

Männergesundheit als Forschungsthema der Sozial- und Kulturwissenschaften

Wie auch einige Beiträge des vorliegenden Bandes der ÖZG dokumentieren, findet Männergesundheit erst seit kurzem Interesse in den Geschichtswissenschaften. Aber auch andere Sozialwissenschaften, Sozialpsychologie und Sozialmedizin eingeschlossen, haben sich dem Thema erst in den 1990er Jahren zugewandt. Ausgehend von einer in den USA schon länger laufenden Debatte kam dabei der Medizinpsychologie eine gewisse Vorreiterrolle zu. Geradezu als deutschsprachiger Klassiker kann der 1999 in zweiter, vollständig überarbeiteter und erweiterter Auflage erschienene, von Elmar Brähler und Hildegard Felder herausgegebene Sammelband *Weiblichkeit, Männlichkeit und Gesundheit* angesehen werden.¹ Schon der Titel sagt einiges zur Genesis der Männergesundheitsforschung. Sie wäre ohne die zuvor in Gang gekommene Frauengesundheitsforschung,² die auch in dem genannten Band dominiert, kaum zum Thema geworden. Das Thema Männergesundheit wird lediglich in einem Beitrag von Walter Hollstein explizit behandelt, der bereits Anfang der 1990er Jahre eine Monographie über Männergesundheit vorgelegt hat.³ Vor allem US-amerikanische und wenige deutsche Studien zusammenfassend, vertrat Hollstein – für den damaligen Stand der Debatte charakteristisch – das Konzept defizitärer Männlichkeiten, um die spezifischen Gesundheitsprobleme von Männern bis hin zur männlichen Übersterblichkeit zu erklären. Dabei maß er dem Rollenstress große Bedeutung zu. Folgt man dieser Interpretation, ist in dem Aufbrechen des „alten Härtesyndroms“ der Hauptgrund für die Verkleinerung des Unterschieds zwischen weiblicher und männlicher Lebenserwartung in den entwickelten Industriestaaten seit den 1980er Jahren zu suchen.⁴

Trotz des Vorherrschens der Frauengesundheitsforschung bildete der Sammelband von Brähler und Felder den Ausgangspunkt für eine eingehendere Beschäftigung mit dem Thema „Mann und Medizin“ in der psychologischen Forschung im deutschsprachigen Raum. Das zeigte der 2001 von Elmar Brähler u.a. herausgegebene Schwerpunktband des Jahrbuchs für Medizinische Psychologie. In einem

von den Herausgebern und Susanne Goldschmidt verfassten Beitrag zum Thema „Männer und Gesundheit“ konnten sich die Autorin und die Autoren bereits auf die Ergebnisse einiger empirischer Studien stützen. Wenn auch die Conclusio, dass eine allein biologische Erklärung des *gender gap* keinesfalls ausreichend sei, für die historischen Kulturwissenschaften nicht wirklich überraschend war und die schmale Begründung dieser Aussage mit den erheblichen regionalen Mortalitätsdifferenzialen viele Fragen offen ließ, verwiesen die Autorin und die Autoren doch auf die Notwendigkeit einer Debatte und einer Forschung, die das Gesundheitshandeln von Männern fokussiert.⁵

Etwa um die Jahrtausendwende begann sich die öffentliche Gesundheitspolitik in den deutschsprachigen Ländern dieses Themas zaghaft anzunehmen. Im Jahr 1999 wurde der erste, von zwei Sozialmedizinerinnen verfasste Wiener Männergesundheitsbericht – bemerkenswert bald nach dem 1996 erschienenen Frauengesundheitsbericht – herausgegeben.⁶ Damit brachten sich Sozialmedizin und Medizinsoziologie stärker in die Debatte ein. In der bereits 1998 erschienenen Monographie des Mediziners und Gesundheitswissenschaftlers Thomas Klotz war der Autor von der nach wie vor verbreiteten biologistischen Grundhaltung in der Medizin mit Bezug auf das Thema Gendergesundheit abgerückt und hatte nach ausführlicher Erörterung möglicher Ursachen sogenannten Umweltfaktoren ein zumindest ebenso großes Gewicht für den *gender gap* zugebilligt wie „determiniert genetischen“ Begründungen. Allerdings relativierte Klotz diese Aussage, indem er zusätzlich einen hohen Einfluss genetisch-biologischer Faktoren auf soziokulturelle Variablen als wahrscheinlich ansah.⁷ Damit traf er sich mit kritischen Stimmen aus dem Kreis der mit historischen Daten argumentierenden Sozialmediziner und Medizinhistoriker, die die Bedeutung der biologischen Bedingtheit sozialer Funktionen unterstrichen und eine überwiegende Erklärung männlicher „Gesundheitsunvernunft“ aus gesellschaftlich bedingten Rollenzuweisungen problematisierten.⁸

