GENDER OPEN REPOSITORIUM

Veränderungen der Männergesundheit als Krisenindikator? : Deutschland 1850–2006

Dinges, Martin

2008

https://doi.org/10.25595/1066

Veröffentlichungsversion / published version
Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Dinges, Martin: *Veränderungen der Männergesundheit als Krisenindikator? : Deutschland 1850–2006*, in: L' homme : Zeitschrift für feministische Geschichtswissenschaft, Jg. 19 (2008) Nr: 2, 107-123. DOI: https://doi.org/10.25595/1066.

Erstmalig hier erschienen / Initial publication here: https://doi.org/10.7767/lhomme.2008.19.2.107

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY 4.0 Lizenz (Namensnennung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu dieser Lizenz finden Sie hier:

https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de

Terms of use:

This document is made available under a CC BY 4.0 License (Attribution). For more information see:

https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.en

GenderOpen – Repositorium für die Geschlechterforschung: www.genderopen.de

FREIE UNIVERSITÄT BERLIN

HUMBOLDT-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

Veränderungen der Männergesundheit als Krisenindikator? Deutschland 1850–2006

Martin Dinges

1. Männlichkeitskrisen? Probleme mit einem Konzept

Konzepte von Männlichkeitskrisen gehen von drei fragwürdigen Voraussetzungen aus:[1] Angenommen wird erstens die Existenz eines bestimmten oder klar bestimmbaren Leitbildes – zumeist – hegemonialer Männlichkeit, das für Zeitgenossen und Forscher beziehungsweise Forscherin eindeutig ist. Dem steht entgegen, dass es selbst heutzutage nicht einmal einfach ist, ein einziges derartiges Leitbild zu identifizieren – in letzter Zeit taucht der Börsenmakler als Angebot in der Diskussion auf.[2] Die Verbreitung bestimmter Männlichkeitsleitbilder durch die Massenmedien sowie die Popularisierung hegemonialer Männlichkeitsnormen, insbesondere im 19. und der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts mochte noch ein stromlinienförmigeres Bild von Männlichkeit suggerieren, über dessen tatsächliche Geltung aber zu diskutieren wäre.[3] Für historisch frühere Epochen kann mit noch mehr Fug und Recht angenommen werden, dass immer mehrere Leitbilder von Männlichkeit konkurrierten, zum Beispiel Kleriker, Ritter und Kaufmann. Postmoderne polymorphe Männlichkeiten sind also weniger neu, als sie vor dem Hintergrund unserer Bilder des ausgehenden 19. Jahrhunderts und ersten 20. Jahrhunderts – etwa vom Mann als Kämpfer und Arbeiterkörper – erscheinen mögen.

1 Den sehr eingeschränkten Nutzen des Konzepts der Männlichkeitskrisen unterstreichen auch Jürgen Martschukat u. Olaf Stieglitz, „Es ist ein Junge!" Einführung in die Geschichte der Männlichkeiten in der Neuzeit, Tübingen 2005, 82–87.

2 Zur Frage, ab wann überhaupt von „hegemonialer Männlichkeit" die Rede sein kann, vgl. Martin Dinges „Hegemoniale Männlichkeit" – ein Konzept auf dem Prüfstand, in: ders. Hg., Männer – Macht – Körper. Hegemoniale Männlichkeiten vom Mittelalter bis heute, Frankfurt a. M. 2005, 7–33, 20.

3 Das ist die Bedingung für ein frühes Werk zur Männlichkeit, das im Titel ausschließlich bestimmte Artikel aufweist: George L. Mosse, Das Bild des Mannes. Zur Konstruktion der modernen Männlichkeit, Frankfurt a. M. 1997; Wolfgang Schmale, Geschichte der Männlichkeit in Europa (1450–2000), Wien 2003, 152f, betont die Bedeutung der Medienkommunikation.

Online gestellt mit finanzieller Unterstützung der Universität Basel (Lehrstuhl Prof. Dr. Claudia Opitz-Belakhal).

Deshalb wird zweitens auch die Vorstellung von der Verbindlichkeit eines Leitbildes mehrfach fragwürdig: Schon für ein einziges Leitbild ist die Differenz zwischen Norm und Praxis erheblich – und deshalb die eigentlich spannende Forschungsfrage.[4] Bei konkurrierenden Leitbildern ist Verbindlichkeit eines dieser Leitbilder noch weniger zu erwarten.

Weiterhin betrifft die Debatte über Männlichkeitskrisen drittens zumeist Repräsentationen, also Vorstellungen über und Darstellungen von Männlichkeit.[5] Diese können allenfalls Diskussionen um Zuschreibungen an Männlichkeit kristallisieren. Zumeist werden Männlichkeitskrisen für relativ kurzfristige Umbruchssituationen diagnostiziert.[6] Das entspricht inhaltlich dem dramatisierenden Gehalt des Krisenbegriffs und pragmatisch der Suche nach historischen Wendepunkten. Quellengrundlage ist zumeist die Kommunikation innerhalb von Eliten. In der Regel handelt es sich um die Krise eines bestimmten Leitbildes von Männlichkeit, das diskursiv unter Veränderungsdruck gerät. Die symbolische und soziale Reichweite des Wandels und seine Relevanz für den Alltag von Männern, der mich vorrangig interessiert, sind oft schwer zu bestimmen.

