Anforderungen an Gesundheitsförderungsangebote für Männer*

Ergebnisse der Literaturrecherche

Version 2.0 – 03.07.2025

Projektakronym: NÖG_GF-Männer

Department für Evidenzbasierte Medizin und Evaluation

An:

NÖ Gesundheits- und Sozialfonds (Fördergeber)
Julius-Raab-Promenade 27 / Stiege 2
3100 St. Pölten

„Tut gut!“ Gesundheitsvorsorge GmbH (Kooperartionspartnerin)
z. Hd.: Mag. Erwin Zeiler, MSc
Purkersdorfer Straße 8/1/5
3100 St. Pölten

Von:

Universität für Weiterbildung Krems
Department für Evidenzbasierte Medizin und Evaluation
Zentrum für Evaluation
Dr.-Karl-Dorrek Straße 30
3500 Krems

Autorinnen
Julia Daxenbichler
Nina Mitterbauer
Christina Koscher-Kien
Denise Hebesberger
Ursula Griebler

Dieser Bericht soll wie folgt zitiert werden:

Daxenbichler J, Mitterbauer N, Koscher-Kien C, Hebesberger D, Griebler U (2025). Anforderungen an Gesundheitsförderungsangebote für Männer*. Ergebnisse der Literaturrecherche. Zentrum für Evaluation am Department für Evidenzbasierte Medizin und Evaluation, Universität für Weiterbildung Krems. https://doi.org/10.48341/zmvh-8t13

Kontakt:
Danielle Eder-Linder
Tel.: +43 (0)2732 893 - 2926
E-Mail: danielle.eder-linder@donau-uni.ac.at

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung 5

1 Einleitung 6

2 Hintergrund 7

3 Leitfragen 8

4 Methodik 10

5 Ergebnisse 12

5.1 Ergebnisse der Suche 12

5.1.1 Charakteristika der ausgewählten Studien 13

5.2 Einstellungen und Zugänge zu Gesundheitsförderung 13

5.2.1 Generelle Einstellungen zu Gesundheit 13

5.2.2 Einstellungen zur Teilnahme an Gesundheitsförderungsangeboten 15

5.2.3 Förderliche Faktoren zur Teilnahme an Gesundheitsförderungsangeboten 17

5.2.4 Barrieren bezüglich der Teilnahme an Gesundheitsförderungsprogrammen 20

5.2.5 Rolle digitaler Gesundheitsförderung 23

5.2.6 Erreichbarkeit von Männern* für Gesundheitsförderungsprogramme 24

5.3 Mentale Gesundheit 27

5.3.1 Wahrnehmungen bezüglich mentaler Gesundheitsprobleme 27

5.3.2 Wichtige Unterstützungsangebote zur mentalen Gesundheit 30

5.3.3 Settings für Gesundheitsförderungsangebote im Bereich mentale Gesundheit 30

5.4 Gesundheitliche Problemstellungen im Lebensverlauf 32

5.4.1 Gesundheitliche Herausforderungen im Laufe des Lebens 32

6 Schlussfolgerung und Empfehlungen 34

6.1 Fazit 36

6.2 Stärken und Einschränkungen 37

7 Literaturverzeichnis 38

8 Anhang 42

8.1 Ein- und Ausschlusskriterien 42

8.2 Charakteristika der ausgewählten Studien.....44
8.3 Charakteristika der inkludierten, aber nicht ausgewählten Studien 48

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ein- und Ausschlusskriterien 42
Tabelle 2: Charakteristika der ausgewählten Studien.....44
Tabelle 3: Charakteristika der inkuldierten, aber nicht ausgewählten Studien 48

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: PRISMA-Flow chart (Zusammenfassung des Literaturauswahlprozesses) 12

Zusammenfassung

Hintergrund: In Österreich zeigen sich deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede in der Gesundheit, wobei Männer eine geringere Lebenserwartung aufweisen und seltener an Gesundheitsförderungsangeboten teilnehmen.

Ziel: Übergeordnetes Ziel dieses Forschungsprojekts ist es, die Anforderungen und Bedürfnisse niederösterreichischer Männer* bezüglich Gesundheitsförderung zu erfassen, um eine fundierte Grundlage für die Entwicklung bedarfsgerechter Angebote zu schaffen. Der vorliegende Bericht liefert eine Zusammenfassung des aktuellen wissenschaftlichen Forschungsstands zu diesem Thema als Grundlage für die weiteren Schritte im Projekt.

Methoden: Wir führten eine schnelle qualitative Evidenzsynthese durch. Die systematische Literaturrecherche erfolgte in den Datenbanken CINAHL und PsycINFO sowie durch Suche nach grauer Literatur (Januar 2004 bis Dezember 2024). Nach der Durchsicht von 808 Abstracts und 109 Volltexten erfüllten 78 Studien unsere Einschlusskriterien und durch ein gezieltes Sampling unter Berücksichtigung der Kontexte und Teilnehmendenmerkmale wurden 23 qualitative Studien in die Synthese einbezogen. Die ausgewählten Studien wurden sowohl deduktiv als auch induktiv kodiert und die Ergebnisse narrativ zusammengefasst.

Ergebnisse: Männer betrachten Gesundheit primär als Voraussetzung zur Erfüllung ihrer Verpflichtungen gegenüber Familie und Beruf. Für jüngere Männer steht körperliche Fitness und Attraktivität im Zentrum. Psychische Belastungen werden von Männern häufig als Zeichen von Schwäche interpretiert, wobei jüngere Männer eine höhere Bereitschaft zur Hilfesuche zeigen. Erfolgreiche Interventionen integrieren die Förderung von psychischer Gesundheit in allgemeine Programme zur Steigerung des Wohlbefindens. Allgemeine Barrieren für die Teilnahme an Gesundheitsförderungsangeboten sind maskuline Geschlechternormen (z. B.: Eigenständigkeitsideal, Stigmatisierung von Hilfesuche), programmbezogene Faktoren (irrelevante Inhalte, unpassende Ansprache) sowie kulturelle Hindernisse. Als Erfolgsfaktoren werden Peer-Support im Programm, das Einbetten in vertrauenswürdige Institutionen (Sportvereine, Hausärzt:innen) und gendersensible Ansätze, wie die Integration in akzeptierte männliche Kontexte und Aktivitäten genannt.

Schlussfolgerungen: Erfolgreiche Männergesundheitsförderung verlangt gendersensible Ansätze, die männliche Identitäten respektieren und gleichzeitig hinderliche gesundheitsrelevante Normen hinterfragen. Empfohlen werden subtile Ansprache ohne explizite Gesundheitsterminologie, niedrigschwellige Angebote mit Alltagsbezug, Peer-Ansätze und die Nutzung vertrauenswürdiger Zugangswege. Die Erkenntnisse können zur Entwicklung zielgruppenspezifischer Gesundheitsförderungsprogramme für Männer beitragen.

1 Einleitung

Die vorliegende Zusammenfassung präsentiert die Ergebnisse einer schnellen qualitativen Evidenzsynthese zur Inanspruchnahme von Gesundheitsförderungsangeboten durch Männer*, ihren Präferenzen, Bedürfnissen und Einstellungen gegenüber Gesundheitsförderung.

Die Analyse richtet sich in erster Linie an unsere Kooperationspartnerin, die „Tut gut!“ Gesundheitsvorsorge GmbH, sowie an unseren Auftraggeber, den Niederösterreichischen Gesundheits- und Sozialfonds (NÖGUS). Die gewonnenen Erkenntnisse bieten eine wertvolle Wissensgrundlage, um bestehende Gesundheitsförderungsprogramme weiterzuentwickeln und neue, zielgruppengerechte Maßnahmen zu konzipieren. Ziel ist es, Angebote besser an die tatsächlichen Bedürfnisse von Männern* anzupassen, Zugangsbarrieren zu reduzieren und geeignete Kommunikationsstrategien zu entwickeln.

Darüber hinaus wendet sich die vorliegende Zusammenfassung an alle Personen und Institutionen, die sich für das Thema Männergesundheit und geschlechtersensible Gesundheitsförderung interessieren.

2 Hintergrund

In Österreich zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern in Bezug auf die Lebenserwartung, das Gesundheitsverhalten und die Inanspruchnahme von Gesundheitsangeboten (Klimont, 2020). Laut Statistik Austria lag die durchschnittliche Lebenserwartung von Männern in Österreich 2023 etwa fünf Jahre unter jener von Frauen (79,4 Jahre vs. 84,2 Jahre) (Statistik Austria, 2025). Mögliche Erklärungen dafür sind biologische Faktoren, aber insbesondere auch Unterschiede in den gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen der Geschlechter und Umweltdispositionen verschiedener Subpopulationen (Luy, 2021).

Aus der Literatur ist bekannt, dass Frauen häufiger dazu tendieren, gesundheitsförderliche und primärpräventive Verhaltensweisen zu praktizieren als Männer (Hiller et al., 2017). Dies zeigt sich auch in Österreich: Männer weisen allgemein einen risikoreicheren Lebensstil (Unfälle und Verletzungen), als auch einen höheren Konsum von Tabak und Alkohol im Vergleich zu Frauen auf. Während Frauen häufiger Obst und Gemüse zu sich nehmen, verzehren Männer öfter Fleisch. Lediglich im Bereich der körperlichen Aktivität erfüllen Männer häufiger die von der WHO empfohlenen Kriterien für körperliche Aktivität (Klimont, 2020). Daten aus Österreich zeigen, dass nicht nur das Geschlecht einen Einfluss auf einen gesundheitsförderlichen Lebensstil hat, sondern insbesondere auch der sozioökonomische Status, darunter das Einkommen und der Bildungsstatus (Klimont & Prammer-Waldhör, 2020).

Die Erhebungen zum Gesundheitsbewusstsein und dem Interesse für Gesundheitsförderung (GF) und Prävention im Rahmen der Evaluation der Tätigkeiten der Regionalen Gesundheitskoordinator:innen (RGKs) in 13 Niederösterreichischen Gemeinden zeigten über drei Erhebungszeitpunkte, dass sowohl das Gesundheitsbewusstsein, als auch das Interesse für Gesundheitsförderung und Prävention bei Männern niedriger ist als bei Frauen (Klingenstein et al., 2022). Eine systematische Übersichtsarbeit zu den Barrieren und förderlichen Faktoren für ältere Männer (ab 60 Jahren) bei der Teilnahme an Gesundheitsförderungsangeboten zeigte, dass traditionelle männliche Geschlechterrollen, der Umfang der Programme, das Umfeld sowie das Geschlecht der Kursleiter:innen und der anderen Teilnehmer:innen hinderlich waren (Howell et al., 2023). Ein Schweizer Leitfaden zum Erreichen von Männern über 65 Jahren zeigt, dass Gesundheitsprogramme stärker auf Männer zugeschnitten sein sollen und leicht zugänglich sein, um die Inanspruchnahme zu erhöhen (Kessler & Bürgi, 2019). Eine systematische Übersicht zur Studienlage jüngerer Männer und Männer im mittleren Alter liegt bislang jedoch nicht vor – diese Lücke adressieren wir mit der vorliegenden qualitativen Evidenzsynthese.

Das übergeordnete Ziel des Projekts „GF-Männer“ ist es, die Anforderungen und Bedürfnisse niederösterreichischer Männer*[1] in Bezug auf Gesundheitsförderung zu erfassen. Das Projekt besteht aus zwei Arbeitspaketen: einer fokussierten qualitativen Evidenzsynthese der internationalen Literatur und einer qualitativen Interviewstudie mit Männern*, die in Niederösterreich leben oder arbeiten. Die gewonnenen Erkenntnisse liefern „Tut gut!“ eine fundierte Grundlage zur Weiterentwicklung bestehender und Entwicklung neuer, bedarfsgerechter Angebote.

Der vorliegende Bericht fasst die Ergebnisse der fokussierten qualitativen Evidenzsynthese zusammen. Er bietet einen Überblick über den aktuellen Forschungsstand zu Einstellungen, Bedürfnissen und Präferenzen von Männern* hinsichtlich Gesundheit und Gesundheitsförderung und dient als Basis für die weiteren Projektschritte.

3 Leitfragen

Folgende Fragestellungen werden im vorliegenden Bericht auf Basis der Ergebnisse der Literaturrecherche beantwortet:

Einstellungen und Zugänge zu Gesundheitsförderung:

1) Was sind die Einstellungen verschiedener Gruppen von Männern* zur Teilnahme an Gesundheitsförderungsangeboten?
2) Welche Faktoren beeinflussen die Bereitschaft von Männern* an Gesundheitsförderungsangeboten teilzunehmen?
3) Welche Zugänge zur Gesundheitsförderung werden von Männern* als besonders effektiv empfunden?
    a) Welche Barrieren erleben Männer* beim Zugang zu Gesundheitsförderungs-angeboten, und wie können diese überwunden werden?
4) Welche Rolle spielen digitale Gesundheitsinformationen im Rahmen der Gesundheitsförderung für Männer*?
5) Wie können Männer* motiviert werden, an „Tut gut!“ Programmen, wie „Vorsorge aktiv“ teilzunehmen oder sich im Arbeitskreis Gesundheit in Gemeinden zu engagieren?
    a) Wie muss die Ansprache dazu gestalten sein (z. B. Darstellung der Informationen, spezifische Kanäle), damit die Programme für Männer als attraktiv wahrgenommen werden?

[1]Wir verwenden Männer* mit dem Gendersternchen, um zu symbolisieren, dass unter dem Begriff „Männer“ alle Personen gemeint sind, die sich als männlich identifizieren.

Mentale Gesundheit

6) Welche besonderen Herausforderungen im Bereich der mentalen Gesundheit erleben Männer*?
7) Wie werden mentale Gesundheitsprobleme von Männern* wahrgenommen und angesprochen?
8) Welche Unterstützungsangebote zur mentalen Gesundheit sind für Männer* besonders wichtig und welche würden sie in Anspruch nehmen?
9) Gibt es spezifische Settings, die sich besonders für Gesundheitsförderungsangebote im Bereich mentale Gesundheit für Männer* eignen (z. B. BGF-Angebote in Betrieben)?

Gesundheitliche Problemstellungen im Lebensverlauf

10) Wie verändern sich die gesundheitlichen Herausforderungen im Laufe des Lebens der Männer*?
    a) Wie verändert sich der Umgang mit gesundheitlichen Problemen?
11) Welche Gesundheitsförderungsangebote sind für bestimmte Altersgruppen attraktiver als für andere?

4 Methodik

Wir führten eine schnelle qualitative Evidenzsynthese unter Berücksichtigung der Richtlinien des Cochrane-Campell Handbuchs (Cochrane Training, 2023). Bei einer schnellen qualitativen Evidenzsynthese werden bestimmte methodische Schritte verkürzt durchgeführt. Bei dieser vorliegenden Evidenzsynthese wurden die Volltexte nur von einer Person gescreent, die Datenextraktion nur von einer Person durchgeführt und punktuell von einer zweiten Person überprüft, es erfolgte keine Bewertung der Qualität der inkludierten Studien und keine Bewertung der Stärke der Evidenz für die einzelnen Ergebnisse. Diese Schritte wurden im Vorfeld in einem internen Studienprotokoll festgelegt (Projektkonzept), das aus Zeitgründen nicht öffentlich registriert wurde. Bei der Berichterstattung der Methodik und der Ergebnisse der qualitativen Evidenzsynthese orientierten wir uns am ENTREQ-Reporting-Leitfaden (ENTREQ steht für: Enhancing transparency in reporting the synthesis of qualitative research) (Tong et al., 2012).

Einschlusskriterien

Wir schlossen Studien ein, die die Perspektiven von Männern* ab 15 Jahren oder die Perspektiven von Personen, die mit Männern* zu relevanten Gesundheitsthemen arbeiten, erfassten. Der Inhalt der inkludierten Studien umfasst die Perspektiven auf Gesundheitsförderung und Präventionsangeboten, einschließlich Unterstützung im Bereich psychischer Gesundheit. Eingeschlossen wurden qualitative und Mixed-Methods-Studien (mit separat ausgewiesenen qualitativen Anteilen) sowie qualitative Evidenzsynthesen, die in Ländern mit hohem oder mittlerem Einkommen durchgeführt wurden und mit Österreich vergleichbar sind. Eine detaillierte Tabelle mit allen Ein- und Ausschlusskriterien befindet sich in Tabelle 1 im Anhang.