Es zeigten sich erste Brüche in dem von den Naturwissenschaften lange Zeit explizit und implizit vertretenen biologistischen Paradigma. Dieses musste ja bekanntlich lange Zeit argumentativ für die Beschreibung des männlichen Geschlechts als „stark“ und des weiblichen als „schwach“ herhalten. Als spätestens seit den 1950er Jahren die Fakten wahrgenommen wurden, die in eine ganz andere Richtung deuteten, wurde die geringere Lebenserwartung der Männer in einer 180-Grad-Kehrtwendung als „biologisch“ vorgegeben akzeptiert und nicht näher hinterfragt.⁹ Zumindest im deutschsprachigen Raum sollte sich an dieser Position in den folgenden Jahrzehnten kaum etwas ändern.

Erst um die Jahrtausendwende kam Bewegung in die Debatte. Das Interesse der (sozial-)medizinischen Forschung am Thema Männergesundheit dokumentierte in der Folge ein von Günther Jacobi herausgegebener Sammelband *Praxis der Männer-*

gesundheit, der nun bis weit in die Vergangenheit zurück beobachtbaren gesundheitsrelevanten geschlechtsspezifischen Praktiken etwa mit Bezug auf den Suchtmittelkonsum insofern Rechnung trug, als er in einigen Kurzbeiträgen auch Historiker zu Wort kommen ließ. In seinem Beitrag stellte Martin Dinges den erheblichen Forschungsbedarf zur Geschichte der Männergesundheit jenseits angenommener „anthropologischer Konstanten“ fest.¹⁰ Insgesamt spiegelt der für Praktiker gedachte Band allerdings nach wie vor ein in der medizinischen Forschung vorherrschendes engeres Verständnis von Männergesundheit wider, das vor allem Fragen der Urologie, des Alkoholkonsums, männerspezifisch erachteter Herz-Kreislaufkrankungen und Ähnliches in den Blick nimmt. Einigen der abgedruckten medizinhistorischen Beiträge dieses Bandes haftete auch die Patina traditioneller Kulturgeschichte an, wie sie in von Medizinern verfassten älteren Medizingeschichten nach wie vor zu finden ist.¹¹ Eine interdisziplinäre Öffnung der Sozialmedizin war jedoch da und dort schon erkennbar, so in der Studie des Heidelberger Biometrikers Sven Schneider, die im Kontext des WHO-Projekts „Monitoring Trends and Determinants in Cardiovascular Disease“ entstand. Seine soziologisch-sozialmedizinische Arbeit lieferte auf Basis einer repräsentativen Stichprobe ein sehr differenziertes Bild der Wirkung gesundheitlicher Risikofaktoren auf den *gender gap*. Mittels statistischer Analyse konnte er zeigen, dass der *gender gap* primär aus geschlechtsspezifischem Lebensstil und aus Präventionsverhalten zu erklären ist, während körperliche Arbeitsbelastung nachrangig und psychische Faktoren kaum Einfluss auf geschlechtsspezifische Mortalität haben. Schneider konnte aber auch eine Restkomponente des *gender gap*, die sich aus sogenannten Umweltfaktoren nicht erklären lasse, identifizieren.¹² Doch standen auch in dieser mustergültigen Studie geschlechtsspezifische Analysen noch nicht im Vordergrund.

