

Das Geschlecht des „präventiven Selbst“

Prävention und Gesundheitsförderung in der Bundesrepublik
Deutschland aus geschlechterspezifischer Perspektive
(1949–2010)

von Pierre Pfütsch

MedGG-Beiheft 63

Franz Steiner Verlag Stuttgart



Das Geschlecht des „präventiven Selbst“

Medizin, Gesellschaft und Geschichte

Jahrbuch
des Instituts für Geschichte der Medizin
der Robert Bosch Stiftung

herausgegeben von
Robert Jütte

Beiheft 63

Das Geschlecht des „präventiven Selbst“

Prävention und Gesundheitsförderung
in der Bundesrepublik Deutschland aus
geschlechterspezifischer Perspektive (1949–2010)

von Pierre Pfüttsch



Franz Steiner Verlag Stuttgart
2017

Gedruckt mit freundlicher Unterstützung der Robert Bosch Stiftung GmbH

Coverabbildung:

Illustration der Aktion „fit statt fett“ im Rahmen der Kampagne „Ernährung und Bewegung“

Quelle: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 3., veränderte Auflage, November 1981, Kölnische Verlagsdruckerei GmbH

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist unzulässig und strafbar.

© Franz Steiner Verlag, Stuttgart 2017

Dissertation an der Philosophischen Fakultät der Universität Mannheim

Druck: Laupp & Göbel GmbH, Gomaringen

Gedruckt auf säurefreiem, alterungsbeständigem Papier.

Printed in Germany

ISBN 978-3-515-11638-1 (Print)

ISBN 978-3-515-11640-4 (E-Book)

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	9
Einleitung	11
Ausgangslage	11
Theoretische Überlegungen und Erkenntnisinteresse	25
Stand der Forschung	33
Quellenauswahl	41
1. Die Frau als Hauptadressatin der Gesundheitsaufklärung (1950–1969)	67
1.1 Geschlechterspezifische Prävention auf Bundesebene	67
1.1.1 Institutionelle Ebene	67
1.1.2 Die Publikationen der staatlichen Gesundheitsaufklärung ...	80
1.2 Geschlechterspezifische Prävention auf Landes- und Kommunalebene	96
1.2.1 Maßnahmen in Hamburg	96
1.2.2 Maßnahmen in Schleswig-Holstein	117
1.3 Geschlechterspezifische Prävention auf privatwirtschaftlicher und medizinischer Ebene	121
1.3.1 Die Inhalte der <i>Apotheken-Umschau</i>	121
1.3.2 Die Inhalte der Public Health-Zeitschriften <i>Bundesgesundheitsblatt</i> und <i>Das öffentliche Gesundheitswesen</i>	124
1.4 Aneignung auf Individualebene	127
1.4.1 Eingaben zur Tabakprävention	128
1.4.2 Eingaben zum Impfen	130
1.4.3 Eingaben zur Drogenprävention	135
1.5 Zwischenfazit 1950er und 1960er Jahre	137
2. Der Mann als Negativbeispiel: Die Entstehung des Defizitdiskurses (1970–1979)	140
2.1 Geschlechterspezifische Prävention auf Bundesebene	140
2.1.1 Institutionelle Ebene	140
2.1.2 Die Publikationen der staatlichen Gesundheitsaufklärung ...	154
2.2 Geschlechterspezifische Prävention auf Landes- und Kommunalebene	173
2.2.1 Maßnahmen in Hamburg	173
2.2.2 Maßnahmen in Schleswig-Holstein	178
2.3 Geschlechterspezifische Prävention auf privatwirtschaftlicher und medizinischer Ebene	180
2.3.1 Die Inhalte der <i>Apotheken-Umschau</i>	180
2.3.2 Die Inhalte der Public Health-Zeitschriften <i>Bundesgesundheitsblatt</i> und <i>Das öffentliche Gesundheitswesen</i>	185
2.4 Aneignung auf Individualebene	188
2.4.1 Eingaben zum Bereich „Bewegung und Sport“	189

2.4.2	Eingaben zum Bereich „Ernährung“	193
2.4.3	Eingaben zum Bereich „Schwangerschaft und Verhütung“ ...	194
2.5	Zwischenfazit 1970er Jahre	202
3.	Die Entdeckung der Männer als Zielgruppe für Prävention	
	(1980–1989)	206
3.1	Geschlechterspezifische Prävention auf Bundesebene	206
3.1.1	Institutionelle Ebene	206
3.1.2	Die Publikationen der staatlichen Gesundheitsaufklärung ...	212
3.2	Geschlechterspezifische Prävention auf Landes- und Kommunalebene	231
3.2.1	Maßnahmen in Hamburg	231
3.2.2	Maßnahmen in Schleswig-Holstein	236
3.3	Geschlechterspezifische Prävention auf privatwirtschaftlicher und medizinischer Ebene	237
3.3.1	Die Inhalte der <i>Apotheken-Umschau</i>	237
3.3.2	Die Inhalte der Public Health-Zeitschriften <i>Bundesgesundheitsblatt</i> und <i>Das öffentliche Gesundheitswesen</i>	241
3.4	Aneignung auf Individualebene	244
3.4.1	Eingaben zur Tabakprävention	245
3.4.2	Eingaben zum Bereich „Aids“	255
3.4.3	Eingaben zum Bereich „Ernährung“	265
3.4.4	Eingaben zur Alkoholprävention	269
3.4.5	Eingaben zum Bereich „Krebs“	271
3.5	Zwischenfazit 1980er Jahre	272
4.	Ausdifferenzierung der geschlechterspezifischen	
	Präventionskonzepte (1990–1999)	274
4.1	Geschlechterspezifische Prävention auf Bundesebene	274
4.1.1	Institutionelle Ebene	274
4.1.2	Die Publikationen der staatlichen Gesundheitsaufklärung ...	279
4.2	Geschlechterspezifische Prävention auf Landes- und Kommunalebene	286
4.2.1	Maßnahmen in Hamburg	286
4.2.2	Maßnahmen in Schleswig-Holstein	292
4.3	Geschlechterspezifische Prävention auf privatwirtschaftlicher und medizinischer Ebene	293
4.3.1	Die Inhalte der <i>Apotheken-Umschau</i>	293
4.3.2	Die Inhalte der Public Health-Zeitschriften <i>Bundesgesundheitsblatt</i> und <i>Das öffentliche Gesundheitswesen</i>	296
4.4	Aneignung auf Individualebene	299
4.4.1	Eingaben zur Tabakprävention	299
4.4.2	Eingaben zur Drogenprävention	303
4.4.3	Eingaben zum Bereich „Krebs“	304
4.5	Zwischenfazit 1990er Jahre	305

5. Gender Mainstreaming und Pluralisierung in der Präventionsarbeit (2000–2010)	308
5.1 Geschlechterspezifische Prävention auf Bundesebene	308
5.1.1 Institutionelle Ebene	308
5.1.2 Die Publikationen der staatlichen Gesundheitsaufklärung ...	311
5.2 Geschlechterspezifische Prävention auf Landes- und Kommunalebene	324
5.2.1 Maßnahmen in Hamburg	324
5.2.2 Maßnahmen in Schleswig-Holstein	330
5.3 Geschlechterspezifische Prävention auf privatwirtschaftlicher und medizinischer Ebene	333
5.3.1 Die Inhalte der <i>Apotheken-Umschau</i>	333
5.3.2 Die Inhalte der Public Health-Zeitschriften <i>Bundesgesundheitsblatt</i> und <i>Das Gesundheitswesen</i>	335
5.4 Zwischenfazit 2000er Jahre	339
Fazit	341
Anhang	352
Quellen- und Literaturverzeichnis	355
Quellen	355
Ungedruckte Quellen	355
Gedruckte Quellen	358
Literatur	363
Abbildungsverzeichnis	392
Tabellenverzeichnis	395
Abkürzungsverzeichnis	398

Vorwort

Bei der vorliegenden Publikation handelt es sich um eine leicht überarbeitete Fassung meiner Dissertation, die die Philosophische Fakultät der Universität Mannheim im Jahr 2016 angenommen hat. Damit kommt eine wichtige Phase, die die letzten Jahre meines Lebens intensiv geprägt hat, zum Abschluss.

Großer Dank gebührt insbesondere meinem Doktorvater Prof. Dr. Martin Dinges. Er hat nicht nur meine Auseinandersetzung mit der geschlechterspezifischen Gesundheitsgeschichte angeregt, sondern auch in vielen Gesprächen meine inhaltliche, methodische und persönliche Weiterentwicklung entscheidend vorangetrieben. Gleichzeitig hat er mir aber auch die notwendigen Freiräume gewährt. Ohne ihn wäre diese Arbeit nicht entstanden.

Prof. Dr. Robert Jütte, dem Leiter des Instituts für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung, ist es durch die Gewährung eines Promotionsstipendiums zu verdanken, dass ich mich ohne finanzielle Sorgen meiner Forschungstätigkeit widmen konnte. Insgesamt habe ich in Stuttgart wunderbare Arbeitsbedingungen vorgefunden.

Bei inhaltlichen Problemen fand ich immer ein offenes Ohr bei Dr. Sylvelyn Hähner-Rombach und Dr. Jens Gründler. Bei beiden konnte ich von ihrer unglaublichen fachlichen Expertise profitieren. Sie haben große Teile der vorliegenden Arbeit gelesen und kritisch kommentiert. Die Diskussionen mit ihnen haben nicht nur dazu geführt, dass ich meine Arbeit inhaltlich und methodisch schärfen konnte, sondern auch dazu, dass aus Kollegen Freunde wurden.

Dr. Simone Moses führte eine umfangreiche Vorstudie zu geschlechterspezifischen Präventionskonzepten in der BRD durch, die mir viel Zeit und Arbeit erspart hat und von der ich sehr profitieren konnte. Der Austausch mit Dr. Jenny Linek zur Geschichte der Prävention in der DDR half mir entscheidend dabei, meine Forschungen in einem größeren Kontext betrachten zu können.

An dieser Stelle sei auch den Personen gedankt, die es durch ihre Kooperationsbereitschaft überhaupt erst ermöglicht haben, dass ich die dieser Arbeit zugrundeliegenden Quellen einsehen konnte. Dazu gehören die Archive des Bundesarchivs Koblenz, des Staatsarchivs Hamburgs und des Landesarchivs Schleswig-Holstein. Darüber hinaus Monika Friedrich-Wussow, die mir mit großem Engagement den Zugang zur Volkshochschule Hamburg ermöglicht hat und ebenso den Mitarbeitern der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, die mir wunderbare Arbeitsbedingungen in ihrem eigenen Printmedienarchiv einräumten.

Das Korrekturlesen dieser Studie haben dankenswerter Weise Dr. Ole Fischer, Dr. Jana Madlen Schütte, Aaron Pfaff und Sebastian Wenger übernommen. Bei der Bearbeitung der Abbildungen war mir Steffi Berg eine große Hilfe.

Zum Dank verpflichtet bin ich auch Prof. Dr. Julia Angster für die Übernahme des Zweitgutachtens sowie Prof. Dr. Philipp Gassert, Prof. Dr. Angela Borgstedt und Prof. Dr. Matthias Kohring für die Mitwirkung in der Prüfungskommission.