Informationsquellen und Literaturrecherche

Wir führten eine gezielte und fokussierte Literaturrecherche für diese Literaturübersicht durch. Dabei wendeten wir den von Cooper et al. (2022) vorgeschlagenen „Tailored Approach“ an – einen individualisierten Ansatz, der verschiedene Suchmethoden kombiniert. Zunächst suchte ein Teammitglied nach qualitativen Evidenzsynthesen zu diesem Thema in PubMed (https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/). Mehrere Teammitglieder suchten über Google, Google Scholar und Bing sowie über Webseiten von länderspezifischen Public Health Instituten nach qualitativen Evidenzsynthesen, qualitativen Studien und grauer Literatur zu diesem Thema. Eine Informationsspezialistin durchsuchte die Datenbanken CINAHL (Cumulated Index to Nursing and Allied Health Literature) und PsycINFO nach qualitativen Studien, die zwischen dem 1. Januar 2004 und dem 18. Dezember 2024 veröffentlicht wurden. Dabei kam eine Kombination aus Freitextsuche und kontrolliertem Vokabular (z. B. Medical Subject Headings)

zum Einsatz. Ergänzend wurden Recherchen in Medline (via PubMed) durchgeführt, einschließlich der Durchsicht von Referenzlisten, zitationsbasierter Recherchen sowie der Suche nach ähnlichen Artikeln.

Auswahl der Literatur

Wir erstellten Screening-Formulare für Abstracts und Volltexte basierend auf unseren Einschlusskriterien und führten einen Pilot-Test mit 50 Abstracts und drei Volltextartikeln durch. Eine von drei Reviewerinnen prüfte Titel und Abstracts sowie anschließend die Volltexte anhand der vorab definierten Ein- und Ausschlusskriterien mithilfe von Covidence. Unklarheiten bei der Anwendung der Kriterien wurden im Review-Team diskutiert und geklärt.

Ursprünglich war geplant, alle eingeschlossenen Studien zu analysieren. Aufgrund der großen Anzahl wendeten wir jedoch ein gezieltes Sampling an (Ames et al., 2019), um eine Teilmenge für die vertiefte Analyse auszuwählen. Um die thematische Vielfalt und Relevanz für die Leitfragen des Forschungsprojekts zu gewährleisten, wählten wir gezielt Studien aus, die sich möglichst stark voneinander unterschieden – d. h. in Bezug auf Interviewinhalte, Kontexte oder Merkmale der Teilnehmenden wie Alter und Beruf. Wir konzentrierten uns auf Studien, die in den letzten 10 Jahren publiziert wurden und Populationen unter 65 Jahren untersuchten. Weiters versuchten wir möglichst viele unterschiedliche Settings und Inhalte abzubilden, sowie alle Studien aus nicht Englischsprachigen Ländern miteinzubeziehen.

Datenextraktion, Datenanalyse und Synthese

Eine Reviewerin extrahierte die wichtigsten Studienmerkmale in eine vorstrukturierte, standardisierte Datenextrations-Tabelle. Folgende Studienmerkmale wurden extrahiert: Autor:innen, Publikationsjahr, Studiendesign, Ziel der Studie, Setting, Land, enthaltene Themen, Alterspanne und Mittelwerte, Zielgruppe, Methode der Datenanalyse, Zusammenfassung der Ergebnisse. Die Datenextraktionstabelle diente der Übersicht und auf Basis der Informationen wurde das Sampling durchgeführt. Die ausgewählten inkludierten Studien wurden dann einer thematischen Synthese unterzogen. Dazu wurden die ausgewählten Studien als PDF-Dateien in MAXQDA 2024 (VERBI Software, 2024) eingebunden. Wir führten eine thematische Synthese in zwei Schritten durch: Im ersten Schritt wurde deduktiv ein Kodierrahmen erstellt, der die Themen der leitenden Evaluationsfragestellungen umfasste. Weitere Kategorien und Unterkategorien wurden induktiv, während dem Kodieren hinzugefügt. Die für die Synthese eingeschlossenen Studien wurden im Evaluationsteam aufgeteilt. Jedes Teammitglied kodierte dann den Ergebnisteil der ihr zugeweisenen Studien und ggf. den Diskussionsteil, falls darin weitere, für die Evaluation relevante Aspekte enthalten waren. In einem zweiten Schritt entwickelte eine Reviewerin aus dem Evaluationsteam

beschreibende Themen aus den einzelnen Kodierungen, die fortlaufend im Team diskutiert wurden.

5 Ergebnisse

5.1 Ergebnisse der Suche

Nach der Entfernung von Duplikaten in den Suchergebnissen sichteten wir 808 Abstracts und Titel sowie 109 Volltexte anhand unserer vordefinierten Einschlusskriterien. Nach dem Screening schlossen wir 78 Studien ein. 55 Studien wurden nicht für die Analyse ausgewählt (siehe Erklärung zum Sampling im Methodenteil). 23 Artikel wurden in die qualitative Synthese einbezogen (Abbildung 1).

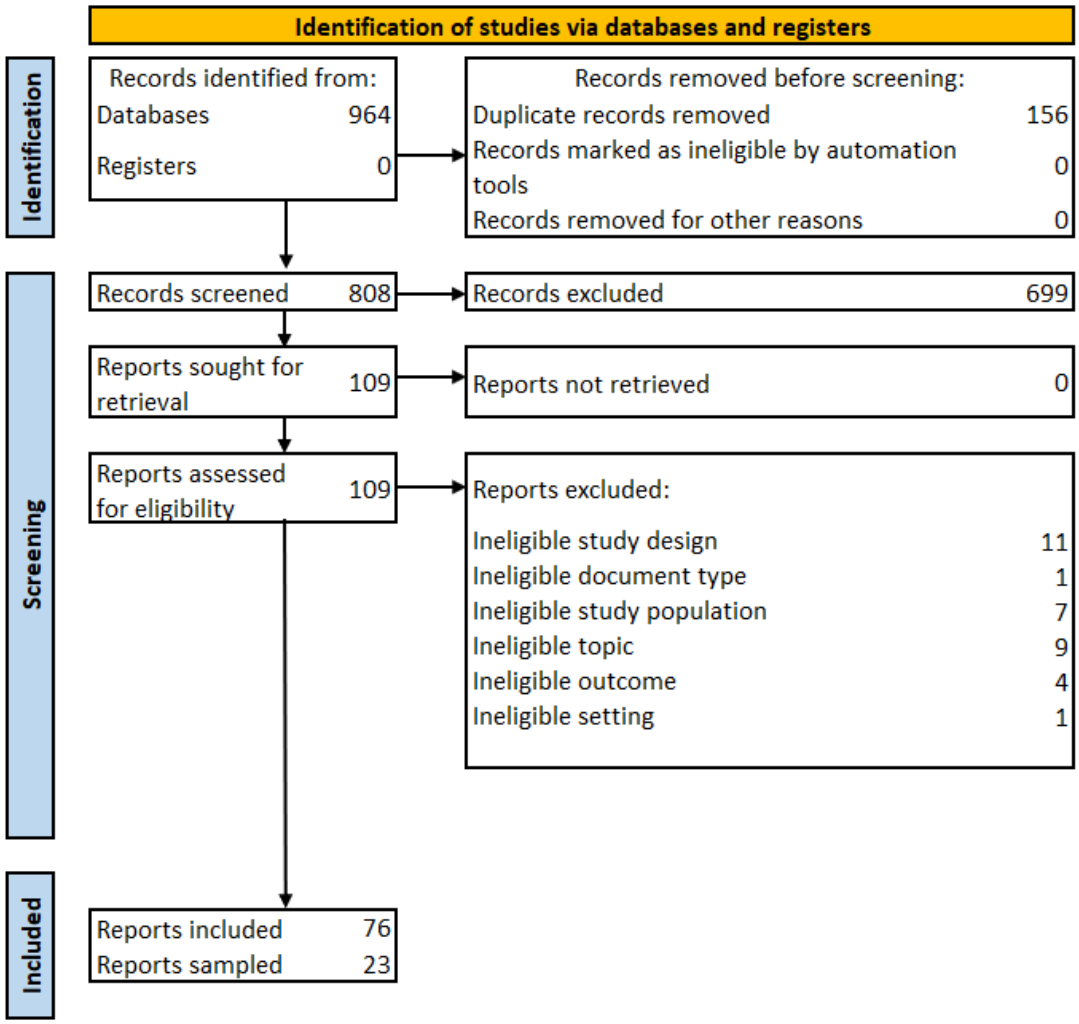


Abbildung 1: PRISMA-Flow chart (Zusammenfassung des Literaturauswahlprozesses)

5.1.1 Charakteristika der ausgewählten Studien

Eine Beschreibung der zur Synthese ausgewählten Studien ist in Tabelle 2 im Anhang verfügbar. Der Großteil der ausgewählten Studien (n = 20 von insgesamt 23 Studien) wurde in englischsprachigen Ländern durchgeführt, nämlich in Kanada (n = 6) (Ahmadu et al., 2021; Houle et al., 2017; Oliffe et al., 2017; Seaton et al., 2019; Sharp et al., 2018; Sharp et al., 2023), Australien (n = 5) (Ashton et al., 2015; Drummond et al., 2022; Matthews et al., 2021; Sharp et al., 2022; Sharp et al., 2024), den USA (n = 2) (Carnahan et al., 2018; Crane et al., 2022), dem Vereinigten Königreich (n = 5) (Bell et al., 2023; Bunn et al., 2016; Hanna et al., 2020; McGeechan et al., 2017; Robertson et al., 2018), und Irland (n = 2) (Lefkowich & Richardson, 2018; Lefkowich et al., 2017). Eine Studie fand in Dänemark statt (Dahl et al., 2023), eine in den Niederlanden (Lems et al., 2019), sowie eine am Balkan, d. h. in Bosnien-Herzegowina, Kroatien und Serbien (Namy et al., 2015). Die Teilnehmenden der ausgewählten Studien wurden in verschiedenen Settings rekrutiert: aus der Gemeinde („community“, n = 9), dem Arbeitsplatz (n = 4), Sportvereinen (n = 3), aus ländlichen bzw. sozial benachteiligten Gegenden (n = 1) oder aus nicht näher spezifizierten Settings (n = 6). Die Studien umfassten zwischen 9 und 63 Interviewteilnehmende. Zusätzlich bezogen drei Studien zentrale Akteur:innen wie Expert:innen für Männergesundheit und Programmverantwortliche ein (Lefkowich et al., 2017; Robertson et al., 2018; Seaton et al., 2019).

In keiner der analysierten Studien wurden queere oder transgender Männer befragt.

Nachfolgend werden die Ergebnisse entsprechend den im Projektkonzept angeführten Leitfragen (LF) aufbereitet. Die jeweilige Leitfrage ist jeweils in grauer Schrift zu Beginn angeführt.

Hinweis zur Lesbarkeit und Interpretation der Ergebnisse: Die Ergebnisse der Literatursynthese sind durchgängig im Präsens formuliert, um den Textfluss zu erleichtern. Dies impliziert jedoch nicht, dass die Aussagen allgemeingültig für alle Männer* sind.

5.2 Einstellungen und Zugänge zu Gesundheitsförderung

5.2.1 Generelle Einstellungen zu Gesundheit

Die Literatursynthese zeigt unterschiedliche Perspektiven auf die Einstellungen von Männern zur Gesundheit. Insgesamt erscheint Gesundheit für viele Männer vor allem insofern relevant, als sie ihnen dabei hilft, zentrale Verpflichtungen – insbesondere gegenüber Familie und Beruf – zu erfüllen (Oliffe et al., 2017). Der Erhalt der Gesundheit wird von manchen Männern vor allem als Grundlage für ihre Arbeitsfähigkeit und für eine langfristige Erwerbstätigkeit als

wichtig angesehen (Oliffe et al., 2017). Andererseits messen manche Männer ihrer Gesundheit erst dann eine höhere Bedeutung bei, wenn sie mit bestimmten Lebensereignissen oder Krisensituationen konfrontiert sind (Sharp et al., 2022).

Gesund bleiben bedeutet für Männer unter anderem, sich ausgewogen zu ernähren und regelmäßig körperlich aktiv zu sein (Oliffe et al., 2017). Körperliche Aktivität wird von Männern dabei besonders häufig als zentrale Strategie gesehen, um Gesundheit zu erhalten, den Alterungsprozess zu verlangsamen und die Lebensqualität im höheren Alter zu sichern (Carnahan et al., 2018). Sie wird nicht nur zur Vorbeugung chronischer Erkrankungen und Adipositas geschätzt, sondern auch als Mittel, um Unabhängigkeit zu bewahren und nicht auf Hilfe angewiesen zu sein. Für viele steht dabei weniger die Lebenserwartung im Vordergrund, sondern vielmehr die Möglichkeit, im Alter selbstständig und körperlich fit zu bleiben (Carnahan et al., 2018). In einer Studie konnte gezeigt werden, dass gesundheitsförderndes Verhalten von Männern stark vom Verhalten ihrer Freunde sowie Arbeitskollegen beeinflusst wird. Dabei werden drei Mechanismen schlagend: gemeinsam aktiv sein, durch das Verhalten anderer inspiriert werden und in anderen ein positives Vorbild sehen (Houle et al., 2017) .

Neben der körperlichen Gesundheit betrachten Männer auch die mentale Gesundheit als zentral für das allgemeine Wohlbefinden (Bell et al., 2023). Insbesondere im Hinblick auf die Arbeitssicherheit kommt der mentalen Gesundheit eine wichtige Bedeutung zu: Männliche Beschäftigte und Arbeitsplatzvertretende betonen, wie wichtig mentale Gesundheit in männerdominierten Arbeitsbereichen ist. Sie sehen einen klaren Zusammenhang zwischen psychischem Wohlbefinden und Sicherheit am Arbeitsplatz. Wer mental belastet ist, macht eher Fehler, die zu Unfällen führen können. Gleichzeitig wurde betont, dass zufriedene und gesunde Mitarbeitende auch produktiver arbeiten – gute Stimmung im Team wirkt sich also positiv auf die Arbeitsleistung aus (Seaton et al., 2019).

Zur Stressbewältigung halten Männer bestimmte gesundheitsbezogene Verhaltensweisen für entscheidend. Ausreichender Schlaf wird von Männern beispielsweise als wesentlich für einen gesunden Umgang mit Stress betrachtet. Für Männer wirkt sich körperliche Aktivität positiv auf das psychische Wohlbefinden aus, ebenso spielt ein aktives Sozialleben eine wichtige Rolle für das allgemeine Wohlbefinden. Auch das Erleben positiver Emotionen – etwa durch das Erreichen von Zielen oder das Setzen neuer Vorhaben – wird von Männern als förderlich für Gesundheit und Wohlbefinden eingeschätzt (Bell et al., 2023). Weitere gesundheitsförderliche Faktoren, die von Männern erwähnt werden, sind das Verbringen von Zeit in einer als subjektiv bedeutend empfundenen natürlichen Umgebung, z. B. in ländlichen Regionen, an Gewässern oder im eigenen Garten, die Auseinandersetzung mit kulturellen und spirituellen Inhalten sowie stabile soziale Beziehungen (Ahmadu et al., 2021).

Die Autor:innen einer Studie zum Gesundheitsverhalten von männlichen Jugendlichen im Alter zwischen 12 bis 18 Jahren weisen auf diskrepante Ergebnisse hin (Lems et al., 2019): Junge Männer messen der Gesundheit einen hohen Stellenwert bei, selbst wenn sie gleichzeitig ungesunde Verhaltensweisen praktizieren. Aus Sicht der Jugendlichen ist ein gesunder Lebensstil vor allem mit körperlicher Leistungsfähigkeit verbunden. Dazu zählen eine ausgewogene Ernährung, ausreichende Flüssigkeitszufuhr, der Verzicht auf Suchtmittel sowie ein moderater Umgang mit Alkohol (Lems et al., 2019). Das Halten eines gesunden Körpergewichts und ein attraktives äußeres Erscheinungsbild werden von den Jugendlichen ebenfalls als Teil eines gesunden Lebensstils gesehen (Ashton et al., 2015). Darüber hinaus hängen gesundheitsförderliche Lebensweisen auch von der Fähigkeit ab, mit Stress umzugehen, soziale Aktivitäten wahrzunehmen und über ausreichende finanzielle Mittel zu verfügen (Lems et al., 2019).

Maskuline Geschlechternormen können sowohl positiv als auch negativ für die Gesundheit und das Wohlbefinden von Männern sein. Für einige Männer wirkt sich das Streben nach bestimmten männlichen Idealen – etwa anderen zu helfen oder das Gefühl, einen Beitrag zu leisten – positiv auf ihr Wohlbefinden aus (Ahmadu et al., 2021). Männer, vor allem aus der Landwirtschaft, heben die Bedeutung von harter Arbeit und einer Vorbildfunktion, etwa als Vorgesetzter für junge Mitarbeitende, hervor. Gesundheit wird dabei in engem Zusammenhang mit sinnstiftender Tätigkeit, Verantwortungsübernahme und dem Eingebundensein in ein soziales und natürliches Umfeld verstanden (Ahmadu et al., 2021).

