blickpunkt

ISSN 1727-0669

der mann

Wissenschaftliches Journal für Männergesundheit

Männergesundheit in historischer Perspektive: Die Gene erklären nur den kleineren Teil des Geschlechtsunterschiedes

Dinges M

Blickpunkt der Mann 2006; 4 (1)

21-24

Homepage:

www.kup.at/dermann

Online-Datenbank mit Autoren- und Stichwortsuche

Krause & Pachernegg GmbH
Verlag für Medizin und Wirtschaft
A-3003 Gablitz

Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf
Erscheinungsort: 3003 Gablitz

Männergesundheit in historischer Perspektive: Die Gene erklären nur den kleineren Teil des Geschlechterunterschieds

M. Dinges

Männer haben heutzutage eine sehr viel geringere Lebenserwartung als Frauen und gelten als „Gesundheitsmuffel". Dies wird häufig mit ihrer genetischen Ausstattung oder anthropologischen Argumenten erklärt. Hier wird demgegenüber gezeigt, daß die entscheidenden Veränderungen des Gesundheitsverhaltens von Männern und Frauen Ergebnis des historischen Wandels der letzten 150 Jahre sind. Sie waren Folge polarisierter Geschlechterrollen und der Industrialisierung. Deshalb könnte das Verhalten von Männern auch wieder verändert werden.

Men in industrialized countries have a life expectancy, which is significant lower than of women. Men are supposed to be very little interested in health matters. These statistical findings are often explained referring to genetics or to „anthropological" arguments pretending such facts and behaviour inherent to masculinity. This article shows that the major changes in health status and health behaviour of men and women occurred only during the last 150 years. They are the result of polarized gender roles and industrialization. This finding underlines the reversibility of certain patterns of health behaviour of men. ***Blickpunkt DER MANN 2006; 4 (1): 21–24****.*

Die Lebenserwartung von Männern ist heute in allen postindustriellen Gesellschaften um etwa sechs Jahre geringer als die von Frauen. Ein Teil der Erklärung liegt im geschlechtsspezifischen Gesundheitsverhalten. Jungen sterben häufiger bei Unfällen oder verletzten sich schwer. Vor allem zwischen Pubertät und Haushaltsgründung verhalten sich männliche Jugendliche viel risikoreicher als weibliche. Männer ergreifen Berufe mit einem höheren Verletzungs- und Sterberisiko. Wegen der einseitigen Fixierung auf berufliche Leistung essen sie schlechter – also unregelmäßiger und fettreicher – als Frauen. Männer kompensieren ihren Streß mit größeren Mengen von Alkohol und anderen gesundheitsschädlichen Genußmitteln. Probleme „lösen" Männer häufiger als Frauen durch Verdrängung oder Aggressivität. Frauen reagieren eher mit Gesprächsversuchen oder mit Tablettenkonsum. Frauen gehen von der Pubertät an immer wieder zum Arzt und gewöhnen sich so an die regelmäßige Beobachtung ihres Körpers und die Inanspruchnahme der Hilfe durch Fachleute. Der Wunsch von Männern nach Autonomie, ihre Abneigung, Rat zu suchen, sowie ein gewisses Desinteresse am eigenen Körper scheinen die Gründe zu sein, warum Männer selten – und oft erst zu spät – ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen.

Dieser hier – nur knapp – skizzierte geschlechterspezifische Befund über heutiges Gesundheitsverhalten fordert geradezu anthropologische Deutungen heraus. So findet sich denn auch in der einschlägigen medizinischen Literatur die Idee, das männliche Risikoverhalten verweise auf tief sitzende Prägungen der Männer. Schon durch ihre Aufgaben in Jäger- und Sammlergesellschaften hätten sie den gefährlicheren Part übernehmen müssen, während Frauen die weniger gesundheitsschädlichen Aufgaben der Haushaltsführung zu bewältigen gehabt hätten. Wir haben es hier mit einer einflußreichen Alltagsanthropologie zu tun, die die Kontinuitäten des Risikoverhaltens seit der Altsteinzeit bis heute behauptet.

