

Birgitta Sticher

Riskantes Verhalten

1 Was verstehen wir unter riskanten Verhaltensweisen?

Jeder von uns führt tagtäglich riskantes Verhalten aus. Aber bedeutet die Ausführung eines riskanten Verhaltens, dass wir bewusst ein Risiko eingehen? Erstellen wir vor der Ausführung des Verhaltens rational eine Prognose, wie wahrscheinlich der Eintritt eines Schadens bzw. eines Verlustes ist und in welchem Ausmaß unerwünschte Konsequenzen auftreten können [31]? Selbst wenn wir zu der Einschätzung kommen, dass mit unserem Verhalten ein möglicherweise sogar hoher Schaden verbunden sein könnte, vertrauen wir in der Regel darauf, dass wir in der Lage sind, mit dem Risiko umzugehen. Entscheidend ist nicht so sehr das „objektive Risiko“, sondern das „subjektive Risiko“. Das Konzept des Risikos ist folglich untrennbar mit Erwartungen und Bewertungen verbunden.

Unter Bezugnahme auf diese Erwartungen und Bewertungen ist es sinnvoll, verschiedene Risikokonzepte zu unterscheiden: Wissenschaftler (als Vertreter des „objektiven Risikokonzepts“) gewinnen diese Erwartungen und Bewertungen aus wissenschaftlich gewonnenen Daten. Ausgehend von diesen Daten errechnen sie die mögliche Schadenshöhe und multiplizieren diese mit der Eintrittswahrscheinlichkeit. Wenn wir (als Vertreter des subjektiven Risikokonzeptes) aber das Risiko für von uns selbst ausgeführte Handlungen oder uns direkt betreffende Ereignisse einschätzen, dann beziehen wir uns nur manchmal oder unter Umständen auch gar nicht auf diese Wahrscheinlichkeiten. Ein Risiko wird von uns als geringer empfunden, wenn wir freiwillig die Handlung durchführen; so beurteilen wir die Folgen des eigenen Rauchverhaltens als weniger bedroh-

lich, als wenn wir uns unfreiwillig in einem verrauchten Raum aufhalten müssen. Unsere Kalkulation der Höhe der potenziellen Gefahren bzw. des potenziellen Nutzens fällt auch dann anders aus, wenn wir den Eindruck haben, dass die Folgen unseres Handelns oder der von uns gewählten Bedingungen unserer Kontrolle unterliegen. So schätzen die meisten Menschen das Risiko, das mit dem Autofahren verbunden ist, subjektiv als geringer ein als das Risiko, das sie beim Besteigen eines Flugzeugs eingehen – obwohl dies nachweislich nicht stimmt. Neben den beiden wichtigen Kriterien des subjektiven Risikokonzepts, „Freiwilligkeit“ und „Kontrolle“, ist noch bedeutsam, ob wir den Eindruck haben, dass die möglicherweise auftretenden Schäden reparabel sind oder nicht.

Diese Unterscheidung zwischen den verschiedenen Risikokonzepten – dem subjektiven und dem objektiven – ist von hoher Wichtigkeit, zeigt sie doch, wie Personen trotz einer identischen Ausgangssituation aufgrund verschiedener Kriterien zu einer stark voneinander abweichenden Risikobewertung kommen können.

Wenn im Folgenden zunächst von einer „objektiven Risikobewertung“ ausgegangen wird, dann kann diese durchaus erheblich von der subjektiven Risikobewertung abweichen. So kann z. B. ein 20-jähriger Mann sein Fahrverhalten trotz hoher Geschwindigkeit als sicher einschätzen, weil er den Eindruck hat, alles unter Kontrolle zu haben. Dennoch kann objektiv betrachtet mit seinem Fahrverhalten eine hohe Selbst- und Fremdgefährdung einhergehen. Wie ein Blick auf die Statistik zeigt, ist gerade das Fahrverhalten bei der Gruppe der jungen männlichen Autofahrer als hoch riskant zu beurteilen.

In der wissenschaftlichen Literatur wird der Begriff „riskantes Verhalten“ dann verwendet, wenn von außen betrachtet keine Notwendigkeit vorliegt, die betreffende Verhaltensweise zu wählen. Als Beispiel soll das S-Bahn-Surfen herangezogen werden: Es sind überwiegend männliche Jugendliche, die sich freiwillig an der Außenwand eines fahrenden S-Bahn-Zuges festklammern [35]. Dieses Verhalten ist mit hohen Gefahren verbunden, z. B. kann der Surfer mit Hindernissen zusammenprallen oder durch Kontakt mit elektrischen Leitungen einen unter Umständen tödlichen Schlag erleiden. Für die Ausübung dieser Verhaltensweisen gibt es objektiv keine Notwendigkeit! Auch bezogen auf die Ernährung können wir von riskanten Verhaltensweisen sprechen. Selbst wenn man einige einschränkende Rahmenbedingungen, z. B. das zur Verfügung stehende Geld, berücksichtigt, ist es sehr wohl möglich, sich auch mit geringem Einkommen mehr oder weniger gesund zu ernähren. Hier stellt sich die berechtigte Frage, warum eine Person sich so und nicht anders ernährt, wenn die Wahlmöglichkeit gegeben ist. Warum riskiert die Person ihre Gesundheit durch eine ungesunde Ernährung, z. B. den Verzehr von viel Fleisch, Fastfood und Süßigkeiten, und verzichtet auf Ballaststoffe und Gemüse?

Ein zweites Merkmal für die Bezeichnung einer Verhaltensweise als riskant ist aus der Außenperspektive zu nennen: Es liegen hinreichende wissenschaftliche Erkenntnisse vor, dass das Verhalten mit einer hohen Wahrscheinlichkeit kurz- und/oder langfristig zur Schädigung der Gesundheit führt. Der Person, die das Verhalten ausübt, kann dieses Wissen allerdings nicht oder nicht in vollem Umfang vorliegen. Besonders dann, wenn die Folgen erst nach einer längeren Zeit auftreten, sind sie oft nicht bekannt oder werden aus dem Bewusstsein verdrängt.

Das Vorliegen von Verhaltensalternativen und das Wissen um die kurz- und langfristigen Folgen des eigenen Verhaltens sind zwei Kriterien zur Einschätzung eines Verhaltens als „riskant“. Übt eine Person trotz vorhandener

Alternativen dieses riskante Verhalten mit den negativen Folgen aus, wird dies von dem außenstehenden Betrachter mit einer wertenden Grundaussage verknüpft. Diese lautet: Die eigene Gesundheit und die Gesundheit anderer ist ein hohes Gut, dessen Bewahrung und Erhaltung für den Einzelnen und die Gesellschaft anzustreben ist. Zeigt die Person nun riskantes Verhalten, verstößt sie gegen dieses hohe Gut. Und eben diese Grundaussage kann von der Person, die das riskante Verhalten ausführt, unter Umständen nicht geteilt werden: Andere Werte haben für sie in der aktuellen Situation, Lebensphase oder grundsätzlich einen deutlich höheren Stellenwert und drängen die Beachtung der eigenen Gesundheit und die der anderen in den Hintergrund.

Fassen wir also zusammen: Ein Verhalten wird objektiv als riskant bewertet,

- wenn Verhaltensalternativen vorhanden und wählbar sind,
- wenn das besagte Verhalten mit hoher Wahrscheinlichkeit kurz- und/oder langfristig zu erheblichen Schäden [31] für die Gesundheit führt,
- wenn dieses Verhalten nicht ausgeführt werden sollte, um die eigene Gesundheit oder die anderer Personen zu bewahren.

Dasselbe Verhalten kann aus der Sicht der Person (subjektiv) vollständig anders wahrgenommen werden,

- wenn die Verhaltensalternative nicht wahrgenommen oder nicht als wirkliche Alternative bewertet wird;
- wenn das Wissen um die schädigenden kurz- und/oder langfristigen Folgen nicht oder nicht vollständig vorliegt oder verdrängt wird;
- wenn den negativen Folgen, die das Verhalten für die eigene Gesundheit oder die Gesundheit anderer hat, keine besondere Bedeutung beigemessen wird.

Im Folgenden steht die objektive Betrachtung zunächst im Vordergrund, d. h. es werden Ver-

haltensweisen näher betrachtet, die mit hoher Wahrscheinlichkeit gesundheitliche Schäden verursachen.

Besonders hohes gesellschaftliches Interesse liegt dann vor, wenn diese Verhaltensweisen nicht nur die Gesundheit und das Leben der Person selbst, sondern auch von anderen gefährden, die somit ungewollt zum „Opfer“ der riskanten Verhaltensweisen werden. Dies ist z. B. bei dem Fahren mit überhöhter Geschwindigkeit der Fall, bei dem nicht nur der Fahrer, sondern auch unbeteiligte Personen in Mitleidenschaft gezogen werden können. Aus dem Risiko für die eigene Person wird ein Risiko für andere und bezogen auf die Folgekosten führt beides zu einer enormen Belastung für die gesamte Gesellschaft.

Will man Ansatzpunkte für die Veränderung riskanten Verhaltens finden, reicht es nicht aus zu erheben, wer objektiv riskantes Verhalten zeigt, sondern die Beweggründe für die gezeigten Verhaltensweisen müssen aus der Perspektive der handelnden Person erforscht werden. Es ist dabei grundsätzlich davon auszugehen, dass dies Verhalten von der Person selbst unter den gegebenen Umständen als sinnvoll bewertet wird.

2 Durch welche riskanten Verhaltensweisen gefährden Männer ihre Gesundheit?

Frauen und Männer verhalten sich so, dass sie ihre Gesundheit gefährden. Aber schon recht früh konnte gezeigt werden, dass bezogen auf die Art und das Ausmaß gesundheitsgefährdender Verhaltensweisen geschlechtsspezifische Unterschiede vorliegen. Als Ergebnis der Analyse von 150 Forschungsartikeln kommen Byrnes, Miller und Schafer [9] zu dem Schluss, dass Männer mit größerer Wahrscheinlichkeit Risiken eingehen als Frauen. Im Jahr 2000 veröffentlichte Sieverding [44] einen Überblick über das Riskoverhalten (v. a. das Riskoverhalten Rauchen und übermäßiger Alkoholkonsum) und das präventive Verhalten im Geschlechtervergleich. Einleitend stellt sie mit

Blick auf die Forschungen der 1980er- und 1990er-Jahre fest: „Während die meisten Risikoverhaltensweisen wie Rauchen, (überhöhter) Alkoholkonsum, Konsum illegaler Drogen, riskantes Autofahren und riskante Sportarten bei Männern häufiger vorkommen, ist präventives Gesundheitsverhalten wie z. B. die Inanspruchnahme von medizinischer Hilfe oder die Teilnahme an Maßnahmen der Gesundheitsförderung häufiger bei Frauen anzutreffen.“

Es kann als epidemiologisch belegt gelten, dass männliche Verhaltensweisen häufig riskant und gesundheitsschädigend sind [21]. Bezogen auf Jugendliche konnte Raithel [32] im Rahmen der Lebensstilanalyse eine Lebensstilgruppe herausarbeiten, die den höchsten Jungenanteil aufweist. Dieser risikohaft-hedonistische Lebensstil geht u.a. einher mit hochkalorischer Ernährung, riskantem Verkehrsverhalten, delinquenten Verhaltensweisen sowie Tabak- und Alkoholkonsum.

Von der Vielzahl riskanter Verhaltensweisen werden in der Literatur folgende am häufigsten genannt:

- Gewalttätiges Verhalten
- Rauchverhalten
- Trinkverhalten
- Ernährungsgewohnheiten
- Unfallverletzungen (v. a. Unfälle im Straßenverkehr)
- Riskante Sportarten und Hobbys
- Glücksspiel
- Nichtinanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen

Hurrelmann [18] kommt nach eingehender Beschäftigung mit der Gesundheitsthematik zu dem Ergebnis, dass die zahlreichen riskanten Verhaltensweisen, die Männer im Vergleich zu Frauen zeigen, ein gemeinsames Merkmal aufweisen: Die Männer verhalten sich rücksichtslos ihrem Körper gegenüber. Sie betrachten ihn wie eine Leistungsmaschine, die nur dann repariert werden muss, wenn sie nicht mehr funktioniert – aber dann ist es häufig schon zu spät.

3 Riskante Verhaltensweisen und Verhältnisse

Männer verhalten sich nicht nur riskanter als Frauen, sie leben auch unter Bedingungen bzw. in Verhältnissen, die mit einer höheren Gefährdung für ihre Gesundheit verbunden sind. Diese Verwobenheit von Verhalten und Verhältnissen wird besonders prägnant von Brähler dargestellt: „Das Leben eines Mannes ist riskanter. Und das schon von Anbeginn an. Gleichzeitig mit 100 weiblichen Embryos werden 120 bis 130 männliche gezeugt; gleichzeitig mit 100 Mädchen erblicken 105 Knaben das Licht der Welt. Aber schon bei den über 65-jährigen – da klammere ich also bereits die Kriegsgeneration aus – machen die Frauen 60,5 % der Bevölkerung aus. Welche rein biologischen Dinge da eine Ursache sind und was aus dem Rollenverhalten resultiert, konnte bislang noch niemand genau abgrenzen. Fest steht, dass Männer durch ihren Alltag häufiger Unfälle erleiden, durch den Beruf mehr Gefahren ausgesetzt sind und auch, dass sie in jedem Lebensabschnitt häufiger den Ausweg des Suizids suchen. Das potenziert sich durch die ungesündere, sorglosere Lebensweise des Durchschnittsmannes: Er trinkt mehr Alkohol, isst fettiger, raucht häufiger, geht seltener zum Arzt, nutzt deutlich weniger die Angebote zur Vorsorgeuntersuchung.“ [4]

Die enge Verbindung von Verhalten und Verhältnissen soll am Beispiel der Gewalt noch ausführlicher betrachtet werden: Männer treten besonders häufig als Täter gewalttätiger Verhaltensweisen in Erscheinung. Diese gewalttätigen Verhaltensweisen finden überwiegend zwischen Männern in der Öffentlichkeit statt. Folglich sind Männer – vor allem als Jugendliche und Heranwachsende – besonders häufig auch Opfer männlicher Gewalt. Mannsein geht offenbar im Vergleich zum Frausein mit der erhöhten Gefahr einher, Opfer von Gewalt zu werden.

Wenn Männer in jedem Lebensabschnitt häufiger als Frauen Suizid begehen, dann stellt sich auch hier die Frage nach den Verhältnis-

sen, die subjektiv nur diesen Ausweg zulassen. Beim Suizid handelt es sich allerdings bei den Männern nicht um riskantes Verhalten, da sie vor allem durch Erschießen und Erhängen die Selbsttötung gezielt herbeiführen.