Für den notwendigen Ausgleich von der teilweise ermüdenden und einsamen Archiv- und Forschungstätigkeit sorgten liebgewonnene Freunde, v.a. Sabrina, Maria, Steve, Sophia und Janine. Ihre positive Energie floss in dieses Buch mit ein.

Meiner Mutter Cornelia Pfütsch bin ich für so Vieles dankbar. Sie hat mich immer ermutigt, meinen eigenen Weg zu gehen. Ihre vorbehaltlose Unterstützung in allen Lebensbereichen war und ist ein großer Rückhalt für mich.

Die größte Unterstützung habe ich tagtäglich durch Claudia Büsch erfahren. Sie ist mein größtes Glück und gibt diesen ganzen Anstrengungen einen tieferen Sinn. Unser gemeinsames Leben ist die Grundlage von allem.

Gewidmet ist das Buch Lothar Arnold. Dieser wunderbare Mensch stand mir in den letzten 24 Jahren wie ein Vater zur Seite. Leider kann er die Veröffentlichung nicht mehr miterleben. Doch zumindest hat er kurz vor seinem Tod noch von der erfolgreichen Promotion erfahren. Es war immer mein Ziel, Ihn stolz zu machen. Hiermit habe ich es geschafft.

Einleitung

Ausgangslage

Prävention und Gesundheitsförderung haben Konjunktur.¹

Für mehr als zwei Drittel der Morbidität und Mortalität in den Industrieländern sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen, bösartige Neubildungen, Stoffwechselerkrankungen wie Typ-2-Diabetes, chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen, chronische Muskel-Skelett-Erkrankungen, psychische Krankheiten und Unfälle verantwortlich.² Die Gründe für die Erkrankung an diesen Krankheiten sind nach übereinstimmenden Forschungsergebnissen der letzten Jahre in den „Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen und dem dadurch geprägten Verhalten“³ zu suchen. Demnach sei ein großer Teil der Erkrankungen vermeidbar.⁴ Auch der Staat hat dies erkannt und versucht seit einiger Zeit verstärkt, auf dem Feld der Prävention tätig zu werden. Insbesondere Maßnahmen, die das individuelle Gesundheitsverhalten der Bevölkerung positiv beeinflussen sollen, wie die Erhöhung der Tabaksteuer, das Rauchverbot in öffentlichen Einrichtungen oder Verkaufsbeschränkungen für alkoholhaltige Getränke, werden seit einiger Zeit per Gesetz eingeführt.⁵ Aber auch Maßnahmen zur Früherkennung wurden von öffentlicher Seite gestärkt. So wurde z. B. 2005 ein flächendeckendes Mammographie-Screeningprogramm zur Sekundärprävention von Brustkrebs lanciert, zu dem alle Frauen in Deutschland im Alter zwischen 50 und 69 Jahren im Zweijahres-Rhythmus eingeladen werden.⁶ Im Jahr 2015 wurde nach über zehn Jahren der Diskussion das Präventionsgesetz vom Bundestag beschlossen und vom Bundesrat gebilligt. Die Einführung eines eigenständigen Gesetzes verdeutlicht den ho-

- 1 Jost Bauch sieht Prävention als einen „Ausdruck des Zeitgeistes der bürgerlichen Gesellschaft“. Jost Bauch: Die Prävention der Gesellschaft. Prävention als Erfindung der Neuzeit. In: Pflege und Gesellschaft 15 H. 2 (2010), S. 103.
- 2 Vgl. Rolf Rosenbrock: Primärprävention – was ist das und was soll das? (= Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health, Schwerpunkt Bildung, Arbeit und Lebenschancen, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung; No. SP 1 2008–303) Berlin 2008, S. 8f.
- 3 Rolf Rosenbrock: Was ist New Public Health? In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 44 (2001), S. 755.
- 4 Vgl. Rosenbrock: Primärprävention (2008), S. 9.
- 5 Thomas Gerlinger, Rolf Schmucker: 20 Jahre Public Health – 20 Jahre Politik für eine gesunde Gesellschaft? In: Claudia Hornberg, Thomas Schott (Hg.): Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft. Wiesbaden 2011, S. 72.
- 6 Vgl. Patrick Bremer, Ansgar Wübker: Working Paper: Soziale Ungleichheit und Inanspruchnahme medizinischer und präventiver Leistungen in Deutschland: eine empirische Analyse. Diskussionspapiere // Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät, Universität Witten, Herdecke 2011 (<http://hdl.handle.net/10419/55524>, letzter Zugriff: 13.10.2015), S. 2. Zum diskutablen Nutzen der Krebsfrüherkennung: Hans-Hermann Dubben, Corinna Schäfer, Lothar Weißbach: Wer sorgt hier vor? Oder: Wem die Krebsfrüherkennung nutzt. In: Der Onkologe 17 (2011), S. 220–234.

hen Stellenwert von Prävention im gegenwärtigen Denken. Die lange Beratungszeit und das Scheitern des Gesetzes in den Jahren 2005 und 2007 zeigen aber auch die Kehrseite der Präventionsmedaille in Deutschland. Zwar gibt es einen breiten Konsens über die prinzipielle Notwendigkeit von Prävention, „aber über die Wege dahin und die notwendigen politischen Akzente bestehen nach wie vor keine klaren politischen Vorgaben, daher ist auch keine Gesamtstrategie erkennbar.“⁷ Auch sind nur wenig professionelle Strukturen sowohl innerhalb als auch außerhalb des Gesundheitssystems vorhanden, auf denen sich eine kontinuierliche Präventionstätigkeit aufbauen ließe.⁸ Die geringe Bedeutung von Prävention im Gesundheitssystem kann zudem an den geringen Ausgaben im Verhältnis zur kurativen Medizin abgelesen werden.⁹

Inhaltlich sind in der Prävention derzeit die klassischen Themen Bewegung und Sport, gesunde Ernährung, Entspannung und die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen von Bedeutung.¹⁰ Eine weitere Frage in der Gesundheitsforschung zur Prävention ist neben den Inhalten die nach den Zielgruppen. Hier zeigt sich seit Jahren ein Problem, welches unter den Begriffen „Präventionsdilemma“¹¹ oder auch „Gesundheitsförderungsparadox“¹² zusammengefasst wird. So kommt es bei der Durchführung von zielgruppenspezifischen Präventionsprogrammen regelmäßig zur vorrangigen Inanspruchnahme der Angebote durch Bevölkerungsschichten mit einem bereits hohen Gesundheitsbewusstsein; diejenigen Personen hingegen, die einen schlechteren Gesundheitszustand aufweisen und von den Programmen stark profitieren könnten, bleiben ihnen fern.¹³ Daher ist man sich in der Gesundheitsfor-

7 Toni Faltermaier, Petra Wihofsky: Gesundheitsförderung und Prävention im Kontext von Public Health. In: Claudia Hornberg, Thomas Schott (Hg.): Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft. Wiesbaden 2011, S. 268.

8 Vgl. ebd.

9 Vgl. Toni Faltermaier: Gesundheitsbildung als präventives Handlungsfeld für Kinder, Jugendliche und Erwachsene. In: Zeitschrift für Sozialreform 49 H. 3 (2003), S. 507.

10 Vgl. Toni Faltermaier: Gesundheit und Gesundheitshandeln von Männern im mittleren Erwachsenenalter aus salutogenetischer Perspektive. In: Martin Dinges (Hg.): Männlichkeit und Gesundheit im historischen Wandel ca. 1800 – ca. 2000. (= Medizin, Gesellschaft und Geschichte, Beiheft 27) Stuttgart 2007, S. 291. Kritisch zum Nutzen der Prävention in diesen Feldern: Werner Bartens: Vorsicht Vorsorge! Wenn Prävention nutzlos oder gefährlich wird. Frankfurt a. M. 2008.

11 Ulrich Bauer: Das Präventionsdilemma: Potenziale schulischer Kompetenzförderung im Spiegel sozialer Polarisierung. Wiesbaden 2005, S. 74.

12 Thomas Altgeld: Jenseits von Anti-Aging und Workout? Wo kann Gesundheitsförderung bei Jungen und Männern ansetzen und wie kann sie funktionieren? In: Ders. (Hg.): Männergesundheit – Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention. Weinheim, München, S. 265–286. Ebenso: Thomas Altgeld: Warum Gesundheit noch kein Thema für „richtige“ Männer ist und wie es eines werden könnte. In: Jutta Jacob, Heino Stöver (Hg.): Sucht und Männlichkeiten. Entwicklungen in Theorie und Praxis der Suchtarbeit. (= Studien interdisziplinäre Geschlechterforschung; Bd. 11) Wiesbaden 2006, S. 90.

13 Vgl. Susanne Hartung, Sabine Kluwe, Diana Sahrai: Gesundheitsförderung und Prävention in Settings: Elternarbeit in Kitas, Schule und Familienhilfe. In: Claudia Hornberg,

schung über die Notwendigkeit der Auslegung von Präventionsprogrammen auf spezifische Zielgruppen einig. In diesem Sinne fordert der Paragraph 20 Sozialgesetzbuch (SGB) V, Prävention solle einen Beitrag zum Abbau sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen leisten. Das Präventionsgesetz sieht darüber hinaus einen durch Prävention zu erzielenden Abbau sozial bedingter und geschlechterbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen vor.¹⁴ Damit sind auch die beiden Kategorien genannt, die in der epidemiologischen Forschung häufig als Indikatoren für einen unterschiedlichen Gesundheitszustand herangezogen werden: Sozialstatus und Geschlecht. Der Großteil der Studien zur Beziehung von sozialem Status und Gesundheitsverhalten zeigt einen eindeutigen Zusammenhang zwischen Personen mit einem höheren sozialen Status und einem besseren Gesundheitsverhalten.¹⁵ Bei Personen aus dem untersten Fünftel des Einkommensdurchschnittes zeigen sich chronische Erkrankungen ca. sieben Jahre früher als bei Menschen aus dem obersten Einkommensfünftel.¹⁶ Insbesondere in der Mundhygiene, in der Unfallprävention, bei der Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen und der Nutzung von Informationen zum Thema Gesundheit zeigt sich das weniger gesundheitsförderliche Verhalten von armutsgefährdeten Bevölkerungsschichten deutlich.¹⁷

Neben dem Sozialstatus ist das Geschlecht ein weiterer Indikator für unterschiedliches Gesundheitsverhalten. Die Konzentration auf die Kategorie Geschlecht in der gesundheitswissenschaftlichen Forschung ergibt sich aus den signifikant unterschiedlichen epidemiologischen Daten zur Mortalität und Morbidität von Männern und Frauen. Die mittlere Lebenserwartung von im Jahr 2011 in Deutschland geborenen Jungen liegt statistisch bei 77,72 und bei Mädchen bei 82,73 Jahren.¹⁸ Diese für Männer negativ erscheinenden

Thomas Schott (Hg.): Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft. Wiesbaden 2011, S. 599. Sowie: Vgl. Faltermaier, Wihofsky: Gesundheitsförderung (2011), S. 263.