Ob eine solche Bearbeitung der Repräsentationen mehr als Oberflächenphänomene belegt, kann hier offen bleiben. Allerdings hege ich nach dreißig Jahren Mediendebatte über „neue Männer" und einigen Jahrzehnten Forschung über Männlichkeitskrisen durchaus einen solchen Eindruck. Zwänge aus der Arbeitswelt und Rigiditäten des Geschlechterarrangements, etwa bei der Kinderbetreuung, kommen nämlich in diesen schnell diagnostizierten Männlichkeitskrisen viel zu selten angemessen in den Blick.[7]

Demgegenüber würde ich grundsätzlich davon ausgehen, dass Männlichkeit immer dann krisenhaft ist beziehungsweise wird, wenn sie eine Form umstrittener Privilegierung – gegenüber Frauen, dann gegenüber anderen Männern – beinhaltet. Da Männer, zumindest aber eine mehr oder minder große Gruppe von Männern, in den meisten Epochen und in sehr vielen Lebenslagen privilegiert sind, besteht ständig Legitimationsbedarf, diese Bevorzugung zu begründen und aufrechtzuerhalten. Das kann phasenweise intensiver diskutiert werden und damit medial krisenhafte Formen

4 Differenziert zum Geltungsbeginn und der eingeschränkten Reichweite der militärischen Männlichkeit als hegemonialem Leitbild Christa Hämmerle, Zur Relevanz des Connell'schen Konzepts hegemonialer Männlichkeit für „Militär und Männlichkeit/en in der Habsburger Monarchie (1868–1914/1918)", in: Dinges, Männer, wie Anm. 2, 103–121. Zu Aufstieg und Fall des Kriegermythos vgl. Ernst Hanisch, Männlichkeiten. Eine andere Geschichte des 20. Jahrhunderts, Wien 2005, 17–128.

5 Das große Interesse an Repräsentationen z. B. in Claudia Benthien u. Inge Stephan Hg., Männlichkeit als Maskerade, Köln u. a. 2003; sowie in weiten Bereichen der Körpergeschichte wie z. B. bei Paula Diehl, Macht – Mythos – Utopie. Die Körperbilder der SS-Männer, Berlin 2004; vgl. auch Paula Diehl Hg., Körper im Nationalsozialismus. Bilder und Praxen, München 2006.

6 Beliebt ist die Zeit um 1900. Dazu zuletzt Ulrike Brunotte u. Rainer Herrn Hg., Männlichkeiten und Moderne. Geschlecht in den Wissenskulturen um 1900, Bielefeld 2008.

7 Ausführlicher kritisiert Lothar Böhnisch, Männliche Sozialisation. Eine Einführung, Weinheim/München 2004, 41ff, 107f, 177, diese Perspektive und unterstreicht demgegenüber Entgrenzung von Männlichkeiten zwischen Geschlechternivellierung und maskuliner Aufforderung.

Online gestellt mit finanzieller Unterstützung der Universität Basel (Lehrstuhl Prof. Dr. Claudia Opitz-Belakhal).

annehmen. Tatsächliche Veränderungen des Geschlechterarrangements haben viel umfassendere Voraussetzungen.

Nun geht Claudia Opitz in ihrem Beitrag über solche Oberflächenphänomene hinaus. Sie wirft die sehr weitgehende Frage nach dem Zusammenhang von Männlichkeitskrisen und Sozialstruktur auf und wünscht sich Aussagen über die gegenseitige Beeinflussung beider Ebenen. Antworten auf derart weit reichende Fragen sind schwierig, denn sozialstruktureller Wandel geht in der Regel eher langfristig vonstatten, muss zunächst einmal wahrgenommen und öffentlich thematisiert werden, bevor er – als Ressource für Veränderungen in die erwähnten Männlichkeitsbilder, also Repräsentationen, eingehen kann. Bis sich eine solche Wahrnehmung zu einer handfesten „Männlichkeitskrise" auswächst, bedarf es außerdem publizistischer Dramatisierung.

Ich will im Folgenden ein Beispiel langfristigen demographischen Wandels, der überwiegend sozialstrukturell bedingt ist, präsentieren, aus dem sich leicht eine „Krise der Männlichkeit" ablesen ließe: die geschlechtsspezifisch ganz unterschiedliche Veränderung der Lebenserwartung bei der Geburt. Erstaunlicher Weise wird dieser Zusammenhang erst in jüngster Zeit hergestellt, obgleich die ‚Tatsachen' schon länger bekannt waren.[8] Deshalb verfolge ich in diesem Beitrag die These, dass vorherrschende Leitbilder von Männlichkeit die Wahrnehmung bestimmter – hier gesundheitlicher – Probleme geradezu systematisch behindern. Dadurch wird ein meines Erachtens sehr aussagekräftiges Krisensymptom von Männlichkeit aus den Zeiten der „Polarisierung der Geschlechtscharaktere" verkannt.

Um diese Argumentation zu entwickeln, komme ich nach Darstellung des Befundes wachsender geschlechtsspezifischer Ungleichheit bei der Lebenserwartung und möglicher Erklärungen dafür auf die Geschichte der Wahrnehmung dieses auffälligen Wandels zu sprechen – bis hin zu seiner gegenwärtigen Charakterisierung als „Männlichkeitskrise". Dabei geraten die unterschiedlichen Zeitstrukturen von sozialstrukturellem Wandel und Krisenwahrnehmung gut in den Blick.