Überwiegend Männer sind in beruflichen Feldern tätig, in denen das Risiko tödlicher Unfälle besonders erhöht ist: 2008 lag die Frauenquote bei tödlichen Arbeitsunfällen bei 8,9 %, die der Männer folglich bei 91,1 % [6]. Dies soll verdeutlichen, dass eine einseitige Beschäftigung mit riskanten Verhaltensweisen, die tendenziell häufiger von Männern als von Frauen gezeigt werden, zu kurz greift. Es muss auch die Beziehung von Verhalten und Verhältnissen mit in den Blick genommen werden. Die Frage lautet: Wie ist die Beziehung zwischen den von Männern gezeigten riskanten Verhaltensweisen und den riskanten Verhältnissen, in denen sich Männer befinden? Inwieweit schafft ihr riskantes Verhalten riskante Verhältnisse und umgekehrt?

3.1 Ein differenzierter Blick auf riskante Verhaltensweisen: Anforderung an die Daten

Die Beschäftigung mit riskanten Verhaltensweisen von Männern löst bei vielen Unbehagen aus. Folgende Fragen drängen sich auf: Steht nun der Mann wieder mit seinen negativen Merkmalen im Fokus der Aufmerksamkeit? Auch in der wissenschaftlichen Literatur [12] wehren sich Männer zunehmend gegen diesen Defizitdiskurs. Entgegen der immer wieder betonten pauschalisierenden Minderwertigkeit der Männer in der Gesundheit wird die Forderung gestellt, den Blick auf die erheblichen internen Differenzierungen bei Männern zu richten. Denn nur wenn diese Unterschiede zwischen den Männern und das sich verändernde Verhalten der Männer je nach Lebensphase in den Blick kommt, kann der subjektive Sinn riskanter Verhaltensweisen verstanden werden. Darüber hinaus können auch die Stärken der Männer wahrgenommen werden, d. h. deren bereits vorhandenes ver-

nünftiges Gesundheitsverhalten. Die Betrachtungen des lebensphasenspezifischen Sinns riskanter Verhaltensweisen und des vernünftigen Gesundheitsverhaltens eröffnen wichtige Ansätze zur Förderung der Männergesundheit. Die immer wieder erneute Darlegung der klassischen männlichen Geschlechterbilder in Gegenüberstellung zu den klassischen weiblichen Geschlechterbildern birgt die Gefahr in sich, diese Geschlechtsstereotype noch zu verstärken. Wir werden zwar trotz all dieser Bedenken nicht ganz ohne einen Rückgriff auf das klassische Männlichkeitsbild auskommen [22], weil es de facto immer noch Wirkung zeigt, aber es soll auch der bereits deutlich erkennbare Wandel thematisiert werden. Um riskante Lebensweisen differenziert zu betrachten, bedarf es bestimmter Herangehensweisen. Die Erhebung von Häufigkeiten, z. B. differenziert nach Geschlecht, Alter und anderen beschreibenden Merkmalen (wie sozioökonomischer Status, Bildungslevel, Familienstand etc.) ermöglicht es, Gruppen zu identifizieren, die bestimmte riskante Verhaltensweisen verstärkt zeigen. Bereits hier kann durch eine anspruchsvolle quantitative Herangehensweise eine höhere Differenzierung in der Betrachtung erreicht werden. Diese Daten finden sich für Deutschland in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, die seit den 70er-Jahren in der BRD entwickelt wurde [3]. Diese für die Öffentlichkeit über die Internetseite gut zugängliche Online-Datenbank führt Gesundheitsdaten und Gesundheitsinformationen aus über 100 verschiedenen Quellen zusammen. Zu diesen Quellen zählen Erhebungen des Statistischen Bundesamtes und der Statistischen Landesämter, des Robert Koch-Institutes, der Krankenkassen und zahlreicher weiterer Institutionen des Gesundheitsbereiches, ebenso die Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS) des Bundeskriminalamtes. Informationen über riskante Verhaltensweisen finden sich unter der Überschrift „Gesundheitsverhalten- und -gefährdungen, speziell Life-Style“. Dazu zählen Indikatoren zur Ernährung, zu Tabak/Rauchen, Alkohol, Drogen, Sport/körperliche Aktivität,

Sucht inkl. Medikamentenmissbrauch etc. Der wichtige Schritt aber, der die subjektive Sichtweise auf das von Männern gezeigte riskante Verhalten erschließt und einen verstehenden Zugang ermöglicht, der auch Ansatzpunkte für Veränderungen aufzeigt, ist nur durch ergänzende qualitative Forschung gegeben. Ein deutscher Männergesundheitsbericht, der sich nur auf die quantitativen Forschungsergebnisse beschränkt, ohne die durch die qualitative Forschung ermöglichte subjektiven Sichtweisen der handelnden Männer zu erheben, muss zu kurz greifen. Qualitative Methoden bilden „eine unverzichtbare Basis eines verstehenden Zugangs zur sozialen Wirklichkeit, die sich aus der interpretativ-verstehenden Arbeit des Forschers an sinnhaften, sprachlich vermittelten Äußerungen ergibt“ [16]. Für den hier geforderten verstehenden Zugang zu männlichem Risikoverhalten liegen zahlreiche Studien vor, die quantitative und qualitative Ansätze miteinander verbinden. Eine sehr empfehlenswerte Studie ist die von Raithel [30] zu jugendlichen Risikoverhalten als Ursache für Unfälle im Straßenverkehr. Da aber das gewalttätige Verhalten von Männern als riskantes Verhalten näher betrachtet werden soll, wird die Studie von Intensivtätern [29] herangezogen, die ebenfalls die quantitative und qualitative Forschungsmethodik verbindet.

3.2 Beispiel für eine differenzierte Betrachtung des Kollektivs „Männer“

Das Plädoyer für eine Differenzierung innerhalb des Kollektivs „Männer“ nach sozialen Situationen und Lebensphasen [12] hat z. B. in der Veröffentlichung des Robert Koch-Instituts Berücksichtigung gefunden. Rommel et al. [38] werfen mit ihrem Beitrag zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes mit dem Titel „Lebensführung und Sport“ einen differenzierten Blick auf die soziale Situation von Männern und Frauen. Allerdings weisen die Autoren darauf hin, dass die von ihnen herausgearbeiteten Lebensstilgruppen Typisierungen darstellen, die möglicherweise nur vorübergehende Le-

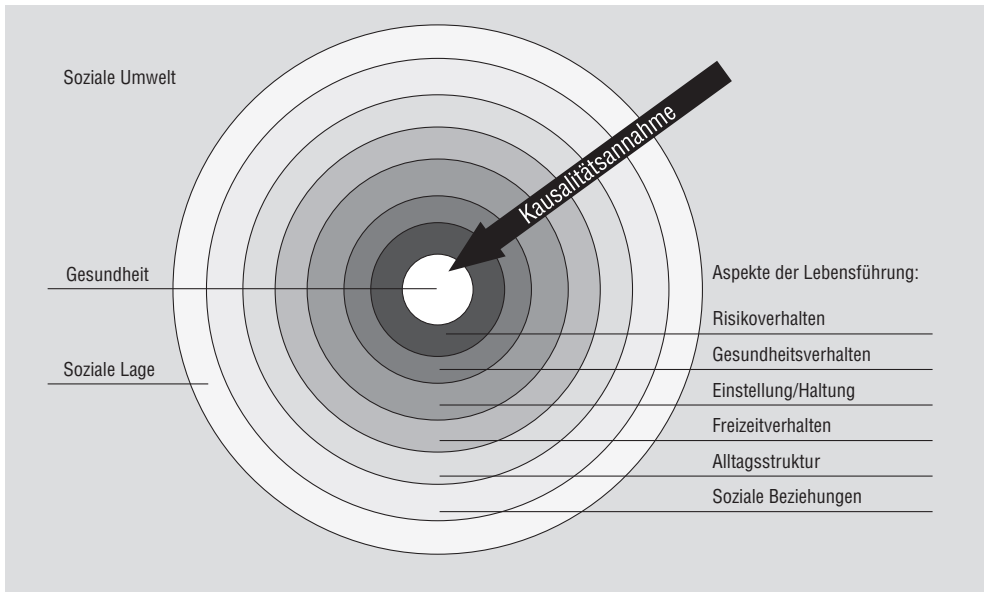


Abbildung 1: Modell der gesundheitspezifischen Lebensführung. Quelle: Rommel A., Klaes L., Cosler D. et al. (2008). Lebensführung und Sport. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin, Robert Koch-Institut.

bensphasen beschreiben. Um zielgruppenorientierte Maßnahmenentwicklung voranzutreiben, werden soziale Subgruppen gebildet und wird deren vielfältiger Alltag dargestellt.

Auf der Grundlage von den Daten aus drei bundesweit repräsentativen Erhebungen werden für Frauen und Männer von 25 bis 50 Jahren zwanzig Lebensstilgruppen gebildet, die sich hinsichtlich der Ausprägung einer Vielzahl von Merkmalen unterscheiden. Zu diesen Merkmalen gehört auch das sogenannte Risikoverhalten, aber es ist nur ein Element in einem Modell der gesundheitspezifischen Lebensführung. Dieses Modell umfasst eine Abfolge von konzentrischen Kreisen, die in die soziale Umwelt eingebettet sind. Jeder Kreis steht für einen Aspekt der Lebensführung. Die verschiedenen Aspekte der Lebensführung wirken von außen nach innen aufeinander ein und erzeugen zusammen die Gesundheit, die als der innerste Kreis abgebildet ist. Die Wirkungsrichtung verläuft von der sozialen Welt hin zur Gesundheit einer Person. Die verschie-

denen Schichten der individuellen Lebensführung können den Einfluss der sozioökonomischen Faktoren abschwächen oder verstärken. Hierbei handelt es sich von außen nach innen dargestellt, um:

- Die sozialen Beziehungen: Lebt eine Person ihr Leben familiär, als Paar, als Single oder auf eine andere Art? Wie ist sie in den weiteren Familien- und Freundeskreis eingebunden?
- Die Alltagsstruktur: Ist die Person erwerbstätig bzw. in welchem Umfang? Wie teilt die Person ihre Zeit im Alltag ein? Wie stark ist die Berufs- und Karriereorientierung im Vergleich zur Familien- und Freizeitorientierung?
- Das Freizeitverhalten: Welche Freizeitaktivitäten werden gewählt?
- Die Einstellungen und Haltungen: Welche Werthaltungen liegen vor? Hat die Person den Eindruck, dass sie ihr Leben und ihre Gesundheit durch ihr Verhalten beeinflussen kann (Kontrollüberzeugung)?
- Das Gesundheitsverhalten (ohne Risikoverhaltensweisen): Was wird aktiv zur Gesund-

heitserzeugung getan? Wie häufig wird der Arzt aufgesucht?

- Das Risikoverhalten: Welche Risikoverhaltensweisen (z.B. Rauchen, Alkoholkonsum, einseitige Ernährung und Bewegungsmangel) werden gezeigt?

Ein Zusammenhang, der bereits im Schaubild dargestellt ist, wird uns noch näher bei der Auseinandersetzung mit den Ursachen des Risikoverhaltens betrachtet: Das Risikoverhalten und das Gesundheitsverhalten werden umschlossen von einem konzentrischen Kreis, dem der Einstellungen und Haltungen. Und hierzu zählen „typisch männliche“ und „typisch weibliche“ Selbstbilder oder Einstellungen zur eigenen Person.

Halten wir aber schon einmal folgende Erkenntnis fest: Um zu ergründen, warum Personen Risikoverhaltensweisen zeigen, muss der Blick auf die konzentrischen Kreise gerichtet werden, die dieses Risikoverhalten einschließen, sowie die soziale Lage und die soziale Umwelt. Um nachvollziehen zu können, wie Menschen mit sich, vor allem mit ihrer Gesundheit, umgehen, müssen die Einstellungen und Haltungen erfragt sowie näher betrachtet werden, die im Verhalten zum Ausdruck kommen. Es wird aber keineswegs von einer deterministischen Beziehung zwischen der sozialen Lage einerseits und dem Bewusstsein und Verhalten andererseits ausgegangen. Heute kann eine in den Sozialwissenschaften geteilte Erkenntnis so zusammengefasst werden: „Soziale Lagen beschreiben Kombinationen von Lebensbedingungen, welche die inneren Haltungen und die Lebensgestaltungen der Menschen mitbestimmen, ohne sie jedoch zu determinieren.“ [38]

4 Differenzierte Betrachtung riskanter Verhaltensweisen von Männern

Im Folgenden soll das Anliegen der notwendigen Differenzierung der Betrachtung der von Männern gezeigten riskanten Verhaltensweisen aufgegriffen werden. Anhand ausgewählter riskanter Verhaltensweisen soll gezeigt werden,

dass sich das Verhalten über die Zeit, in Abhängigkeit vom sozialen Status, in Abhängigkeit von Bildung und Wissen sowie in Abhängigkeit vom Lebensalter verändert – und somit auch gesellschaftlich beeinflussbar ist.

4.1 Physische Gewalt als riskante Verhaltensweise

Gefährliche und schwere Körperverletzung wird hauptsächlich von Männern ausgeübt. Männer, vor allem die 18- bis 21-jährigen, sind sowohl als Täter aber auch als Opfer in ihrer Gesundheit durch gewalttätige Handlungen besonders gefährdet.

Gewalt als zielgerichtete Schädigung von Menschen durch Menschen hat viele Formen, vor allem können wir die physische und die psychische Gewalt unterscheiden. Gewalt verursacht hohen Schaden, körperliche und psychische Verletzungen. Psychische Gewalt, deren Folgen nicht so deutlich von außen sichtbar sind, wird in der polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) nicht als Gewaltverbrechen erfasst. Betrachten wir deshalb vorrangig das körperlich gewalttätige Verhalten und beschränken uns auf die gefährliche und schwere Körperverletzung (§ 224/§ 226 StPO). Anhand der PKS kann für das Jahr 2009 folgende Aussage getroffen werden: Bei gefährlicher und schwerer Körperverletzung, die allerdings nur 2,5 % aller Straftaten ausmacht, lag der Anteil der Männer bei 85,2 %, der der Frauen bei 14,8 % [7]. Daraus folgt, dass bei den Körperverletzungen (mit Ausnahme der Misshandlung von Kindern) „acht bis neun von zehn Tatverdächtigen männlich sind“. Körperliche Gewalt ist zunächst „riskant“ für das Opfer, wird doch dessen körperliche Unversehrtheit beeinträchtigt oder dessen Gesundheit geschädigt. Um eine schwere Körperverletzung handelt es sich, wenn das Opfer „das Sehvermögen auf einem oder beiden Augen, das Gehör, das Sprechvermögen oder die Fortpflanzungsfähigkeit, ein wichtiges Glied des Körpers verliert oder dauernd nicht mehr gebrauchen kann oder in erheblicher Weise dauernd entstellt wird oder in Siechtum, Lähmung oder geistige Krank-

heit oder Behinderung verfällt“ (§ 226 Schwere Körperverletzung). Diese bereits erschreckende Auflistung erwähnt noch mit keinem Wort die psychischen Folgen. Diese häufig schwere psychische Traumatisierung ist eine radikale Infragestellung des Selbst- und Weltverständnisses der Person. Ängste und Depressionen und selbstzerstörerische Bewältigungsstrategien wie exzessiver Alkoholkonsum beeinträchtigen in der Folge die Gesundheit nachhaltig und führen nicht selten zu einem „Selbstmord auf Raten“. Wichtig ist nun die für viele überraschende Erkenntnis, dass bezogen auf die gefährliche und schwere Körperverletzung der überwiegende Teil – mehr als 75 % der Opfer – männlichen Geschlechts sind! Die höchste Gefahr, Opfer von Körperverletzung zu werden, besteht für Männer zwischen 18 und 21 Jahren. Vergegenwärtigen wir uns, dass das Risiko für Männer, Opfer von Gewalt zu werden, insgesamt (mit Ausnahme der Sexualstraftaten und des Handtaschenraubs) das der Frauen übertrifft, dann kommen wir zu dem Ergebnis, dass Mannsein besonders in dieser Lebensphase eine „riskante Lebensform“ ist [36].