Aus dem Institut für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung, Stuttgart

Korrespondenzadresse: Prof. Dr. Martin Dinges, Institut für Geschichte der Medizin der Robert-Bosch-Stiftung, D-70184 Stuttgart, Straußweg 17, E-mail: martin.dinges@igm-bosch.de

Für den dabei als grundsätzlich unterstellten Geschlechterunterschied sind seit einigen Jahren besonders Erklärungen aus der Genetik aktuell. Ähnlich wie die Mediziner im 19. Jahrhundert deuten Biowissenschaftler oder Gehirnphysiologen heutzutage nicht nur individuelles Verhalten, sondern meinen auch, gesellschaftliche Verhältnisse anhand ihrer Modelle erklären zu können. Als Historiker werde ich deshalb Konstanten und Wandel geschlechterspezifischer Verhaltensweisen genauer beleuchten: Jeder deutliche Wandel während längerer oder sogar kürzerer Zeitabschnitte relativiert die öffentlich recht wirksame Annahme ewig gleicher, genetisch begründeter Unterschiede.

Gesundheitspolitisch wird die Frage nach dem geschlechtsspezifischen Verhalten bei der Überlegung wichtig, welche Möglichkeiten es gibt, den Unterschied in der Lebenserwartung durch entsprechende Maßnahmen zu verringern. Wäre das selbstschädigende Gesundheitsverhalten von Männern tatsächlich eine anthropologische Konstante, dann wäre es zwecklos, Geld für Gesundheitsaufklärung oder Vorsorgemaßnahmen für Männer auszugeben.

Vorab muß aber zumindest in Erinnerung gerufen werden, daß sich die Gesundheitsverhältnisse während der letzten beiden Jahrhunderte erheblich gewandelt haben. Gesundheit bedeutete um 1800 im Kern die Abwesenheit von Krankheit. Nach der WHO-Definition von 1947 soll Gesundheit psychisches und soziales Wohlbefinden umfassen – ein eher utopisches Programm.

Für meine Fragestellung ist vor allem der Zusammenhang zwischen Gesundheit und Geschlecht wichtig: Die Vorstellung, daß Männer stark und gesund seien, Frauen hingegen krank und schwach, ist erst um ca. 1800 entstanden. Erst seither ging man von zwei anthropologisch eigenständigen Körpern und darauf beruhenden sozialen Geschlechtern aus. Diesen wurden unterschiedliche Naturnähe (Frau) und Kulturfähigkeit (Mann) zugeschrieben. Diese Differenz hat die Medizin im 19. Jahrhundert auf letztlich biologistischer Grundlage immer weiter ausgearbeitet. Sie lieferte die „wissenschaftliche" Begründung für ein Denken, in dem der Mann als (besserer) Standard, die Frau als (schlechtere) Abweichung festgelegt wurden.

For personal use only. Not to be reproduced without permission of Krause & Pachernegg GmbH.
Homepage Blickpunkt DER MANN: http://www.kup.at/dermann

Zudem wandelte sich das Krankheits- und Todesursachenspektrum völlig. Ein besonders aufschlußreiches Beispiel sind die Infektionskrankheiten: Noch im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts dominierten sie, während heute die Herz-Kreislaufkrankheiten und die chronischen Krankheiten überwiegen. Außerdem änderten sich die Ernährungs- und Hygienebedingungen, die die Widerstandsfähigkeit des Körpers grundlegend beeinflussen. Schließlich nahm das medizinische und therapeutische Wissen zu, weshalb heute manche Krankheiten geheilt werden können, die früher schwerwiegendere Folgen hatten.