Wie die Sozialmedizin konnte auch die Demographie um die Jahrtausendwende schon auf eine längere Auseinandersetzung mit geschlechtsspezifischer Morbidität und Mortalität in Form bloßer Deskription zurückblicken. Bei der Interpretation ihrer quantitativen Befunde waren demographische Studien jedoch häufig auf begründete Vermutungen oder aber auf die Interpretation vereinzelter Ergebnisse aus den Nachbardisziplinen angewiesen, was insgesamt nur bedingt sozialmedizinisch verwertbare Schlussfolgerungen zuließ. Dies änderte sich durch die Einbeziehung der historischen Dimension des *gender gap* erheblich. In seiner bahnbrechenden „Klosterstudie“ gelang es dem Demographen Marc Luy, eine rein oder vorrangig biologische Erklärung des *gender gap* zu widerlegen. In einem Langzeitvergleich von Klosterbevölkerungen (Mönchen und Nonnen) mit der Allgemeinbevölkerung konnte er plausibel belegen, dass es – zumindest für die erwachsene Bevölkerung – vor allem Lebensstile, Berufsstress und Suchtmittelkonsum der Männer waren, die den *gender gap* im Lauf des 20. Jahrhunderts entstehen ließen.¹³ Damit

verwiesen Luys Ergebnisse auf ein spezifisches Feld der Ungleichheitsforschung: die Lebensstilforschung. Diese hatte allerdings geschlechtsspezifischen Lebensstilen bis dahin wenig Beachtung geschenkt.¹⁴

Auch wenn man Luy nicht in allen Aspekten folgen will – so wäre die von ihm angenommene Gleichheit der Lebensbedingungen von Mönchen und Nonnen zu hinterfragen –, bestätigten doch auch eine Reihe ähnlicher Befunde internationaler Provenienz seine Grundaussagen für die erwachsene Bevölkerung.¹⁵ Demographische Studien waren es auch, die sich verstärkt der Untersuchung und Gewichtung möglicher Faktoren, die den *gender gap* in der Gegenwart beeinflussen, annahmen. Von besonderem Interesse waren dabei Anforderungen und Belastungen der Berufs- und Arbeitswelt. Forschungsergebnisse dazu ließen ein hohes Maß an politischen Implikationen erwarten.¹⁶ Allein, diese Studien belegten zwar eine eindeutig positive Korrelation zwischen Bildung und Berufsqualifikation einerseits und Gesundheitsparametern andererseits. Wesentlich weniger trugen sie jedoch zur Erklärung des *gender gap* bei. So ist es bisher nicht gelungen, befriedigend zu erklären, warum hochqualifizierte Männer gerade eben die Lebenserwartung von Hilfsarbeiterinnen erreichen.¹⁷ Zu komplex sind offensichtlich die Zusammenhänge, zu schwierig modellierbar und zu wenig quantitativ fassbar die anzunehmenden Multikausalitäten. Immerhin war es das Verdienst der soziologischen Forschung, auf die *black box* des Zusammenhanges zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit in ihrer Verschränkung mit geschlechtsspezifischer Morbidität und Mortalität hinzuweisen und entsprechende Untersuchungen anzuregen.

Ein griffiges Kürzel für die Debatte zur Geschlechtergesundheit fand die Soziologie in der Postulierung des sogenannten Geschlechterparadoxons. „Damit wird die einerseits höhere Lebenserwartung von Frauen und zugleich die [behauptete: MD, AW] höhere gesundheitliche Beeinträchtigung von Frauen im Vergleich zu Männern charakterisiert“,¹⁸ oder auch die durch Umfragen belegte Tatsache, dass sich Männer in der Regel gesünder fühlen als Frauen, obwohl sie im Schnitt kürzer leben.¹⁹ Die Formulierung des Geschlechterparadoxons öffnete der feministischen Forschung den Zugang zum Thema Geschlechtergesundheit, weil sie erlaubte, Frauengesundheit trotz der längeren weiblichen Lebenserwartung als defizitär gegenüber jener von Männern darzustellen. Die Europäische Union folgte der feministischen Forschung insofern, als sie in von ihr beauftragten Studien großzügig die Jahre mit „Beeinträchtigungen“ einrechnete – weit mehr als in manchen nationalen statistischen Ämtern –, was zu einem rein rechnerisch – besonders in Deutschland – stark reduzierten Unterschied in der Lebenserwartung von Männern und Frauen führte.²⁰ Die Ergebnisse einschlägiger Studien legten auch bald eine bemerkenswerte Umformulierung nahe.²¹ Das alte Paradoxon wurde verworfen. Frauen seien nicht kränker als Männer, hätten aber andere Krankheiten als Männer, die längere Krankheitspha-

sen bedingen. Das neue Geschlechterparadoxon besagte nun, dass Frauen weiterhin gesellschaftlich diskriminiert werden, nicht häufiger, aber anders und langwieriger krank sind als Männer und dennoch länger leben als Männer.²²

