

**Was bringt die  
historische Forschung für  
die Diskussion zur  
Männergesundheit?**

Dinges M

*Blickpunkt der Mann 2007; 5 (2)*

6-9

**Homepage:**

**[www.kup.at/dermann](http://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

# Was bringt die historische Forschung für die Diskussion zur Männergesundheit?

M. Dinges

*Es werden historische Erkenntnisse zum Wandel des Gesundheitsstatus und -verhaltens von Männern dargelegt, die Ansatzpunkte für einen differenzierteren Männergesundheitskurs bieten.*

*The article presents historical evidence about men's health status and health behaviour during the last 150 years. It shows patterns of positive health behavior of men which differ from the – in general – very negative discourse on men's attitudes towards health. The historical evidence may contribute to a more differentiated discourse about men's health. This could also lead to more successful health campaigning, which should be based on already existing positive attitudes of men towards health and their respective behavioral patterns. **Blickpunkt DER MANN 2007; 5 (2): 6–9.***

Das Bild der Männer in der Gesundheitsforschung ist negativ. Dieser Defizitdiskurs rückt Schwächen, wenn nicht gar die Minderwertigkeit der Männer in bezug auf Gesundheit in den Vordergrund [1]. Die Aussagen zur Männergesundheit mögen statistisch gut belegt und aus Sicht der Berufsgruppen, die das Problembewußtsein schärfen wollen, vernünftig sein. Defizitdiskurse kommen aber bei den Betroffenen selten gut an: Die Botschaft, Mängel aufzuweisen oder mangelhaft zu handeln, wird in der Regel zunächst einmal abgewehrt.

Der derzeitige Männergesundheitsdiskurs bezieht sich außerdem noch zu oft auf ein überholtes monolithisches Bild von Männlichkeit. Ein statistischer Durchschnittsbefund – also ein Mehrheitsverhalten – reicht zur Behauptung einer „Essenz der Männlichkeit“ nicht aus. Selbst die – sehr wünschenswerte – „Gender-sensitive“ Forschung mit ihrer Aufteilung in die Kollektive „Männer“ und „Frauen“ steht in der Gefahr, die Vorstellung von zwei getrennten Welten durch die Festbeschreibung polarer Geschlechterleitbilder zu verstärken. Dementsprechend sollte m. E. der Männergesundheitsdiskurs auf ein allzu kontrastives, einseitiges Negativbild von Männern verzichten [2] und statt dessen jene Aspekte ihres Gesundheitshandelns beachten, die eine differenziertere Thematisierung des Zusammenhangs von Männlichkeit und Gesundheit erlauben. Dazu kann historische Forschung beitragen.

Grundvoraussetzung ist die Erkenntnis, daß **Männergesundheit** einen **starken historischen Wandel** erlebt hat. Das gilt z. B. für die Lebenserwartung bei der Geburt, für Arbeitswelt und Berufstätigkeit, den Zusammenhang von Risikoverhalten und Männlichkeit, die medizinische Einschätzung von bestimmten risikoreichen Verhaltensweisen, das Gesundheitsverhalten von Männern sowie für ihre Inanspruchnahme von ärztlicher Versorgung und Arzneimitteln.

Diese erheblichen Veränderungen haben sich zumeist in der historisch gesehen relativ kurzen Zeit der letzten vier Generationen – manchmal erst in der letzten Generation – herausgebildet. Gesundheitsstatus und Ge-

sundheitsverhalten der Männer müssen demnach als Ergebnis historischer Prozesse betrachtet werden.

Am besten bekannt ist der historische Wandel hinsichtlich der erheblichen **Veränderungen des Unterschieds der Lebenserwartung von Männern und Frauen**. Derzeit leben Frauen in Deutschland, wie in den meisten „Industrieländern“, etwa sechs Jahre länger als Männer. Klosterstudien legen nahe, daß Frauen einen biologischen Vorsprung bei der Lebenserwartung von etwa einem Jahr haben könnten. Demnach bliebe eine Differenz von ca. fünf Jahren zu erklären. Die in Frage kommenden Faktoren sowie ihre Gewichtung sind Gegenstand der aktuellen wissenschaftlichen Diskussion [3]<sup>1</sup>.

Gesundheitsgeschichtlich war die Industrialisierung für Männer, gemessen in gewonnenen Lebensjahren, wesentlich weniger zuträglich als für Frauen. Der Rhythmus der Veränderungen zeigt, daß vor allem die Früh- und Hochindustrialisierung sowie das Vierteljahrhundert des Wiederaufbaus nach 1945 die Männer gesundheitlich viel stärker beanspruchte als die Frauen.

