

Prof Dr. Martin Dinges, Stuttgart

Männergesundheit in historischer Perspektive

Einen historischen Blick auf Männergesundheit soll eine Analyse längerfristiger Veränderungen in diesem Bereich aufzeigen. Und im Bezug auf Männergesundheit, hat sich einiges verändert. Recht kurzfristig erhielt eine Initiative, die eine kontinuierliche Berichterstattung zur Gesundheit von Männern auf Bundes- und Landesebene forderte, auf ihre Bitten nur ablehnende Bescheide. Einen sehr umfangreichen Frauengesundheitsbericht gab es schon seit 2002. Besondere Gesundheitsbedarfe von Frauen zu erheben, hielt man also für *selbstverständlich*. Demgegenüber hieß es, die Männer seien in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes statistisch ausreichend beachtet.

Das Desinteresse hat sich erfreulicherweise mittlerweile abgeschwächt. Ein 1. Männergesundheitsbericht wurde für Deutschland 2009, allerdings von der gemeinnützigen Stiftung Männergesundheit publiziert. Seit etlichen Jahren ist nun auch ein staatlicher Bericht beim Robert-Koch-Institut (RKI) in Vorbereitung. Einige Bundesländer waren schon vorher weiter: Nordrhein-Westfalen (2000) und Brandenburg (2003) am Beginn der ersten Dekade des neuen Jahrtausends, Schleswig-Holstein (2009) und selbst Bayern (2011) an deren Ende. Das deutschsprachige Nachbarland Österreich (2004 – nach Wien 1999) war schneller und die Schweiz brachte 2006 einen Gendergesundheits-Bericht und 2008 einen Gender-Focusbericht zur psychischen Gesundheit heraus.

Warum war es aber gesellschaftlich und politisch *selbstverständlich*, einen Frauengesundheitsbericht herauszugeben und warum wurde – geradezu ebenso selbstverständlich – ein Männergesundheitsbericht zunächst reflexhaft abgelehnt? Oder allgemeiner gefragt: Warum hatte und hat es das Thema Männergesundheit so schwer, in der gesellschaftlichen und politischen Öffentlichkeit Gehör zu finden? Der nächstliegende Grund ist natürlich die Frauengesundheitsbewegung, die seit Ende der 1960er Jahre ihre Anliegen erfolgreich in der Öffentlichkeit platziert hatte.¹ Um die immer noch bestehende Exotik des Themas Männergesundheit einzuordnen, muss man aber deutlich weiter zurückblicken.

1) Über Männergesundheit öffentlich zu reden, stellt mehr als zwei Jahrhunderte Gesundheitsdiskurs auf den Kopf.

Seit der Spätaufklärung (1770) galt die Frau den Ärzten und Politikern als eher schwach und krank, weil naturnah und von ihren körperlichen Bedürfnissen bestimmt; der Mann hingegen wurde als stark und gesund, da angeblich vernunftgesteuert betrachtet. Diese kontrastive Geschlechteranthropologie wurde von den Medizinerinnen durch das ganze 19. Jahrhundert hindurch weiter ausgearbeitet. Heutzutage haben wir es mit einer geradezu revolutionären Umkehrung des Gesundheitsdiskurses zu tun: Nun ist der Mann vom gesunden Modell zum schwierigen Problemfall abgestiegen, wenn er nicht gleich als „Gesundheitsidiot“ abgewertet wird.

Erst seit Kurzem wird überhaupt zur Kenntnis genommen, dass in sich industrialisierenden ebenso wie in Industrie- und postindustriellen Dienstleistungsgesellschaften Frauen im Schnitt länger leben als Männer. Die Sozialmediziner waren nämlich von der Schwäche der Frauen derart überzeugt, dass sie bis 1960 ihre eigenen Tabellen, die die geringere Lebenserwartung der Männer auswiesen, gar nicht zur Kenntnis nahmen. Vielmehr schrieben sie direkt unter ihren epidemiologischen Zahlenreihen weiter über das „schwache Geschlecht“, also die Frauen.² Diese erstaunliche Blindheit gegenüber den selbst erhobenen Fakten belegt die große Macht eines Genderdiskurses, der in den Köpfen der Ärzte geradezu automatisch die Daten uminterpretierte.

2) Zentral für den Männergesundheitsdiskurs ist die Feststellung, dass derzeit die Lebenserwartung der Männer bei der Geburt in Deutschland immer noch gut fünf Jahre geringer ist als diejenige der Frauen.

Stellen Sie sich vor, das wäre umgekehrt: Wir hätten sicher eine Riesendebatte über die Benachteiligung von Frauen! Das Patriarchat, der Kapitalismus oder die Gesellschaft wären schnell als Schuldige benannt. Forschung und Gesundheitsprogramme würden umgehend gestartet. Tatsächlich geschieht etwas ganz anderes: Statistiker – der EU und der BRD – haben sich daran gemacht, die Anzahl der „beschwerdefreien Lebensjahre“ zu bestimmen, um den Bedarf für eine alternde Gesellschaft besser abschätzen zu können. Durch eine großzügige Definition des Beschwerdebegriffs schmilzt der Vorsprung der Frauen je nach Rechenverfahren stark zusammen. Regierungsamtlich wird dann, z.B. 2006 deutlich darauf hingewiesen, dass Frauen mehr Jahre mit Beschwerden erleben.³ Das ist zutreffend, denn sie leben länger. Allerdings kann man gleichzeitig über das Problem der geringeren

Lebenserwartung der Männer schweigen. Tatsächlich schreibt das Statistische Bundesamt in seiner 11. Bevölkerungsprognose bis 2050 einen praktisch gleichbleibenden Vorsprung der Lebenserwartung von Frauen fort.⁴

3) Der Unterschied in der Lebenserwartung hat nur wenig mit der biologischen oder genetischen Ausstattung von Männern und Frauen zu tun.

