

Medizin- und gesundheitsgeschichtliche Paradigmen zur geschlechterspezifischen Ungleichheit seit ca. 1750

Von kontrastiv konzipierter Ungleichheit zu intersektional bestimmten
Gesundheitsstilen?

Abstract: From contrasting inequalities towards intersectionally differentiated healthy life styles? The position of gender inequalities in leading paradigms in the social history of medicine and health research, 1750–2000. At first the author reconsiders the leading paradigms of the social history of medicine and health research during the last decades and their different ways to conceptualize gender: medicalization, the medical market place, patients' history and health history. He then turns to the concept of intersectionality and applies it to central issues of a genderspecific history of health: He considers health resources: the genderspecific capacity to speak and write about the body, health and illness; nutrition; bodily movement and sports – and behavior such as smoking. He shows, how genderspecific attributions and the role of class have changed in various degrees during the last 200 years. Gender-specific appropriations of health services are analysed next. Attending a physician or using medications changed fundamentally around 1860: men who were more active in this field before 1860, were overtaken by women afterwards.

In his conclusion the author argues that the concept of intersectionality does not consider variables such as the person's position during the lifecycle, the sociocultural-context of the actors and supply and range of markets sufficiently. All three do heavily influence health behaviors in a long-term historical perspective. The author postulates to abandon the idea of a strong relation between class or gender with specific health statuses or behaviors. Instead he pleads for a more open and empirical research on how socio-cultural milieus and gendered health behaviors are linked through different healthy life-styles.

Key Words: health history, intersectionality, medicalization, health-behavior, health resources

Einleitung

Fragen der geschlechterspezifischen Ungleichheit bei Gesundheit, Krankheit und – seltener – bei Tod sind in der öffentlichen Debatte zunehmend virulent.¹ Zumeist wird vordergründig über Ungleichheiten bei der Verteilung von Leistungen des Gesundheitssystems diskutiert. So waren bisher Probleme der Fehlversorgung (z. B. zu späte Diagnose von Herzinfarkten bei Frauen; Östrogentherapien gegen Wechseljahresbeschwerden zur Osteoporosevermeidung; nicht notwendige Kaiserschnittgeburten), Überversorgung (eifertige Operationen bei Brustkrebsverdacht, falsch positive Diagnosen bei Prostatabeschwerden), Unterversorgung (Präventionsangebote für Männer, auffallend wenig psychiatrische Diagnosen bei Männern trotz sehr viel höherer Selbstmordraten) medial politisierbar. Gern wird derzeit auch das Problem der unzureichenden Erforschung der geschlechtsspezifischen Wirkung von Arzneimitteln für Frauen aufgegriffen. Neurobiologische Forschungsergebnisse werden häufig in einer Weise popularisiert, die geschlechtsspezifische Ungleichheit bei Gesundheit und Krankheit essentialisiert. In den letzten Jahren geschah dies gelegentlich unter dem Lemma „Krankheit Mann“.

Im Zusammenhang mit Essstörungen wird über sich schlank „hungernde“ Mädchen (Anorexie) oder sich falsch und zu fett ernährende Jungen (Adipositas, Übergewicht) berichtet.² Weibliche Jugendliche, die rauchen oder an Alkoholexzessen teilnehmen, werden in den Medien besonders beachtet, weil sie gegenüber Jungen, die das schon länger tun, stärker auffallen. Gesundheitsrelevantes Verhalten erfährt seit einigen Jahren höhere Aufmerksamkeit, da es in dem mittlerweile stark veränderten Krankheitsspektrum – nach dem weitgehenden Verschwinden von „Suchen“ und dank steigender Lebenserwartung – immer wichtiger wird.

Langsam wird auch die sehr unterschiedliche Lebenserwartung von Männern und Frauen öffentlich wahrgenommen: Männer sterben im Durchschnitt in Deutschland und anderen postindustriellen Gesellschaften immer noch fünfeinhalb Jahre früher als Frauen. Das ist bisher aber weder für die Gesundheitspolitik Anlass, Daten in einem seit Jahren geforderten Männergesundheitsbericht zusammenzustellen, noch wird es in der Öffentlichkeit als Problem betrachtet.³ Ziemlich voreilig wird die Verantwortung individualisiert und auf die sich ungesund verhaltenden Männer geschoben.⁴

Es gibt also Anlass, die (alte) Frage nach der Ungleichheit gegenüber Gesundheit, Krankheit und Tod erneut zu stellen.⁵ In diesem Artikel soll einer von mehreren möglichen Wegen zur Neupositionierung des Verhältnisses von Medizin, Gesundheit, Geschlecht und Gender vorgestellt werden.⁶ Die wissenschaftsgeschichtlich orientierte Richtung der Medizingeschichte hat sich – wie die allgemeine Wissenschaftsgeschichte, die Psychiatrie-, Körper- und Sexualitätsgeschichte – in den letz-

ten Jahren zunehmend für die kulturelle Konstruktion von Geschlecht interessiert. Das lässt sich an der großen Zahl von Studien zu Hermaphroditen, zur Zweigeschlechtlichkeit, zum dritten Geschlecht, zum gleichgeschlechtlichen Begehren, zur Intersexualität etc. ablesen.⁷ Die Konstruiertheit von Gender steht deshalb auch in der Medizingeschichte nicht mehr in Frage, auch wenn über die Bedeutung der biologischen Faktoren trefflich gestritten werden kann, besonders wenn Endokrinologen oder Neurobiologen beteiligt sind.⁸

Im Folgenden gehe ich von einem Diskussionsstand in der Medizingeschichte aus, der etwas weniger konstruktivistisch geprägt ist und sich stärker an der Sozial-epidemiologie orientiert.⁹ Diese hat seit ihren Anfängen immer auch nach den Auswirkungen von Gesundheitsgefährdungen für Frauen und Männer bzw. Kinder und Jugendliche weiblichen und männlichen Geschlechts gefragt.¹⁰ Dementsprechend wurden demographische Befunde, Sterbe- und Krankheitshäufigkeiten statistisch auch nach dem Geschlecht aufgeschlüsselt.¹¹ Das sind gute Voraussetzungen, um bei der Konzeptualisierung von Gesundheit und Krankheit das Geschlecht bzw. die kulturelle Gestaltung des Geschlechts, Gender, angemessen einzubeziehen. Allerdings geht die von der historischen Demographie und der Sozialepidemiologie inspirierte Forschung im ersten Schritt von einem engen Zusammenhang zwischen dem biologischen und dem kulturellen Geschlecht von Männern und Frauen aus.¹² Diesem pragmatischen Ansatz werde ich hier folgen und insbesondere geschlechtsspezifische Ungleichheiten im Lichte der jüngeren Medizingeschichte durchmustern. Außerdem soll die Diskussion um Intersektionalität aufgegriffen werden.

Geschlechtsspezifische Ungleichheiten wurden in der Medizingeschichte der letzten dreißig Jahre immer wieder thematisiert. Gleichzeitig hat sich die Medizingeschichte von einem an den medizinischen Fakultäten institutionalisierten Fach, das im wesentlichen von und für Ärzte betrieben wurde und dementsprechend spezielle Fragestellungen verfolgte, seit den 1980er Jahren weiter entwickelt und dabei intern differenziert.¹³ Hier soll die für das Thema Ungleichheit besonders wichtige Perspektive der Sozialgeschichte der Medizin bevorzugt werden. So werde ich einleitend die Entwicklungen der Medizingeschichte während der letzten dreißig Jahre anhand der Konzeptualisierung von Geschlecht und Gender in groben Zügen charakterisieren. Die älteren Frage- und Problemstellungen zu rekapitulieren trägt auch dazu bei, die im zweiten Teil dargestellten neueren Ansätze besser situieren zu können. Freilich haben medizingeschichtliche bzw. medizinische Paradigmen auch in der Zeit vor 1980 implizit oder explizit nach dem Geschlecht differenziert. Diese werden hier aber nicht weiter verfolgt.

1. Paradigmen der Medizingeschichte und geschlechterspezifische Ungleichheiten bei Krankheit und Gesundheit

Schematisch können in der Sozialgeschichte der Medizin vier in chronologischer Abfolge entstandene, aber dann auch nebeneinander weiter bestehende Paradigmen unterschieden werden, die jeweils Forschungsprogramme, Frage- und Problemstellungen sowie Methoden strukturierten.¹⁴ Das erste, Mitte der 1980er Jahre entstandene Paradigma war fraglos jenes der Medikalisierung.¹⁵ Erforscht wurde, vereinfacht ausgedrückt, die medizinische Durchdringung vieler/aller Lebensbereiche seit der Aufklärung. Die vorrangige Untersuchungsebene war das entstehende und sich entwickelnde Gesundheitssystem, das manche im Rahmen einer sogenannten Staatsmedizin verorteten. Noch fast ausschließlich wurden Ärzte als immer dominanter werdende Berater der Obrigkeiten bis hin zu ihrer Rolle als „Gesundheitsführer“ und Anbieter medizinischer Leistungen betrachtet.¹⁶ Wichtige Themen waren der ökonomische und politische Aufstieg dieser akademisch gebildeten Ärzte, ihre Deutungsmacht für alle die öffentliche Gesundheit und die Krankheit des Einzelnen betreffenden Fragen, also ihre einflussreiche Rolle bei der Assanierung der Städte und der Hygienisierung des Alltagslebens. Auch Großinstitutionen wie das Krankenhaus oder Krankenversicherung(ssysteme) sowie deren disziplinierende Wirkungen besonders auf die Arbeiter(-gesundheit) kamen in den Blick. Die Auseinandersetzung mit den NS-Verbrechen von Ärzten und Medizinern schärfte den Blick auf die Ärzteschaft und die Macht von Spezialisten des Gesundheitssystems.

Gender, das kulturell gestaltete Geschlecht, wurde zunächst vornehmlich im Rahmen der Medikalisierungsgeschichte des weiblichen Körpers thematisiert, wobei die Inspiration aus der zeitgenössischen Frauengesundheitsbewegung wichtig war.¹⁷ Der historische Prozess wurde als Übermächtigungs-geschichte ‚der‘ Frauen durch ‚die‘ männlichen Ärzte – recht kontrastiv und durchaus analog zur Übermächtigung ‚der‘ Arbeiter durch ‚die‘ (bürgerlichen) Ärzte – konzeptualisiert. Historikerinnen und Volkskundlerinnen resp. Ethnologinnen und Sozialanthropologinnen interessierte die wissenschaftliche Begründung der „Krankheit Frau“ durch die Medizin und die Mediziner, die Medikalisierung der Geburt und anderer Ereignisse im Lebenslauf von Frauen sowie die – in Anlehnung an den frühen Michel Foucault – „wissensmachtgestützte“ Verdrängung der weiblichen Hebammen durch die männlichen Geburtshelfer.¹⁸ Insgesamt wurde Medizin vorrangig als Instrument der männlichen und bürgerlichen Repression dargestellt.¹⁹

Beim zweiten Ansatz, jenem der „medizinischen Vergesellschaftung auf dem medizinischen Markt“, ist dessen Status als eigenständiges Paradigma umstritten, denn er kann als Weiterentwicklung des erstgenannten Paradigmas betrachtet werden und hat sich nicht in dem gleichen Maße durchgesetzt.²⁰ Jedenfalls wurde dieser

Ansatz auch durch die Rezeption der britischen Sozialgeschichte der Medizin und einiger Neuansätze der französischen Forschung ab Mitte der 1990er Jahre verbreitet.²¹ Die vorrangige Untersuchungsebene blieben Gesundheitssysteme, allerdings kam nun auch die ‚vormoderne‘ Gesundheitsversorgung mit ihren Besonderheiten in den Blick, was nicht zuletzt auf den Professionalisierungs- oder Besonderungsprozess der Ärzte in der Moderne neues Licht warf. Der medizinische Markt mit weiteren Anbietern wie Laienheilern und intermediären Institutionen wurde stärker beachtet. Schließlich wurden auch die Patienten in den Blick genommen, weil man ihnen als Konsumenten medizinischer Dienstleistungen eine gewisse Verhandlungsmacht zusprach.²² Die Forschung traute ihnen das Aushandeln der Diagnose zu und erkannte ihren Handlungsspielraum in der Interaktion mit Ärzten, der von der Kooperation (*compliance*) bis zur Verweigerung reicht; auch die Möglichkeit der Inanspruchnahme oder Nicht-Inanspruchnahme des ärztlichen Angebotes wurde diskutiert; dies in der Einsicht, dass die Patienten mit ihren Krankheiten umgehen können mussten (*coping*). Die Fachtermini verweisen auf die Herkunft dieser Konzepte aus der englischsprachigen Medizinsoziologie bzw. -psychologie.

Zunächst wurde das statistisch fassbare Geschlecht der Anbieter medizinischer Leistungen thematisiert. So interessierte sich die Forschung für die ersten Ärztinnen, den Zuwachs an Ärztinnen und den Vergleich der ärztlichen Tätigkeit von Frauen und Männern. Die Weiblichkeitszuschreibung an den Beruf der Krankenschwester kam in den Blick, während es noch einige Zeit dauerte, bis man auch die wenigen männlichen Pfleger, die besonders in der Psychiatrie tätig waren, entdeckte.²³ Die späte Beachtung von Gender gilt auch für andere Gesundheitsberufe. Bald wurde auch das Geschlecht der Kranken und der Konsumenten von Gesundheitsdienstleistungen stärker beachtet, etwa im Hinblick auf Arbeiterinnen.²⁴

Beim dritten Paradigma, der Patientengeschichte, fand sich der spät entdeckte Akteur, der Patient bzw. die Patientin, oft ziemlich allein im Mittelpunkt des Interesses. Forschungen dazu wurden nämlich meist nur nachrangig mit weitergehenden Fragen zum Gesundheitssystem verknüpft. Darin zeigen sich der Ertrag der anthropologischen bzw. kulturgeschichtlichen Erweiterung der Sozialgeschichte der Medizin wie auch deren damalige Grenzen. Jedenfalls wurden erfahrungsgeschichtliche Fragestellungen ab dem Ende der 1990er Jahre deutlicher, aber in der Forschung nie dominant. Krankheiten und Unfälle standen mit der Konzentration auf die kranke Person weiter im Vordergrund, da der Diskurs der Medizingeschichte mit deren Frage nach den Leistungen und Grenzen der Medizin bestimmend blieb. Vorrangig untersucht wurden Personen, die sich – individuell oder kollektiv, z. B. in Vereinen – mit Krankheit und Gesundheit befassten und sich außerdem als Patienten und Patientinnen mit dem Gesundheitssystem konfrontiert sahen oder – in einer späteren Phase – als Teil des Systems verstanden wurden.

Innerhalb des Paradigmas der Patientengeschichte ist also zwischen zwei Varianten zu unterscheiden. Patientinnen und Patienten wurden und werden noch als Objekte medizinischen Handelns erforscht; man fragte nach der Behandlung von Patientinnen und Patienten oder von Kollektiven, zum Teil auch differenziert nach Versicherungsstatus und Ort der Behandlung – in der Arztpraxis oder im Krankenhaus.²⁵ Weiterhin wurde die historische Konstitution von Patientenkollektiven wie von „Alten“ oder von „Kindern“ untersucht.²⁶ Rückschlüsse auf das Verhalten und die Intentionen der Betroffenen wurden gezogen. In der zweiten Variante des Paradigmas der Patientengeschichte treten Patientinnen und Patienten als handelnde Subjekte in den Blick. Hier wird nach dem Wissen über Krankheit resp. Gesundheit gefragt, ähnlich wie sich die Körpergeschichte für das Körperverhältnis interessiert.²⁷ Auch wird die Medienspezifik der Äußerungen von Patientinnen und Patienten, etwa in Tagebüchern und Briefen, analysiert.²⁸ Praktiken zur Vermeidung von Krankheit oder zur Förderung von Gesundheit werden beachtet. Interessen und Aktivitäten von Patientinnen und Patienten für Naturheilvereine und „medizinkritische Bewegungen“ werden erforscht.²⁹ Diese zweite Variante lässt sich als Patientengeschichte im engeren Sinn verstehen. Sie unterscheidet sich von der Patientengeschichte im weiteren Sinn, die Patientinnen und Patienten als Objekte medizinischer Behandlung in den Blick nimmt.³⁰

Als Objekte des medizinischen Systems wurden Patienten früh nach dem Geschlecht differenziert – etwa hinsichtlich ihrer Behandlung in psychiatrischen und anderen Krankenhäusern.³¹ Der unterschiedliche Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen bzw. zur medizinischen Behandlung war eine zentrale Frage. Das Geschlecht blieb dabei eine statistisch definierte Kategorie. Gender hingegen wurde erst mit der Analyse des unterschiedlichen Wissens über Krankheiten und mit der Frage nach den gesundheitsrelevanten Praktiken der Patienten thematisch.³² In diesen oft auf Einzelne bezogenen Fallstudien ging man der Differenzierung des Wissens und der Praktiken und auch bereits der Frage nach, was dies zur kulturellen Gestaltung der Geschlechter beitrug.³³

Das vierte Paradigma, jenes der Gesundheitsgeschichte, fragt nach der Salutogenese. Damit verschiebt sich der Fokus auf die Bedingungen (der Ermöglichung) von Gesundheit (Salutogenese), während Schädigungsereignisse nur noch nachrangig betrachtet werden, wie dies auch die Gesundheitswissenschaften tun.³⁴ Stress veranlasst danach die Akteure, Gesundheitsressourcen zu entwickeln, um sie bei der nächsten schwierigen Situation einsetzen zu können. Ihr stärkstes Mittel gegen Krankheit ist ein „sense of coherence“, also ein Kohärenzgefühl, das ihnen erlaubt, nicht nur ihr Leben als sinnvoll, sondern auch gesundheitliche Herausforderungen als verstehbar und handhabbar zu erleben. Für die Gesundheitsgeschichte bedeutet dies: Es gibt keine vorrangige Untersuchungsebene mehr. Frühere Präferenzen

in den verschiedenen Phasen der Sozialgeschichte der Medizin – einmal für die Systemebene, dann für das Subjekt resp. den Akteur – sollen überwunden werden. Personen können – individuell oder kollektiv – ebenso im Fokus stehen wie intermediäre Institutionen oder ganze Gesellschaften, die sich mit Gesundheit und Krankheit auseinandersetzen. Durch Verbindung der Mikro-, Meso- und Makroebene sollen alle produktiven Ansätze aus der bisherigen Sozialgeschichte der Medizin integriert und heuristisch fruchtbar gemacht werden.³⁵ Verhalten und Verhältnisse kommen so mit ihrer Bedeutung für Gesundheit in den Blick. Krank oder gesund machende Verhältnisse können als solche analysiert und beschrieben werden, Gesundheit aber ist nur an Personen und Kollektiven feststellbar.³⁶

Die Analyse von Gesundheitspraktiken, der sogenannte praxeologische Zugang, dürfte sich hier heuristisch als besonders ertragreich erweisen. Wichtig ist es dabei, die Vielfalt der Akteure zu beachten und ihren jeweiligen Beitrag zu ihrer eigenen Gesundheit in den Blick zu nehmen. Das gilt für das gesundheitsrelevante Verhalten jedes Einzelnen ebenso wie für Anbieter von (wirklich oder angeblich) gesundheitsförderlichen Leistungen. Deshalb sind – neben den Medizinerinnen und Ärzten – die bisher weniger beachteten Vermittler medizinischen Wissens wie Krankenschwestern, Lehrerinnen und Lehrer, Fürsorgerinnen resp. Sozialarbeiter aller Art, Fachhändler wie Augenoptiker etc. sowie intermediäre Institutionen stärker zu beachten.³⁷

Eine derart weite Fragestellung nach den Bedingungen von Gesundheit erfordert die Analyse sämtlicher gesundheitsrelevanter Praktiken der Akteure und der Institutionen. Das allerdings bringt die Gefahr einer Entgrenzung des Gegenstandes mit sich. Bereits der Gesundheitsbegriff ist problematisch: Von der „Abwesenheit von Krankheit“ bis zum „vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefinden“ in der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 1946/48 reichen die gängigen Definitionen.³⁸ Hat die Abgrenzung von Krankheit noch den Charme, dass mit dem Krankheitsgeschehen eine (relativ) klare Grenze gezogen werden kann, beschreibt die WHO ein utopisches Projekt.³⁹ Die Unschärfe und Weite des Begriffs hat aber auch ihr Gutes: Sie kann heuristisch aufschlussreich sein. Der Stellenwert von Gesundheit hat sich seit der Aufklärung stark verändert: von der als distinktiv erstrebten und zum Teil anderen aufgenötigten Gesundheit des Bürgertums über die völkische und später nationalsozialistische „Gesundheitspflicht“ bis hin zur neoliberalen Fassung als individuelle Verpflichtung zur Herstellung der Vermittelbarkeit auf dem Arbeitsmarkt (*employability*). Sich die Wandelbarkeit des Gesundheitsbegriffs vor Augen zu führen, kann für die problematischen Seiten von Biopolitik und Gesundheitsutopien sensibilisieren. In praxeologisch angelegter Forschung wird die Analyse aktivierter Subjekte (Akteure) und sozialer Systeme verbunden.