- 14 Vgl. Deutscher Bundestag: Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG). Berlin 2015, S. 9 (http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Praeventionsgesetz/141217_Gesetzentwurf_Praeventionsgesetz.pdf; letzter Zugriff: 11.01.2016).
- 15 Vgl. Andreas Mielck: Sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen. In: Zeitschrift für Sozialreform 49 H. 3 (2003), S. 370–375. Ausführlicher dazu: Andreas Mielck: Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion. Bern 2005.
- 16 Vgl. Rosenbrock: Primärprävention (2008), S. 10.
- 17 Thomas Lampert: Armut und Gesundheit. In: Claudia Hornberg, Thomas Schott (Hg.): Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft. Wiesbaden 2011, S. 584.
- 18 Vgl. Statistisches Bundesamt: Periodensterbetafeln für Deutschland. Früheres Bundesgebiet, neue Länder sowie die Bundesländer. 2009/2011. Wiesbaden 2012, S. 10. Die mittlere Lebenserwartung bei Geburt gibt an, wie viele Jahre ein Mensch bei unveränderten derzeitigen Sterberisiken im Durchschnitt noch leben würde. Sie stellt eine statistische Kennzahl dar, in welche die zum aktuellen Zeitpunkt geltenden Sterblichkeitsverhältnisse eingehen. Vgl. Robert Koch-Institut: Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheitliche Lage der Männer in Deutschland. Berlin 2014, S. 13. Zur historischen Entwicklung der Lebenserwartung in geschlechterspezifischer Perspektive:

Zahlen können aber auch von einer anderen Seite betrachtet werden, so wenn man die gesunde Lebenserwartung zugrunde legt. Diese Kennziffer kann anhand verschiedener Parameter berechnet werden, worunter auch die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes zählt; dann spricht man von der beschwerdefreien Lebenserwartung. Nimmt man diese Größe ernst, dann sind Männer das gesündere Geschlecht. Sie leben zwar kürzer, dafür aber beschwerdefreier als Frauen.¹⁹ Aufgrund unterschiedlicher Berechnungsmethoden kann die gesunde Lebenserwartung jedoch schnell politisch instrumentalisiert werden.²⁰ Die Frage nach dem Hauptgrund für die unterschiedliche mittlere Lebenserwartung von Männern und Frauen ist in der Forschung bereits oft und kontrovers diskutiert worden. Einen konsensfähigen Meilenstein legte der Demograph Marc Luy vor, der in einer Mortalitätsanalyse von 8.400 Nonnen und Mönchen im Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung die Sterblichkeitsunterschiede näher betrachtet hat.²¹ Der Vorteil dieses Vergleichs liege laut Luy darin, äußere Einflüsse wie Schwangerschaft, geschlechtsspezifische Berufsarbeit oder ungleiches Verhalten von Ehepartnern, die auf die Lebenserwartung Einfluss hätten, ausschließen zu können.²² Er kam zu dem Ergebnis, dass Nonnen die gleiche Lebenserwartung wie die Frauen der Allgemeinbevölkerung aufwiesen, die Mönche jedoch länger als die Männer der Gesamtbevölkerung lebten.²³ Beim Vergleich der Sterblichkeitsunterschiede von Nonnen und Mönchen zeigte sich eine ein bis etwa zwei Jahre höhere Lebenserwartung der Nonnen. Da beide Gruppen im Kloster ein ähnliches Leben führten, können daraus schlussfolgernd ein bis maximal zwei Jahre der unterschiedlichen Lebenserwartung von Männern und Frauen auf biologische Faktoren zurückgeführt werden; die restlichen Jahre sind soziokulturellen Ursachen zuzuordnen.²⁴ Da die Lebenserwartung von Nonnen und Frauen in der Allgemeinbevölkerung nahezu identisch ist, lassen sich die Auswirkungen der soziokulturellen Faktoren v.a. auf die Sterblichkeit der Männer zurückführen. Allerdings sind diese Daten nur als grobe Indikatoren zu verstehen, denn auch innerhalb der Klostermauern können bestimmte so-

Martin Dinges, Andreas Weigl (Hg.): *Gender-Specific Life Expectancy in Europe 1850–2010* (= Medizin, Gesellschaft und Geschichte; Beiheft 58), Stuttgart 2016.

- 19 Vgl. Elmar Brähler, Lena Spangenberg: *Der kranke Mann – warum Männer früher sterben*. In: Matthias Franz, André Karger (Hg.): *Neue Männer – muss das sein? Risiken und Perspektiven der heutigen Männerrolle*. 2. Aufl. Göttingen 2011, S. 23.
- 20 Vgl. Martin Dinges, Andreas Weigl: *Männergesundheit als Forschungsthema der Sozial- und Kulturwissenschaften*. In: *Österreichische Zeitschrift für Geschichtswissenschaften* 22 (2011), S. 198 f.
- 21 Marc Luy: *Warum Frauen länger leben. Erkenntnisse aus einem Vergleich von Kloster- und Allgemeinbevölkerung*. (= Materialien zur Bevölkerungswissenschaft; Heft 106) Wiesbaden 2002.
- 22 Vgl. Brähler, Spangenberg: *Der kranke Mann* (2011), S. 31.
- 23 Vgl. Marc Luy: *Differentielle Sterblichkeit: die ungleiche Verteilung der Lebenserwartung in Deutschland*. (= Rostocker Zentrum – Diskussionspapier; No. 6). Rostock 2006, S. 8.
- 24 Vgl. Marc Luy: *Die geschlechtsspezifischen Sterblichkeitsunterschiede – Zeit für eine Zwischenbilanz*. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 35 (2002), S. 424 f.

ziale Faktoren, wie der Tabakkonsum, das Trinkverhalten oder die Auswirkung von Ehelosigkeit, einen Einfluss auf die Lebenserwartung ausüben.²⁵ Hinzu kommt das Gesundheitsverhalten der Mönche und Nonnen vor ihrem Klostereintritt. In dieser Zeit waren sie ebenfalls den üblichen sozialen Einflüssen ausgesetzt.²⁶ Inwieweit diese sich in deren Lebenserwartung niederschlagen, ist ebenfalls unklar. Trotz dieser Einschränkungen bestätigen die Klosterstudien die Annahme der Wissenschaft, neben biologischen übten auch soziale Faktoren einen wichtigen Einfluss auf die Lebenserwartung aus.

Ein Blick auf die der Lebenserwartungsstatistik zugrundeliegenden Todesursachen lässt die geringere Lebenserwartung der Männer bis 1914 auf eine höhere Säuglingssterblichkeit und seit dem Ersten Weltkrieg zunehmend auf gesundheitsriskantes Verhalten und daraus entstehende Krankheiten zurückführen.²⁷ Dieses gesundheitsschädlichere Verhalten von Männern ist, wie neuere Forschungen zeigen, nicht auf ein signifikant schlechteres Wissen von Männern in Gesundheitsfragen zurückzuführen. Neubauer und Winter kommen bei der Befragung von männlichen Jugendlichen zu dem Schluss, dass „das Gesundheitsverständnis differenziert und mehrdimensional angelegt, also auf körperliche, psychische und soziale Gesundheit“²⁸ ausgerichtet ist. Auch geben Männer in Befragungen an, Gesundheit besitze für sie einen ähnlich hohen Stellenwert wie für Frauen.²⁹ Die Ansichten spiegeln sich jedoch nicht in den konkreten Praktiken wider, wie bspw. die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen. Arztbesuche können heutzutage zur frühen Erkennung von Krankheitsrisiken beitragen und somit lebensverlängernd wirken. Dinges ermittelte durch eine Auswertung von Konsultationsbüchern in Arztpraxen einen seit 1870 unveränderten männlichen Patientenanteil von 40 Prozent.³⁰ Diese Verteilung hält sich bis in die Gegenwart.³¹ Auch die Konsultations-

25 Vgl. Brähler, Spangenberg: *Der kranke Mann* (2011), S. 31.

26 Dinges spricht hier von „negativen Freiheiten“. Martin Dinges: *Männergesundheit in historischer Perspektive: Die Gene erklären nur den kleineren Teil des Geschlechterunterschieds*. In: *Blickpunkt DER MANN* 4 H. 1 (2006), S. 23.

27 Vgl. Petra Kolip: *Frauen und Männer*. In: Bernhard Badura, Reinhard Busse, Reiner Leidl, Heiner Raspe, Friedrich Wilhelm Schwartz, Johannes Siegrist, Ulla Walter (Hg.): *Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen*. 2. völlig neu bearb. u. erweit. Aufl. München, Jena, 2003, S. 647.

28 Gunter Neubauer, Reinhard Winter: *Ein normales „Muss“: Jungen und Gesundheit*. In: Thomas Altgeld (Hg.): *Männergesundheit. Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention*. Weinheim, München 2004, S. 42.

29 *BILD der Frau* (Hg.): *Der Mann 2013: Arbeits- und Lebenswelten – Wunsch und Realität*. Hamburg 2013, S. 11.

30 Martin Dinges: *Immer schon 60% Frauen in den Arztpraxen? Zur geschlechtsspezifischen Inanspruchnahme des medizinischen Angebotes (1600–2000)*. In: Ders. (Hg.): *Männlichkeit und Gesundheit im historischen Wandel ca. 1800 – ca. 2000*. (= *Medizin, Gesellschaft und Geschichte*; Beiheft 27). Stuttgart 2007, S. 296 f.

31 Hurrelmann schätzt sogar, dass die Quote von Frauen doppelt so hoch ist wie diejenige der Männer. Vgl. Klaus Hurrelmann: *Männergesundheit – Frauengesundheit. Warum fällt die Lebenserwartung von Männern immer stärker hinter die der Frauen zurück?* In: Andreas Haase (Hg.): *Auf und nieder. Aspekte männlicher Sexualität und Gesundheit*. Tübingen 1996, S. 172. Auch in der Schweiz ist das Konsultationsverhalten ähnlich: Im

gründe zeigen die hohe Bedeutung von Prävention v. a. für Frauen: „[W]ährend Männer und Frauen etwa gleich häufig wegen eines Symptoms, einer Diagnose oder für eine spezielle Therapie einen Arzt aufsuchen, geben Frauen häufiger präventive, Männer häufiger administrative Gründe und Unfälle an.“³² Es muss allerdings auch hinzugefügt werden, dass ein Großteil der präventiven Arztbesuche von Frauen frauenspezifischen Gründen wie Schwangerschaftsuntersuchungen oder einem Cervix-Abstrich dienen.³³ Das weibliche Arztkonsultationsverhalten muss jedoch ebenfalls kritisch hinterfragt werden. Bei Krebsfrüherkennungsuntersuchungen zeigt sich bei Frauen ein kritischer Trend. In den Jahren reproduktiver Aktivität nehmen Frauen häufig diese Untersuchungen in Anspruch, in den Altersgruppen, in denen Krebserkrankungen häufiger werden, nimmt die Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen hingegen ab.³⁴ Es gibt auch durchaus Fälle, in denen Männer häufiger einen Arzt aufsuchen. Bei dem von den Krankenkassen angebotenen Gesundheitscheck sind es in der Altersgruppe ab 45 Jahren die Männer, die diesen häufiger wahrnehmen.³⁵

Neben der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen sind es vorrangig alltägliche Praktiken wie Ernährung und Bewegung, die Auswirkungen auf den Gesundheitszustand haben. Auch hier darf den Männern nicht generell ein gesundheitsschädlicheres Verhalten unterstellt werden. So gelten Sport und körperliche Bewegung als Felder der Gesundheitsförderung, auf denen Männer aktiver als Frauen sind.³⁶ Der Großteil der Männer betreibt Sport jedoch aus anderen Motiven. Während für Frauen oftmals die Gesundheit ein zentraler Aspekt ist, geht es Männern häufig um Leistung und Wettkampf.³⁷ Weibliches Sportverhalten entspricht v. a. den Anforderungen an „Ästhetik,

Jahr weisen Frauen durchschnittlich 6,6, Männer hingegen nur 4,8 Konsultationen auf. Vgl. Ursula Ackermann-Liebrich, Elisabeth Zemp: Geschlechtsunterschiede in Gesundheit und Gesundheitsverhalten. In: Sozial- und Präventivmedizin 1988 (33), S. 189.