Diese materiellen und medizinischen Veränderungen zeitigten – langfristig und insgesamt – nur nachrangig geschlechterspezifische Wirkungen, denn im Ergebnis verbesserte sich die Ernährungslage für Männer und Frauen; die Sterblichkeit durch Epidemien verschwand fast vollständig für Personen beiderlei Geschlechts. Das Krankheitsspektrum für Männer und Frauen glich sich also langfristig an, auch wenn es z. B. bei der Tuberkulose – immerhin dem größten „Killer" der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts – vorübergehend zu geschlechtsspezifisch großen Unterschieden der Sterblichkeit kommen konnte.

Geschlechterspezifische Besonderheiten spielten allenfalls bei der Geburtshygiene eine Rolle, worauf ich noch zurückkomme. Was sich demgegenüber seit 1850 am stärksten geändert haben dürfte, sind die genderspezifischen Leitbilder, die über mehrere Generationen darauf zielten, die Welt in eine weibliche und eine männliche Sphäre aufzuteilen. Dies wirkt sich nicht zuletzt auf die Inanspruchnahme des medizinischen Angebots aus.

Ich will im folgenden anhand von drei Thesen meine Überlegungen vorstellen.

1. These: Unterschiedliche genetische Ausstattung

Geschlechtsspezifisch unterschiedliche Morbiditäten (Krankheitshäufigkeit innerhalb einer Population) und Mortalitäten könnten teilweise auf Unterschiede in der genetischen Ausstattung von Männern und Frauen zurückgehen. Das leuchtet unmittelbar ein, wenn man die (fast) exklusiven Frauen- und Männerkrankheiten betrachtet, wie etwa Gebärmutter- oder Prostatakrebs. Diese Banalität soll uns hier nicht weiter beschäftigen.

Interessanter ist, daß bereits vorgeburtlich mehr männliche als weibliche Föten abgehen. Für dieses Phänomen gibt es bisher keine überzeugende Erklärung – es könnte an einer höheren Unvereinbarkeit des Körpers der Mutter mit den männlichen als mit weiblichen Föten liegen. Jedenfalls wird diese vorgeburtliche Sterblichkeitsdifferenz auch von Medizinerinnen als Argument für unhintergehbare medizinisch relevante Unterschiede zwischen den Geschlechtern ins Feld geführt, denn für diesen frühen Zeitpunkt im Leben könne schwerlich eine geschlechtsspezifische kulturelle Prägung angenommen werden. Ähnlich wird der Befund gedeutet, daß mehr männliche als weibliche Säuglinge verunglücken, z. B. vom Wickeltisch fallen: Das Verhältnis ist in Deutschland etwa 4 : 3, in der Schweiz sogar 3 : 1. Hier sei ebenfalls ein genetisch programmierter inhärenter stärkerer Bewegungsdrang der männlichen Säuglinge am Werk. Die schmerzhaften Folgen allzu waghalsiger Bewegung wirken sich auch bei den statistisch belegten höheren Zahlen von gemeldeten Krankheiten und Unfällen der Jungen aus: Bis zum Alter von 15 Jahren werden sie häufiger als Mädchen dem Arzt vorgestellt. Das gilt übrigens auch für psychische Krankheiten.

Im weiteren Lebenslauf sind Frauen bis zur Menopause von Herz-Kreislaufkrankheiten viel weniger betroffen als Männer. Dies wird mit dem Schutz insbesondere durch Östrogen während dieser Lebensphase erklärt. Erst nach den Wechseljahren treten Herz-Kreislaufkrankheiten auch bei Frauen häufiger auf.

Die angeführten Beispiele, die sich für die Morbidität bei etlichen anderen Krankheiten vervielfältigen ließen, reichen sicher aus, um der These zuzustimmen, daß die genetische Ausstattung von Männern in medizinisch relevanter Weise teilweise von derjenigen der Frauen abweicht. Die Antwort auf die Frage nach der Reichweite dieser biologisch oder medizinisch fundierten Argumente ist allerdings offen: Die geschlechtsspezifisch unterschiedlichen Sterblichkeiten von Säuglingen haben nur ganz geringfügige Auswirkungen auf die Gesamtsterblichkeit. Unterschiedliche Morbiditäten je nach Lebensphasen sind lediglich Befunde, die Männer oder Frauen während bestimmter Zeiten ihres Daseins, also nicht alle Männer oder alle Frauen betreffen. Dementsprechend hat die Feststellung der unterschiedlichen genetischen Ausstattung nur eine sehr begrenzte Bedeutung, nämlich für Unterschiede während bestimmter Lebensabschnitte und bei der Anfälligkeit für bestimmte Krankheiten.