War damit sowohl Frauen- *als auch* Männergesundheitsforschung legitimiert, erwies sich bei Anwendung elaborierter statistischer Verfahren ein methodisches Problem als schwerwiegend: Jene Variablen, die Einfluss auf gesundheitliche Ungleichheit und auf geschlechtsspezifische Morbidität und Mortalität haben, deckten sich in erheblichem Maße.²³ Dennoch kann für künftige Forschungen an der Nützlichkeit des Konzepts Intersektionalität – d. h. der gleichzeitigen Beachtung von verschiedenen Faktoren der Ungleichheit, besonders der Kategorien Gender und Klasse resp. Schicht – kein Zweifel bestehen. Die Autorin einer einschlägigen Studie, die den deutschen Bundes-Gesundheits-Survey des Jahres 1998 in einer Sekundärauswertung analysierte, kam daher zu der „Forderung, die Kategorie Geschlecht nicht nur als biologische, sondern vor allem auch als soziale Kategorie in eine geschlechterdifferierende Forschung einzubeziehen.“²⁴ Eine solche Geschlechtergesundheitsforschung wird Risiken neben Ressourcen zu stellen und mit der subjektiven Konstruktion von Gesundheit zu verbinden haben.²⁵ Die latente Gefahr einer Überbewertung subjektiver „Klagsamkeitsniveaus“ sollte dabei beachtet werden. Andernfalls verschwinden sozialpolitisch relevante Morbiditäts- und Mortalitätsdifferenziale im Nebel diskursiver Konstruktionen von ‚gesund‘ und ‚krank‘.

In diesem Zusammenhang verdient das Konzept der Salutogenese besondere Beachtung.²⁶ Es rückt jene individuellen Ressourcen in den Mittelpunkt des Interesses, die Gesundheit ermöglichen. Es geht dabei keineswegs nur um Prävention, sondern auch um menschliches „Gesundheitskrisenmanagement“, ein Schlüsselfaktor, wenn die soziale Konstruktion von Männlichkeit als zentraler Verursacher männlicher Gesundheitsprobleme betrachtet wird, wie das in einem rezenten britischen Männergesundheitsbericht, der von einer NGO, der „coalition on men and boys“, herausgegeben wurde, geschieht.²⁷

Der subjektiven sozialen Konstruktion von Gesundheit durch Männer der Mittelschicht widmete sich eine britische Untersuchung auf Basis qualitativer Interviews. Sie konnte ein breites Spektrum differierender „Gesundheitsverhaltensweisen“ der Untersuchten nachweisen. Die gängige Zuordnung „Mann ist gleich instrumenteller Zugang zum eigenen Körper“ genügt nicht mehr. Vielmehr belegt die Untersuchung eine laufende Veränderung und ein Ineinanderfließen von Konzepten der „Männlichkeit“ und „Gesundheit“.²⁸ Sibylle Nideröst kam in einem interessanten Versuch einer Kategorisierung von „somatischer Kultur“ – damit bezeichnet sie körperbezogene Orientierungsmuster – und sozialen Milieus von Schweizer Männern zu ähnlichen Befunden. Auf Basis von Interviews und einer Clusteranalyse konnte sie einen bemerkenswerten, statistisch eindeutig signifikanten Zusam-

menhang zwischen den Verhaltensebenen der somatischen Kultur mit dem sozial-kulturellen Milieu, nicht jedoch mit konventionell konstruierten sozialen Schichten feststellen. Angehörige gleicher sozialer Lagen wiesen nach dieser Studie divergierende somatische Kulturen auf.²⁹ Dazu passt der Befund der erwähnten britischen Studie, nach der sich auch jene Mittelschicht-Männer, die sich für ein körpersensibles Gesundheitsverhalten öffneten, bemüht fühlen, dies eigens zu begründen.³⁰ Ihre Neigung zur Rechtfertigung nährte sich – bewusst oder unbewusst – aus dem seit den 1950er Jahren verbreiteten Gefühl, männliche Übersterblichkeit sei der notwendige Preis moderner kapitalistischer Arbeitsverhältnisse und einer von Männern dominierten, erfolgsorientierten Arbeitswelt.³¹

