichterstattung ein. In Bereichen, in denen sich die Bedürfnisse von Männern und Frauen gleichen, sollten die gleichen Angebote gemacht

werden (horizontale Chancengleichheit) [75]. Dort, wo sich die Bedürfnisse unterscheiden, sind differenzierte Angebote nötig (vertikale Chancengleichheit). Des Weiteren sind dort genderspezifische Angebote zu entwickeln, wo ein Geschlecht Benachteiligung erfährt. Sollen sowohl Männer als auch Frauen angesprochen werden, ist zu überprüfen, ob beide gleichermaßen erreicht werden [75]. Dazu gehört, dass diejenigen, die Angebote entwickeln und durchführen, ihre eigenen Geschlechterbilder kennen und sich deren Einfluss auf die Programmgestaltung bewusst machen [16]. Ein Instrument zur Überprüfung von Gendersensibilität und Geschlechtergerechtigkeit (»Checkliste zur Genderperspektive«) steht der Praxis zur Verfügung [76].

Gender Mainstreaming und Diversity Management stellen Konzepte dar, mit Hilfe derer geschlechtsspezifische Bedürfnisse systematisch berücksichtigt und gegen andere Bedarfe abgewägt werden können.

Durch Gender Mainstreaming soll die Gleichstellung von Frauen und Männern erreicht werden. Gender Mainstreaming ist als politisches Leitprinzip in Deutschland rechtlich verankert und soll sicherstellen, dass alle Felder des gesellschaftlichen Lebens hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf die Gleichstellung von Frauen und Männern untersucht und bewertet, sowie dass entsprechende Maßnahmen zur Gleichstellung ergriffen werden [77]. Auf das Gebiet von Prävention und Gesundheitsförderung bei Männern bezogen, bietet Gender Mainstreaming die Möglichkeit geschlechtsspezifische Bedarfe zu ermitteln, gesundheitlicher Ungleichheit zu begegnen und Männer zu befähigen, ihre jeweiligen Gesundheitspotenziale zu nutzen (Empowerment). Gender Mainstreaming kann damit im Sinne der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation [78] helfen, »gesundheitsförderliche Lebenswelten« zu gestalten. Ziel ist der Abbau geschlechtsspezifischer Ungleichheit, nicht die stereotype Gegenüberstellung. Im Mittelpunkt stehen die gezielte Ansprache spezifischer Zielgruppen im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung. Geschlecht ist dabei als Querschnittsvariable in Verbindung mit sozialer Lage, Alter, ethnischer Herkunft etc. zu denken und somit Bestandteil einer Praxis, die Vielfalt berücksichtigt und Wirksamkeit anstrebt.

Das Konzept des Diversity Management wurde zuerst als Personalentwicklungsstrategie in Wirtschaftsunternehmen angewendet. Neben der biologischen sollte auch die kulturelle und soziale Vielfalt von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen für den Unternehmenserfolg genutzt werden. Diversity Management zielt zwar nicht auf die Abschaffung von Ungleichheiten. Aber für den Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention angewendet, ermöglicht es eine genauere Definition von Zielgruppen durch die stärkere Berücksichtigung der möglichen Vielfalt. Bei der Gestaltung einer guten Präventionspraxis und Präventionsforschung ist dies von Bedeutung, da nur wenige Maßnahmen die Heterogenität der adressierten Zielgruppen berücksichtigen [79]. Klare Zielgruppendefinitionen und die gezielte Ansprache gewährleisten jedoch eine bessere Erreichbarkeit der Adressaten und legen damit die Basis für effizientere Interventionen [51, 80].

Beide Ansätze, Gender Mainstreaming und Diversity Management, erweitern den Blick eher medizinisch orientierter Betrachtungen um soziale und politische Zusammenhänge [28]. Miteinander verknüpft helfen sie, die Vielschichtigkeit gesellschaftlicher Realität bei der Angebotsgestaltung zu berücksichtigen. Die jeweilige Zielgruppe einer Maßnahme lässt sich genauer beschreiben, wenn die spezifische Lebenswelt mit allen dazugehörigen Überzeugungen, (Gesundheits-)Vorstellungen oder Rollenbildern einbezogen wird [81].

### 6.6.2 Anforderungen an eine männergerechte Gesundheitskommunikation

Zwischen Männern und Frauen bestehen Unterschiede im Informations- und Kommunikationsverhalten [Übersicht bei 82]. Gesundheitskommunikation im Sinne von Aufbereitung und Vermittlung von gesundheitsrelevanten Informationen und Themen muss daher bei Männern anders gestaltet werden als bei Frauen [12], wenn gesundheitsförderliche Verhaltensweisen initiiert, beeinflusst oder unterstützt werden sollen. Eine Erfolg versprechende Ansprache darf nicht von einem homogenen Männerbild ausgehen, sondern muss Unterschiede zwischen Männern berücksichtigen. Auf Gleichberechtigung ausgerichtet

tete Ansprüche und eine Ansprache von Jungen und Männern über traditionelle Geschlechterstereotype müssen sich nicht ausschließen, aber kritisch eingesetzt werden. Geschlechterstereotype lassen sich z.B. für die Ansprache der Zielgruppe nutzen, um bei den Adressaten von Gesundheitsangeboten erst einmal Gehör zu finden und diese für Gesundheitsthemen zu erreichen [16].