Es ist inzwischen hinreichend erforscht, dass nicht selten Täter zu Opfern und Opfer zu Tätern werden. Körperliche Gewalt zu zeigen, ist folglich auch für die Täter mit einem hohen gesundheitlichen Risiko verbunden. Auch sind die gravierenden psychosozialen Folgen – z. B. durch Aufenthalt(e) im Strafvollzug und damit verbundene tiefe biographische Einschnitte und Veränderungen der gesamten Lebenssituation und -perspektive zu nennen. Gewalttägliches Verhalten steht also in einer sehr engen Verbindung mit „Mannsein“ und gefährdet radikal die männliche Gesundheit.

4.2 Straßenverkehrsunfälle als riskante Verhaltensweise

Am Beispiel des riskanten Verhaltens im Straßenverkehr kann ebenfalls verdeutlicht werden, dass riskantes Verhalten in bestimmten Lebensphasen – besonders im Jugendalter – stark ausgeprägt ist.

Männer verursachen deutlich häufiger als Frauen Unfälle mit Personenschäden, dies gilt v. a. (ca. 90 %) für Motorradfahrer. Nach Angabe des Statistischen Bundesamtes 2009 waren überwiegend Männer an Unfällen mit Personenschaden beteiligt und wesentlich mehr Männer werden im Straßenverkehr getötet als Frauen – ca. im Verhältnis von ein Drittel Frauen zu zwei Drittel Männer.

Aber: In allen westlichen Gesellschaften steht der im Straßenverkehr erlittene Unfall an erster Stelle der Sterblichkeitsursachen im Jugendalter. Die wesentliche Unfallursache hierfür ist das riskante Verhalten der Jugendlichen, der 18- bis ca. 24-jährigen Männer und Frauen [30, 33, 45]. Die Wahrscheinlichkeit, im Straßenverkehr zu sterben, ist für Jungen und Mädchen zwischen 18 und 24 Jahren am höchsten.

4.3 Problematisches und pathologisches Glücksspielen als riskante Verhaltensweise

Die These, dass riskante Verhaltensweisen in Abhängigkeit von der Lebensphase unterschiedlich stark ausgeprägt sind, lässt sich ebenfalls anhand des problematischen und pathologischen Glücksspielens verdeutlichen: Männer zeigen zwar mit der höchsten Wahrscheinlichkeit dieses riskante Verhalten, die Quote ist bei ihnen um das 2,4-fache erhöht. Aber bei einer bestimmten Altersgruppe ist dies Verhalten besonders stark ausgeprägt – und dieses gilt für Frauen und Männer: die 18- bis 21-Jährigen [8].

4.4 Rauchverhalten als riskante Verhaltensweise

Am Beispiel des Rauchverhaltens wird deutlich, dass riskante Verhaltensweisen gesellschaftlichen Veränderungsprozessen unterliegen.

Die häufigste Todesursache der Männer zwischen 50 und 75 Jahren war 2006 Lungenkrebs [10]. Hier kann ein kausaler Zusammenhang mit dem Rauchverhalten als sehr wahrscheinlich angenommen werden. Auch dem Genderreport 2005 lässt sich entnehmen, dass Männer in allen Altersgruppen häufiger rauchen als Frauen.



Abbildung 2: Straßenverkehrsunfälle 2008. Getötete nach Altersjahren, darunter getötete Pkw-Benutzer. Quelle: Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2009). Verkehr. Verkehrsunfälle 2008. Wiesbaden, Statistisches Bundesamt, 229.

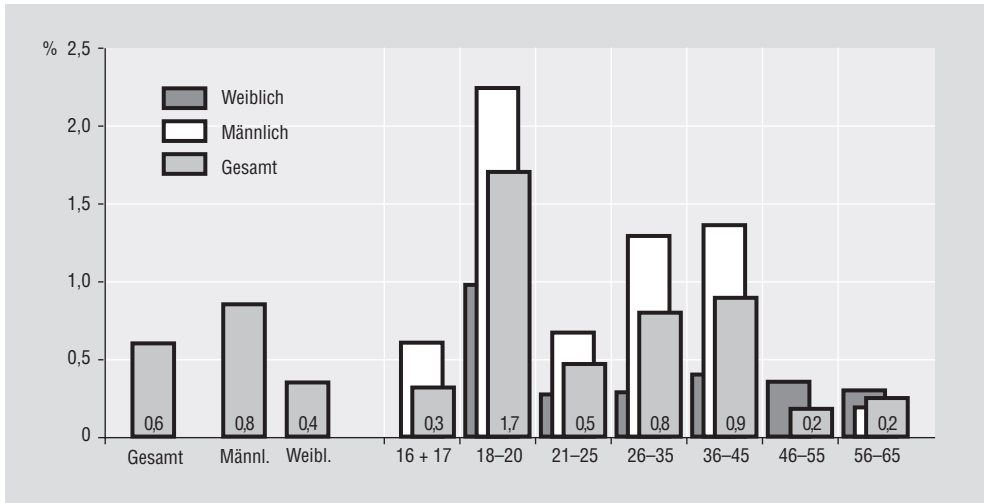


Abbildung 3: 12-Monats-Prävalenz des problematischen bzw. pathologischen Glücksspiels nach Geschlecht und Altersgruppen. Quelle: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2008). Glücksspielverhalten und problematisches Glücksspielen in Deutschland 2007. Ergebnisse einer Repräsentativbefragung. Bonn, BZgA, 25.

Aber: Gerade bei der Untersuchung des Rauchverhaltens zeigen sich in den letzten 15 Jahren deutliche Veränderungen: In der Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen rauchen 19,9% der Männer und 15% der Frauen. Die Differenz beträgt folglich nur noch rund 5% (Statistisches Bundesamt, 2010).

4.5 Alkoholkonsum als riskante Verhaltensweise

Der Alkoholkonsum als riskante Verhaltensweise steht in enger Beziehung zum geringen eigenen sozialen Status.

Bei Männern ist, so die Aussage des DAK Gesundheitsreports aus dem Jahr 2008, die alkoholische Leberkrankheit im Alter von 40 bis 45 Jahren die häufigste Todesursache. Alkoholische Lebererkrankung (ebenso wie Lungenkrebs) treten bei den Männern mehr als doppelt so häufig auf als bei Frauen [10]. Legt man die Gesundheitsberichterstattung des Bundes zu Grunde, dann starben im Jahr 2008 11 133 Männer und 3909 Frauen an alkoholbedingten Erkrankungen (Verhältnis 2,8:1).

Aber: Zwar hat das Alkoholtrinken über die Jahre auch bei Frauen zugenommen, jedoch zeigen junge Männer besonders hinsichtlich des regelmäßigen Alkoholkonsums und alkoholbedingten Rauscherfahrungen signifikant höhere Raten. Nach einer Untersuchung der BZgA trinken 40% der männlichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen regelmäßig Alkohol, aber nur 17% der gleichaltrigen Mädchen und Frauen. Entscheidend ist, dass dieser exzessive Alkoholkonsum in deutlichem Zusammenhang mit dem eigenen sozialen Status der Jugendlichen, speziell der jungen Männer zu sehen ist. Sowohl der regelmäßige Tabakkonsum als auch die wiederholte Rauscherfahrung stehen in engem Zusammenhang mit dem Schultyp. So weisen Hauptschüler einen riskanten Alkoholkonsum von 7%, Gymnasiasten aber nur von 2% auf.

Auf den Zusammenhang von sozialem Status und Risikoverhalten weist auch das Robert Koch-Institut hin, das verschiedene Lebensstilgruppen von 25- bis 50-Jährigen und deren Gesundheitsverhalten darlegt [38]. Stark ausgeprägter Alkoholkonsum ist besonders bei Männern mit niedrigem bis mittlerem so-

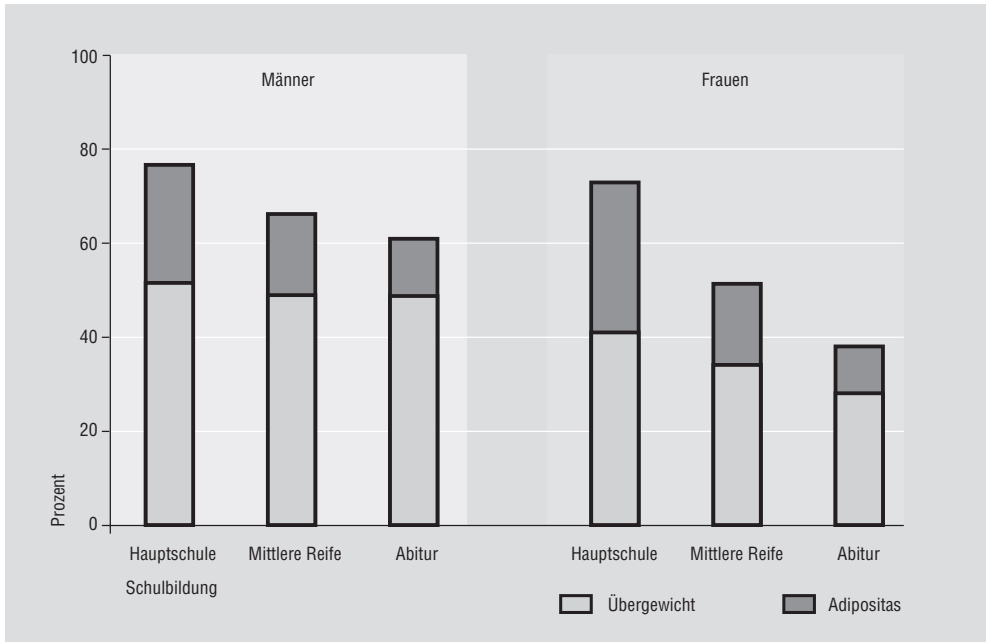


Abbildung 4: Verbreitung von Übergewicht und Adipositas nach Schulbildung und Geschlecht. Quelle: Robert Koch-Institut, Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2006). Gesundheit in Deutschland. Berlin, 114.

zialen Status zu verzeichnen, die überwiegend körperlich belastende Arbeit ausüben und mit ihrer Gesamtsituation nicht zufrieden sind.

4.6 Problematisches Essverhalten als riskante Verhaltensweise

Am Beispiel des Essverhaltens kann verdeutlicht werden, dass riskantes Verhalten eng mit Bildungs- und Wissensdefiziten verknüpft ist.

Das Ernährungsverhalten der Deutschen ist allgemein alarmierend, besonders aber das der Männer. Nach Auskunft des Europäischen Statistischen Bundesamtes sind zwei Drittel aller Männer zu dick, 48 % übergewichtig und 18,8 % fettleibig. Sie essen das Falsche – vor allem viel Fleisch – und zu viel davon. Die häufigste Todesursache für Männer zwischen 45 und 49 Jahren war 2008 der Herzinfarkt, der unter anderem mit den Essgewohnheiten zusammenhängt [10].

Aber: Es konnte nachgewiesen werden, dass sich bei Frauen und Männern mit dem Anstieg der Bildung die Ernährungsgewohnheiten verbessern. Dennoch konnten mehrere Untersuchungen [27] zeigen, dass Männer aller sozialen Schichten tendenziell über weniger Wissen über gesunde Ernährung verfügen als Frauen. Frauen lernen schon sehr früh, sich stärker für Ernährung zu interessieren und zeigen folglich stärker proaktives Informationsverhalten und eher günstigere Ernährungsgewohnheiten, d.h. sie essen mehr Obst, Gemüse, Getreide- und Milchprodukte.

5 Auf der Suche nach den Ursachen riskanter Verhaltensweisen von Männern

Als Ergebnis der bisherigen Ausführungen lassen sich zwei allgemeine Aussagen festhalten:

- Jungen und Männer sind rein statistisch gesehen insgesamt anderen Risiko- und Belastungskonstellationen ausgesetzt als das weibliche Geschlecht, üben aber auch aktiv riskantere Verhaltensweisen aus.

- Diese allgemeine Aussage bleibt – besonders wenn nach Ansatzpunkten für die Verbesserung der Männergesundheit gesucht wird – unbefriedigend, da es bei näherer Analyse erhebliche Unterschiede in der Ausprägung riskanter Verhältnisse und Verhaltensweisen gibt, die sich am deutlichsten in verschiedenen Lebensstilgruppen ausdrücken, die ihrerseits untrennbar mit dem Alter bzw. der Lebensphase und der sozialen Lage verbunden sind.

Hieraus ergeben sich nun zwei weitere Schritte:

- Es sollen Überlegungen dargelegt werden, die einen Zusammenhang zwischen Risiko- und Belastungskonstellationen herstellen, denen Männer ausgesetzt sind, und riskanten Verhaltensweisen, die Männer zeigen (siehe Punkt 6).
- Es soll exemplarisch ein Blick hinter die Kulissen einer Gruppe von jungen Männern – sogenannte „Intensivtäter“ – geworfen werden, um die riskante Gesamtsituation und die riskanten Verhaltensweisen besser zu verstehen (siehe Punkt 7).

Erst im Anschluss in diese beiden Schritte erscheint es sinnvoll, sich zu fragen, was zu tun ist, um die Gefährdung männlicher Gesundheit durch riskante Verhaltensweisen zu reduzieren.