Die Klosterforschung – also der Vergleich von männlichen und weiblichen Populationen in sehr ähnlichen Lebensbedingungen – hat mittlerweile sehr gründlich belegt, dass die Frauen lediglich einen genetischen Vorteil haben dürften, der eine um etwa ein Jahr erhöhte Lebenserwartung erklären könnte.⁵ Dementsprechend müssten die übrigen – derzeit noch gut vier – Jahre Unterschied in der Lebenserwartung auf kulturelle und soziale Ursachen zurückgehen.

4) Die unterschiedliche Lebenserwartung bei der Geburt hat sich außerdem erst seit einigen Generationen so entwickelt, wie wir sie kennen.

Tabelle 1: Lebenserwartung bei Männern und Frauen in Deutschland (1850-2010)

Jahr	Männer	Frauen	längere Lebenserwartung der Frauen
1850	40	40	0 noch kein Unterschied
1880/1890	36	39	3 Jahre mehr
1900/1910	44,8	48,3	3,5 Jahre mehr
1949/51	64,6	68,5	4,1 Jahre mehr
1960/62	66,9	72,4	5,5 Jahre mehr
1970/72	67,4	73,8	6,4 Jahre mehr
1980/82	70,2	76,9	6,7 Jahre mehr
1990/92	72,9	79,3	6,4 Jahre mehr
2008/10	77,5	82,6	5,1 Jahre mehr

Die Lebenserwartung bei der Geburt stieg bei beiden Geschlechtern von ca. 40 Jahren im Jahr 1850 über 47 um 1900 und 66 um 1950 auf mittlerweile etwa 80 Jahre an. Der Verlauf war allerdings für beide Geschlechter sehr unterschiedlich. Die Früh- und Hochindustrialisierung (1835–1914) war offenbar für die Männer besonders problematisch, denn damals stieg die Lebenserwartung der Frauen deutlich schneller an. Danach waren es vor allem die Wiederaufbaujahrzehnte nach dem Zweiten Weltkrieg, in denen die Männer noch einmal drei Jahre weniger Lebenserwartung dazu gewannen als die Frauen. Seit Mitte der 1980er Jahre hat sich das geschlechtsspezifische Sterblichkeitsdifferential in der Bundesrepublik

Deutschland sogar wieder etwas verringert.⁶ Bereits dieser historische Rückblick gibt erste Antworten auf die hier und heute eigentlich wichtige Frage, warum die Gesundheitsressourcen von Männern teilweise so wenig entwickelt worden sind.⁷

5) Die wellenförmige Entwicklung des Unterschieds in der Lebenserwartung lässt zwei Hauptgründe für die relative Verschlechterung des Gesundheitsstatus der Männer erkennen. Erstens führt die genderspezifische Arbeitsteilung mit dem Modell des männlichen Haupternährers seit der Industrialisierung zu einer ganz einseitigen Berufsbelastung bei den Männern.

Männer haben diese vorrangige Berufsorientierung mental seither verinnerlicht: Die allermeisten Männer sind ganztags berufstätig. Familienpräsenz trat schon wegen der Trennung der Arbeitsplätze vom Wohnort immer mehr in den Hintergrund. Aus Untersuchungen zu Jungarbeitern wissen wir, dass Männer die gefährlichere Arbeit im Bergbau im Vergleich zu risikoarmen Jobs bevorzugten, weil sie besser bezahlt war, denn sie wollten ein höheres Familieneinkommen erwirtschaften. Wenn Männer Väter werden, arbeiten sie heutzutage meist noch mehr als vorher, weil sie dadurch zum Wohl der Familie beitragen wollen.⁸

Frauen hingegen arbeiten derzeit (2011) fünfmal häufiger halbtags als Männer – 1996 waren es noch neunmal soviel.⁹ Väter mit Kindern unter 18 Jahren arbeiten dreimal so häufig Vollzeit wie Mütter, diese aber elfmal häufiger Teilzeit als Väter. Das führt zu folgendem Ergebnis: Berufstätige Frauen mit Familie sind die gesündere Population – gesünder als Hausfrauen!¹⁰ Die Doppelbelastung ist also geradezu gesundheitsförderlich, weil sie vielfältige Beanspruchungen bietet. Das gilt allerdings nur, wenn man nicht alleinerziehend ist! Dementsprechend müsste die Förderung von Teilzeitarbeit oder selbst gewählten Auszeiten, insbesondere für Väter, sowie deren stärkere Beteiligung an Elternzeiten ein wichtiges Ziel von Männergesundheitspolitik sein. Gesellschaftlich setzt dies allerdings voraus, dass die Personalabteilungen in den Unternehmen den Männern, die solche Wünsche äußern, entgegenkommen. Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist heutzutage im Betrieb eher ein Väter- als ein Mütterproblem, denn viele Arbeitgeber halten Auszeiten und Teilzeitarbeit von Müttern für selbstverständlich, während sie den Männern immer noch erhebliche Schwierigkeiten machen.¹¹ Hier müssen die Verhältnisse geändert werden, damit sich das Verhalten der Männer ändern kann.

6) Der zweite Hauptgrund für die geringere Lebenserwartung der Männer sind traditionelle Leitbilder „hegemonialer“ Männlichkeit.