32 Ebd., S. 189.

33 Ebd., S. 189.

34 Vgl. Petra Kolip, Frauke Koppelin: Geschlechtsspezifische Inanspruchnahme von Prävention und Krankheitsfrüherkennung. In: Klaus Hurrelmann, Petra Kolip (Hg.): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. Bern 2002, S. 493.

35 Vgl. Thomas Altgeld: Männergesundheit: Mehr Gesundheit von Jungen und Männern fördern statt Chancenungleichheiten zwischen den Geschlechtern ignorieren! In: Bundesministerium für Gesundheit, Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. (Hg.): Gesundheit von Frauen und Männern effektiv fördern – geschlechtsspezifische Prävention und Gesundheitsförderung. Kongressdokumentation. 6. gemeinsamer Präventionskongress des Bundesministeriums für Gesundheit und der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. (BVPg). Bonn 2013, S. 9.

36 Vgl. Petra Kolip, Ellen Kuhlmann: Gender und Public Health. Grundlegende Orientierungen für Forschung, Praxis und Politik. Weinheim, München 2005, S. 104.

37 Vgl. Dorothee Alfermann, Ines Pfeffer: Fitnesssport für Männer – Figurtraining für Frauen?! Gender und Bewegung. In: Thomas Altgeld, Petra Kolip (Hg.): Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis. 2. Aufl. Weinheim, München 2009, S. 63.

Anmut und Grazie³⁸. So verwundert es auch nicht, dass trotz der größeren Bewegungsaffinität der Männer präventive Bewegungsprogramme von Krankenkassen und Verbänden vorwiegend Frauen erreichen.³⁹ Die unterschiedlichen Motive ändern jedoch kaum etwas an den für die Gesundheit positiven Auswirkungen des Sports.

Bei der Ernährung gibt es ebenfalls Unterschiede zwischen den Geschlechtern.⁴⁰ Männer essen, schon wegen des gegenüber Frauen höheren Energiebedarfes, mehr und kalorienreicher. Sie nehmen v.a. deutlich mehr Fleisch und Fisch, jedoch weniger Obst und Gemüse zu sich⁴¹, da eine proteinreiche Ernährung dazu dient, Muskeln aufzubauen⁴². Dies und die Tatsache, dass Männer weniger auf die Nahrungszusammensetzung, die Nahrungsmenge und den zeitlichen Abstand der Nahrungsaufnahme achten, führt letztendlich zur übermäßigen Aufnahme von gesättigten Fettsäuren und Cholesterin sowie zu einer mangelnden Aufnahme kardioprotektiv wirkender ungesättigter Fettsäuren.⁴³ Andere Faktoren ausblendend, ergibt sich daraus bei Männern eine statistisch gesehen höhere Wahrscheinlichkeit für Übergewicht. Die Ursachen dieses männlichen Ernährungsverhaltens dürfen aber nicht allein im schlechten Gesundheitsverhalten der Männer per se, sondern auch in der Konzentration auf die berufliche Leistung gesucht werden.⁴⁴ Für die Gesundheit von Bedeutung ist auch die Verteilung der Fettdepots. Bei Männern wird im Gegensatz zu Frauen Fett verstärkt im Bauchbereich (abdominale Fettablagerung) abgelagert, was wiederum eine erhöhte Gefahr für die Erkrankung an Herz-Kreislauf-Krankheiten mit sich bringt.⁴⁵ Die vermeintlich gesundheitsbewusstere Ernährung von Frauen hat ihre Gründe v.a. im derzeit vorherrschenden Schlankheitsideal. So schränken Frauen die Aufnahme von Fett ein, um einem Schönheitsideal zu entsprechen.⁴⁶ Dies führt umgekehrt jedoch auch zur häufigeren Erkrankung an Essstörungen bei Frauen.⁴⁷

38 Vgl. Alfermann, Pfeffer: *Fitnesssport* (2009), S. 67.

39 Vgl. ebd., S. 61 f.

40 Ausführlich dazu: Monika Setzwein: *Frauenessen – Männeressen? Doing gender und Essverhalten*. In: Thomas Altgeld, Petra Kolip (Hg.): *Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis*. 2. Aufl. Weinheim, München 2009, S. 41–60.

41 Vgl. Kolip, Kuhlmann: *Gender* (2005), S. 102.

42 Vgl. Nina Baur, Jens Luedtke: *Konstruktionsbereiche von Männlichkeit. Zum Stand der Männerforschung*. In: Dies. (Hg.): *Die soziale Konstruktion von Männlichkeit. Hegemoniale und marginalisierte Männlichkeiten in Deutschland*. Opladen, Farmington Hills 2008, S. 18.

43 Vgl. Heidrun Bründel, Klaus Hurrelmann: *Konkurrenz, Karriere, Kollaps. Männerforschung und der Abschied vom Mythos Mann*. Stuttgart, Berlin u. a. 1999, S. 134.

44 Vgl. Dinges: *Männergesundheit* (2006), S. 21.

45 Vgl. Gert Mensink: *Essen Männer anders? In: Thomas Altgeld (Hg.): Männergesundheit. Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention*. Weinheim, München 2004, S. 165.

46 Vgl. Kolip, Kuhlmann: *Gender* (2005), S. 102.

47 Vgl. Markus A. Busch, Wolfgang Gaebel, Anja Gerschler, Ulfert Hapke, Michael Höfler, Frank Jacobi, Simon Mack, Ulrike Maske, Wolfgang Maier, Lucie Scholl, Jens Strehle,

Der Umgang mit Genussmitteln ist ebenfalls ein Grund für das unterschiedliche Mortalitäts- und Morbiditätsverhalten von Männern und Frauen. Auch wenn sich in den letzten Jahren das Trinkverhalten der Frauen und Männer angleicht, konsumieren Männer immer noch deutlich mehr Alkohol als Frauen.⁴⁸ Daher wäre es verfrüht, von einer vollständigen Angleichung der Trinkgewohnheiten zu sprechen.⁴⁹ Bei der Wahl des alkoholhaltigen Getränkes gibt es ebenfalls Differenzen zwischen den Geschlechtern. Männer bevorzugen Bier und hochprozentige Spirituosen, Frauen hingegen eher Weißwein, Sekt und Likör.⁵⁰ Alkoholkonsum gilt in den westlichen Gesellschaften so stark als eine maskuline Aktivität, dass sich sogar bestimmte Praktiken und Regeln herausgebildet haben. Um beim Trinken als „ganzer Mann“ zu gelten, darf man sein Getränk nicht verdünnen („*take it straight*“), man darf keine süßen alkoholhaltigen Getränke zu sich nehmen („*not sweeten the taste*“), Bier und hochprozentiger Schnaps sollen bevorzugt werden („*prefer beer and hard liquor*“) und man soll so viel wie möglich trinken („*drink without hesitation*“), ohne dabei die Kontrolle zu verlieren („*hold his liquor*“).⁵¹ Dieses maskuline Bild des Trinkens zeigt sich auch im unterschiedlichen Umgang der Gesellschaft mit den Trinkgewohnheiten. Bei Frauen wird lediglich ein leichter Schwips noch akzeptiert, Trunkenheit jedoch als abstoßend empfunden. Bei Männern hingegen werden zu bestimmten Anlässen regelrechte Trinkgelage durchaus toleriert, teilweise sogar angestrebt.⁵²

Ähnlich wie mit dem Alkohol- verhält es sich mit dem Tabakkonsum, wobei sich hier die Zahlen in den letzten Jahren noch stärker angeglichen haben. Zwar rauchen in Deutschland immer noch mehr Männer als Frauen, doch zeigen Studien, dass im Jugendalter ungefähr gleich viele Mädchen wie Jungen mit dem Rauchen beginnen.⁵³ Dies wird im Laufe der Zeit zu einer Angleichung der Raucherquoten führen. Aber auch beim Tabakkonsum spielt

Michael Wagner, Hans-Ulrich Wittchen, Jürgen Zielasek: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). In: Der Nervenarzt 85 (2014), S. 80.

48 Vgl. Brähler, Spangenberg: Der kranke Mann (2011), S. 27.

49 Vgl. Elmar Brähler, Martin Merbach: Geschlechterunterschiede im Gesundheitsverhalten. In: Ralf Schwarzer (Hg.): Gesundheitspsychologie von A bis Z: Ein Handwörterbuch. Göttingen, Bern u. a. 2002, S. 136.

50 Vgl. Bründel, Hurrelmann: Konkurrenz, (1999), S. 134. Sowie: Kolip, Kuhlmann: Gender (2005), S. 100.

51 Vgl. Monika Sieverding: Achtung! Die männliche Rolle gefährdet Ihre Gesundheit! In: Psychomed 16 H. 1 (2004), S. 27f. In Anlehnung an: Russell Lemle, Marc E. Mishkind: Alcohol and Masculinity. In: Journal of Substance Abuse Treatment 6 H. 4 (1989), S. 215.