6 Die Betrachtung der männlichen Risikokonstellationen

6.1 Die biologische Risikokonstellation: Testosteron

Das kleine Mädchen kommt mit zwei X-Chromosomen, der kleine Junge mit einem X und einem Y-Chromosom auf die Welt [19]. Das nur eine X-Chromosom wird als Erklärung dafür herangezogen, dass die männlichen Neugeborenen im Allgemeinen etwas vulnerabler und konstitutionell schwächer sind als weibliche. Auf dem Y-Chromosom konnten nun 20 verschiedene Gene identifiziert werden. Obwohl bei Männern und Frauen ca. 30 000 Gene identisch sind, hat dieser kleine Unterschied

deutliche Auswirkung auf das, was aus der befruchteten Eizelle wird. Elf dieser Gene werden im Hoden aktiv und steuern die Reifung der Spermien. Im Hoden wird das männliche Geschlechtshormon Testosteron, das in die Blutbahnen abgegeben wird, etwa ab der zehnten Schwangerschaftswoche produziert. Und eben dieses Testosteron steuert die Herausbildung aller spezifisch männlichen Merkmale, vom Aufbau des Skeletts bis hin zu den Ausprägungen neuronaler Verschaltungsmuster im männlichen Gehirn. Bereits vorgeburtlich führt der erhöhte Testosteronspiegel z. B. zu einer stärker ausdifferenzierten rechten Hemisphäre, die später für die räumliche Vorstellung zuständig ist. Bei den Mädchen werden hingegen beide Gehirnhälften gleichmäßiger genutzt. Dadurch wird schon früh die Faserverbindung zwischen beiden Gehirnhälften stärker ausgebildet, was die Aneignung komplexerer Denk-, Gefühls- und Verhaltensmuster von Anfang an erleichtert [19].

Der männliche Hormonmix ist schon im Mutterleib Auslöser und Regulator für die auf der Ebene der körperlichen Entwicklung sich herausbildenden Unterschiede. Von dieser körperlichen Entwicklung hängt nun aber wiederum die Gehirnentwicklung ganz entscheidend ab. In dem Maße, wie sich die Körper von Jungen und Mädchen anders entwickeln, werden im Gehirn die betreffenden neuronalen Regelkreise geschlechtsspezifisch anders ausgeformt. Als Beispiel sei angeführt, dass kleine Jungen einfache motorische Aufgaben, z. B. Wiederholungsaufgaben, schneller ausführen als Mädchen und in der Folge auf besser ausgebaute, aber weniger komplexe Verschaltungsmuster im Gehirn als Mädchen zurückgreifen können.

Aber: Wir wissen heute, dass unser Gehirn bis in hohe Alter eine enorme Plastizität aufweist: „Unser Gehirn vernetzt sich, denkt und arbeitet so, wie wir es benutzen, und neue Verhaltensweisen bilden sich vor allem dann besonders rasch heraus und werden immer dann besonders fest verknüpft, wenn das, womit wir

uns intensiv beschäftigen, für uns von ganz besonderer Bedeutung ist – wenn es unter die Haut geht, wenn es uns begeistert, aufregt oder auf andere Weise mit einer Aktivierung der emotionalen Zentren in den tiefer liegenden Bereichen unseres Gehirns einhergeht.“ [19] Oder einfacher formuliert: Wie das Gehirn des Mannes wird, hängt davon ab, wie und wofür er es benutzt. Im Prozess der geschlechtsspezifischen Ausdifferenzierung ist das biologische Potenzial bedeutungsvoll, aber die Entwicklung auf der körperlichen Ebene wird vielfältig durch die soziale, geistige und kulturelle Umwelt geformt.

Ohne jeden Zweifel bewirkt das Testosteron viel, aber das bedeutet noch lange keine einfache Kausalität von Testosteron und aggressivem bzw. dominanten Verhalten oder Risikoverhalten.

In einer Studie von Eisenegger et al. [13] konnte anhand eines Verhandlungsexperiments, bei dem der Hälfte der Versuchspersonen 0,5 mg Testosteron verabreicht wurde, die andere Hälfte nur ein Scheinpräparat erhielt, ein interessantes Ergebnis erzielt werden: Die Personen, die mehr Testosteron erhalten hatten, verhielten sich nicht aggressiver, selbstbezogener oder riskanter. Sie zeigten vielmehr das erfolgsversprechendere und somit statuserhöhendere Verhalten, das waren in diesem Fall allerdings faire Verhandlungsangebote. Die Forscher leiten daraus ab, dass das Hormon die Sensitivität für den Status erhöht. Ob sich aber das erhöhte Statusbewusstsein in Aggression oder in prosozialem Verhalten ausdrückt, hängt von den Anforderungen der jeweiligen Umwelt ab. Diese Erkenntnis passt gut zu der sogenannten „Challenge Hypothese“, die von Archer [2] vertreten wird: Auch Archer sieht den Zusammenhang zwischen Testosteron und verstärkt dominanten Verhaltensweisen. Auch er betont, dass Dominanz keineswegs mit Aggressivität gleichzusetzen ist, sondern darauf abzielt, einen sozialen Status zu behalten oder zu erlangen. Neu ist allerdings die Aussage, dass die Situationen, in der der soziale Status einer

Person bedroht oder herausgefordert wird, zu einem Anstieg von Testosteron führen [2]. Es sei hier auch auf die Arbeit des Persönlichkeitspsychologen Zuckermann [50] verwiesen. Er sieht einen engen Zusammenhang zwischen der Höhe der Testosteronproduktion und der Persönlichkeitseigenschaft des „Sensation Seeking“. Personen, die eine starke Ausprägung dieser Persönlichkeitseigenschaft aufweisen, suchen wechselnde, neue, komplexe und intensive Reize und nehmen dafür physische, soziale, legale und finanzielle Risiken auf sich. Auch hier kann folgende Verbindung aufgezeigt werden: Wenn die Person sich in der Situation in ihrem Status bedroht fühlt, wird mehr Testosteron produziert und in der Folge zeigt sich eine stärkere Aktivierung der Persönlichkeitseigenschaft des „Sensation Seeking“.

Es hängt ganz entscheidend von den Lern- und Entwicklungsangeboten besonders in der Kindheit und im Jugendalter ab, in welches Verhalten sich diese durch Testosteron bedingte Bereitschaft umsetzt. Für die Pubertät, in der die Produktion von Testosteron bei den Jungen stark ansteigt, belegen zahlreiche Untersuchungen der Entwicklungspsychologie, dass die pubertären biologischen Abläufe nicht direkt mit Verhalten verbunden sind, sondern über ein komplexes Zusammenspiel biopsychosozialer Variablen vor und während der Pubertät vermittelt sind [5].

6.2 Die psychosoziale Risikokonstellation: Das „männliche“ Geschlechtsrollen-Selbstkonzept

Die Geschlechtsrolle hat ganz wesentlichen Einfluss darauf, wie eine Person sich zu ihrem Körper verhält und was sie für ihre Gesundheit tut.

Was aber ist mit dem Begriff „Geschlechtsrolle“ gemeint: Die Geschlechtsrolle knüpft komplexe Erwartungen daran, wie sich ein Mann bzw. eine Frau verhalten und welche psychologischen Charakteristika (Attribute) sie aufweisen sollte. Diese Erwartungen knüpfen an das biologische Geschlecht an, sind aber als von Menschen im konkreten gesellschaftlichen Umfeld

geschaffene Konstrukte nicht mit dem biologischen Geschlecht gleichzusetzen [17].

Der Erwerb der Geschlechtsrolle ist das Ergebnis eines Lernprozesses. Die Person erwirbt nicht nur eine Geschlechtsrolle, d. h. Erwartungen über gewünschte Verhaltensweisen und Attribute von Mann bzw. Frau, sondern ebenfalls als elementaren Teil des eigenen Bildes von sich selbst ein Geschlechtsrollen-Selbstkonzept. Konzentrieren wir uns auf die männliche Person: Sie lernt eine Antwort auf folgende Fragen zu geben: Welche Erwartungen der wichtigen Personen in meinem Umfeld muss ich erfüllen, um von ihnen als Junge/Mann akzeptiert zu werden? Wie verstehe ich mich selbst als Junge/als Mann? Welche Verhaltensweisen sollte bzw. darf und will ich zeigen oder nicht zeigen, um männlich zu sein? Als Ergebnis der Auseinandersetzung mit den im sozialen Umfeld bedeutungsvollen Geschlechtsrollen formt er sein eigenes Geschlechtsrollen-Selbstkonzept. Er kann sich selber sowohl mit solchen Eigenschaften beschreiben, die in unserer Gesellschaft als typisch für das weibliche und typisch für das männliche Geschlecht gelten. Ein typisch maskulines Selbstkonzept, egal, ob nun eine Frau oder ein Mann ein derartiges Selbstkonzept verinnerlicht hat, würde dann z. B. Adjektive wie „durchsetzungsfähig“, „risikofreudig“, „überlegen“ etc., ein typisch feminines Selbstkonzept hingegen Adjektive wie „gefühlbetont“, „auf andere eingehend“, „verständnisvoll“ beeinhaltend.

Die inhaltliche Ausgestaltung der Geschlechtsrollen und deren Ausdifferenzierung unterliegen einem Wandel. Dieser wird u. a. durch die sich verändernden und vielfältigen Anforderungen im Produktions- und Reproduktionsprozess, also in der Arbeitswelt und der Welt der privaten Beziehungen, hervorgerufen. Folglich gibt es nicht die eine männliche Geschlechtsrolle, sondern in unserer Gesellschaft bestehen viele verschiedene Geschlechtsrollen nebeneinander. Und dennoch ist die traditionelle männliche Rolle immer noch für die

Ausbildung des individuellen Geschlechtsrollen-Selbstkonzept als ein Grundmuster von erheblicher Bedeutung. Sie zeichnet ein Bild des Mannes, der sich sehr stark über Leistung definiert, möglichst keine Schwäche zeigt und Abenteuer und Risiko sucht. Gerade im Prozess des Geschlechtsrollen-Erwerbs [46] werden von den Heranwachsenden zunächst stereotype Bilder von Männlichkeit und Weiblichkeit gesucht, um eine erste Orientierung in der Gestaltung der eigenen Identität zu finden. Erst mit zunehmendem Alter erfolgt – allerdings in Abhängigkeit von der Fähigkeit zur Auseinandersetzung mit und der Verfügbarkeit konkreter Identifikationsfiguren im eigenen Umfeld – eine Differenzierung dieser Geschlechtsrollenstereotype und des eigenen Geschlechtsrollen-Selbstkonzeptes. Wenn Männer sich nicht nur in der Kindheit, sondern auch als Jugendliche und Erwachsene an diesem traditionellen Geschlechtsrollenkonzept orientieren und es zur Grundlage ihrer Geschlechtsrollen-Selbstkonzeptes machen, dann ist dies mit erheblichen Gefährdungen für die Gesundheit verbunden [43]. Mit Sieverding können wir festhalten, dass die traditionelle feminine Rolle einen gewissen Schutz für die körperliche Gesundheit darstellt. Wenn es Männern gelänge, stärker feminine Qualitäten zu entwickeln bzw. als „weiblich“ beschriebene Attribute in ihr Geschlechtsrollen-Selbstkonzept zu integrieren, könnte sich ihre Gesundheit verbessern. Als ein Beweis für die lebensverlängernde Wirkung eines Lebens ohne typisch männliche Verhaltensweisen kann auf die „Klosterstudie“ von Luy verwiesen werden. Mönche, die mehr Zeit für die Selbstsorge haben, in festen Strukturen leben und sich gesünder ernähren, leben drei bis vier Jahre länger als ihre Geschlechts-genossen jenseits der Klostermauern [25, 26].

Sich permanent auf Leistung zu programmieren, die eigene Schwäche zu ignorieren und den Druck zu verspüren, sich durch mutige Taten immer wieder neu beweisen zu müssen, geht mit den riskanten Verhaltensweisen einher, die bereits anfangs angeführt wurden. Es

setzt die derart programmierten Jungen und Männer unter einen hohen Stress, um das Ideal von Mannsein zu erreichen, dies Ideal von Großartigkeit, Überlegenheit und Unangreifbarkeit. Etwas vereinfacht dargestellt, verläuft ein derartiger Sozialisationsprozess wie folgt: Der kleine Junge versucht schon früh etwas Unmögliches zu vollbringen: Er will beweisen, dass er kein kleines Kind ist, dass er nichts Weibliches an sich hat, obwohl sich diese Gefühle drängend in ihm zu Wort melden. Zu diesem drängenden Gefühl zählt auch die allzu verständliche Hilflosigkeit in Anbetracht der realen Herausforderungen. Aber da diese Hilflosigkeit nicht sein darf, um nicht ausgegrenzt zu werden, muss sie negiert und verachtet werden. Ein Prozess der zunehmenden Selbstverleugnung und die Jagd nach Unverwundbarkeit beginnt. Nur mit selbstfremdem Mannsein ist Anerkennung und Erfolg, Gemeinschaft und Freundschaft verbunden. Um die Illusion der eigenen Stärke vor sich und vor anderen aufrechtzuerhalten, wird alles Weiche in der eigenen Person als Bedrohung empfunden. Mit der Unkenntnis der eigenen Person aber geht auch die Unfähigkeit einher, sich in die anderen hineinzusetzen. Die wechselseitige Distanz wächst, das Gefühl der Bedrohung hingegen steigt an. Stoklossa [58] bezeichnet diesen Zustand als „Stand-by-Syndrom“: eine Daueranspannung der Bedrohtheit. Um sich als „Held“ zu präsentieren, müssen Enttäuschungen abgewehrt werden. Sich durch Aggressivität Geltung zu verschaffen, kann eine Möglichkeit darstellen, den Wunsch nach Größe doch noch zu erfüllen. Und dieses gewaltförmige Verhalten wird umso wahrscheinlicher, je mehr junge Männer in gesellschaftliche Randbereiche abgedrängt werden. Mannwerdung ist gerade in diesen Sozialmilieus gleichbedeutend mit scharfer Selbstbehauptung in knallharten Konkurrenzkämpfen zwischen Männern.

Was fehlt, ist eine wohlwollende, akzeptierende Beziehung zu sich selbst. Der Hass auf die eigenen verleugneten Selbstaspekte richtet sich als Hass nach außen. So hetzt der Mann zwischen

Heldenpräsentationen – nach Bewunderung und Applaus lechzend – und Rückzugsnischen hin und her, das Leben wird aufgespaltet in Fassade und Verschwiegenheit.