Gleichzeitig können männliche Rollenbilder aber auch einen negativen Einfluss auf die Gesundheit haben. Beispielsweise beschreiben Männer aus den Balkanstaaten, dass sie bestimmte riskante oder ungesunde Verhaltensweisen – etwa Rauchen oder übermäßiger Alkoholkonsum – mit Männlichkeit assoziieren (Namy et al., 2015). Lefkowich et al. (2017) betonen, dass die Auseinandersetzung mit der eigenen Gesundheit für viele Männer ein Tabuthema ist. Dahl et al. (2023) beobachten zudem eine Tendenz, dass bestimmte Männer (in diesem Fall arabischsprachige Migranten) ungern über Krankheiten sprechen. Dies wird von den Männer mit der Sorge begründet, eine positive Diagnose zu erhalten

5.2.2 Einstellungen zur Teilnahme an Gesundheitsförderungsangeboten

Leitfrage (LF) 1 Was sind die Einstellungen verschiedener Gruppen von Männern* zur Teilnahme an Gesundheitsförderungsangeboten?

LF 2 Welche Faktoren beeinflussen die Bereitschaft von Männern* an Gesundheitsförderungsangeboten teilzunehmen?

Die Ergebnisse der Literatursynthese zeigen sowohl wahrgenommene Chancen als auch Hindernisse in Bezug auf die Teilnahme an Gesundheitsförderungsangeboten. Während einige

Männer den Nutzen solcher Angebote erkennen, zeigen viele aufgrund normativer Rollenerwartungen und kontextueller Einschränkungen eine geringe Teilnahmebereitschaft. Ein zentrales Hindernis stellt aus männlicher Perspektive das weit verbreitete Ideal der Eigenständigkeit dar, insbesondere im Umgang mit mentaler Gesundheit. Gesundheit – somit auch das psychische Wohlbefinden – wird häufig im Sinne von Selbstverantwortung verstanden, wobei viele Männer es vorziehen, Probleme eigenständig zu bewältigen, anstatt Unterstützung von außen in Anspruch zu nehmen (Sharp et al., 2022).

> *It's almost asking us to find a problem when the problem should be our responsibility to resolve ourselves. I think that there would be less problems if we didn't have an advertisement to say 'hey this is where you go for our problems', you know? I think it's promoting not being okay. All of us go through periods where we are not okay and if we weren't that wouldn't be life. Before there was Beyond Blue and before there was Lifeline [organisations and/or initiatives targeted at mental health] they used to have wristbands with 'harden the fuck up' on it. Where if you had a problem, you got more disciplined and you sorted out your problem. (Men's Group 4) (Sharp et al., 2022, S. 7)*

Männer erkennen, dass traditionelle Männlichkeitsbilder oft im Widerspruch zu ihrem pyschischen Wohlbefinden stehen. Dadurch entsteht ein Konflikt zwischen dem Wunsch, frühzeitig etwas für die eigene Gesundheit zu tun, und dem Druck durch gesellschaftliche Erwartungen. Männer sowie Fachpersonen sind sich einig, dass es trotz bekannter Angebote viele Hürden und Stigmatisierungen beim Zugang zu präventiver psychischer Unterstützung gibt (Sharp et al., 2022). Ein weiteres Hindernis zur Inanspruchnahme von Gesundheitsförderungsprogrammen ist Misstrauen gegenüber Institutionen und den Anbietenden gesundheitsfördernder Programme. In einigen Fällen äußerten Männer den Verdacht, dass Programme dazu dienen könnten, Teilnehmende zu manipulieren oder einer „Gehirnwäsche" zu unterziehen (Namy et al., 2015).

> *In the beginning we had a problem to make the students trust us. They [The students] were very suspicious about everything … It was particularly hard to get them to trust us that we aren't a 'gay organisation' or we're not trying to convert them to be gay or to brainwash them or something like that (Drasko, male YMI facilitator Belgrade, IDI) (Namy et al., 2015, S. 216)*

Bei Männern besteht zudem die Sorge, dass das Teilen persönlicher Informationen negative Folgen haben könnte – etwa, dass Daten an Behörden oder Gemeinden weitergegeben werden. Eine Studie zeigte dies besonders deutlich bei arabischsprachigen Migranten, für die der Schutz privater Informationen kulturell tief verankert ist. Ein Teilnehmer formulierte es so: *„… in unserem Heimatland behalten wir persönliche Informationen für uns. Man könnte sagen, es ist eine versteckte Kultur*" (Teilnehmer 10) (Dahl et al., 2023, S. 5). Auch der

Arbeitsplatz wird von Männern nicht als sicherer Ort für gesundheitsbezogene Offenheit wahrgenommen. Viele Männer befürchten, dass das Einholen von Hilfe – insbesondere bei psychischen Problemen – als Zeichen von Schwäche oder Unzuverlässigkeit gewertet wird und dadurch ihre berufliche Sicherheit gefährden könnte (Sharp et al., 2022).

Trotz bestehender Barrieren erkennen Männer auch verschiedene Chancen und sowohl persönliche als auch gesellschaftliche Vorteile gesundheitsfördernder Maßnahmen. Aus ihrer Sicht sind präventive Ansätze kostengünstiger als die Behandlung bereits bestehender Erkrankungen (Dahl et al., 2023).

5.2.3 Förderliche Faktoren zur Teilnahme an Gesundheitsförderungsangeboten

LF 3 Welche Zugänge zur Gesundheitsförderung werden von Männern* als besonders effektiv empfunden?

Förderliche Bedingungen für die Teilnahme an Gesundheitsförderungsprogrammen umfassen sowohl soziale als auch inhaltlich-programmbezogene Faktoren, die Passung der Angebote an den Alltag von Männern, die aktive Einbindung von Männern in die Konzeption und Weiterentwicklung der Maßnahmen sowie den Einsatz gendersensibler Ansätze.

Zu den zentralen sozialen Förderfaktoren zählen **gemeinsame Merkmale innerhalb der Teilnehmergruppe** sowie die **gezielte Förderung von Peer-Unterstützung**. Das Zusammensein mit ähnlich sozialisierten Männern – insbesondere mit vergleichbarem Hintergrund oder ähnlichen Erfahrungen – wird sowohl von Männern selbst als auch von Programmleitenden als vertrauensbildend und aktivierend beschrieben (Bell et al., 2023; Bunn et al., 2016).

> *I think it was good because it meant that you were going to come along here and it wasn't going to be like a gym, where they're all Adonises. It was blokes like yourself who'd let themselves go a bit and wanted to do something to get back a bit. And I think that was the clincher, for me, that I wasn't going to feel out of place. [Club13_12wkFGD] (Bunn et al., 2016, S. 8)*

> *I've always known for a fact, if I engage myself in something that was part of a group, that I would be better because I think that's the way I work but I think it's better to work as a team. (Participant 17, aged 34 (Bell et al., 2023, S. 8)*

Im Zusammenhang mit sozialen Faktoren kommt auch den **Programmleitenden eine zentrale Rolle bei der Schaffung einer unterstützenden Atmosphäre** zu. Zu den gewünschten Eigenschaften zählen unter anderem Sensibilität, respektvoller Umgang, eine wertfreie Haltung sowie ein ermutigendes Auftreten (Robertson et al., 2018). Laut Robertson et al. (2018) wird das Geschlecht der leitenden Personen als weniger relevant eingeschätzt als ihre

Fähigkeit, diese Werte zu verkörpern. Diese Merkmale werden im Rahmen eines „männerpositiven“ Ansatzes beschrieben, der das Fürsorgepotenzial, die Bereitschaft zur Mentorschaft und die Achtung gegenüber anderen Männern betont – und dabei gleichzeitig bestehende schädliche Geschlechternormen und stereotype Männlichkeitsvorstellungen implizit hinterfragt (Robertson et al., 2018).

Darüber hinaus kann die **Einbindung glaubwürdiger Vorbilder oder sogenannter „Champions“** [im Sinen von Verfechter / Fürsprecher / Unterstützer] innerhalb von Programmen die Teilnahme deutlich fördern. Beispielsweise bestätigen Feldnotizen, dass Männer mit großer Begeisterung und Interesse auf ehemalige Club-Spieler [Annahme Profisportler] reagieren, wenn diese eine Intervention unterstützen (Bunn et al., 2016). Das Beobachten von angesehenen Personen oder Kollegen – beispielsweise am Arbeitsplatz – beim Ausüben gesundheitsförderlicher Praktiken wie gesunder Ernährung oder körperlicher Aktivität wird von Männern als motivierend und potenziell normverändernd wahrgenommen (Oliffe et al., 2017).

Bezüglich inhaltlich-programmbezogener förderlicher Faktoren ist bei der Gestaltung von Programmen entscheidend, dass **die Inhalte für die Zielgruppe relevant sind und sich mit dem Alltag von Männern vereinbaren lassen**. Beispielsweise möchten junge Männer wissen, wie sie sich ernähren sollen, wenn sie Krafttraining praktizieren, oder über trügerische Praktiken der Lebensmittelindustrie informiert werden (Lems et al., 2019). In mehreren eingeschlossenen Studien wird beschrieben, dass Interventionen für Männer besonders ansprechend sind, wenn sie sich leicht in bestehende Routinen integrieren lassen, nur minimalen Aufwand erfordern und an individuelle Lebenslagen anpassbar sind (Crane et al., 2022; Lems et al., 2019; Sharp et al., 2018). Die Förderung kleiner, gut umsetzbarer Verhaltensänderungen – anstelle umfassender Lebensstilveränderungen – könnte sich laut Sharp et al. (2018) ebenfalls als hilfreich erweisen. Auch könnte sich die verpflichtende Teilnahme (beispielsweise am Arbeitsplatz) darauf auswirken, dass freiwillig Teilnehmende nicht von anderen Männern für die Teilnahme „aufgezogen“ und „verurteilt“ werden (Seaton et al., 2019).

> *Saying, yeah, half an hour, tomorrow, come for this, there’s going be stretching and relaxing [laughter]. All you’re gonna hear the rest of the day is “Did the nurse relax you?” So it’s not gonna at all achieve its objective. (43-year-old correctional officer) (Seaton et al., 2019, S. 7*)

Die Passung an die Lebensrealitität von Männern kann laut Stakeholdern von Männerprojekten dadurch erreicht werden, indem sie **von Beginn an in den Prozess eingebunden werden** (Robertson et al., 2018). Junge Männer betonen ebenso, dass sie gerne ein Mitspracherecht bei der Gestaltung der Programminhalte hätten (Lems et al., 2019).

> *For real ownership to be established it is vital that men are involved from the earliest stage in project development. They must set the agenda and control the project rather than being passive participants in something that will be seen as organisation led. [IN9] (Robertson et al., 2018, S. 6)*

Die Anwendung eines **gendersensiblen Ansatzes** ist entscheidend, um die Teilnahme von Männern an Gesundheitsförderungangeboten zu erleichtern. Dazu gehört die Schaffung von für Männer als sicher wahrgenommener Räume („safe spaces“) sowie die Einbettung von Gesundheitsförderung in vertraute und sozial akzeptierte Kontexte – etwa im Sport- oder Freizeitbereich – um das Teilnehmen zu normalisieren (Lefkowich et al., 2017; Robertson et al., 2018; Sharp et al., 2018). Autor:innen und Programmleitende betonen, dass vertrauensvolle Räume für Männer am besten entstehen, wenn Interventionen in **männlich geprägten oder als „male friendly“ empfundenen Umgebungen** stattfinden, da Settings nicht geschlechtsneutral sind und die Auswahl passender Orte – abhängig von der sozialen und kulturellen Identität der Zielgruppe – entscheidend für Zugang, Vertrauen und Beteiligung ist (Sharp et al., 2018).

Aus Männersicht wird in diesem Zusammenhang auch die **Rolle der Gruppenleitung** hervorgehoben, eine angenehme Atmosphäre für offene Gespräche und ein Gemeinschaftsgefühl in der Gruppe zu schaffen (Sharp et al., 2018). Die Autor:innen einer Studie schlussfolgern, dass gemeinsame Erfahrungen, kulturelle Gemeinsamkeiten und unterstützende Gespräche Männern helfen, ihre Sichtweisen zu verändern, sich gegenseitig zu motivieren und neue, gesündere Gewohnheiten im Alltag umzusetzen (Bunn et al., 2016). Beobachtungsnotizen der Studie unterstützen diese Schlussfolgerung und zeigen, dass eine vertrauensvolle und unterstützende Atmosphäre Männern ermöglichte, ohne Angst vor Kritik gemeinsam über gewünschte Verhaltensänderungen nachzudenken – und dabei traditionelle männliche Rollenbilder zu hinterfragen, statt in Konkurrenz zueinander zu treten (Bunn et al., 2016).

Zu einem gendersensiblen Ansatz gehört auch, Männer durch **ansprechende, männlich gepräge Inhalte und eine an männliche Identitäten anschlussfähige Sprache** zu erreichen (Sharp et al., 2023). Eine solche zielgruppenspezifische Ausrichtung kann Widerstände abbauen und die Identifikation mit dem Programm fördern. Ein 52-jähriger Gesundheitsdienstleister, der die Initiative *Buddy* Up [Anmerkung: eine peer-basierte Suizidpräventionskampagne für Männer] in männerdominierten Arbeitsumfeldern bewarb, betonte deren besondere Wirksamkeit (Sharp et al., 2023):

> *I thought that Buddy Up really spoke to them in their language. The characters that they used, the simplicity of the message, and the language they used, it was really attractive. We were out at a drilling rig on a platform, and one of the guys had a Buddy*

> *Up sticker on his helmet along with a whole bunch of other inappropriate stickers. But you know, it was kind of the defining moment for me. These guys know what it's about. They're not putting it on there because it's just another sticker. I think it really served the purpose of breaking through some barriers. (Sharp et al, 2023, S. 5)*

Ein Teilnehmender berichtet, dass ihm die *Buddy Up*-Kampagne die Möglichkeit bietet, eigene Verletzlichkeit zu zeigen und persönliche Erfahrungen weiterzugeben, um anderen Männern in belastenden Situationen zu helfen. Für viele Männer wird das Unterstützen anderer nicht als Schwäche, sondern als Ausdruck von Stärke und Kompetenz verstanden. Männer beschreiben es als sinnstiftend, sich aktiv für die unterstützenden Botschaften der Kampagne einzusetzen – es ermöglichte ihnen, sich als hilfreich und wirksam zu erleben und trägt zur Stärkung ihres Selbstwertgefühls bei (Sharp et al., 2023).

5.2.4 Barrieren bezüglich der Teilnahme an Gesundheitsförderungsprogrammen

LF 3a Welche Barrieren erleben Männer* beim Zugang zu Gesundheitsförderungsangeboten, und wie können diese überwunden werden?

Es gibt eine Reihe von Barrieren, die die Teilnahme von Männern an gesundheitsfördernden Programmen erschweren. Dazu zählen programmbezogene, kulturelle und soziale Hürden, fehlende Motivation sowie das Fehlen passender Settings. Auch dominante Männlichkeitsnormen können die Beteiligung behindern, da sie Verhaltensweisen wie Hilfesuche oder gesundheitsbewusstes Handeln entmutigen.

Programmbezogene Barrieren umfassen unter anderem aus Sicht von Männern und Programmleitenden den **Gebrauch von Sprachmustern**, die bei männlichen Teilnehmenden nicht ankommen (Sharp et al., 2024), **Programminhalte**, die als irrelevant oder nicht bedarfsorientiert wahrgenommen werden (Lems et al., 2019), sowie eine **fehlende Identifikation mit der durchführenden Person** (den sogenannten „facilitators“) (Lems et al., 2019). Zudem kann ein **Mangel an klaren Informationen über Ziel, Aufbau und Nutzen des Programms** die erste Kontaktaufnahme und langfristige Teilnahme erschweren (Matthews et al., 2021).