52 Vgl. Bründel, Hurrelmann: Konkurrenz (1999), S. 117.

53 Vgl. Robert Koch Institut: Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes gemeinsam getragen von RKI und von DESTATIS. Berlin 2015, S. 220. In der Mitte des ersten Jahrzehnts des neuen Jahrtausends begannen sogar mehr Mädchen mit dem Rauchen als Jungen. Vgl. Heino Stöver: Mann, Rausch, Sucht: Konstruktionen und Krisen von Männlichkeiten. In: Jutta Jacob, Heino Stöver (Hg.): Sucht und Männlichkeiten. Entwicklungen in Theorie und Praxis der Suchtarbeit. (= Studien interdisziplinäre Geschlechterforschung; Bd. 11) Wiesbaden 2006, S. 25.

die Art des Konsums für die Auswirkungen auf die Gesundheit eine nicht zu unterschätzende Rolle. Laut Studien konsumieren Männer häufig stärkere Tabaksorten und eine deutlich höhere Anzahl an Zigaretten pro Tag als Frauen.⁵⁴

Auch wenn gezeigt werden konnte, dass bipolare Zuschreibungen vom negativen Gesundheitsverhalten der Männer und dem positiven der Frauen bei genauerem Hinsehen nicht der Realität entsprechen, kann das sich wenig gesundheitsförderlich wirkende Handeln von Männern in vielen Situationen nicht verleugnet werden. Warum dies so ist, wurde sowohl in der Gesundheits- als auch in der Geschlechterforschung in den letzten Jahren wiederholt diskutiert. Jedoch ist immer noch unklar, „auf welche Einflussfaktoren die geschlechtsspezifischen Differenzen zurückzuführen sind, wie sie im Detail wirken und wie dabei die biologischen, sozialen und kulturellen Facetten des Geschlechts ineinander verschränkt sind.“⁵⁵ Zumindest besteht in der Forschung nahezu Einigkeit darüber, dass ein Großteil des männlichen Gesundheitshandelns durch männliches Rollenverhalten und das normative Männlichkeitsbild beeinflusst ist.⁵⁶ Der Männlichkeitsforscher Herb Goldberg hat 1979 die „sieben maskulinen Imperative“ aufgestellt, die das männliche Verhalten charakterisieren: 1. Je weniger Schlaf ich benötige, 2. je mehr Schmerzen ich ertragen kann, 3. je mehr Alkohol ich vertrage, 4. je weniger ich mich darum kümmere, was ich esse, 5. je weniger ich jemanden um Hilfe bitte und von jemanden abhängig bin, 6. je mehr ich meine Gefühle kontrolliere und unterdrücke, 7. je weniger ich auf meinen Körper achte, desto männlicher bin ich.⁵⁷ Einschränkend muss jedoch hinzugefügt werden, dass diese Imperative zu Beginn des 21. Jahrhunderts längst nicht mehr die Absolutheit besitzen wie Ende der 1970er Jahre, als sie aufgestellt wurden. Und auch zu dieser Zeit galten sie nicht pauschal für alle Männer in dieser Form, auch wenn sie für viele Männer ein Leitbild darstellten. In den letzten Jahren kam es zu einer Pluralisierung der Geschlechterrollen und den Vorstellungen darüber, was männlich und weiblich ist.⁵⁸ Aber dennoch leben wir in einer überwiegend dichotomen Welt von Männlichkeit und Weiblichkeit.⁵⁹

54 Vgl. Brähler, Spangenberg: *Der kranke Mann* (2011), S. 26.

55 Kolip, Kuhlmann: *Gender* (2005), S. 12.

56 Vgl. Lois M. Verbrugge: *Gender and Health*. In: *Journal of Health and Social Behavior* 26 H. 3 (1985), S. 167.

57 Zit. nach: Matthias Weikert: *Männergesundheit – Männer und Gesundheit – Fremde Welten?* In: *Forum Männer in Theorie und Praxis der Geschlechterverhältnisse*, Heinrich-Böll-Stiftung (Hg.): *Geschlecht oder gesund? Männer und Gesundheit. Dokumentation einer Fachtagung des Forums Männer in Theorie und Praxis der Geschlechterverhältnisse und der Heinrich-Böll-Stiftung am 20./21. Mai 2005 in Berlin*. Berlin 2006, S. 11.

58 So kann bspw. Wiebke Waburg anhand von Interviews mit erkrankten Männern zeigen, auf welche unterschiedliche Weise sich Männlichkeiten konstruieren lassen. Vgl. Wiebke Waburg: *Das schwache ‚starke‘ Geschlecht? – Männlichkeit und Krankheit*. In: *Potsdamer Studien zur Frauen und Geschlechterforschung* 4 H. 1+2 (2000), S. 64–81.

59 Vgl. Weikert: *Männergesundheit* (2006), S. 8.

Als übergeordnete Gemeinsamkeit des männlichen Rollenverhaltens kann die gegenüber Frauen höhere Risikobereitschaft betrachtet werden, welche in der männlichen Sozialisation durch Wettkampf, Konkurrenz und Rivalität herausgebildet wird⁶⁰ und sich durch Demonstration von Stärke und Unterdrückung von Schwäche nach außen hin präsentiert.⁶¹ Dieses Risikoverhalten schlägt sich insbesondere auf dem Feld der Berufsarbeit nieder. Arbeit hat in unserem Kulturkreis eine Schlüsselrolle im erfolgreichen Ausleben von Männlichkeit eingenommen, da hier besonders gut in Konkurrenzsituationen agiert und Stärke ausgelebt werden kann.⁶² Dies alles sagt jedoch noch nichts über die gesundheitlichen Auswirkungen aus. Während Arbeit durchaus auch protektiv wirken kann⁶³, stellen exzessive mehrjährige Mehrarbeit, die bspw. durch das Ableisten von Überstunden entsteht, oder auch langjährige Schichtarbeit Risikofaktoren für die Gesundheit dar⁶⁴. Ähnlich gesundheitsschädlich kann sich auch die Art des ausgeübten Berufs auswirken. Die gefährlichsten Berufe, wie z. B. Bergmann oder Bauarbeiter, werden in den meisten Industrieländern hauptsächlich von Männern ausgeübt.⁶⁵ Das männliche Risikoverhalten ist in gewissen Situationen also gesellschaftlich erwünscht.⁶⁶ Die öffentlichen Erwartungen finden ihren Ausdruck auch in den gesellschaftlichen

- 60 Vgl. Jürgen Raithel: Riskante Verhaltensweisen bei Jungen. Zum Erklärungshorizont differenter Verhaltensformen. In: Thomas Altgeld (Hg.): Männergesundheit. Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention. Weinheim, München 2004, S. 149.
- 61 Vgl. Toni Faltermaier: Männliche Identität und Gesundheit. Warum Gesundheit von Männern? In: Thomas Altgeld (Hg.): Männergesundheit. Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention. Weinheim, München 2004, S. 28.
- 62 Vgl. Erich Lehner: „Männer stellen Arbeit über die Gesundheit“. Männliche Lebensinszenierungen und Wunschrollenbilder. In: Thomas Altgeld (Hg.): Männergesundheit. Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention. Weinheim, München 2004, S. 54.
- 63 Susanne Hoffmann zeigt anhand von sechs von Männern verfassten Autobiographien aus dem 20. Jahrhundert psychische, physische und soziale Ressourcen auf, die Männern durch Arbeit zur Verfügung stehen. Vgl. Susanne Hoffmann: Erwerbsarbeit – Risiko und Ressource für die Gesundheit von Männern: Sechs Autobiographien aus dem 20. Jahrhundert. In: Martin Dinges (Hg.): Männlichkeit und Gesundheit im historischen Wandel ca. 1800 – ca. 2000. (= Medizin, Gesellschaft und Geschichte, Beiheft 27) Stuttgart 2007, S. 243–258. Für Männer sind ebenfalls die Beziehungen zu Kollegen im Beruf von Bedeutung. Vgl. Roland Schell: Wenn keine Arbeit krank macht ... In: Amt für Gesundheit und Verbraucherschutz, Planungs- und Koordinierungsstelle Gesundheit; Bezirksamt Lichtenberg von Berlin, Abteilung Familie, Jugend und Gesundheit (Hg.): Man(n), wie geht's? Eine neue Perspektive für die Gesundheitsförderung. Lichtenberger Männergesundheitsbericht. Berlin 2011, S. 69.
- 64 Vgl. Johannes Siegrist: Männer in der Arbeitswelt: Auswirkungen auf die psychische Gesundheit. In: Matthias Stiehler, Lothar Weißbach (Hg.): Männergesundheitsbericht 2013. Im Fokus: Psychische Gesundheit. Bern 2013, S. 145 f.
- 65 Dinges verweist darauf, dass ein Großteil der tödlichen Arbeitsunfälle Männer betrifft. Vgl. Martin Dinges: Männer, die beratungsresistenten Gesundheitsidioten? In: Blickpunkt DER MANN 7 H. 1 (2009), S. 20.
- 66 Faltermaier spricht davon, dass sich in der männlichen Identität gesellschaftliche Erwartungen widerspiegeln. Vgl. Faltermaier: Männliche Identität (2004), S. 27.

Strukturen: „Die vorhandenen Arbeitszeitstrukturen, die Organisations- und Führungskultur festigen und reproduzieren das traditionelle Rollenverhalten. Hinzu kommen die gesellschaftliche Arbeitsteilung und das Steuer- und Sozialrecht.“⁶⁷ Aus dem männlichen Rollenverständnis lässt sich ihr funktionales Körperbild ableiten. Der Körper soll in erster Linie funktionieren und stellt damit die Basis für eine männlich dominierte Arbeitswelt dar.⁶⁸ Durch die Unterdrückung von Schwäche werden von Männern Krankheitssymptome oft nicht erkannt oder nicht als solche wahrgenommen.⁶⁹ Dies führt wiederum zu einer erst späten Bemühung um medizinische Hilfe.⁷⁰ Ist eine Krankheit jedoch eingetreten, „werden genau jene Aspekte der männlichen Identität bedroht, die vorher versucht wurden aufrecht zu erhalten: physische Stärke, berufliche Leistung, Macht und Kontrolle.“⁷¹

Eine weitere, mit den eben erwähnten Gründen zusammenhängende Ursache ist die schwierige Erreichbarkeit von Männern für Präventionsprojekte. Das zu Beginn angesprochene Präventionsdilemma galt auch auf das Geschlecht bezogen, weil nämlich v.a. Frauen die Angebote wahrnehmen, obwohl Männer sie viel nötiger hätten. Die neuere Forschung sucht dafür nicht nur auf Seiten der Männer nach Erklärungen, sondern auch auf denen der Präventionsanbieter. Frauen nehmen häufiger an Rückenschulen, Kursen zur Wirbelsäulengymnastik, Gewichtsreduktion, Ernährungsberatung, Entspannung sowie Stressbewältigung teil.⁷² Kolip und Kuhlmann verweisen auf die überwiegende Bedienung des weiblichen Stereotyps durch eben solche Kursangebote.⁷³ Altgeld deutet in die gleiche Richtung, wenn er darauf hinweist, dass sich die Anbieter über die geringe Teilnahme von Männern nicht wundern müssten, wenn zu einem „Kochkurs für Einsteiger Schürze und verschließbare Behälter oder zu Kursen für Bewegung und Stressbewältigung dicke Socken mitzubringen sind.“⁷⁴

67 Ronald Schulz: Gender Mainstreaming – Herausforderung für Männer. Workshopbericht. In: Forum Männer in Theorie und Praxis der Geschlechterverhältnisse, Heinrich-Böll-Stiftung (Hg.): Akteure des Wandels. Männer im Gender Mainstreaming. Dokumentation einer Fachtagung des Forum Männer in Theorie und Praxis der Geschlechterverhältnisse und der Heinrich-Böll-Stiftung am 9./10. Juli 2004 in Berlin. (= Schriften zur Geschlechterdemokratie der Heinrich-Böll-Stiftung; Nr. 9), Dezember 2004, S. 51.

68 Vgl. Lehner: „Männer stellen Arbeit über die Gesundheit“ (2004), S. 58.

69 Vgl. Beate Blättner, Ute Sonntag: Gesundheitshandeln von Frauen und von Männern. Eine Literaturrecherche. In: GesundheitsAkademie, Landesinstitut für Schule und Weiterbildung NRW (Hg.): Die Gesundheit der Männer ist das Glück der Frauen? Chancen und Grenzen geschlechtsspezifischer Gesundheitsarbeit. Frankfurt a. M. 1998, S. 200.