Problematischer ist, daß hier aus einem relativen Unterschied – wie 4 : 3 oder 3 : 1 – auf eine absolute Differenz zwischen Männern und Frauen geschlossen wird. Zur Begründung sämtlicher Unterschiede – sei es auch nur des Krankheitsspektrums von Männern und Frauen – sind biologisch-medizinische Argumentationen aber unzureichend. Sicher erklären sie auch nicht das unterschiedliche Gesundheitsverhalten.

2. These: Unterschiedliche Lebenserwartung

Die Lebenserwartung von Männern und Frauen weist keinen gleich bleibenden Unterschied auf. Vielmehr gibt es erhebliche Veränderungen im historischen Zeitablauf, die nicht leicht zu erklären sind. Jedenfalls belegen sie, daß geschlechtsspezifische Unterschiede der Sterblichkeit und das mit ihnen verbundene Gesundheitsverhalten keine anthropologische Konstante sein können.

In den letzten 200 Jahren stieg die Lebenserwartung bei der Geburt für beide Geschlechter erheblich an. Allerdings sind die Verhältnisse zwischen den Geschlechtern am Anfang und Ende dieser Periode des epidemiologischen und demographischen Übergangs ganz unterschiedlich. Noch um 1850 wich die Lebenserwartung von Frauen bei der Geburt in Deutschland –

wie auch hundert Jahre zuvor – nur ganz unwesentlich von derjenigen der Männer ab. So lag sie 1850 bei 39,57 Jahren für die Männer und 39,95 für Frauen. Frauen konnten statistisch betrachtet also ein Leben erwarten, das lediglich einige Monate länger als das der Männer war. In nur dreißig Jahren der Industrialisierung stieg der Unterschied bis 1880/90 auf knapp drei Jahre zugunsten der Frauen (36 für Männer zu 39 Jahren), noch etwas weiter bis zum Jahrzehnt 1900/1910 (44,8 zu 48,3 Jahren) auf dreieinhalb Jahre. Um 1950 lag der Unterschied der Lebenserwartung bei knapp vier Jahren, stieg im Jahrzehnt des Wiederaufbaus bis 1960 bereits auf 5,5 Jahre, um sich ab Mitte der 1970er Jahre bei etwa 6,5 Jahren einzupendeln.

Demnach verschlechterte sich die relative Lebenserwartung der Männer erstmals rapide während der Industrialisierungsphase von 1850 bis 1880 um drei Jahre, dann erneut erheblich um zweieinhalb weitere Jahre in den Jahrzehnten nach dem Zweiten Weltkrieg. Lediglich ein einziges von den Frauen zusätzlich gewonnenes Lebensjahr während der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts dürfte ihrer besseren geburtshilflichen Versorgung zuzurechnen sein. Die Kindbettsterblichkeit wurde in der öffentlichen Diskussion also weit überschätzt. Die Übersterblichkeit der Männer steht in engem zeitlichem Zusammenhang mit dem besonderen Wanderungs- und Arbeitsdruck der ersten großen Industrialisierungswelle und des Wiederaufbaus nach dem Zweiten Weltkrieg. Diese gesellschaftlichen Rahmenbedingungen waren also entscheidend, nicht irgendwelche „genetische Bestimmungen seit der Steinzeit".