Das Männlichkeitsleitbild, das im 19. Jahrhundert geprägt wurde, zielte auf harte, schmerzunempfindliche, deshalb auch besonders wehrfähige Jungen.¹² Solche Leitbilder wirken immer noch nach und werden übrigens durch manche Medien, insbesondere Computerspiele, wiederbelebt.¹³ Als Ursache für Gesundheitsgefährdungen spielt die Idee von der männlichen Härte immer noch im männlichen Lebenslauf eine Rolle.¹⁴ Jungen spielen gefährlicher.¹⁵ Pubertierende männliche Jugendliche verhalten sich risikoreicher als Mädchen. Eine gewisse Härte wird immer noch gesellschaftlich erwartet und antrainiert, denn als erwachsene Männer sollen einige dieser Jungen ja die härteren Jobs übernehmen. Unter den 20 gefährlichsten Berufen findet sich nach Angaben eines Lebensversicherers der erste Frauenberuf auf Platz 16 - es ist die Krankenschwester.¹⁶ Beim Neuzugang zu Erwerbsunfähigkeitsrenten kommt der männliche Krankenpfleger schon auf Platz 2 – direkt nach dem Dachdecker und noch vor dem Schlachter, Tiefbauer oder Maurer.¹⁷ Wo gibt es in Deutschland eigentlich Präventionsangebote für diese Berufsgruppen? Wo wird leicht auffindbar die schmale best practice dokumentiert?¹⁸ Wo wird über die „gläserne Decke“ nach unten diskutiert, die Frauen weitgehend vor solcher Berufsunfähigkeit schützt, Männer aber abstürzen lässt?

Aber auch in den weniger gefährlichen Berufen veranlasst die aus Umfragen belegte stärkere Erfolgsorientierung von Männern diese nicht selten zu einem gesundheitsgefährdenden Leistungsverhalten.¹⁹ Berufstätige Männer bevorzugen oft recht einseitig das Engagement in der Arbeit – bis zur Selbstüberforderung (Stichwort Burnout-Syndrom). Nicht nur im Umfeld gefährlicher Arbeitsplätze besteht außerdem eine sich spezifisch männlich gerierende Risikokultur.²⁰ Man sieht an all dem, dass das Gesundheitsverhalten stark geschlechtsspezifisch geprägt ist und nicht einfach aus freien Stücken geändert werden kann, denn es ist eng mit den Berufs-, Arbeits- und Familienaufgaben von Männern verwoben. Hier besteht eine große Herausforderung an die Gesundheitsbildung.

7) Das Thema Gesundheit war für Männer allerdings nie tabu – wie oft behauptet wird.

Angeblich reden Männer nicht über Gesundheit – außer, wenn es zu spät ist. Das ist historisch erwiesenermaßen falsch – wie wir aus der Analyse Tausender Briefe und Hunderter Autobiographien wissen.²¹ Vielmehr sind für die Kommunikation über Gesundheit viele förderliche Kontexte belegbar.²² Aus Untersuchungen zur Arbeitergesundheit wissen wir, dass schwer an Milzbrand erkrankte Textilarbeiter in England um 1900 ihren Familien und Frauen gegenüber bis zum bitteren Ende so taten, als seien sie nicht krank. Nach dem Tod untersuchten die Betriebsärzte den Vorgang und fanden heraus, dass die Männer sehr wohl *miteinander* über diese Probleme gesprochen hatten – nämlich mit den Arbeitskollegen oder anderen Männern.²³ Nur gegenüber ihren Familien war ihr Rollenverständnis als Allein- oder Haupternährer so verhärtet, dass sie sich und anderen ihren Zustand nicht eingestehen wollten.

Es gab und gibt also Orte, an denen Männergesundheit leichter ansprechbar ist. Die Arbeitswelt ist auch heute – trotz aller Konkurrenz – offenbar ein solcher. Dementsprechend kann man Gesundheitsressourcen von Männern stärken, indem man weitere Settings beachtet, die für eine niederschwellige Thematisierung von Gesundheit hilfreich sind.

Aus historischen Untersuchungen zu Briefwechseln wissen wir übrigens auch, dass Männer für die Kommunikation über Gesundheit *keine* Genderpräferenz haben: Sie reden also mit Frauen – je nach Situation – ebenso leicht über Gesundheit und Krankheit wie mit Männern.²⁴

8) Angeblich „männliches“ Risikoverhalten wie das Rauchen muss man historisch als geschlechtsspezifisch erlernt einordnen – und kann es dann ändern!

Tabakrauchen wurde seit dem bürgerlichen 19. Jahrhundert immer ausschließlicher als männliches Privileg betrachtet. Diese Verbindung mit dem Mannsein wurde durch Zigarettenrationen für die Soldaten der beiden Weltkriege noch einmal verstärkt. Für Jungen meiner Generation war die erste Zigarette – mehr als das erste Bier – geradezu ein Initiationsritus zur Aufnahme in die Männerwelt. Rauchen war lange Zeit Teil der sich ausbildenden männlichen Geschlechtsidentität. An Risiken dachte kein Mensch.