> *'I hate it when skinny females just say what I have to eat' (Ayoup). Some boys suggested that it would be better if local role models or peers informed them. Vincent: 'Then you think: that boy is cool and he managed (to lose weight), a small light will go on.' (Lems et al., 2019, S. 1045)*

Kulturelle und soziale Barrieren beeinflussen die Beteiligung von Männern an Gesundheitsförderung maßgeblich. Dazu zählen aus Sicht der Männer und

Programmleitenden etwa **eingeschränkte Sprachkenntnisse**, insbesondere bei Männern mit Migrationshintergrund (Dahl et al., 2023), sowie **strukturelle Ungleichheiten**, die den Zugang zu gesundheitsbezogenen Ressourcen und Programmen erschweren. Bestehende Gesundheitsförderungsangebote werden als ausschließend, zahlenmäßig unzureichend, geografisch schwer zugänglich oder primär auf bereits gesundheitsbewusste Personen ausgerichtet wahrgenommen. Oft spiegeln sie Normen und Annahmen der „Mittelklasse" wider, was Männer aus weniger privilegierten Lebenslagen ausschließen kann (Lefkowich et al., 2017). Zudem fehlt in manchen Gemeinschaften eine kulturelle Umgebung, die gesundheitsförderndes Verhalten – wie regelmäßige Bewegung – unterstützt oder als selbstverständlich ansieht. Dieses **fehlende kulturelle Umfeld** verringert zusätzlich die Wahrscheinlichkeit einer aktiven Teilnahme (Carnahan et al., 2018).

Fehlende Motivation stellt eine wesentliche Barriere für die Teilnahme von Männern an Gesundheitsförderungsangeboten dar. In einer Studie von Dahl et al. (2023) berichtet ein Mann, dass eine geringe Gesundheitskompetenz – im Sinne **fehlenden Wissens über Gesundheit** – dazu führt, dass Männer Gesundheitsangebote meiden, deren Bedeutung nicht erkennen und sich darüber lustig machen. Insbesondere körperliche Aktivität sehen Männer als überflüssig an, da sie bereits im beruflichen Alltag oder bei Arbeiten rund um Haus Garten und Landwirtschaft integriert sei, wodurch der Eindruck entsteht, dass kein zusätzlicher Aufwand nötig sei (Carnahan et al., 2018). Darüber hinaus wird Verhaltensänderung generell als schwer initiier- und aufrechtzuerhalten wahrgenommen (Bell et al., 2023).

Ein weiterer bedeutender Hemmfaktor ist das **Fehlen geeigneter Angebote und Orte für Gesundheitsförderung**. Männer finden oft nur wenige zugängliche oder ansprechende Möglichkeiten für körperliche Aktivität (Carnahan et al., 2018). Manche Umgebungen, etwa bestimmte Gemeinschaftsangebote oder Gesundheitsprogramme, werden als „weiblich" geprägt wahrgenommen und gelten daher als unvereinbar mit traditionellen männlichen Identitäten (Carnahan et al., 2018).

> *Community facilities are predominantly used by women and therefore have become unattractive to men, particularly older men. [IN 9] (Robertson et al. 2018, S. 3)*

Bedenken hinsichtlich der Anonymität, besonders in kleineren Gemeinden, in denen „jeder jeden kennt", können die Teilnahme zusätzlich erschweren – insbesondere bei Angeboten im Bereich psychischer Gesundheit oder therapeutischen Gruppen für Männer (Ahmadu et al., 2021). Zudem besteht bei einigen Männern, vor allem in marginalisierten Gruppen - wie homosexuelle Männer, Männer aus sozial benachteiligten Regionen und ethnischen Minderheiten - ein **generelles Misstrauen gegenüber formalen Strukturen**. Diese Skepsis stellt eine bedeutende Barriere für die Teilnahme dar (Robertson et al., 2018).

Hegemoniale Männlichkeitsnormen[2] – wie das Ideal von Stärke, Unabhängigkeit und emotionaler Kontrolle – sind gesellschaftliche Vorstellungen davon, wie ein „richtiger Mann" sein soll. Diese Normen stellen einen **zentralen Hemmfaktor für die Beteiligung** an gesundheitsfördernden Programmen dar. Dominante Ideale wie Wettbewerb, Stärke und körperliche Kontrolle prägen häufig die Sicht auf Gesundheitsaktivitäten und das Selbstbild der Männer. Dies kann zu Unsicherheiten oder Zurückhaltung führen. Viele Männer fühlen sich unwohl in Situationen, in denen sie befürchten, von jüngeren oder fitteren Teilnehmenden übertroffen zu werden (Bunn et al., 2016). In vielen männerdominierten Arbeitsfeldern gilt **emotionale Verletzlichkeit als Schwäche**, insbesondere im Beisein von Kolleg:innen. Dies verstärkt eine Kultur des Schweigens, in der das Eingestehen von Problemen oder das Suchen nach Hilfe entmutigt wird. Die Struktur bestimmter Branchen, wie etwa das Baugewerbe, die durch unsichere Arbeitsbedingungen und starken Wettbewerbsdruck geprägt sind, verstärkt diese Normen zusätzlich (Hanna et al., 2020).

> *… it's the same with drinking, you can't show any weakness or any, can't be soft, y'know, you're a man, you're a scaffolder, you've got certain expectations that you're expected to be — It's easier to say that you're a heavy drinker than to say 'Ooh, I've got a bit of problem, I'm not happy.' (Participant 5) (Hanna et al., 2020, S. 636)*

Obwohl Männer grundsätzlich über vorhandene **Angebote im Bereich psychischer Gesundheit** informiert sind, ist die **Stigmatisierung bei deren Nutzung** nach wie vor stark. Männer fürchten häufig, als schwach oder unmännlich beurteilt zu werden – insbesondere in beruflichen Kontexten, in denen eine Offenlegung zu Ablehnung oder Herabsetzung ihrer Anliegen führen kann (Sharp et al., 2022). Folglich suchen viele Männer erst in Krisensituationen Unterstützung, zum Teil aufgrund des Irrglaubens, dass solche Angebote nur für extreme Fälle und nicht für alltägliche Probleme gedacht seien (Sharp et al., 2022). Diese Zurückhaltung unterstreicht den Bedarf an niedrigschwelligen, leicht zugänglichen und stigmatafreien Angeboten zur Gesundheitsförderung für Männer.

> *Guys are like, 'I'm struggling, but I'm not to that point.' We all need to understand that if you are struggling—you are at that point, so kind of identifying that. (Men's Group 1) (Sharp et al., 2022, S. 8)*

[2] „Hegemoniale Männlichkeit ist ein Begriff aus der soziologischen Geschlechterforschung, der eine gesellschaftliche Praxis beschreibt, die die dominante soziale Position von Männern und eine untergeordnete Position von Frauen garantieren soll. Mit dem Konzept soll erklärt werden, wie und warum Männer ihre soziale Dominanz gegenüber Frauen und anderen Geschlechtsidentitäten, aber auch gegenüber als „schwächer" wahrgenommenen Männern (beispielsweise Homosexuellen) erreichen und aufrechterhalten." (Wikipedia, https://de.wikipedia.org/wiki/Hegemoniale_M%C3%A4nnlichkeit, abgerufen am 2.6.2025)

5.2.5 Rolle digitaler Gesundheitsförderung

LF 4 Welche Rolle spielen digitale Gesundheitsinformationen im Rahmen der Gesundheitsförderung für Männer*?

Digitaler Gesundheitsförderung kommt eine unterschiedliche Rolle zu. Die Ergebnisse der Studien aus dem Bereich der sozialen Gesundheitsförderung zeigen, dass junge Männer vor allem leicht zugänglicher Video content als positiv bewerten bzw. in Online-Communities Anschluss finden. Ältere Männer empfanden Apps zum Thema Selbstfürsorge im Arbeitskontext als nützlich.

Die eingeschlossene Literatur liefert nur wenige Erkenntnisse zur Bedeutung digitaler Gesundheitsförderungsangebote für Männer.[3] Eine Studie deutet darauf hin, dass bestimmte digitale Angebote, etwa Apps zur Förderung gesunder Ernährung, von jungen Männern als wenig attraktiv wahrgenommen werden. Die jugendlichen Männer beschreiben diese als „langweilig“ und würden diese eher nicht nutzen (Lems et al., 2019). Demgegenüber bewerten sie kurze Videoblogs (Vlogs) von bis zu 2,5 Minuten – insbesondere auf Plattformen wie Facebook und YouTube – positiver. Sie passen besser in den Alltag der Jugendlichen und werden bevorzugt, da sie wenig Aufwand erfordern. Wichtig ist dabei, dass die Vlogs humorvoll, authentisch und idealerweise mit lokalen Vorbildern statt Prominenten besetzt sind (Lems et al., 2019).

Andererseits sehen manche Männer – insbesondere ältere Beschäftigte – im Arbeitskontext einen Nutzen in Apps, die zur Selbstfürsorge anregen. Ein 50-jähriger LKW-Fahrer sagte dazu: *“To have an app that encourages somebody to maybe take five minutes to do something for themselves I think would be a good thing.” (Seaton et al., 2019, S. 7)*. Praktische Hürden wurden jedoch ebenfalls genannt, etwa das Verbot der Handynutzung in bestimmten Arbeitsbereichen (Seaton et al., 2019).

Laut der ausgewählten Literatur eröffnen digitale Angebote neue Möglichkeiten, Männer auf anonyme und flexible Weise zu erreichen (Robertson et al., 2018). Besonders für jüngere Männer und marginalisierte Gruppen bieten virtuelle Räume wie Online-Communities oder Plattformen vielversprechende Interventionsmöglichkeiten, um über stigmatisierte Herausforderungen in Zusammenhang mit ihrer mentalen Gesundheit (z. B. Depression, Posttraumatische Belastungsstörung) zu sprechen. Diese Formate sprechen das Bedürfnis nach Vertraulichkeit, Kontrolle und Anonymität an und verringern den Druck, traditionelle Gesundheitsdienste zu nutzen, die teilweise als stigmatisierend oder wenig vertrauenswürdig wahrgenommen werden (Robertson et al., 2018).

[3] Hier ist anzumerken, dass die Suche allgemein nach Gesundheitsförderung ausgerichtet war und wir nicht spezifisch nach digitalen Angeboten gesucht haben.

Ein wichtiger Aspekt digitaler Angebote ist die sprachliche Zugänglichkeit: Dahl et al. (2023) beschreiben, dass befragte Männer digitale Inhalte in ihrer Muttersprache bevorzugen, um Missverständnisse zu vermeiden und mögliche Verunsicherung zu verringern. So zeigte diese Studie, dass arabischsprachige Migranten Gesundheitsinformationen in ihrer Herkunftssprache bevorzugen, da dies Ängste reduzieren kann, die häufig durch präventive Gesundheitskommunikation ausgelöst werden (Dahl et al., 2023).

5.2.6 Erreichbarkeit von Männern* für Gesundheitsförderungsprogramme

> LF 5 Wie können Männer* motiviert werden, an „Tut gut!“ Programmen, wie „Vorsorge aktiv“ teilzunehmen oder sich im Arbeitskreis Gesundheit in Gesunden Gemeinden zu engagieren?

In den Studien werden verschiedene Aspekte genannt, die die Teilnahme von Männern bei Gesundheitsförderungsprogrammen anregt: wenn ihre Vorbilder bei Programmen teilnehmen, diese von renomierten Organisationen angeboten werden, sie persönlich dazu eingeladen werden.

Wenn es um das Erreichen von Männern für Gesundheitsförderungsprogramme geht, spielen, wie die Literatur zeigt, soziale Umfelder und soziale Aspekte eine zentrale Rolle. Die eingeschlossenen Studien verdeutlichen, dass die Motivation zur Teilnahme oft durch Vorbilder, eine Art Marke oder durch Gleichgesinnte gefördert wird. (Lefkowich et al., 2017) beschreibten dieses Phänomen als „hook“ (dt. für Einstieg, Anreiz oder Lockmittel). Im folgenden Beispiel ist der Anreiz („hook“) der lokale Fußballverein. Ein Teilnehmender in Lefkowich et al. (2017) äußert sich folgendermaßen:

> *The initial hook was being able to say to my friends that I was playing football with the [football club] guys on Wednesday, so I think that would be really good currency down at the pub or with friendships. (Lefkowich et al., 2017, S. 1518 - 1519)*

Lefkowich et al. (2017) und Matthews et al. (2021) empfehlen „health champions” und “ambassadors” - also Gleichgesinnte, die bereits am jeweiligen Programm teilgenommen haben - als Anreiz (“hook”) um Männer für die Teilnahme an Gesundheitsförderungsprogrammen zu gewinnen. Diese „health champions“ oder „ambassadors“ können ihre Erfahrungen und neuen Fähigkeiten aus den Gesundheitsförderungsprogrammen dann mit anderen Männern teilen und sie somit zur Teilnahme motivieren.

Aus der eingeschlossenen Literatur ergibt sich, dass Männer eher an Gesundheitsförderungsangeboten teilnehmen, wenn diese mit einer vertrauenswürdigen

Institution verbunden sind oder von einer vertrauenswürdigen Quelle empfohlen wurden (Lefkowich et al., 2017). Ein Grund dafür sind Bedenken von Männern hinsichtlich der Anonymität und ein generelles Misstrauen gegenüber formalen Strukturen wie bereits im Kapitel 4.2.4 Barrieren ausgeführt.

Ähnlich wie bei der vorhin beschriebenen „hook“, geht es beim Konzept des „anchoring“ (Sharp et al., 2022) darum, Männer auf für sie akzeptable Weise zur Förderung mentaler Gesundheit zu erreichen, indem Stigmatisierung dadurch umgangen wird, dass die Gesundheitsförderung in bereits bestehende Strukturen, die für Männer ansprechend sind, eingebettet wird. Ein Beispiel dafür findet sich in Sharp et al. (2018), wo das Gesundheitsförderprogramm HAT TRICK in Zusammenarbeit mit einer semiprofessionellen Eishockeymannschaft angeboten wurde.

> *Participants described how the systemically integrated ice hockey theme and imagery in HAT TRICK and its resource materials helped to engage and retain their interest in the program by appealing to their sense of identity and belonging associated with the game. (Sharp et al., 2018, S. 2160)*

Auch eine persönliche Einladung zur Teilnahme an einem Gesundheitsförderungsprogramm ist laut der eingeschlossenen Literatur ein wichtiger Faktor um Männer für Gesundheitsförderungsprogramme zu erreichen (Lefkowich et al., 2017). Diese kann auch über Hausärzt:innen erfolgen, wie Interviews zu Präventionsinitiativen mit arabischsprachigen Migranten zeigen (Dahl et al., 2023):

> *I think it will succeed if it is through the doctor. When they receive something from their general practitioner, they perceive it as if the doctor is keeping an eye on them [caring for them]… they think the general practitioner is responsible for them. Because we always love to follow our leader and the doctor is considered a leader. So, if it's coming through their general practitioner, I think participation is going to flourish more. (Dahl et al., 2023, S. 7)*

LF 5a Wie muss die Ansprache dazu gestalten sein (z. B. Darstellung der Informationen, spezifische Kanäle), damit die Programme für Männer als attraktiv wahrgenommen werden?

Die Literatur zeigt, dass Männer einen subtilen Zugang zu Gesundheitsförderung benötigen, um Angebote zu nutzen. D. h. eine vorsichtige Annäherung an das Thema ist wichtig, da sie sonst eher abgeschreckt werden. Eine Studie aus Irland (Lefkowich et al., 2017), die sich mit erfolgreichen Strategien für Männergesundheitsprogrammen beschäftigt, verdeutlicht, dass manche Programmbestandteile wie Gesundheitschecks oder Gruppendiskussionen als tabu oder feminin von Männern gesehen werden. Diese sollten daher mit akzeptierten, männlichen

Settings, zum Beispiel Fußballtraining, kombiniert bzw. dort eingebettet werden (Lefkowich et al., 2017). Ein Programmbetreuer aus der Studie von Lefkowich et al. empfahl zudem, den Begriff „Gesundheit“ in Männerprogrammen zu vermeiden oder durch andere Begriffe zu ersetzen:

> *Health was respectfully there. And again it was about health and wellbeing. I think health, as a brand, is very damaged in Ireland . . . I think when working with men, it is important to talk about wellbeing or wellness, or finding new words that are less contaminated. (Participant 6) (Lefkowich et al., 2017, S. 1518)*

Auch Seaton et al. (2019) raten zum Beispiel dazu, das Wort „mental“ zu vermeiden, da es häufig negativ belegt ist.

Nach Sharp et al. (2024) bevorzugen Männer in Bezug auf mentale Gesundheit eine pragmatische, alltagsnahe und stärkenorientierte Sprache. Teilnehmer von Fokusgruppen machten deutlich, dass bestimmte Begriffe wie „Self-Care“ oder „Achtsamkeit“ aus ihrer Sicht stark mit weiblich konnotierten Praktiken verbunden seien. Solche Begriffe würden bei vielen Männern Abwehr hervorrufen, da sie als abstrakt, esoterisch oder unpassend empfunden würden. „Self-Care“ etwa werde mit Frauen, etwas Mystischem und Meditation assoziiert – Dinge, die in männlich dominierten Kontexten oft wenig Anklang finden. Um Männer besser anzusprechen, seien daher andere Formulierungen erforderlich (Sharp et al., 2024).