Bei der Vielfalt der zu beachtenden, also biologischen, sozialen, krankheits- und wohnortspezifischen Faktoren ist es derzeit nicht möglich, die Wirkungszusammenhänge geschlechtsspezifisch genau zu gewichten. Es mag sein, daß die Klosterstudien, die einen Unterschied in der Lebenserwartung von Nonnen und Mönchen von gut einem Jahr bis maximal zwei Jahren festgestellt haben, den biologischen Vorteil der Frauen zutreffend abbilden. Allerdings können sich auch bei diesen Daten „negative Freiheiten" der Männer – z. B. Rauchen und Alkoholkonsum, auch noch aus der Zeit vor dem Eintritt ins Kloster – auswirken.

Gesichert ist demgegenüber die Erkenntnis, daß die zunehmende Größe des Unterschiedes in der Lebenserwartung ein historisch jüngeres Phänomen der sich entwickelnden Industriegesellschaften und der mit ihr einhergehenden „Polarisierung der Geschlechtscharaktere" ist. Immerhin verdoppelte sich die Sterblichkeitslücke selbst nach dem Zweiten Weltkrieg noch einmal. Biologistische Erklärungsansätze, die eine Kontinuität seit der Steinzeit behaupten, halten dem historischen Befund keineswegs stand.

3. These: Unterschiedliches Rollenverhalten

Daher meine dritte These: Wenn so erhebliche Schwankungen also weder durch die Biologie noch durch das veränderte Krankheitsspektrum erklärt werden können, dann wird das geschlechterspezifische Verhalten – vor allem in Verbindung mit dem veränderten Krankheitsspektrum – zur entscheidenden Erklärung der genannten Veränderungen der letzten 150 Jahre.

Zunächst lohnt es sich, genauer danach zu fragen, wie unterschiedlich Frauen und Männer Gesundheitsrisiken, insbesondere bei der Arbeit außer Haus, ausgesetzt waren. Die harte (Saison-) Arbeit war traditionell überwiegend Männersache und nahm während der Frühindustrialisierung sektoral, regional und phasenweise erheblich zu. Die seit 1835 schnell wachsende Anzahl gefährlicher Arbeitsplätze (besonders in der metallverarbeitenden Industrie) wurde ganz überwiegend von Männern besetzt. Über den engeren Bereich der Industrie hinaus gilt, daß fast sämtliche sehr gefährlichen Berufe auch in den anderen schnell wachsenden Sektoren – wie z. B. im Bergbau oder in der Schiffahrt – von Männern ausgeübt wurden. In diesen Zeiten eines noch wenig entwickelten Arbeitsschutzes traf das Risiko von Arbeitsunfällen bzw. deren Folgeerkrankungen deshalb überwiegend Männer. Das führte folgerichtig zu einer hohen Übersterblichkeit junger Männer gegenüber jungen Frauen. Hatten zwanzigjährige Männer bis 1850 noch eine höhere Lebenserwartung als gleichaltrige Frauen, so kehrte sich dies nun deutlich ins Gegenteil um. Die spätere Mechanisierung der Landwirtschaft fand sogar praktisch ohne jeden wirksamen Arbeitsschutz statt. Hinsichtlich der direkten gesundheitlichen Risiken am Arbeitsplatz sind die Nachkriegsverhältnisse in der Bundesrepublik und in der DDR aber nur entfernt mit den früheren Phasen vergleichbar. Nichtsdestoweniger gilt auch heute, daß die „gläserne Decke" Frauen nicht nur am Zugang zu Spitzenpositionen hindert, sondern auch vor dem Abstieg in die sehr gesundheitsgefährlichen Tätigkeiten schützt. Demgegenüber sind sämtliche Unfallgefahren bei Hausarbeit sehr viel geringer einzuschätzen. Mortalitätsstatistisch treten sie bei den Frauen erst nach dem Ende einer Standardberufstätigkeit von Männern, nämlich bei den über 65jährigen, in Erscheinung.