Das hat sich mittlerweile weitgehend geändert: Seit Ende der 1990er Jahre nehmen männliche Jugendliche das Rauchen immer mehr als Gesundheitsrisiko wahr und fangen seltener an zu rauchen. Bei den Mädchen verlief es zunächst umgekehrt: Ihr Anteil unter den Rauchern legte 2002 noch einmal kräftig zu. Fingen 2008 immer noch etwas mehr junge Mädchen an zu

rauchen, war es 2010 wieder umgekehrt – allerdings rauchten Jugendliche generell viel weniger als zehn Jahren vorher.²⁵

Dass Mädchen solche Risikoverhaltensweisen übernehmen, verweist auf Probleme der Jugendphase, weniger auf Charakteristika nur *eines* – des männlichen – Geschlechts. Es geht für beide um Selbsterprobung und Einübung angeblich erwachsenen Verhaltens. Mädchen wollen schlank bleiben, Jungen stellen mittlerweile ihre Männlichkeit anders als mit der Zigarette heraus. Genderspezifische Zuschreibungen wie beim Rauchen ändern sich also. Angeblich typisch männliches Risikoverhalten kann innerhalb weniger Jahre zu einer scheinbar genderunspezifischen Angelegenheit werden – und für junge Frauen ganz andere Bedeutungen als für Männer bekommen. Darauf müsste mit mehr als farblich unterschiedlich gestalteten, aber größtenteils inhaltsgleichen Broschüren reagiert werden.

Ansonsten sollte man beachten, dass Rauchen in postfordistischen Gesellschaften immer stärker einen Klassencharakter bekommt: So gilt bei Jugendlichen: „Das Rauchverhalten weist ein starkes soziales Gefälle auf. Besonders viel rauchen Jugendliche aus Familien mit geringer Bildung, geringem Einkommen und niedrigem beruflichem Status. Die Raucherquote der ständigen Raucherinnen und Raucher ist beispielsweise“ in der Sekundarstufe I „an Hauptschulen mit 24 % mehr als dreimal so hoch wie an Gymnasien (7 %).“ Diese Ergebnisse liefern gute Hinweise Präventionsaktivitäten

9) Das geschlechterspezifische Verhalten bei der Inanspruchnahme von Ärzten ist ebenfalls historisch erlernt – und deshalb veränderbar.

Sieht man sich an, wie viele Männer und Frauen jeweils in den letzten vierhundert Jahren in Arztpraxen auftauchten, dann ist der Wendepunkt in allen untersuchten Ländern das Jahrzehnt 1850/1860. Vor 1800 waren oft mehr Männer in den Arztpraxen. Seit 1850/1860 sind es durchgehend mehr Frauen, nämlich immer ca. 60% zu nur 40% Männern – und das seit 150 Jahren! Erklärt wird der Umkipppunkt um 1860 mit dem Wunsch der Frauen, sich im Zusammenhang mit der Geburt ärztlich beraten zu lassen.²⁶ Tatsächlich entstand daraus ein Habitus der Inanspruchnahme, der dann zu weiteren Arztbesuchen führte.

Nach unseren neuesten Forschungen weist die Geschichte des geschlechterspezifischen Arzneimittelkonsums eine ähnliche Entwicklung mit einem Wendepunkt um ca. 1860 auf:

Vorher deutlich höherer Medikamentenkonsum der Männer, nachher durchgängig bis heute höherer Verbrauch der Frauen.²⁷ Offenbar waren also Geschlechterleitbilder **und** das ärztliche Angebot entscheidend für das Inanspruchnahmeverhalten. Hier liegt ein weiterer Schlüssel zum Verhaltenswandel von Männern: Passen z. B. Öffnungszeiten von Arztpraxen besser mit ihrer Ganztagsberufstätigkeit zusammen, wird man sie vielleicht eher dort als Patienten antreffen.

10) Männer sind nicht beratungsresistent, man hat ihnen seit 150 Jahren fast nie Gesundheitsangebote gemacht!

Über ein Jahrhundert Gesundheitsberatung lässt geschlechtergeschichtlich nur eine Charakterisierung zu: Adressaten waren durchgehend die Frauen. Das lag zunächst an den staatlich verfolgten Zielen: Senkung der Säuglingssterblichkeit und Stillberatung. Die Hygienepropaganda zielte dann vor allem auf Hausfrauen oder Mütter, die Sexualberatungsstellen der Weimarer Zeit ebenfalls. Nur bei der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten kamen neben den Prostituierten – nachrangig – auch die männlichen Freier in den Blick. Bei Militär und Marine wurden Soldaten kontrolliert. In der Gesundheitsaufklärung der BRD blieben und bleiben Frauen mit weitem Abstand die Hauptadressaten. Mit der aktiven Vorsorgepolitik seit den 1970er Jahren hat sich die Präferenz für Frauen sogar noch einmal weiter verstärkt: großzügige Vorsorgeprogramme zur Früherkennung von Brustkrebs, aber nichts Entsprechendes z. B. bei der Prostata für Männer, die bekanntlich hauptsächlich die Beiträge in die GKV einzahlen.

Vor diesem Hintergrund ist es eher erstaunlich, dass selbst die jüngeren Männer **Gesundheitsuntersuchungen** gar nicht so viel weniger wahrnehmen als Frauen. Männer ab 60 Jahren nutzten sie praktisch genau so häufig wie Frauen.

Teilnahme an gesetzlichen Check-up Untersuchungen 2010-2011^{28, 29}

Altersgruppe	Frauen	Männer
35 – 39	39,7	31,9
40 – 44	44,8	38,0
45 – 49	44,2	39,4
50 – 54	45,8	42,1
55 – 59	50,1	46,6
60 – 64	48,9	47,1
65 – 69	63,9	63,4

70 – 74	53,9	53,8
75 – 79	48,5	49,0
80 und älter	40,9	43,9
Alle ab 20 Jahre	47,6	44,7
55 – 74	53,7	52,1

Interessanter sind die die Skandalisierungen, etwa unter folgender Überschrift einer Pressemitteilung: „Präventionsmuffel‘ Mann: Frauen nutzen Vorsorgeuntersuchungen häufiger“. Nach Angaben der kassenärztlichen Bundesvereinigung gingen 2010 13,5 Prozent Frauen und 10,6 Prozent Männer zwischen 55 und 74 Jahren zur Darmkrebserberatung.³⁰ Insgesamt ist der Unterschied bei der **Beratung** nicht so hoch, dass man einseitig die Männer als „Präventionsmuffel“ apostrophieren muss: 86,5 % der Frauen und 89,4 % der Männer nahmen die Untersuchung **nicht** in Anspruch – das sind riesige Mehrheiten bei beiden Geschlechtern. Demgegenüber ist die Differenz von 3% zwischen beiden Geschlechtern gering.