Begrifflichkeiten mit klinischem oder pathologisierendem Charakter – wie „psychische Erkrankung“, „Depression“ oder „Angststörung“ – werden von Männern als stigmatisierend empfunden und mit Schwäche, Irrationalität oder Hilflosigkeit assoziiert. In durchgeführten Fokusgruppen wurde deutlich, dass der Begriff *mental health* selbst oftmals abschreckend wirkt. Zwei Teilnehmer in ihren Fünfzigern betonten, dass eine zu starke Fokussierung auf medizinische Kategorien Männer eher abstößt. Stattdessen plädierten sie für alltagsnahe Begriffe wie „Leistungsfähigkeit“ im beruflichen Kontext oder „Verbindung“ und „weniger Konflikte“ im familiären Umfeld. Eine solche sprachliche Rahmung könne helfen, psychisches Wohlbefinden zu thematisieren, ohne die damit verbundenen Tabus zu aktivieren (Sharp et al., 2024).

> *Sam: Mental health is kryptonite. Anything with mental health in it would be like ‘fuck that, that’s not my people’. (Sharp et al., 2024, S. 4)*

> *Allan: If we are looking to improve men’s mental well-being, put aside the clinical stuff, the addiction, the anxiety, depression all that stuff. Do we even have to call it out? Do we have to actually say this is about ‘mental health’ or is it about using other terms like connection and getting healthy… If you’re struggling at work, you’re talking about performance. If you*

do it in families, you're probably talking about better connections or less friction. (Sharp et al., 2024, S. 4)

Während Gesundheit in der Ansprache von Männern für Gesundheitsprogramme möglichst vage beworben werden sollte, gilt dies für die Beschreibung der Inhalte nicht. Die Kommunikation zum Programminhalt sollte Fakten, Beispiele und visuelle Informationen enthalten, dabei aber einfach verständlich sein (Oliffe et al., 2017). Zudem sollte die Programmpräsentation authentisch und motivierend gestaltet sein (Seaton et al., 2019).

Außerdem erwiesen sich laut Sharp et al. (2023) spezielle Charaktere einer Kampagne – Männer unterschiedlichen Alters, mit diversen Hintergründen und Lebenssituationen, die mit alltäglichen psychischen Belastungen konfrontiert sind - als besonders wirkungsvoll bei der Ansprache von Männern.

5.3 Mentale Gesundheit

5.3.1 Wahrnehmungen bezüglich mentaler Gesundheitsprobleme

LF 6 Welche besonderen Herausforderungen im Bereich der mentalen Gesundheit erleben Männer*?

Eine zentrale Herausforderung im Zusammenhang von psychischer Gesundheit und Männlichkeitsbildern besteht darin, dass das Kümmern um die eigene psychische Gesundheit (auch am Arbeitsplatz) von vielen Männern als Zeichen von Schwäche wahrgenommen wird. Dieses Verhalten steht nämlich im Widerspruch zu internalisierten Vorstellungen hegemonialer Männlichkeit, die Stärke, Unabhängigkeit und Kontrollvermögen betonen (Sharp et al., 2022).

Männer sowie Fachpersonen erkennen, dass es weiterhin zu Stigmatisierungen beim Zugang zu präventiver psychischer Unterstützung gibt (siehe auch Kapitel 4.2.2 Einstellungen zur Teilnahme an Gesundheitsförderungsangeboten). Außerdem wird – wie bereits in Kapitel 4.2.2 beschrieben – das psychische Wohlbefinden von Männern im Sinne von Selbstverantwortung verstanden, wobei viele Männer es vorziehen, Probleme eigenständig zu bewältigen, anstatt Unterstützung von außen in Anspruch zu nehmen (Sharp et al., 2022).

Männer in Matthews et al. (2021) und Seaton et al. (2019) beschreiben Arbeitsklima und Arbeitsbedingungen als mentale Belastung. Zum einen wird hierbei von viel Stress, Konkurrenzkampf und dem Druck immer stark zu sein gesprochen. Zum anderen geht es dabei

um lange Arbeitszeiten und Schichtdienste. Die folgenden Aussagen von zwei Beschäftigten verdeutlichen die mentalen Auswirkungen von Schichtarbeit:

> *Most of it though is just the shifts. You're never home. All you see is work if you're not sleeping (37-year-old rail car technician). (Seaton et al., 2019, S. 5)*
>
> *At my work it's not unusual to work, like, 14 hour days. You get home and you just crash—like, you don't have any time to do anything (23-year-old metal fabricator). (Seaton et al., 2019, S. 5)*

Auch am Arbeitsplatz – insbesondere in einem männerdominierten Arbeitsumfeld – zeigen sich hegemoniale Männlichkeitsideale als Barriere hinsichtlich Bemühungen zur Förderung von mentaler Gesundheit (Seaton et al., 2019). In Arbeitsumfeldern, in denen ein „Macho"-Selbstbild gepflegt wird, zeigen sich Männer besonders zurückhaltend, über Belastungen zu sprechen oder Anzeichen psychischer Probleme zu zeigen – aus Angst, als schwach wahrgenommen zu werden oder dadurch Nachteile wie beispielsweise einen Jobverlust zu erleiden (Sharp et al., 2022). Ein 43-jähriger Handwerker veranschaulicht dies mit einer Metapher: Wer psychisch belastet ist, gilt als „krankes Tier" – und wird, wie ein verletztes Wild, von den „Wölfen" im Kollegenkreis ausgegrenzt oder angegriffen. Das vorherrschende Ideal des „starken Mannes" lasse keinen Raum für Offenheit über psychische Probleme; diese würden vielmehr mit Schwäche, Unzulänglichkeit und mangelnder Männlichkeit assoziiert. Der soziale Druck, Stärke zu zeigen und „durchzuhalten", sei in solchen Umfeldern besonders ausgeprägt (Seaton et al., 2019).

Obwohl viele Unternehmen mentale Gesundheit offiziell thematisieren, werde dies oft nur symbolisch umgesetzt. Männer fühlten sich daher gezwungen, ihre Emotionen zu „kuratieren" – also nur dosiert zu zeigen, um nicht als schwach zu gelten (Sharp et al., 2022).

Eine Studie von Hanna et al. (2020) beschreibt hingegen, dass Männer auch Belastungen im Privatleben erleben und den Arbeitsplatz als Ausgleich ansehen. Einige Männer beschrieben die Arbeit – insbesondere das Miteinander mit Kollegen – als Ausgleich zu den Belastungen des Privatlebens. Der Arbeitsplatz wurde in dieser Studie auch als Rückzugsort gesehen, an dem man mit „den Jungs" Zeit verbringt, scherzt, über Fußball spricht oder Zeitung liest. In der Baubranche biete dieses kameradschaftliche Umfeld eine willkommene Entlastung vom familiären oder persönlichen Druck.

LF 7 Wie werden mentale Gesundheitsprobleme von Männern* wahrgenommen und angesprochen?

Ein wiederkehrendes Thema im Kontext der mentalen Gesundheit von Männern ist, dass sich Männer insgesamt relativ wenig mit ihren Gefühlen auseinander setzen. Bei Problemen

versuchen sie eher selbst mit der Situaiton klar zu kommen oder vertrauen sich eher engen Vertrauenspersonen an (zum Beispiel der/ dem Ehepartner:in, Freunden) anstatt sich im Außen Hilfe zu suchen.

Im Allgemeinen sehen Männer den Umgang mit psychischer Gesundheit als Aufgabe zur Selbstbewältigung. Oft wird es hierbei als Strategie beschrieben, Probleme zu verdrängen und darauf zu hoffen, dass sie von selbst verschwinden (Matthews et al., 2021).

Laut Sharp et al. (2022) ist ein Mangel an emotionalem Bewusstsein bei Männern ein Problem in Bezug auf die Förderung psychischer Gesundheit. Es wird beschrieben, dass Männer im alltäglichen Leben dazu neigen, sich statt mit ihren Gefühlen auseinanderzusetzen sich zum Beispiel in Arbeit vertiefen bzw. sie ihre Emotionen möglichst versuchen zu ignorieren. Somit haben Männer keinen Zugang zu ihren Emotionen und ihnen fällt das Auseinandersetzen mit mentaler Gesundheit schwer.

Im Allgemeinen wird das Suchen bzw. die Inanspruchnahme von Hilfe von Männern nicht als Option gesehen. Viele Männer empfinden es als beschämend, über psychische Belastungen zu sprechen oder Hilfe in Anspruch zu nehmen. Der Ausdruck von Niedergeschlagenheit oder das Eingeständnis, ein Problem nicht alleine lösen zu können, wird häufig als Zeichen von Schwäche oder mangelnder Männlichkeit wahrgenommen (Matthews et al., 2021). Auch sehen Männer im Reden häufig keine Lösung. Aus ihrer Sicht erfordert der Umgang mit Problemen eine direkte, praktische Herangehensweise, die Gespräche allein nicht leisten können:

> *I think that's a male thing—you want a solution. You don't want to just go and talk about it. (Matthews et al., 2021, S. 8)*

Matthews et al. (2021) beschreibt drei Wege, wie Männer mit Problemen umgehen: Die meisten gaben an, sie im „Vertrautenkreis" zu teilen, d. h. mit Freund:innen, (Ehe-)partnerin oder Familienmitglieder, vorhandene professionelle oder betriebliche Unterstützungsangebote zu nutzen, oder die Probleme selbst zu bewältigen bzw. sie zu verdrängen. Wobei die Nutzung professioneller oder betrieblicher Hilfe als letzter Ausweg gilt – gedacht für eine „echte Krise". Das Selbstbewältigen wird dagegen angestrebt, da es als Zeichen von Widerstandskraft gilt (Matthews et al., 2021).

In Matthews et al. (Matthews et al., 2021) wird weiter beschriben, dass jüngere Männer eher bereit seien, Hilfe bei mentalen Problemen in Anspruch zu nehmen. Teilnehmende Männer glauben, dass die junge Generation – unter anderem durch Aufklärungskampagnen im Bereich psychischer Gesundheit – über ein besseres Verständnis für mentale Gesundheit („mental health literacy") verfügt. Einige Männer berichteten zudem, dass sie ihren Söhnen bewusst vermitteln wollen, dass es in Ordnung ist, sich Unterstützung zu suchen.

I think from when my grandparents were alive and with my parents - forget it, you've got to be tough, man up, suck it up and off you go. But I think as time goes past and what I pass on to my kids and what my kids pass on to their kids, I think the teachings will be diferent. (8) (Matthews et al., 2021, S. 9)

5.3.2 Wichtige Unterstützungsangebote zur mentalen Gesundheit

LF 8 Welche Unterstützungsangebote zur mentalen Gesundheit sind für Männer* besonders wichtig und welche würden sie in Anspruch nehmen?

Obwohl Männer die Bedeutung psychischer Gesundheit anerkennen (Bell et al., 2023), wird betont, dass eine direkte Thematisierung oft stigmatisierend wirkt und die Beteiligung an Gesundheitsförderungsangeboten hemmen kann. Um dem entgegenzuwirken, sollte die Förderung psychischer Gesundheit stärker im Rahmen allgemeiner Gesundheits- oder Lebensstilprogramme eingebettet werden. Anstelle einer expliziten Kennzeichnung als „psychische Gesundheit" bevorzugen Männer einen ganzheitlichen Ansatz, bei dem psychisches Wohlbefinden in breitere Aktivitäten integriert wird. So wurde beispielsweise vorgeschlagen, kurze angeleitete Achtsamkeitsübungen als Teil des Cooldowns nach dem Training einzuführen – ein natürlicher und akzeptierter Rahmen zur Förderung psychischer Gesundheit, ohne dass darüber offen gesprochen werden muss (Sharp et al., 2022).

5.3.3 Settings für Gesundheitsförderungsangebote im Bereich mentale Gesundheit

LF 9 Gibt es spezifische Settings, die sich besonders für Gesundheitsförderungsangebote im Bereich mentale Gesundheit für Männer* eignen (z. B. BGF-Angebote in Betrieben)?

Wichtige Settings zur Förderung der mentalen Gesundheit von Männern können sein: der Arbeitsplatz, oder Settings wo Männer gemeinsamen Aktivitäten nach gehen, wie zum Beispiel Sportclubs oder Männer-Schuppen/Werkstätten (sogenannte „Men's sheds").

Männer verbringen einen großen Teil ihres Alltags am Arbeitsplatz. Die Passung des Settings Arbeitsplatz mit dem Thema mentale Gesundheit wird in der eingeschlossenen Literatur aber kontroversiell wahrgenommen. Während Sharp et al. (2022) berichten, dass Männer im Arbeitsumfeld zögern, psychische Belastungen offen anzusprechen oder Hilfe in Anspruch zu nehmen – aus Sorge, dies könne negative berufliche Konsequenzen wie Arbeitsplatzverlust nach sich ziehen –, verweisen andere Autor:innen darauf, dass mit der Unterstützung von Führungskräften, verpflichtende Gruppenformate im Arbeitssetting effektiv sein könnten

(Seaton et al., 2019). Auch die befragten Männern in der Studie von Matthews et al. (2021), sprachen sich für verpflichtende Gespräche aus – allerdings in Form von Einzelsitzungen mit externen Dienstleister:innen. Dies würde zeigen, dass das Unternehmen die psychische Gesundheit von Männern ernst nimmt und ihnen gezielt Zeit und Raum bietet, persönliche Themen anzusprechen. Die verbindliche Teilnahme an den Gesprächen würde zu einer Entstigmatisierung des Angebots beitragen und Männern, die Unterstützung brauchen die Möglichkeit dafür bieten (Matthews et al., 2021).

In der Studie von Seaton et al. (2019) werden Initiativen zur Förderung der psychischen Gesundheit am Arbeitsplatz generell als wirkungsvoll beschrieben. Die von den befragten Männern positiv bewerteten Maßnahmen reichen von informellen Ansätzen – etwa dem Teilen von Bildern freier Tage – über organisierte Angebote wie regelmäßige Sportaktivitäten bis hin zur Möglichkeit, Krankheitstage auch um sich aktiv um die eigene psychische Gesundheit zu kümmern oder für dringende familiäre Angelegenheiten ohne negative Bewertung zu nutzen.

Eine Studie von Sharp et al. (2022) betont die Wichtigkeit, Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit in soziale Kontexte unter Gleichgesinnten einzubetten. Besonders wirksam sei dabei der gemeinschaftliche Ansatz, bei dem es darum gehe, sich gegenseitig zu unterstützen. Ein Stakeholder im Bereich Gesundheitsförderungsprogramme für Männer erklärte, dass Männer zwar oft zögern, selbst Hilfe anzunehmen, aber großes Interesse daran zeigen, anderen zu helfen. Indem man sie dazu befähigt, sich um ihre Freunde oder Kollegen zu kümmern, lernen sie indirekt auch, besser auf sich selbst zu achten (Sharp et al., 2022).

Auch in Settings wie Sportplätzen (Drummond et al., 2022) oder Männer-Schuppen/Werkstätten, sogenannten „Men's sheds" (McGeechan et al., 2017) können Männer in ihrer mentalen Gesundheit unterstützt werden. Vor allem das soziale Netzwerk, die Kameradschaft und ein ungezwungener bzw. respektvoller Austausch unter Männern können (v.a. bei jungen Männern) identitätsstiftend wirken, das Zugehörigkeitsgefühl steigern, und sozialer Isolation (zum Beispiel nach Pensionsantritt) entgegenwirken.

5.4 Gesundheitliche Problemstellungen im Lebensverlauf

5.4.1 Gesundheitliche Herausforderungen im Laufe des Lebens

LF 10 Wie verändern sich die gesundheitlichen Herausforderungen im Laufe des Lebens der Männer*?

Vor allem Krisen oder Lebensübergänge, zum Beispiel der Übertritt in die Pension, können für Männer eine gesundheitliche Herausforderung darstellen. Für Männer rückt die Gesundheit insbesondere in Krisensituationen in den Fokus (Sharp et al., 2022). Die Wahrnehmung der Wichtigkeit von Gesundheit von Männern wird daher stark durch lebensverändernde Ereignisse beeinflusst. Bei Männern mittleren Alters können dies etwa das Ende einer Beziehung oder eine Scheidung sowie der Verlust des Arbeitsplatzes sein (Sharp et al., 2023). Bei älteren Männern kann insbesondere der Übergang in den Ruhestand zu einem tiefgreifenden Einschnitt führen – verbunden mit dem Verlust von Sinn, Alltagsstruktur und sozialer Eingebundenheit (Lefkowich et al., 2017).