Dies ist die eine Variante, die Verinnerlichung dieses „Macho-Männlichkeitsmodells“. Aber kommen wir zu der notwendigen Suche nach Orientierung zurück. Männer brauchen positive Modelle, die den Weg weisen und helfen, die eigene Identität zu gestalten. Wichtig ist hierfür zunächst eine mit positiven Attributen beschriebene Geschlechtsrolle, mit der sich der Heranwachsende auseinandersetzt, um das eigene Geschlechtsrollen-Selbstkonzept zu entwerfen. Was aber, wie Konovsky und Wendt [24] behaupten, wenn Männer überall mit der Abwertung von Männlichkeit, einer subtilen Männerverachtung konfrontiert werden, wenn Weiblichkeit prämiert und Männlichkeit diskriminiert wird? Diese zunehmend beklagte Verunsicherung der Männer kann sich – so die Befürchtung – in einem latenten Selbsthass äußern. Wer keine positiven Gefühle sich selbst gegenüber entwickelt, wird sich auch

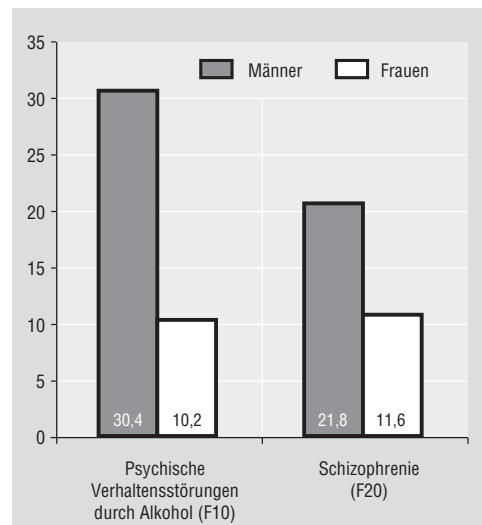


Abbildung 5: Männertypische Krankenhausdiagnosen aus dem Bereich psychische Erkrankungen. Krankenhaustage pro 1000 Versicherte. Quelle: DAK (Hrsg.) (2008). DAK-Gesundheitsreport. Hamburg.

nicht um sich kümmern. Gesundheit muss immer neu erzeugt werden und basiert auf einer Selbstliebe, die zur Selbstsorge führt, die sich in der Wahrnehmung und angemessenen Befriedigung der eigenen körperlichen Bedürfnisse äußert. Wenn die Person männlichen Geschlechts sich dafür schämt, ein Mann zu sein, dann ist eine Sorge um die eigene Gesundheit nicht oder in geringerem Ausmaß zu erwarten [39]. Dann kann „Mann“ sich auch betrinken und damit Schritt für Schritt zugrunde richten. Ein Blick auf den DAK-Gesundheitsreport 2008 ist hier aufschlussreich: Bei den männlichen DAK-Versicherten nehmen die Krankenhausdiagnosen „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ den ersten Rang ein, aber auch in der Bundesstatistik aus 2005 sind psychische Verhaltensstörungen durch Alkohol häufigster Behandlungsanlass von Männern im Krankenhaus. Nur selten wird erwähnt, dass die Diagnose Schizophrenie, diese schwere psychiatrische Krankheit, die mit Wahnideen, Halluzinationen, Identitätsverlust und sozialem Rückzug einhergeht, im DAK-Gesundheitsreport an zweiter Stelle der Krankheitsdiagnosen steht. Hierbei sind vor allem Männer zwischen dem 20. und 25. Lebensjahr betroffen.

Bei der Schizophrenie stellt sich die Person die quälende Frage: „Wer bin ich?“ Nicht selten beschreiben Patienten ihr „Ich“ als in viele Fragmente zerrissen. Diese Störung der Identität könnte durchaus in enger Verbindung mit der kollektiv beklagten Identitätskrise der Männer stehen. Dieser vermutete Zusammenhang kann als Anregung für zukünftige Forschung verstanden werden.

7 Exemplarische Analyse riskanten Verhaltens: Gewalttätiges Verhalten von jungen Männern, sogenannte „Intensivtäter“

Werfen wir nun einen Blick auf eine zahlenmäßig kleine Gruppe von jungen Männern, die ein besonders riskantes Verhalten zeigen, die sogenannten „Intensivtäter“. Dieser umstrittene Begriff bezeichnet junge Straftäter, die

verdächtig sind, besonders viele und schwere Delikte, wie z. B. Raub, Roheits- und/oder Eigentumsdelikte in besonderen Fällen innerhalb eines Jahres begangen zu haben, und bei denen die Gefahr einer sich verfestigenden kriminellen Karriere besteht.

Derart gewalttätiges Verhalten kann aus mehreren Gründen als riskant bezeichnet werden: Zum einen werden viele Menschen durch diese Gewalttaten zum Opfer, d. h. in deren Leben und körperliche Unversehrtheit wird massiv eingegriffen. Riskant ist die Ausübung von gewalttätigen Verhaltensweisen zum anderen für die Täter selbst, denn sie setzen sich der erhöhten Gefahr aus, selbst Opfer von Gewalt zu werden. Darüber hinaus geraten sie durch ihre Taten (noch in erhöhtem Maße) in eine gesellschaftliche Randposition. Häufig ist das gewalttätige Verhalten ein Teil eines Lebensstils, zu dem z. B. auch vermehrter Alkohol- und Drogenkonsum gehört, der häufig mit extremen gesundheitlichen Folgeschäden verbunden ist.

Die Beschäftigung mit dieser Gruppe junger Männer greift auf eine Studie des Berliner Kriminologen Ohder zurück, der sich auf verschiedenen Wegen diesen Menschen angenähert hat. Zum einen durch die Analyse von 264 (von insgesamt 331) „Intensivtäterakten“ der Staatsanwaltschaft Berlin (Abteilung 47) [29] und zum anderen durch Interviews mit 27 inhaftierten Intensivtätern, deren Akten zuvor analysiert worden waren sowie der Auswertung ihrer Schulakten [28]. Diese Kombination von quantitativer und qualitativer Forschungsmethodik wird der zuvor geforderten Annäherung an „riskante Verhaltensweisen“ gerecht und soll deshalb herangezogen werden. Wir erfahren durch die quantitative Analyse viel über die „objektiven“ Riskokonstellationen, die für diese Gruppe gewalttätiger junger Männer charakteristisch sind und können darüber hinaus einen Blick hinter die Kulissen werfen und uns der Selbstsicht der Handelnden annähern.

Was erfahren wir über diese Männer als Ergebnis der Analyse der „Intensivtäterakten“

der Staatsanwaltschaft Berlin? Bei den 264 Intensivtätern handelt es sich fast ausschließlich um Männer, die zum Zeitpunkt der Datenerhebung überwiegend (d.h. 80 %) zwischen 14 und 20 Jahre alt sind. Geht man von einem weiten Migrationsbegriff aus, der besagt, dass Migration und die damit zusammenhängenden Erfahrungen im Leben einer Person unmittelbar gegenwärtig sind [29], dann besteht bei etwa 70 % der untersuchten Vielfachtäter ein Migrationshintergrund. Viele der Untersuchten stammen aus Familien, die in Deutschland zeitweise unter äußerst prekären Bedingungen leben mussten, wie z. B. im Wohnheim, mit Arbeitsverbot der Eltern und hohen materiellen Beschränkungen. Nur wenige der Jugendlichen sind Nachkommen „klassischer Arbeitsmigranten“. Allerdings sind drei Viertel der Untersuchten in Deutschland geboren.

Die Jugendlichen stammen überwiegend aus strukturell intakten Familien, d.h. in 65 % war die Vaterposition durch den leiblichen Vater besetzt, aber 45 % der Biographien weisen Diskontinuitäten in der Beziehung zum Vater auf, sei es durch Tod des Vaters oder Trennung der Eltern. Es kann also von einer strukturellen Labilität der Familie gesprochen werden.

Betrachten wir die sozioökonomische Situation der Familien der „Intensivtäter“, überwiegt ein geringer Bildungs- und Qualifikationsstand der Elternhäuser. Bei nur ungefähr einem Drittel der Väter besteht ein reguläres Beschäftigungsverhältnis mit existenzsicherndem Einkommen. Familien mit einem mittleren Sozialstatus stellen eine seltene Ausnahme dar.

Erschreckend schlecht sind die Aussagen über die schulische Bildung der „Intensivtäter“. Zwar lief die Grundschulzeit bei noch ca. 70 % der untersuchten Fälle „glatt“, aber am Ende liegt der Anteil derjenigen, die eine berufliche Ausbildung auf einer abgeschlossenen Schulbildung aufbauen können, bei maximal 20 %. Schulversagen gepaart mit Auffälligkeiten im Sozialverhalten sind ein besonders häufig anzutreffendes Phänomen. Bei den Jugendlichen spielt die Erwerbstätigkeit so gut wie keine Rolle.

Die Darstellung der Ergebnisse der Analyse der Intensivtäterakten der Staatsanwaltschaft Berlin ist hier nur auszugsweise wiedergegeben, kann aber hinreichend verdeutlichen, dass diese Personengruppe in einem durch Ressourcenmangel zu charakterisierenden sozialen Umfeld aufgewachsen ist, das sicherlich eine hohe Risikokonstellation für eine gelingende Entwicklung darstellt.

Besonders aufschlussreich, vor allem auf der Suche nach Ansatzpunkten für präventives Verhalten, ist die Selbstsicht der jungen Männer, die sich zum Zeitpunkt des Interviews in Haft befinden. Welche Erkenntnisse können aus den Interviews mit den 25 inhaftierten Jugendlichen männlichen Intensivtätern gewonnen werden?

Diese jungen Männer sind, repräsentativ für die Gruppe der untersuchten „Intensivtäter“, fast alle in Berlin aufgewachsen und haben überwiegend Migrationshintergrund. Allerdings zeigt sich in den Interviews, dass eine kausale Verknüpfung von nationaler bzw. ethnischer Zugehörigkeit und intensiver Straffälligkeit zu kurz greift. Vielmehr verdeutlichen die Äußerungen der Befragten, dass sie vielfach ihre kulturelle und soziale Randständigkeit in der Gesellschaft erfahren haben [28]. Alle jungen Männer sind in Familien aufgewachsen, in denen die Einkommensverhältnisse schlecht waren, die Familien waren mehrheitlich von staatlichen Leistungen abhängig. Vor diesem Hintergrund lassen sich die Aussagen der Jugendlichen nachvollziehen, dass die begangenen Straftaten dem Zweck dienten, sich Dinge zu beschaffen, die anderen in ihrem Umfeld wie selbstverständlich zur Verfügung standen, wie Kinokarten, ein Fahrrad, eine warme Mahlzeit. Durch die überwiegend mit anderen Jugendlichen gemeinsam begangenen kriminellen Taten sahen sie die Möglichkeit, an einem Leben teilzuhaben, dass ihre Ursprungsfamilie ihnen nicht bieten konnte. Da es vor allem als Aufgabe des Vaters angesehen wird, durch das Einkommen die Teilhabe der Familie am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen, er

dieser Erwartung aber nicht entsprechen kann, verliert er an Respekt bzw. sein Status erodiert. Es ist die Gruppe der Gleichaltrigen, die nun kompensatorisch an Bedeutung gewinnt. Die sogenannte Peer-Group ist grundsätzlich für alle Jugendlichen im Sozialisationsprozess für die Ausbildung einer eigenständigen Identität elementar. Der Stellenwert der Peer-Group ist jedoch für diese jungen Männer besonders hoch, weil ihre Herkunftsfamilie ihnen wichtige positive identitätsstiftende Aspekte nicht liefern kann oder aufgrund der hohen Problemlast und damit verbundenen Desintegrationsprozessen die notwendige Schutzfunktion für die Entwicklung der Jugendlichen nicht gewähren kann. In dieser Gruppe der fast ausschließlich männlichen Gleichaltrigen – beeinflusst bzw. verführt durch ältere Jugendliche – die als „erfolgreiche“ Modelle orientierende Funktion haben, verbringen nun die jungen Männer die meiste Zeit. Die gemeinsam begangenen Straftaten ermöglichen die Befriedigung der Luxus- und Konsumorientierung. Aber die Jugendlichen machen durch ihre Äußerungen deutlich, dass es ist nicht so sehr der Konsum als solcher ist, sondern der mit diesem Lebensstil verbundene soziale Status und persönliche Erfolg, der so attraktiv ist. Auf dem „normalen Weg“, d. h. über durch persönliche Anstrengung erbrachte Leistung, einen solchen Status zu gewinnen, scheint für die Jugendlichen nicht in Sicht. Gerade die Söhne aus Familien mit Migrationshintergrund sehen sich besonders stark mit der Erwartung konfrontiert, erfolgreich zu sein. Aber schon sehr früh erfahren sie, dass sie in starkem Kontrast zu diesem Erwartungsdruck der Eltern diesen Leistungsanforderungen nicht gerecht werden können. Widrige persönliche und/oder soziale Umstände führen zu einer Erfahrung des Scheiterns. Zu diesen widrigen sozialen Umständen zählt z. B. der frühe Tod oder die Abwesenheit des Vaters, wodurch ein Machtvakuum in der Familie entsteht. Aber auch wenn der Vater anwesend ist, trägt dessen häufig praktizierter, aber wenig hilfreicher autoritärer Erziehungsstil nicht zum Aufbau eines gesunden Selbst-

bewusstseins bei. Obwohl die „Intensivtäter“ durchweg hohe Wertschätzung für ihre Eltern bzw. Familien ausdrücken, schildern sie, dass sie sich als Jugendliche mehr und mehr von der Familie entfernten und gegenüber den Ansprüchen der elterlichen bzw. väterlichen Autorität immunisierten.

Es ist offenbar diese Verbindung von erlebter sozioökonomischer Randständigkeit der eigenen Familie und hohen Anforderungen der Familien an die jungen Männer, denen sie aus verschiedenen Gründen nicht entsprechen können. Auf der Suche nach einer Möglichkeit, dennoch Status und Anerkennung zu gewinnen, wird die Gruppe der Gleichaltrigen so bedeutungsvoll. Die Gruppe kann etwas bieten, was die Erfahrung von Randständigkeit vergessen lässt: materielle Güter (z. B. Spritztouren mit teuren Autos), Wichtigkeit, Status. Ebenfalls funktional ist in diesem Zusammenhang der Rückgriff auf das „männliche“ Geschlechtsrollenmodell, zu dem gehört, alle weiblichen Attribute und auch alles Weibliche abzuwerten, um sich selbst aufzuwerten. Die Ausübung von Gewalt ist ebenfalls ein probates Mittel, der stets drohenden Demontage der eigenen Stärke und des eigenen Status vorzubeugen. Hierfür ist man auch bereit, das Risiko der eigenen Verletzung in der körperlichen Auseinandersetzung in Kauf zu nehmen. Der eigene Körper wird instrumentalisiert. Die fehlende Selbstsorge im Umgang mit der eigenen Person wird auch daran deutlich, dass die jungen Männer die Gefahren, die mit dem exzessiven Konsum von Drogen und Alkohol einhergehen, bagatellisieren. Dass mit diesem hohen Konsum von toxischen Substanzen weitere Folgeprobleme auftreten und ein Teufelskreis von Abhängigkeit, Finanzierungsbedarf und Leistungsabbau gegeben ist, liegt auf der Hand.