Unter dem jüngeren Aspekt von Gender werden die Wissensbestände der Akteure über Körper, Gesundheit und Krankheit, deren Erwerb, Modifizierung und Weitergabe noch relevanter. Selbst für postindustrielle Dienstleistungsgesellschaften muss der Haushalt als Ort der Gesundheitsförderung beachtet werden. Die Forschungsergebnisse der Gesundheitswissenschaften belegen, dass das Familienleben für die Prägung des Gesundheitshabitus weiterhin hohe Bedeutung hat.⁴⁰ Durch andere Sozialisationsagenturen (wie Kindergarten und Schule) ist der im Familienleben ausgebildete Gesundheitshabitus nur schwer zu modifizieren.⁴¹ Der Haushalt ist auch immer noch jener Ort, an dem der größte Teil der Kranken- und Altenpflege geleistet wird. Hier kommt die weiterhin sehr ungleiche Aufgabenverteilung zwischen Frauen und Männern im Bereich der Kranken- und Altenpflege in den Blick.

Auf der intermediären und der gesellschaftlichen Ebene werden spezifische Institutionalisierungsgrade und Ausgestaltungen sichtbar. So kann die Vermittlung von Gesundheitswissen wie auch die Vermarktung und Verbreitung von Gesundheitsthemen professionell oder semiprofessionell geschehen. Dies ist jeweils auf genderspezifische Produktions- und Rezeptionseffekte hin zu untersuchen, was methodisch unterschiedlich gelöst werden kann.⁴² Weiterhin bleibt der unterschiedliche Zugang zu Gesundheitsberufen und Vermittlertätigkeiten im Gesundheitswesen ein Thema – von der „Mütterlichkeit als Beruf“ und der Zuschreibung von Gesundheitskompetenz an Frauen bis zur Diskussion um die Feminisierung von Berufsfeldern.

Da die Gesundheitskompetenz von Individuen und Kollektiven letztlich entscheidend ist, dürfte die Analyse unterschiedlicher gesundheitsrelevanter Praktiken am ehesten zum Ziel führen. Das kulturell, ökonomisch, sozial und politisch vielfältig bedingte Gesundheitsgeschehen und die Wirkungen des Gesundheitswesens lassen sich am besten unter dem Gesichtspunkt ihrer deklarierten (normativen) Gesundheitsziele bündeln. Dabei kommen neben den geschlechtsspezifischen Wissensbeständen und Praktiken kollektive soziale Lagen wieder stärker in den Blick, die bei den eher individualisierenden Tendenzen der Patienten(kultur-)geschichte zuweilen weniger beachtet wurden.

2. Neukonzeptualisierung von geschlechterspezifischen Ungleichheiten bei Gesundheit und Krankheit

Nach diesem schematisierenden Überblick über die Entwicklungstendenzen und Paradigmen in der Sozialgeschichte der Medizin soll im Folgenden der Stellenwert von Gender in einer neuen Gesundheitsgeschichte an einigen Beispielen präzisiert

werden. Dem salutogenetischen Ansatz der Gesundheitsgeschichte entsprechend beginne ich mit den Praktiken der Akteure. Ich betrachte zunächst ihre Thematisierung von Körper, Gesundheit und Krankheit, dann ihre Gesundheit fördernden oder gefährdenden Praktiken. Danach diskutiere ich, wie sie das medizinische und pharmazeutische Angebot für sich nutzen. Stand in der an Krankheit und Schädigungseignissen orientierten Medizingeschichte das Heilangebot im Vordergrund, wird im salutogenetischen Ansatz die Aneignung des Angebots durch Patientinnen und Patienten untersucht.

Zur Verdeutlichung meines Argumentationsgangs stelle ich der Analyse geschlechtsspezifischer Ungleichheiten jeweils eine kontrastiv konzeptualisierte, populäre Gender-Zuschreibung voran. Dies ist und bleibt (leider) geboten, weil solche binären Konstruktionen im öffentlichen ‚Gesundheitsdiskurs‘ und auch noch in den Gesundheitswissenschaften wirkmächtig sind.⁴³ Sie sollen (gesundheits-)politisch mobilisieren und werden – je nach Bedarf der Interessengruppe, die sie nutzt – für oder gegen die eine oder andere Hälfte der Bevölkerung gewendet. Man denke etwa an Begriffe – um nicht zu sagen – Parolen wie die ‚Klagsamkeit‘ oder ‚Körpersensibilität‘ der Frauen auf der einen, Männer als ‚Gesundheitsmuffel‘ oder ‚Gesundheitsidioten‘ auf der anderen Seite.⁴⁴

Danach stelle ich komplexere Deutungen des jeweiligen Verhaltens vor. Eine gewisse Orientierung kann dabei die derzeit in der Genderforschung viel diskutierte „Intersektionalität“ bieten.⁴⁵ Dieser Ansatz zielt auf die Beachtung kumulativer Effekte von Ungleichheit. Solche wurden zunächst an der doppelten Benachteiligung „farbiger“ Frauen in den USA während der 1970er Jahre beobachtet, ehe der Begriff 1989 von der amerikanischen Juristin Crenshaw geprägt wurde.⁴⁶ Von der US-amerikanischen Forschung inspiriert, werden dabei *gender*, *class* und *race* als Kategorien der Ungleichheit miteinander in Verbindung gebracht. Dadurch soll nicht zuletzt einer als relativ beliebig kritisierten Auswahl von Faktoren, die Ungleichheit erzeugen, vorgebeugt werden, denn das führe lediglich zu einer hohen Zahl unterschiedlichster Typen von Ungleichheitslagen, was wissenschaftlich wenig aussagekräftig und auch Gender-politisch nicht mehr von Nutzen sei. Intersektionalität strebt also einen Mittelweg zwischen der dargestellten politisierten (binären) Vereinfachung in der öffentlichen Debatte und der völligen Auflösung der Kategorie Gender in der (sozial- oder kultur-)wissenschaftlichen Bearbeitung an.⁴⁷

Race – im Deutschen oft unzulänglich als ‚Ethnizität‘ umschrieben – dürfte für das Gesundheitsverhalten im deutschsprachigen Raum bis in die 1970er Jahre – nicht zuletzt wegen Datenmangels – eine wenig relevante Kategorie sein. Rassenideologische Zuschreibungen, beispielsweise antisemitische Zuschreibungen an Juden, können für die Analyse von deren Gesundheitsverhalten eben gerade keine generalisierbare Differenz begründen.⁴⁸ Allenfalls wäre Religionszugehörigkeit eine Kate-

gorie, die sich für das Gesundheitsverhalten als aussagekräftig erweisen könnte.⁴⁹ Das zeigt z. B. auch das statistisch signifikant unterschiedliche Herzinfarkttrisiko von katholischen und evangelischen Kirchenangehörigen.⁵⁰ Ein anderes Beispiel wäre der kulturspezifisch besondere medizinische Bedarf muslimisch geprägter Migrantinnen und Migranten. Auch für die Analyse des Gesundheitsverhaltens von südeuropäischen Migranten, die unter dem Lemma ‚Ethnizität‘ rubriziert werden könnten, dürfte dieser Begriff wenig hilfreich sein („Migrantenmedizin“), da die unterschiedlichen Herkunftsgebiete und sozialen Verhältnisse das Gesundheitsverhalten wenig einheitlich prägen. Migranten kommen außerdem erst seit den 1980er Jahren in den Blick der Gesundheitsforschung. Noch bis in die 1970er Jahre war der Anteil – sämtlicher – Ausländer an der Bevölkerung eher gering (1970 ca. 5%, 2000 ca. 9%, derzeit ca. 8% der BRD-Bevölkerung⁵¹). Gesundheitsgeschichtlich bleibt *race* als Kategorie für die Erklärung von Praktiken im deutschen Sprachraum also über lange Zeit wenig relevant. Auch angesichts der Differenzierung der Migrantenbevölkerung scheint mir das Konzept nicht weiterführend.

Aus dem Standardset des Intersektionalitäts-Ansatzes bleibt demnach neben Gender nur Klasse als wesentliche Ungleichheitskategorie.⁵² Im Folgenden wird kein spezifischer Klassenbegriff verwendet, sondern das offenere Konzept von Klasse aus dem englisch- und französischsprachigen Kontext bevorzugt, das mit dem Schichtbegriff weitgehend identisch ist. Für unser Thema ist bemerkenswert, dass in der neuesten deutschsprachigen Literatur zu Intersektionalität „Körper“ als vierte „Strukturdimension“ genannt wird.⁵³ Dadurch erhielten so wichtige, Ungleichheit begründende Faktoren wie das Lebensalter und die Lebensphasen, der Gesundheitszustand oder eine Behinderung Eingang in das Intersektionalitäts-Konzept. Allerdings generieren noch weitere Kategorien Ungleichheit im Bezug auf das Gesundheitsverhalten, wie ich zeigen werde. Wie belangvoll diese Kategorien im Vergleich zur Trias *gender, class, race* (eventuell zuzüglich des Körpers) sind, soll im Fazit dieses Beitrags geklärt werden.

2.1 Gender-sensible Thematisierung von Körper, Gesundheit und Krankheit

Eine wichtige Voraussetzung für gesundheitsförderliches Verhalten ist die Möglichkeit, Körper, Krankheit und Gesundheit überhaupt ansprechen zu können. Kontrastiv werden im populären Diskurs (Alltagsdiskurs) gender-spezifische Dispositionen wie folgt konzeptualisiert: Frauen reden über Gesundheit, Männer nicht – oder erst dann, wenn es schon (fast) zu spät ist.⁵⁴ Auch die aktuellen gesundheitswissenschaftlichen Beobachtungen legen die Ausgangshypothese nahe, dass von einer erheblichen geschlechtsspezifischen Ungleichheit bei der Thematisierung von Kör-

per, Krankheit und Gesundheit auszugehen ist. Sowohl der Alltagsdiskurs als auch der medizinische Diskurs platzieren Personen und Kollektive sowie ihr Verhalten immer auch normativ im sozialen Raum. Die Lebensführung von Frauen wird als gesundheitsförderlicher eingestuft.

Sehen wir uns die Männer genauer an. Zu ihrem Gesundheitsverhalten gibt es mittlerweile für den Zeitraum von der Mitte des 17. Jahrhunderts bis zur Gegenwart breit gestreute Forschungsergebnisse:⁵⁵ Rebekka Habermas wertete Korrespondenzen aus dem gehobenen Kaufmannsmilieu für die Zeit um und nach 1800 aus. In der damals entstehenden bürgerlichen Gesellschaft redeten die Männer untereinander zwar wenig über Körper- und Gesundheit, in gemischten Geselligkeiten aber sehr wohl, denn bei diesen Gelegenheiten sprachen Frauen und Männer Geburten, Krankheiten und Todesfälle im Familienkreis an.⁵⁶ Es kam also weniger auf das Geschlecht der Gesprächsteilnehmer als auf den Kontext an. Gemischtgeschlechtliche Geselligkeiten förderten offenbar die Thematisierung von Krankheit und Gesundheit.

Mag dies auch Ausdruck eines spezifisch bürgerlichen, Oberschichtigen und gebildeten Kommunikationsstils sein, so verweisen meine Untersuchungen zu Selbstzeugnissen von Soldaten und Offizieren des Dreißigjährigen Krieges auf einen ähnlichen Zusammenhang. Hier führten weder der gesellschaftlich höhere Stand der adeligen Obristen noch ihr teilweise elaborierter Sprachstil zu mehr Aussagen zum Thema. Vielmehr griffen einige Söldner ebenso wie einige Offiziere das Thema auf. Entscheidend für die Thematisierung war „familia“ – sei es als Lebensform des Adels, deretwegen Krankenbesuche unter Standesgenossen auch während des Feldzuges obligatorisch waren, oder als Lebensform von Soldaten, die mit einer Partnerin und Kindern umherzogen.⁵⁷ Auch in dieser Quelle ist also nicht das Geschlecht, sondern der Handlungskontext entscheidend.

Eine weitere, näher an den Ereignissen entstehende Quellengattung ist das Tagebuch. Es bestärkt uns darin, Schicht oder Bildungsniveau für die Thematisierung von Krankheit und Gesundheit nicht zu überschätzen. So schreibt der Garnhändler und Kleinbauer Ulrich Bräker (1735–1798) als Angehöriger der ländlichen Unterschicht in seinem fast 2.300 Seiten starken Diarium ständig über Krankheit (701mal), auch über Gesundheit (207mal) bei sich und anderen, und über seinen Körperzustand. Offenbar ersetzte das Tagebuch-Schreiben die schwierige Kommunikation mit seiner überaus strengen Gattin. Bei den Bemerkungen zur Gesundheit schreibt Bräker 146mal über sich, 61mal über Dritte. Unter 701 Einträgen zu Krankheiten betreffen insgesamt 489 Nennungen die eigenen Beschwerden, fast die Hälfte davon sein Gemüt, also seelische Belastungen.⁵⁸ Insgesamt zeigt uns die Analyse von Bräkers Texten einen Mann mit einem beachtlichen Maß an Reflexivität hinsichtlich seiner Körperlichkeit, seiner Gesundheit und seiner Psyche.⁵⁹ Dieses

Verhaltensmuster verweist auf ein Modell von Männlichkeit, das in Widerspruch zu gängigen Zuschreibungen der Gesundheitswissenschaften an Männer steht.

Für einen späteren Zeitraum, die Jahre von 1800 bis 1950, liegt eine gründliche Analyse von Korrespondenzen von Männern vor. Unterschieden wurden Briefwechsel lediger oder verheirateter Männer mit anderen Männern, mit Frauen oder mit einem geschlechtergemischten Empfängerkreis. Dem lag die Hypothese zu Grunde, dass sich der Zivilstand und das Geschlecht der Adressaten auf die Inhalte auswirken könnten. Nicole Schweig hat diese Quellen anhand eines systematisch konstruierten Quellenkorpus für drei Zeiträume und jeweils für Personen aus vier Schichten analysiert.⁶⁰ Daraus sollen hier nur einige Ergebnisse referiert werden, die einen Bezug zur Ausgangshypothese von spezifisch männlichen Thematisierungssperren aufweisen.

Abweichend von dem schon dargestellten Befund, dass gemischtgeschlechtliche familiäre Handlungskontexte für die Thematisierung von Körper, Krankheit und Gesundheit förderlich sind, zeigte sich bei der quantitativen Auswertung, dass das Wohlbefinden insgesamt – also das eigene und jenes Dritter – vor 1886 und nach 1918 häufiger in Briefen an Berufskollegen als in „Familienbriefen“ angesprochen wurde. Möglicherweise ist hier die „Belastungsgemeinschaft“ derjenigen, die ähnliche Berufe ausüben, wichtig, da man sich wegen vergleichbarer Erfahrungen Verständnis erhofft. Allerdings schreiben Verheiratete oder Ledige in Briefen an Partnerinnen und Mütter häufiger über das eigene Wohlbefinden.⁶¹ Anscheinend erlaubt die persönliche Nähe dann doch mehr Aussagen über sich selbst. Das Geschlecht des Adressaten sowie der Zivilstand des Absenders determinieren hier also die Schreibpraxis.

Auch die Vorstellung einer gesellschaftlich durchgängig ungleichen Verteilung der Kenntnisse von Gesundheitsressourcen erweist sich als unzutreffend. So wussten Männer aus allen Schichten über die Gefahrenvermeidung bei der Arbeit und die Möglichkeit und Notwendigkeit von Erholung recht gut Bescheid. Angehörige der Unterschichten thematisierten häufiger die Ernährung, Männer aus der Oberschicht eher Kleidung und Bewegung als Gesundheitsressourcen. Erst bei den konkreten Maßnahmen zur Gesundheitsförderung (etwa Spaziergänge am Stadtrand oder Kuraufenthalte) wird eine schichtspezifische Ungleichheit wirksam, denn der ökonomisch und sozial mögliche materielle und zeitliche Aufwand war unterschiedlich.⁶² Die soziale Schicht wirkte sich also erstaunlich wenig auf der Ebene des Wissens aus. Dieser Faktor kam erst bei den Verhaltensoptionen stärker zum Tragen.

In einem letzten Punkt decken sich Schweigs Befunde aus den Korrespondenzen mit den Tagebüchern Bräkers: Männer interessieren sich in beiden Quellengattungen mehr für den eigenen Gesundheitszustand als für den Gesundheitszustand anderer. Das entspricht den Ergebnissen der Forschung zu Unterstützungsnetzwer-

ken in der aktuellen Gesundheitswissenschaft und deutet auf eine ziemlich dauerhafte Verhaltensdisposition hin.⁶³ Danach helfen Frauen Dritten mehr und erhalten auch mehr Hilfe als Männer.

Erstaunlicherweise kommt der deutlichste Beleg gegen die These der geringeren Thematisierung von Körper, Gesundheit und Krankheit durch Männer ausgerechnet aus einer Studie zu Männern und Frauen des 20. Jahrhunderts. Susanne Hoffmann wertete 155 nicht veröffentlichte populäre Autobiographien aus Deutschland, der Schweiz und Österreich aus, die sie als Quellenkorpus systematisch nach Geschlecht, Geburtskohorten (von 1890–1940) und Schicht zusammenstellte. Außerdem beachtete sie die Wohnortgröße und die Konfession.⁶⁴ Nicht nur wiesen die Männer, deren Texte hier mit jenen von Frauen verglichen wurden, ein beachtliches Gesundheitswissen auf. Überraschend war, dass Männer in ihren Selbstzeugnissen Gesundheit sogar etwas häufiger als Frauen thematisierten.

Als Ergebnis dieser Forschungen zu dreihundert Jahren Thematisierung von Körper, Krankheit und Gesundheit kann bei aller Verschiedenheit der Quellen vorläufig festgehalten werden, dass die aus aktuellen Beobachtungen entwickelte Ausgangshypothese geschlechtsspezifischer Ungleichheit zutreffen mag. Im Beobachtungszeitraum förderten jeweils anlassbezogen besonders gemischte Geselligkeit sowie Selbstreflexion in Tagebüchern oder Autobiographien und auch Korrespondenzen mit der Familie bei Männern die Thematisierung von (eigener) Gesundheit und von Gesundheitsproblemen. Für eine gender-sensible Gesundheitsgeschichte ist gerade dieser Kommunikationszusammenhang zentral.⁶⁵ Es fällt offenbar leichter, an Adressaten aus der Familie oder dem Berufsumfeld über Gesundheitsverhältnisse zu schreiben, wie es in den Briefen an Berufskollegen geschah.⁶⁶ Demgegenüber weist manches darauf hin, dass Männer während der letzten Jahrhunderte eine geringere Neigung hatten, solche Themen anzusprechen, wenn sie unter sich waren: Die rein männliche bürgerliche Geselligkeit wäre ein Beleg, die Korrespondenzen zwischen Männern während des 19. Jahrhunderts ein anderer.