> *I worked all my life [...] Then when you come up to a certain age [...] I'd be unemployable [...] not because of mental ability, but my physical ability. [...] You begin to feel worthless, you begin to feel like you've past it, and there's no more for you, that you're worthless.—Ryan (Lefkowich et al., 2018, S. 4)*

LF 10a Wie verändert sich der Umgang mit gesundheitlichen Problemen?

Gesunheitliche Herausforderungen fallen für Männer unterschiedlichen Alters oder auch unterschiedlicher Generation anders aus. Insgesamt, ist es für manche jungen Männern heut zu Tage leichter, sich mit gesundheitsfördernen Themen, wie zum Beispiel Sport oder Ernährung auseinander zu setzen, als noch vor wenigen Jahrzehnten.

Die Studie von Hanna et al. (2020) beschreibt, dass es jungen Männern heutzutage leichter fällt, eine gesunde Ernährung oder Lebensweise beizubehalten, ohne dadurch in Konflikt mit ihrem Männlichkeitsbild zu geraten. Dies liegt unter anderem daran, dass Gesundheitsfragen stärker im öffentlichen Bewusstsein verankert sind und das Körperbild junger Männer heute eine größere Rolle spielt als noch vor 20 Jahren (Hanna et al., 2020).

> *I think they're definitely aware of the diet and what they need to eat nowadays. It's even to the extent that it's not just crisps and sandwich or pork pies. They bring salads in. They bring rice in. (Participant 7) (Hanna et al., 2020, S. 637)*

> *Yeah it's all Tupperware. I think that's just the popular, general population are like that now aren't they … Everybody's healthier. (Participant 10) (Hanna et al., 2020, S. 637)*

Junge Männer sind heutzutage eher bereit, sich frühzeitig mit ihrer Gesundheit auseinanderzusetzen, als es bei früheren Generationen der Fall war (Hanna et al., 2020). Gesundheitsbewusstes Verhalten wird im Kontext einer „macho“-geprägten Arbeitsumgebung, wie zum Beispiel der Bauindustrie, bei jüngeren Männern als weniger problematisch wahrgenommen. Während ältere Männer – insbesondere aus der Arbeiterklasse – häufig erst dann zu Verhaltensänderungen bereit sind, wenn eine gesundheitliche Krise sie dazu zwingt, stellen berufliche Anforderungen für sie oft weiterhin eine höhere Priorität dar als das eigene Wohlbefinden. Im Gegensatz dazu orientieren sich jüngere Männer stärker an gegenwärtigen Idealen rund um Körperbild, Fitness und Gesundheit. Sie übernehmen mehr Verantwortung für ihren Lebensstil und sehen darin auch eine Voraussetzung für ihre körperliche Leistungsfähigkeit (Hanna et al., 2020).

LF 11 Welche Gesundheitsförderungsangebote sind für bestimmte Altersgruppen attraktiver als für andere?

Da in den Studien, die in der Synthese eingeschlossen waren, keine Befragungen zur altersabhängigen Nutzung von Gesundheitsförderungsangeboten gestellt wurden, kann Leitfrage 11 primär überblicksmäßig, auf Basis von generellen Aussagen aus den jeweiligen Altersgruppen beantwortet werden.

Junge Männer (12-18 Jahre) könnten eine Präferenz für Programme zeigen, die körperliches Wohlbefinden, das physische Erscheinungsbild und die Leistungsfähigkeit (z.B. sportliche Leistung) in den Mittelpunkt stellen. Dies deckt sich mit den von Lems et al. (Lems et al., 2019) identifizierten Motiven für gesundheitsförderliches Verhalten bei jungen Männern. Das Angebot sollte alltagsnah sein und Themen adressieren, die junge Männer interessieren (siehe Kapitel 4.2.3 Förderliche Faktoren zur Teilnahme an Gesundheitsförderungsangeboten). Bei digitalen Angeboten könnten kurze Videoblogs (Vlogs) für jüngere Männer anschlussfähig sein (Lems et al., 2019) (siehe Kapitel 4.2.5 Rolle digitaler Gesundheitsförderung).

In einer Studie von Seaton et al. (2019) bestätigten ältere Beschäftigte und Arbeitsplatz-Vertretende, dass Selbstfürsorge-Apps bei dieser Gruppe Akzeptanz finden können (siehe Kapitel 4.2.5 Rolle digitaler Gesundheitsförderung).

Förderliche Faktoren bei der Teilnahme an Gesundheitförderungsangeboten über alle Altersgruppen hinweg, wie beispielsweise vertrauenswürdige Zugänge über männerdominierte Settings oder Peer-Support, werden in Kapitel 4.2.3 Förderliche Faktoren zur Teilnahme an Gesundheitsförderungsangeboten ausführlich beschrieben.

6 Schlussfolgerung und Empfehlungen

Zentrale Erkenntnisse

Die qualitative Evidenzsynthese zeigt deutlich, dass traditionelle Ansätze der Gesundheitsförderung oft an den spezifischen Bedürfnissen von Männern vorbeigehen und von Männern als nicht adäquat oder feminin wahrgenommen werden. Männer betrachten Gesundheit primär als Mittel zur Erfüllung ihrer gesellschaftlichen Rollen – insbesondere als Versorger für Familie und als leistungsfähige Arbeitskraft. Jüngere Männer bzw. Jugendliche betrachten Gesundheit primär leistungsorientiert (beispielsweise zur Steigerung der sportlichen Leistungsfähigkeit bzw. Attraktivität) und sind eher bereit sich mit ihrer Gesundheit auseinanderzusetzen.

Hegemoniale Männlichkeitsnormen[4], die Eigenständigkeit, emotionale Kontrolle und körperliche Stärke betonen, stellen eine zentrale Barriere für die Auseinandersetzung mit der eigenen Gesundheit und die Teilnahme an Gesundheitsförderungsprogrammen für viele Männer dar. Diese Normen führen dazu, dass Hilfesuche als Schwäche interpretiert wird und Gesundheitsprobleme – inklusive psychische Belastungen – tabuisiert werden. Gleichzeitig zeigt die Evidenz, dass diese Barrieren nicht unüberwindbar sind, wenn Gesundheitsförderung in akzeptierte männliche Kontexte eingebettet wird.

Aus den Ergebnissen der qualitativen Evidenzsynthese lassen sich folgende strategische Empfehlungen für „Tut gut!" ableiten. Sie basieren auf einer Literaturanalyse und spiegeln Erkenntnisse aus unterschiedlichen Kontexten und Altersgruppen wider. Dabei sind sie als mögliche Handlungsstrategien zu verstehen – nicht als allgemeingültige Vorgaben:

1. **Gendersensible Programmgestaltung**
   - Subtile Integration statt explizite Gesundheitswerbung: Programme sollten ohne direkte Gesundheitsterminologie beworben werden. Begriffe wie „Fitness", „Leistungsfähigkeit" oder „Stressmanagement" sind akzeptabler als „Gesundheitsförderung". Die Inhalte können durchaus gesundheitsfördernd sein, sollten aber als praktische Lebenshilfen oder Leistungsoptimierung präsentiert werden.
   - Positiv besetzte männliche Normen fördern: Programme sollten positive männliche Eigenschaften wie Fürsorgeverhalten, Mentorschaft und Verantwortungsübernahme

[4] „Hegemoniale Männlichkeit ist ein Begriff aus der soziologischen Geschlechterforschung, der eine gesellschaftliche Praxis beschreibt, die die dominante soziale Position von Männern und eine untergeordnete Position von Frauen garantieren soll. Mit dem Konzept soll erklärt werden, wie und warum Männer ihre soziale Dominanz gegenüber Frauen und anderen Geschlechtsidentitäten, aber auch gegenüber als „schwächer" wahrgenommenen Männern (beispielsweise Homosexuellen) erreichen und aufrechterhalten." (Wikipedia, https://de.wikipedia.org/wiki/Hegemoniale_M%C3%A4nnlichkeit, abgerufen am 2.6.2025)

stärken, ohne schädliche Stereotypen zu verstärken. Dies bedeutet, Männer als Helfer und Unterstützer anderer zu positionieren, wodurch sie indirekt lernen, auch auf sich selbst zu achten.

2. Strategisches „Anchoring“[5] nutzen

- Vertrauenswürdige Institutionen als Türöffner: Gesundheitsförderung sollte über bereits etablierte und respektierte Kanäle erfolgen. Besonders wirksam sind:
  - Sportvereine (insbesondere Fußball- und andere Mannschaftssportarten)
  - Hausärzt:innen und Betriebsärzt:innen für persönliche Einladungen
  - Arbeitgeber:innen für verpflichtende, aber respektvolle Programme
  - Freiwillige Feuerwehr und andere gemeinnützige Organisationen
- Peer-to-Peer Ansätze**:** Erfahrene Teilnehmer, lokale Vorbilder oder „Champions“ sollten als Multiplikatoren eingesetzt werden. Männer reagieren stärker auf Empfehlungen von Gleichgesinnten als auf professionelle Gesundheitskommunikation.

3. Niedrigschwellige und alltagstaugliche Formate

- Minimaler Aufwand, maximaler Nutzen: Programme sollten leicht in bestehende Routinen integrierbar sein. Kurze, praktische Einheiten (15-30 Minuten) sind wirksamer als umfassende Lifestyle-Programme. Kleine, konkrete Verhaltensänderungen sollten im Vordergrund stehen.
- Flexible Teilnahmemöglichkeiten: Berücksichtigung unterschiedlicher Arbeitszeiten und Lebenssituationen durch modulare Angebote, die auch unregelmäßige Teilnahme ermöglichen.

4. Arbeitsplatz als Setting

- Betriebliche Gesundheitsförderung ausbauen: Der Arbeitsplatz bietet Möglichkeiten, Männer zu erreichen. Empfohlen werden:
  - Angebote mit Führungsunterstützung in Arbeitsstrukturen integrieren
  - Integration in Arbeitssicherheitsprogramme
  - Peer-Support-Programme zwischen Kollegen
  - Einzelberatungen

[5] Beim Konzept des „anchoring“ [Sharp, P., et al. (2022). 'People say men don't talk, well that's bullshit': A focus group study exploring challenges and opportunities for men's mental health promotion. *PLoS ONE*, *17*(1). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0261997] geht es darum, Männer auf für sie akzeptable Weise zur Förderung (mentaler) Gesundheit zu erreichen, indem Stigmatisierung dadurch umgangen wird, dass die Gesundheitsförderung in bereits bestehende Strukturen, die für Männer ansprechend sind, eingebettet wird.

- Branchen-spezifische Ansätze: Besondere Aufmerksamkeit sollte männerdominierten Branchen (Bau, Industrie, Transport) gelten, da hier sowohl hohe Gesundheitsrisiken als auch starke Männlichkeitsnormen vorherrschen.

5. Digitale Strategien entwickeln

- Kurze, authentische Inhalte: Videoblogs von maximal 2,5 Minuten mit humorvollen, praktischen Inhalten und lokalen Vorbildern statt Prominenten. Authentizität ist wichtiger als Professionalität.
- Anonyme Zugangswege: Online-Plattformen können Barrieren bezüglich Stigmatisierung und Privatsphäre reduzieren, besonders für psychische Gesundheit.
- Mehrsprachige Angebote: Digitale Inhalte in der Muttersprache für Männer mit Migrationshintergrund, um Sprachbarrieren zu überwinden.

6. Spezifische Empfehlungen für mentale Gesundheit

- Indirekte Integration: Psychische Gesundheit sollte nie explizit im Fokus stehen, sondern in allgemeine Wohlbefinden, Stress- oder Leistungsprogramme eingebettet werden. Achtsamkeitsübungen können beispielsweise als „Cooldown" nach dem Sport eingeführt werden, sollten aber nicht so genannt werden, da bestimmte Begriffe wie „Self-Care“ oder „Achtsamkeit“ aus Sicht von Männern stark mit weiblich konnotierten Praktiken verbunden seien.
- Gemeinschaftliche Ansätze: Das Konzept „gemeinsam etwas füreinander tun“ ist besonders wirksam. Männer lernen Selbstfürsorge durch die Fürsorge für andere. Buddy-Systeme, Mentoring-Programme oder Peer-Support-Netzwerke nutzen diese Neigung.
- Kriseninterventions-Aufklärung: Programme sollten vermitteln, dass Hilfesuche nicht nur für extreme Krisen gedacht ist, sondern auch bei alltäglichen Belastungen.

6.1 Fazit

Erfolgreiche Männergesundheitsförderung erfordert einen Paradigmenwechsel von expliziten Gesundheitsprogrammen hin zu subtil integrierten Angeboten, die männliche Identitäten respektieren und gleichzeitig positive Veränderungen fördern. Der Schlüssel liegt darin, Gesundheit nicht als zusätzliche Aufgabe, sondern als Mittel zur besseren Erfüllung bereits wichtiger Lebensbereiche zu positionieren. Nur durch diese gendersensible Herangehensweise können die beträchtlichen Geschlechterunterschiede in der Gesundheit nachhaltig verringert werden. Darüber hinaus ist es wichtig auf die Bedürfnisse der jeweiligen Zielgruppe Rücksicht zu nehmen und diese einzubeziehen.

6.2 Stärken und Einschränkungen

Diese qualitative Evidenzsynthese kombiniert aktuelle qualitative Literatur, die Einblicke und Perspektiven von Männern* auf Gesundheitsförderung und Präventionsangebote, einschließlich Unterstützung im Bereich psychischer Gesundheit, liefert. Wir berücksichtigten Literatur zu Einstellungen, Meinungen, förderlichen und hinderlichen Faktoren zu Gesundheit und dessen Förderung aus den letzten 20 Jahren. Um ein möglichst breites Spektrum an Erkenntnissen abzubilden, berüchsichtigten wir eine breite Palette an qualitativen Studien. Dabei wählten wir gezielt Studien aus, die sich die sich hinsichtlich Interviewinhalten, Settings, Ländern sowie Merkmalen der Teilnehmenden (z. B. Alter, Beruf) möglichst stark voneinander unterschieden.

Unsere Studie weist einige methodische Einschränkungen auf. Die Einschlusskriterien beschränkten sich auf Publikationen in englischer und deutscher Sprache, wodurch relevante Studien in anderen Sprachen möglicherweise nicht berücksichtigt wurden. Zudem folgten wir einem beschleunigten Vorgehen mit Fokus auf aktuelle Literatur. Auch wenn wir nicht ausschließen können, dass dabei relevante Studien oder Ergebnisse übersehen wurden, verfolgt eine qualitative Evidenzsynthese primär das Ziel konzeptioneller Vielfalt und nicht Vollständigkeit. Aus diesem Grund sind wir zuversichtlich, dass die zentralen und aufschlussreichsten Studien zum Thema in unsere Analyse eingeflossen sind.

Die Literatursuche war gezielt, aber thematisch breit auf Gesundheitsförderung und mentale Gesundheit ausgerichtet. Spezifische Themenbereiche wie digitale Gesundheitsförderung wurden nicht gesondert gesucht und sind daher in den identifizierten Studien seltener vertreten.

Wir haben Studien mit Männern unterschiedlichen Alters in das Sample aufgenommen, jedoch fokussierten sich nur drei Studien explizit auf Jugendliche und junge Erwachsene. Entsprechend fiel die Analyse altersbezogener Unterschiede kürzer aus und die Ergebnisse in diesem Bereich sind nur begrenzt aussagekräftig.

Der Großteil der eingeschlossenen Studien (20 von 23) stammt aus englischsprachigen Ländern. Es wurden unterschiedliche Settings untersucht, darunter Gemeinden, Arbeitsplätze, Sportvereine und ländliche Regionen. Die vorhandenen Daten erlaubten jedoch keinen systematischen Vergleich dieser Settings. Zwar konnte das Setting „Arbeitsplatz“ detaillierter analysiert werden, in Bezug auf andere Kontexte fehlte es jedoch an ausreichender Vergleichsbasis in der Literatur.

7 Literaturverzeichnis

Ahmadu, M., et al. (2021). Identifying places that foster mental health and well-being among rural men. *Health & Place*, *71*, 1-6. https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2021.102673

Ames, H., et al. (2019). Purposive sampling in a qualitative evidence synthesis: A worked example from a synthesis on parental perceptions of vaccination communication. *BMC medical research methodology*, *19*, 1-9.