Eine andere Schneise in die mittlerweile entstandene Vielfalt an Diskussionssträngen zur Männergesundheit hat der Soziologe Sebastian Scheele in seiner Monographie *Geschlecht, Gesundheit, Gouvernementalität* geschlagen. Der Autor analysierte das einschlägige, seit den 1990er Jahren erheblich angewachsene Schrifttum auf Basis des Foucaultschen Konzeptes von Gouvernementalität. Nach Scheeles Analyse ist der „Männergesundheits hype“ in den hegemonialen neoliberalen Diskurs eingebettet, der von wirtschaftlichen Interessen, vor allem der Pharmaindustrie, geleitet wird. Ziel der Diskussion um Männergesundheit sei es, Männer zu „Gesundheitsunternehmern ihrer selbst“ zu machen und sie im selben Zug als Geschlecht zu entwerten.³² Neoliberale Gouvernementalität bedinge nämlich eine Beschränkung und Veränderung der „Selbstverhältnisse“ durch limitiertes („rigides“) Geschlechterwissen, welches einer letztlich konservativen, nämlich heteronormativen geschlechterpolitischen Tradition verhaftet bleibe.³³

Wenngleich Scheeles These nur für einen bestimmten Teil der Männergesundheitsliteratur zutrifft – einem anderen Teil der historischen, anthropologischen und demographischen Studien kann man kaum vorwerfen, dem Konzept neoliberaler Gouvernementalität zu folgen – weist sie doch auf einen diskussionswürdigen Punkt hin, nämlich das oft undifferenzierte Verständnis von männlichem Gesundheitsbewusstsein. Dieses Unbehagen wurde mit Bezug auf historische Befunde und auf das Konzept hegemonialer Männlichkeit bzw. von Männlichkeitskrisen jüngst auch in den Geschichtswissenschaften artikuliert.³⁴

Am Ende von zwei Jahrzehnten Forschung und Diskurs zu Fragen der Männergesundheit steht demnach eine Bilanz, die mehr Fragen aufwirft als sie beantwortet. Pessimistisch betrachtet, ist Desinteresse unter dem Primat von Biologismen lediglich einer Hinwendung zur „Gesundheits-Ich-AG-Mann“ gewichen. Diese ist jedoch selbst wieder einem reduzierten Männerbild verhaftet. Die gleichzeitige Untersuchung von sozialen Ungleichheiten und Geschlechterlagen hat bis auf einige Ausnahmen wenig Eindeutiges zu den Ursachen des Genderparadoxons geliefert. Medi-

zinisch-psychologische, sozialmedizinische und feministische Studien gelangten bisher nur selten über die Feststellung eines ungenügenden Gesundheitsverhaltens von Männern hinaus. Steckt die Männergesundheitsforschung also in einer Sackgasse?

Möglicherweise ist dieser Befund all zu düster. Aus historisch-kulturwissenschaftlicher Sicht zählen zweifelsohne jene Studien, welche die Vielfalt männlicher Gesundheitsverhaltensstile untersuchen, zu den für interdisziplinäre Forschungen ergiebigsten.³⁵ Sie verweisen auf die Notwendigkeit einer historischen Perspektive, die, von einigen Ausnahmen abgesehen, bisher wenig beachtet wurde. Die Männergesundheitsforschung wird angesichts der langen Dauer von Männlichkeitsbildern kaum auf sie verzichten können. Interdisziplinarität ist also gefragt und angesichts der komplexen Ausgangs- und Forschungslage – Pendant der Frauengesundheitsforschung, interessen geleitete Einbettung in den neoliberalen Mainstream – eine zentrale Anforderung an künftige Forschungen. Dabei mögen einmal Politikwissenschaften und Psychologie,³⁶ ein andermal die Geschichtswissenschaften³⁷ oder andere Disziplinen die Federführung übernehmen. Es wird aber jedenfalls der Zusammenführung des (historischen) Puzzles Männergesundheit bedürfen, um mittelfristig nicht zuletzt der Gesundheitspolitik Einsichten vermitteln zu können, die über ein reduktionistisches Verständnis von Männer- und Geschlechtergesundheit hinausführen. Der Weg zu einem *Degendering* durch die Trennung von Männlichkeit und Männern, wie es Sebastian Scheele vorschlägt,³⁸ ist theoretisch leicht zu fordern, praktisch aber schwer umsetzbar. Eine verstärkte Zielgruppenorientierung scheint der Weg zu sein, den die Akteure von Präventionsprogrammen gehen wollen.