Aber lesen wir weiter: „Etwa 4,1 Millionen Versicherte haben sich einem Test auf okkultes Blut im Stuhl unterzogen, davon fast zwei Drittel Frauen.“ Die Männer reichten also nach der Beratung deutlich seltener den Testbrief ein. Deshalb wäre also zu fragen: Warum führt die Beratung bei viel mehr Frauen zur Abgabe der Stuhlprobe als bei den Männern? Liegt es vielleicht an der Beratung? Liegt es am erlernten Gesundheitshabitus der Männer, die weniger an solche Untersuchungen gewöhnt sind als Frauen, die regelmäßig zum Gynäkologen gehen? Liegt es also vielleicht an der Qualität des Gesundheitsangebotes? Offenbar ist es viel leichter, die Männer als „Präventionsmuffel“ zu beschimpfen, dann müssen die Anbieter nicht über sich selbst nachdenken.

Ansonsten wird die Krebsvorsorge weit überschätzt. Ihr Nutzen ist gering, ihr Schaden oft groß. Außerdem hat der Rückgang von Neubildungen als Todesursache in den 22 Jahren von 1980 bis 2002 wenig mehr als ein halbes Jahr zur Verbesserung der Lebenserwartung von Männern und Frauen beigetragen – das entspricht etwa einem Zehntel des Gewinns.³¹ Demgegenüber hat allein die Reduzierung der Verkehrsunfallfolgen für die Männer fast genau soviel gebracht (0,47 Jahre).

11) Seit der Spätaufklärung wurden Gesundheit und Medizin immer ausschließlicher zu einem weiblich konnotierten Terrain gemacht.

Traditionell sind Mütter in Familien für die Gesundheit der Kinder zuständig; erste Arztbesuche machen auch die Söhne mit ihnen. Vielleicht erwarten sie dann ähnliche Kompetenzen von ihren Partnerinnen. Auch die so wichtige Ernährung gilt eher als eine Domäne der Frauen. Derart geschlechtlich markierte Felder bieten immer gewisse Zugangsschwellen für die Vertreter des anderen Geschlechts. So interessieren sich pubertierende Söhne weniger für Medizin als Töchter in Zeiten einsetzender Menstruation. Jungen werden seltener zum Kochen animiert als ihre Schwestern. Es wird auch hier einiger Gesundheitsbildung bedürfen, um die einseitige geschlechtliche Markierung dieser Bereiche aufzuweichen.

12) Ansonsten sollte die Gesundheitspolitik stärker die krankmachenden Verhältnisse und die strukturellen geschlechtsspezifischen Zugangsschwellen zu Gesundheitsangeboten in den Blick nehmen, statt in neoliberaler Manier alle Verantwortung „den Männern“ nach dem Motto zuzuschreiben: Helft Euch selbst!

Das können am wenigsten diejenigen, die am meisten Hilfe brauchen, nämlich die Männer im Niedriglohnsektor, der gegen alle gesundheitspolitische Vernunft weiter aufrechterhalten wird.³² Es kommt also auf zielgruppengerechte Verhaltens- und Verhältnisprävention an.

Conclusio

Als Historiker habe ich die längerfristigen Prägungen des Gesundheitsverhaltens von Männern und Frauen in den Vordergrund gestellt. Der Blick in die Vergangenheit verweist zugleich immer auch auf ihre Veränderbarkeit in der Zukunft. Im Ergebnis lässt sich fast nichts von dem als dauerhafte Disposition aufrechterhalten, was in der öffentlichen Debatte als „typisch männliches“ oder gar „unveränderbar männliches“ Gesundheitsverhalten gilt. Mannsein bedeutet also nicht Körperferne und Desinteresse an Gesundheit. Vielmehr wurden Männer in den letzten 150 Jahren weniger langlebig, weniger gesund und weniger gesundheitsbewusst als Frauen gemacht. Man hat ihnen Körpersensibilität abgewöhnt und ihre Gesundheitsressourcen unzureichend entwickelt.³³

¹ Der emanzipatorische Impetus blieb weitgehend auf der Strecke. Das wird klar, wenn man sich die schöne Dokumentation zur Frauengesundheitsgeschichte ansieht: Stascheit, Angela, Uecker, Karin: Archiv der Münchner Frauengesundheitsbewegung 1968 – 2000, München 2011.

² Martin Dinges, Veränderungen der Männergesundheit als Krisenindikator? Deutschland 1850-2006, in L'Homme. Zeitschrift für feministische Geschichtswissenschaft 19, 2008, S. 107-123, 117-121, bes. 119 f. mit Einzelbelegen.