Vor dieser skizzierten Entwicklung ist es nicht erstaunlich, dass 80 % der Interviewten keinen Schulabschluss erreicht haben. Ebenfalls bestätigen die Schulakten, dass die Interviewten schon sehr früh den schulischen Leistungser-

wartungen und Anforderungen nicht gerecht geworden sind und durch Schulschwänzen und destruktive Aktivitäten auffallen. Beide Verhaltensweisen können als wenig hilfreicher Versuch gewertet werden, diesen Leistungsanforderungen zu entgehen bzw. die mit der Nichterfüllung der Leistungsanforderungen verbundenen Versagererlebnisse zu bewältigen.

8 Ansätze zur Reduzierung riskanter Verhaltensweisen von Männern

Was kann nun getan werden, um das riskante Verhalten von Männern zu reduzieren? Wie kann der Weg zu einem Verhalten aussehen, das den Männern ein längeres Leben mit besserer Gesundheit ermöglicht? Wie gelingt es, die Gefahren, die für die Gesellschaft von den riskanten Verhaltensweisen der Männer ausgeht, zu reduzieren?

Die differenzierte Betrachtung der riskanten Verhaltensweisen von Männern hat gezeigt, dass sie statistisch betrachtet ihre Gesundheit stärker gefährden als Frauen, und zwar durch ungesunde Ernährung, Drogenkonsum und riskantes Verhalten im Straßenverkehr. Andererseits wurde deutlich, dass diese Verhaltensweisen nicht für alle Männer gelten, sondern besonders ausgeprägt für bestimmte Lebensphasen – vor allem für die jungen Männer bzw. jungen Erwachsenen – und für bestimmte Lebensstilgruppen [32, 38]. Besonders hervorzuheben ist die schlechte sozioökonomische Situation, die besonders häufig mit einer hohen Ausprägung gesundheitsschädigender Verhaltensweisen einhergeht. Das einer intensiveren Betrachtung unterzogene gewalttätige Verhalten junger Männer verweist auch hier auf eine ressourcenarme soziale Lage, in der diese Männer aufgewachsen sind.

Der kleine biologische Unterschied zwischen Männern und Frauen, das Y-Chromosom und damit verbunden die erhöhte Testosteronproduktion, ist offenbar nicht unbedeutend für die Entstehung riskanter Verhaltensweisen. Unter Bezugnahme auf die vorgetragenen Erkennt-

nisse geht mit der Testosteronproduktion eine erhöhte motorische Aktivität einher, werden andere Aktivitäten als lustvoll erlebt und entsprechend gesucht. Auch scheint durch das Testosteron die Sensibilität für die Wahrnehmung des eigenen Status und das Bestreben, diesen zu erhalten und zu erhöhen, verstärkt zu werden. Welche Verhaltensweisen dann aber konkret gezeigt werden und ob es sich hierbei um „objektiv“ riskante Verhaltensweisen handelt, hängt stärker von gesellschaftlichen als von biologischen Faktoren ab.

Besonders aufgrund der Betrachtung der subjektiven Bedeutung der von Männern gezeigten riskanten Verhaltensweisen kann Folgendes festgehalten werden: Alle Menschen haben ein fundamentales Bedürfnis, ein anerkanntes Mitglied der Gesellschaft zu sein. Die Anerkennung durch andere Menschen ist im wahrsten Sinn des Wortes lebensnotwendig. Diese Anerkennung findet man aber nicht als Mensch, sondern als ganz konkreter Mann und zwar von den bedeutungsvollen Menschen im eigenen Umfeld. Auf der Suche nach einer Antwort auf die Fragen „Wer bin ich?“ und „Wie möchte ich als Mann sein?“ bildet sich eine Identität aus, zu der entscheidend das Geschlechtsrollen-Selbstkonzept gehört. Im Prozess der Ausbildung dieses Geschlechtsrollen-Selbstkonzeptes setzt sich der Junge mit den männlichen Modellen in seinem Umfeld auseinander und auch mit den über verschiedene mediale Wege vermittelten gesellschaftlichen Männlichkeitsbildern. Diese Männlichkeitsbilder, die die Vorlage für die Ausbildung des männlichen Geschlechtsrollen-Selbstkonzeptes sind, bilden einen wichtigen Ansatzpunkt für die Entwicklung eines gesundheitsfördernden Männlichkeitsbildes. Indem diese stereotypen Vorstellungen von Männlichkeit, die über Generation zu Generation transportiert wurden, auf ihre Sinnhaftigkeit im gesellschaftlichen Diskurs überprüft und neue positive Männlichkeitsentwürfe entwickelt werden, ist ein wichtiger Schritt getan. Dies ist ein Prozess, der sich bereits seit einiger Zeit vollzieht und der vor al-

lem durch politische Entscheidungen, wie z. B. die Einführung der „Väterzeit“, entschieden vorangetrieben wird.

Anstrebenswert erscheint mir, dass wir Differenzen zwischen Männern und Frauen anerkennen und positive Bilder männlicher und weiblicher Geschlechtsrollen entwerfen, an denen sich die Heranwachsenden orientieren können. Wichtig ist darauf aufbauend, dass die Gesellschaft eine hohe Toleranz entwickelt, damit jedes Individuum seine individuelle Ausgestaltung seines Geschlechtsrollen-Selbstkonzeptes in Passung zu seiner individuellen genetischen Grundausstattung, seiner Lerngeschichte und seinen aktuellen Lebensumständen entwickeln und auch im Lebensprozess verändern kann.

Eine ganz besondere Herausforderung für die Entwicklung gesundheitsfördernden Verhaltens bildet die Gruppe von Männern, die auf das typisch männliche Geschlechtsrollenkonzept zurückgreifen, das den Mann als Krieger versteht. Es konnte dargelegt werden, dass dieser Rückgriff besonders dann erfolgt, wenn besondere Problem- und Belastungskonstellationen auf unzureichende Bewältigungs- und Kompensationsressourcen treffen. Der Rückgriff auf das den eigenen Körper instrumentalisierende männliche Geschlechtsrollenkonzept vermittelt kurzfristig ein Selbstbild der Stärke, Überlegenheit und Unangreifbarkeit. Dadurch wird die hoch belastende gegenwärtige Situation subjektiv kompensiert. Das, was Außenstehende als Risikoverhalten ansehen, ist für den Mann ein Bewältigungsverhalten, das in Ermangelung einer Alternative das subjektiv beste Mittel darstellt. Hier muss folglich nach Wegen gesucht werden, um Problem- und Belastungskonstellationen zu reduzieren und hilfreichere Bewältigungs- und Kompensationsressourcen aufzuzeigen.

Wie sich aus diesen Ausführungen ergibt, kann es zur Erreichung des Ziels, gesundheitsschädigende riskante Verhaltensweisen von Männern zu reduzieren und gesundheitsfördernde

Verhaltensweisen zu unterstützen, kein „Best-Practice-Modell“ geben. Die alltägliche Lebensführung ist der Ort, an dem sich geschlechtsspezifische Verhaltensweisen herausbilden und auch aufgebaut werden. Und diese alltägliche Lebensführung – die Mikroebene – wird durch Prozesse auf der Meso- und Makroebene beeinflusst. Auf der Makroebene ist die Politik gefordert. Es sei hier der Begriff der Geschlechterdemokratie genannt, der dieser Forderung nach politischem Handeln für die Herstellung der Geschlechtergerechtigkeit zur Sprache bringt. Stellvertretend für viele Männer formuliert Schölper das Anliegen folgendermaßen: „Das Ziel von Politik sollte meiner Meinung nach soziale Gerechtigkeit sein und, daran orientiert, die Schaffung und Aufrechterhaltung einer sozialen Ordnung. Eine wesentliche Komponente sozialer Gerechtigkeit ist Geschlechtergerechtigkeit [...] Eine Voraussetzung für soziale Gerechtigkeit ist weitgehende egalitäre Partizipation, d.h. gleicher Zugang zu allen gesellschaftlichen Ressourcen (Zeit, Vermögen, Kultur, Gesundheitsvorsorge, Bildung, Arbeit usw.) und zur gesellschaftlichen Mitgestaltung – wenigstens eine faire Chance dazu. Und ein wesentliches Element davon ist die gleiche Verteilung der Zugangschancen zwischen den Geschlechtern.“ [42]

Wie sich die gleiche Verteilung der Zugangschancen zwischen den Geschlechtern konkret gestalten lässt, das muss für die verschiedenen Lebensbereiche über die gesamte Entwicklung hinweg betrachtet werden. Um aber die tatsächliche Lebenswirklichkeit von Männern zu betrachten, muss die Sensibilisierung für die männlichen Erfahrungen vorangetrieben werden. Hierfür ist Forschung, die Licht in das Dunkel bringt, eine wichtige Voraussetzung. Gerade zum Thema Gewalt gegen Männer in den verschiedensten Lebensbereichen und Lebenslagen ist der Aufklärungsbedarf noch groß, auch wenn eine erste Studie vorliegt [20].

Wir können die Herstellung der Geschlechtergerechtigkeit mit einem riesigen Puzzle vergleichen, das sich aus vielen Einzelteilen

zusammensetzt. Wie am Beispiel der „Intensivtäter“ exemplarisch verdeutlicht wurde, ist der Zugang zu den Ressourcen für das Individuum nicht nur aufgrund des Geschlechts, sondern z. B. auch aufgrund sozialer Barrieren erschwert, die ebenfalls berücksichtigt werden müssen. Kolip und Altgeld [1] verwenden hier den Begriff der geschlechtergerechten Settingarbeit: Um die Gesundheit der Männer zu fördern, muss für die jeweilige Personengruppe – am besten sogar mit ihr – genau definiert werden, was das Problem ist. Erst darauf aufbauend kann ein Programm geplant und entsprechend durch die Wahl der geeigneten Methoden ausgestaltet werden. Die Passgenauigkeit unter Berücksichtigung des Alters, des soziokulturellen Hintergrunds, der Lebenslage etc. ist die notwendige Voraussetzung, um wirklich Veränderungen zu erzielen. Am Beispiel von ausgewählten Projekten soll gezeigt werden, was dies für die gesundheitsrelevanten Bereiche Sucht, Ernährung, Bewegung und Stress bedeutet.

Wüst [49] stellt neue Interventionsstrategien in der Verkehrserziehung dar. Für die Zielgruppe der 18- bis 20-jährigen Männer mit Führerschein oder kurz vor dem Führerscheinwerb, die über einen Haupt- oder Realschulabschluss verfügen, bietet er eine passgenaue Projektform an: Das Projekt ist in die Unterrichtszeit integriert und verbindet theoretisches Wissen mit einem für die jungen Männer spannenden Workshop. Die Jugendlichen dürfen in dem Workshop so viel Alkohol trinken, wie sie möchten, müssen nur eine Bedingungen einhalten: Sie dürfen nur dann Auto fahren, wenn sie selber glauben, dies noch tun zu können. Die Fahrweise eines jeden Jugendlichen – vor und nach dem Alkoholkonsum – wird gefilmt und anschließend gemeinsam ausgewertet. Hier wird nicht moralisiert, sondern mit den Jugendlichen werden unter Einbeziehung einer erfahrenen männlichen Präventionskraft und eines Polizeibeamten die Gründe für das eigene Trinken und das Trinkverhalten analysiert – mit nachweislich hohem Erfolg.

Ein zweites Projekt „Selbst is(s)t der Mann“ zielt auf eine Veränderung der Essgewohnheiten. Auch wenn hier der Erfolg schwerer nachzuweisen ist, überzeugt der Ansatz von Deneke und Bruns [11]. Die Zielgruppe sind sozial benachteiligte männliche Jugendliche, die grundsätzlich die deutlichsten Defizite im Gesundheitsverhalten aufweisen. Die Vermittlung von praktischen Alltagskompetenzen im Umgang mit Lebensmitteln und deren Zubereitung erfolgte für die im Durchschnitt 14-Jährigen durch einen männlichen Anleiter, der gerne kochte und bereit war, sich mit den eigenen Essgewohnheiten kritisch auseinanderzusetzen und so als ein Modell für die Jungen zur Verfügung stand. Nur im Aushandlungsprozess mit den Jugendlichen, in dem ihre religiösen, kulturellen und gesundheitlichen Speisebeschränkungen zur Sprache kamen, konnten die Jugendlichen zu hoch motivierten Mitwirkenden werden und so einen kleinen Schritt in die Richtung des Kompetenzerwerbs gehen. Wichtig war auch hier, dass das Projekt in das Gesamtkonzept der Einrichtung integriert wurde, die die Jugendlichen besuchten.

Dies sind nur zwei Projekte, zwei Puzzleteilchen, die helfen, riskantes Verhalten zu reduzieren und Gesundheit zu fördern. Zu den Puzzleteilchen zählt aber auch: Unterstützung von Eltern im Prozess der Erziehung ihrer Kinder, die Vermittlung konstruktiver Erziehungsmethoden, die Gestaltung der Situation in den Sozialisationsinstanzen des Kindergartens und der Schule, Angebote der Jugendfreizeit, die Beseitigung von Barrieren in die Arbeitswelt, familienfreundliche Arbeitsverhältnisse, eine auf Gerechtigkeit abzielende Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik etc. Was wenig Auswirkung hat, sind moralische Appelle, Erziehungsprogramme, die die Fehler aufzeigen und auf den Aufbau wünschenswerter Verhaltensweisen drängen. Die Frage lautet immer wieder: Wie kann „Mann“ Anerkennung erhalten, wie ein positives Geschlechtsrollen-selbstbild aufbauen, das zugleich mit einer gesunden Lebensweise zu verbinden ist und die Gesundheit Anderer ebenfalls beachtet?

Gerade aus der Beschäftigung mit dem Jugendalter wissen wir, dass das Austesten von Neuem, die Erprobung von Verhaltensweisen und die Suche nach intensiven Erlebnissen von großer Wichtigkeit sind. Wie soll überhaupt Neues entwickelt werden, ohne vertraute Pfade zu verlassen?

Ein gänzlicher Verzicht auf objektiv riskante Verhaltensweisen erscheint unmöglich und letztendlich gesellschaftlich auch gar nicht wünschenswert. Was aber erreicht werden kann, ist, dass gerade in der Phase des Jugendalters Möglichkeiten gegeben werden, bestehende Begrenzungen zu durchbrechen, intensive Erfahrungen zu machen, die zumindest das Gefahrenpotenzial reduzieren und die Energie in eine konstruktive Richtung lenken [34]. Viele Projekte, die mit jungen Männern arbeiten, vermitteln durch den Erwerb von fernöstlichen Kampfsportarten oder Boxen körperliche Selbsterfahrungsmöglichkeit, die zugleich aber durch die Beachtung von Regeln lehrt, den Gegner ernst zu nehmen und zu achten. Die Vielzahl der Modelle, die sozial benachteiligte junge Männer zu erreichen versuchen, ist groß – wie ein Blick auf das Präventions-Informationssystem im Internet zeigt, aber leider fehlt häufig die Evaluation der durchgeführten Projekte.