Für eine gendersensible Ansprache sind darüber hinaus insbesondere geschlechtsspezifische Settings von Bedeutung, bei Jungen und Männern zum Beispiel der Arbeitsplatz, der Sportverein, aber auch die Schule oder Jugendtreffs [14, 51]. Auch hier geht es darum, die Auseinandersetzung mit Gesundheitsthemen in vertrauter Umgebung zu fördern. Gesundheit muss dabei nicht zwingend im Mittelpunkt der Ansprache stehen, sondern in die Lebenswelt der Zielgruppe eingepasst sein. So können Jungen in einem Jugendclub mit der Zubereitung von gesundem Essen vertraut gemacht werden, weil sie Hunger haben und mit anderen zusammen sein wollen [83, 84] und nicht weil sie etwas über gesunde Ernährung lernen wollen. In ähnlicher Weise können Männer von Workshops erreicht werden, wenn diese nicht ausdrücklich auf das Thema Gesundheit ausgerichtet sind [85]. Auch besteht über die Thematik Arbeit die Möglichkeit, sich den damit zusammenhängenden Belastungen zu nähern und das Thema Gesundheit mit einzubinden.

Gute und leicht zugängliche Gesundheitsinformationen sind Voraussetzung dafür, dass Wissen erworben und genutzt werden kann, um sich zum Beispiel für oder gegen eine Teilnahme an einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung zu entscheiden. Es besteht ein großes Interesse an Informationen zu Gesundheitsthemen [86]. Männer nutzen häufig das Internet als Quelle für Gesundheitsinformationen [87]. Dies könnte für Gesundheitsangebote von Bedeutung sein, da im anonymen Umfeld des Internets gesundheitsbezogenen Bedürfnissen möglicherweise eher nachgegeben werden kann, ohne dass bestehende Männlichkeitsbilder dem entgegenstünden. Gesundheitsinformationen könnten in virtuellen Netzwerken verlinkt werden, um einen Austausch über gesundheitsbezogene Themen anzustoßen [15]. Für Deutschland liegt eine erste Sichtung von männerspezifischen Online-Angeboten vor [88]. Hier wird deutlich, dass insbesondere kommerzielle

Anbieter Internetangebote zum Thema Männergesundheit betreiben. Überwiegend geschlechtsspezifisch erfolgt die Ansprache von Männern im Bereich der Sexualaufklärung und HIV-Kampagnen [s.a. 89, 90].

Um die Informationslücke zu schließen, hat die BZgA ein Männergesundheitsportal ([www.maennergesundheitsportal.de](http://www.maennergesundheitsportal.de)) entwickelt, welches seit 2012 online ist. Das Portal bietet aktuelle Fachinformationen zur Gesundheit von Männern, erhöht die Bekanntheit vorhandener Informationsangebote und kann interaktiv genutzt werden [37]. Hier können sich Männer über relevante Themen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention qualitätsgesichert informieren. Folgende Themen sind derzeit abrufbar: Darmkrebs, Ernährung, Fitness und Sport, Früherkennung, Psychische Gesundheit und Suchtprävention. Aufgelistet sind außerdem Adressen verschiedener Beratungsstellen in Deutschland zu Themen wie Sucht, AIDS, Glücksspiel, Essstörungen, Sexualität, Partnerschaft und Verhütung. Die Plattform bietet unabhängige, fachlich fundierte Gesundheitsinformationen für Männer und aktuelle Termine im Tagungsgeschehen zum Thema Männergesundheit. Das Portal gilt als gutes Beispiel für männerspezifische Gesundheitskommunikation im Rahmen von Prävention und Gesundheitsförderung. Das Männergesundheitsportal wird durch den Newsletter »Männergesundheit« ergänzt. Die Arbeit der BZgA wird dabei von einem Arbeitskreis aus Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und Praxis begleitet. Die BZgA führt außerdem seit dem Jahr 2013 jährlich den Bundeskongress zur Männergesundheit durch. Die Veranstaltung richtet sich an Interessierte aus allen relevanten Bereichen der Männergesundheit und Gesundheitsförderung.

### 6.6.3 Herausforderungen für eine männerspezifische Gesundheitsförderung und Prävention

Männer nehmen wesentlich seltener Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote in Anspruch als Frauen. Sie bevorzugen verhaltenspräventive Maßnahmen und es spricht einiges dafür, dass Sport und Bewegungsangebote die Ansatzpunkte männerspezifischer Gesundheitsförde-

rung sind, die am meisten Erfolg versprechen. Männer sind sportlich deutlich aktiver als Frauen [38, 91, 92]. Ferner sind Männer weitaus häufiger in Sportvereinen organisiert als Frauen (35,5 % vs. 22,7%) [93]. In Fitness-Studios setzt sich die Kundschaft je zur Hälfte aus (jüngeren) Männern und Frauen zusammen [94] (siehe dazu auch Kapitel 3.1 Körperliche Aktivität und Sport). Dass Männer in den Bewegungskursen der Krankenkassen trotz ihrer Sportaffinität nur die Minderheit stellen, könnte am Image dieser Kurse liegen und wie Männer diese und die Anbieter dazu wahrnehmen.