³ Es gibt verschiedene Konzepte, die Lebenserwartung qualitativ zu fassen. Man versucht dabei, „beschwerdefreie Lebensjahre“ zu berechnen. Das DFLE-Konzept (Disability-Free Life Expectancy) betrachtet die „erwartete durchschnittliche Anzahl von Jahren, die eine Person ohne schwere gesundheitliche Beschwerden lebt. Dazu werden die Jahre, in denen gesundheitliche Beeinträchtigungen vorliegen, komplett von der Lebenserwartung abgezogen. Bei der komplexesten Methode (HALE: Health-adjusted life expectancy) werden Lebensjahre anteilig von der Lebenserwartung abgezogen. Allerdings fließen dabei – anders als beim DALE - Konzept – eine ganze Reihe von möglichen Beschwerden und gesundheitlichen Parametern in die Berechnung ein. „Die Weltgesundheitsorganisation verfügt über Daten zur gewichteten Lebenserwartung nach dem HALE-Konzept für die Jahre 2000 bis 2002. Demnach lag in Deutschland im Jahr 2002 die gesunde Lebenserwartung der Frauen bei 74,0 Jahren. 7,6 Jahre wurden in beeinträchtigter Gesundheit verbracht. Die gesunde Lebenserwartung der Männer betrug dagegen 69,6 Jahre. Mit gesundheitlichen Beschwerden lebten sie im Schnitt 5,9 Jahre lang.“ Hier wird vorrangig darauf hingewiesen, dass Frauen überall länger mit Einschränkungen leben – in diesem Fall entspricht das 1,7 Jahre. Dabei wird nicht mehr thematisiert, dass sie wesentlich mehr Lebensjahre als Männer „ohne Beschwerden“ verbringen – nämlich 4,4 Jahre, wie der folgende Text aus dem gleichen Gesundheitsbericht der Bundesregierung zeigt: „Die Europäische Union hat indes die Messgröße "Healthy Life Years" , die dem DFLE-Konzept entspricht, in das Kernset europäischer Strukturindikatoren integriert. Bei einem Vergleich mit anderen EU-Staaten zeigt sich, dass die beschwerdefreie Lebenserwartung in Deutschland relativ hoch ist (siehe Abbildung 1.1.3). Deutlich wird zudem, dass in allen Ländern Frauen einen größeren Anteil von Lebensjahren mit Beschwerden verbringen als Männer. Die Lebenserwartung in Gesundheit dagegen unterscheidet sich nur geringfügig zwischen den Geschlechtern.“ (Datenquelle: Gesundheit in Deutschland, 2006, Kap 1.1.3) Allerdings geht gerade die sehr unterschiedliche Bewertung der „Jahre mit Beschwerden“ in den einzelnen Ländern der EU gut aus der Grafik hervor. Das zeigt den erheblichen Bewertungsspielraum auch innerhalb der EU. Es kommt demnach also nur darauf an, welche Beschwerden die Statistiker für erheblich halten, dann verschwindet der Gender gap – und man kann weiter eine Benachteiligung von Frauen thematisieren: Längeres Leben ist im Ergebnis dann nur noch längeres Leben mit Beschwerden. Die differenzierteren HALE-Daten sind offenbar politisch weniger erwünscht. Differenzierter – aber praktisch auch schwieriger zu berechnen ist DALE (disability-adjusted life expectancy): Von der Lebenserwartung werden die mit bestimmten Beschwerden (z.B. Rückenschmerzen) verbrachten Jahre anteilig abgezogen, je nach dem Grad der gesundheitlichen Beeinträchtigung (z.B. von "nicht beeinträchtigt" bis "schwer beeinträchtigt"). Vgl. dazu Robert Koch Institut (Hg.): Gesundheit in Deutschland, Berlin 2006, Kap. 1.1.3 und Glossar.

Zum neueren Diskussionsstand und mit aktuellen Zahlen s. Lars E. Kroll, Thomas Lampert, Cornelia Lange, Thomas Ziese, Entwicklung und Einflussgrößen der gesunden Lebenserwartung Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health, Schwerpunkt Bildung, Arbeit und Lebenschancen. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Berlin 2008.

⁴ Kroll, Lampert u.a., Entwicklung, S. 37; differenziert zu den wachsenden sozialen Unterschieden innerhalb der Gendergruppen ebendort 56, 58.

⁵ Marc Luy, Die geschlechtsspezifischen Sterblichkeitsunterschiede – Zeit für eine Zwischenbilanz, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 35 (2002), 412–429; ders., Warum Frauen länger leben: Erkenntnisse aus einem Vergleich von Kloster- und Allgemeinbevölkerung, Wiesbaden 2002; ders., Differentielle Sterblichkeit: Die ungleiche Verteilung der Lebenserwartung. Rostocker Zentrum zur Erforschung des demographischen Wandels, Diskussionspapier 6, Rostock 2006, online unter <http://www.rostockerzentrum.de/publikationen/rz_diskussionpapier_6.pdf>; Zugriff 28. 2. 2008.

⁶ Stephan K. Weiland u. a., Zunahme der Lebenserwartung. Größenordnung, Determinanten und Perspektiven, in: Deutsches Ärzteblatt, 103 (2006), C874–C879.

⁷ S. detaillierter zum Hintergrund Martin Dinges, Wandel der Herausforderungen an Männer und Männlichkeit in Deutschland seit 1930, in: Lothar Weissbach, Mathias Stiehler; (Hg.): Männergesundheitsbericht 2013. Im Focus: Psychische Gesundheit, Bern 2013, 31-62.

⁸ Keller, Matthias; Haustein, Thomas: Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Ergebnisse des Mikrozensus 2011, Wirtschaft und Statistik, Dezember 2012, 1079-1099, 1080 https://www.destatis.de/DE/Publikationen/WirtschaftStatistik/WirtschaftStatistik_Aufsatz.html;jsessionid=827D11D9E80004BD2718C712E2A9972F.cae1.

⁹ Keller; Haustein, 1093.