70 Vgl. Stöver: Mann (2006), S. 26.

71 Faltermaier: Männliche Identität (2004), S. 20.

72 Vgl. Kolip, Kuhlmann: Gender (2005), S. 109.

73 Ebd., S. 12.

74 Altgeld: Männergesundheit (2013), S. 10f. Auch wenn Altgeld hier die Schuld bei den Präventionsanbietern sucht, die nicht in der Lage seien, männerspezifische Angebote zu entwickeln, so muss doch auch darüber nachgedacht werden, ob sich die Männer nicht doch „idiotisch“ verhalten, wenn sie sich von logischen Anweisungen, wie dem Mitbrin-

Die Gesundheitswissenschaften versuchen seit einigen Jahren die Frage zu beantworten, wie die Gesundheit von Männern tatsächlich verbessert werden kann.⁷⁵ Um Männer verstärkt mit Präventionsangeboten zu erreichen, müssen demnach zunächst die Zielgruppen genau definiert werden. Auch wenn bis jetzt verstärkt von „den Männern“ gesprochen wurde, stellen diese doch keine homogene Gruppe dar. Vielmehr unterscheiden sie sich nach Alter, sozialer Herkunft, Status, Bildungsstand, sexueller Orientierung sowie kulturellem und religiösem Hintergrund.⁷⁶

Um die Erreichbarkeit von Männern auf dem Feld der Prävention zu verbessern, müssen sowohl die Inhalte von Präventionsangeboten als auch deren Vermarktung überprüft werden.⁷⁷ Die Gesundheitsaufklärung als klassische Instanz der Vermittlung von Gesundheitswissen setzt seit vielen Jahren auf die Produktion von Broschüren und anderen Medien. Altgeld zufolge habe die PISA-Studie nachgewiesen, dass Jungen in Deutschland eher zur Gruppe der schwachen Leser gehören und leselastige Materialien eher Mädchen an.⁷⁸ Die Gesundheitsaufklärung müsse deshalb verstärkt auf andere Formen der Wissensvermittlung setzen. Altgeld hat durch die Analyse erfolgreicher Vermarktungsstrategien von privaten Gesundheitsmarktangeboten vier Prinzipien ausgemacht, durch die eine erfolgversprechende Gesundheitsaufklärung gelingen könne. Es müssen einfache, technische Lösungsmöglichkeiten für

gen einer Schürze zu Kochkursen, damit sie ihre Kleidung nicht beschmutzen, abhalten lassen, an einem Kurs teilzunehmen.

- 75 Zum Stand der geschlechterspezifischen Präventionsangebote: Richard Lux, Ulla Walter: Prävention: Brauchen wir unterschiedliche Strategien für Frauen und Männer? In: Vera Regitz-Zagrosek, Judith Fuchs (Hg.): Geschlechterforschung in der Medizin. Ergebnisse des zweiten Berliner Symposiums an der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Frankfurt a. M., Berlin u. a. 2006, S. 35–48.
- 76 Vgl. Altgeld: *Jenseits von Anti-Aging* (2004), S. 279.
- 77 Eine Reihe von Best-Practice-Beispielen findet sich bei Altgeld und Kolip: Vgl. Michael Wüst: „Don't drink and drive“ – Nur für Jungen ein Problem? Neue Interventionsstrategien in der Verkehrserziehung. In: Thomas Altgeld, Petra Kolip (Hg.): *Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis*. 2. Aufl. Weinheim, München 2009, S. 89–102. Vgl. Hilke Bruns, Christiane Deneke: *ESSEN KOCHEN in der Jugendarbeit. Modellprojekt „Selbst is(s)t der Mann“*. In: Thomas Altgeld, Petra Kolip (Hg.): *Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis*. 2. Aufl. Weinheim, München 2009, S. 103–110. Vgl. Gunter Neubauer: „body and more“ – jungenspezifische Prävention von Ess-Störungen. In: Thomas Altgeld, Petra Kolip (Hg.): *Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis*. 2. Aufl. Weinheim, München 2009, S. 117–128. Vgl. René Setz: *Gesundheitsförderung auf der Baustelle*. In: Thomas Altgeld, Petra Kolip (Hg.): *Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis*. 2. Aufl. Weinheim, München 2009, S. 163–168.
- 78 Vgl. Thomas Altgeld: *Rein risikoorientierte Sichtweisen auf Männergesundheit enden in präventiven Sackgassen – Neue Männergesundheitsdiskurse und geschlechtsspezifische Gesundheitsförderungsstrategien sind notwendig*. In: Jutta Jacob, Heino Stöver (Hg.): *Männer im Rausch. Konstruktionen und Krisen von Männlichkeiten im Kontext von Rausch und Sucht. (= Studien interdisziplinäre Geschlechterforschung; Bd. 2)* Bielefeld 2009, S. 111.

Gesundheitsprobleme vermittelt werden; komplexere, psychische Ursachen von Krankheit müssen ausgeblendet, Erkrankungsverläufe und -wahrscheinlichkeiten bagatellisiert und zudem häufig Anglizismen verwendet werden.⁷⁹ Für eine bessere Vermarktung von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen schlägt Sieverding, simultan zum Vorgehen beim Mammographie-Screening, ein direktes Anschreiben der anspruchsberechtigten Personen vor, um so deren Motivation zur Teilnahme zu erhöhen.⁸⁰

Inhaltlich müssen die Präventionsbotschaften mit dem Selbstkonzept der Männer übereinstimmen, um sie zu gesundheitsgerechtem Verhalten zu bewegen.⁸¹ Dazu ist es unerlässlich, „die Präventionsbotschaften nach genauer Beobachtung der jeweiligen Ausgangssituation und Motivationslage an die Lebensperspektiven der Menschen anzupassen“⁸². Die bereits angesprochene Pluralisierung von Geschlechterkonzepten stellt hierfür einen Anknüpfungspunkt dar. Seit den 1990er Jahren wird sowohl medial als auch wissenschaftlich immer wieder das Bild der „neuen Männer“ gebraucht. „Neue Männer“ möchten und können Gefühle zeigen, sie sind nicht mehr auf die Bestätigung durch die Berufarbeit fixiert, sondern messen auch anderen Lebenswelten Bedeutung zu und zeichnen sich durch ein partnerschaftliches und demokratisches Verhältnis gegenüber Frauen aus.⁸³ Auch wenn sich dieses Verhaltensmuster noch längst nicht zu einem Leitbild von Männlichkeit entwickelt hat⁸⁴, wird es doch in der Gesellschaft weitgehend akzeptiert. Die These der Gesundheitsforschung lautet, dass allein dieses Verständnis von Männlichkeit dazu beitragen würde, die Gesundheit von Männern zu verbessern, da sie bspw. die Zugangsschwellen zu Präventionsangeboten verringern würde.⁸⁵

79 Vgl. Thomas Altgeld: Warum weder Hänschen noch Hans viel über Gesundheit lernen – Geschlechtsspezifische Barrieren der Gesundheitsförderung und Prävention. In: Prävention und Gesundheitsförderung 2 (2007), S. 96. Sowie: Altgeld: Warum Gesundheit (2006), S. 94.

80 Monika Sieverding: Männer und Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen. In: Amt für Gesundheit und Verbraucherschutz, Planungs- und Koordinierungsstelle Gesundheit; Bezirksamt Lichtenberg von Berlin, Abteilung Familie, Jugend und Gesundheit (Hg.): Man(n), wie geht's? Eine neue Perspektive für die Gesundheitsförderung. Lichtenberger Männergesundheitsbericht. Berlin 2011, S. 45.

81 Vgl. Klaus Hurrelmann, Ulrich Laaser: Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. In: Dies. (Hg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. 3. Aufl. Weinheim, München 2003, S. 399.

82 Michael Erhart, Klaus Hurrelmann, Ulrike Ravens-Sieberer: Sozialisation und Gesundheit. In: Klaus Hurrelmann (Hg.): Handbuch Sozialisationsforschung. 7. vollst. überarb. Aufl. Weinheim, Basel 2008, S. 438.

83 Vgl. Bernhilde Deitermann, Julia Lademann, Petra Kolip: Was können Männer von der Frauengesundheitsbewegung lernen? In: Thomas Altgeld (Hg.): Männergesundheit. Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention. Weinheim, München 2004, S. 225.

84 Vgl. Marc Calmbach, Carsten Wippermann, Katja Wippermann: Männer: Rolle vorwärts, Rolle rückwärts? Identitäten und Verhalten von traditionellen, modernen und postmodernen Männern. Opladen, Farmington Hills 2009, S. 31.

85 Vgl. Deitermann, Lademann, Kolip: Was können Männer (2004), S. 225.

Weiteres Potential steckt in der Stärkung typisch männlicher Ressourcen. Oft ist das Thema Männergesundheit⁸⁶ mit Kritik verbunden, und die Öffentlichkeit beschäftigt sich nur dann damit näher, wenn es abträgliche Schlagzeilen gibt.⁸⁷ Dieser negativ aufgeladene Männergesundheitsdiskurs ist jedoch kaum dazu geeignet, Verhaltensänderungen bei den Betroffenen einzuleiten.⁸⁸ Doch wie bereits angedeutet, hat das männliche Gesundheitsverhalten auch positive Seiten: „Das An-die-Grenzen-gehen, das Kräfte messen und die eigene Kraft spüren, die Fähigkeit, Spannungen über Bewegung abzubauen, das sind Qualitäten und Fähigkeiten, die vielen Mädchen und Frauen zu gönnen wären.“⁸⁹ Ebenso verfügen Männer über Ressourcen wie internale Kontrollüberzeugungen, Optimismus und ein hohes Selbstwertgefühl, die für die Bewältigung von Belastungen hilfreich sind.⁹⁰ In den Angeboten zur mädchen-/frauenspezifischen Gesundheitsförderung sind es oft genau diese Fähigkeiten, die trainiert werden.⁹¹

Die Kategorie Geschlecht hat sich im Kontext von aktuellen Überlegungen zu Prävention und Gesundheitsförderung deutlich als eine zentrale Komponente herausgestellt, welche auf verschiedenen Ebenen Einfluss ausübt. So haben Männer und Frauen, neben der Tatsache, dass sie einige unterschiedliche biologische Merkmale besitzen, unterschiedliche Krankheitsprävalenzen, sie haben ein unterschiedliches Gesundheitsverhalten, es gibt unterschiedliche Präventionsangebote für Männer und Frauen. Zugleich kann die Berücksichtigung der Kategorie Geschlecht auch dazu beitragen, Männer und Frauen auf diesem Gebiet besser zu erreichen. Dieses Wissen spiegelt jedoch allein den gegenwärtigen Kenntnisstand der Präventionsforschung wider und entwickelte sich erst in den letzten Jahren. Welche Bedeutung Geschlecht als Kategorie auf dem Feld der Prävention seit der Gründung der BRD einnahm, ist