Entscheidend für weitergehende Überlegungen zur Kategorie Gender in der Gesundheitsgeschichte ist nun, dass die (angenommene) Ungleichheit bei der Thematisierung von Krankheit, Gesundheit etc. sich offenbar je nach Situation sehr unterschiedlich gestaltet und auswirkt. Nur mit den Strukturkategorien des Intersektionalitätsansatzes käme man hier wohl nicht weit: Der Faktor Klasse bzw. Schicht ist für die Thematisierung insgesamt (für mich selbst erstaunlich) weniger bedeutsam – und das schon in ständischen Verhältnissen des Dreißigjährigen Krieges; die soziale Schicht ist allenfalls für die Akzentuierung bestimmter Inhalte belangvoll: Über das Essen schrieben z. B. Unterschichtangehörige, weil und wenn sie zu knapp versorgt waren; Oberschichtangehörige kamen im Ersten Weltkrieg weniger gut mit dem ihnen unbekanntem Mangel in Hungerjahren zurecht. Geselligkeitsformen

und Korrespondenzpartner sowie deren geschlechterspezifische Zusammensetzung erweisen sich als die entscheidend intervenierenden Variablen. Erwähnt sei noch, dass sich die Medialität, also die Gattung Korrespondenz im Vergleich zu Tagebüchern oder Autobiographien, nicht sehr stark auswirkt.⁶⁷ Als These lässt sich formulieren, dass man die Thematisierung von Gesundheit nur dann gender-sensibel konzeptualisieren kann, wenn man den Handlungskontexten nicht nur Beachtung schenkt, sondern auch eine gegenüber den „Strukturkategorien“ vorrangige Bedeutung der Kontexte nicht von vornherein ausschließt.

2.2. Ernährung als Gesundheitsressource: Von der klassen- und geschlechter-spezifischen Benachteiligung zur gender-spezifischen Kompetenz-zuschreibung und Dramatisierung?

Angemessene Ernährung wird traditionell als Voraussetzung für Gesundheit betrachtet. Von den antiken Gesundheitslehren bis zur Ratgeberliteratur des 18. bis 20. Jahrhunderts kann man dies beobachten. Hunger und dessen langfristige Folgen für die körperliche und geistige Entwicklung werden derzeit fast nur noch im Zusammenhang mit der „Dritten Welt“ thematisiert. In den postindustriellen Wohlfahrtsgesellschaften stehen hingegen Übergewicht und Essstörungen im Vordergrund.⁶⁸ Dementsprechend hat sich auch die Diskussion des Einflusses des Geschlechts (zuletzt auch: Gender) auf das Gesundheitsbewusstsein und -verhalten erheblich verändert. Heute werden im populären Diskurs ernährungsbewusste Frauen den an gesunder Ernährung angeblich weniger interessierten Männern gegenübergestellt. Von den Ernährungsproblemen her gedacht, sind „anorektische Mädchen“ und „dicke Jungs“ die emblematischen Personifikationen für diese Debatte zu den jüngeren Jahrgängen. Diese Leit-Ikonen der öffentlichen Debatte zeigen aber auch, dass die Zuschreibung von Gesundheitsbewusstsein und -handeln an Frauen nicht so glatt aufgeht, wie es auf den ersten Blick scheint. Jedenfalls wird aktuell ein Leitbild gesunder Ernährung verbreitet, das Aufmerksamkeit und Kompetenz bei der Beurteilung von Lebensmitteln und der Zusammenstellung von Tagesrationen verlangt. Mit dieser Orientierung wird die Hoffnung auf ein längeres gesundes und zufriedenes Leben verbunden. Ernährung wird als wichtige Gesundheitsressource stilisiert.

Der Zusammenhang von Ernährung und Gesundheit ist kein neuer Topos. Die älteren Gesundheitsratgeber betonten in antiker Tradition vor allem das richtige Maß: Man sollte nicht zu viel essen oder gar fressen.⁶⁹ Das war ein moralischer Diskurs, der gegen den älteren bäuerlichen Jahreszyklus von mageren Phasen und großen Festmählern gerichtet war und von dem christlichen Urteil her, Völlerei sei

eine Sünde, verstanden werden muss.⁷⁰ Außerdem zielte dieser Diskurs eher auf das Oberschichtenproblem der Überernährung. Der Versuch, den Ernährungsrhythmus zu regulieren, war eher gender-indifferent und von ständischen Botschaften begleitet. Ein gewisser Klassencharakter dieser Mäßigkeitsdiskurse zeigte sich spätestens bei der Diskussion um den Hunger, der bis in die Zeit des Pauperismus geführt wurde: Hier ging es vorrangig um eine ausreichende Ernährung für „das Volk“, die ebenfalls geschlechtsunspezifisch diskutiert wurde.

Erst im weiteren Verlauf des 19. Jahrhunderts entwickelte sich die Gesundheitsratgeberliteratur aus einer allgemeinen Klugheitslehre über eine gute Lebensführung, die selbstverständlich auch Männer lasen, zu einer Textgattung, die sich vorrangig an jene Person in der Familie richtete, die als besonders gesundheitskompetent betrachtet wurde:⁷¹ die Frau als Hausfrau und Mutter. Sie wurde entschieden zur Verantwortlichen stilisiert, die für die ganze Familie über die richtige, also ausreichende und ausgewogene Ernährung wachen sollte.⁷² Dieser Aspekt ist gendergeschichtlich wichtiger als die Analyse der wenigen Ernährungsempfehlungen, die vorrangig auf Frauen oder auf Männer zielen mögen. Genderdifferenz wird hier vorrangig über die Zuschreibung einer an das Geschlecht gebundenen Kompetenz generiert. Das von den Populationisten aller Länder besonders intensiv bearbeitete Feld der Säuglingsernährung hatte bereits früher diesen Nexus zwischen der Frau und ihrer Gesundheitskompetenz hergestellt.⁷³

In der Naturheil- und Reformbewegung wurde dann – besonders breitenwirksam seit der Jahrhundertwende – der Zusammenhang von Gesundheit und Ernährung betont: Industrialisierungskritik, Naturromantik und die Verherrlichung von Natürlichkeit im Gegensatz zur Künstlichkeit des „modernen Lebens“ in den Städten gingen dabei eine vielschichtige Verbindung ein.⁷⁴ Zwar wurden bürgerliche Geschlechtermodelle übernommen, Ernährung in ihren Auswirkungen jedoch noch nicht als gender-relevant betrachtet.

Gesundheitsgeschichtlich ist letztlich die Frage nach der praktischen Wirksamkeit dieser Diskurse wichtiger als deren wiederholte Analyse. Die Frage lässt sich nicht ausreichend mit der Auswertung von – zumeist präskriptiven – Schriften klären. Korrespondenzen und andere Selbstzeugnisse sind geeignetere Quellen, denn hier zeigt sich, wie die diskursiv verbreiteten Ideen angeeignet wurden. Und es stellt sich heraus, dass Männer und Frauen sich des wichtigen Beitrages der Ernährung zu ihrer Gesundheit sehr wohl bewusst waren. Unter allen Themen, die zur klassischen Diätetik gehören (also neben der Ernährung noch Schlaf, Kleidung, Bewegung, Klima etc.), werden in dem von Nicole Schweig ausgewerteten Briefkorpus die Ernährungsfragen am häufigsten angesprochen.⁷⁵ Es waren vor allem die jüngeren, ledigen Männer unter 35 Jahren, die das Thema aufgriffen – wohl auch deshalb, weil sie in dieser Stichprobe im 19. Jahrhundert als Auswanderer und im 20.

Jahrhundert als Soldaten besonders unsicherer und oft mangelnder Versorgung ausgesetzt waren. Außerdem bleibt der Zusammenhang mit der Schichtposition stark: Vor allem Angehörige der Unterschicht äußerten sich. So galt es 1916 als beruhigende Meldung nach Hause, dass man „ordentlich dick geworden, und für den Bewegungskrieg vollkommen gerüstet“ sei.⁷⁶ Eine Ernährung, die sichtbare Fettreserven aufbaute, galt demnach als „gut“, als vorteilhafte Ausstattung des Körpers für bevorstehende Belastungen.

Der Arbeiterführer August Bebel beschäftigte sich auch mit „natürlicher“ oder vegetarischer Ernährung. Zwar ließ er sich einmal Grahambrot in seine Gefängniszelle schicken, aber den reinen Obstkorb eines Freundes, der Vegetarier war, hielt er 1887 doch für unangemessen. Er meinte, bei gesunder Lebensweise mit Bewegung in der Natur könne man sehr wohl auch Fleisch verzehren.⁷⁷ In der hohen Bewertung des Fleisches vertrat er die gleiche Meinung wie die Arbeiter seiner Zeit. Sie hielten Fleisch für besonders geeignet, ihre Arbeitskraft wieder herzustellen. Ausweislich ihrer Korrespondenzen wollten vor allem die Männer aus der Arbeiterschaft nicht auf dieses Lebensmittel verzichten, das überdies ein Statussymbol war.

Ernährung war auch in den populären Autobiographien des 20. Jahrhunderts (in 88 Prozent aller von Susanne Hoffmann untersuchten Texte) von Männern und Frauen ein Thema.⁷⁸ Wie in den Briefen wurde sie besonders wichtig, wenn die Ernährungslage unsicher war, wie in Kriegszeiten für die gesamte vom Krieg betroffene Bevölkerung und für die Soldaten „im Feld“.⁷⁹ Krisenhafte Mangelsituationen wie 1916 und 1946/47 veranlassten selbst die besser versorgten Angehörigen der Oberschicht, ausnahmsweise wieder über Ernährungsprobleme zu schreiben.⁸⁰ Hier zeigt sich ein Quellenproblem für gesundheitsgeschichtliche Fragestellungen: Tendenziell äußern sich Personen eher zur Ernährung, wenn sie zum Problem wird.⁸¹ So lange die Versorgung sichergestellt ist, gilt sie als banal und nicht der Rede wert.

Im Hinblick auf die kulturelle Konstruktion des Geschlechts ist der Bericht eines jungen Soldaten über seine Versorgung mit Lebensmitteln an seine Eltern noch in anderer Hinsicht interessant.⁸² Er ist ebenso eine Form des *doing gender* wie die briefliche Mitteilung des gefangenen Arbeiterführers an seine Ehefrau, er habe im Gefängnis genug zu essen.⁸³ Umgekehrt ist der explizite Verzicht des Soldaten und Familienvaters auf Nahrungspakete, die ihm seine Frau schicken wollte, eine Form, seine Rolle als Hauptnährer durch den Nahrungsverzicht im Krieg weitab von der Familie zu erfüllen.⁸⁴ Er begründet die Ablehnung nämlich mit der schlechteren Versorgung, die die Familie nach Abzweigung der Lebensmittel für ihn träfe. Die Ehefrau hatte ihm angeboten, ihre Aufgabe, den „Hauptnährer“ zu versorgen, bis auf das ferne Kriegsgebiet auszudehnen.

Gender- und gesundheitsgeschichtlich wird die Benachteiligung der Frauen bei der Aufteilung der verfügbaren Mahlzeiten als mentales Relikt aus Agrargesellschaft-

ten angesehen. Sie sei im Lauf der Industrialisierung besonders in Mangelperioden in den Haushalten noch eine gewisse Zeit fortgesetzt worden.⁸⁵ In der „erfahrenen Geschichte“ populärer Autobiographen wird sie durch das einprägsame Beispiel eines österreichischen Häuslerkindes in Erinnerung gerufen: Bezeichnenderweise war es nicht der auf dem Hof arbeitende Junge, sondern das weibliche Ziehlkind, das als letztes noch in den 1950er Jahren zu wenig zu essen bekam.⁸⁶ Für Arbeiterhaushalte ist vom letzten Drittel des 19. Jahrhunderts bis in die Jahre nach der Weltwirtschaftskrise das folgende Modell immer wieder belegt: In Zeiten des Mangels wurden die „Hauptverdiener“ oder „Familienernährer“, also die Ehemänner und Väter sowie die arbeitenden älteren Söhne bei der Zuteilung der Portionen bevorzugt.⁸⁷ Auch die zwischen 1890 und 1910 geborenen Frauen aus den Unterschichten berichten in ihren Lebenserzählungen noch von solchen Benachteiligungen. Mit letzten Ausläufern bis in die Mitte des 20. Jahrhunderts – bei Bergbauernhöfen oder besonders benachteiligten Familien auf dem Land – lassen sich die genderspezifischen Aspekte von Ernährung also noch unter dem Gesichtspunkt der Ernährungsbenachteiligung diskutieren.

Der Hinweis auf die Diätetik hat aber klar gemacht, dass das Interesse an guter, angemessener Ernährung schon im 19. Jahrhundert verbreitet war und dann mit dem Ziel einer reformierten Kost als reine „Naturernährung“ aufgewertet wurde. Später popularisierte die Ernährungswissenschaft die Sorge um die ausreichende Ernährung, erweitert um die Idee der ausgewogenen und auch vitaminreichen Ernährung. Dies führte zu einer teilweisen Verwissenschaftlichung des Alltagsdiskurses in Sachen Ernährung.⁸⁸ Kochbücher und hauswirtschaftliche Ausbildungen, die sich gezielt an die Hausfrauen sowie an junge Frauen, die typische „Frauenberufe“ ergreifen wollten, richteten, trugen zur Verbreitung wissenschaftlich begründeter Ernährungs-Empfehlungen bei.⁸⁹ Nach der „Fresswelle“ der 1960er Jahre, in der es noch einmal, allerdings schon auf gehobenem Niveau, um das Sich-satt-essen ging, wurde das Thema noch wichtiger, was sich in Frauenzeitschriften, Familienzeitschriften (wie etwa *Hör zu*), Radio- und Fernsehsendungen gut verfolgen ließe.⁹⁰ Damit weitete sich aber der Adressatenkreis über Frauen hinaus aus. Ernährungsratgeber erleben derzeit eine Renaissance und sind heute gefragt denn je.

Mit dem Schlankheitskult wurde ein ästhetisch begründetes Körper(selbst-)bild seit den 1920er Jahren breitenwirksamer. Immer mehr Mädchen und Frauen wollten dem von den Oberschichten ausgehenden Körperideal entsprechen und vor allem schlank sein.⁹¹ Hier erhielt das Thema einen neuen Akzent, der von Gesundheit wegführen konnte, wenn er bewirkte, dass junge Frauen und Mädchen immer weniger aßen. Gewicht zu verlieren wurde für viele eine Obsession. Das Schlankheitsideal führte zur Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper.⁹² Besonders die Frauenzeitschriften verdanken seither ihre Existenz den immer neuen – angeblich diesmal

wirklich wirksamen – Diätempfehlungen. In populären Selbstzeugnissen gewinnen Diäten erstmals in der in den 1920er Jahren geborenen Frauengeneration an Bedeutung. Wie bei der Nahrungsbenachteiligung, die mit den zwischen 1890 und 1910 geborenen Frauen wohl endete, ist also auch bei der Durchsetzung des neuen Körperbildes Generationalität bedeutsam.

Die Gesundheitsrelevanz der Ernährung veränderte sich im 20. Jahrhundert grundlegend von einem Problem der existenziellen Ernährungssicherung zu einer gewissen Dramatisierung von Ernährung im Zusammenhang mit Selbst-Ästhetisierung. Mangelernährung war noch deutlich klassenspezifisch und verband sich oft mit einer besonderen Benachteiligung von Frauen. Seitdem aber die Körperästhetik im Vordergrund steht, sind nicht nur Frauen betroffen. Das Körperideal des Waschbrettbauchs junger Männer wird seit einigen Jahren von Männergesundheitsmagazinen für deren – überwiegend sehr junge – Leserschaft propagiert.⁹³ Parallel dazu steigen nun auch die nach wie vor sehr geringen Fallzahlen von Jungen mit Essstörungen langsam an.

Als Ergebnis verändert sich die Bedeutung von Ernährung im Alltagsleben.⁹⁴ Dass das Thema weiterhin vorwiegend weiblich besetzt ist, mag die Schwierigkeiten vieler Männer erklären, sich dafür zu interessieren. Doch auch immer mehr Männer verändern ihr Ernährungshandeln. Daher wird die Forschung gender- und schichtspezifische Ernährungsstile in den Blick nehmen müssen. Die Beispiele aus diesem Kapitel zeigen, wie dabei die schichtspezifischen Erfahrungen und Dispositionen zunehmend durch die genderspezifischen überlagert wurden. Gleichzeitig haben die genderspezifischen Erfahrungen einen grundlegenden Wandel durchgemacht: Bei den Frauen wich klassenspezifische residuale Nahrungsbenachteiligung der aufgenötigten und teilweise akzeptierten Schlankheitsobsession; für die Männer verschwand schichtspezifischer Mangel und Ernährung wurde auch für sie auf neue Weise relevant: als Strategie, sich mittels geeigneter Ernährung männlich-körperlich zu ästhetisieren. Kontrastive und dichotome Zuschreibungen erweisen sich daher als immer weniger passend.

2.3. Bewegung, Turnen und Sport als Gesundheitsressourcen: Perspektiven jenseits langfristiger Gender-Stabilität

Für die Gesundheitsressource Bewegung lässt sich eine parallele Entwicklung von der älteren Diätetik, die nach den handfesten sportlichen Aktivitäten der Antike vor allem die Bewegung an der frischen Luft propagierte, bis zum modernen Leistungssport beschreiben.⁹⁵ Hier kann sie nur knapp skizziert werden.⁹⁶ Wieder gehe ich von der gängigen kontrastiven Konzeptualisierung aus, nach der angeblich Männer

viel Sport trieben und treiben, Frauen hingegen wenig, Sport also eher männlich codiert sei. Entgegen dieser Sichtweise ist zwischen den verschiedenen Formen alltäglicher Bewegungen vom Fußweg zur Schule oder Arbeit bis zum Spaziergang zu unterscheiden, weiterhin zwischen (der älteren und neueren) Gymnastik, Sport und Bodybuilding, um ein genaueres Bild der Gesundheitszuschreibungen und ihrer Gender-Relevanz zu erhalten.

Das Bewusstsein, dass Bewegung eine bedeutende Gesundheitsressource ist, bildete sich im 19. Jahrhundert zunächst in den körperlich wenig geforderten Oberschichten. Der (bürgerliche) Spaziergang, als Familien- und Sonntagsspaziergang – mit explizit geforderter Anwesenheit des Vaters – im 19. Jahrhundert hoch geschätzt, wurde im 20. Jahrhundert teilweise durch distinktivere Aktivitäten wie Reiten, Sport und Gymnastik verdrängt.⁹⁷ Besonders junge Männer praktizieren und schätzen den Sport verstärkt seit der Wende zum 20. Jahrhundert. Im ersten Drittel des 20. Jahrhunderts differenzierten sich Turnen, Sport und Touristik (Wandern, Radfahren etc.) aus, die heute alle unter dem Sammelbegriff Sport verhandelt werden.⁹⁸ Auch die Körperertüchtigung im Schulunterricht und der nicht in Vereinen praktizierte Sport sind zu beachten. Vielleicht war der für Knaben seit den 1840er Jahren, für Mädchen seit den 1860er Jahren verbindliche Sportunterricht gar nicht so wichtig, da er nur selten zu regelmäßiger sportlicher Betätigung im späteren Leben führte. Jedenfalls dürfte für eine gender-sensible Gesundheitsgeschichte die Bewegung im Alltag zumindest ebenso wichtig sein wie die Mitgliedschaft in Sportvereinen.⁹⁹ Aus populären Autobiographien ist zu erkennen, dass auch die Lebensreform- und die Jugendbewegung langfristig stärker habitusbildend war für einen holistischen Sportstil, der den ganzen Körper gesundheitsförderlich in den Blick nahm. Die während der NS-Zeit annähernd gleich starke Förderung von Jungen und Mädchen war demgegenüber zwar beliebt, wurde aber nicht unbedingt habitusbildend für das weitere Leben.¹⁰⁰ Offenbar orientierten sich die um 1920 geborenen Frauen und Männer stärker auf den Leistungssport als ältere Generationen, die am ganzheitlichen Sportstil festhielten. Hier koinzidiert also die Generationszugehörigkeit mit einer Veränderung des Sportstils, allerdings innerhalb eines sich nur sehr langsam wandelnden Rahmens geschlechterspezifischer Sportbeteiligung. Diese bleibt im 20. Jahrhundert nämlich erstaunlich konstant.¹⁰¹ Sie ist mit einem Verhältnis von sechs Männern zu vier Frauen weniger unterschiedlich nach den Geschlechtern, als es die Zahlen zu den Vereinsmitgliedschaften nahelegen. Das erklärt sich mit dem für die gesundheitsgeschichtlichen Fragestellungen wichtigen Befund, dass 83 Prozent der Aktivitäten außerhalb von Institutionen stattfanden.¹⁰² Eine Verengung der Perspektive auf Vereinssport wäre also unangebracht. Das gilt umso mehr, als sich in den letzten Jahren auch in der Gesundheitsberatung eine gewisse Aufwer-

tung der Alltagsbewegung als Gesundheitsressource beobachten lässt, der gegenüber die Propagierung des Sports etwas zurücktritt.