¹⁰ Die meisten bisherigen Studien belegen einen generell besseren Gesundheitsstatus von berufstätigen Frauen gegenüber Hausfrauen, allerdings wird unzureichende Differenzierung der zu groben Indikatoren kritisiert; vgl. Marianne Resch, Der Einfluss von Familien- und Erwerbsarbeit auf die Gesundheit, in: Hurrelmann/Kolip, Geschlecht (2002), S. 403–418, bes. 405, bes. S. 405.

¹¹ Dazu instruktiv aus der Schweiz: Adrian Moser, Wie sag ichs meinem Chef. Der Teilzeitarbeiter, S. 32 -33 und Anna Miller, Teilzeit bitte, S. 34-35, beide in Männerzeitung 4/12; systematisch Gärtner, Marc: Männer und

Familienvereinbarkeit. Betriebliche Personalpolitik, Akteurskonstellationen und Organisationskulturen, Leverkusen 2012.

¹² Martin Dinges, Die Gesundheit von Jungen und männlichen Jugendlichen in historischer Perspektive (1780-2010), in: MedGG 29, 2011, S. 97-121

¹³ Jüngling, Kerstin: Jungen und Online-Sucht, in: Bezirksamt Lichtenberg von Berlin. Abt. Familie, Jugend und Gesundheit (Hg.): Man(n) wie geht's? eine neue Perspektive für die Gesundheitsförderung. Lichtenberger Männergesundheitsbericht 2011, Berlin 2011, 134-138; Spitzer, Manfred: Riskanter Medienkonsum bei Jungen, in: Winter, Reinhard, Stier, Bernhard (Hg.): Jungen und Gesundheit. Ein interdisziplinäres Handbuch für Medizin, Psychologie und Pädagogik, Stuttgart 2013, 359-364.

¹⁴ Zugespitzt hat diesen Gedanken besonders Walter Hollstein, Männlichkeit ist eine hochriskante Lebensform. Traditionelle Männlichkeit und ihre Folgen für Krankheit und Gesundheit, Mabuse 2000, 30-34. Zum Zusammenhang zwischen Männlichkeitsbildern, Klassenposition und gesellschaftlicher Verteilung s. Matthias Stiehler, Männliche Wertvorstellungen: Auswirkungen auf die schicht- und geschlechtsspezifische Gesundheitsproblematik, in: Sozialalmanach 2003. Gesundheit – eine soziale Frage, Luzern 2003, 119-135.

¹⁵ Martin Dinges, Bewegung, Gesundheit und Geschlecht: Normative Diskurse und Praktiken im 18. und 19. Jahrhundert in deutschsprachigen Ländern, in: Rebekka von Mallinckrodt, Angela Schattner (Hg.), Sports and Physical Exercise in Early Modern Culture. New Perspectives on the History of Sports and Motion, London 2013 (im Druck).

). Zum risikoaffinen Spielstil s. S. Hoffmann, Gesunder Alltag im 20. Jahrhundert? Geschlechterspezifische Diskurse und gesundheitsrelevante Verhaltensstile in deutschsprachigen Ländern (Diss. phil. Universität Mannheim 2009), (mittlerweile erschienen: Stuttgart 2010), S. 452.

¹⁶ Die 20 gefährlichsten Berufe (Lebensversicherungsangaben)

- Platz 1: Gerüstbauer
- Platz 2: Dachdecker
- Platz 3: Bergleute
- Platz 4: Pflasterer
- Platz 5: Fleisch-/Wurstwarenhersteller
- Platz 6: Estrichleger
- Platz 7: Fliesenleger
- Platz 8: Zimmerer
- Platz 9: Maurer
- Platz 10: Stukkateure, Verputzer
- Platz 11: Sprengmeister
- Platz 12: Isolierer
- Platz 13: Bauhilfsarbeiter
- Platz 14: Bäcker
- Platz 15: Stauer
- Platz 16: Krankenschwestern
- Platz 17: Schornsteinfeger
- Platz 18: Fleischer
- Platz 19: Tierpfleger
- Platz 20: Maler

Quelle: Welt online 5. 5. 2011, Daten von (ERGO) (Abruf 18.5.2012)

¹⁷ Die 10 gefährlichsten Berufe (Erwerbsunfähigkeitsrenten)

Rang	Beruf	Neuzugang Renten	Anteil der Erwerbsunfähigkeitsrenten*	Anteil der Renten wegen Tod*
1	Dachdecker	1021	52,4	28,4
2	Krankenpfleger	7972	41,3	12,2
3	Schlachter	1348	40,0	19,8
4	Tiefbauer	1266	38,1	23,6
5	Maurer	5449	37,7	20,2
6	Maler	3167	37,4	20,6
7	Sozialarbeiter	8668	36,4	10,6
8	Bauhilfsarbeiter	7228	36,0	25,1
9	Hilfsarbeiter	18 027	36,0	21,6
10	Betonbauer	1464	35,4	17,3

Quelle: Map-Report, *Angaben in Prozent
Focus Online, 14. 6. 2008 (Abruf 18.5.2012)

¹⁸ Z. B. Keine Ergebnisse für „Bauarbeiter“ oder „Dachdecker“ in der sehr nützlichen Datenbank des Kooperationsverbundes gesundheitliche-chancengleichheit <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/kooperationsverbund/>. Einzelne Hinweise bei **Stiehler** in MGB 3, S. 106 ff.

¹⁹ So definieren Männer Arbeitsplatzzufriedenheit viel stärker über die erbrachten Leistungen – weiche Faktoren spielen demgegenüber eine geringere Rolle als für Frauen, die stärker darauf achten, sich wohlfühlen, s. P. Rixgens: Betriebliches Sozialkapital, Arbeitsqualität und Gesundheit der Beschäftigten, in: B. Badura, H. Schröder, C. Vetter (Hg.): Fehlzeiten-Report 2008, Heidelberg 2009, 33-42, 40. Gesundheitsgefährdende Leistungsorientierung teilweise auch im Sport.