Ashton, L. M., et al. (2015). Young adult males' motivators and perceived barriers towards eating healthily and being active: A qualitative study. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, *12*. https://widgets.ebscohost.com/prod/customlink/hanapi/hanapi.php?profile=4dfs1q6ik8Gkxpmi19PnxO2T6eHNp8TblNXnk%2BHE5sfk3JDexevJ45%2FJ3dalx%2BTckKU%3D&DestinationURL=https%3a%2f%2fsearch.ebscohost.com%2flogin.aspx%3fdirect%3dtrue%26db%3dpsyh%26AN%3d2015-32176-001%26site%3dehost-live

Bell, O. J., et al. (2023). Identifying behavioural barriers and facilitators to engaging men in a community-based lifestyle intervention to improve physical and mental health and well-being. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, *20*(1). https://doi.org/10.1186/s12966-023-01425-1

Bunn, C., et al. (2016). ‘Coz football is what we all have': Masculinities, practice, performance and effervescence in a gender-sensitised weight-loss and healthy living programme for men. *Sociology of Health & Illness*, *38*(5), 812-828. https://doi.org/10.1111/1467-9566.12402

Carnahan, L. R., et al. (2018). Physical activity and masculinity in rural men: A qualitative study of men recruited from churches. *Health Education Research*, *33*(2), 145-154. https://doi.org/10.1093/her/cyy002

Cochrane Training. (2023). *Cochrane-Campbell Handbook for Qualitative Evidence Synthesis Version 1.0, 2023*. Zugegriffen am 10.03.2025 from https://training.cochrane.org/cochrane-campbell-handbook-qualitative-evidence-synthesis

Crane, M. M., et al. (2022). Weight loss program preferences of men working in blue-collar occupations: A qualitative inquiry. *American Journal of Men's Health*, *16*(5). https://doi.org/10.1177/15579883221117932

Dahl, M., et al. (2023). Arabic-speaking male immigrants' perceptions of preventive initiatives: An interview study. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care & Health Policy*, *26*(4), 1618-1627. https://doi.org/10.1111/hex.13766

Drummond, M., et al. (2022). Level playing field: young males, masculinity and mental wellbeing through sport. *BMC Public Health*, *22*(1), 1-11. https://doi.org/10.1186/s12889-022-13200-1

Hanna, E., et al. (2020). Masculinities in the construction industry: A double-edged sword for health and wellbeing? *Gender, Work and Organization*, *27*(4), 632-646. https://doi.org/10.1111/gwao.12429

Hiller, J., et al. (2017). Gender influence on health and risk behavior in primary prevention: a systematic review. *Journal of Public Health*, *25*, 339-349. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7088168/pdf/10389_2017_Article_798.pdf

Houle, J., et al. (2017). Peer positive social control and men's health-promoting behaviors. *American Journal of Men's Health*, *11*(5), 1569-1579. https://doi.org/10.1177/1557988317711605

Howell, B. M., et al. (2023). Where are all the men? A qualitative review of the barriers, facilitators, and recommendations to older male participation in health promotion interventions. *American Journal of Health Promotion*, *37*(3), 386-400.

Kessler, C., & Bürgi, F. (2019). *Leitfaden «Wie erreichen wir Männer 65+?» Gendergerechte Gesundheitsförderung im Alter Gesammelte Erfahrungen für Fachleute auf der Umsetzungsebene*. Gesundheitsförderung Schweiz. www.gesundheitsfoerderung.ch/publikationen

Klimont, J. (2020). *Österreichische Gesundheitsbefragung 2019 Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation*. Bundesanstalt Statistik Österreich.

Klimont, J., & Prammer-Waldhör, M. (2020). *Soziodemographische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit - Auswertungen der Daten der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2019*. G. Bundesministerium für Soziales, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK).

Klingenstein, P., et al. (2022). „Lehrgang Regionale/r Gesundheitskoordinator/in“: Prozess- und Ergebnisevaluation – kurzfristige und mittelfristige Ziele. *Version 5.0*.

Lefkowich, M., & Richardson, N. (2018). Men's health in alternative spaces: Exploring men's sheds in Ireland. *Health Promotion International*, *33*(3), 525-535. https://doi.org/10.1093/heapro/daw091

Lefkowich, M., et al. (2017). 'If we want to get men in, then we need to ask men what they want': Pathways to effective health programing for men. *American Journal of Men's Health*, *11*(5), 1512-1524. https://doi.org/10.1177/1557988315617825

Lems, E., et al. (2019). ‘Just stuff yourself': Identifying health-promotion strategies from the perspectives of adolescent boys from disadvantaged neighbourhoods. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care & Health Policy*, *22*(5), 1040-1049. https://doi.org/10.1111/hex.12913

Luy, M. (2021). *The male-female health-mortality paradox: research report of the ERC project HEMOX*. Österreichische Akademie der Wissenschaften.

https://www.oeaw.ac.at/fileadmin/subsites/Institute/VID/PDF/Publications/Forschungsberichte/FB40.pdf

Matthews, L. R., et al. (2021). Exploring men's use of mental health support offered by an Australian Employee Assistance Program (EAP): Perspectives from a focus-group study with males working in blue- and white-collar industries. *International Journal of Mental Health Systems*, *15*. https://doi.org/10.1186/s13033-021-00489-5

McGeechan, G. J., et al. (2017). Exploring men's perceptions of a community-based men's shed programme in England. *Journal of Public Health*, *39*(4), e251-e256. https://doi.org/10.1093/pubmed/fdw116

Namy, S., et al. (2015). Changing what it means to 'become a man': Participants' reflections on a school-based programme to redefine masculinity in the Balkans. *Culture, Health & Sexuality*, *17*(Suppl 2), 206-222. https://doi.org/10.1080/13691058.2015.1070434

Oliffe, J. L., et al. (2017). Healthy eating and active living: Rural-based working men's perspectives. *American Journal of Men's Health*, *11*(6), 1664-1672. https://doi.org/10.1177/1557988315619372

Robertson, S., et al. (2018). Successful mental health promotion with men: The evidence from 'tacit knowledge'. *Health Promotion International*, *33*(2), 334-344. https://widgets.ebscohost.com/prod/customlink/hanapi/hanapi.php?profile=4dfs1q6ik8Gkxpmi19PnxO2T6eHNp8TblNXnk%2BHE5sfk3JDexevJ45%2FJ3dalx%2BTckKU%3D&DestinationURL=https%3a%2f%2fsearch.ebscohost.com%2flogin.aspx%3fdirect%3dtrue%26db%3dpsyh%26AN%3d2018-15693-016%26site%3dehost-live

Seaton, C. L., et al. (2019). Mental health promotion in male-dominated workplaces: Perspectives of male employees and workplace representatives. *Psychology of Men & Masculinities*, *20*(4), 541-552. https://doi.org/10.1037/men0000182

Sharp, P., et al. (2018). Men's perspectives of a gender-sensitized health promotion program targeting healthy eating, active living, and social connectedness. *American Journal of Men's Health*, *12*(6), 2157-2166. https://doi.org/10.1177/1557988318799159

Sharp, P., et al. (2022). 'People say men don't talk, well that's bullshit': A focus group study exploring challenges and opportunities for men's mental health promotion. *PLoS ONE*, *17*(1). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0261997

Sharp, P., et al. (2024). Men's preferences for language and communication in mental health promotion: A qualitative study. *Behavioral Medicine*, *51*(2), 146-155. https://doi.org/https://doi.org/10.1080/08964289.2024.2424168

Sharp, P., et al. (2023). 'Hey Amir, How are you REALLY doing?': Participant perspectives of a peer-based suicide prevention campaign for men. *American Journal of Men's Health*, *17*(5). https://doi.org/10.1177/15579883231209189

Statistik Austria. (2025). *Demographische Merkmale*. Zugegriffen am 05.06.2025 from https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/gender-statistiken/demographische-merkmale

Tong, A., et al. (2012). Enhancing transparency in reporting the synthesis of qualitative research: ENTREQ. *BMC medical research methodology*, *12*, 1-8.

VERBI Software. (2024). *MAXQDA Analytics Pro*. In https://www.maxqda.com/de/

8 Anhang

8.1 Ein- und Ausschlusskriterien

Tabelle 1: Ein- und Ausschlusskriterien

Kriterien	EINSCHLUSSKRITERIEN	AUSSCHLUSSKRITERIEN
Studiendesign	• Qualitative Studien (Interviews, Fokusgruppen) • Mixed-methods Studien (wenn der qualitative Teil separat berichtet ist) • Systematische Reviews, Qualitative Evidenzsynthesen	**Interventionsstudien** • Quantitative Interventionsstudien **Andere Studientypen** • Fallstudien • Querschnittsstudien **Reviews** • Narrative reviews
Dokumenten-typ	• Artikel in Fachzeitschriften • Berichte (auch Praxisleitfäden, Empfehlungen) • Eventuell Abschlussarbeiten (nur wenn sie sehr passend sind)	• Konferenzabstracts • Studienprotokolle • Poster • Bücher oder Buchkapitel
Studien-population	• Männer* (unter dem Begriff „Männer*“ sind alle Personen gemeint, die sich als männlich identifizieren) • Personen, die mit Männern* arbeiten oder sich mit dem Thema Männer*gesundheit beschäftigen • Männer* ab 15 Jahren	• Frauen und Männer*, die sich nicht als Männer identifizieren • Männer* mit Behinderungen oder spezifischen Krankheiten (z.B. Prostatakrebs, Depression, Adipositas ab BMI 30) • Obdachlose Männer* • Kinder und Jugendliche unter 15 Jahren
Phänomen von Interesse	• Gesundheitsförderungs- und Präventionsangebote (z.B. Bewegungsangebote, Ernährungsangebote, etc.) • Gesundheitsförderung allgemein • Unterstützungsangebote für mentale Gesundheit	• Vorsorge- und Screening-untersuchungen • Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen • Sexuelle Gesundheit, HIV-Prävention • Gewaltprävention • Schwangerenvorsorge, Geburtsvorbereitung, Vorbereitung auf die kommende Vaterrolle
Outcome	• Inanspruchnahme von Gesundheitsförderungs- und Präventionsangeboten • Präferenzen	Wenn Outcomes nicht getrennt für Männer und Frauen berichtet sind

Kriterien	**EINSCHLUSSKRITERIEN**	**AUSSCHLUSSKRITERIEN**
	• Barrieren und fördernde Faktoren • Bedürfnisse • Zugänge • Einstellung zu Gesundheitsförderung	
Setting	• Schule • Arbeitsplatz • Gemeinde • Verein • Andere Treffpunkte, wo Männer* oft anzutreffen sind (z.B. Barbershop, Sportveranstaltungen, Autowaschanlage, etc.)	• Krankenhaus • Hochschule/ Universität
Kontext	• Mit Österreich vergleichbare Länder, d. h. Länder mit hohem und mittlerem Einkommen gemäß der Weltbank-Klassifikation: https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups	• Mit Österreich nicht vergleichbare Länder bzw. Sehr spezielle Minderheitengruppe, die nicht mit Österreich vergleichbar ist (z.B. hispanic Americans, Aboriginal people, black men, Arab-Muslim etc.) • Studien nur anwendbar in Pandemiekontexten (COVID-19)
Sprache	• Englisch • Deutsch	• Alle anderen Sprachen
Publikations-zeitraum	• Die letzten 20 Jahre: 2004-2024	• Vor 2004

8.2 Charakteristika der ausgewählten Studien

Tabelle 2: Charakteristika der ausgewählten Studien

Author, year	Study aim	Country	Setting	Methods of data collection	n (interviewed persons)	Age in years (of interview/focus group participants)
Ahmadu et al., 2021	To explore where men living with mental health challenges feel well.	Canada	No specific setting	Semi-structured interviews	24	Mean NR; range 20-79
Ashton et al., 2015	To identify young men's perceived motivators and barriers in adopting healthy eating and physical activity behaviours and explore any differences in responses by weight status categories.	Australia	Educational institutions, community	Focus groups (10 sessions, 3-9 participants per group)	61 men	Mean 20.8 (SD 2.3); range 18-25
Bell et al., 2023	To explore mens perceived barriers and facilitators to uptake and engagement with interventions designed to improve their physical and mental health and well-being.	UK	Community, workplace	Focus groups (6 sessions, duration 27-57 min)	25 men	Median 41 (IQR 21); range 28-65
Bunn et al., 2016	To explore men's experience of the Football Fans in Training (FFIT) programme, focusing on how masculinity, social interaction, and group dynamics influence lifestyle changes.	UK (Scotland)	Sports clubs	Focus groups, program observations, field notes	63 men	Mean NR; range 35-65
Carnahan et al., 2018	To understand rural men's perceptions about physical activity, engagement, and the influence of masculinity and social norms.	USA	Community	Focus groups (12 sessions)	57 men	Mean 55.0 (SD 17.8); range 18+
Crane et al., 2022	To explore the views of men working in blue-collar occupations their experiences with weight loss, their preferences for weight loss programs, and messaging related to these programs.	USA	Workplace	Interviews (online, telephone, face-to-face)	20 men	Mean 43 (SD 13); range 23-69

Author, year	Study aim	Country	Setting	Methods of data collection	n (interviewed persons)	Age in years (of interview/focus group participants)
Dahl et al., 2023	To explore Arabic-speaking male immigrants' perceptions of preventive initiatives, particularly for cardiovascular diseases (CVD), and to understand how to address inequalities in engagement.	Denmark	Community, healthcare	Telephone interviews	10	Mean NR; range 60-66
Drummond et al., 2022	To explore young males' mental health and wellbeing needs within masculinized sporting cultures and provide insights into creating safe spaces that promote positive masculinities and mental health.	Australia	Sports clubs, community	Surveys, semi-structured interviews	10 (men	Mean 39.20 (SD 16.90); range 18-58
Hanna et al., 2020	To explore how masculinities operate within the construction industry, both inhibiting and promoting health and wellbeing, and how generational differences affect health behaviors.	UK	Work place	Semi-structured interviews	21 (20 men, 1 woman)	Mean NR; range between early twenties and early sixties
McGeechan et al., 2016	To explore 'Shedders' perceptions of their shed.	UK	Community	Five focus groups	32 men	Mean NR; range 18-69
Houle et al., 2017	To examine the association between peer positive social control and men's health-promoting behaviors (HPBs), controlling for individual and social determinants.	Canada	No specific setting	Semi-structured interviews	31 men	Mean 46.71 (SD 10.33); [quantitative sample range 19-71]
Lefkowich & Richardson al., 2017	1) To investigate what strategies or mechanisms contribute to meaningful program/service development for men. 2) To provide insight into the ways in which a gender specific focus contributes to meaningful and effective practices in men's health.	Ireland	Community	Semi-structured qualitative interviews	9 key representatives of partner organisations	NA (interview partners were session facilitators)

Author, year	Study aim	Country	Setting	Methods of data collection	n (interviewed persons)	Age in years (of interview/focus group participants)
Lefkowich et al., 2018	To investigate men's experiences as members of Men's Sheds and the relationship between their involvement in the Shed and their wellbeing.	Ireland	Community	Semi-structured interviews, focus groups, observations	27 men	Range from early 20s to mid-70s, with the majority being middle aged or older
Lems et al., 2019	To understand perceptions of health and health-promotion strategies among adolescent boys from disadvantaged neighbourhoods in order to identify opportunities for health promotion that are better tailored to their needs.	Netherlands	Community	Semi-structured interviews, participant observations and co-creation sessions	15 men	Mean 14.1 (SD NR); range 12-18
Matthews et al., 2021	To explore barriers and enablers to men's use of EAP mental health services and differences between blue- and white-collar workers in Australia.	Australia	Workplace	Focus groups, interviews	44 men	Mean 37.37 (SD 10.94); range 22-60
Namy et al., 2015	To explore the perspectives of participants in the Young Men Initiative (YMI), an innovative programme that aimed to promote healthier masculinities among boys attending vocational high schools in several Balkan countries through educational workshops, residential retreats and a social marketing campaign.	Bosnia and Herzegovina, Croatia, Kosovo and Serbia	No specific setting	In-depth interviews, focus-group discussions	48 men	Mean NR; range 14-16
Oliffe et al., 2017	To describe rural-based working men's views about health to distil acceptable workplace approaches to promoting men's healthy lifestyles.	Canada	Rural/disadvantaged area	Two focus group interviews	21 men	Mean 46 (SD 11,5); range 23-73
Robertson et al., 2018	To present findings from a multi-phase study looking at 'what works' in mental health promotion for men.	Primarily UK	No specific setting	Interviews	13 key stakeholders	NA (interview partners were key players in the mental health field)