- 86 Eine Definition des Begriffes „Männergesundheit“ findet sich bei Bardehle, Dinges und White: Doris Bardehle, Martin Dinges, Alan White: Was ist Männergesundheit? Eine Definition. In: Das Gesundheitswesen. Online-Publikation: 2015. <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0035-1564077> (letzter Zugriff: 02.11.2015).
- 87 Vgl. Thomas Altgeld: Die doppelte Verborgeneheit von Männergesundheits(politik). In: Markus Theunert (Hg.): Männerpolitik. Was Jungen, Männer und Väter stark macht. Wiesbaden 2012, S. 262. Ebenso: Thomas Fröhlich: Balanciertes Mann-Sein. In: Forum Männer in Theorie und Praxis der Geschlechterverhältnisse, Heinrich-Böll-Stiftung (Hg.): Geschlecht oder gesund? Männer und Gesundheit. Dokumentation einer Fachtagung des Forum Männer in Theorie und Praxis der Geschlechterverhältnisse und der Heinrich-Böll-Stiftung am 20./21. Mai 2005 in Berlin. (= Schriften zur Geschlechterdemokratie der Heinrich-Böll-Stiftung; Nr. 13) Berlin 2006, S. 16.
- 88 Vgl. Martin Dinges: Was bringt die historische Forschung für die Diskussion zur Männergesundheit? In: Blickpunkt DER MANN 5 H. 2 (2007), S. 6.
- 89 Deitermann, Lademann, Kolip: Was können Männer (2004), S. 228.
- 90 Toni Faltermaier: Gesundheit und Gesundheitshandeln von Männern im mittleren Erwachsenenalter aus salutogenetischer Perspektive. In: Martin Dinges (Hg.): Männlichkeit und Gesundheit im historischen Wandel ca. 1800 – ca. 2000. (= Medizin, Gesellschaft und Geschichte, Beiheft 27) Stuttgart 2007, S. 281.
- 91 Deitermann, Lademann, Kolip: Was können Männer (2004), S. 228.

durch die historische Forschung noch nicht ausreichend geklärt worden und soll daher im Rahmen dieser Arbeit nachgeholt werden. Dabei sollen insbesondere die Veränderungen und Brüche, aber auch die Kontinuitäten, die sich in diesem Bereich ergaben, in den Blick genommen werden.

Theoretische Überlegungen und Erkenntnisinteresse

Derzeit wird das Konzept Biopolitik meist auf Gentechnik reduziert, obwohl es im eigentlichen Sinne einen viel allgemeineren Anspruch hatte.⁹² Foucault definiert Biopolitik als

die Weise, in der man seit dem 18. Jahrhundert versuchte, die Probleme zu rationalisieren, die der Regierungspraxis durch die Phänomene gestellt wurden, die eine Gesamtheit von als Population konstituierten Lebewesen charakterisieren: Gesundheit, Hygiene, Geburtenziffer, Lebensdauer, Rassen ...⁹³

Biopolitik zeichnet sich bei Michel Foucault zum einen dadurch aus, dass sie sich zunächst ganz allgemein auf das Leben bezieht und zum anderen durch die positive und nicht repressive Art dieses Bezuges.⁹⁴ Damit ist gemeint, dass Biopolitik „durch *Förderung, Steigerung und Unterstützung des Lebens* dasselbe regiert.“⁹⁵ Foucault ging es bei der Untersuchung biopolitischer Maßnahmen im 18. Jahrhundert in erster Linie um die Offenlegung allgemeiner Machtstrategien.⁹⁶ Macht in liberalen Ordnungen darf jedoch nicht als autoritär gedacht werden, vielmehr schaffe sie Möglichkeiten, gestalte Bedingungen für menschliches Handeln und sei darauf ausgerichtet, menschliches Leben zu kultivieren.⁹⁷ Diese neue Form von Macht sei dazu bestimmt, „Kräfte hervorzubringen, wachsen zu lassen und zu ordnen, anstatt sie zu hemmen, zu beugen oder zu vernichten.“⁹⁸ Da im Zentrum dieser Machtform der Mensch als Gattungswesen steht, sind Geburt und Tod, Gesundheit und Krankheit, Arbeit und Erholung diejenigen Themenfelder, auf die sich die Biopolitik vorrangig bezieht.⁹⁹ Der Grund für das Handeln des Staates besteht, vereinfacht

92 Vgl. Maria Muhle: Eine Genealogie der Biopolitik. Zum Begriff des Lebens bei Foucault und Canguilhem. München 2013, S. 19. Kritisch zur heutigen Verwendung des Begriffes in den Industrieländern: Susanne Schult: Hegemonie, Gouvernamentalität, Biomacht. Reproduktive Risiken und die Transformation internationaler Bevölkerungspolitik. Münster 2006, S. 322.

93 Michel Foucault: Die Geburt der Biopolitik. In: Daniel Defert, François Ewald unter Mitarbeit von Jacques Lagrange (Hg.): Schriften in vier Bänden. Band III 1976–1979. Frankfurt a.M. 2003, S. 1020.

94 Vgl. Muhle: Eine Genealogie (2013), S. 9f.

95 Vgl. ebd., S. 10.

96 Vgl. Wolfgang Uwe Eckart, Robert Jütte: Medizingeschichte. Eine Einführung. 2. Aufl. Wien, Köln u. a. 2014, S. 179.

97 Vgl. Jürgen Martschukat: Die Ordnung des Sozialen. Väter und Familien in der amerikanischen Geschichte seit 1770. Frankfurt a.M., New York 2013, S. 175.

98 Michel Foucault: Der Wille zum Wissen. Sexualität und Wahrheit 1. Frankfurt a.M. 1977, S. 163.

99 Vgl. Martschukat: Die Ordnung (2013), S. 175.

gesagt, in der Notwendigkeit gesunder Bürger, welche für viele gesellschaftliche Aufgaben unabdingbar sind.¹⁰⁰ Maßnahmen der Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung sollen hier auch im foucaultischen Sinne als biopolitische Maßnahmen verstanden werden, da deren Ziele die Verbesserung und Verlängerung des Lebens sind. Diese stehen in einem Spannungsverhältnis zwischen individueller Körper- und Bevölkerungspolitik.¹⁰¹ D.h. biopolitische Handlungen betreffen das Individuum in seiner Körperlichkeit, beziehen sich aber intentional auf die gesamte Bevölkerung.¹⁰²

Zur Ausübung von Macht wird eine bestimmte Form der Regierung benötigt. Foucault verwendet den Regierungsbegriff in einem weiten Sinne, den dieser im Sprachgebrauch noch bis ins 18. Jahrhundert hinein besaß. So umfasste „Regierung“ die unterschiedlichen Formen der „Führung von Menschen“. Neben den Formen der politischen Regierung im heutigen Sinne unterschied Foucault die allgemeinen Regierungsformen, worunter er unterschiedliche Arten der Menschenführung subsumierte.¹⁰³ Dazu zählten bspw. die Leitung der Familie, die Kindererziehung, die Führung eines Geschäftes oder die Regierung des Selbst.¹⁰⁴ Um all diese Praxisfelder zur Lenkung von Menschen umfassend beschreiben zu können, führte Foucault den Gouvernamentalitätsbegriff ein. Foucault verstand unter Gouvernamentalität

die Gesamtheit gebildet aus den Institutionen, Verfahren, Analysen und Reflexionen, den Berechnungen und den Taktiken, die es gestatten, diese recht spezifische und doch komplexe Form der Macht auszuüben, die als Hauptzielscheibe die Bevölkerung, als Hauptwissensform die politische Ökonomie und als wesentliches technisches Instrument die Sicherheitsdispositive hat.¹⁰⁵

Gouvernamentalität ist damit eine spezifische Form von Biomacht, in der sich allgemeine Regierungsformen mit Formen der individuellen Selbstführung verbinden.¹⁰⁶ Es geht also vorrangig „nicht mehr um Machtausübung durch Disziplinierung, sondern darum, Individuen so anzuleiten, dass sie aus sich selbst heraus (Selbstverantwortung) bestimmte Handlungsoptionen wählen.“¹⁰⁷

100 Vgl. Wolfgang König: *Kleine Geschichte der Konsumgesellschaft. Konsum als Lebensform der Moderne*. Stuttgart 2008, S. 137.

101 Vgl. Susanne Schultz: *Biopolitik und Demografie. Eine staatskritische intersektionale Analyse deutscher Familienpolitik*. In: Eva Sänger, Malaika Rödel (Hg.): *Biopolitik und Geschlecht. Zur Regulierung des Lebendigen*. (= Schriftenreihe der Sektion Frauen- und Geschlechterforschung in der Deutschen Gesellschaft für Soziologie; Bd. 35) Münster 2012, S. 109.

102 Vgl. Eckart, Jütte: *Medizingeschichte* (2014), S. 293.

103 Vgl. Thomas Lemke: *Gouvernamentalität und Biopolitik*. Wiesbaden 2007, S. 35.

104 Vgl. ebd., S. 35.

105 Michel Foucault: *Gouvernamentalität*. In: Daniel Defert, François Ewald unter Mitarbeit von Jacques Lagrange (Hg.): *Foucault – Analytik der Macht*. Frankfurt a. M. 2005, S. 171.

106 Vgl. Hannelore Bublitz: *Der Körper, das Gefängnis des Geschlechts. Biopolitik, Sexualität und Geschlecht*. In: Eva Sänger, Malaika Rödel (Hg.): *Biopolitik und Geschlecht. Zur Regulierung des Lebendigen*. (= Schriftenreihe der Sektion Frauen- und Geschlechterforschung in der Deutschen Gesellschaft für Soziologie; Bd. 35) Münster 2012, S. 203f.

107 Hans-Georg Hofer, Lutz Sauerteig: *Perspektiven einer Kulturgeschichte der Medizin*. In: *Medizinhistorisches Journal* 42 H. 2 (2007), S. 118, FN. 63.

Gouvernementalität bezieht sich demzufolge auf solche Formen der Führung von Menschen, die durch die Kopplung an Fremdführung in einer Selbstführung münden.¹⁰⁸ Insbesondere in neoliberalen Gesellschaften erlaubt es die Gouvernementalitätsperspektive, den vermeintlichen Rückzug des Staates als eine Regierungstechnik zu dechiffrieren.¹⁰⁹ So wird die Verantwortung für Risiken wie Krankheit von einem kollektiven zu einem individuellen Problem transformiert. Ziel ist es dabei, Subjekte zu schaffen, die auf Basis eines vermeintlich freien Willens rationale und moralisch richtige Entscheidungen treffen, die auch den Staat als Kollektiv positiv beeinflussen.¹¹⁰ Denn letztendlich ist es für ihn nur von Vorteil, wenn die Individuen die Inhalte und Formen einer gesunden Lebensweise verinnerlicht haben.¹¹¹ Mit diesem Denkmodell ist es möglich, Prävention und Gesundheitsförderung nicht nur als Möglichkeiten zu mehr Kontrolle der eigenen Lebensbedingungen zu verstehen, sondern gewissermaßen auch als Techniken zur Herstellung einer Pflicht zur Gesundheit.¹¹² Hier zeigt sich auch die Relevanz des foucaultschen Konzeptes für körpergeschichtliche Fragestellungen.¹¹³

Unter dem Begriff Prävention lassen sich Disziplinartechniken zur Vermeidung von Krankheiten verstehen, die sowohl fremd- als auch selbstgeführt Anwendung finden können. Im neoliberalen Staat wird Prävention wichtiger denn je, v. a. für die Individuen, die dazu angehalten sind, sich ökonomisch zu regieren.¹¹⁴ Die Verhältnisprävention galt in früheren Jahrhunderten als ein klassisches Feld der Biopolitik. Durch den Bau von Kanalisationen, die Einführung der Müllabfuhr oder die Errichtung von Schlachthöfen sollte die Hygiene innerhalb der Stadt verbessert werden.¹¹⁵ Und auch aktuell wird vom

108 Vgl. Bublitz: *Der Körper* (2007), S. 36.

109 Vgl. Lemke: *Gouvernementalität und Biopolitik* (2007), S. 56 f.

110 Vgl. ebd., S. 55.

111 Vgl. Sylvelyn Hähner-Rombach: Von der Salutogenese zum Gesundheitsdiktat. In: Bernhard Badura, Markus Meyer (Hg.): *Erfolgreiche Unternehmen von morgen – gesunde Zukunft heute gestalten. Fehlzeiten-Report: Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft 2014*. Heidelberg 2014, S. 227.