²⁰ Arthur McIvor; Ronald Johnston, Miners' Lung. A History of Dust Disease in British Coal Mining, Aldershot 2007, 260-263.

²¹ Nicole Schweig: Gesundheitsverhalten von Männern. Gesundheit und Krankheit in Briefen, 1800 – 1950, Stuttgart 2009, Hoffmann.

²² Zu den verschiedenen geschlechtsspezifischen „Rahmungen“, die der Thematisierung von Gesundheit zu- oder abträglich waren, s. M. Dinges, Männergesundheit in Deutschland: Historische Aspekte, in: G. Jacobi (Hg.): Praxis der Männergesundheit, Stuttgart 2002, 24-33, 25-27.

²³ Tim Carter, Carter, T. (2005), Anthrax in Kidderminster 1900-1914 (PhD Birmingham), S. 107, 146, 197, 306, 308.

²⁴ Vgl. Schweig.

²⁵ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2011. Der Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends, Köln 2012, S. 39.

²⁶ Eine entsprechende Propaganda der Ärzte gab es bereits Ende des 18. Jahrhundert, vgl. Toppe, Sabine, Die Erziehung zur guten Mutter. Medizinisch-pädagogische Anleitungen zur Mutterschaft im 18. Jh, Oldenburg 1993, 72-74. Seidel, Hans-Christoph, Eine neue "Kultur des Gebärens": die Medikalisierung von Geburt im 18. und 19. Jahrhundert in Deutschland, Stuttgart 1998 zeigt die soziale Diffusion des Modells, ärztliche Geburtshelfer in Anspruch zu nehmen, über mehrere Generationen seit 1770. Die Bevölkerungspolitik der Obrigkeiten mag seit der Spätaufklärung auch eine gewisse, schwer messbare Rolle gespielt haben. Die Wirkung dieser Diskurse wäre zu belegen.

²⁷ Bettina Blessing, Geschlechtsspezifischer Arzneimittelkonsum 1700-2000. Pilotstudie, (unveröff. Manuskript), Regensburg 2009, vgl. die Teilpublikation Bettina Blessing, Geschlechtsspezifische Arzneimitteltherapien im 18. Jahrhundert, in: ÖZG 22, 2, 2011, S. 75-93.

²⁸ Quelle: Zentralinstitut der KBV, Teilnahme an gesetzlichen Früherkennungsuntersuchungen und an Beratungen zur Prävention des Darmkrebs (in Prozent der anspruchsberechtigten Altersgruppe) im Jahr 2011 - Deutschland 30.8.2012. Zweijähriges Intervall (unter Berücksichtigung der Vorjahresteilnahme); FOBT 50-54: nur jährliches Intervall. Die Zweijahresintervalle sind zuverlässiger. S. dazu Monika Sieverding: Männer und Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen, in: Bezirksamt Lichtenberg von Berlin. Abt. Familie, Jugend und Gesundheit (Hg.): Man(n) wie geht's? eine neue Perspektive für die Gesundheitsförderung. Lichtenberger Männergesundheitsbericht 2011, Berlin 2011, 39-48, 41 ff.

²⁹ Die Einjahresprävalenzen waren 2006 ähnlich:

Inanspruchnahme von Gesundheitsuntersuchungen in Prozent der jeweiligen Altersgruppe (2006)

Altersgruppen	Frauen	Männer
35 bis 39	11,2	9,5
40 bis 44	14,3	12,1
45 bis 49	16,1	15,6
50 bis 54	17,8	18,0

55 bis 59	18,4	19,0
60 bis 64	20,7	20,7
65 bis 69	21,2	22,9

Quelle: Robert Koch Institut: Gesundheitsbericht 2006, Kap. 3.3.2, S. 13.

³⁰ Pressemeldung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 30.11.2011.

<http://www.kbv.de/presse/40337.html> (Abruf 18.5.2012).

³¹ Weiland S, Rapp K. Zunahme der Lebenserwartung Größenordnung, Determinanten und Perspektiven. In: Deutsches Ärzteblatt 103,16 (21.4.2006), C 874-877, 875 f. 0,57 Jahre bei den Frauen (von 4,59 Jahren gewonnener Lebenserwartung), bei den Männern 0,59 Jahre von 5,75 gewonnenen Jahren.

³² 2006 arbeiten 20% der Beschäftigten in diesem Sektor (14% Männer, 27% Frauen, weil sie häufiger Teilzeitarbeitsplätze hatten) (Niedriglohnsektor: Einkommen zwei Drittel unter Durchschnitt, also Bruttostundenlöhne unter €9,85). Statistisches Bundesamt (Hg.), Qualität der Arbeit, Wiesbaden 2012, S. 16. Nach dem mittlerweile abgestimmten, geschönten „Arbeitsbericht“ der Bundesregierung arbeiten derzeit 4 Mio Personen für weniger als €7 die Stunde, Bundesregierung schönt Arbeitsbericht, sz-online, 28.11.2012

<http://www.sueddeutsche.de/politik/einkommensverteilung-in-deutschland-bundesregierung-schoent-arbeitsbericht-1.1535166> (Abruf 11.1.2013).

³³ Einige Hinweise zu Gesundheitsressourcen von Männern bei Martin Dinges, Umgang von Männern mit Belastungen in Deutschland (ca. 1850 bis ca. 1980), in: H. Prömper/ M. M. Jansen/ A. Ruffing (Hg.), Männer unter Druck. Ein Themenbuch, Opladen 2012, S. 57-83.