Dementsprechend kann man z. B. annehmen, daß die – beruflich und genderspezifisch oft unumgängliche – Exposition als gesundheitsgefährdender Faktor für Männer in der Hochindustrialisierung insgesamt viel entscheidender war als ihre – angeblich „typisch männliche“ – Disposition, sich „risikofreudig“ Gefahren auszusetzen. Wenig qualifizierte Arbeitsmigranten hatten damals wie heute keine große Dispositionsfreiheit. Der phasenweise recht unterschiedliche Rhythmus der Veränderungen legt den Schluß nahe, daß jeweils mehrere Faktoren gewirkt haben.

**Arbeitswelt und Berufstätigkeit** haben die Gesundheitsgefährdungen und -ressourcen während der vergangenen fünf Generationen erheblich umgestaltet. Die seit den 1980er Jahren zu beobachtende Verringerung des Unterschieds in der geschlechtsspezifischen Lebenserwartung legt nahe, sich den Wandel der Arbeitsverhältnisse genauer anzusehen. Während der Hochindustrialisierung (nach 1871) kamen vor allem

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

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

<sup>1</sup> s. a.: Dinges M. Männergesundheit in historischer Perspektive: Die Gene erklären nur den kleineren Teil des Geschlechterunterschieds. *Blickpunkt DER MANN* 2006; 4: 21–4. Zum Wechsel des säkularen Trends seit den 1980er Jahren, daß die Zugewinne der Frauen stets höher als die der Männer waren, s.: Weiland SK, Rapp K, Klenk J, Keil U. Zunahme der Lebenserwartung. Größenordnung, Determinanten und Perspektiven. *Deutsches Ärzteblatt* 2006; 103: C874–C879.

männliche Arbeiter in sehr großer Zahl in gesundheitsgefährliche Betriebe und prekäre Wohnverhältnisse [4]. Die Mehrheit der Frauenarbeitsplätze bestand weiterhin in Haushalten, was eine bessere Ernährung und Wohnung gewährleistete. Berufstätigkeit wurde für Männer immer häufiger wohnortferne Ganztags-tätigkeit und Lebenszeitarbeit. Bei Frauen blieb sie oft auf die Phase vor der Verheiratung – wegen Berufsverboten durchaus unfreiwillig – beschränkt. Insgesamt erhält sich auch im zweiten Drittel des 20. Jahrhunderts die dominante Spaltung in gefährlichere Tätigkeiten, die ganz überwiegend von Männern ausgeübt werden, und eher sitzende, schreibende, verwaltende, also weniger gesundheitsschädliche Tätigkeiten, die von Frauen und Männern ausgeführt werden. Verschärft wurde diese Dichotomie der Anforderungsprofile durch teilweise mehrjährige Verpflichtungen zum Militärdienst während der beiden Weltkriege. Nach der Wiederaufbauphase nahmen in der letzten Generation des 20. Jahrhunderts die körperlich anstrengenden Tätigkeiten durch technische Entwicklungen und die Verlagerung einfacher Produktionen in das Ausland ab. Das verringerte die Gesundheitsrisiken. Arbeit und Berufstätigkeit weisen zwar einen gewissen Wandel, aber auch erhebliche geschlechtsspezifische Konstanten auf. Trotz des rasanten Wandels seit ca. 1970 ist die Berufstätigkeit von Frauen immer noch 17mal häufiger Teilzeitarbeit als bei Männern, die zumeist ganztags arbeiten. Das männliche, einseitigere Belastungsmodell der Vollberufstätigkeit erschwert ein gesundheitsförderliches Umsteuern.

Hinsichtlich der Lebensphasen und ihrer Verknüpfung mit Arbeit/Berufstätigkeit zeigt sich also, daß viele gesundheitsrelevante Probleme heutiger Berufstätigkeit von Männern das Ergebnis von „Modernisierungen“ der Arbeitswelt während der vergangenen 150 Jahre sind.

Wie andere Netzwerke sind Kontakte am Arbeitsplatz allerdings auch als Gesundheitsressource zu betrachten [5]. So nennen Männer in Selbstzeugnissen Arbeitskollegen gelegentlich als hilfreiche Gesundheitsratgeber. Hier könnte Gesundheitsaufklärung stärker ansetzen.