8 Walter Hollstein, Die Männer. Vorwärts oder zurück?, München 1990, 40ff spitzte den Zusammenhang von „Männlichkeit" und Gesundheitsgefährdung erstmals für den deutschen Sprachraum nach Rezeption amerikanischer Literatur stark zu, zuletzt knapp in Walter Hollstein, Der Mann als Täter und Opfer. Die Erkenntnisleistung der Männerforschung für den Kontext von Gesundheit und Krankheit, in: Klaus Hurrelmann u. Petra Kolip Hg., Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich, Bern 2002, 53–66. Heidrun Bründel u. Klaus Hurrelmann, Konkurrenz, Karriere, Kollaps. Männerforschung und der Abschied vom Mythos Mann, Stuttgart 1999, argumentieren recht kontrastiv und waren grundlegend für die weitere Debatte. Gezielter zur Lebenserwartung, aber noch stark medizinisch argumentiert Theodor Klotz, Der frühe Tod des starken Geschlechts, Göttingen 1998. Zusammenhänge zwischen der Konstruktion männlicher Wechseljahre und Männlichkeitskrisen deutet an: Hans-Georg Hofer, Climacterium virile, Andropause, PADAM. Zur Geschichte der männlichen Wechseljahre im 20. Jahrhundert, in: Martin Dinges Hg., Männlichkeit und Gesundheit im historischen Wandel ca. 1800–ca. 2000, Stuttgart 2007, 123–138.

Online gestellt mit finanzieller Unterstützung der Universität Basel (Lehrstuhl Prof. Dr. Claudia Opitz-Belakhal).

2. Geschlechtsspezifische Veränderungen der Lebenserwartung als Krisenindikator?

Die Lebenserwartung bei der Geburt gilt als ein zuverlässiger Indikator für die gesundheitliche Belastung von Menschen im Laufe ihres Lebens unter den jeweils gegebenen ökonomischen, sozialen, kulturellen und medizinischen Bedingungen.[9] Nun hat sich die Lebenserwartung von Männern seit 1850 wesentlich weniger günstig als jene der Frauen entwickelt. War sie damals noch für beide Geschlechter etwa gleich hoch, so werden Frauen heutzutage in allen industrialisierten Ländern etwa sechs Jahre älter als Männer.[10] Dieses Ergebnis ist hinsichtlich der geschlechtsspezifischen Belastungen seit der Industrialisierung erstaunlich und interpretationsbedürftig.

Sehen wir uns deshalb zunächst die Fakten und dann die Interpretationen der Zeitgenossen an. Die Fakten zur Entwicklung der Lebenserwartung von Männern und Frauen seit 1850 ergeben für Deutschland folgendes Bild: Sie steigt nach einer ersten Verringerung während der Frühindustrialisierung insgesamt erheblich für beide Geschlechter an. Das sind die berühmten „gewonnenen Jahre".[11] Allerdings gewinnen die Frauen viel mehr Jahre dazu als die Männer.

9 Hier soll nur dieser grobe Indikator verwendet werden, denn es geht nicht um generationsspezifisch unterschiedliche Morbiditätsvarianten mit Mortalitätsfolgen, sondern um den langfristigen Trend. Die Differenzierung nach Altersgruppen bzw. nach späteren „weiteren Lebenserwartungen" erlaubt genauere Erklärungen, die z. B. das höhere geschlechtsspezifische Gewicht der Tuberkulose bei Frauen zeigen, das sich übrigens viel stärker auf die Sterblichkeit auswirkte als die Kindbettsterblichkeit. Auch würde ein anderer Indikator, etwa die „weitere Lebenserwartung" im Alter von drei oder zehn Jahren, die kindheitsspezifischen Risiken aus der Betrachtung ausklammern und damit zu geringfügig anderen Ergebnissen führen. So hat die leichte Übersterblichkeit von männlichen Säuglingen zwar fast keinen statistischen Effekt, wird aber gerne als Argument für die genetische Benachteiligung von Jungen genutzt. Auch soll hier keine detaillierte medizinische Diskussion zu einzelnen Todesursachen geführt werden. Zum politischen Nutzen späterer Ausgangszeitpunkte für Diskussionen zur Lebenserwartung, vgl. meine Bemerkung zum Gender Datenreport des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in Anm. 50 dieses Beitrages.

10 Auch nach Altersgruppen und Todesursachen sehr differenziert sowie für unterschiedlichste Ländertypen vergleichen Maria Danielsson u. Gudrun Lindberg, Differences between Men's and Women's Health: The Old and the New Gender Paradox, in: Piroska Östlin u. a. Hg., Gender Inequalities in Health. A Swedish Perspective, Boston 2001, 23–66. Angaben zu Lebenserwartungen für mehrere Länder (*OECD* oder *WHO*) sind ansonsten über die Gesundheitsberichterstattung des Bundes leicht zu ermitteln unter <http://www.gbe-bund.de>.

11 Der Begriff wurde publizistisch bekannt gemacht durch Arthur E. Imhof, Die gewonnenen Jahre. Von der Zunahme unserer Lebensspanne seit dreihundert Jahren oder von der Notwendigkeit einer neuen Einstellung zu Leben und Sterben. Ein historischer Essay, München 1981.

Online gestellt mit finanzieller Unterstützung der Universität Basel (Lehrstuhl Prof. Dr. Claudia Opitz-Belakhal).