Der Industrialisierungsphase und der Wiederaufbauzeit ist aber ein anderer Aspekt gemeinsam, der sich auch während des schnellen sozialen Wandels im ehemaligen Ostblock nach 1991 gezeigt hat: Männer haben große Schwierigkeiten, wenn sie im Unterschied zur Generation ihrer Väter die ihnen zugeschriebene „Haupt- oder gar Alleinernährerrolle" für ihre Familien nicht mehr erfüllen können. Solche Schwierigkeiten bestanden besonders während der schnellen Industrialisierung, z. B. bereits bei der Anbahnung von Partnerschaften vor dem Hintergrund ortsferner und unsicherer Arbeitsplätze, oder später in der Familienphase. Nach dem Zweiten Weltkrieg kamen Arbeitslosigkeit, die Entwertung der Soldatenrolle, (Spät-) Heimkehrerelend und die im Krieg gestiegene Selbständigkeit der Frauen zusammen. Nach dem Zusammenbruch der Sowjetunion waren es Arbeitslosigkeit und die rapide Entwertung bisheriger Qualifikationen und ein damit oft einhergehender Positionsverlust innerhalb der Familie. Solche Herausforderungen an ihre Rolle beantworten Männer außerdem nicht selten mit einer Zunahme gesundheitsschädlicher Verhaltensweisen, wie z. B. Alkoholkonsum, was zu weiteren Folgeproblemen (Unfälle) führen kann. Damit ist jenseits der direkten geschlechterspezifischen „Exposition" gegenüber Gesundheitsrisiken die traditionelle Männerrolle als kul-

tureller Faktor genannt, der sich auf die Gesundheit negativ auswirken kann.

Man kann dies mit der Industrialisierung verknüpfen, die – jenseits infrastruktureller Verbesserungen – auch ganz individuell für die Gesundheit der Bevölkerung gegensätzliche Wirkungen entfaltete. Einerseits konnte sich der Zugang zu Wissen, Geld und medizinischer Versorgung – als „positiven Rechten" des Einzelnen – gesundheitsförderlich auswirken. Gleichzeitig nahmen mit steigendem Wohlstand aber auch die gesundheitsschädigenden Möglichkeiten zu: Mehr Konsum von Tabak und Alkohol sowie risikoreichere Verhaltensweisen (Sportarten) wurden möglich – man kann dies als „negative Rechte" bezeichnen. Spitzen des Alkoholkonsums lagen in der Zeit vor 1900, dann wirkte die Moralisierungskampagne zunehmend und führte zu erheblich sinkendem Pro-Kopf-Verbrauch. Erst mit dem steigenden Wohlstand seit den 1960er Jahren stieg der Alkoholkonsum wieder kräftig an.

Aufgrund kultureller Prägungen griffen Männer diese positiven und negativen Chancen anders als Frauen auf: Gefährliche und gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen gelten – insbesondere während der Pubertät und im jungen Erwachsenenalter – geradezu als grundlegend für eine männliche Sozialisation: So galt das Rauchen seit dem 19. Jh. als Männerprivileg und wurde nicht nur in Deutschland in den Weltkriegen noch stärker mit der Männerrolle verbunden. Eigentlich wurde es erst seit den 1960er Jahren gesellschaftlich für alle Frauen akzeptabel, auch in der Öffentlichkeit zu rauchen. Zumindest für hochprozentigen Alkohol gilt eine ähnliche Chronologie. Hier zeigt sich, wie stark diese gesundheitsschädlichen Praktiken bis vor einer Generation mit dem Mann-Sein verbunden waren.

Frauen und Männer können von solchen Rollenzuschreibungen nicht leicht abweichen. Immerhin reagierten Männer mit höherem formalem Bildungsabschluß seit den 1980er Jahren stärker auf die öffentliche Diskussion über die schädlichen Folgen des Rauchens als Männer mit einem niedrigeren Abschluß, die stärker an gesundheitsschädlichen Verhaltensweisen festhielten und -halten.