Männer verhalten sich je nach **Lebensphase** hinsichtlich der Gesundheit recht unterschiedlich. So sind z. B. gesundheitsschädliche Verhaltensweisen, wie das Risikoverhalten zwischen Pubertät und Paarbildung/Haushaltsgründung, besonders häufig zu beobachten: Mag das in dieser Zeit noch der Einübung in die Erwachsenenrolle dienen, später praktiziert nur noch ein Teil der Männer dieses Verhaltensmuster. Die Gesundheitsfolgen dieses (post-) pubertären Risikoverhaltens haben historisch aber sehr unterschiedliche Auswirkungen. Die immer noch häufigen Autounfälle mit tödlichem Ausgang haben erst seit der Massenmotorisierung in den 1960er Jahren die Übersterblichkeit junger Männer zur Folge. Der Rückgang dieser Todesfälle seit den 1980er Jahren erhöhte die Lebenserwartung der Männer um fast ein halbes Jahr.

Andererseits steht gesundheitsbewußtes Verhalten häufig im Widerspruch zu Normen für Männlichkeit. So ist das Einüben der „gefährlichen Spiele der Männlichkeit“ während dieser Lebensphase bis zu einem

gewissen Grad durchaus gesellschaftlich erwünscht. Mut und das „Herunterspielen“ von Schmerz wurden und werden an jungen Männern geschätzt, weil sie für etliche Berufstätigkeiten und gesellschaftliche Aufgaben (Militär) funktional sind. Das dürfte auch der eigentliche Grund für die „Erziehung zur Härte“ sein, die Jungen und junge Männer insbesondere in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts zu akzeptieren hatten. Selbstzeugnisse zeigen demgegenüber, daß sich viele junge Männer – etwa an industriellen Arbeitsplätzen oder im Krieg – gezielt durch vorsichtiges Verhalten und Ausweichen vor Gefahren gegen Risiken zu schützen versuchten. Neben – zumindest teilweise – anerzogenem und aufgezwungenem Risikoverhalten zeigten junge Männer also auch gegenteilige Tendenzen.

Gesundheitsdiskurse, die auf Risikovermeidung in der Jugendphase setzen, stehen also in einer Spannung zu anderen gesellschaftlich vermittelten Anforderungen an Männer. Der historische Wandel der Arbeitswelt zeigt, daß eine Gefahren ignorierende Risikofreude von Männern immer weniger vonnöten ist.

Auf Risikovermeidung zielende Gesundheitsdiskurse sollten nicht bei der Abwertung eines gängigen Verhaltens junger Männer als gesundheitsschädlich verharren, sondern die historischen Gründe für die Erziehung zur Härte und den rezenten Wandel der Arbeitswelt reflektieren und ihre Botschaften darauf einstellen. Sie könnten dabei an bestehende risikovermeidende Tendenzen junger Männer anknüpfen. Auch hier führt der Rückgriff auf historisch belegbare alternative Verhaltensweisen von jungen Männern weiter als das vereinfachende Reden von „traditioneller Männlichkeit“. Das gilt auch für andere Altersgruppen.

Auch die enge **Verknüpfung anderer gesundheits-schädlicher Verhaltensweisen wie Rauchen und Trinken mit „traditioneller Männlichkeit“** im aktuellen Männergesundheitsdiskurs unterschätzt den gesellschaftlichen Wandel. Junge Frauen rauchen und trinken mittlerweile sehr viel mehr als früher [6]. Gesundheitsbotschaften müssen diesen historischen Wandel in Rechnung stellen, sonst könnten sie die Adressaten verfehlen.

Ergebnis heutiger gesundheitswissenschaftlicher Forschung ist, daß Männer **Gesundheitsprobleme unzureichend** – entweder zu spät oder gar nicht, jedenfalls nicht mit den kompetenten Medizinern – **ansprechen**. Gegenüber ihren Partnerinnen sollen sie einerseits zu Wehleidigkeit bei kleinen Beschwerden neigen, andererseits schwere Probleme eher verschweigen. Demgegenüber zeigt der historische Befund aus Briefen, Tagebüchern und Autobiographien, daß Männer in einer Fülle von Situationen und Konstellationen Gesundheit und Krankheit thematisieren. So erwiesen sich neben den Paarbeziehungen gemischtgeschlechtliche Geselligkeiten im 19. Jahrhundert als der bevorzugte Ort, Gesundheitsfragen anzusprechen [7]. Auch enthalten Verlobungs- und Ehe-Briefwechsel immer wieder Hinweise auf Gesundheitsfragen. Paare bilden geradezu ihre Geschlechterrollen als gegenseitige Gesundheitsberater aus. Häufiger nehmen diese Rolle in Paaren zwar die Frauen ein, allerdings sind Männer sowohl als Partner als auch besonders in der Rolle von Vätern oder Brüdern in Gesundheitsdingen sehr enga-

giert [8]. Ähnliches gilt für Freunde untereinander. Schließlich enthalten auch die Autobiographien von Männern häufig Gesundheitsbetreffe.