Lebenserwartung bei Männern und Frauen in Deutschland (1850–2004)[12]

Jahr	Männer	Frauen	längere Lebenserwartung der Frauen
1850	**39,6**	**40,0**	**0,4 fast kein Unterschied**
1881/1890	37,2	40,3	3,1 Jahre mehr
1901/1910	**44,8**	**48,3**	**3,5 Jahre mehr**
1924/26	56,0	58,8	2,8 Jahre mehr
1949/51	**64,6**	**68,5**	**4,1 Jahre mehr**
1960/62	66,9	72,4	5,5 Jahre mehr
1970/72	67,4	73,8	6,4 Jahre mehr
1980/82	**70,2**	**76,9**	**6,7 Jahre mehr**
1990/92	72,9	79,3	6,4 Jahre mehr
2004/06	**76,6**	**82,1**	**5,5 Jahre mehr**

Der Rhythmus dieser Veränderungen ist keineswegs regelmäßig. Vielmehr lassen sich Phasen schneller steigender physischer und psychischer Überforderung der Männer von anderen Perioden abgrenzen. Die Früh- und Hochindustrialisierung (1835–1914) war offenbar besonders problematisch. Danach war es vor allem die Kriegsfolgenbewältigung in den Wiederaufbaujahrzehnten nach dem Zweiten Weltkrieg. Zwischenzeitlich, vor allem in der Weimarer Zeit, blieb das Differential der Lebenserwartung weitgehend konstant. Seit Mitte der 1980er Jahre hat sich das geschlechtsspezifische Sterblichkeitsdifferential in der Bundesrepublik Deutschland sogar wieder etwas verringert.[13] Darauf komme ich später zurück.

3. Ansätze zur Erklärung des geschlechtsspezifischen Veränderungen der Lebenserwartung

Nun ist die Interpretation solch hoch akkumulierter Daten schwierig, weil sich auf die Lebenserwartung und die Sterblichkeit vielfältige Faktoren auswirken, die man sehr

12 Vgl. Statistisches Bundesamt, Periodensterbetafeln für Deutschland. Allgemeine und abgekürzte Sterbetafeln 1871/1881 bis 2004/2006, erschienen am 28. 3. 2008, Wiesbaden 2008, 401–414 für alle Angaben ab 1870 (Angaben gelten für das Deutsche Reich und die Bundesrepublik jeweils nach deren Gebietsstand). Daten für 1850 nach Arthur E. Imhof, Lebenserwartungen in Deutschland vom 17. bis 19. Jahrhundert, Weinheim 1990, 462f (Perioden).

13 Stephan K. Weiland u. a., Zunahme der Lebenserwartung. Größenordnung, Determinanten und Perspektiven, in: Deutsches Ärzteblatt, 103 (2006), C874–C879.

Online gestellt mit finanzieller Unterstützung der Universität Basel (Lehrstuhl Prof. Dr. Claudia Opitz-Belakhal).

detailliert ansehen müsste; das kann hier nicht im Einzelnen geleistet werden.[14] Stattdessen will ich nur zwei Aspekte skizzieren – und zwei Bemerkungen vorausschicken:

Erstens ist das heutige Differential weder biologisch noch genetisch oder medizinisch zu erklären.[15] So spricht etwa der letzte Stand der Klosterforschung – also der Vergleich von männlichen und weiblichen Populationen in sehr ähnlichen Lebensbedingungen – lediglich dafür, dass die Frauen einen genetischen Vorteil haben, der eine um etwa ein Jahr erhöhte Lebenserwartung erklären könnte.[16] Dementsprechend müssten die übrigen – derzeit – fünf Jahre Unterschied in der Lebenserwartung auf kulturelle und soziale Ursachen zurückgehen.

Zweitens gewannen die Frauen – seit ca. 1900 – durch den weitgehenden Wegfall der geburtsverbundenen Probleme (Kindbettfieber) nur ein halbes bis höchstens ein Lebensjahr – bezogen auf die Lebenserwartung bei der Geburt.[17] Dementsprechend kann auch dieses schon zeitgenössisch gesellschaftlich stark beachtete Problem nicht das heutige, noch weniger das bereits in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts stark gestiegene hohe Differential erklären.

Aussagekräftiger sind zwei andere Parameter: die gesellschaftliche Arbeitsteilung und die Leitbilder von Männlichkeit.

---

14 Detaillierter und mit Hinweisen auf weitere Literatur: Andreas Weigl, Der „gender gap" ein Industrialisierungsphänomen? Komparatistische Anmerkungen zu einer schwedischen Fallstudie, in: Dinges, Männlichkeit, wie Anm. 8, 23–40; vgl. auch ders., Männergesundheit in historischer Perspektive: Die Gene erklären nur den kleineren Teil des Geschlechterunterschieds, in: Blickpunkt Der Mann. Wissenschaftliches Journal für Männergesundheit, 4, 1 (2006), 21–25, online unter <http://www.kup.at/kup/pdf/5626.pdf>.

15 Den jeweils sehr eingeschränkten Erklärungswert biologischer Hypothesen diskutiert Steven N. Austad, Why Women Live Longer than Men: Sex Differences in Longevity, in: Gender Medicine, 3, 2 (2006), 79–92.