Diese knappe Skizze muss hier genügen. Sie zeigt die Potenziale einer gendersensiblen Gesundheitsgeschichte. Die Kategorie Schicht war lange sowohl für die Praktiken der körperlichen Bewegung als Gesundheitsressource wie für den Sport sehr wichtig, sei es für den „bürgerlichen Sport“ im langen 19. Jahrhundert oder für die Varianten des Volks- und des Arbeitersports nach 1918. Sowohl die Teilnahme am Sport als auch die Wahl der Sportarten wird durch das kulturelle Geschlecht (Gender) maßgeblich und differenzierend bestimmt. Das gilt aber wohl sehr viel weniger für Bewegungspraktiken insgesamt. Die Bedeutung der Schicht wird erst ab den 1950er Jahren in der Bundesrepublik und insbesondere in der DDR deutlich geringer. Mittlerweile ist ein besonders bewegungsarmes und (aktiv-)sportfernes Verhalten eher unterschichtig. Die Frage nach Bewegungs- und Sportstilen bietet aber eine aussichtsreiche Heuristik, um den Konstruktionen und Performanzen von Geschlecht durch gesundheitsrelevante Bewegungspraktiken näher zu kommen.

2.4 Risikoverhalten Rauchen: Vom Männlichkeitsmarker zur Weiblichkeitsperformanz, vom gesellschaftlichen Standard zum Unterschichthabitus und zu jugendlichem „Bewältigungsverhalten“

In der aktuellen Gesundheitsdiskussion, die nach dem weitgehenden Verschwinden der sogenannten Volksseuchen und bei einer immer älter werdenden Bevölkerung Lebensstile stärker beachtet, spielt weltweit das Rauchen eine zentrale Rolle. Die Aufmerksamkeit ist gerechtfertigt, denn anders als beim Alkoholenuss sind die Forschungsergebnisse hier einhellig: Die Gesundheitsgefährdung beginnt mit der ersten Zigarette und ist auf die Dauer je nach Höhe des Konsums erheblich.¹⁰³ Das ist seit langem bekannt.¹⁰⁴ Es trotzdem zu ignorieren, gilt zu Recht als Risikoverhalten.¹⁰⁵ Auch für eine gender-sensible Gesundheitsgeschichte ist das Thema relevant. Zwar schnupften und rauchten adelige Damen seit dem 17. Jahrhundert, Bäuerinnen auch noch im 19. Jahrhundert, aber das Rauchen wurde lange Zeit vorwiegend kontrastiv konzeptualisiert. Man hatte offenbar vorwiegend die bürgerlichen Milieus im Blick.¹⁰⁶ Es hieß, Rauchen sei männlich, Frauen rauchen (angeblich) nicht oder (sollten jedenfalls) nicht rauchen. So ließ sich der steigende Anteil rauchender Frauen gut als Emanzipationsgeschichte deuten.¹⁰⁷

Schon im ersten tabakkritischen deutschsprachigen Buch, einer Schrift des Sigmund von Birken aus dem Jahr 1658, finden sich ebenso wie 1863 bei Reclam Bemerkungen, die das Rauchen als männliches Privileg und die Teilhabewünsche der Frauen als vermessen zurückweisen. Tatsächlich rauchen Männer heutzutage

weltweit immer noch viermal häufiger als Frauen (und zumeist auch noch mehr Zigaretten pro Tag als diese). In der Bundesrepublik Deutschland ist der Abstand allerdings mit 38 Prozent Rauchern und etwas mehr als 32 Prozent Raucherinnen viel geringer. Aktuell beginnen sogar etwas mehr weibliche als männliche Jugendliche zu rauchen.¹⁰⁸ Um 1900 betrug die Relation der Raucher zu den Raucherinnen noch neun zu eins – die tendenzielle Angleichung der Geschlechter ist also evident.¹⁰⁹

Der aktuelle Befund gibt Anlass, die bisher übliche Verbindung des Rauchens mit Gender zu hinterfragen. Tabakkonsum wurde seit seiner Einführung immer auch gesundheitsbezogen diskutiert – einmal mit Hoffnungen auf Heilwirkungen, dann wieder als Gesundheitsgefährdung.¹¹⁰ Auch als Aphrodisiacum oder umgekehrt als Mittel zur Unterdrückung des Begehrens oder als Ursache von Impotenz wurde Rauchen seit dem 17. Jahrhundert thematisiert.¹¹¹ Beginnen wir mit der Gender-Zuschreibung. Wenn seit den 1950er Jahren signifikant mehr Frauen rauchen, seit ca. dreißig Jahren Männer aber eher damit aufhören, dann deutet dies zumindest auf einen Rückgang der Gender generierenden Bedeutung des Rauchens für Männer hin. Gleichzeitig scheint das Rauchen für die kulturelle Gestaltung des weiblichen Geschlechts (Gender) neue Bedeutung zu gewinnen.¹¹² Bei Jugendlichen ist dieser Trend noch auffälliger. Anscheinend ist Männlichkeit für einen pubertierenden Jungen durch die Zigarette nicht mehr so eindeutig darstellbar wie noch vor dreißig Jahren und für frühere Generationen. Demgegenüber scheint Rauchen für viele Mädchen sehr attraktiv. Das mag immer noch etwas mit einer Vorstellung von der Eroberung von Praktiken und (öffentlichen) Räumen zu tun haben, die früher den Jungen vorbehalten waren – also mit Emanzipation. Risikobereitschaft – hier in Gesundheitsdingen – zu zeigen, mag zu diesem Ziel passen, auch wenn es vielleicht eher um Selbsterfahrung geht.¹¹³

Diesem Motiv kann ein zumindest gleichwertiges zweites Motiv an die Seite gestellt werden: Immer mehr Mädchen und Frauen wollten – spätestens seit den 1920er Jahren, als sich das entsprechende Körperideal durchzusetzen begann – schlank sein.¹¹⁴ Die Tabakindustrie hat mit ihren Werbekampagnen seit den 1930er Jahren diesen Wunsch beachtet und die Zigarette als Alternative zu Süßigkeiten beworben.¹¹⁵ Aus der Wirkungsforschung zu ihren Kampagnen in den USA und im Vereinigten Königreich ist bekannt, dass Frauen diese Botschaft bereitwillig aufgriffen.¹¹⁶ Bekanntlich zielten und zielen Jungen und Männer immer noch weniger auf Schlankheit, die sie zumeist als eher bedeutungslos einschätzen – und sind im Ergebnis dann häufiger übergewichtig. Schon mindestens seit drei Generationen ist also von sehr unterschiedlichen Motiven von Frauen und Männern wie auch innerhalb der Geschlechter für das Rauchen auszugehen. Demnach greift die Deutung des Rauchens von Mädchen und Frauen als Aspekt des Emanzipationsprozesses

sicher zu kurz, auch wenn dieser Aspekt in der öffentlichen Wahrnehmung und deshalb wohl auch später in der Forschung im Vordergrund stand. Gendergeschichtlich dürfte die Anpassung an ein als erstrebenswert dargestelltes Körper- und Weiblichkeitsideal mindestens ebenso wichtig sein.¹¹⁷ Dessen Aspekte sind im Einzelnen sicher interpretationsbedürftig, aber sie verweisen nicht unbedingt auf Emanzipation.

Jedenfalls kann festgehalten werden, dass die Verbindung von Männlichkeit und Rauchen spätestens seit etwa 1900 immer weniger trägt. Daran haben weder die erneute Verknüpfung des Rauchens mit soldatischer Männlichkeit bei allen Krieg führenden Mächten in beiden Weltkriegen noch die ziemlich erfolgreichen nationalsozialistischen Versuche einer Remaskulinisierung des Rauchens etwas geändert.¹¹⁸ Die Gesundheitsrelevanz des Härteimperativs für die NS-politisierte Krieger-Männlichkeit kann hier offen bleiben.¹¹⁹ Mittlerweile ist das Rauchverhalten statistisch weitgehend geschlechtsneutral, während sich genderspezifische Bedeutungen belegen lassen.¹²⁰

Demgegenüber ist der Faktor Schicht derzeit viel gewichtiger als noch in den 1970er Jahren und früher. Stilisierte man das Rauchen besonders während des „bürgerlichen Zeitalters“ als „männlich“ und als Zeichen besonderer Genussfähigkeit sowie gesellschaftlich als statusbildend, so löste sich dieses eng verwobene Knäuel von Zuschreibungen seit den 1980er Jahren immer mehr auf. Insbesondere Männer aus den Mittel- und Oberschichten nahmen nun – zunächst in den USA – Gesundheitsargumente stärker wahr und gaben das Rauchen auf. Diese Praxis verlor also ihren früheren sozial distinktiven Nutzen. Dementsprechend wird das Rauchverhalten heute sehr viel stärker durch die Schichtzugehörigkeit (und die Art der Berufstätigkeit) geprägt als durch das Geschlecht. So rauchen Angehörige der Unter- und unteren Mittelschicht wie Bauarbeiter und Busfahrer mittlerweile etwa dreimal mehr als Lehrer oder Apotheker.

Dieses Bild bestätigt sich auch beim Blick auf die Jugendlichen. Seit der Antike wird Neues oft zuerst von Jugendlichen ausprobiert. Das gilt auch für das zumindest statistisch mittlerweile wenig geschlechterspezifische Rauchverhalten. Auch hier erweist sich die Schichtzugehörigkeit als ausschlaggebend. Das Rauchen korreliert in Deutschland bekanntlich noch stärker als in anderen Ländern mit dem besuchten Schultyp. Hauptschüler beiderlei Geschlechts rauchen häufiger als Realschüler und diese mehr als Gymnasiasten. Die Raucherquote der ständigen Raucherinnen und Raucher ist beispielsweise an Hauptschulen mit 24 Prozent (Schülerinnen und Schüler der Sekundarstufe I) mehr als dreimal so hoch wie an Gymnasien mit 7 Prozent.¹²¹

Rauchen in der Jugendphase verweist darüber hinaus auf „Bewältigungsverhalten“. Jugendliche beiderlei Geschlechts müssen während der Pubertät und in der Adoleszenz den schwierigen Weg in ein Leben als Erwachsene schaffen. Dazu werden kulturell unterschiedliche Angebote gemacht. Traditionell zählt Risikoverhalten eher zur Ausbildung männlicher Geschlechtsidentitäten.¹²² Mädchen missachten schon seit den 1980er Jahren hinsichtlich des Rauchens Gesundheitsrisiken offenbar eher als früher. Das mag eine gewisse Angleichung der Lebensentwürfe zeigen. Für die Gender-Zuschreibung des Rauchens bleibt gesundheitsgeschichtlich festzuhalten, dass sie sich für junge Leute statistisch fast ganz aufgelöst hat. Die in den Gesundheitswissenschaften so genannten „negativen Freiheiten“ – also Möglichkeiten sich selbst schädigenden Verhaltens – werden von Männern und Frauen inklusive der damit einhergehenden Risiken nunmehr gleichgewichtiger wahrgenommen.¹²³ Dementsprechend ist auch die gängige exklusive und oft kontrastiv geschlechterspezifische Zuschreibung von Risikoverhalten an (junge) Männer weniger überzeugend.¹²⁴ Demgegenüber scheint sich bei den erwachsenen Rauchern wie bei männlichen Jugendlichen – ganz entgegen den üblichen Zuschreibungen – nun ein erhöhtes Risikobewusstsein einzustellen. Strukturbildend für den gesundheitsrelevanten Habitus ist im Ergebnis weniger das Geschlecht als eine bestimmte Lebensphase mit ihren Aufgaben, das jugendliche Alter, und vor allem die Schichtzugehörigkeit.

3. Geschlechterspezifische Inanspruchnahme des medizinischen Angebots

Die Inanspruchnahme des medizinischen Angebotes ist von der Forschung bisher weniger in den Blick genommen worden als das Angebot selbst und dessen Veränderungen durch Professionalisierung, Kommodifizierung und andere Makroprozesse der Moderne. Auch hat man die Adressaten des Angebotes vorrangig aus der Sicht der Anbieter betrachtet, was sich z. B. zutreffend im Konzept der Medikalisierung der Frau beschreiben ließ. Hier soll nun im Sinn einer Geschichte der Aneignung von Gesundheitsressourcen diese Entwicklung aus der Sicht der Kranken und später der Patienten, also der Nachfragenden beiderlei Geschlechts, beschrieben werden. Die Betrachtung von Geschlecht resp. Gender steht auch hier im Vordergrund.

3.1 Geschlechterspezifische Inanspruchnahme der Ärzte: Von Männerdominanz (bis 1800) über den Ausgleich zur Frauendominanz (ab 1860) in den Sprechzimmern

Die Inanspruchnahme der Ärzte ist ein wertvoller, aber diskutabler Indikator für das medikale Verhalten, denn Selbstmedikation blieb zumindest bis ca. 1900 vorrangig, auf dem Land und in der Arbeiterschaft teilweise sogar bis in die frühen 1950er Jahre.¹²⁵ Außerdem waren die nichtärztlichen Anbieter zumindest bis in das letzte Drittel des 19. Jahrhunderts zahlreicher als die Ärzte.¹²⁶ Damals wurde aber auch der Arztbesuch – zunächst in den Städten – wichtiger; zuerst in den Ober- und Mittelschichten, nach Einführung der Krankenkasse mit Pflichtmitgliedschaft auch in den Unterschichten.¹²⁷ Die historischen Subjekte taten also noch sehr viel mehr selber für die Bewältigung ihrer Krankheiten und konsultierten oft vorrangig eine Reihe anderer Heilanbieter. Die Inanspruchnahme von Ärzten ist aber ein quellenmäßig relativ gut belegbarer Indikator, der auch über längere Zeit rekonstruierbar ist.¹²⁸

In der aktuellen Gesundheitsdebatte wird das Thema kontrastiv dargestellt: Frauen gehen zum Arzt, Männer nicht – oder erst dann, wenn es zu spät ist. Das wird zumeist noch ziemlich essentialistisch begründet. Nun zeigt die historische Analyse, dass diese Verhältnisse keineswegs „seit der Steinzeit“ bestehen.¹²⁹ Vielmehr hat sich die Nachfrage von Frauen und Männern nach der Dienstleistung von Ärzten in den letzten hundert Jahren verändert.¹³⁰ Ohne hier auf die besonderen Bedingungen einzugehen, die zum Besuch eines bestimmten Arztes an einem gegebenen Ort führen, zeigt sich folgende langfristige Tendenz.¹³¹ Die Wundärzte als gleichwertige Behandler und Spezialisten für „äußere Beschwerden“ (Quetschungen, Brüche etc.) müssen bei Aussagen zur Frühen Neuzeit – und je nach Territorium bis ca. 1850 – in die Berechnungen einbezogen werden.

Bis um 1800 nutzten Männer die dementsprechend weit definierten Arztpraxen häufiger als Frauen. Während des folgenden halben Jahrhunderts glichen sich die Zahlen für die Konsultationen in etwa an. Je nach Behandler waren etwas mehr Männer oder etwas mehr Frauen in den Praxen, ohne dass eine generelle Tendenz feststellbar wäre. Um ca. 1860 veränderte sich diese Geschlechterparität ziemlich abrupt in allen untersuchten Praxen von Deutschland bis Kanada, von der Schweiz bis Belgien. Nun entstand ein Verhältnis von ca. 60 Prozent Frauen zu 40 Prozent Männern in Arztpraxen.¹³² Dieses Verhältnis ist bis 1900 gut belegt.¹³³ Es ist erstaunlich, dass dann folgende Medikalisierungsschübe in Bezug auf die Körper der Frauen – insbesondere im Zusammenhang mit Menstruation und Geburtenverhütung seit den 1960er Jahren und schließlich mit der Menopause im ausgehenden 20. Jahrhundert – zu keiner weiteren signifikanten Veränderung des Geschlechterverhältnisses in den Arztpraxen geführt haben.

Offenbar lässt sich für die Zeit von ca. 1800 bis ca. 1860 eine Um- bzw. Neuprägung eines älteren genderspezifischen Habitus beobachten. Im Ergebnis führte dies bei Männern seit 1860 zu einer eher geringeren, bei Frauen zu einer häufigeren und dann regelmäßigeren Nutzung des ärztlichen Angebots. Da der Wandels vor 1870 eintrat, kann er noch nicht mit einer generell gestiegenen therapeutischen Leistungsfähigkeit der Ärzte begründet werden. Weiterhin war die bisher als bedeutsam unterstellte leichtere Zugänglichkeit des medizinischen Angebotes für Frauen durch deren eigenständige Berufstätigkeit und eigene Versicherungsmitgliedschaft oder Familienmitversicherung noch gar nicht gegeben.¹³⁴

Eine Analyse der spezifischen Bedarfe von Männern und Frauen liegt nahe. Nur für eine einzige Praxis sind dazu bisher Daten erhoben worden, indem die Diagnosen mit dem Geschlecht verknüpft wurden: Die kanadische Medizinhistorikerin Duffin konnte zeigen, dass in der Praxis von Langstaff im Umland von Toronto die seit 1860 signifikant zunehmende Inanspruchnahme des Arztes durch Frauen mit deren wachsendem Bevölkerungsanteil und mit dem Bedarf der verheirateten Frauen an Geburtshilfe erklärt werden kann. Daraus kann hier das Ansteigen der Inanspruchnahme von 40 auf 50 Prozent bei den Frauen und das Absinken der Arztbesuche von Männern von 38 auf 28 Prozent erklärt werden.¹³⁵

Das deckt sich mit dem längerfristigen Trend in der Nachfrage von Frauen nach geburtshilflicher Unterstützung. Mittlerweile kann von folgendem Diffusionsprozess ausgegangen werden: Ab etwa 1780 ziehen die Fürstinnen und Landesmütter den ärztlichen Geburtshelfer – neben der Hebamme – hinzu. Sie werden darin von Patrizierinnen und anderen wohlhabenden Frauen imitiert – manchmal erst nach einer nicht gut verlaufenen ersten Geburt. Ab etwa 1850 wünschen sich auch die Gattinnen von Handwerkern den männlichen Geburtshelfer.¹³⁶ Die ärztliche Geburtshilfe erweist sich als ‚Einfallstor‘ für die Nachfrage der Frauen nach medizinischen Dienstleistungen.¹³⁷ Das (ärztliche) Angebot war hier offenbar attraktiv, weil es einen einsehbaren (angenommenen oder tatsächlichen) Nutzen versprach und vor Ort – eher in der Stadt als auf dem Land – verfügbar und bezahlbar war. Das galt offenbar auch schon vor Einführung der Krankenkassen mit Pflichtmitgliedschaft und Familienversicherung. Demgegenüber gab es kein entsprechend attraktives ärztliches Angebot für Männer, deren Anteil an der Gesamtzahl der Patienten dauerhaft unter ihren Bevölkerungsanteil sank.

Man könnte sich noch weitere Gründe denken, welche die medizinische Beratung durch den Arzt für Frauen attraktiv machte. So war der Arzt neben dem in mancher Hinsicht schwierigen Pfarrer oft der einzige männliche Vertraute außerhalb des Familienkreises. Schon die starke Präsenz der Patientinnen in Korrespondenzen mit Ärzten während des 18. Jahrhunderts verweist auf das große Interesse von Frauen an dieser Kommunikation. Einmal erlernt, stabilisiert sich schließlich

die Neigung, Ärzte zu konsultieren durch Überweisungen zu anderen Ärzten – wie umgekehrt vorzugsweise bei Männern die geringfügige oder ausbleibende Inanspruchnahme habitualisiert werden kann, zumal die Schwelle für den Arztbesuch im Lauf eines Lebens – wegen mangelnder Gewohnheit – immer höher wird.