Anmerkungen

- 1 Elmar Brähler/Hildegard Felder, Hg., Weiblichkeit, Männlichkeit und Gesundheit. Medizinpsychologische und psychosomatische Untersuchungen, 2. Aufl., Wiesbaden 1999 (1. Aufl. 1992).
- 2 Michael Meuser, Herausforderungen. Männlichkeit im Wandel der Geschlechterverhältnisse, Köln 2007, 72.
- 3 Walter Hollstein, Die Männer. Vorwärts oder zurück?, München 1990.
- 4 Walter Hollstein, Männlichkeit und Gesundheit, in: Brähler/Felder, Hg., Weiblichkeit, 72-81, hier 80.
- 5 Elmar Brähler/Susanne Goldschmidt/Jörg Kupfer, Männer und Gesundheit, in: Elmar Brähler/ Jörg Kupfer, Hg., Mann und Medizin, Göttingen/Toronto 2001, 11-33, 11.
- 6 Monika Csitkovics/Hannes Schmidl, Der erste Männergesundheitsbericht kommt aus Wien. Hintergründe und Ergebnisse, in: Thomas Altgeld, Hg., Männergesundheit. Neue Herausforderungen für Gesundheitsforschung und Prävention, Weinheim/München 2004, 105-120. Ein österreichischer Männer- und ein Schweizer Gendergesundheitsbericht sollte folgen: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Hg., Männergesundheitsbericht. 1. österreichischer Männergesundheitsbericht mit besonderer Berücksichtigung der Männergesundheitsvorsorge, Wien 2004; Bundesamt für Gesundheit, Gender Gesundheitsbericht 2006. <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00394/00402/index.html?lang=de>>. Einen Männergesundheitsbericht der deutschen Regierung