Die für das Kapitel ausgewählten Daten mit dem Fokus auf Männer im erwerbstätigen Alter belegen, dass Maßnahmen von Prävention und Gesundheitsförderung eher von älteren Männern in Anspruch genommen werden. Damit besteht ein noch nicht ausgeschöpftes Präventionspotenzial bei Männern jüngerer und mittlerer Altersgruppen.

Auch lässt sich konstatieren, dass die Erwerbsarbeit bzw. die Berufstätigkeit für eine männergerechte Maßnahmengestaltung im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung eine hohe Bedeutung hat. Maßnahmen finden dann Zuspriechung durch Männer, wenn sie auf Erhalt bzw. Erhöhung der Leistungsfähigkeit (z.B. Bewegungsangebote) abzielen und einen eher instrumentellen Charakter aufweisen [95]. Berücksichtigt man in diesem Zusammenhang, dass von den ca. 3,6 Millionen deutschen Unternehmen nur etwa ein Fünftel Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchführen [96, 97], zeigt sich auch hier ein bislang nicht ausgeschöpftes Präventionspotenzial.

Zudem spielt Bildung bzw. sozioökonomischer Status eine wichtige Rolle für die Teilnahme sowohl an Kursen als auch an den Früherkennungsmaßnahmen. Aus diesem Grund haben Angebote, die sich speziell an sozial benachteiligte Männer richten, für den Abbau der gesundheitlichen Ungleichheit eine hohe Relevanz.

Studien zeigen zudem, dass Männer einem ärztlichen Rat eher folgen als Frauen, wenn es um eine gesundheitsbezogene Verhaltensänderung geht [98, 99]. Daraus lässt sich die Erkenntnis ableiten, dass besonders für Männer, wenn sie denn Arztkontakt haben, eine Ansprache über die behandelnden Ärzte und Ärztinnen von Bedeu-

tung ist. Diese Berufsgruppe kann eine wichtige Multiplikatorenfunktion für verhaltensbezogene Maßnahmen erfüllen. Allerdings wird damit auch die Notwendigkeit deutlich, die Voraussetzungen für objektive, unabhängige und wissenschaftsbasierte Entscheidungen zu gewährleisten und eine ärztliche Versorgung jenseits ökonomischer Interessenskonflikte sicherzustellen. Dies scheint besonders mit Blick auf die Inanspruchnahme von individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) wie dem PSA-Test zur Früherkennung von Prostatakrebs geboten, dessen Nutzen bislang nicht hinreichend nachgewiesen ist (siehe dazu Kapitel 2.3 Krebs). Ein wichtiger Ansatz liegt damit in der Etablierung einer Kultur der informierten Entscheidung. Grundlage dafür ist die konsequente Bereitstellung von geschlechtergerechten, qualitätsgesicherten Informationen [100].

Die Herausforderung für die Zukunft wird damit in einer Maßnahmengestaltung liegen, in der Geschlecht bzw. Geschlechtergerechtigkeit als Qualitätsdimensionen systematisch einbezogen und eine Überprüfung der wissenschaftlichen Evidenz und Wirksamkeit der Angebote kontinuierlich verfolgt wird. Hierzu gehört, dass die Einbeziehung einzelner Gruppen in die Maßnahmengestaltung (Partizipation) einen wichtigen Aspekt der Zielgruppengerechtigkeit darstellt [101] und für die Entwicklung effizienter und effektiver Angebote unerlässlich ist. Männerspezifische Präferenzen und Bedürfnisse, wie auch die relevanten Ansatzpunkte einer geschlechtsspezifischen Ansprache, können mit einem solchen Ansatz besser ermittelt und die Anbindung der Maßnahmen an alltägliche Orte und Handlungen aus Sicht der Männer optimal gestaltet werden [85]. Anstrengungen sollten zudem bei der Verbesserung geschlechterdifferenzierter und -sensibler Messungen von Maßnahmeneffekten unternommen werden. Eine konsequent geschlechterdifferenzierte Erfassung und Dokumentation der Daten im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung wären dafür notwendige Voraussetzungen, auch um eine geschlechtersensible Berichterstattung in diesem Sektor zu verbessern.

Es mangelt weder an theoretischen Erkenntnissen noch an umsetzbaren Vorschlägen, wie sich die Prävention und Gesundheitsförderung in eine geschlechtergerechte und geschlechtersensible Richtung entwickeln ließe. Was bislang fehlt,

ist die konkrete strategische Ausrichtung von Maßnahmen an geschlechteradäquaten Ansätzen sowie gesetzliche Rahmenbedingungen, die helfen würden, entsprechende Maßnahmen zu initiieren und weiter voranzutreiben.