Demgegenüber gewöhnten sich Frauen im Lauf des 20. Jahrhunderts zunächst durch die gynäkologische Betreuung immer mehr an den Arztbesuch. Ein sorgsam kontrollierender Umgang mit dem eigenen Körper sowie die Inanspruchnahme fremder Hilfe entsprachen den Zuschreibungen von Gesellschaft und Ärzten an die Frauenrolle, die immer wieder durch die Möglichkeit (und gesellschaftlich erwünschte Aufgabe), Kinder zu bekommen, aufgewertet wurde. Als die Medizin mit den Antibiotika nach dem Zweiten Weltkrieg dann wirklich wirksame Therapien anbot, konnte sich die Arztnähe der Frauen erstmals positiv auswirken. So ließen sich z. B. auch die drohenden Herz- und Kreislaufkrankheiten in einem früheren Stadium vom Arzt leichter diagnostizieren. Noch die bundesrepublikanischen Vorsorgeprogramme zur Senkung der Säuglings- und Kindersterblichkeit sowie gegen Brustkrebs verstärkten den Nutzen des Gesundheitssystems für die Frauen sowie deren Nähe zu diesen Angeboten. Übrigens holten auch die Frauen der ehemaligen DDR schnell zum erhöhten Vorsorgestandard der BRD auf, während die Männer nur ansatzweise folgten.

Damit bestätigten sie ein offenbar systemübergreifendes männliches Verhaltensmuster der geringeren Inanspruchnahme des Gesundheitssystems, das auch in der alten BRD überwog. Männer gehen viel seltener und oft zu spät zum Arzt. Das wirkt sich insbesondere bei den spätestens seit dem Zweiten Weltkrieg überwiegenden Krankheiten des Herz- und Kreislaufsystems doppelt negativ aus: Männer sind ihnen einerseits durch die berufliche Belastung und durch ihren Lebensstil stärker ausgesetzt und nehmen andererseits die Angebote des Gesundheitssystems zu wenig wahr. Frühzeitig fremde Hilfe zu beanspruchen, widerspricht ihrem Wunsch nach Autonomie.

Demgegenüber scheinen sie vor allem während der Nachkriegszeit die einseitige Fixierung auf die außerhäusliche Berufsarbeit noch einmal verstärkt zu haben. Gesellschaftlich wurde ihnen nahegelegt, Ehrgeiz in der Arbeit als hauptsächliche Form der persönlichen und gesellschaftlichen Krisenbewältigung zu entwikkeln, womit nicht zuletzt die NS-Zeit verdrängt werden konnte. Solcher Aktivismus nach außen entsprach ebenfalls gut den gesellschaftlichen Zuschreibungen an Männer. Weiterhin galt zumindest bis zum Ende der 1960er Jahre das Alleinverdienermodell mit Hausfrauenehe als Leitbild und war tatsächlich weit verbreitet: Hier trugen Männer das volle Risiko der Ganztagsberufstätigkeit.

Auch heutzutage – nach dreißig Jahren stark steigender Berufstätigkeit von Frauen – ist der Anteil der Halbtagstätigkeit bei Frauen noch sehr viel höher als bei Männern. Während viele dieser Frauen durch Berufsarbeit eine Bereicherung eines oft als eintönig empfundenen Hausfrauenalltages erreichten, bleibt Ganztagsberufstätigkeit der Standard für Männer. Diese ist übrigens auch indirekt wieder für die geringere Nutzung des ärztlichen Angebots mitursächlich – wegen der eingeschränkten Öffnungszeiten von Arztpraxen.

Aber auch der geringere Arztbesuch der Männer ist nur das Ergebnis der letzten 150 Jahre Geschichte: Noch in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts fanden sich etwa gleich viele Männer und Frauen in medizinischer Behandlung. Nur nutzte damals der Arztbesuch viel weniger als heute – wenn überhaupt.

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere

zeitschriftenübergreifende Datenbank

☑ **Bilddatenbank** ☑ **Artikeldatenbank** ☑ **Fallberichte**

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☑ **Bestellung e-Journal-Abo**

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

Impressum **Disclaimers & Copyright** **Datenschutzerklärung**