Es zeigt sich, daß Männer in allen Schichten Gesundheitsressourcen kannten und nutzten: Ob Arbeiter oder Unternehmer, politische Gefangene oder Kriegsteilnehmer – um nur einige Beispiele des 19. und 20. Jahrhunderts zu nennen – ihr gesundheitserhaltendes oder -schützendes Verhalten ist sehr ähnlich, auch wenn die einsetzbaren ökonomischen Mittel sehr unterschiedlich verteilt waren.

Diese historischen Belege relativieren den gängigen statistischen Befund. Man kann Männern nicht generell ein unreflektiertes Gesundheitsverhalten unterstellen, das angeblich auf einem ebenso unreflektierten Körperverhältnis beruhen soll. Erfolgversprechender ist es, die historisch belegbaren Konstellationen und Situationen besser zu beachten, in denen sich Männer gesundheitsbewußt verhalten, um daran anknüpfend aktuelle Strategien zu entwickeln.

Ein Kritikpunkt, die **geringere Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen** durch Männer, wird häufig mit „traditionaler Männlichkeit“ in Verbindung gebracht, die es den Männern angeblich verbietet, Hilfe zu suchen. Tatsächlich sind derzeit 60 % der Patienten in den deutschen Arztpraxen Frauen. Das läßt sich nicht durch den geringfügig größeren Anteil von Frauen in der Bevölkerung oder durch den derzeitigen „gynäkologischen Bedarf“ erklären – es bleibt immer noch eine erklärungsbedürftige Differenz von 12,2 %.

Diese Verteilung von 60 % zu 40 % verweist keinesfalls auf eine anthropologisch konstante geringere Bereitschaft von Männern, fremde Hilfe in Anspruch zu nehmen, denn in früheren Jahrhunderten war die Präsenz männlicher Patienten in den Praxen recht variabel: Bis 1800 überwogen manchmal die Frauen, manchmal die Männer, bis 1850/60 dominierten dann durchgehend Männer in den Praxen. Der entscheidende Durchbruch zur dauerhaft stärkeren Inanspruchnahme durch Frauen hat zwischen 1850 und 1870 stattgefunden. Seither ist der Frauenanteil mit 60 % – trotz allem medizinischen Wandel – erstaunlich konstant. Der Wandel im 19. Jahrhundert hing u. a. mit den Leistungen im Umfeld der Geburtshilfe zusammen, die bei den Frauen einen anderen Habitus der Inanspruchnahme geprägt haben, der weit über diesen Kernbereich hinauswirkt [9]. Jedenfalls ist er Ergebnis einer jüngeren, historisch gewachsenen Konstellation von Frauen und Ärzten, die ebenso wenig mit „Weiblichkeit“ wie das Verhalten der Männer mit einer zeitlosen „Männlichkeit“ zu tun hat.

Der derzeitige **Arzneimittelkonsum** von Frauen ist viel höher als der von Männern. Es gibt in der Literatur berechnete Zweifel, ob dieser Konsum medizinisch sinnvoll ist. Der Arzneimittelverbrauch – insbesondere von Psychopharmaka – wird wegen der Verschreibungspflicht besonders stark durch ärztliche Akte bestimmt. Man kann deshalb annehmen, daß der Arzneimittelkonsum von Frauen ein weiteres Beispiel für die besondere Medikalisierung von Frauen ist, die häufiger Ärzte in Anspruch nehmen („differenziertere Symptomwahrnehmung“) und bei denen Mediziner häufiger psychische Symptomatiken diagnostizieren.

Dafür spricht auch der historische Befund. Die wenigen Daten zum geschlechtsspezifischen Arzneimittelkonsum zeigen, daß Männer im 18. und 19. Jahrhundert in Deutschland und den USA deutlich mehr Arzneimittel verbrauchten als Frauen. Die späteren Phasen des Wandels sind noch unklar. Jedenfalls kann solch geschlechtsspezifisches Einnahmeverhalten keineswegs direkt mit „traditioneller Männlichkeit“ oder „Weiblichkeit“ verbunden werden.

Der geringere Arzneimittelkonsum der Männer dürfte teilweise Ergebnis ihrer geringeren „Klagsamkeit“ sein. Auf den Pharmakonsum bezogen ist dieses Verhalten vielleicht gar nicht so problematisch. Allerdings mag der höhere Alkoholkonsum der Männer als „Problemlöser“ teilweise funktional äquivalent mit dem Psychopharmakakonsum der Frauen wirken.