Daraus kann geschlossen werden, dass auch im Zusammenhang mit der Frequentierung von Ärzten eine differenziertere Konzeptualisierung von Gender geboten ist. Zunächst muss ein medizinisches Angebot gegeben sein, damit sich genderspezifische Bedarfe artikulieren und sich der mehr oder minder regelmäßige Besuch von Arztpraxen habitualisieren kann. Die Nutzung des Angebots hat in diesem Fall den vorher ausgebildeten Habitus umgeprägt – bei Männern und Frauen in entgegengesetzte Richtungen. Die Klassenposition der Frauen spielte insbesondere während der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts bei der Nachfrage nach Geburtshilfe eine Rolle, später überwog wohl der Faktor Angebot: Das ärztliche Angebot konnte also gender- und klassenspezifisches Verhalten neu prägen, weil es als attraktiv galt und vor Ort verfügbar und bezahlbar war.

3.2 Geschlechterspezifischer Arzneimittelkonsum: Von sehr deutlicher Männerdominanz (bis ca. 1800) zu weniger massiver Frauendominanz (ab ca. 1860)

Weniger gut sind wir über Veränderungen beim Arzneimittelkonsum, einem weiteren wichtigen Indikator für medikales Verhalten, informiert. Doch lässt sich schon feststellen, dass auch hier die populäre kontrastive Konzeptualisierung wenig zutreffend ist: Angeblich sollen Frauen und Drogen oder Gift „seit der Antike“ gut zusammen passen. Männer nahmen nur selten Medikamente. Das verbindet sich beim Konsum von Psychopharmaka mit einem anderen Stereotyp: Frauen sollen dazu tendieren, Probleme zu internalisieren, Männer sollen sie eher externalisieren. Frauen konsumieren Arzneien und leiden leise, Männer trinken Alkohol und werden häufig laut.¹³⁸ Aktuelle Befunde zum Arzneimittelkonsum werden in diesem Diskurs essentialistisch mit Gender verknüpft.

Da Informationen über nicht kontrollierte Käufe zur Selbstmedikation nur sporadisch überliefert sind, müssen wir uns mit den Angaben zum geschlechtsspezifischen Absatz ärztlich verordneter Arzneien begnügen. Daraus können wir mit einer gewissen Ungenauigkeit auf den tatsächlichen Konsum schließen. Die Angaben zu den reichsstädtischen Zeiten Nürnbergs sind bisher besser erforscht als für die beiden folgenden Jahrhunderte.¹³⁹ Nach ersten Stichproben für das 18. Jahrhundert (1728/1798) wurden für Männer drei- bis fünfmal mehr Rezepte ausgestellt als für Frauen.¹⁴⁰ Die Dosis sollte entsprechend der gängigen ärztlichen Gabenlehre

bei den Frauen individuell an deren geringeres Körpergewicht angepasst werden. Die tatsächliche Arzneigabe war dementsprechend ein Drittel bis ein Fünftel kleiner. Auswertungen von Rezeptsammlungen aus dem schweizerischen Thurgau zeigen, dass Frauen spätestens ab 1860 deutlich mehr Arzneien verschrieben bekamen als Männer.¹⁴¹ Für die Jahrzehnte zwischen 1800 und 1860 liegen keine quantitativen Analysen vor.

Diese Hinweise werden mittlerweile durch weitere Forschungen bestätigt.¹⁴² Es spricht dafür, dass beim Arzneimittelkonsum eine ähnliche Medikalisierungslage greift wie bei der Nutzung des ärztlichen Angebotes: Frauen ließen sich stärker auf diese Angebote ein und meinten eher von ihnen zu profitieren. Allerdings wäre der genaue Grund noch zu ermitteln: War medikamentöse Hilfe gegen Schmerzen, Überlastungsgefühle oder depressive Verstimmtheiten gefragt? Die Analyse des Absatzes nach Arzneimittelgruppen dürfte Hinweise ergeben.¹⁴³ Dass die Werbung zeitweise vorrangig auf Frauen zielte, ist bekannt. Jedenfalls galt schon damals, dass der Arztbesuch fast obligatorisch zur Ausstellung eines Rezeptes führte.¹⁴⁴ Ein Zusammenhang mit der ebenfalls stärkeren Nutzung des ärztlichen Angebotes ist anzunehmen.¹⁴⁵

Informationen zum Arzneimittelgebrauch, die die Motivation der Kranken erhellen könnten, sind spärlich. In den publizierten Autobiographien finden sich eher Belege auf die Selbstmedikation – bis hin zur eigenen Herstellung von Arzneimitteln.¹⁴⁶ Wegen der Quellengattung erfahren wir hier aber mehr über Männer als über Frauen. In den von Nicole Schweig ausgewerteten Korrespondenzen für die Zeit von 1800 bis 1950 fanden sich praktisch keine Hinweise auf die Arzneimitteleinnahme.¹⁴⁷ Offenbar hielt man sie innerhalb der Behandlung einer Krankheit nicht für bemerkenswert. In anderen Selbstzeugnissen wie den populären Autobiographien aus dem 20. Jahrhundert sind solche Angaben ebenfalls selten.¹⁴⁸ Immerhin nahmen die Autoren – Männer wie Frauen – häufig die nun leicht erhältlichen fiebersenkenden Medikamente und Schmerzmittel. Geschlechterspezifische Aussagen sind aber auch für dieses Jahrhundert unmöglich; die tatsächliche Einnahme der verschriebenen Medikamente und Art und Ausmaß der Selbstmedikationen lassen sich nicht exakt rekonstruieren. Letztere nahm mit dem Angebot industriell gefertigter Mittel am Beginn des 20. Jahrhunderts eher zu.¹⁴⁹ Die Quellenlage setzt auch der Gesundheitsgeschichte gewisse Grenzen. Für die jüngste Vergangenheit könnte man auf Interviews mit Patientinnen und Patienten zurückgreifen.¹⁵⁰

Als Ergebnis kann festhalten werden, dass geschlechtsspezifische Praktiken durch veränderte medizinische Angebote umgeprägt wurden. Männer und Frauen reagierten unterschiedlich und teilweise gegensätzlich auf die neuen Möglichkeiten. Dabei spielten soziale Lagen phasenweise eine gewisse Rolle; für die Chancen, sich die neuen Angebote anzueignen, waren auch Lage und Größe des Wohnortes (Stadt/

Land) bedeutsam. Außerdem stützten sich medizinische Angebote gegenseitig, wie der Arztbesuch und der Arzneimittelkonsum zeigen.¹⁵¹ Der Gesundheitshabitus von Männern und Frauen änderte sich also auch mit den ärztlichen und pharmazeutischen Angeboten.¹⁵²

4. Bilanz und Perspektiven

An der zuletzt dargestellten gender-spezifischen Nutzung der medizinischen und pharmazeutischen Angebote zeigt sich, dass frühe Problemstellungen der Sozialgeschichte der Medizin wie die Medikalisierung des Körpers von Frauen noch immer aktuell sind. Allerdings wissen wir mittlerweile, dass die Nachfrage der Frauen dabei eine viel größere Rolle spielte, als sich das die feministische Kritik der Medizin je vorstellen konnte: Frauen schrieben während des 18. Jahrhunderts mehr Briefe an Ärzte als Männer. Die Ärzte hielten die Frauen wohl auch deshalb eher für krank, boten ihnen mehr medizinische Dienstleistungen an, die Frauen seit ca. 1800 von der Geburtshilfe über die Alltagsberatung bis hin zu Rezeptverschreibungen immer stärker nachfragten.¹⁵³ Seit den 1970ern erweiterte sich das ärztliche Angebot nochmals drastisch: bei den Vorsorgeuntersuchungen, der Hormonbehandlung in den Wechseljahren und zuletzt der Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs. Die Konstruktion des weiblichen als des „kranken Geschlechts“ erfolgte und erfolgt im engen und produktiven Austausch (im Sinne Foucaults) zwischen den Anbietern und ihrer bevorzugten Klientel.

Abschließend sollen zwei Aspekte aufgegriffen werden: zunächst die Leistungsfähigkeit der Kategorie Gender im Verhältnis zu anderen Kategorien der Ungleichheit für die Gesundheitsgeschichte, dann das Problem der Bündelung der Einzelbefunde. Die vorgestellten Veränderungen des Gesundheitsverhaltens in den letzten zweihundert Jahren bieten eine empirisch gewonnene Sammlung der Wirkung von Faktoren, die sich auf das Gesundheits- und Krankheitsverhalten von Männern und Frauen unterschiedlich stark auswirken und dabei Ungleichheiten verursachen.

Beginnen wir mit der angelsächsischen Trias *gender, class, race* in der Intersektionalitäts-Diskussion. Die Bedeutung von Gender erwies sich über lange Zeit teilweise als relativ stabil (bei der Gestaltung von Sport und Bewegung), teilweise aber als sehr veränderlich (bei der Gestaltung der Ernährung, dem Rauchen, der Arztnutzung, dem Medikamentenkonsum) und konnte durch das medizinische Angebot stark verändert werden. Soziale Klasse bzw. Schicht erwiesen sich vor allem noch für das 19. Jahrhundert phasenweise als wichtig (Arztnutzung von Frauen, besonders bis 1860; Rauchen heute); aber als weniger wichtig für die Thematisierung von Krankheit (z. B. bei den Söldnern und Offizieren des Dreißigjährigen Krieges) sowie

für Kenntnisse über Gesundheitsressourcen (z. B. bei Männern, die im 19. und 20. Jahrhundert Briefe oder Selbstzeugnisse verfassten); die Schichtposition war allerdings entscheidend für den möglichen Aufwand an gesundheitsförderlichen Praktiken. Ethnische Herkunft und Hautfarbe (engl. *race*) erbringen als Kategorie zur Analyse von Gesundheitspraktiken im deutschen Sprachraum für frühere Jahrhunderte weniger und werden erst für die Zeit nach ca. 1970 infolge von zunehmender Fernwanderung (Migration) aufschlussreicher. Allerdings betrachtet die Migrantenmedizin Armut und Bildungsdefizite in den Herkunftsgebieten der Zuwanderer (also die Kategorie der sozialen Klasse) als relevanter.

Als weiterer Faktor, der die gender-spezifische Ungleichheit befördert (oder reduziert), wurde die Bedeutung des „Körpers“ deutlich erkennbar. In der deutschsprachigen Intersektionalitäts-Debatte soll darunter nunmehr eine Vielfalt von Lebenslagen verbucht werden: Insbesondere erwies sich die Lebensphase Jugend (beim Rauchen als Risikoverhalten) als ein Faktor, der im Gesundheitsverhalten derzeit stark nivelliert. Auch thematisierten Angehörige der Altersgruppen unter 35 Jahren Ernährungsprobleme häufiger. Hier wurde nicht vertieft, dass auch Lebensphasen wie die Kindheit (z. B. risikoaffine Spielweise bei Jungen) oder das Alter genderspezifisch gestaltet werden.¹⁵⁴ Auch das Leben in dauerhafter Partnerschaft oder als Single mit oder ohne intime Beziehungen sowie die diversen Formen des Familienlebens begründen geschlechterspezifische Ungleichheitslagen und Gesundheitseffekte. In der Diskussion von Intersektionalität wurden bisher einige Faktoren wenig oder nicht beachtet, die gesundheitsgeschichtlich höchst wichtig sind. So erwiesen sich v. a. im 19. Jahrhundert das Angebot an Ärzten, an anderen Heilern sowie an Arzneimitteln und besonders im 20. Jahrhundert Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge als Faktoren, die auf das Gesundheitshandeln von Frauen und Männern differenzierend einwirkten. Das jeweilige Angebot wurde von Frauen und Männern verschieden angeeignet und dies trug zur Differenzierung von Gender bei.

Bestimmte Handlungskontexte generieren geschlechterspezifisches Verhalten, wenn Krankheit und Gesundheit in gemischtgeschlechtlicher und in homosozial männlicher Geselligkeit oder Korrespondenz verschieden thematisiert werden. Es sind auch die Schreibsituationen zu beachten, die Selbstreflexivität hinsichtlich Krankheit und Gesundheit in Tagebuch oder Autobiographie fördern. Schließlich sind die Veränderungsprozesse auch mit der Kategorie Generationalität zu fassen, wenn man nur „alltagsnahe, stille Erfahrungsgenerationen“ (Weisbrod) zugrunde legt. Das zeigte sich bei Bewegung und Sport als Gesundheitsressourcen ebenso wie bei gesundheitsrelevanten Ernährungsverhältnissen.¹⁵⁵ Lebensalter und -phase, Handlungskontext und Marktangebot haben entscheidend auf das Gesundheitshandeln und das medikale Verhalten Einfluss genommen.¹⁵⁶ Zu jeder dieser Kategorien ließe sich reichlich Material aus den Gesundheitswissenschaften zusammentragen.

Eine gender-sensible Gesundheitsgeschichte würde zu kurz greifen, wollte sie sich ausschließlich auf die klassische Trias von *gender*, *class*, *race* beschränken, dies auch dann, wenn diese Trias um den Körper erweitert wird.

Um sich nicht in der Vielfalt von Ungleichheitskombinationen zu verheddern, scheint es sinnvoll, das Gesundheits- und Krankheitsverhalten auf Verhaltensmuster hin zu untersuchen. Das entspricht auch der Destrukturierungsdebatte in der Soziologie, die einen engen Zusammenhang zwischen Verhaltensstilen und Klassenpositionen zumindest für postindustrielle Gesellschaften skeptischer sieht als die ältere Sozialepidemiologie.¹⁵⁷ Sie geht empirisch dem Zusammenhang zwischen Milieus und Verhaltensstilen nach. Diese neuere Tendenz in der Ungleichheitssoziologie macht gerade im Bezug auf das Thema Gesundheit auch für frühere Jahrhunderte durchaus Sinn, was sich schon in der relativ geringen Bedeutung des Faktors Klasse resp. Schicht in einigen zitierten Beispielen andeutete.

Verhaltensstile können „als über längere Zeit relativ stabile, ganzheitliche Verhaltensdispositionen“ verstanden werden, „die mit entsprechenden Wissensbeständen eng zusammenhängen“.¹⁵⁸ Die Gesundheitswissenschaften bieten Anregungen, die Susanne Hoffmann für die von ihr untersuchten populären Autobiographien des 20. Jahrhunderts aufgegriffen und empirisch weiter entwickelt hat.¹⁵⁹ In Anlehnung an eine Typenbildung der Demographen Luy und Di Giulio schlägt sie vier gesundheitsrelevante Verhaltensstile vor, die sich empirisch gut belegen lassen.¹⁶⁰ Die vergnügungsorientierten *Bon Vivants* reden viel über Körper, Krankheit und Gesundheit, haben einen unkontrollierten Essstil und nehmen sich viel rekreative Freizeit, sind eher sportlich, wenig arbeitsorientiert und pflegen ein arztnahes Medikalverhalten. Ihre Zahl nimmt im 20. Jahrhundert, ausgehend von einer kleinen Minderheit, die sozial nicht eindeutig zu verorten ist, zu.

Die gesundheitsbewussten Interventionisten wissen viel über Gesundheit, thematisieren Körper, Gesundheit und Krankheit oft, pflegen sich und achten auf Hygiene, sind ernährungssensibel, medizinkritisch und präventionsorientiert. Dieser Verhaltensstil entstand in der Ober- und oberen Mittelschicht und verbreitete sich im 20. Jahrhundert nach unten.

Demgegenüber haben die notgedrungen desinteressierten Nihilisten keine Zeit oder kein Interesse am Körper und frönen einem exzessiven Arbeitsstil. Dieser Verhaltensstil war besonders unter den Bewohnern ländlicher Gebiete sowie in den Unter- und unteren Mittelschichten verbreitet. Seine Verbreitung nimmt ab.

Auch *Workaholics*, als deren weiblicher Untertyp „*Careaholics*“ gelten, die sich in „Sorgearbeit“ um Angehörige aufreihen, halten Arbeit für viel wichtiger als Gesundheit. Allerdings thematisieren sie viel – oder reden gar nicht darüber. Zahlenmäßig wurde dieser Stil in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts eher von Männern als von Frauen gewählt. Ab der Generation der in den 1920er Jahren Gebore-

nen ist er auch bei Frauen öfter nachweisbar. Insgesamt verliert dieser Stil im 20. Jahrhundert an Verbreitung.

Diese Clusterbildung von „gesundheitsrelevanten Verhaltensstilen“ bildet weiterhin Ungleichheitsdimensionen – z. B. nach Schichtposition und Geschlecht – ab und kann gesundheitsrelevanten Wandel in der Zeit auch quantitativ gut erfassen. Sie zeigt darüber hinaus aber auch, wie durch Gesundheitsverhalten Distinktionen (re)produziert werden.¹⁶¹ Damit liegt ein theoretisch gut fundiertes Deutungsangebot zur Entwicklung des Gesundheitsverhaltens im 20. Jahrhundert vor, das die gender-sensible Gesundheitsgeschichte weiterbringen könnte. Eine sonst unübersichtliche Vielfalt von Praktiken ließe sich auf diesem Weg zu Ergebnissen bündeln, die den differenzierten Verhaltensweisen von Männern und Frauen eher gerecht würden als pauschale Zuschreibungen. Warum sollte es gesundheitsrelevante Verhaltensstile nicht auch in früheren Zeiten gegeben haben, die man anhand vergleichbarer Überlieferung ebenso analysieren könnte?

Anmerkungen

- 1 Ich verzichte hier auf Einzelbelege, die aus Presseorganen oder aus den Kundenzeitschriften der Krankenkassen leicht zusammenzustellen wären. Wissenschaftliche Basisdokumentation bietet die Gesundheitsberichterstattung der Bundesrepublik Deutschland, zuletzt (allerdings wieder wenig genderspezifisch) Robert Koch Institut, Hg., 20 Jahre nach dem Fall der Mauer, Berlin. November 2009 http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=12449&p_sprache=D. Siehe jetzt auch Sebastian Scheele, *Geschlecht, Gesundheit, Gouvernementalität. Selbstverhältnisse und Geschlechterwissen in der Männergesundheitsförderung*, Sulzbach 2010, bes. 84-109.
- 2 So sind 40 Prozent der 15- bis 18-jährigen Schweizerinnen ‚untergewichtig‘. Bundesamt für Gesundheit, *Gender-Gesundheitsbericht*, Bern 2006, 196; keine entsprechenden Angaben in Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, *Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland*, Stuttgart 2001.
- 3 Ein Frauengesundheitsbericht liegt vor: Bundesministerium, *Bericht*; Österreich und die Schweiz sind weiter: 1. Österreichischer Männergesundheitsbericht unter: http://www.bmsk.gv.at/cms/site/attachments/7/6/8/CH0124/CMS1060093253921/publikation_mg_2.4.04.pdf. Vgl. auch: Bundesamt für Gesundheit Hg., *Gender-Gesundheitsbericht Schweiz*, [Basel] 2006 unter: <http://www.bag.admin.ch/index.html?lang=de> sowie Bundesamt für Gesundheit, Hg., *Fokusbericht Gender und Gesundheit*, Basel 2008. Das Robert Koch Institut hat im Sommer 2010 endlich eine Ausschreibung für einen solchen Männergesundheitsbericht in Deutschland lanciert.
- 4 Nur ein einschlägiger Buchtitel: Gabriele Fischer, *Warum Frauen gesünder leben & Männer früher sterben/ Geschlechtsbezogene Krankheitsbilder*, Wien 2005; vgl. dazu Matthias Stiehler, *Männergesundheit in der Gesellschaft*, in: Matthias Stiehler/Theodor Klotz, Hg., *Männerleben und Gesundheit. Eine interdisziplinäre, multiprofessionelle Einführung*, Weinheim 2007, 280-286.
- 5 Grundlegend und begrifflich prägend ist Reinhard Spree, *Soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod. Zur Sozialgeschichte des Gesundheitsbereichs im Deutschen Kaiserreich*, Göttingen 1981; vgl. Alfons Labisch/Reinhard Spree, *Neuere Entwicklungen und aktuelle Trends in der Sozialgeschichte der Medizin in Deutschland – Rückschau und Ausblick*, in: *Vierteljahrsschrift für Wirtschafts- und Sozialgeschichte* 84 (1997), 171-210, 305-321.