- gibt es bis heute nicht. Ansätze bietet: IGES Institut, Gesundheitsreport 2008. Analyse der Arbeitsfähigkeitsdaten. Schwerpunktthema Mann und Gesundheit, Berlin 2008; Doris Bardehle/Mathias Stiehler, Hg., Erster Deutscher Männergesundheitsbericht, München 2010.
- 7 Thomas Klotz, Der frühe Tod des starken Geschlechts, Göttingen 1998, 96 f.
 - 8 Iris Ritzmann, Die Frage nach dem „kleinen Unterschied“ vor dem Tod und seinen Hintergründen – von der göttlichen Ordnung zur chromosomalen Determination, in: Bulletin Soc. Suisse d'Anthrop. 7(2) (2001), 51-71.
 - 9 Exemplarisch dazu Alfred Fischer/Ludwig Popper, Sozialmedizinische Praxis, Wien/Düsseldorf 1953, 53.
 - 10 Martin Dinges, Männergesundheit in Deutschland. Historische Aspekte, in: Günther H. Jacobi, Hg., Praxis der Männergesundheit. Prävention, Schulmedizinische Fakten, Gesundheitlicher Zugang, Stuttgart/New York 2003, 24-33, 31 f.
 - 11 Vgl. dazu exemplarisch Stefan Winkle, Geißeln der Menschheit. Kulturgeschichte der Seuchen, 2. Aufl., Düsseldorf/Zürich 1997.
 - 12 Sven Schneider, Lebensstil und Mortalität. Welche Faktoren bedingen ein langes Leben? Wiesbaden 2002, 193-196.
 - 13 Marc Luy, Warum Frauen länger leben. Antworten durch einen Vergleich von Kloster- und Allgemeinbevölkerung, Wiesbaden 2002.
 - 14 Exemplarisch Thomas Abel, Gesundheitsrelevante Lebensstile. Zur Verbindung von handlungs- und strukturtheoretischen Aspekten in der modernen Ungleichheitsforschung, in: Christoph Mäder/Claudine Burton-Jeangros/Mary Haour-Knipe, Hg., Gesundheit, Medizin und Gesellschaft. Beiträge zur Soziologie der Gesellschaft, Zürich 1999, 43-61.
 - 15 Marc Luy, Causes of Male Excess Mortality. Insights from Cloistered Populations, in: Population and Development Review 29 (2003), 647-676.
 - 16 Gabriele Doblhammer/Roland Rau/Josef Kytir, Trends in educational and occupational differentials in all-cause mortality in Austria between 1981/82 and 1991/92, in: Wiener klinische Wochenschrift 117 (2005), 468-479; Örjan Hemström, Does the work environment contribute to excess male mortality? in: Social Science & Medicine 49 (1999), 879-894.
 - 17 Siehe dazu den Beitrag von Andreas Weigl in diesem Band.
 - 18 Birgit Babitsch, Soziale Ungleichheit, Geschlecht und Gesundheit, Bern 2005, 65.
 - 19 Ein Beispiel: Magistrat der Stadt Wien, Gesundheitsbericht Wien 2004, 245.
 - 20 Es gibt verschiedene Konzepte, die Lebenserwartung qualitativ zu fassen. Man versucht dabei, „beschwerdefreie Lebensjahre“ zu berechnen. Das DFLE-Konzept (Disability-Free Life Expectancy) betrachtet die „erwartete durchschnittliche Anzahl von Jahren, die eine Person ohne schwere gesundheitliche Beschwerden lebt. Dazu werden die Jahre, in denen gesundheitliche Beeinträchtigungen vorliegen, komplett von der Lebenserwartung abgezogen. Bei der komplexesten Methode (HALE: Health-adjusted life expectancy) werden Lebensjahre anteilig von der Lebenserwartung abgezogen. Allerdings fließen dabei – anders als beim DALE-Konzept – eine ganze Reihe von möglichen Beschwerden und gesundheitlichen Parametern in die Berechnung ein. „Die Weltgesundheitsorganisation verfügt über Daten zur gewichteten Lebenserwartung nach dem HALE-Konzept für die Jahre 2000 bis 2002. Demnach lag in Deutschland im Jahr 2002 die gesunde Lebenserwartung der Frauen bei 74,0 Jahren. 7,6 Jahre wurden in beeinträchtigter Gesundheit verbracht. Die gesunde Lebenserwartung der Männer betrug dagegen 69,6 Jahre. Mit gesundheitlichen Beschwerden lebten sie im Schnitt 5,9 Jahre lang.“ Hier wird vorrangig darauf hingewiesen, dass Frauen überall länger mit Einschränkungen leben – in diesem Fall entspricht das 1,7 Jahre. Dabei wird nicht mehr thematisiert, dass sie wesentlich mehr Lebensjahre als Männer „ohne Beschwerden“ verbringen – nämlich 4,4 Jahre, wie der folgende Text aus dem gleichen Gesundheitsbericht der Bundesregierung zeigt: „Die Europäische Union hat indes die Messgröße "Healthy Life Years", die dem DFLE-Konzept entspricht, in das Kernset europäischer Strukturindikatoren integriert. Bei einem Vergleich mit anderen EU-Staaten zeigt sich, dass die beschwerdefreie Lebenserwartung in Deutschland relativ hoch ist (siehe Abbildung 1.1.3). Deutlich wird zudem, dass in allen Ländern Frauen einen größeren Anteil von Lebensjahren mit Beschwerden verbringen als Männer. Die Lebenserwartung in Gesundheit dagegen unterscheidet sich nur geringfügig zwischen den Geschlechtern.“ (Datenquelle: Gesundheit in Deutschland, 2006, Kapitel 1.1.3) Allerdings geht gerade die sehr unterschiedliche Bewertung

der „Jahre mit Beschwerden“ in den einzelnen Ländern der EU gut aus der Grafik hervor. Das zeigt den erheblichen Bewertungsspielraum auch innerhalb der EU. Es kommt demnach also nur darauf an, welche Beschwerden die Statistiker für erheblich halten, dann verschwindet der *gender gap* – und man kann weiter eine Benachteiligung von Frauen thematisieren: Längeres Leben ist im Ergebnis dann nur noch längeres Leben mit Beschwerden. Die differenzierteren HALE-Daten sind offenbar politisch weniger erwünscht.