Author, year	Study aim	Country	Setting	Methods of data collection	n (interviewed persons)	Age in years (of interview/focus group participants)
Seaton et al., 2019	To explore the gendered views of men and workplace representatives in male-dominated industries about workplace mental health promotion.	Canada	Workplace	Group consultations (with men) and individual interviews (with the workplace representatives)	30 men	Working men: mean 46.1 (13.8); range 23-71 representatives: mean 38.3 (8.0); range 27-48
Sharp et al., 2018	To explore men's perspectives of their participation in a gender-sensitized intervention targeting healthy eating, active living, and social connections.	Canada	Sports club	Semistructured telephone interviews	23 men	Mean 53 (SD 9.9); range NR
Sharp et al., 2022	To explore men's perceptions of mental health and preferences for mental health promotion.	Australia	No specific setting	Focus groups	43 men and 16 stakeholders	Mean 50.65 (13.75); range NR
Sharp et al., 2023	To report the feasibility and acceptability of Buddy Up, a peer-based suicide prevention campaign for men.	Canada	Community	(Online survey) + individual interviews	19 men	Mean 47.89 (SD 14.7); range 24-70
Sharp et al., 2024	To explore men's preferences for language and communication in mental health promotion and provide recommendations for current and future programs.	Australia	No specific setting	Focus groups, individual interviews	64 men	Mean 51.92 (SD: 12.05)

Abkürzungen: NA = not applicable; NR = not reported; SD = standard deviation

8.3 Charakteristika der inkludierten, aber nicht ausgewählten Studien

Tabelle 3: Charakteristika der inkuldierten, aber nicht ausgewählten Studien

Author, year	Study aim	Country	Setting	Methods of data collection	n (interviewed persons)	Age in years (of interview/focus group participants)
Adams et al., 2013	To report on how gay men explained health and the ways they discussed how health for gay men can be improved.	New Zealand	No specific setting	Qualitative in-depth interviews	45 (11 focus groups)	Mean 37 (SD NR); range 24-64
Anderson et al., 2016	To gain insight into the barriers to recruiting and engaging older men in evidence-based health promotion programs offered by the Healthy Aging Regional Collaborative of South Florida (HARC).	USA	No specific setting	Mixed methods - focus group and survey	14	NA (interview partners were program coordinators)
Blunt et al., 2017	To evaluate the acceptability and optimization of the Hockey FIT program from the perspectives of coaches and participants engaged in the program.	Canada, UK	Sport-clubs	Focus groups, coach interviews, program observations, post-session coach reflections, participant interviews	40	Mean 49.1 (SD 9.1); range 35-65
Bottorff et al., 2018	To explore gender-related factors that motivate and support men's smoking reduction and cessation to inform effective men-centered interventions.	Canada	Community (own home, public parks, etc.)	Focus groups	56	Mean NR; range 18+
Burton et al., 2008	To explore men's reactions to the '10,000 Steps a Day' message, the use of pedometers, and strategies for increasing physical activity.	Australia	Work-place	Focus groups (5 sessions)	39	Mean 52 (NR); range 45-65
Cagas et al., 2021	To examine men's perceptions of yoga and identify barriers and possible facilitators for participation.	Australia	No specific setting	Semi-structured interviews	21	Mean 35.0 (SD 12.6); range 18-60

Author, year	Study aim	Country	Setting	Methods of data collection	n (interviewed persons)	Age in years (of interview/focus group participants)
Caperchione et al., 2012	To gather information and gain insight into the physical activity and nutrition behaviors of middle-aged Australian men.	Australia	No specific setting	Six focus groups	30	Mean 43.8 (SD 10.84); range 34-54
Caroll, 2014	To identify the factors that support 'hard to reach' men to engage in community based health promotion programmes.	Ireland	Community (own home, public parks, etc.)	Focus groups and semi-structured interviews with participants, semi-structured interviews with facilitators, unstructured observations	focus groups with participants of Health programme (urban: n=7; rural: 5); semi-structured interviews with participants of PA programme (n=6); semi-structured interviews with facilitators (n=3)	NR [all program participants: mean age 49 (16)]
Chatfield, 2015	To describe the use of multiple research methods in order to develop recommendations for PA interventions directed at middle-aged males.	USA	No specific setting	Interviews	3	Mean NR; range 60-65
Coles et al., 2010	To explore middle-aged and older, local men's contextualized understandings of their health and prospective health promotion campaigns, with the long-term goal of designing interventions that better reflect the needs of local men.	UK	Community (own home, public parks, etc.)	Focus groups	82 participants in 10 focus groups (6 in St Helens and 4 in Halton)	NR (age range varied from men in their 40s To men in their early 80s)
Crabtree et al., 2018	To explore older men's perceptions of the health and wellbeing benefits of participating in men's sheds.	UK	Men sheds	Semi-structured interviews	8	Mean NR; range 65-87

Author, year	Study aim	Country	Setting	Methods of data collection	n (interviewed persons)	Age in years (of interview/focus group participants)
Deneau et al., 2020	To explore older men's perspectives on how physical activity programs should be designed to encourage participation and promote active aging.	Canada	Community (own home, public parks, etc.)	Semi-structured interviews	19	Mean NR; range 75-90
Deneau et al., 2022	To explore older Canadian men's perspectives on successful aging and physically active leisure, and to inform health promotion initiatives.	Canada	Community (own home, public parks, etc.)	Semi-structured interviews	19	Mean between 79-81 (SD NR); range 75-90
Dolan et al., 2005	To explore men's perceptions and experiences of three different workplace-based health promotion interventions aimed at improving prostate health awareness and attitudes towards seeking help.	UK	Work-place	Semi-structured interviews, focus groups	NR	Mean NR; range 26-57
Douglas et al., 2013	To explore "WMS" programme users' perspectives and experiences of health help-seeking against theories of hegemonic masculinity as explanatory frameworks for men's behaviour around health and illness, and their views on a male-specific focus of the programme.	UK (Scotland)	Community (own home, public parks, etc.)	Secondary analysis of semi-structured interviews	43	Mean NR; range 24-79
Drummond et al., 2017	To gain a better understanding of rural Australian men's understanding of health.	Australia	No specific setting	Indiviual interviews, focus groups	40	Mean NR; range 23-64
Dumbrell et al., 2008	To examine men's attitudes to vegetables and fruit, including their barriers to consumption, and to identify potential approaches to promote fruit and vegetables to young men.	Australia	No specific setting	Focus groups (7 sessions)	36	Mean NR; range 18-40
Elliott et al., 2020	To explore men's experiences and expectations of mainstream weight loss services in the UK, following referral from a medical professional, particular in relation to barriers and motivators.	UK	No specific setting	Semi-structured interviews	18	Mean 59 (SD NR); range NR

Author, year	Study aim	Country	Setting	Methods of data collection	n (interviewed persons)	Age in years (of interview/focus group participants)
Gary-Webb et al., 2018	To adapt and implement a male-focused version of the National Diabetes Prevention Program (NDPP) for men in disadvantaged neighborhoods, addressing barriers to participation and engagement.	USA	Community (own home, public parks, etc.)	Focus groups, semi-structured interviews, program observations	29	NR
Gavarkovs et al., 2016	To explore the experiences and perceptions of program delivery staff regarding the challenges in recruitment and participation of men in physical activity and healthy eating programs in rural communities, and suggestions for improvement.	Canada	Community (own home, public parks, etc.)	Semistructured telephone interviews	10	NA (interviewees were program delivery staff)
Giallo et al., 2022	To assess a broad range of mental, physical and social outcomes for fathers of young children (aged 0–4 years) participating in a pilot evaluation of 'Working Out Dads' (WOD).	Australia	Sport-clubs	Surveys + interviews	15	Mean 35.8 (SD 4.5); range 20-44 [survey population, n=53]
Gough & Conner, 2006	To explore men's perceptions of healthy eating and identify barriers related to masculinity and social norms.	UK	No specific setting	Semi-structured interviews	24	Mean NR; range NR [3 age groups <35, 35-54, 55+]
Gray et al., 2013	To evaluate the effectiveness of a men-only weight management programme (Football Fans in Training, FFIT) delivered through professional football clubs, assessing its appeal, participant engagement, and health outcomes.	UK (Scotland)	Sport-clubs	Surveys, focus groups, physical measurements (BMI, weight, waist circumference, blood pressure)	63 (focus group)	Mean NR; range 35-65
Greenfield et al., 2016	To explore professional truck drivers' views on health promotion delivered via mobile health technologies such as wearable devices.	UK	No specific setting	Semi-structured focus groups	34	Mean 42.2 (SD 7.8); range 27-57
Handlovsky et al., 2020	To explore how self-identifiying gay men between 40 and 76 years of age manage their	Canada	No specific setting	Semi-structured in-depth interviews	25	Mean 54 (SD NR); range 40-76

Author, year	Study aim	Country	Setting	Methods of data collection	n (interviewed persons)	Age in years (of interview/focus group participants)
	healh in the context of homophobia, heteronormativity, and discrimination.					
Hunt et al., 2014	To explore why overweight and obese men choose to take part in Football Fans in Training (FFIT) and how the setting and style of delivery impact their engagement.	UK (Scotland)	Sport-clubs	Semi-structured focus groups	63	Mean NR; range 36-65
Kelly & Steiner, 2021	To conceptualise proposed pathways from which Shed activity can lead to positive physical health outcomes.	UK (Scotland)	Men sheds	Qualitative in-depth interviews	62	Mean 69 (SD NR); range 20-70+
Kelly et al., 2021	To investigate the impacts of Shed activity on the health improvement behaviours and attitudes of Shed users.	UK (Scotland)	Men sheds	In-depth interviews	62	Mean 69 (SD NR); range 20-70+
Kierans et al., 2007	To evaluate initiatives (Homeless men and Nutrition, Young Men and Boys, Elderly Men, Gay and Bisexual men, African–Caribbean men, Asian men, Men with Disabilities, and a Nurse-led Outreach Project) focusing in this paper specifically on reports on the relationship between masculinities and the uptake and use of the services offered.	UK (England)	Community (own home, public parks, etc.)	A combination of focus groups, semistructured and narrative interviews	25 (minimum, focus group members NR)	NR
Kolmet et al., 2006	To explore how blue-collar men understand health determinants, gender issues related to health, and workplace health promotion.	Australia	Work-place	Focus groups	48	Mean NR; range 20-50
Lynch et al., 2018	To explore barriers and solutions to professional help seeking for mental health problems among young men.	Ireland	No specific setting	Face-to-face interviews, focus groups	17	Mean 21.3 (SD NR) [focus groups], mean 21.3 (SD NR) [interviews]; range 18-24

Author, year	Study aim	Country	Setting	Methods of data collection	n (interviewed persons)	Age in years (of interview/focus group participants)
McArdle et al., 2012	To collect the experiences of men who took part in a 10 week integrated exercise/psychosocial. mental health promotion programme, “Back of the Net”.	UK	Community (own home, public parks, etc.)	One focus group and nine individual interviews	15	Mean 29.47 (SD 4.03); range 24-35
McEwan et al., 2019	To examine the feasibility of recruiting and retaining males aged 50 years and over to an 8-week walking football programme in a professional football club.	UK (Scotland)	Sport-clubs	Semi-structured interviews, psychological and physiological outcome measures	6	Mean NR; range 50+
Morgan et al., 2016	To investigate knowledge of modifiable cardiometabolic risk factors among rural men, to identify their concerns related to heart health and motivation to reduce risk, and to explore individual, social, and community-level influences on heart-healthy behaviors.	USA	Community (own home, public parks, etc.)	Seven focus groups	54	Mean 62.3 (SD 10.9); range 43-88
Moylan et al., 2015	To explore the individual and community benefits of community men's sheds in terms of men's health and well-being, including their potential for providing spiritual support.	Australia	Men sheds	Participant observation (120 hours over six months) + Semi-structured in-depth interviews	21	Mean NR; range 18-92
O´Donnell et al., 2023	To explore the perceived mental health impacts of arts engagement among men of low SES and barriers and enablers to arts engagement among men of low SES.	Northern Ireland	Community groups	Five focus groups, eleven individual interviews	41	Mean 63.7 (SD 13.3); range NR
Oliffe et al., 2012	To describe the principles that underpin the design and delivery of father-centred smoking cessation interventions drawn from the perspectives of new fathers who smoke but want to quit.	Canada	No specific setting	Consultation sessions (participatory co-production of knowledege)	24	Mean NR; range 20-59

Author, year	Study aim	Country	Setting	Methods of data collection	n (interviewed persons)	Age in years (of interview/focus group participants)
Pederson et al., 2020	To explore influential factors related to health-related help-seeking behvaior among socially marginalized men who seem not to benefit from existing municipal health care services.	Denmark	Community (own home, public parks, etc.)	Five months of fieldwork using step-in-step-out fieldwork and observations(200 hours), 25 interviews	25	Mean 55 (SD NR); range 45-65
Pringle et al., 2013	To investigate the key design characteristics of Premier League Health (PLH), a national programme of men's health improvement delivered in/by 16 English Premier League (EPL) football clubs.	UK	Sport-clubs	Semi-structured interviews	13	NA (health trainers were interviewed)
Realmuto et al., 2018	To present participant perspectives on a novel National Diabetes Prevention Program pilot adaption for men residing in low-income communities in New York City.	USA	Community (own home, public parks, etc.)	Interviews and focus group	16	Interviews: mean 48.3 (SD NR); range NR focus groups: mean 51.7 (SD NR); range NR
Robertson et al., 2013	To gather examples of experiential knowledge in relation to men's health interventions to draw out key point of prior learning.	UK	No specific setting	Interview	11	NA (interviews with health promotion practitioners)
Robertson, 2006	To explore how men conceptualizes 'health' and the gendered nature of such conceptualizations.	UK (England)	No specific setting	Focus groups and in-depth interviews	20 men; (In addition, two focus groups and seven in-depth interviews were carried out with a range of community health professionals also accessed through the two GP practices.	Mean NR; range 27-43

Author, year	Study aim	Country	Setting	Methods of data collection	n (interviewed persons)	Age in years (of interview/focus group participants)
Robinson et al., 2010	To evaluate a health improvement initiative aimed at enhancing the health of men in deprived areas.	UK (England)	Community (own home, public parks, etc.)	In-depth, semi-structured face-to-face and telephone interviews	25	Mean NR; range 35+
Robinson et al., 2014	To understand the views of men and service providers concerning the health information needs of men.	UK (England)	No specific setting	Semi-structured interviews with stakeholders and focus groups with men	66	Mean NR; range 16-60+
Sabinsky et al., 2007	To explore motivation and perceived barriers towards weight loss among Danish men.	Denmark	Diverse settings	Four focus group	22	Mean NR; range 22-44
Smith et al., 2007	To examine how older men's understandings of independence relate to their help seeking behaviours and health service use.	Australia	No specific setting	In-depth, semi-structured interviews	36	Mean NR; range 35-80
Smith et al., 2008	To explore how Australien me self-monitor their health before seeking professional help.	Australia	No specific setting	Semi-structured interviews	36	Mean NR; range 35-80
Soprovich et al., 2022	To explore working men’s perspectives about sleep health and the intersecting influences of gender and work, describing participant’s views on current and potential programming and organizational support to promote sleep health.	Canada	Work-place	Group consultation sessions in community recreational facilities	20	Mean 44.8 (SD 12.4); range NR
Thandi et al., 2018	To enhance understanding of community-dwelling older men’s day-to-day experiences with physical activity.	Canada	Community (own home, public parks, etc.)	Semistructured interviews, walk-along interviews (as a form of participant observation), and photovoice methods	4	Mean NR; range 70-86
Tripathee et al., 2020	To explore how men receive and utilise partner support when attempting to change dietary practices and physical activity within the context of Football Fans in Training (FFIT), a gender-sensitised weight management and	UK (Scotland)	Sport-clubs	Separate semi-structured face-to-face interviews	40	Mean 54 (SD NR); range 30-70

Author, year	Study aim	Country	Setting	Methods of data collection	n (interviewed persons)	Age in years (of interview/focus group participants)
	healthy living programme for men who are overweight/obese.					
Verdonk et al., 2010	To explore men's health beliefs and attitudes towards health promotion; in particular, this study explores workplace physical activity in relation to masculine ideals among male employees.	Netherlands	Work-place	Interviews	13	Mean NR; range 23-56
Wham & Bowden, 2011	To investigate the perspectives of older, single-living New Zealand men towards healthy eating.	New Zealand	No specific setting	Semi-structured interviews	12	Mean NR; range 75-89
White et al., 2008	To explore the experiences and perceptions of a group of men as they went through a programme of weight loss sessions run by the Health of Men team within the workplace, as part of a wider project that was exploring why men used the Bradford & Airedale Health of Men (HoM) community-based services.	UK (England)	Work-place	Qualitative interviews	10	NR
Wirth et al., 2014	To explore the weight management experiences of Baby Boomer men (born between 1946 and 1964) and to use the information to develop targeted messages and interventions.	USA	No specific setting	Semi-structured interviews	20	Mean 53 (SD 5,5); range 45-63

Abkürzungen: NA = not applicable; NR = not reported; SD = standard deviation