16 Marc Luy, Die geschlechtsspezifischen Sterblichkeitsunterschiede – Zeit für eine Zwischenbilanz, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 35 (2002), 412–429; ders., Warum Frauen länger leben: Erkenntnisse aus einem Vergleich von Kloster- und Allgemeinbevölkerung, Wiesbaden 2002; ders., Differentielle Sterblichkeit: Die ungleiche Verteilung der Lebenserwartung. Rostocker Zentrum zur Erforschung des demographischen Wandels, Diskussionspapier 6, Rostock 2006, online unter <http://www.rostockerzentrum.de/publikationen/rz_diskussionpapier_6.pdf>; Zugriff 28. 2. 2008.

17 Sogar deutlich geringere Werte bietet (für England) Ryan Johansson, Welfare, Mortality, and Gender. Continuity and Change in Explanations for Male/Female Mortality Differences Over Three Centuries, in: Continuity and Change, 6 (1991), 135–177, 150. Das Kindbettfieber wirkt sich wesentlich stärker aus, wenn man die weitere Lebenserwartung der 20-jährigen oder 25-jährigen Männer und Frauen vergleicht, die in vorindustriellen demographischen Verhältnissen bereits die Hälfte der Sterberisiken überlebt hatten. Darin – und in der Verbindung mit der Geburt – lag sein spezifisches ‚Skandalisierungspotential', das sich tief in die kollektive Erinnerung ‚eingegraben' hat. Eine gründliche Diskussion der demographischen und gesundheitlichen Gegebenheiten bietet an einem Fallbeispiel Rita Müller, Von der Wiege zur Bahre. Weibliche und männliche Lebensläufe im 19. und 20. Jahrhundert am Beispiel Stuttgart-Feuerbach, Stuttgart 2000, 346–362.

Online gestellt mit finanzieller Unterstützung der Universität Basel (Lehrstuhl Prof. Dr. Claudia Opitz-Belakhal).

Genderspezifische gesellschaftliche Arbeitsteilung ...

Man kann sich die Entwicklung der gesellschaftlichen Arbeitsteilung am besten in Generationenschritten von ca. 33 Jahren vorstellen und vom Bau der ersten Eisenbahn in Deutschland (1835) ausgehen: Während der ersten Generation bleibt die Mehrheit der Arbeitsplätze noch ländlich geprägt, allerdings beginnen schon Landflucht und industrielle Arbeitsverhältnisse. Diese nehmen in der nächsten Phase der Hochindustrialisierung massiv zu und bringen vor allem männliche Arbeiter in sehr großer Zahl in gesundheitsgefährliche Betriebe und als Migranten in prekäre Wohnverhältnisse. Die Mehrheit der Frauenarbeitsplätze besteht weiterhin in Haushalten – als Dienstbotinnen –, was eine bessere Ernährung und Wohnung gewährleistet, während ein kleinerer Teil der Frauen in der Industrie ebenfalls erheblichen Gesundheitsrisiken ausgesetzt ist. Die meisten Arbeiterinnen gaben ihre Tätigkeit in der Industrie aber nach etwa acht Jahren zum Zeitpunkt der Verheiratung auf und begannen sie danach nicht wieder. Berufstätigkeit wird demgegenüber für Männer immer häufiger wohnortferne Ganztagstätigkeit und Lebenszeitarbeit, bei Frauen bleibt sie oft auf die Phase vor der Verheiratung, wegen Berufsverboten durchaus auch unfreiwillig, beschränkt.[18] Der Anteil der Frauen unter allen Erwerbstätigen ist langfristig außerordentlich stabil. Er beträgt – trotz kurzfristiger, insbesondere kriegsbedingter geringfügiger Schwankungen – in den Stichjahren 1882, 1907, 1925, 1939, 1950 und 1972 jeweils genau 36 Prozent.[19]

Die Gesundheitsrisiken der vorwiegend von Männern ausgeführten Tätigkeiten waren und sind höher. So betreffen noch heutzutage 92 Prozent der tödlichen Arbeitsunfälle, fast 80 Prozent der meldepflichtigen Arbeitsunfälle und fast 83 Prozent der

18 Dieses Muster charakterisiert die Genderdifferenz auch dann noch zutreffend, wenn man solche Erwerbstätigkeiten stärker in den Blick nimmt, die nicht in die Beschäftigungsstatistik eingehen, weil sie nicht dem für die Statistik maßgeblichen (männlich geprägten) Muster der Haupt- also Ganztagsberufstätigkeit entsprechen. Geringfügige Beschäftigungen oder „Nebenberufstätigkeit" wurde erst ab 1950 statistisch erfasst, so dass Tätigkeiten von Frauen außerhalb des Hauses systematisch untererfasst wurden; vgl. dazu z. B. Karen Hagemann, Frauenalltag und Männerpolitik. Alltagsleben und gesellschaftliches Handeln von Arbeiterfrauen in der Weimarer Republik, Bonn 1990, bes. 355, 373, 419f, die eine differenzierte Analyse des Hamburger Arbeitsmarktes für Frauen bietet. Anhand von Interviews zu Hannover: Heidi Rosenbaum, Proletarische Familien: Arbeiterfamilien und Arbeiterväter im frühen 20. Jahrhundert zwischen traditioneller, sozialdemokratischer und kleinbürgerlicher Orientierung, Frankfurt a. M. 1992, 53ff, 225.

19 Gerd Hardach, Der Generationenvertrag. Lebenslauf und Lebenseinkommen in Deutschland in zwei Jahrhunderten, Berlin 2006. Zur politischen Nutzung solcher Daten im Familienbericht von 1968 vgl. Wiebke Kolbe, Elternschaft im Wohlfahrtsstaat. Schweden und die Bundesrepublik im Vergleich 1945–2000, Frankfurt a. M./New York 2002, 148.