Differenzierter – aber praktisch auch schwieriger zu berechnen ist DALE (disability-adjusted life expectancy): Von der Lebenserwartung werden die mit bestimmten Beschwerden (z.B. Rückenschmerzen) verbrachten Jahre anteilig abgezogen, je nach dem Grad der gesundheitlichen Beeinträchtigung (z.B. von „nicht beeinträchtigt“ bis „schwer beeinträchtigt“). Vgl. dazu Robert Koch Institut, Hg. Gesundheit in Deutschland, Berlin 2006, Kap. 1.1.3 und Glossar.

- 21 Babitsch, Soziale Ungleichheit, 68.
- 22 Maria Danielsson/Gudrun Lindberg, Differences between men's and women's health: The old and the new gender paradoxon, in: Piroška Östlin u. a., Hg., Gender Inequalities in Health. A Swedish Perspective, Cambridge/Mass. 2001, 23-66, 61 f.
- 23 Babitsch, Soziale Ungleichheit, 98.
- 24 Ebd., 308.
- 25 Toni Faltermaier, Männliche Identität und Gesundheit, in: Altgeld, Männergesundheit, 11-33, 31.
- 26 Dazu Aaron Antonovsky, Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit, Tübingen 1997, und der Beitrag von Martin Dinges in diesem Band.
- 27 Sandy Ruxton, Man Made. Man, masculinities and equality in public policy, London 2009, 84.
- 28 Steve Robertson, Understanding Men and Health. Masculinities, Identity and Well-being, Maidenhead 2007, 156; dazu ergänzend Sarah Nettleton/Jonathan Watson, Hg., The Body in Everyday Life, London/New York 1998; Søren Ervø/Thomas Johansson, Hg., Bending Bodies, Moulding Masculinities, Hants/Burlington 2003.
- 29 Sibylle Nideröst, Männer, Körper und Gesundheit. Somatische Kultur und soziale Milieus bei Männern, Bern 2007, 61, 97, 106.
- 30 Robertson, Understanding Men, 63.
- 31 Christopher E. Forth, Masculinity in the Modern West. Gender, Civilization and the Body, Houndmills/New York 2008, 205; Barbara Ehrenreich, The Hearts of Men. American Dreams and the Flight from Responsibility, New York 1983, 70.
- 32 Sebastian Scheele, Geschlecht, Gesundheit, Gouvernementalität. Selbstverhältnisse und Geschlechterwissen in der Männergesundheitsförderung, Sulzbach/Taunus 2010, 9.
- 33 Scheele, Geschlecht, 17.
- 34 Martin Dinges, Veränderungen der Männergesundheit als Krisenindikator? Deutschland 1850–2006, in: L'Homme 19 (2008), 107-113, hier 107-109; Martin Dinges, Hg., Männer – Macht – Körper. Hegemoniale Männlichkeiten vom Mittelalter bis heute (Geschichte und Geschlechter 49), Frankfurt am Main/New York 2005.
- 35 Nideröst, Männer; Marc Luy/Paola Di Gulio, Der Einfluss von Verhaltensweisen und Lebensstilen auf die Mortalitätsdifferenzen der Geschlechter, in: Karla Gärtner/Evelyn Grünheid/Marc Luy, Hg., Lebensstile, Lebensphasen, Lebensqualität. Interdisziplinäre Studien von Gesundheit und Sterblichkeit aus dem Lebenserwartungssurvey des BiB, Wiesbaden 2005, 365-389.
- 36 Ein positives Beispiel eines interdisziplinären Sammelbandes: Jochen Geppert/Jutta Kühl, Hg., Gender und Lebenserwartung (Gender kompetent 2), Bielefeld 2006.
- 37 Martin Dinges, Hg., Männlichkeit und Gesundheit im historischen Wandel ca. 1800–ca. 2000 (Medizin, Gesellschaft und Geschichte Beiheft 27), Stuttgart 2007.
- 38 Scheele, Geschlecht, 119.