Eine leider viel zu wenig genutzte Chance, intensive Erfahrungen zu machen, bieten Aktivitäten bei den Rettungsdiensten oder bei der freiwilligen Feuerwehr. Die freiwillige Arbeit stellt hohe Anforderungen an körperliche Fitness und Mut. Zugleich ist es auch eine sehr sinnvolle Tätigkeit, da ein unverzichtbaren Beitrag zum Schutz und zur Sicherheit der Menschen geleistet wird. Auch ein soziales Jahr, vielleicht sogar in einem anderen Land, ermöglicht derartige intensive Erlebnisse.

Für das Erwachsenenalter ist es ebenfalls wichtig, Möglichkeiten anzubieten, die einen Ausbruch aus Monotonie und Erlebnisarmut aufzeigen, die Befriedigung ermöglichen, ohne

den Körper zu zerstören. Auch männliche Erwachsene lernen sehr viel besser, Selbstfürsorge zu entwickeln, wenn im beruflichen Umfeld hierfür die Voraussetzung geschaffen wird. Der Ansatzpunkt für Gesundheitsförderung sollte auch hier das konkrete Lebensumfeld sein. Wenn die Männer in Arbeitsprozesse integriert sind, ist es besonders sinnvoll, gesundheitsfördernden Maßnahmen in die Arbeit einzubauen. Die kurze Darstellung des Projekts von Rene Setz [41] soll deshalb den Abschluss bilden und zugleich zu weiteren passgenauen Projekten der Gesundheitsförderung ermutigen: Bauarbeiter, eine von körperlichen und psychischen Belastungen besonders betroffene Gruppe, sind die Zielgruppe dieses Projektes. Ausgehend von einer Situationsanalyse wurde festgestellt, dass die Unfallhäufigkeit auf der Baustelle vor und nach der Mittagspause am größten war. Deshalb wurde in der Mittagspause (zunächst nur für eine Gruppe, dann aber für alle) eine 15-minütige Bewegungsförderung, zusammengesetzt aus Einzel- und Partnerübungen angeboten, die einfach und ohne Verwendung von Hilfsmitteln durchzuführen war. Von hoher Bedeutung war, dass ein Polier, der selber aufgrund von Rückenschmerzen sich die Übungen im Rahmen einer Fortbildung angeeignet hatte, diese Übungen mit den Bauarbeitern durchführte. Das Projekt konnte erstaunlich gute Ergebnisse erzielen. Die krankheitsbedingte Abwesenheit wurde reduziert, vielleicht vor allem deshalb, weil – so die Beobachtung des Poliers – eine deutliche Verbesserung von Teamgeist und Zusammengehörigkeitsgefühl entstanden ist.

(Review: Jürgen Raithel)

Literatur

1. Altgeld T (2009). Der Settingansatz als solcher wird es schon richten? Zielgruppengenauigkeit bei der Arbeit im Setting. In: Kolip P, Altgeld T (Hrsg.). Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis. Weinheim, Juventa, 75-87.
2. Archer J (2006). Testosterone and human Aggression: An Evaluation of the Challenge Hypothesis.

- Neuroscience and Biobehavioral Reviews 30:319-345.
3. Bardehle D, Annufß R (2006). Gesundheitsberichterstattung. In: Hurrelmann K et al. (Hrsg.). Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim, Juventa, 375-416.
 4. Brähler E (2006). Lebenserwartung – Warum sterben Männer eigentlich früher? [www.medizin_welt/info/aktuell.asp?newsID=93](http://www.medizin_welt.info/aktuell.asp?newsID=93) (09.09.2010).
 5. Brooks-Gunn J, Graber JA, Paikoff RL (1994). Studying links between hormones and negative affect: Models and measures. *Journal of Research on Adolescence*, 4, 469-486. In: Weichold K, Silbereisen RK (2007). Pubertät und psychosoziale Anpassung.
 6. Bundesamt für Arbeit und Soziales in Zusammenarbeit mit der Bundesanstalt für Arbeitsschutz (Hrsg) (2010). Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2008. Unfallverhütungsbericht 2008. Dortmund, Berlin, Dresden.
 7. Bundeskriminalamt, Kriminalistisches Institut (Hrsg.) (2010). Polizeiliche Kriminalstatistik 2009 Bundesrepublik Deutschland. Wiesbaden.
 8. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2008). Glücksspielverhalten und problematisches Glücksspielen in Deutschland 2007. Ergebnisse einer Repräsentativbefragung. Bonn.
 9. Byrnes JP, Miller DC, Schafer WD (1999). Gender Differences in risk taking: A meta-analysis. *Psychological Bulletin* 125(3):367-383.
 10. DAK (2008). DAK-Gesundheitsreport. Hamburg.
 11. Deneke C, Bruns H (2009). ESSEN KOCHEN in der Jugendarbeit. Modellprojekt „Selbst is(s)t der Mann“. In Kolip P, Altgeld T (Hrsg.). Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Weinheim, Juventa, 103-111.
 12. Dinges M (2007). Historische Forschung und die aktuelle Diskussion zur Männergesundheit. In: Stiehler M, Klotz T (Hrsg.). Männerleben und Gesundheit. Eine interdisziplinäre multiprofessionelle Einführung. Weinheim, Juventa, 24-35.
 13. Eisenegger C, Naef M, Snozzi R, Heinrichs M, Fehr E (2009). Prejudice and Truth about the Effect of Testosterone on bargaining Behaviour. *Nature*, in press.
 14. Cornelißen W (Hrsg.) (2005). Gender-Datenreport 2005. München.
 15. Robert Koch-Institut, Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2006). Gesundheit in Deutschland. Berlin.
 16. Geyer S, Siegrist J (2006). Sozialwissenschaftliche Verfahren in den Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann K et al. (Hrsg.). Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim, Juventa, 319-345.
 17. Goffmann E (2001). Das Arrangement der Geschlechter. In: Goffmann E. Interaktion und Geschlecht. Frankfurt, New York, Campus.
 18. Hurrelmann K (2004). Gesund bin ich, solange ich funktioniere. In: Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.). Aus Politik und Zeitgeschichte 46.
 19. Hüther G (2009). Männer – das schwache Geschlecht und sein Gehirn. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht.
 20. Jungnitz L, Puchert R, Puhe H, Walter W (2007). Gewalt gegen Männer. Personale Gewaltwiderfahrnisse von Männern in Deutschland. Leverkusen-Opladen, Verlag Barbara Budrich.
 21. Klotz T (2007). Männergesundheit in der Medizin. In: Stiehler M, Klotz T (Hrsg.). Männerleben und Gesundheit. Eine interdisziplinäre, multiprofessionelle Einführung. Weinheim, Juventa.
 22. Kolip P (1997). Geschlecht und Gesundheit im Jugendalter. Die Konstruktion von Geschlechtlichkeit über somatische Kulturen. Opladen, Leske + Budrich.
 23. Kolip P, Altgeld T (Hrsg.) (2009). Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis. Weinheim, Juventa.
 24. Konovsky M, Wendt A (2009). Benachteiligt? Wer denn? *Focus* 38:90-102.
 25. Luy M (2003). Warum Frauen länger leben – wird ein Vergleich der Sterblichkeit von Kloster- und Allgemeinbevölkerung durch Bildungsgrad und Missionsstätigkeit der Ordensmitglieder beeinflusst?. *Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft* 28(1):5-35.
 26. Luy M (2009). 10 Jahre Klosterstudie – gewonnene Erkenntnisse und offene Fragen zu den Ursachen für die unterschiedliche Lebenserwartung von Frauen und Männern. In Ehlers H, Kahlert H, Linke G, Raffel D, Rudloff B, Trappe H (Hrsg.). Geschlechterdifferenz – und kein Ende? Sozial- und geisteswissenschaftliche Beiträge zur Genderforschung, Berlin, LIT, 251-273.
 27. Muff C (2009). Soziale Ungleichheiten im Ernährungsverhalten. Theoretische Hintergründe und empirische Befunde. *Reihe Medizinsoziologie*. Bd. 19.
 28. Ohder C (2007). IntensivTäter in Berlin. Teil 2: Ergebnisse der Befragung von „IntensivTätern“ sowie der Auswertung ihrer Schulakten. *Berliner Forum Gewaltprävention* Nr. 33.
 29. Ohder C, Huck L (2006). IntensivTäter in Berlin – Hintergründe und Folgen vielfacher strafrechtlicher Auffälligkeit. Teil 1: Eine Auswertung von Akten der Abteilung 47 der Berliner Staatsanwaltschaft. *Berliner Forum Gewaltprävention* Nr. 26.
 30. Raithel J (1999). Unfallursache: Jugendliches Risikoverhalten. *Verkehrsfährdung Jugendlicher, psychosoziale Belastungen und Prävention*. Weinheim, Juventa.
 31. Raithel J (2004). Jugendliches Risikoverhalten. Eine Einführung. Wiesbaden, VS.
 32. Raithel J (2005). Die Stilisierung des Geschlechts. *Jugendliche Lebensstile, Risikoverhalten und die Konstruktion von Geschlechtlichkeit*. Weinheim, Juventa.

33. Raithel J (2005a). Riskante Straßenverkehrsteilnahme Jugendlicher. In: Merckens H, Zinnecker J, (Hrsg.). Jahrbuch Jugendforschung 2005. Wiesbaden, VS, 143-158.
34. Raithel J (2007). Umgang von PädagogInnen mit Risiko – eine Frage der Haltung. In: Einwanger, J (Hrsg.). RISIKO – ein Weg in die Verantwortung. Jungliches Risikoverhalten und BergSport. Österreichischer Alpenverein, 77-84.
35. Raithel J (2011). Risikoverhalten durch waghalsige Aktivitäten. In: Stier B, Winter R (Hrsg.). Handbuch Jungengesundheit. Stuttgart, Kohlhammer, (in Druck).
36. Raithel J, Mansel J (Hrsg.) (2003). Kriminalität und Gewalt im Jugendalter. Hell- und Dunkelfeldbefunde im Vergleich. Weinheim, Juventa.
37. Richter M, Bauer U, Hurrelmann K (2004). Konsum psychoaktiver Substanz im Jugendalter: Der Einfluss sozialer Ungleichheit. Ergebnisse der WHO-Studie "Health Behaviour in School-aged Children". In: Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.). Aus Politik und Zeitgeschichte 1/2, 30-37.
38. Rommel A, Klaes L, Cosler D et al. (2008). Lebensführung und Sport. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin, Robert Koch-Institut.
39. Rosenthal W (2010). MitMännlichkeit als grundlegende Haltung. In: Switchboard 191.
40. Seemann, H (2009). Artenschutz für Männer. Die Wiederentdeckung des Männlichen. Stuttgart, Klett-Cotta.
41. Setz R (2009). Gesundheitsförderung auf der Baustelle. In Kolip P, Altgeld T (Hrsg.). Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Weinheim, Juventa, 163-169.
42. Schölper D (2007). Nachdenken über MännerPolitik. In: Heinrich Böll Stiftung, Gunda Werner Institut (Hrsg.). MännerPolitik(en). Berlin.
43. Sieverding M (2004). Achtung! Die männliche Rolle gefährdet Ihre Gesundheit! In: psychomed 16/1, 25-30.
44. Sieverding M (2000). Risikoverhalten und präventives Verhalten im Geschlechtervergleich: Ein Überblick.
45. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2009). Verkehr. Verkehrsunfälle 2008. Wiesbaden, Statistisches Bundesamt.
46. Sticher B (2007). Polizei- und Kriminalpsychologie. Psychologisches Basiswissen für die Polizei. Frankfurt a. Main, Verlag für Polizei und Wissenschaft.
47. Sticher-Gil B (Hrsg.) (2003). Gewalt gegen Männer im häuslichen Bereich – ein vernachlässigtes Problem!? Beiträge aus dem Fachbereich 3 der Fachhochschule für Verwaltung und Rechtspflege, Heft 35. Berlin.
48. Stoklossa D (2001). Wut im Bauch. Wider die Zurechtung des Jungen zum Krieger. Freiburg im Breisgau, Lambertus.
49. Wüst M (2009). "Don't drink and drive – Nur für Jungen ein Problem? Neue Interventionsstrategien in der Verkehrserziehung. In Kolip P, Altgeld T(Hrsg.). Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Weinheim, Juventa, 89-103.
50. Zuckerman M (1994). Behavioral expressions and biosocial bases of sensation seeking. Cambridge, University Press.

Autorenangaben

Prof. Dr. P. H. Birgit Babitsch

E-Mail birgit.babitsch@charite.de
Internet www.bsph.charite.de
Birgit Babitsch, geb. 1967, leitet den Bereich Versorgungsforschung an der Berlin School of Public Health der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Forschungsschwerpunkte: Versorgungsforschung und Gender

Prof. Dr. med. Doris Bardehle

E-Mail bardehle@stiftung-maennergesundheit.de
Internet www.stiftung-maennergesundheit.de
Doris Bardehle, geb. 1941, ist Wissenschaftlicher Vorstand der Stiftung Männergesundheit in Berlin. Forschungsschwerpunkte: Gender, Medizinische Statistik

Prof. Dr. phil. Martin Dinges

E-Mail martin.dinges@igm-bosch.de
Internet www.igm-bosch.de
Martin Dinges, geb. 1953, ist Archivar und stellvertretender Leiter des Instituts für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung in Stuttgart. Forschungsschwerpunkte: Männer und Gesundheit im historischen Wandel

Ingo Fuß

E-Mail ingo.fuss@ergo.de
Internet www.dkv.de
Ingo Fuß, geb. 1978, arbeitet im Versorgungsmanagement des Bereichs Strategisches Gesundheitsmanagement der DKV Deutsche Krankenversicherung AG.

Prof. Dr. DDr. h. c. Siegfried Kasper

E-Mail biol-psychiatry@meduniwien.ac.at
Internet www.meduniwien.ac.at/Psychiatrie/
Siegfried Kasper, geb. 1950, leitet die Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Medizinischen Universität Wien. Forschungsschwerpunkte: Psychobiologie, Neuropsychopharmakologie, Klinische Psychiatrie.