Online gestellt mit finanzieller Unterstützung der Universität Basel (Lehrstuhl Prof. Dr. Claudia Opitz-Belakhal).

Arbeitsunfallrenten Männer.[20] Insgesamt erhält sich auch im zweiten Drittel des 20. Jahrhunderts am Arbeitsmarkt die dominante Spaltung in gefährlichere Tätigkeiten, die ganz überwiegend von Männern ausgeübt werden und – eher sitzende, schreibende, verwaltende – Tätigkeiten, die von Frauen und von Männern ausgeführt werden. Verschärft wurde diese Dichotomie der Anforderungsprofile durch teilweise mehrjährige Verpflichtungen zum Militärdienst während der beiden Weltkriege, mit dem sehr hohen Sterberisiko der Männer. Dieses geht nicht in die Statistiken zur Lebenserwartung bei der Geburt ein. Allerdings waren sowohl die langfristigen gesundheitlichen Belastungen des Krieges bei den Männern als auch bei denjenigen, die ihn noch als Jungen erlebten, etwas höher als bei den damaligen Frauen oder Mädchen.[21] Nach der Wiederaufbauphase nahmen in der letzten Generation des 20. Jahrhunderts die körperlich anstrengenden Tätigkeiten insgesamt durch technische Entwicklungen und die Verlagerung einfacher Produktionen ins Ausland relativ ab, was die damit einhergehenden Gesundheitsrisiken verringerte.[22]

In der Bundesrepublik Deutschland hatten 1998 21 Millionen Männer ein Beschäftigungsverhältnis, aber nur 15 Millionen Frauen, die Quote der berufstätigen Frauen liegt nunmehr bei 41,66 Prozent. Außerdem war die Berufstätigkeit von Männern 1998 mit 93,5 Prozent überwiegend Ganztagsberufstätigkeit, bei Frauen nur zu zwei Dritteln (64,5 Prozent). Berufstätigkeit von Frauen ist demgegenüber neunmal häufiger Halbtagsberufstätigkeit als bei Männern (28,1 zu 3,4 Prozent).[23]

---

20 Vgl. z. B. die Tabelle (HVBG-Daten für 2003) aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 38 (2007), Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten, Abb. 9. Zur historisch späten Anerkennung von Berufskrankheiten in Frauenberufen, die auf einen Genderbias zurückgeht, vgl. Martin Lengwiler, Männliches Risikoverhalten und sozialstaatliche Risikoprofile: Berufskrankheiten der Bergbaus in der schweizerischen Unfallversicherung (1930–1970), in: Dinges, Männlichkeit, wie Anm. 8, 257–274.

21 Vgl. Benoît Haudidier, Vergleich der Sterblichkeitsentwicklung in der Bundesrepublik Deutschland und Frankreich 1950–1989, in: Rainer Dinkel Hg., Sterblichkeitsentwicklung unter besonderer Berücksichtigung des Kohortenansatzes, München 1996, 139–152, bes. 151; Charlotte Höhn, Kohortensterblichkeit unter besonderer Berücksichtigung der Weltkriege, in: ebd., 45–65, 63.

22 Nicht in der deutschen Statistik tauchen die Folgen körperlich schwerer und gesundheitlich stark belastender Arbeiten von Ausländern, etwa im Baugewerbe und der Industrie, auf, die – vorzeitig, teilweise nach Abfindung – in ihre Herkunftsländer zurückgekehrt sind, vgl. Günther Wallraff, Ganz unten, Berlin 1986; ders., Ganz unten. Mit einer Dokumentation der Folgen, Köln 1988.

23 Angaben nach Gerd Glaeske, Auffälligkeiten in der geschlechtsspezifischen Versorgung der GKV. Wie groß ist der kleine Unterschied?, in: Hurrelmann/Kolip, Geschlecht, wie Anm. 8, 520–532, 520; vgl. die ebenfalls auf dem Gesundheitssurvey von 1998 beruhenden Daten von Birgit Babitsch, Soziale Ungleichheit, Geschlecht und Gesundheit, Bern 2005, 215: Männer stellen drei Viertel der „Hauptverdiener". Die neuesten Daten sind: 6.125 Mio. der 7.168 Mio. Teilzeitarbeitsverhältnisse hatten im März 2004 Frauen. 93,8 % der Männer (statt 97,1 im Jahre 1991) arbeiteten im März 2004 Vollzeit, aber nur 57,9 % (statt 69,8 im Jahre 1991) der Frauen; vgl. Statistisches Bundesamt, Leben und Arbeiten in Deutschland, Ergebnisse des Mikrozensus 2004, Tabellenanhang, Tab. Nr. 21, 44; vgl. ebd.: Teilzeitbeschäftigung von Frauen – 1991: 1,8 Mio.; 2004: 6,1 Mio. (März).

Online gestellt mit finanzieller Unterstützung der Universität Basel (Lehrstuhl Prof. Dr. Claudia Opitz-Belakhal).