- 6 Vgl. Dagmar Ellerbrock, *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit in historischer Perspektive*, in: Klaus Hurrelmann/Petra Kolip, Hg., *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich*, Bern 2002, 118-141.
- 7 Einen aktuellen Überblick vermitteln (mit vielen Literaturhinweisen) Wolfgang Uwe Eckart/Robert Jütte, *Medizingeschichte. Eine Einführung*, Köln 2007; vgl. auch Maren Lorenz, *Leibhaftige Vergangenheit. Einführung in die Körpergeschichte*, Tübingen 2000; zur Diskussion um Laqueur s. Michael Stolberg, *A Woman Down to her Bones. The Anatomy of Sexual Differences in the Sixteenth and Early Seventeenth Centuries*, in: ISIS 94 (2003), 274-299. Zur Intersexualität vgl. Michael Gronenberg/Kathrin Zehnder, Hg., „Intersex“. *Geschlechtsanpassung zum Wohl des Kindes? Erfahrungen und Analysen*, Fribourg 2008.
- 8 Wieviel Konstruktivismus in der Medizingeschichte sinnvoll ist, wird immer wieder an konkreten Sachverhalten diskutiert, z. B. bei Michael Stolberg, *Homo patiens, Krankheits- und Körpererfahrung in der Frühen Neuzeit*, Köln u.a. 2003, 13-21; Iris Ritzmann, *Leidenserfahrung in der historischen Betrachtung. Ein Seiltanz zwischen sozialem Konstrukt und humanbiologischer Konstanz*, in: Paul Münch, Hg., „Erfahrung“ als Kategorie der Frühneuzeitgeschichte, München 2001, 59-72, bes. 71; Martin Dinges, *Pest und Politik in der europäischen Neuzeit*, in: Mischa Meier, Hg., *Pest. Die Geschichte eines Menschheitstraumas*, Stuttgart 2005, 283-313, 440-450, bes. 295 f.
- 9 Jörg Vögele, *Historische Demographie, Epidemiologie und Medizingeschichte*, in: Norbert Paul/Thomas Schlich, Hg., *Medizingeschichte: Aufgaben, Probleme, Perspektiven*, Frankfurt am Main 1998, 292-310.
- 10 S. z. B. Jörg Vögele, *Sozialgeschichte städtischer Gesundheitsverhältnisse während der Urbanisierung*, Berlin 2001, bes. 97-126 zu Geschlecht und Lebensalter.
- 11 Das bewahrte die Hygieniker und Sozialepidemiologen bis in die 1950er Jahre nicht davor, wegen vorgefasster Meinungen über (starke, gesunde) Männer und (schwache, kranke) Frauen ihre eigenen Befunde zur höheren und früheren Sterblichkeit der Männer nicht zur Kenntnis zu nehmen und statt dessen weiter über die „Schwäche des Weibes“ zu phantasieren, vgl. dazu Martin Dinges, *Veränderungen der Männergesundheit als Krisenindikator? Deutschland 1850–2006*, in: *L'Homme. Zeitschrift für feministische Geschichtswissenschaft* 19 (2008), 107-123, 117-121, bes. 119 f.
- 12 Das hängt nicht zuletzt mit einer Forschungspraxis zusammen, die in der beobachtbaren Wirklichkeit Männer und Frauen als definierte und definierbare Personen vorfindet. Ein solches Vorgehen wird auch bei Rebekka Habermas, *Frauen und Männer des Bürgertums*, Göttingen 2000, 15 gewählt.
- 13 Pointierte Kritik daran übte Ute Frevert, *Geteilte Geschichte der Gesundheit*, FAZ vom 28.1.1987, 31. Gegenläufig: Alfons Labisch, *Historizität. Erfahrung und Handeln – Geschichte und Medizin*. Zur Einführung, in: ders./Norbert Paul, Hg., *Historizität. Erfahrung und Handeln – Geschichte und Medizin*, Stuttgart 2004, 11-36, bes. 25.
- 14 Der Begriff Paradigma scheint mir in den Geistes- und Sozialwissenschaften noch weniger streng anwendbar zu sein als in der Physik, auf die sich Thomas S. Kuhn bezog.
- 15 Martin Dinges, *Social History of Medicine in Germany and France in the Late Twentieth Century: From the History of Medicine toward a History of Health*, in: Frank Huisman/John Harley Warner, Hg., *Locating Medical History. The Stories and their Meanings*, Baltimore 2004, 209-236; vgl. auch Labisch/Spree, *Entwicklungen*; Jütte/Eckart, *Medizingeschichte*, 312-318.
- 16 Dagegen schon früh mit einem weiteren Blick: Sabine Sander, *Handwerkschirurgen. Sozialgeschichte einer verdrängten Berufsgruppe*, Göttingen 1989.
- 17 Barbara Duden, *Geschichte unter der Haut. Ein Eisenacher Arzt und seine Patientinnen um 1730*, Stuttgart 1987.
- 18 Grundlegend bleibt das Buch der Medizinhistorikerin Esther Fischer-Homberger, *Krankheit Frau. Zur Geschichte der Einbildungen*, Darmstadt 1984. Der andere Klassiker stammt von der Soziologin Claudia Honegger, *Die Ordnungen der Geschlechter. Die Wissenschaft vom Menschen und das Weib 1750–1850*, Frankfurt am Main 1991; die Folgezeit analysiert Katrin Schmersahl, *Medizin und Geschlecht. Zur Konstruktion der Kategorie Geschlecht im medizinischen Diskurs des 19. Jahrhunderts*, Opladen 1998.
Übermächtigung als Konzept wirkte noch lange nach, vgl. Marita Metz-Becker, *Der verwaltete Körper. Die Medikalisierung schwangerer Frauen in den Gebäuhäusern des frühen 19. Jahrhunderts*, Frankfurt am Main 1997; Verena Pawlowsky, *Mutter ledig – Vater Staat. Das Gebärd- und Findelhaus*

- in Wien 1784–1910, Innsbruck 2001; kritisch zur Übermächtigung Hans-Christoph Seidel, Eine neue „Kultur des Gebärens“. Die Medikalisierung von Geburt im 18. und 19. Jahrhundert in Deutschland, Stuttgart 1998; zur emblematischen Entbindungsanstalt vgl. Jürgen Schlumbohm/Claudia Wiesemann, Hg., Die Entstehung der Geburtsklinik in Deutschland 1751–1850, Göttingen/Kassel/Braunschweig, Göttingen 2004. Zum Umfeld vgl. Jürgen Schlumbohm, Hg., Rituale der Geburt. Eine Kulturgeschichte, München 1998.
- 19 Man kann sich leicht vorstellen, dass das nicht gerade die besten Voraussetzungen für den Dialog mit der traditionellen Medizingeschichte waren.
 - 20 Der Begriff taucht auf bei Francisca Loetz, Vom Kranken zum Patienten. „Medikalisierung“ und medizinische Vergesellschaftung am Beispiel Badens 1750–1850, Stuttgart 1993, 325; dies., „Medikalisierung“ in Frankreich, Großbritannien und Deutschland, 1750–1850: Ansätze, Ergebnisse und Perspektiven der Forschung, in: Wolfgang Uwe Eckart/Robert Jütte, Hg., Das europäische Gesundheitssystem. Gemeinsamkeiten und Unterschiede in historischer Perspektive, Stuttgart 1994, 123–161, 148 f.
 - 21 Siehe z. B. Olivier Faure, The Social History of Health in France. A Survey of Recent Developments, in: Social History of Medicine 3 (1990), 437–451; Roy Porter/Dorothy Porter, In Sickness and in Health. The British Experience 1650–1859, London 1988; Roy Porter, Health for Sale. Quackery in England 1650–1850, Manchester 1989.
 - 22 Iris Ritzmann, Der Faktor Nachfrage bei der Ausformung des modernen Medizinalwesens – Überlegungen am Beispiel der Kinderheilkunde, in: Bettina Wahrig/Werner Sohn, Hg., Zwischen Aufklärung, Policy und Verwaltung. Zur Genese des Medizinalwesens 1750–1850, Wiesbaden 2003, 163–178, sowie Eberhard Wolff, Medikalisierung von unten? Das Beispiel jüdischer Krankenbesuchsgesellschaften, ebd., 179–190.
 - 23 Siehe dazu jetzt Sylvelyn Hähner-Rombach, Quellen zur Geschichte der Krankenpflege mit Einführungen und Kommentaren, Frankfurt am Main 2008, 519 ff.
 - 24 Marlene Ellerkamp, Industriearbeit, Krankheit und Geschlecht. Zu den Kosten der Industrialisierung: Bremer Textilarbeiterinnen 1870–1914, Göttingen 1991.
 - 25 Alfons Labisch/Reinhard Spree, Hg., „Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett“. Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert, Frankfurt am Main 1996; Gunnar Stollberg/Ingo Tamm, Die Binnendifferenzierung in deutschen Krankenhäusern bis zum Ersten Weltkrieg, Stuttgart 2001; Carlos Watzka, Arme, Kranke, verrückte. Hospitäler und Krankenhäuser in der Steiermark von 16. bis zum 18. Jahrhundert, Graz 2007.
 - 26 Simone Moses, Alt und krank. Ältere Patienten in der Medizinischen Klinik der Universität Tübingen zur Zeit der Entstehung der Geriatrie 1880 bis 1914, Stuttgart 2005; Iris Ritzmann, Sorgenkinder. Kranke und behinderte Mädchen und Jungen im 18. Jahrhundert, Köln 2008.
 - 27 Martin Dinges, Hg., Patients in the History of Homoeopathy, Sheffield 2002 enthält Beispiele für beide Zugänge; vgl. auch Robert Jütte, Ärzte, Heiler und Patienten. Medizinischer Alltag in der frühen Neuzeit, München 1991; Gudrun Piller, Private Körper. Spuren des Leibes in Selbstzeugnissen des 18. Jahrhunderts, Köln 2007, bes. Kapitel I und V.
 - 28 Martin Dinges/Vincent Barras, Hg., Krankheit in Briefen im deutschen und französischen Sprachraum. 17.–21. Jahrhundert, Stuttgart 2007.
 - 29 Eberhard Wolff, Gesundheitsverein und Medikalisierungsprozeß. Der Homöopathische Verein Heidenheim/Brenz zwischen 1886 und 1945, Tübingen 1989; Cornelia Regin, Selbsthilfe und Gesundheitspolitik. Die Naturheilbewegung im Kaiserreich (1889 bis 1914), Stuttgart 1995; Martin Dinges, Hg., Medizinkritische Bewegungen im Deutschen Reich (ca. 1870–ca. 1933), Stuttgart 1996.
 - 30 Eberhard Wolff, Perspectives on Patients' History. Methodological Considerations on the Example of Recent German-Speaking Literature, in: Canadian Bulletin of Medical History 15 (1998), 207–228.
 - 31 Ellen Leibrock, Die medikamentöse Therapie psychisch Kranker in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts. Eine Untersuchung am Beispiel der pfälzischen Heil- und Pflegeanstalt Klingenstein, Heidelberg 1998.
 - 32 Bettina Brockmeyer, Selbstverständnisse. Dialoge über Körper und Gemüt im frühen 19. Jahrhundert, Göttingen 2009.
 - 33 Susanne Hoffmann, Gesundheit und Krankheit bei Ulrich Bräker (1735–1798), Dietikon 2005.
 - 34 Aaron Antonovsky, Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit, Tübingen 1997.

- 35 Eine gesundheitswissenschaftliche Erläuterung dieses Zugangs unter dem Gesichtspunkt der geschlechterspezifischen Ungleichheit bietet Birgit Babitsch, *Soziale Ungleichheit, Geschlecht und Gesundheit*, Bern 2005, 133-144, bes. das Schema auf 140; Jürgen Schlumbohm, Hg., *Mikrogeschichte – Makrogeschichte: komplementär oder inkommensurabel*, Göttingen 1998.
- 36 Dass sich gesellschaftliche Verhältnisse auch auf Tiere und deren Gesundheit auswirken, bleibt hier außer Betracht. Naturaneignung kann aber durchaus ein Aspekt von Gesundheitsgeschichte sein.
- 37 Olivier Faure/Patrice Bourdelais, Hg., *Les nouvelles pratiques de santé. Acteurs, objets, logiques sociales; (XVIIIe–XXe siècles)*, Paris 2005; zur Rolle intermediärer Institutionen s. Martin Dinges, Hg., *Health and Health Care between Self-Help, Intermediary Organizations and Formal Poor Relief (1500–2005)*, Proceedings of the conference of the PhoenixTN (European Thematic Network on Health and Social Welfare Policy), in Braga, Portugal, 2004, Evora 2007; vgl. auch den Tagungsbericht; <http://www.igm-bosch.de/content/language1/downloads/TagungsberichtADGJuni.pdf>; dazu im Druck: Martin Dinges/Robert Jütte, Hg., *The transmission of health practices (1500–2000)*, Stuttgart 2011.
- 38 Piet van Spijk, *Definition und Beschreibung der Gesundheit. Ein medizinhistorischer Ueberblick [sic]*, Muri 1991, bes. 64-66.
- 39 Oliver Stenzel, *Medikale Differenzierung. Der Konflikt zwischen akademischer Medizin und Laienheilkunde im 18. Jahrhundert*, Heidelberg 2005, 50-54 referiert Luhmanns Kritik am Gesundheitsbegriff.
- 40 Hier sind die Erträge der Frauen- und Genderforschung zur Rolle der informellen Bildungsinstitutionen sehr relevant; vgl. Elke Kleinau/Claudia Opitz, Hg., *Geschichte der Mädchen- und Frauenbildung*, 2 Bde, Frankfurt am Main 1996. Daraus ergeben sich interessante Anschlussmöglichkeiten zu vergleichenden Forschungen mit Verhältnissen in früheren Epochen. Sehr aufschlussreich ist die Fallstudie von Lucinda McCray Beier, *For their own good. The transformation of English working-class health culture, 1880–1970*, Columbus 2008, bes. 63-80.
- 41 Als Beispiel sei die familiäre (und milieuspezifische) Prägung des Habitus beim Rauchen und Essen genannt.
- 42 So erweist sich z. B. die Diskursgeschichte als produktiver Zugang, vgl. Maren Möhring, *Marmorleiber. Körperbildung in der deutschen Nacktkultur (1890–1930)*, Köln/Wien 2004; s. auch Heiko Stoff, *Ewige Jugend. Konzepte der Verjüngung vom späten 19. Jahrhundert bis ins Dritte Reich*, Köln/Wien 2004.
- 43 Vgl. Andrea Pauli/Claudia Hornberg, *Gesundheit und Krankheit. Ursachen und Erklärungsansätze aus der Gender-Perspektive*, in: Ruth Becker/Beate Kortendiek, Hg., *Handbuch der Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie*, 2. Aufl., Wiesbaden 2008, 623-635. Eine exzellente Auseinandersetzung mit dem Konstruktionsmuster und den Denkvorsetzungen soziobiologischer Konzepte bietet Kurt Mühler, *Männer und Hausarbeit – Wider die Natur? Eine kritische Auseinandersetzung mit aktuellen Tendenzen im Diskurs über Geschlechter*, in: Ilse Nagelschmidt/Kristin Wojke, Hg., *Typisch männlich!? Frankfurt am Main 2009, 57-76, 59-63. Viel spricht dafür, dass die öffentlich stetig wiederholte Geschlechterdifferenz auch ein bemühtes Aufrechterhalten von Unterschieden ist, die von den Lebensverhältnissen von Männern und Frauen immer weniger gestützt werden. Offenbar verkauft sich das in den Medien aber glänzend und scheint einem Orientierungsbedarf in „Gendertrouble“ zu entsprechen, den differenziertere Positionen weniger leicht zu befriedigen scheinen. Gleichzeitig suggeriert die neurobiologische Fundierung solcher Argumentationen die Wissenschaftlichkeit der Differenz. In der Tendenz verschiebt sich dadurch Deutungsmacht von den Sozial- und Kulturwissenschaften zu den Biowissenschaften – wie schon einmal im 19. Jahrhundert. Wissenschaftlich wird das aktuell diskutiert in Sylvia Marlene Wilz, Hg., *Geschlechterdifferenzen – Geschlechterdifferenzierungen. Ein Überblick über gesellschaftliche Entwicklungen und theoretische Positionen*, Wiesbaden 2008; vgl. auch Brigitte Aulenbacher/Mechthild Bereswill, Hg., *FrauenMännerGeschlechterforschung. State of the Art*, Münster 2006. Zur anthropologischen Diskussion um Zweigeschlechtlichkeit bleibt wichtig Jochen Martin/Renate Zoepffel, Hg., *Aufgaben, Rollen und Räume von Frau und Mann*, Freiburg 1989. Sehr differenzierte gesundheitswissenschaftliche Ergebnisse bietet z. B. Babitsch, *Soziale Ungleichheit*.*

- 44 Zur „Klagsamkeit“ vgl. Elmar Brähler/Jörg Schumacher/Hildegard Felder, Die Geschlechtsabhängigkeit von Körperbeschwerden im Wandel der Zeit, in: Elmar Brähler/Hildegard Felder, Hg., Weiblichkeit, Männlichkeit und Gesundheit. Medizinpsychologische und psychosomatische Untersuchungen, 2. Aufl., Opladen 1999, 171-185, sowie ebendort, 14, 144; vgl. auch Martin Dinges, Männer, die beratungsresistenten Gesundheitsdioten?, in: Blickpunkt Der Mann. Wissenschaftliches Journal für Männergesundheit, 7 (2009), 1, 19-23 (=http://www.kup.at/kup/pdf/7681.pdf).
- 45 Natürlich gibt es in einem so differenzierten Feld wie der Genderforschung immer gleichzeitig mehrere Diskussionsstände, aber dieser scheint derzeit besonders en vogue; vgl. Becker/Kortendiek, Handbuch.
- 46 Gabriele Winker/Nina Degele, Intersektionalität. Zur Analyse sozialer Ungleichheiten, Bielefeld 2009, 11 ff.; Nora Räthzel, Rassismustheorien: Geschlechterverhältnisse und Feminismus, in: Ruth Becker/Beate Kortendiek, Hg., Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung, 2004, 248-256, 253. Die Anregungen für andere Fragestellungen wie z. B. dem Zugang zum Arbeitsmarkt, sind fraglos beachtlich.
- 47 Das scheint zumindest in der deutschsprachigen Rezeption so zu gelten.
- 48 Dass sie bis zum Massenmord führten und damit die völlige Verkehrung jeglicher medizinischer oder anderer Gesundheitsimperative am nachhaltigsten symbolisieren, bleibt davon unberührt.
- 49 Das demographische Verhalten von Juden im Vergleich zu Deutschen oder Österreichern vergleichbarer sozialer Lage ist anders, was sich z. B. bei den Intervallen zwischen den Geburten, dem Stillverhalten etc. zeigt und auf die Überlebenschancen der Säuglinge positiv auswirkt – das ist einer der auch für Mitteleuropa bisher gut belegten Bereiche. Religiös-normative Aspekte der Familienplanung bei Pauline Bebe, Isha. Frau und Judentum. Enzyklopädie, Egling 2004, 97-102; vgl. auch Sharon Gillerman, Jüdische Körperpolitik. Mutterschaft und Eugenik in der Weimarer Republik, in: Kirsten Heinsohn/Stefanie Schüler-Springorum, Hg., Deutsch-jüdische Geschichte als Geschlechtergeschichte. Studien zum 19. und 20. Jahrhundert, Göttingen 2006, 196-213. Die Rolle der für das Gesundheitsverhalten besonders förderlichen „Jewish mother“ ist jenseits der normativen Regelungen und des direkt geburtsbezogenen Bereichs im deutschsprachigen Raum bisher noch nicht untersucht; vgl. Rahel Monika Herweg, Die jüdische Mutter. Das verborgene Matriarchat, Darmstadt 1994, 71, 78 f. Auch auf die Geburt und ihr Umfeld fokussiert Lara Marks, Model mothers. Jewish mothers and maternity provision in East London 1870–1939, Oxford 1994, 43-91, bes. 57 f. mit Daten zum Stillen, zur Säuglingspflege etc. und Vergleichswerten aus Mitteleuropa; vgl. auch Michael Tschoetschel, Die Diskussion über die Häufigkeit von Krankheiten bei den Juden bis 1920, phil. Diss. Mainz 1990, bes. 12; Andreas Weigl, Demographischer Wandel und Modernisierung in Wien, Wien 2000, 248, 250. Vgl. demnächst Robert Jütte, Judentum und Gesundheit, in: Friedrich Balck/Hendrik Berth, Hg., Die Bedeutung von Religion für die Gesundheit. Konzepte – Befunde – Erklärungsansätze, Weinheim 2010 (im Druck); Robert Jütte, Der kranke und der gesunde Körper. Gleichheit von Juden und Christen vor Krankheit und Tod, in: Sander L. Gilman/Robert Jütte, Hg., „Der schejne Jid“: das Bild des „jüdischen Körpers“ in Mythos und Ritual, Wien 1998, 133-144; Mitchell B. Hart, The healthy Jew: the symbiosis of Judaism and modern medicine, Cambridge 2007.
- 50 Mit ausführlicher Diskussion des Zusammenhangs von Religion und Gesundheit Sven Schneider, Lebensstil und Mortalität. Welche Faktoren bedingen ein langes Leben?, Opladen 2002, 61 ff.
- 51 Jochen Oltmer, Migration im 19. und 20. Jahrhundert, München 2010, 53.
- 52 Über ihre fundamentale Bedeutung besteht in den Gesundheitswissenschaften seit langem Konsens.
- 53 Winker/Degele, 49, 52.
- 54 Heidrun Bründel/Klaus Hurrelmann, Konkurrenz, Karriere, Kollaps. Männerforschung und der Abschied vom Mythos Mann, Stuttgart 1999, 135-136; Walter Hollstein, Männlichkeit ist eine hochriskante Lebensform. Traditionelle Männlichkeit und ihre Folgen für Krankheit und Gesundheit, Mabuse 2000, 30-34.
- 55 Einzelbefunde zu früheren Jahrhunderten bei Martin Dinges, Männergesundheit in Deutschland. Historische Aspekte, in: Günther H. Jacobi, Hg., Praxis der Männergesundheit, Stuttgart 2002, 24-33, 25 f.
- 56 Rebekka Habermas, Frauen und Männer des Bürgertums. Eine Familiengeschichte (1750–1850), Göttingen 2000, 187, 246.
- 57 Unveröffentlichtes Manuskript auf der Basis von zehn Autobiographien: fünf von Söldnern, fünf von Obristen. Die Verteilung zwischen Aussagen, die den Autor selbst betreffen, und den Bemer-