## Literatur

1. Altgeld T (2010) Gender – kein Thema für den Mainstream der Public Health-Forschung? Politik für Gesundheit. Fest- und Streitschriften zum 65. Geburtstag von Rolf Rosenbrock. In: Gerlinger T, Kümpers S, Lenhardt U et al. (Hrsg). Verlag Hans Huber, Bern, S 53–64
2. Bardehle D, Stiehler M (Hrsg) (2010) Erster deutscher Männergesundheitsbericht. W. Zuckschwerdt Verlag, München
3. DAK (2008) Schwerpunkt Mann und Gesundheit. In: DAK Forschung (Hrsg) Gesundheitsreport 2008, Hamburg, S 36–102
4. Doyle L (2001) Sex, gender and health: the need for a new approach. *BMJ* 323: 1061–1063
5. Payne S (2009) How can gender equity be addressed through health systems? World Health Organization, Kopenhagen
6. Radix Gesundheitsförderung (2001) MaGs – Männergesundheit. Projekt Kommentiertes Inhaltsverzeichnis für »1. Schweizer Männergesundheitsbericht«. [www.gesunde-maenner.ch/data/data\\_38.pdf](http://www.gesunde-maenner.ch/data/data_38.pdf) (Stand: 28.05.2013)
7. Radix Gesundheitsförderung, Drehscheibe Männergesundheit (2005) Faktenblatt Männergesundheit. [www.gesunde-maenner.ch/data/data\\_2.pdf](http://www.gesunde-maenner.ch/data/data_2.pdf) (Stand: 28.05.2013)
8. Koppelin F, Tempel G, Bauknecht M, Giersiepen K, Mozygamba K, Rothgang H (2012) Expertise für das Thema »Männerspezifische Prävention und Gesundheitsförderung« im Auftrag des Robert Koch-Instituts. Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen
9. Altgeld T (2012) Expertise für das Thema »Prävention und Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt« im Auftrag des Robert Koch-Instituts. Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.
10. Wohlfahrt U (1998) Geschlechtsspezifisch orientierte Gesundheitsbildung? Ergebnisse einer Programmanalyse. In: Gesundheits-Akademie/Landesinstitut für Schule und Weiterbildung (Hrsg) Die Gesundheit der Männer ist das Glück der Frauen? Chancen und Grenzen geschlechtsspezifischer Gesundheitsarbeit. Mabuse Verlag, Frankfurt a. M., S 121–131
11. Wülfing U (1998) Zum Sinn und Unsinn geschlechtsspezifischer Gesundheitsarbeit. In: Gesundheits-Akademie/Landesinstitut für Schule und Weiterbildung (Hrsg) Die Gesundheit der Männer ist das Glück der Frauen? Chancen und Grenzen geschlechtsspezifischer Gesundheitsarbeit. Mabuse Verlag, Frankfurt a. M., S 113–120
12. Altgeld T (2004) Jenseits von Anti-Aging und Workout? Wo kann Gesundheitsförderung bei Jungen und Männern ansetzen und wie kann sie funktionieren? In: Altgeld T (Hrsg) Männergesundheit – Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention. Juventa Verlag, Weinheim und München, S 265–286
13. Altgeld T, Maschewsky-Schneider U, Köster M (2011) Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Gender Mainstreaming. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention, Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Verlag für Gesundheitsförderung, Gamburg, S 96–99
14. Robertson S (2006) 'Not living life in too much of an excess': lay men understanding health and well-being. *Health* 10 (2): 175–189
15. Robertson S, Williams R (2010) Men and health promotion: Towards a critically structural and embodied understanding. In: Gough B, Robertson S (Hrsg) Men, masculinity and health: Critical perspectives. Forthcoming, Pelgrave
16. Helfferich C (2009) Gender Mainstreaming in der Gesundheitsförderung und Prävention: Eine Zusammenfassung der Gruppendiskussion. Gender Mainstreaming in der Gesundheitsförderung/Prävention. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) Gesundheitsförderung konkret, Band 10, S 149–162
17. Rosenbrock R, Hartung S (2011) Gesundheitsförderung und Betrieb. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention, Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Verlag für Gesundheitsförderung, Gamburg, S 231–235
18. Rosenbrock R (2004) Prävention und Gesundheitsförderung – Gesundheitswissenschaftliche Grundlagen für die Politik. *Gesundheitswesen* 66 (3): 146–152
19. GKV-Spitzenverband (Hrsg) (2010) Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. August 2010. GKV-Spitzenverband, Berlin
20. Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V., GKV-Spitzenverband (2013)