Diese grobe Skizze, die nicht zuletzt hinsichtlich der Regionen und der Lebensphasen erheblich nuanciert werden müsste, zeigt, dass außerhäusliche Arbeit und Berufstätigkeit zwar erheblichem Wandel unterlagen, aber auch auffällige geschlechtsspezifische Konstanten aufweisen, die sich für Männer gesundheitlich nachteilig auswirkten und auswirken. Das lässt sich etwa aus den Invaliditätsraten und den Zahlen zu tödlichen Arbeitsunfällen schließen.[24] Sekundäre Wirkungen der einseitigen Berufsorientierung kommen hinzu. Die längeren Arbeitszeiten der Vollberufstätigen sind zusätzlich einer der Gründe, nicht den Arzt aufzusuchen.[25]

… und die Rolle der Leitbilder von Männlichkeit

Bereits in die skizzierte gesellschaftliche Arbeitsteilung eingegangen sind die Leitbilder von Männlichkeit – Stichworte wären hier die männliche Rolle als „Allein- oder Haupternährer" – und die teilweise erfolgreiche Verdrängung von Frauen aus formaler Berufstätigkeit.[26] Darüber hinaus spielt die zeitspezifische Vorstellung von „hegemonialer" Männlichkeit im 19. Jahrhundert – zum Beispiel das Bild harter, schmerzunempfindlicher, auch deshalb besonders wehrfähiger Jungen, die angeblich passive Mädchen „erobern" sollen – als Ursache für Gesundheitsgefährdungen noch an verschiedenen anderen Stellen des männlichen Lebenslaufes eine Rolle. Jungen spielen gefährlicher, pubertierende männliche Jugendliche verhalten sich risikoreicher als Mädchen – so beim Rauchen, Drogen- und Alkoholkonsum, auch mit den bekannten Unfallfolgen. Junge Männer verletzten sich gegenseitig viel häufiger und bringen sich auch viel häufiger selbst um.[27] Die aus Umfragen belegte stärkere Erfolgsorientierung von Männern veranlasst sie nicht selten zu einem oft gesundheitsgefährdenden Leistungsverhalten – übrigens auch im Sport. Berufstätige Männer bevorzugen oft recht einseitig das Engagement in der Arbeit – ebenfalls bis zur Selbstüberforderung. Nach Selbstzeug-

24 Im Vergleich dazu einige Daten aus Österreich: Im Stichjahr 2001 hatten – ähnlich wie in den vorherigen Jahren – Männer je nach Altersgruppe 11–30 mal mehr tödliche Arbeitsunfälle als Frauen; vgl. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen Hg., Männergesundheitsbericht. 1. österreichischer Männergesundheitsbericht mit besonderer Berücksichtigung der Männergesundheitsvorsorge, Wien 2004, 165, online unter <http://www.bmsg.gv.at/cms/site/attachments/7/6/8/CH0124/CMS1060093253921/publikation_mg_2.4.04.pdf>, Zugriff: 28. 2. 2008; vgl. Johansson, Welfare, wie Anm. 17, 166.

25 Die meisten bisherigen Studien belegen einen generell besseren Gesundheitsstatus von berufstätigen Frauen gegenüber Hausfrauen, allerdings wird unzureichende Differenzierung der zu groben Indikatoren kritisiert; vgl. Marianne Resch, Der Einfluss von Familien- und Erwerbsarbeit auf die Gesundheit, in: Hurrelmann/Kolip, Geschlecht, wie Anm. 8, 403–418, bes. 405.

26 Instruktiv dazu ist Karin Hausen Hg., Geschlechterhierarchie und Arbeitsteilung. Zur Geschichte ungleicher Erwerbschancen von Männern und Frauen, Göttingen 1993.

27 Umfassend zu diesem Bereich: Ludger Jungnitz u. a. Hg., Gewalt gegen Männer. Personale Gewaltwiderfahrnisse von Männern in Deutschland, Opladen 2007.

Online gestellt mit finanzieller Unterstützung der Universität Basel (Lehrstuhl Prof. Dr. Claudia Opitz-Belakhal).

nissen von Männern aus dem 20. Jahrhundert nehmen diese die doppelten Anforderungen aus der Berufstätigkeit und aus der Familie allerdings erst nach dem Zweiten Weltkrieg als konfliktreich wahr.[28] Jedenfalls lösen Männer Probleme mit der Arbeit oder auch Folgeprobleme aus der einseitigen Bevorzugung von Arbeit für die Partnerschaften häufig wenig gesundheitsförderlich durch gesteigerten Alkoholkonsum statt durch Gespräche. Insgesamt fördert das Leitbild traditioneller bürgerlicher Männlichkeit also auch außerhalb der Arbeitswelt ein eher gesundheitsschädliches Verhalten.[29]

Allerdings muss man immer beide gesundheitsschädlichen Wirkungen des traditionellen Geschlechterarrangements im Blick behalten: die aufgenötigten ebenso wie die zumindest teilweise frei gewählten – oft gesundheitsgefährdenden, bisweilen lebensgefährlichen – männlichen Verhaltensweisen.[30] Diese Andeutungen mögen genügen, um die These zu rechtfertigen, dass sowohl die traditionelle gesellschaftliche Arbeitsteilung als auch die mit ihr einher gehenden Leitbilder von Männlichkeit zu einer langfristigen und bis 1980 zunehmenden Überforderung von Männern während der Industrialisierung und der Zeit des Fordistischen Kapitalismus geführt haben.