Prof. Dr. med. Theodor Klotz

E-Mail theodor.klotz@kliniken-nordoberpfalz.ag
Internet www.klinikum-weiden.de
Theodor Klotz, geb. 1962, ist Chefarzt der Klinik für Urologie und Kinderurologie am Klinikum Weiden. Forschungsschwerpunkte: Männergesundheit, Prostatakrebs, Impotenz und männliches Altern

Sabine Mackeben-Haag

E-Mail sabine.mackeben-haag@ergo.de
Internet www.dkv.de
Sabine Mackeben-Haag, geb. 1967, leitet das Netzwerkmanagement im Bereich Strategisches Gesundheitsmanagement der DKV Deutsche Krankenversicherung AG.

PD Dr. rer. soc. Anne Maria Möller-Leimkühler

E-Mail anne-maria.moeller-leimkuehler@med.uni-muenchen.de
Internet <http://psywifo.klinikum.uni-muenchen.de>
Anne Maria Möller-Leimkühler, geb. 1954, ist leitende Sozialwissenschaftlerin der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Klinikum der Universität München. Forschungsschwerpunkte: Gender, psychische Störungen und Angehörigenforschung

Gunter Neubauer

E-Mail gunter.neubauer@sowit.de
Internet www.sowit.de
Gunter Neubauer, geb. 1963, ist geschäftsführender Gesellschafter des Sozialwissenschaftlichen Instituts Tübingen. Forschungsschwerpunkte: Gender, Jungen- und Männergesundheitsförderung, Jugend-, Medien- und Geschlechterforschung

Prof. Dr. med. Uwe Paasch

E-Mail uwe.paasch@medizin.uni-leipzig.de
Internet www.hautklinik.uniklinikum-leipzig.de
Uwe Paasch, geb. 1965, leitet den Bereich Andrologie der Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie am Universitätsklinikum Leipzig. Forschungsschwerpunkte: Andrologie, Psychosomatik, Laser- und Lichttherapie

Maren Salberg

E-Mail ma.salberg@gmail.com
 Maren Salberg, geb. 1988, studiert Gesundheits- und
 Medienwissenschaften an der Universität Bielefeld.
 Forschungsschwerpunkte: Gesundheitsbildung über
 neue Medien

PD Dr. rer. nat. Kurt Seikowski

E-Mail kurt.seikowski@medizin.uni-leipzig.de
 Internet <http://pst.uniklinikum-leipzig.de>
 Kurt Seikowski, geb. 1955, ist Mitarbeiter für
 psychosomatische Dermatologie und Urologie an der
 Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin
 und Psychotherapie des Universitätsklinikums Leipzig.
 Forschungsschwerpunkte: sexuelle und
 Partnerschaftsprobleme bei urologischen und
 Hautpatienten, der alternde Mann

Prof. Dr. phil. Johannes Siegrist

E-Mail siegrist@uni-duesseldorf.de
 Internet www.uni-duesseldorf.de/medicalsociology/
 Johannes Siegrist, geb. 1943, ist Direktor des Instituts
 für Medizinische Soziologie am Universitätsklinikum
 Düsseldorf.
 Forschungsschwerpunkte: berufliche
 Gratifikationskrisen, soziale Ungleichheit und
 Krankheit

Prof. Dr. phil. Birgitta Sticher

E-Mail birgitta.sticher@hwr-berlin.de
 Internet www.hwr-berlin.de
 Birgitta Sticher, geb. 1960, ist Professorin für
 Psychologie und Führungslehre an der Hochschule für
 Wirtschaft und Recht in Berlin.
 Forschungsschwerpunkte: Polizei- und
 Kriminalpsychologie, Führungslehre

Dr. phil. Matthias Stiehler

E-Mail matthias.stiehler@dieg.org
 Internet www.dieg.org
 Matthias Stiehler, geb. 1961, ist Vorsitzender des
 Dresdner Instituts für Erwachsenenbildung und
 Gesundheitswissenschaft e. V. sowie Leiter der
 Beratungsstelle für AIDS und sexuell übertragbare
 Krankheiten im Gesundheitsamt Dresden.
 Forschungsschwerpunkte: sozialwissenschaftliche
 Männergesundheitsforschung.

Prof. Dr. med. Frank Sommer

E-Mail sommer@maennergesundheits.info
www.maennergesundheits.info
 Frank Sommer, geb. 1967, ist Inhaber des Lehrstuhls
 für Männergesundheits am Universitätsklinikum
 Hamburg-Eppendorf und Präsident der Deutschen
 Gesellschaft für Mann und Gesundheit e. V.
 Forschungsschwerpunkte: Erektions- und
 Fertilitätsstörungen, Prostataleiden und Alternder
 Mann

Ruth Waldherr-Ifada

E-Mail ruth.waldherr-ifada@charite.de
 Internet www.bsph.charite.de
 Ruth Waldherr-Ifada, geb. 1968, arbeitet im Bereich
 Versorgungsforschung an der Berlin School of Public
 Health der Charité – Universitätsmedizin Berlin.
 Forschungsschwerpunkte: Versorgungsforschung und
 Gender

Prof. Dr. med. Lothar Weißbach

Stiftung Männergesundheits
 E-Mail weissbach@stiftung-maennergesundheits.de
www.stiftung-maennergesundheits.de
 Lothar Weißbach, geb. 1940, ist Wissenschaftlicher
 Vorstand der Stiftung Männergesundheits und
 am MännerGesundheitsZentrum der Berliner
 MEOCLINIC tätig.
 Forschungsschwerpunkte: Prostatakarzinom,
 urologische Erkrankungen

Dr. rer. soc. Reinhard Winter

E-Mail reinhard.winter@sowit.de
 Internet www.sowit.de
 Reinhard Winter, geb. 1958, ist geschäftsführender
 Gesellschafter des Sozialwissenschaftlichen Instituts
 Tübingen.
 Forschungsschwerpunkte: Jungen, Männer,
 Jungenarbeit

Stichwortverzeichnis

A

Active Surveillance 117
 Adipositas 21, 38, 54, 58, 65, 128, 163, 164, 165, 175
 Aging Male, s. auch Alternder Mann 58
 Alkohol 22, 58, 69, 89, 96, 104, 107, 123, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 148, 150, 151, 155, 157, 163, 175, 187
 Alternder Mann 58, 62, 68, 69
 Altershypogonadismus 66
 Angst 155
 Angststörungen 146, 147
 Arbeit 6, 10, 69, 72, 107, 184, 189
 Arbeitsbedingungen 83
 Arbeitslosigkeit 18, 72, 74, 85, 133
 Arbeitsplatz 76
 Arbeitsunfähigkeit 8, 26, 76
 Arbeitsunfälle 85
 Armut 45, 54
 Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) 38, 46, 54, 144, 186

B

Behandlung 24
 benignes Prostatasyndrom (BPS) 113, 114
 Beratung 41, 68, 69, 83, 155, 187, 191
 Beruf 8, 50, 51, 150
 Berufskrankheiten 73, 85
 Bewegung 22, 43, 44, 54, 74, 107
 Bildung 47
 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) 11, 13, 31, 32
 Burnout 149

C

Chemotherapie 118
 chronische Erkrankungen der unteren Atemwege 23
 chronische Lebererkrankungen 23

D

Darmkrebs 171
 Depression 35, 39, 41, 50, 54, 60, 61, 68, 74, 80, 94, 120, 133, 135, 136, 137, 138, 141, 143, 145, 147, 148, 149, 150, 151, 154, 155, 157, 171, 172, 187, 189

Deutschen Gesellschaft für Mann und Gesundheit e. V. (DGMG) VII, 191
 Diabetes mellitus 23, 120, 121, 163, 165, 175, 185
 Diabetes Typ 2 81, 165

E

ejaculatio praecox 119
 erektile Dysfunktion 62, 63, 115, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 127, 130, 131, 185
 Erektion 67
 Erektionsstörungen 63
 Erkrankungen des Bewegungsapparats 173
 Ernährung 22, 69, 74, 88, 97, 107, 134, 163, 164, 187
 Erwerbsarbeit 72, 75

F

Familie 6, 8, 9, 10, 65, 82, 103, 104, 188
 Fertilität 65
 Fertilitätsstörungen 112
 Frauengesundheit VII, 3
 Früherkennung V, 13, 24, 82, 83, 112, 115, 116
 Frührente 73, 78, 85, 136

G

Gender 6, 14, 137, 142
 Gender-Mainstreaming 50, 136
 Gender-Perspektive 32, 147
 Generationengerechtigkeit 17
 genetische Disposition 140
 Geschlecht 12
 Geschlechtsdifferenzen 80
 Geschlechtsrollen 32, 58, 72, 99, 100, 101, 104, 107, 140, 147, 148
 Gesellschaft VII, 36, 72, 93, 102, 105, 112, 136, 156, 188, 191
 Gesundheitsangebote 13
 Gesundheitsberichterstattung V, 83, 136
 Gesundheitsbildung 32, 48
 Gesundheitsdeterminanten 17
 Gesundheitsförderung V, 32, 108, 127, 132, 134, 156, 157
 Gesundheitsressourcen 8
 Gesundheitsrisiken 6
 Gesundheitsurvey 133, 137
 Gesundheitsverhalten 14

Gesundheitswissenschaft 14

Gewalt 7, 31, 36, 51, 69, 93, 102, 136, 137, 138, 140,
142, 143, 144, 145, 155, 157, 187

Gewalterfahrungen 35

Glücksspiel 94

H

Harninkontinenz 118

Herzkrankungen 23, 128

Herzinfarkt 123

Herzinsuffizienz 168

Herzkrankheit 129, 131

Herz-Kreislauf-Erkrankungen 22, 24, 75, 78, 80, 136,
162, 185

Herz-Kreislauf-System 133, 164

Hodenkrebs 12, 13, 34, 37, 54, 124

Hypertonie 168

Hypogonadismus 66, 130

I

Impotenz 117, 121

Inkontinenz 115, 117, 118

internationaler Prostata-Symptomen-Score (IPSS) 113

Invalidität 26

J

Jugendliche 11, 18, 89, 103

Jungen 11, 37, 41

Jungenarbeit 31

Jungengesundheit 30, 31, 33, 37, 49, 50, 52, 54

Jungenpädagogik 31, 186

K

KiGGS-Studie 31, 33, 36, 46

Komorbidität 140, 141, 146, 151, 156

Krankheitskosten 25, 35, 39, 162

Krebs 136

Krebsvorsorge 13

Kreislaufsystem 163, 166

Kreislaufsystem, Krankheiten 73

Krisendienste 155

L

Lebenserwartung 2, 5, 17, 20, 22, 24, 26, 58, 127, 132,
133, 188, 189

Lebensqualität 18, 20, 23, 47, 60, 66, 120, 121, 132, 134,
156, 191

Libido 130

Libidostörung 119

M

Mammakarzinom 25

Mammographie 116

Männergesundheitsbericht 3, 14

Männergesundheitsforschung VII

Männlichkeit 4, 7, 49, 51, 52, 100, 105, 140, 155, 191

Medien 43, 49, 50, 51, 54

metabolisches Syndrom 130, 131, 185

Migrationshintergrund 36, 37, 42, 43, 54, 103, 157, 189

Morbidität 17, 34, 45, 53, 77, 115, 132, 133, 134, 167,
175

Mortalität 18, 23, 26, 34, 45, 53, 75, 77, 129, 132, 133,
134

Muskel-Skelett-System 24

Muskel-Skelett-System, Krankheiten 73, 163

N

Nachsorgeuntersuchungen 118

Neubildungen 73, 128, 163, 169

Neubildungen, bösartige 162, 164

O

orthopädische Erkrankungen 136

P

Penisprothese 123

Pflege 24, 25

Politik 82, 107, 185, 186, 188

Prävention 13, 23, 25, 31, 32, 37, 39, 45, 48, 50, 54, 68,
69, 72, 83, 107, 118, 127, 132, 134, 156, 157, 175, 178,
186, 187, 190

Prostata 114, 125

Prostatakrebs 25, 59, 67, 112, 114, 115, 116, 131, 169

Prostatakrebs, S3-Leitlinie 117, 131

Prostatektomie 112

Prostatitis 59, 118

PSA 112, 114, 115, 116, 117, 127, 131

psychische Erkrankungen 8, 162, 172, 185, 187

psychische Gesundheit 36, 54, 76

psychische Störungen 39, 73, 102, 133, 135, 138, 139,
141, 143, 163, 171, 175

psychosoziale Arbeitsbelastungen 79

R

Rauchen 10, 21, 23, 44, 58, 69, 89, 94, 170

Rauschtrinken 140

Risiko 7, 9, 10, 18, 22, 30, 46, 50, 52, 58, 69, 73, 74, 75,
87, 97, 99, 121, 123, 130, 138, 139, 140, 144, 145, 146,
147, 154, 156, 157, 162, 184

Risikoverhalten 2, 14, 40, 41, 43, 87, 100, 105, 106, 107,
133, 136, 143, 155, 187, 188, 189

Robert Koch-Institut (RKI) 3, 23, 31, 46, 115, 127, 190

Rollenverständnis V, 10

S

Schizophrenie 102, 133, 143
Schlaganfall 23, 123
Screening 23, 131, 132
Sexualität 61, 62, 120, 130
sexuelle Funktionsstörungen 119
soziale Lage 98
Sozialpolitik 82
Sozialstatus 45, 46, 47, 53, 96, 154
sozioökonomischer Status 138
Sport 43
Sprechstunde 127
Status 99, 104, 105
Sterblichkeit 17, 18, 19, 21, 131, 136
Stiftung Männergesundheit V, 177
Stress 51, 69, 75, 80, 107, 123, 140, 142, 145, 146, 149, 150, 156, 157
subjektive Gesundheitseinschätzung 47
Sucht 31, 44, 50, 51, 54, 74, 107, 138, 142, 145, 149
Suchtpersönlichkeit 140
Suizid 22, 24, 34, 37, 50, 62, 136, 138, 141, 148, 150, 153, 156, 187

T

Testosteron 9, 66, 67, 98, 99, 105, 113, 125, 130, 178, 185, 186

U

Übergewicht 38, 54, 65, 123
Übersterblichkeit 127, 128, 133
Unfälle 6, 9, 11, 14, 22, 26, 33, 34, 35, 37, 54, 72, 73, 80, 94, 108, 141, 187
Unfruchtbarkeit 124

V

Vergiftungen 24, 26, 40, 133
Verhalten 4, 12, 46, 53, 68, 88, 102, 157, 184, 188
Verhaltensstörungen 18, 25, 36, 39, 73, 102, 133, 135, 139, 163, 171, 175
Verletzungen 26, 35, 40
vermeidbare Sterbefälle 24
Versorgung 17, 24, 37, 53, 72, 83, 131, 139, 142, 147
Vorhautverengung 33
Vorsorge V, 12, 13, 14, 112, 127, 132, 134, 186, 191
Vorsorgeuntersuchungen 26, 59

W

Watchful Waiting 117

Z

Zeugungsfähigkeit 59, 119
Zeugungsunfähigkeit 123