- Präventionsbericht 2013. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2012. MDS, Essen, Berlin
21. Huntemann E, Reichart E (2013) Volkshochschul-Statistik. 51. Folge, Arbeitsjahr 2012. [www.die-bonn.de/doks/2013-volkshochschule-statistik-01.pdf](http://www.die-bonn.de/doks/2013-volkshochschule-statistik-01.pdf) (Stand: 03.02.2014)
  22. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2011) Praxisdatenbank gesundheitliche Chancengleichheit. [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank/](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank/) (Stand: 28.05.2013)
  23. Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2013) Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2011. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg), Dortmund, Berlin, Dresden
  24. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (2013) Prävention. [www.dguv.de/de/Zahlen-und-Fakten/Pr%C3%A4vention/index.jsp](http://www.dguv.de/de/Zahlen-und-Fakten/Pr%C3%A4vention/index.jsp) (Stand: 03.02.2014)
  25. Altgeld T (2009) Aspekte der Männergesundheit. Gender Mainstreaming in der Gesundheitsförderung/Prävention. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) Gesundheitsförderung konkret, Band 10, S 43–54
  26. Kriterien zur Ermittlung von »Models of Good Practice« erstellt durch den beratenden Arbeitskreis der BZgA des bundesweiten Kooperationsprojektes »Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten« [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/pdf.php?id=1fa9a64a5dfaf324e875da75ba16cdcb](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/pdf.php?id=1fa9a64a5dfaf324e875da75ba16cdcb) (Stand: 20.11.2014)
  27. Deneke C (2009) Projekte geschlechtersensibler Gesundheitsförderung; Eine kritische Kommentierung. Gender Mainstreaming in der Gesundheitsförderung/Prävention. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) Gesundheitsförderung konkret, Band 10. BZgA, Köln, S 145–148
  28. Dören M (2007) Gender, Diversity und Intersektionalität als Herausforderung für die Medizin. In: Krell G, Riedmüller B, Sieben B et al. (Hrsg) Diversity Studies: Grundlagen und disziplinäre Ansätze. Campus Verlag, Frankfurt a. M., S 109–122
  29. Eichler M (1998) Offener und verdeckter Sexismus: Methodisch-methodologische Anmerkungen zur Gesundheitsforschung. In: Arbeitskreis Frauen und Gesundheit im Norddeutschen Forschungsverbund Public Health (Hrsg) Frauen und Gesundheit(en) in Wissenschaft, Praxis und Politik. Verlag Hans Huber, Bern, S 34–49
  30. Jahn I, Kolip P (2002) Die Kategorie Geschlecht als Kriterium für die Projektförderung von Gesundheitsförderung Schweiz. Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin. [www.gesunde-maenner.ch/data/data\\_257.pdf](http://www.gesunde-maenner.ch/data/data_257.pdf) (Stand: 29.05.2013)
  31. Kolip P (2008) Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 51: 28–35
  32. Kolip P, Kuhlmann E (2006) Bedarfsgerechtigkeit und Geschlechtergerechtigkeit – neue Horizonte für die Prävention. In: Altgeld T, Bächlein B, Deneke C (Hrsg) Diversity Management in der Gesundheitsförderung. Mabuse Verlag, Frankfurt a. M., S 101–114
  33. Walter U, Lux R (2006) Prävention: Brauchen wir unterschiedliche Strategien für Frauen und Männer? In: Regitz-Zagrosek V, Fuchs J (Hrsg) Geschlechterforschung in der Medizin. Peter Lang Verlag, Frankfurt a. M., S 35–48
  34. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2011) Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen. [www.g-ba.de/informationen/richtlinien/17/](http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/17/) (Stand: 28.05.2013)
  35. Gemeinsamer Bundesausschuss (2012) Themenschwerpunkt: Früherkennung und Prävention. [www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/frueherkennung/](http://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/frueherkennung/) (Stand: 28.05.2013)
  36. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2011) Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten. [www.g-ba.de/informationen/richtlinien/10/](http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/10/) (Stand: 02.06.2014)
  37. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2012) Männergesundheitsportal. [www.maennergesundheitsportal.de](http://www.maennergesundheitsportal.de) (Stand: 06.12.2012)
  38. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2011) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2009«. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
  39. Geyer S (2008) Empirie und Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten: Die Praxis empirischer Forschung zu gesundheitlichen Ungleichheiten und ihre theoretischen Implikationen. In: Bauer U, Bittlingmayer UH, Richter M (Hrsg) Health Inequalities: Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S 125–142
  40. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2005) Armut und soziale Ungleichheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin

41. Richter M, Hurrelmann K (Hrsg) (2009) Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven. 2., aktualisierte Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
42. Lampert T, Kroll LE (2010) Armut und Gesundheit. GBE kompakt 1(5). Robert Koch-Institut (Hrsg), Berlin.  
[www.rki.de/gbe-kompakt](http://www.rki.de/gbe-kompakt) (Stand: 01.12.2010)
43. Kroll LE, Lampert T (2013) Gesundheitliche Ungleichheit bei erwerbstätigen Männern und Frauen – Ergebnisse der GEDA-Studie 2010. Gesundheitswesen 75 (4): 210–215
44. Bergmann E, Kalcklösch M, Tiemann F (2005) Inanspruchnahme des Gesundheitswesens. Erste Ergebnisse des telefonischen Gesundheitssurveys 2003. Bundesgesundheitsbl – Bundesgesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 48: 1365–1373
45. Starker A, Saß AC (2007) Eigenverantwortung + Hausarzt = gut versorgt? Ergebnisse des Telefonischen Gesundheitssurveys 2004 zum Präventionsverhalten in Deutschland. Prävention und Gesundheitsförderung 2 (Suppl 1): P124
46. Starker A, Saß AC, Ziese T (2006) Inanspruchnahme von Gesundheits- und Krebsfrüherkennungsuntersuchungen. Wer nutzt sie (nicht) und warum? Gesundheitswesen 68 (7): A125
47. Jordan S, von der Lippe E, Hagen C (2011) Verhaltenspräventive Maßnahmen zur Ernährung, Bewegung und Entspannung. Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2009« Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin, S 23–33
48. Lampert T, Kroll LE (2008) Zeitliche Entwicklung der gesundheitlichen Ungleichheit in Deutschland und anderen europäischen Ländern. Public Health Forum 16 (2): 11.e11–11.e13
49. Rosenbrock R (2008) Gesundheitliche Ungleichheit in Deutschland. Public Health Forum 16 (2): 2.e1–2.e3
50. Rosenbrock R, Kümperts S (2009) Primärprävention als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. In: Richter M, Hurrelmann K (Hrsg) Gesundheitliche Ungleichheit. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S 385–403
51. Kolip P, Altgeld T (2006) Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention: Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis. Juventa Verlag, Weinheim und München
52. Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik, Altenhofen L (2012) Teilnahme an gesetzlichen Früherkennungsuntersuchungen im Jahr 2011. Unveröffentlichte Sonderauswertung für das Robert Koch-Institut (Stand: 15.10.2012)
53. Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik (2012) Teilnahme an gesetzlichen Früherkennungsuntersuchungen und an Beratungen zur Prävention des Darmkrebs (in Prozent der anspruchsberechtigten Altersgruppe) im Jahr 2011 – Deutschland.  
[www.zi.de/cms/fileadmin/images/content/PDFs\\_alle/Beteiligungsdaten\\_2011\\_Deutschland\\_erw.pdf](http://www.zi.de/cms/fileadmin/images/content/PDFs_alle/Beteiligungsdaten_2011_Deutschland_erw.pdf) (Stand: 22.01.2014)
54. Sieverding M, Mattered U, Ciccarello L et al. (2008) Postatakarzinomfrüherkennung in Deutschland. Untersuchung einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe. Urologe A 47 (9): 1233–1238
55. Starker A, Bertz J, Saß AC (2012) Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen. In: Robert Koch-Institut (Hrsg) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2010« Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin, S 27–38
56. Scheffer S, Dauven S, Sieverding M (2006) Soziodemografische Unterschiede in der Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (KFU) in Deutschland – Eine Übersicht. Gesundheitswesen 86: 139–146
57. Zok K (2007) Wahrnehmung und Akzeptanz von Früherkennungsuntersuchungen. Ergebnisse einer Repräsentativ-Umfrage unter GKV-Versicherten.  
[www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf\\_wido\\_monitor/wido\\_mon\\_3-07\\_0108.pdf](http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_wido_monitor/wido_mon_3-07_0108.pdf) (Stand: 28.05.2013)
58. Horch K, Ryl L, Hintz peter B et al. (2011) Kompetenz und Souveränität im Gesundheitswesen – Die Nutzerperspektive. GBE kompakt 2(2). Robert Koch-Institut (Hrsg), Berlin.  
[www.rki.de/gbe-kompakt](http://www.rki.de/gbe-kompakt) (Stand: 07.04.2011)
59. Horch K, Wirtz J (2005) Nutzung von Gesundheitsinformationen. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 48 (11): 1250–1255
60. Stacey D, Bennett CL, Barry MJ et al. (2011) Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. Cochrane database of systematic reviews (Online) (10)
61. Bundesministerium für Gesundheit (2011) Nationaler Krebsplan  
[www.bmg.bund.de/praevention/nationaler-krebsplan/der-nationale-krebsplan-stellt-sich-vor.html](http://www.bmg.bund.de/praevention/nationaler-krebsplan/der-nationale-krebsplan-stellt-sich-vor.html) (Stand: 28.05.2013)
62. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. Spitzenverband (2013) Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der gewerblichen Berufsgenossenschaften und Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand 2012.  
[www.dguv.de/medien/inhalt/zahlen/documents/gur\\_2012.pdf](http://www.dguv.de/medien/inhalt/zahlen/documents/gur_2012.pdf) (Stand: 03.02.2014)

63. Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2013) Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2012. Unfallverhütungsbericht Arbeit. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg), Dortmund, Berlin, Dresden
64. Fokuhl I (2009) Alle gleich? – Ansatzpunkte für einen geschlechtssensiblen Arbeits- und Gesundheitsschutz in Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege. In: Brandenburg S, Endl H-L, Glänzer E et al. (Hrsg) Arbeit und Gesundheit: geschlechtergerecht?! Präventive betriebliche Gesundheitspolitik aus der Perspektive von Männern und Frauen. VSA Verlag, Hamburg, S 42–55
65. Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) (2012) Initiative Neue Qualität der Arbeit. [www.inqa.de](http://www.inqa.de) (Stand: 21.09.2012)
66. Sozialforschungsstelle Dortmund (2012) Online-Diversity. [www.online-diversity.de](http://www.online-diversity.de) (Stand: 21.09.2012)
67. Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) (2013) Den Wandel erkennen – Instrumente zur Altersstrukturanalyse im Vergleich. [www.inqa.de/DE/Lernen-Gute-Praxis/Handlungshilfen/inhalt.html](http://www.inqa.de/DE/Lernen-Gute-Praxis/Handlungshilfen/inhalt.html) (Stand: 03.07.2013)
68. KG Deutsche Gasrößwerke GmbH & Co (2013) Teamorganisation. [www.gasruss.de/index.php?module=viewer&index\[viewer\]\[page\]=employees\\_team](http://www.gasruss.de/index.php?module=viewer&index[viewer][page]=employees_team) (Stand: 03.07.2013)
69. Initiative Gesundheit und Arbeit (iga) (2012) Initiative Gesundheit und Arbeit. [www.iga-info.de](http://www.iga-info.de) (Stand: 21.09.2012)
70. Initiative Gesundheit und Arbeit (iga) (2011) Dresdner Gespräch Gesundheit und Arbeit 2011: Wurm sucht Fisch – Prävention und Betriebliche Gesundheitsförderung, bei der die Zielgruppe anbeißt. [www.iga-info.de/veranstaltungen-und-ausstellungen/dresdner-gespraech/dresdner-gespraech-2011.html](http://www.iga-info.de/veranstaltungen-und-ausstellungen/dresdner-gespraech/dresdner-gespraech-2011.html) (Stand: 03.07.2013)
71. Bundesministerium für Gesundheit (2013) Betriebliche Gesundheitsförderung. [www.bmg.bund.de/praevention/betriebliche-gesundheitsfoerderung.html](http://www.bmg.bund.de/praevention/betriebliche-gesundheitsfoerderung.html) (Stand: 03.02.2014)
72. Büntgen M (2010) Betriebliche Gesundheitsförderung für Männer und Frauen am Beispiel Stress. Gesundheit und Qualität der Arbeit Arbeitspapier 185. Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf
73. Werner H, Nielbock S (2009) Geschlechterrollen und psychische Belastungen in der Arbeitswelt. Der Gegenstand des Projekts »Gender/Stress«. In: Brandenburg S, Endl H-L, Glänzer E et al. (Hrsg) Arbeit und Gesundheit: geschlechtergerecht?! Präventive betriebliche Gesundheitspolitik aus der Perspektive von Männern und Frauen. VSA Verlag, Hamburg, S 78–86
74. World Health Organization (WHO) (2001) Mainstreaming gender equity in health. The need to move forward. The Madrid Statement. WHO, Kopenhagen
75. Kolip P (2009) Was bietet die Forschung für die Facharbeit? Gender Mainstreaming in der Gesundheitsförderung/Prävention. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) Gesundheitsförderung konkret, Band 10, S 21–29
76. Gesundheitsförderung Schweiz (2006) Checkliste zur Genderperspektive [www.quint-essenz.ch/de/tools/1054](http://www.quint-essenz.ch/de/tools/1054) (Stand: 03.12.2002)
77. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2012) Gender Mainstreaming. [www.gender-mainstreaming.net](http://www.gender-mainstreaming.net) (Stand: 23.05.2013)
78. World Health Organization (1986) Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. [www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/129534/Ottawa\\_Charter\\_G.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf) (Stand: 28.05.2013)
79. Altgeld T (2011) Diversity und Diversity Management/Vielfalt gestalten. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Verlag für Gesundheitsförderung, Gamburg, S 53–56
80. Vinz D, Dören M (2007) Diversity policies and practices – a new perspective for health care. *Journal Public Health* 15: 369–376
81. Altgeld T, Bächlein B, Deneke C (2006) Diversity Management in der Gesundheitsförderung. Zielgruppen und Zielgruppengenauigkeit im Wandel. Mabuse Verlag, Frankfurt am Main
82. Nelke-Mayenknecht A (2008) Kommunikationsstrategien und Netzwerkbeziehungen von Frauen und Männern im Beruf. [www.fu-berlin.de/sites/gpo/index.html](http://www.fu-berlin.de/sites/gpo/index.html). (Stand: 11.07.2013)
83. Deneke C, Bruns H (2006) Essen Kochen in der Jugendarbeit. Modellprojekt »Selbst is(s)t der Mann«. In: Kolip P, Altgeld T (Hrsg) Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention: Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis. Juventa Verlag, Weinheim und München, S 103–110
84. Otten A (2009) Food and more – Kochen mit männlichen Jugendlichen im Jugendclub Hamburg-Heimfeld. Gender Mainstreaming in der Gesundheitsförderung/Prävention. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) Gesundheitsförderung konkret, Band 10, S 101–102
85. Beier S (2007) Gesundheitsverhalten und Gesundheitsförderung bei Männern. In: Stiehler M, Klotz T