- kungen über Dritte ist in den einzelnen Texten unterschiedlich. So betreffen in den Autobiographien der Söldner und Offiziere des Dreißigjährigen Krieges 15,3 % Krankheiten, 28,4% Verwundungen und Verletzungen und 56,3% Todesfälle (von N = 176). Anonyme Aussagen sind mehr als doppelt so häufig wie solche, die sich auf Einzelpersonen beziehen. Die Grade von Selbstreflexivität können also anlass- und epochenspezifisch sehr unterschiedlich sein. Es ist jedenfalls plausibel, dass die häufige Thematisierung von Krankheit Dritter stark mit der Thematisierung eigener Krankheiten korreliert.
- 58 Hoffmann, Bräker, 150-159. Die Daten aus Tagebuch und Autobiographie, in denen er Krankheit etc. quantitativ gleich stark, aber unterschiedlich gewichtet thematisierte, werden hier kumuliert wiedergegeben; vgl. 139.
- 59 Dafür ist fraglos die pietistische Tradition der Seelentagebücher bedeutsam, vgl. dazu Katharina Ernst, Krankheit und Heiligung. Die medikale Kultur württembergischer Pietisten im 18. Jahrhundert, Stuttgart 2003.
- 60 Nicole Schweig, Gesundheitsverhalten von Männern. Gesundheit und Krankheit in Briefen 1800–1950, Stuttgart 2009, 29-32 zum Korpus. Die drei Zeiträume sind: 1800–1885: Zeit vor der Krankenversicherung mit Pflichtmitgliedschaft und vor der Bakteriologie, 1886–1918: Übergangszeit und 1919–1950: weitgehend allgemein durchgesetzte Krankenversicherung für Männer und Frauen sowie therapeutisch relevante Verbesserungen in der Medizin.
- 61 Schweig, Gesundheitsverhalten, 251 (auch das Folgende). Das könnte englischen Beobachtungen zum Verhalten bereits schwer an der Lunge geschädigter Arbeiter widersprechen: Diese sprachen zeitlich früher mit ihren Kollegen über ihre Krankheit und das absehbare tödliche Ende als mit ihren Ehefrauen. Die Schwere der Krankheit – mit der vollständigen Infragestellung der Familienernährerrolle des Mannes – dürfte hier der Grund für das Schweigen der Betroffenen gewesen sein.
- 62 Schweig, Gesundheitsverhalten, 253.
- 63 Dieter Grunow/Vera Grunow-Lutter, Geschlechtsspezifische Formen von Selbstvorsorge und Selbsthilfe, in: Klaus Hurrelmann/Petra Kolip, Hg., Geschlecht, Gesundheit und Krankheit: Männer und Frauen im Vergleich, Bern 2002, 548-564; vgl. dazu Frank Nestmann/Christiane Schmerl. Das Geschlechterparadox in der social-support-Forschung, in: Christiane Schmerl, Hg., Ist geben seliger als nehmen? Frauen und social support, Frankfurt am Main 1990, 7-35, 16; historische Befunde dazu bei Susanne Hoffmann, Gesunder Alltag im 20. Jahrhundert? Geschlechterspezifische Diskurse und gesundheitsrelevante Verhaltensstile in deutschsprachigen Ländern, Stuttgart 2010, 333, 338-341.
- 64 Hoffmann, Gesunder Alltag, 41-45.
- 65 Unter anderen Gesichtspunkten ist es gesundheitsgeschichtlich wichtiger, die geleistete Hilfe innerhalb von Netzwerken zu betrachten: Frauen geben und erhalten dort mehr Hilfe.
- 66 Manche meinen ja sogar, es sei „typisch männlich“, sich ins Allgemeine zu flüchten.
- 67 Auch dieses Ergebnis überrascht, gerade in Anbetracht der aktuell gängigen Betonung von Medialität.
- 68 Wolfgang König, Kleine Geschichte der Konsumgesellschaft, Stuttgart 2008, 96-98.
- 69 Jörg Melzer, Vollwerternährung: Diätetik, Naturheilkunde, Nationalsozialismus, sozialer Anspruch, Stuttgart 2003, 43, Heikki Mikkeli, Hygiene in the early modern medical tradition, Helsinki 1999, bes. 54-56, 59, 126-128, 150, 166 belegt viele weitere Bezüge des Ernährungsdiskurses.
- 70 Der medizinische Klassiker dazu ist Johann Peter Frank, Von Speis, Trank und Gefäßen, von Mäßigkeitsgesetzen, ungesunder Kleidertracht, Volksergötzlichkeiten, von bester Anlage, Bauart und Nöthigen Reinlichkeit menschlicher Wohnungen (System einer vollständigen medicinischen Polizey, Bd. 3), Mannheim 1783, 650-670.
- 71 Allgemein dazu: Dietrich von Engelhardt, Essen und Trinken im historischen Spektrum von Diätetik und Diät, in: MAK – österreichisches Museum für angewandte Kunst, Hg., mäßig und gefräßig (Ausstellungskatalog), Wien 1996, 172-181. Auch für die Frühe Neuzeit lassen sich Differenzierungen innerhalb dieser Gattung zwischen allgemeineren Texten zur Reflexion über das gesunde, lange Leben und Rezeptbüchern für Heilzwecke beobachten, vgl. Mikkeli, Hygiene, 165, bes. für das 18. Jahrhundert: Sabine Verk, Geschmackssache. Kochbücher aus dem Museum für Volkskunde (AK), Berlin 1995, 13-15, 93-96
- Jae-Baek Ko, Wissenschaftspopularisierung und Frauenberuf: Diskurs um Gesundheit, hygienische Familie und Frauenrolle im Spiegel der Familienzeitschrift Die Gartenlaube in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts, Frankfurt am Main 2008, 119-122, 233, 242, Sabine Schleiermacher, Die Frau als Hausärztin und Mutter. Das Frauenbild der Gesundheitsaufklärung, in: Susanne Roeßiger u. Hei-

- drun Merk, Hg., Hauptsache gesund! Gesundheitsaufklärung zwischen Disziplinierung und Emanzipation, Marburg 1998, 48-58; weitere Belege zu Medienanalysen bei Dinges, Arztpraxen, 311.
- 72 Um 1800 konnte eine Bürgerin das Kochen noch fast vollständig delegieren, vgl. dazu Anne-Charlotte Trepp, *Sanfte Männlichkeit und selbständige Weiblichkeit: Frauen und Männer im Hamburger Bürgertum zwischen 1770 und 1840*, Göttingen 1996, 255.
- 73 Johann Peter Frank, *Von Fortpflanzung der Menschen und Ehe-Anstalten, von Erhaltung und Pflege schwangerer Mütter, ihrer Leibesfrucht und der Kind-Betterinnen in jedem Gemeinwesen (System einer vollständigen medicinischen Polizey, Bd. 1)*, Mannheim 1784²; vgl. dazu Martin Fuhrmann, *Volksvermehrung als Staatsaufgabe?*, Paderborn 2002, bes. 85-89.
- 74 Uwe Heyll, *Wasser, Fasten, Luft und Licht. Die Geschichte der Naturheilkunde in Deutschland*, Frankfurt am Main 2006; umfassender ist Florentine Fritzen, *Gesünder leben. Die Lebensreformbewegung im 20. Jahrhundert*, Stuttgart 2006; Melzer, *Vollwerternährung*, 99 f., zur NS-Nähe der Vertreter der Vollwertkost s. 141, 206 zum Reichsvollkornbrotausschuss, 407-413; Robert Jütte, *Geschichte der alternativen Medizin*, München 1996.
- 75 Schweig, *Gesundheitsverhalten*, 120 f.
- 76 Zit. nach Schweig, *Gesundheitsverhalten*, 121.
- 77 Ebd., 125 f.
- 78 Hoffmann, *Gesunder Alltag*, 130.
- 79 Ebd., 131, 137; Schweig, *Gesundheitsverhalten*, 121 f., 124.
- 80 Hoffmann, *Gesunder Alltag*.
- 81 Methodisch wurde diese in der Diskussion um Krisen als Anlass zu erhöhtem Informationsfluss genutzt.
- 82 Schweig, *Gesundheitsverhalten*, 126, über unzureichende Fettversorgung beim Russlandfeldzug 1942. Der Grubenarbeiter war offenbar eine bessere Versorgung gewohnt.
- 83 Schweig, *Gesundheitsverhalten*, 122, Bebel an seine Frau aus dem Gefängnis.
- 84 Hoffmann, *Gesundheitsverhalten*, 125.
- 85 George Alter, *Gender Differences in Mortality*, in: Tommy Bengtsson/Cameron Campbell u.a., *Life under pressure. Mortality and living standards in Europe and Asia, 1700–1900*, Cambridge/Mass. 2004, 327-357, 332 f.
- 86 Hoffmann, *Gesunder Alltag*, 137 f. Weitere Benachteiligungsbeispiele stammen ebenfalls alle von Frauen. Allerdings endet dies nach den 1890–1910 Geborenen. Demgegenüber weisen die Selbstzeugnisse von Schweizer Verdingkindern für die 1930er und 1940er Jahre keinen Genderbias bei der Benachteiligung auf, vgl. Marco Leuenberger/Loretta Seglias, Hg., *Versorgt und vergessen. Ehemalige Verdingkinder erzählen*, Zürich 2008, 28, 43, 49, 70, 91, 117, 132, s. a. 62.
- 87 Roman Sandgruber, *Das Essen der Arbeiterfrauen. Geschlechtsspezifische Konsumunterschiede in Arbeiterhaushalten*, in: *L'Homme* 2. 1991, 45-56, hier 47 f.; Jakob Tanner, *Fabrikmahlzeit. Ernährungswissenschaft, Industriearbeit und Volksernährung in der Schweiz 1890–1950*, Zürich 1999, 146; Reinhard Sieder, „Vata derf i aufstehn?“. Kindheitserfahrungen in Wiener Arbeiterfamilien um 1900, in: Hubert Ch. Ehalt/Gernot Heiß, Hg., *Glücklich ist, wer vergißt ...? Das andere Wien um 1900*, Wien 1986, 39-89, hier 58.
- 88 Tanner, *Fabrikmahlzeit*, 113 f.; 122-124; Karen Hagemann, *Frauenalltag und Männerpolitik: Alltagsleben und gesellschaftliches Handeln von Arbeiterfrauen in der Weimarer Republik*, Bonn 1990, 99-102, 117-130; Hoffmann, *Gesunder Alltag*, 133 f.
- 89 Produktiv genutzt wurde die Erkenntnis der zentralen Rolle der Hausfrau für die Familienernährung in der kulturhistorischen Forschung von Hans-Jürgen Teuteberg, *Kulturhistorische Ernährungsforschungen*, in: *Rheinisch-westfälische Zeitschrift für Volkskunde*, 53 (2008), 17-45, 34.
- 90 Wolfgang König, *Kleine Geschichte der Konsumgesellschaft. Konsum als Lebensform der Moderne*, Stuttgart 2008, 96 f.
- 91 Zum Schlankheitsideal Sabine Merta, *Wege und Irrwege zum modernen Schlankheitskult. Diätkost und Körperkultur als Suche nach neuen Lebensstilformen 1880–1930*, Stuttgart 2003, 488-511; auch dies., *Schlank!: ein Körperkult der Moderne*, Stuttgart 2008. Zur sehr viel längeren Geschichte des Zusammenhangs von Weiblichkeitsstilisierung und Schlankheit vgl. Waltraud Pulz, *Nüchternes Kalkül – Verzehrende Leidenschaft: Nahrungsabstinenz im 16. Jahrhundert*, Köln 2007, 137-153.
- 92 Hier ist nicht der Raum, die entwicklungsbedingten Extremvarianten der Anorexie sowie der Bulimie und verwandter Krankheitsbilder zu diskutieren, vgl. dazu Merta, *Wege*, 300-318.

- 93 Michael Meuser, Der „kranke Mann“ – wissenssoziologische Anmerkungen zur Pathologisierung des Mannes in der Männergesundheitsforschung, in: Martin Dinges, Hg., Männlichkeit und Gesundheit im historischen Wandel ca. 1800–ca. 2000, Stuttgart 2007, 73-86, 74, 80.
- 94 Eine Charakterisierung als „Gesundheitsdispositiv“ wäre nicht unzutreffend. Die Funktion dieses teilweise aufgeregten Diskurses dürfte es auch sein, vor dem Hintergrund einer immer weniger als kontrollierbar empfundenen globalisierten Welt wenigstens die persönlich beeinflussbare Möglichkeit, die Gesundheit in die eigenen Hände zu nehmen, als Handlungschance zu repräsentieren. Lebensmittelskandale gewinnen dadurch auch für die Politik erhöhte Bedeutung.
- 95 Wolfgang Behringer, Arena and Pal Mall: Sport in the Early Modern Period, in: German History 27 (2009), 331-357; vgl. auch Kay Schiller, Christopher Young, The History and Historiography of Sport in Germany: Social, Cultural and Political Perspectives, ebd., 313-330; Martin Dinges, Bewegung, Gesundheit und Geschlecht. Normative Diskurse und Praktiken im 18. und 19. Jahrhundert (unveröffentlichtes Manuskript).
- 96 Für den Überblick vgl. Mikkeli, Hygiene, bes. 60-64.
- 97 Zum Spaziergang vgl. Gudrun M. König, Eine Kulturgeschichte des Spazierganges. Spuren einer bürgerlichen Praktik, 1780–1850, Wien 1996, bes. 214-217. Zur Hochschätzung des Spazierganges durch Sybel im Jahre 1856 und viele andere Männer in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts s. Schweig, Gesundheitsverhalten, 129-131. Krupp bot seinen leitenden Angestellten das Reiten als Gesundheitsprävention an. Ko, Wissenschaftspopularisierung, 319 zum Familienspaziergang.
- 98 Eisenberg, Massensport, 142, 158-162.
- 99 Rebekka von Mallinckrodt, Hg., Bewegtes Leben. Körpertechniken in der Frühen Neuzeit (AK Wolfenbüttel), Wiesbaden 2008 eröffnet neue Horizonte einer weiter gefassten Geschichte der Bewegung. Zu Sport und Gender gibt es viel mehr Literatur, Christiane Eisenberg, „English sports“ und deutsche Bürger. Eine Gesellschaftsgeschichte; 1800–1939, Paderborn 1999; vgl. z. B. Sandra, Günter, Geschlechterkonstruktion im Sport: eine historische Untersuchung der nationalen und regionalen Turn- und Sportbewegung des 19. und 20. Jahrhunderts, Hoya [2005]; Ilse Hartmann-Tews, Soziale Konstruktion von Geschlecht: Neue Perspektiven der Geschlechterforschung in der Sportwissenschaft, in: Dies./Petra Gieß-Stüber u. a., Soziale Konstruktion von Geschlecht im Sport, Opladen 2003, 13-27; Ilse Hartmann-Tews/Bettina Rulofs, Handbuch Sport und Geschlecht, Schorndorf 2006; Michael Krüger, Hg., Transformationen des deutschen Sports seit 1939, Hamburg 2001; Sonja Levsen, Männliche Bierbäuche oder männliche Muskeln? Studenten, Männlichkeit und Gesundheit zwischen 1900 und 1930, in: Dinges, Männlichkeit, 175-190; Philippe Liotard/Thierry Terret, Excellence féminine et masculinité hégémonique (=Sport et genre, Bd. 2), Paris 2005; Thierry Terret, Hg., Sport und Gesundheit im historischen Wandel, Sankt Augustin 1999; Michael A. Messner, Power at Play. Sports and the Problem of Masculinity, Boston 1985; Jürgen Schwier, Spiele des Körpers. Jugendsport zwischen Cyberspace und Streetstyle, Hamburg 1998; Bernd Wedemeyer-Kolwe, Starke Männer, starke Frauen. Eine Kulturgeschichte des Bodybuildings, München 1996. Eine kulturgeschichtliche Wende in der Sportgeschichte mahnen an Olaf Stieglitz/Jürgen Martschukat u.a., Neues vom Sport, <http://hsozkult.geschichte.hu-berlin.de/forum/2009-05-001.pdf> (Abruf 8.12.2009).
- 100 Hoffmann, Gesunder Alltag, 187-189.
- 101 Jedenfalls dauert es auch im viel besser erforschten Sport drei Generationen seit dem Ersten Weltkrieg, bis die Frauen in den 1970er Jahren schließlich zahlenmäßig stark aufholen, was allerdings genderspezifische Ausprägungen des Sports keineswegs in Frage stellen muss; Jürgen Zinnecker, Jugendkultur 1940–1985, Opladen 1987, 220; siehe auch Jürgen Baur/Ulrike Burrmann u.a., Sportpartizipation von Mädchen und jungen Frauen in ländlichen Regionen, Köln 2002.
- 102 Zur Ausbreitung der Fitness-Studios und zum Frauen-Bodybuilding vgl. Erika Dilger, Die Fitnessbewegung in Deutschland. Wurzeln, Einflüsse und Entwicklungen, Schorndorf 2008, 316 f.
- 103 Zur komplexeren Lage beim Alkoholgenuss, der sogenannten J-Kurve, vgl. – schon in historischer Perspektive – Hasso Spode, Männersache: Alkohol, Geschlecht und Gesundheit unter besonderer Berücksichtigung des deutschen Kaiserreichs. Ein Beitrag zur Natur-Kultur-Debatte, in: Dinges, Männlichkeit, 191-210, bes. 205 f.
- 104 Der Klassiker für den deutschen Sprachraum ist Fritz Lickint, Tabak und Organismus. Handbuch der gesamten Tabakkunde, Stuttgart 1939; zur Bekämpfung des Rauchens während der NS-Zeit im internationalen Vergleich s. Robert N. Proctor, Blitzkrieg gegen den Krebs. Gesundheit und Propaganda im Dritten Reich, Stuttgart 2002.