Jedenfalls verweist der historische Befund zum Pharmakonsum darauf, daß die stärkere Inanspruchnahme des medizinischen Angebotes nicht immer der Königsweg zu mehr Männergesundheit sein muß. Dementsprechend sollte das Inanspruchnahmeverhalten von Männern differenzierter und nicht ausschließlich negativ charakterisiert werden.

Im **Ergebnis** schafft die **Männergesundheitsgeschichte** eine produktive Distanz zu einer zu stark auf die Gegenwart bezogenen Sichtweise. So geht die gesundheitswissenschaftliche Forschung legitimerweise von aktuellem Verhalten und den damit verbundenen Problemen aus. Diese sind – was z. B. die Inanspruchnahme von psychologischer Beratung oder den Medikamentenkonsum betrifft – oft sehr stark geschlechtsspezifisch geprägt. Patientenhandeln, Diagnoseverhalten, Forschung, Medikalisierungsdiskurse und Leistungsangebot können sich gegenseitig in der Verfestigung der ermittelten und manchmal vorschnell als gegeben betrachteten Geschlechterverteilungen bestärken.

Historische Untersuchungen eröffnen demgegenüber Perspektiven, gemeinsam mit den Gesundheitswissenschaften Differenzierungen innerhalb des Kollektivs „Männer“ nach sozialen Situationen und Lebensphasen vorzunehmen. Darüber hinaus lehrt uns die Analyse des historischen Wandels, die Effekte der Medikalisierung nicht zu unterschätzen. Statt auf „traditionelle Männlichkeit“ zu rekurrieren, sollte man zunächst immer versuchen, das Verhalten von Männern und Frauen aus konkreteren Umständen zu erklären. Dann werden auch Veränderungspotentiale besser sichtbar. Männergesundheitsgeschichte kann einen Beitrag dazu leisten, Handlungskompetenz für Veränderungen zu gewinnen, indem man an bereits belegbares gesundheitsförderliches Verhalten von Männern anknüpft!

#### Literatur:

1. Meuser M. Der „kranke Mann“ – wissenssoziologische Anmerkungen zur Pathologisierung des Mannes in der Männergesundheitsforschung. In: Dinges M (Hrsg). Männlichkeit und Gesundheit im historischen Wandel ca. 1800–ca. 2000. Franz Steiner Verlag, Stuttgart, 2007; 73–86.
2. Babitsch B. Soziale Ungleichheit, Geschlecht und Gesundheit. Verlag Hans Huber, Bern, 2005.
3. Weigl A. Der „gender gap“ ein Industrialisierungsphänomen? Komparatistische Anmerkungen zu einer schwedischen Fallstudie. In: Dinges M (Hrsg). Männlichkeit und Gesundheit im histori-

- schen Wandel ca. 1800–ca. 2000. Franz Steiner Verlag, Stuttgart, 2007; 23–40.
4. Lengwiler M. Männliches Risikoverhalten und sozialstaatliche Risikoprofile: Berufskrankheiten des Bergbaus in der schweizerischen Unfallversicherung (1930–1970). In: Dinges M (Hrsg). Männlichkeit und Gesundheit im historischen Wandel ca. 1800–ca. 2000. Franz Steiner Verlag, Stuttgart, 2007; 257–74.
  5. Hoffmann S. Erwerbsarbeit – Risiko und Ressource für die Gesundheit von Männern: Sechs Autobiographien aus dem 20. Jahrhundert. In: Dinges M (Hrsg). Männlichkeit und Gesundheit im historischen Wandel ca. 1800–ca. 2000. Franz Steiner Verlag, Stuttgart, 2007; 241–56.
  6. Weiland SK, Rapp K, Klenk J, Keil U. Zunahme der Lebenserwartung. Größenordnung, Determinanten und Perspektiven. Deutsches Ärzteblatt 2006; 103: C874–C879.
  7. Dinges M. Männergesundheit in Deutschland: Historische Aspekte. In: Jacobi G (Hrsg). Praxis der Männergesundheit. Thieme Verlag, Stuttgart, 2002; 24–33.
  8. Schweig N. Familienstand und gesundheitsförderliches Verhalten von Männern in Briefen (1840–1950). In: Dinges M (Hrsg). Männlichkeit und Gesundheit im historischen Wandel ca. 1800–ca. 2000. Franz Steiner Verlag, Stuttgart, 2007; 211–26.
  9. Dinges M. Immer schon 60 % Frauen in den Arztpraxen? Zur geschlechtsspezifischen Inanspruchnahme des medizinischen Angebotes (1600–2000). In: Dinges M (Hrsg). Männlichkeit und Gesundheit im historischen Wandel ca. 1800–ca. 2000. Franz Steiner Verlag, Stuttgart, 2007; 293–320.

# 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](#)