112 Vgl. Christoph Klotter: Gesundheitszwänge im Lichte der Theorie Foucaults. In: Hans-Wolfgang Hoefert, Christoph Klotter (Hg.): *Gesundheitszwänge*. Lengerich 2013, S. 22. Kritisch mit Prävention setzt sich auch die Medizinethik auseinander: Klaus Arntz: Gibt es eine Pflicht zur Gesundheit? Zu den ethischen Grenzen medizinischer Prävention. In: *Das Gesundheitswesen* 78 H. 2 (2016), S. 71–75. Und auch die Gesundheitswissenschaften problematisieren Prävention: Ingrid Mühlhauser: *Vorsorge und Früherkennung – Präventionshandeln zwischen gesellschaftlicher Verpflichtung und individueller Selbstbestimmung*. In: Peter Hensen, Christian Kölzer (Hg.): *Die gesunde Gesellschaft. Sozio-ökonomische Perspektiven und sozialetische Herausforderungen*. Wiesbaden 2001, S. 229–247.

113 Vgl. Maren Möhring: Die Regierung der Körper. „Gouvernementalität“ und „Techniken des Selbst“. In: *Zeithistorische Forschungen / Studies in Contemporary History* 3 H. 2 (2006), S. 284–290.

114 Vgl. Ulrich Bröckling: *Prävention*. In: Ders. (Hg.): *Glossar der Gegenwart*. Frankfurt a. M. 2004, S. 213.

115 Vgl. Mica Wirtz: Mein Bauch gehört mir? Zur politischen Regulierung des Körpergewichts. In: Malaika Rödel, Eva Sänger (Hg.): *Biopolitik und Geschlecht. Zur Regulierung*

Staat noch Verhältnisprävention betrieben. Man denke bspw. an die Gesetzgebung zur Verringerung der Schadstoffemissionen oder die Regulierung von Trinkwasservorschriften.¹¹⁶ Die Verhaltensprävention ist als Technologie des Selbst im Sinne der Gouvernamentalität jedoch noch wichtiger. Das Ziel der Verhaltensprävention ist „die rationale, vom einzelnen aktiv zu steuernde Vermeidung wahrscheinlicher Erkrankung“¹¹⁷. Damit nimmt das Individualverhalten der Menschen und dessen Auswirkungen auf die eigene Gesundheit eine immer größere Rolle ein.¹¹⁸ Gleichzeitig ist Verhaltensprävention als eine kostengünstige Strategie des Staates zur Formung einer gesunden und leistungsfähigen Bevölkerung und damit zur Stärkung des wirtschaftlichen Standortes zu sehen.¹¹⁹ In der Verhaltensprävention spielt die Gesundheitsaufklärung eine wichtige Rolle. Sie „dient der Wissenserweiterung zur Verbesserung individueller Handlungsvoraussetzungen, der Steigerung der Orientierungsfähigkeit bei Gesundheitsfragen und der Stärkung der Gesundheitskompetenz.“¹²⁰ Des Weiteren gibt die Gesundheitsaufklärung der Bevölkerung Informationen zu Gesundheit und Krankheit an die Hand, auf deren Basis diese ihre Entscheidungen treffen können. Damit gibt sie gleichzeitig aber auch vor, was unter „gesundem Handeln“ zu verstehen ist.¹²¹ Da gerade Gesundheitskampagnen ohne Zwang auskommen und auf der Basis von Freiwilligkeit funktionieren,¹²² gelten sie als gutes Beispiel für die Umsetzung von Gouvernamentalität. Denise Gastaldo fasst dies folgendermaßen zusammen: „Health education is an experience of being governed from the outside and a request for self-discipline.“¹²³

rung des Lebendigen. (= Schriftenreihe der Sektion Frauen- und Geschlechterforschung in der Deutschen Gesellschaft für Soziologie; Bd. 35) Münster 2012, S. 180. Genauer zu den Mitteln der Verhältnisprävention in der Neuzeit: Alfons Labisch: *Homo Hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit*. Frankfurt a. M., New York 1992, insb. S. 105–142.

116 Vgl. Jost Bauch: *Gesundheit als sozialer Code. Von der Vergesellschaftung des Gesundheitswesens zur Medikalisierung der Gesellschaft*. Weinheim, München 1996, S. 103.

117 Peter Franzkowiak: Risikofaktoren und das „prinzipiell richtige“ Leben. Kritische Anmerkungen zum Konzept und einigen ethischen Problemen der Verhaltensprävention. In: Brigitte Stumm, Alf Trojan (Hg.): *Gesundheit fördern statt kontrollieren. Eine Absage an den Mustermenschen*. Frankfurt a. M. 1992, S. 253.

118 Vgl. Eberhard Wolff: Kulturelle und gesellschaftliche Zwänge des Gesundseins – am Beispiel des neueren Übergewichtsdiskurses. In: Hans-Wolfgang Hoefert, Christoph Klotter, (Hg.): *Gesundheitszwänge*. Lengerich 2013, S. 63.

119 Vgl. Gerlinger, Schmucker: *20 Jahre Public Health (2011)*, S. 77.

120 Erhart, Hurrelmann, Ravens-Sieberer: *Sozialisation und Gesundheit (2008)*, S. 438 f.

121 Sammer deklariert daher Gesundheitsaufklärung zu Recht als normativ. Vgl. Christian Sammer: Die „Modernisierung“ der Gesundheitsaufklärung in beiden deutschen Staaten zwischen 1949 und 1975. Das Beispiel Rauchen. In: *Medizinhistorisches Journal* 50 H. 3 (2015), S. 251 f.

122 Vgl. Wolff: *Kulturelle und gesellschaftliche Zwänge (2013)*, S. 67.

123 Denise Gastaldo: Is health education good for you? Re-thinking health education through the concept of bio-power. In: Robin Bunton, Alan Petersen (Hg.): *Foucault, Health and Medicine*. London, New York 1997, S. 118.

Das von Ulrich Bröckling 2007 eingeführte Konstrukt des „unternehmerischen Selbst“, welches sich durch das Managen, Modellieren und Verbessern seines Körpers unter ökonomischen Gesichtspunkten auszeichnet¹²⁴, bezieht sich auf Technologien des Selbst¹²⁵. Dieser Terminus wiederum verdeutlicht, „dass die Einzelnen die angewendeten Mittel zum Selbstbezug nicht aus sich selbst hervorbringen, vielmehr beziehen sie sich auf Verfahren und Schemata, die sozial ‚vorgeschlagen, nahegelegt und aufgezwungen werden‘.“¹²⁶ Technologien des Selbst ermöglichen es dem Einzelnen, „aus eigener Kraft oder mit Hilfe anderer eine Reihe von Operationen an seinem Körper oder seiner Seele, seinem Denken, seinem Verhalten und seiner Existenzweise vorzunehmen, mit dem Ziel, sich so zu verändern, dass er einen gewissen Zustand des Glücks, der Reinheit, der Weisheit, der Vollkommenheit oder der Unsterblichkeit erlangt.“¹²⁷ So konstruiert Foucault ein Subjekt, welches sich durch Selbstmodifizierung dem Leben anpasst.¹²⁸ Vorbeugen avanciert damit in gewisser Weise zu einer moralischen Pflicht des Einzelnen gegenüber der Gesellschaft.¹²⁹ Präventionsstrategien, insbesondere solche der Verhaltensprävention, können damit als Techniken des Selbst verstanden werden. In Anlehnung an Bröckling führten Lengwiler und Madárasz 2010 den Terminus des „präventiven Selbst“ ein. Das „präventive Selbst“ bildet sich in der gleichen neoliberalen Zeit und in Wechselwirkung mit der Verhaltensprävention heraus.¹³⁰ Es versteht sich als „das sich ständig beobachtende, autonome Indivi-

124 Vgl. Irene Antoni Komar: Die kulturelle Modellierung des Körpers – Empirische Befunde und theoretische Positionen. In: Dagmar Filter, Jana Reich (Hg.): „Bei mir bist Du schön ...“. Kritische Reflexionen über Konzepte von Schönheit und Körperlichkeit. (= Feministisches Forum – Hamburger Texte zur Frauenforschung; Bd. 4) Freiburg 2012, S. 230.

125 Einen Überblick über die immer zahlreicher werdenden Forschungen zu Technologien des Selbst in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts geben: Jens Elberfeld, Pascal Eitler: Von der Gesellschaftsgeschichte zur Zeitgeschichte des Selbst – und zurück. In: Dies. (Hg.): Zeitgeschichte des Selbst. Therapeutisierung – Politisierung – Emotionalisierung. Bielefeld 2015, S. 7–30.

126 Stefanie Duttweiler: Vom Treppensteigen, Lippennachziehen und anderen alltäglichen Praktiken der Subjektivierung oder: Die kybernetische Form des Subjekts. In: Thomas Alkemeyer, Andreas Gelhard, Norbert Ricken (Hg.): Techniken der Subjektivierung. München, Paderborn 2013, S. 249.

127 Michel Foucault: Technologien des Selbst. In: Daniel Defert, François Ewald unter Mitarbeit von Jacques Lagrange (Hg.): Schriften in vier Bänden. Band IV 1980–1988. Frankfurt a.M. 2005, S. 968.

128 Vgl. Thomas Etzemüller: Einleitung: Vom „Volk“ zur „Population“, vom Subjekt der Kontrolle zum Subjekt der Beratung? In: Ders. (Hg.): Vom „Volk“ zur „Population“. Interventionistische Bevölkerungspolitik in der Nachkriegszeit. Münster 2015, S. 12.

129 Vgl. Ulrich Bröckling: Vorbeugen ist besser ... Zur Soziologie der Prävention. In: *Behe-moth. A Journal on Civilisation 1* (2008), S. 47.

130 Heiko Stoff weist zu Recht darauf hin, dass es bereits in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts u. a. mit der Lebensreformbewegung oder Sexualberatungsstellen Tendenzen zu einem individualistischen Präventionsverständnis gegeben habe. Die nationalsozialistische Orientierung an der Gesundheit und Leistung des sog. Volkskörpers habe dann damit aber gebrochen. Heiko Stoff: Franz Klose, Kiel: „Auch Glück ist kein Ersatz für