- 105 Zum Begriff Jost Bauch, Medizinsoziologie, München 2000, 185-190, 141-143. Die öffentliche Debatte greift damit auf ein Konzept von 1957 zurück und individualisiert das Problem, statt die Lebensweise zu beachten, die sich schichtspezifisch risikofördernd oder risikoabfedernd auswirkt. Zum messbaren Gesundheitsrisiko Majid Ezzati/ Alan D. Lopez, Smoking and oral Tobacco Use. <http://www.who.int/publications/cra/chapters/volume1/0883-0958.pdf> (Abruf 22.1.2009), in: Majid Ezzati/ Alan D. Lopez u.a., Hg., Comparative Quantification of Health Risks. The Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors (2 Bände), Genf (World Health Organization) 2004.
- 106 Zu rauchenden Frauen vor dem 19. Jahrhundert s. Clemens-Sels-Museum, Hg., Rauch-Zeichen: kultur- und regionalgeschichtliches zum Tabakgenuss, Neuss 2005, 46-49 mit weiteren Belegen.
- 107 So auch von der Tabakindustrie selbst, vgl. z. B. British American Tobacco (Germany), Hg., Rauchzeichen. tabakhistorische Graphiken und Objekte aus der Sammlung British American Tobacco, Bayreuth 1999, Kapitel „Die Frauen umgeben sich mit dem blauen Dunst – ein Emanzipationsprozess“, 51-57. Die Bebilderung zeigt Prostituierte und Orientalinnen. Ansonsten ist Emanzipation weiterhin das Paradigma in der deutschsprachigen Forschung, siehe u.a. Karin Hausen, Zigaretten und männlich-weibliche Turbulenzen in Deutschlands bürgerlicher Ordnung des Rauchens vor 1914, in: Jens Flemming/Pauline Puppel, Hg., Lesarten der Geschichte. Ländliche Ordnungen und Geschlechterverhältnisse. Festschrift für Heide Wunder zum 65. Geburtstag, Kassel 2004, 152-178; Sabina Brändli: „Sie rauchen wie ein Mann, Madame“. Zur Ikonographie der rauchenden Frau im 19. und 20. Jahrhundert, in: Thomas Hengartner/Christof M. Merki, Hg., Tabakfragen. Rauchen aus kulturwissenschaftlicher Sicht, Zürich 1996, 83-109.
- 108 Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheit in Deutschland, Berlin 2006, Tab. 2.5.1 auf 108. Weitere Belege in: Martin Dinges, Rauchen: gesundheitsgefährdend – und typisch „männlich“? Zum historischen Wandel geschlechtsspezifischer Zuschreibungen, in: Martin Lücke, Hg., Heldentaten – Didaktische Aspekte der Geschichte der Männlichkeiten, Hamburg 2011 (im Druck).
- 109 Genauere Angaben zur Entwicklung der Gender-Relationen, der Werbung etc. bei Dinges, Rauchen.
- 110 Martina Christine Enke, Über die Bedeutung des Tabaks in der europäischen Medizin vom 16. bis ins 20. Jahrhundert, Berlin 1998; siehe auch Christiane Zangs, Hg., Rauch-Zeichen (AK Clemens-Sels-Museum), Neuss 2005, 19-23.
- 111 Mehr dazu bei Dinges, Rauchen.
- 112 Eva Koppenhöfer, Über die Ambivalenz des Rauchens bei Frauen, in: Aldo Lengnaro/Arnold Schmieder, Hg., Rauchzeichen. Zum modernen Tabakkonsum, Münster 2003, 53-78, bes. 69, 73. In Büros berufstätige Frauen und Männer rauchen mittlerweile gleich häufig. Nur der Konsum starker Alkoholika unterscheidet hier noch signifikant.
- 113 Näheres bei Dinges, Rauchen.
- 114 Zum Schlankheitsideal Merta, Schlankheitskult, 488-511; oder dies., Schlank! Ein Körperkult der Moderne, Stuttgart 2008.
- 115 Gisela Gille: „Reach a lucky instead of a sweet...“. Junge Mädchen und Rauchen, in: Frauenarzt 48 (2007), 1180-1182, 1181.
- 116 Rosemary Elliot, Women and Smoking since 1890, New York/London 2008, 84.
- 117 Daneben gibt es gender-neutrale Motive für das Rauchen wie z.B. den Stressabbau. Motive und ihre bisherige Deutung durch die Psychologie bei Burkhard Kastenbutt, „Smoke gets into your eyes“. Die Zigarette im Fadenkreuz der Seelenkundler, in: Aldo Lengnaro/Arnold Schmieder, Hg., Rauchzeichen. Zum Modernen Tabakkonsum, Hamburg 2003, 79-97.
- 118 Die Remaskulinisierung des Rauchens ließe sich übrigens sowohl für die englische und amerikanische wie für die deutsche Praxis in beiden Weltkriegen als Versuch interpretieren, „hegemoniale Männlichkeit“ wiederherzustellen – nach Connell immer ein Defensivprojekt gegen die Infragestellung von Privilegien; zum Konzept s. Martin Dinges, „Hegemoniale Männlichkeit“ – ein Konzept auf dem Prüfstand, in: Martin Dinges, Hg., Männer – Macht – Körper. Hegemoniale Männlichkeiten vom Mittelalter bis heute, Frankfurt am Main 2005, 7-33.
- 119 Frank Werner, „Hart müssen wir hier draußen sein“. Soldatische Männlichkeit im Vernichtungskrieg 1941–1944, in: Geschichte und Gesellschaft 34 (2008), 5-40; vgl. dazu Thomas Kühne, Kameradschaft. Die Soldaten des nationalsozialistischen Krieges und das 20. Jahrhundert, Göttingen 2006.

- 120 Das gilt nur für das Rauchen von Zigaretten. Zigarren und, weniger exklusiv, auch Pfeifen behielten weitgehend ihre Bedeutung als Männlichkeitsmarker; vgl. Eva Kloppenhöfer, Über die Ambivalenz des Rauchens bei Frauen, in: Legnaro u.a., Tabakkonsum, 53-78, bes. 69-70.
- 121 Drogenbericht der Bundesregierung 2008, 41. http://www.bundesregierung.de/Content/DE/StatischeSeiten/Breg/ThemenAZ/Gesundheitspolitik/gesundheitspolitik-2006-08-03-drogen-und_20suchtbericht-der-bundesregierung.html (Abruf 21.1.2009)
- 122 Grundlegend bleibt: Petra Kolip, Jugend und Gesundheit. Eine notwendig geschlechtsspezifische Betrachtung, in: Petra Kolip, Hg., Lebenslust und Wohlbefinden. Beiträge zur geschlechtsspezifischen Jugendgesundheitsforschung, Weinheim 1994, 7-21 sowie Petra Kolip/Klaus Hurrelmann, Was ist Gesundheit im Jugendalter? Indikatoren für körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden, ebd. 25-46.
- 123 Die öffentliche Diskussion um das „Komasaufen“ von Jugendlichen beiderlei Geschlechts weist in die gleiche Richtung, verweist aber auf sehr unterschiedliche Folgerisiken für junge Frauen und Männer.
- 124 Sie bleibt zutreffend beim risikoaffinen Spielstil von Jungen und in der Jugendphase bezüglich Risikosportarten und Drogenkonsum, die eher männertypisch sind, s. Hoffmann, Gesunder Alltag, 401.
- 125 S. McCray Beier, Transformation.
- 126 Statistische Angaben in diesem Feld sind besonders problematisch, da alle Zahlen aus der „Kurfürscherdebatte“ stark politisch gefärbt sind, s. dazu Thomas Faltin, Heil und Heilung. Geschichte der Laienheilkundigen und Struktur antimodernistischer Weltanschauungen im Kaiserreich und Weimarer Republik am Beispiel von Eugen Wenz (1856–1945), Stuttgart 2000, 240-250.
- 127 Jens Lachmund/Gunnar Stollberg, Patientenwelten. Krankheit und Medizin vom späten 18. bis zum frühen 20. Jahrhundert im Spiegel von Autobiographien, Opladen 1995. Martin Dinges, Arztpraxen 1500–1900. Zum Stand der Forschung, in: Elisabeth Dietrich-Daum u. a., Hg., Arztpraxen im Vergleich. 18.–20. Jahrhundert, Innsbruck u. a. 2008, 23-61.
- 128 Irritierend ist, wie wenig die klassische Medizingeschichte dazu bisher erarbeitet hat. Mittlerweile hat ein DFG-Forschungsverbund zu dem Thema Arztpraxen zu arbeiten begonnen, vgl. http://www.medizingeschichte.uni-wuerzburg.de/aerztliche_praxis/index.html.
- 129 Zu den fragwürdigen Imaginationen zu Geschlechterverhältnissen – schon für die Steinzeit vgl. Linda R. Owen, Distorting the Past. Gender and the Division of Labor in the Upper Paleolithic, Tübingen 2005.
- 130 Belege zu allen folgenden Aussagen bietet Martin Dinges, Immer schon 60% Frauen in den Arztpraxen? Zur geschlechtsspezifischen Inanspruchnahme des medizinischen Angebotes (1600–2000), in: Dinges, Männlichkeit, 295-322.
- 131 Lebensalter des Arztes, Konkurrenz am Ort, Lage der Praxis im Ort, Zeitpunkt der Etablierung am Ort im Verhältnis zu anderen, Art des Angebotes (z. B. astrologisch im 17. Jh, Spezialist für psychische Beschwerden, Homöopathie im 19. Jh.) etc. können – neben der brieflichen im Unterschied zur persönlichen Behandlung – eine Rolle spielen.
- 132 S. Anne Hilde van Baal, In search of a cure. The patients of the Ghent homoeopathic physician Gustave A. Van den Berghe (1837–1902), Rotterdam 2008, 75; Jacalyn Duffin, Langstaff. A nineteenth-century medical life, Toronto 1999, 94.
- 133 Vgl. Babitsch, Ungleichheit, 235 auf Basis des Bundesgesundheits surveys 1998.
- 134 Eigene Berufstätigkeit erleichterte älteren Frauen statistisch signifikant das Aufsuchen des Klinikums in Tübingen, s. Simone Moses, Ältere Patienten im Krankenhaus (1880–1914) – Unterschiede der Inanspruchnahme bei Männern und Frauen?, in: Martin Dinges, Hg., Männlichkeit und Gesundheit, 323-241, 328.
- 135 Duffin, Langstaff, 95.
- 136 Hans-Christoph Seidel, Eine neue „Kultur des Gebärens“. Die Medikalisierung von Geburt im 18. und 19. Jahrhundert in Deutschland, Stuttgart 1998, 399-403, 325, 334, 338, 390.
- 137 Gleichzeitig wurde der Geburtshelfer leicht zum Vertrauensmann für alle Gesundheitsfragen des Hauses.
- 138 Bründel, Konkurrenz, 137-141.
- 139 Siehe den Beitrag von Bettina Blessing in diesem Band. Nur in sehr wenigen anderen Studien wurden bisher die ansonsten pharmaziehistorischen Problemstellungen zumindest ansatzweise auch geschlechterspezifisch bearbeitet. Leider nicht bei Gerlinde Schröder, Arzneimittelsortiment und Pharmakotherapie zu Beginn des 20. Jahrhunderts am Beispiel der Antipyretika und

- Analgetika. Auswertung eines Rezeptjournals der Apotheke Radebeul bei Dresden, Diss. Universität Halle-Wittenberg 1989; desgl. in der ansonsten exzellenten Studie von Erkmé Gottstein, Arzneimittelversorgung und Pharmakotherapie 1880–1900 dargestellt auf der Grundlage verschiedener Quellengattungen aus Schleswig-Holstein, Diss. Universität München 2001, deren Quellen das aber sehr wohl erlauben würden.
- 140 Bettina Blessing, Geschlechtsspezifischer Arzneimittelkonsum 1700–2000... Pilotstudie, Manuskript, Regensburg 2009, 38; das gilt trotz erheblicher Schwankungen der Verschreibungspraxis zwischen den Ärzten. Gabriele Beisswanger, Arzneimittelversorgung im 18. Jahrhundert. Die Stadt Braunschweig und die ländlichen Distrikte im Herzogtum Braunschweig-Wolfenbüttel, Stuttgart 1996, 129, hatte auch festgestellt, dass die meisten Apothekenkunden in der Stadt Braunschweig Männer waren. Eine Studie zu Burlington, New Jersey kommt für ein Apothekenrezeptbuch noch für 1853/54 auf 46% zu 33% Verschreibungen für Männer (Rest Kinder); David L. Cowen/Louis D. King u.a., Drug Use in the 19th Century: a Computer Analysis, in: Erika Hickel/Gerald Schröder, Hg., Neue Beiträge zur Arzneimittelgeschichte. Festschrift für Wolfgang Schneider zum 70. Geburtstag, Stuttgart 1982, 59-67.
- 141 Unter den Patienten dominierten die Frauen 1867 in (Diessenhofen, Thurgau, Schweiz) im Verhältnis von vier Frauen zu drei Männern; bei der Anzahl der Verschreibungen sogar mit 6:4 (57% zu 39%); das entspricht erstaunlich genau den Werten für die Inanspruchnahme von Ärzten; vgl. Claudine Yvonne Romann, Die Rezeptsammlung der Apotheke Brunner von Diessenhofen. Eine Schweizer Sammlung aus dem 19. Jahrhundert, ihr Umfeld und die Praxis der Arzneimitteltherapie, Dietikon 2001, 135.
- 142 Zum 19. und 20. Jahrhundert ist ein entsprechendes Pilotprojekt zur Auswertung von Rezeptkopierbüchern von A. Hoffmann am Stuttgarter Institut für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung begonnen worden.
- 143 Gottstein, Arzneimittelversorgung 98, 104 weist erheblichen Umsatz an Schmerzmitteln während der 1890er Jahre in Apotheken Schleswig-Holsteins aus. Zu Schmerzmitteln früherer Zeiten s. Franz-Josef Kuhlen, Zur Geschichte der Schmerz-, Schlaf- und Betäubungsmittel in Mittelalter und früher Neuzeit, Stuttgart 1983, 260-267; vgl. auch Robert Jütte, „Trinck das in, so würst du dann schlaffen ...“. Schmerz-, Schlaf- und Betäubungsmittel in Mittelalter und Früher Neuzeit, in: Die Waage, 44 (2005), 68-73.
- 144 Siehe dazu Dietrich Tutzke/Regina Engel, Tätigkeit und Einkommen eines Allgemeinpraktikers vor der Mitte des 19. Jahrhunderts – Ergebnisse einer historisch-statistischen Analyse, in: Zeitschrift für die gesamte Hygiene 24 (1978), 460-465, 463; Die Beschwerden der Kassenärzte im ausgehenden 19. Jahrhundert, zu „Rezeptschreibern“ degradiert zu werden, muten insofern merkwürdig an, vgl. Claudia Huerkamp, Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert. Vom gelehrten Stand zum professionellen Experten. Das Beispiel Preußens, Göttingen 1985, 203; heute werden bei fast 90 Prozent der Inanspruchnahme von Allgemeinmedizinern Rezepte ausgestellt, s. Elisabeth Schach/Friedrich Wilhelm Schwartz u.a., Die EvaS-Studie. Eine Erhebung über die ambulante medizinische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Köln 1989, 52; vgl. Dinges, Arztpraxen, 39.
- 145 Übrigens greifen Frauen heutzutage auch deutlich häufiger eigenständig zu Arzneien.
- 146 Jens Lachmund/Gunnar Stollberg, Patientenwelten. Krankheit und Medizin vom späten 18. bis zum frühen 20. Jahrhundert im Spiegel von Autobiographien, Opladen 1995, 62-63.
- 147 Schweig, Gesundheitsverhalten, 214-223. Ausnahme waren die regelmäßigen Hinweise, die James Graf von Moltke seiner Frau in den 1930er Jahren mitteilte. (Ich danke Nicole Schweig für diese mündliche Auskunft).
- 148 Hoffmann, Gesunder Alltag, 334.
- 149 Marktforschungsdaten werden der gesundheitswissenschaftlichen und -historischen Forschung von der Pharmaindustrie nicht zugänglich gemacht. Sie dürften zumindest für die letzten Jahrzehnte teilweise auch geschlechtsspezifisch aufgeschlüsselt sein. Selbst für frühere Jahrzehnte sind Marktforschungsdaten praktisch nicht erhältlich, vgl. Roswitha Haug, Die Auswirkungen der NS-Doktrin auf Homöopathie und Phytotherapie: eine vergleichende Analyse von einer medizinischen und zwei pharmazeutischen Zeitschriften, Stuttgart 2009, 367-374.
- 150 Die Gesundheitsgesetzgebung wirkt sich mittlerweile direkt auf die verfügbaren Daten aus. Die neuesten Daten zeigen erstmals für das Jahr 2008 bei Männern und Frauen gleich hohen Arzneimittelkonsum. Erfasst werden aber nur Medikamente, die von den Krankenkassen erstattet werden. Deren

Zahl wurde im Rahmen der Kosteneinsparung im Gesundheitswesen stark reduziert. Deshalb bilden die neuen Werte lediglich den Wegfall der bisherigen Finanzierung statistisch ab. Auf eine Verhaltensänderung kann daraus nicht geschlossen werden, denn viele dieser Mittel werden nun ohne Erstattung gekauft, wie die weiterhin guten Absatzzahlen ausweisen – die leider nicht geschlechtsspezifisch aufgeschlüsselt zu erhalten sind.

- 151 Man könnte diese Vorgänge auch als Makroprozess der Kommodifizierung medizinischer Dienstleistungen diskutieren.
- 152 Analoge Entwicklungen ließen sich auch für die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen – insbesondere seit den 1970er Jahren – zeigen; vgl. dazu Dinges, *Gesundheitsidioten*, 22.
- 153 Dinges, *Arztpraxen*, 33. Demnächst zum 18. Jahrhundert: Séverine Pilloud/Micheline Louis-Courvoisier/Vincent Barras, *Le courrier du corps. L'expérience de la maladie et de la santé à l'époque des Lumières au travers des consultations épistolaires adressées au Dr. Samuel Auguste Tissot (1728–1797)*, Lausanne (im Druck). Um 1700 schreiben in England noch deutlich mehr Männer als Frauen Briefe an Ärzte, während das Verhältnis in Frankreich ausgeglichen ist – in beiden Fällen allerdings bei sehr niedrigen Fallzahlen, vgl. Lisa Smith, *The Relative Duties of a Man. Domestic Medicine in England and France, ca. 1685–1740*, in: *Journal of Family History* 31 (2006), 237-256, 242.
- 154 Martin Dinges, *Zur Geschichte der Gesundheit von Jungen und männlichen Jugendlichen (1780–2010)*, in: *Medizin, Geschichte und Gesellschaft* 29 (1010), 97-121.
- 155 Weisbrod, zitiert nach Hoffmann, *Gesunder Alltag*, 402.
- 156 Das Marktangebot ist auch für Hygienisierungspraktiken grundlegend, vgl. dazu Ulrike Thoms, *Körper Kultur, Konsum. Die Konsumgeschichte der alltäglichen Hygiene*, in: Heinz-Gerhard Haupt/Claudius Torp, Hg., *Die Konsumgesellschaft in Deutschland 1890–1990. Ein Handbuch*, Frankfurt am Main 2009, 97-113; vgl. auch James Obelkevich, *Männer, Frauen und Körperpflege. Großbritannien 1950–1980*, in: Hannes Siegrist/Hartmut Kaelble, Hg., *Europäische Konsumgeschichte. Zur Gesellschafts- und Kulturgeschichte des Konsums (18. bis 20. Jahrhundert)*, Frankfurt am Main 1997, 527-545.
- 157 Sibylle Nideröst, *Männer, Körper und Gesundheit. Somatische Kultur und soziale Milieus bei Männern*, Bern 2007, 42-47, 56-60.
- 158 Vgl. Martin Dinges, „Historische Anthropologie“ und „Gesellschaftsgeschichte“: Mit dem Lebensstilkonzept zu einer „Alltagskulturgeschichte“ der Frühen Neuzeit?, in: *Zeitschrift für Historische Forschung* 24 (1997), 179-214, 198-202;
- 159 Hoffmann arbeitet differenziert die Wirkung von vier Ungleichheitskategorien als konstitutiv für das Gesundheitsverhalten heraus: Geschlecht, Soziale Schicht, Generation und Wohnort (Stadt/Land). Daneben war Religion für Gesundheitsvorstellungen – weniger für die -praktiken – immerhin noch nachrangig bedeutsam.
- 160 Hoffmann, *Gesunder Alltag*, 404 ff.
- 161 Jedenfalls scheinen mir exklusiv auf Gender zentrierte und dann noch differenztheoretische Ansätze gesundheitsgeschichtlich immer weniger aussagekräftig.