- (Hrsg) Männerleben und Gesundheit: Eine interdisziplinäre, multiprofessionelle Einführung. Juventa Verlag, Weinheim und München, S 75–89
86. Marstedt G (2000) Auf der Suche nach gesundheitlicher Information und Beratung: Befunde zum Wandel der Patientenrolle. In: Bertelsmann Stiftung (Hrsg) Gesundheitsmonitor 2003 – Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft. Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, S 117–135
  87. Pollard J (2007) Working with men via the internet. In: White A, Pettifer M (Hrsg) Hazardous waist. Tackling male weight problems. Radcliffe, Oxford, S 186–197
  88. Salberg M, Bardehle D (2010) Fazit: Wir wissen zu wenig über Männer und Männergesundheit. In: Bardehle D, Stiehler M (Hrsg) Erster deutscher Männergesundheitsbericht. W. Zuckschwerdt Verlag, München, S 184–193
  89. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2002) Wie geht 's – wie steht 's? Wissenswertes für Jungen und Männer. BZgA, Köln
  90. Scheele S (2010) Geschlecht, Gesundheit, Gouvernamentalität. Selbstverhältnisse und Geschlechterwissen in der Männergesundheitsförderung. Ulrike Helmer Verlag, Sulzbach/Taunus
  91. Gößwald A, Lange M, Kamtsiuris P et al. (2012) Erste Ergebnisse aus der »Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland« (DEGS) Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 55: 775–780
  92. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2012) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2010«. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
  93. Deutscher Olympischer Sportbund (2011) DOSB Bestandserhebung 2011.  
[www.dosb.de/fileadmin/sharepoint/Materialien%20%7B82A97D74-2687-4A29-9C16-4232BAC7DC73%7D/Bestandserhebung\\_2011.pdf](http://www.dosb.de/fileadmin/sharepoint/Materialien%20%7B82A97D74-2687-4A29-9C16-4232BAC7DC73%7D/Bestandserhebung_2011.pdf)  
(Stand: 06.02.2014)
  94. INNOFACT AG (2008) Erfolgsfaktoren von Fitness Studios. Basisreport Kundenzufriedenheitsanalyse in Fitness Studios, Düsseldorf
  95. Brandes H (2002) Der männliche Habitus. Band 2: Männerforschung und Männerpolitik. Verlag Leske + Budrich, Opladen
  96. Beck D, Schnabel PE (2010) Verbreitung und Inanspruchnahme von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung in Betrieben in Deutschland. Gesundheitswesen 72 (4): 222–227
  97. Holleder A (2007) Betriebliche Gesundheitsförderung in Deutschland. Ergebnisse des IAB-Betriebspanels 2002 und 2004. Gesundheitswesen 69: 63–76
  98. Baumann E (2006) Auf der Suche nach der Zielgruppe – Informationsverhalten hinsichtlich Gesundheit und Krankheit als Grundlage erfolgreicher Gesundheitskommunikation. In: Böcken J, Braun B, Amhof R et al. (Hrsg) Gesundheitsmonitor 2006 – Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten. Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, S 117–153
  99. Reid RD, Pipe Al, Riley DL et al. (2009) Sex differences in attitudes and experiences concerning smoking and cessation: Results from an international survey. Patient Education and Counseling 7 (1): 99–105
  100. Bunge M, Mühlhauser I, Steckelberg A (2010) What constitutes evidence-based patient information? Overview of discussed criteria. Patient Education and Counseling 78 (3): 316–328
  101. Rosenbrock R, Hartung S (Hrsg) (2012) Partizipation und Gesundheit. Verlag Hans Huber, Bern

Bibliografische Informationen Der Deutschen Bibliothek  
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation  
In der Deutschen Nationalbibliografie

**Herausgeber**

Robert Koch-Institut  
Nordufer 20  
13353 Berlin

**Redaktion**

Robert Koch-Institut  
Abteilung für Epidemiologie und  
Gesundheitsmonitoring  
Anne Starker, PD Dr. Thomas Lampert, Dr. Thomas Ziese  
General-Pape-Straße 62–66  
12101 Berlin

**Redaktionsschluss**

15. Juli 2014

**Bezugsquelle**

E-Mail: [gbe@rki.de](mailto:gbe@rki.de)  
[www.rki.de/gbe](http://www.rki.de/gbe)  
Tel: 030-18754-3400  
Fax: 030-18754-3513

**Grafik/Satz**

satzinform, Berlin

**Zitierweise**

Robert Koch-Institut (Hrsg) (2014)  
Gesundheitliche Lage der Männer in  
Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsbericht-  
erstattung des Bundes. RKI, Berlin

**Druck**

Königsdruck, Berlin

**ISBN**

978-3-89606-224-6