Vor diesem Hintergrund ist es nun besonders interessant, dass sich der Unterschied in der Lebenserwartung seit Anfang der 1980er Jahre von einem Spitzenwert mit

28 Vgl. dazu demnächst Susanne Hoffmann, Gesundheit, Geschlecht und Lebensgeschichte. Die Entwicklung gesundheitsrelevanter Lebensstile in deutschsprachigen Ländern während des 20. Jahrhunderts (ca. 1890–2000), Mannheim (Univ. Diss.) 2008.

29 Populär kursiert dieser Sachverhalt mittlerweile unter dem Motto „Gesundheitsrisiko Männlichkeit" oder „männliches Geschlecht als Gesundheitsrisiko". Eine vereinfachend kontrastive Betrachtungsweise wurde sehr durch die Arbeiten von Walter Hollstein, Männer, wie Anm. 8, sowie ders., Männlichkeit ist eine hochriskante Lebensform. Traditionelle Männlichkeit und ihre Folgen für Krankheit und Gesundheit, Frankfurt a. M. 2000, gefördert, die bis zu einem Interview in der „Bild"-Zeitung verbreitet wurden. Sowie ders., Was vom Manne übrig blieb. Krise und Zukunft des „starken" Geschlechts, Berlin 2008 (mit einer Rezension u. a. in der „Frankfurter Allgemeinen Zeitung", 23. 6. 2008), u. ders., Männerdämmerung, Göttingen 1999. Die Gesundheitswissenschaften tendieren teilweise auch zu einer Überzeichnung der Geschlechterunterschiede wie in dem ansonsten verdienstvollen Werk von Heidrun Bründel u. Klaus Hurrelmann, Konkurrenz, wie Anm. 8; vgl. auch den Überblick bei Petra Kolip u. Klaus Hurrelmann, Geschlecht – Gesundheit – Krankheit: Eine Einführung, in: Hurrelmann/Kolip, Geschlecht, wie Anm. 8, 13–31; für ein Plädoyer für mehr Differenzierung vgl. Martin Dinges, Was bringt die historische Forschung für die Diskussion zur Männergesundheit?, in: Blickpunkt Der Mann. Wissenschaftliches Journal für Männergesundheit, 5, 2 (2007), 6–9, online unter <http://www.kup.at/kup/pdf/6435.pdf>. Die Medien greifen in der Regel lieber Botschaften auf, die stark kontrastiv sind. Das kommt einerseits dem Wunsch nach Politisierung des Themas Männergesundheit und dem Ziel von Verhaltensänderungen bei den Männern entgegen. Andererseits habe ich auch den Eindruck, dass mit der medialen Präsentation klar abgrenzbarer Unterschiede zwischen Männern und Frauen gewissen Verunsicherungen im Geschlechterverhältnis entgegengewirkt werden soll. Differenziertere Befunde scheinen demgegenüber medial schwerer vermittelbar zu sein.

30 Vgl. Martin Dinges, Männer, die beratungsresistenten Gesundheitsidioten?, in: Blickpunkt Der Mann, Wissenschaftliches Journal für Männergesundheit (im Druck).

Online gestellt mit finanzieller Unterstützung der Universität Basel (Lehrstuhl Prof. Dr. Claudia Opitz-Belakhal).

6,7 Jahren langsam wieder verringert hat.[31] Das hängt vor allem mit einer Verringerung der Sterblichkeit wegen Herzkreislaufkrankheiten bei Männern, insbesondere durch bessere Diagnostik und Nachsorge sowie mit einer Abnahme tödlicher Verkehrsunfälle zusammen. Gleichzeitig sank die Sterblichkeit wegen Krebsarten die mit dem Rauchen zusammenhängen bei den Männern anderthalbmal so schnell wie bei den Frauen.

Bei den Männern wirken sich demnach vor allem eine bessere Inanspruchnahme des medizinischen Angebots – also ein gewisser gesundheitsförderlicher Verhaltenswandel – und die Erhöhung der Verkehrssicherheit sowie bessere Rehabilitationsmöglichkeiten aus.[32] Bei den Frauen fällt ein gewisses Aufholen bei gesundheitsschädlichem Verhalten, etwa dem Rauchen, auf. Diese statistisch präzise berechenbaren Fakten über durchschnittlich gewonnene und verlorene Lebensmonate weisen darauf hin, dass die Angleichung der Berufs- und Lebenswelten der Geschlechter bei Männern und Frauen Verhaltensdispositionen fördert, die sich zumindest indirekt auf die Lebenserwartung auswirken.

4. Zeitgenössische Interpretationen des Sterblichkeitsdifferentials

Wie haben nun die Zeitgenossen seit dem ausgehenden 18. Jahrhundert die unterschiedliche Lebenserwartung interpretiert? Und welche Rolle spielen dabei Krisenbegriff und -diskurse?

Um 1780 deuteten die damaligen Statistiker den vorgefundenen leichten Vorteil der Frauen ausschließlich biologisch, betrachteten ihn aber als unerheblich.[33] Ab 1800 betonte man standesspezifische Unterschiede, die man mit dem Lebensstil in Verbindung brachte: Wohlhabende hatten mit 30 Jahren eine geringere weitere Lebenserwartung als Ärmere. Man nahm an, dass dies daran läge, dass die Reichen ungesünder lebten.[34] Wird, wie 1835 in einer Abhandlung zur Lebensdauer, ein Vorsprung von Frauen – schon damals in Klosterstudien – festgestellt, dann begründet der Autor ihn mit der Physiologie des Weibes und dem „ruhigeren Gleichmaß der [sic] psychischen Vermögen im Weibe", um dann gleich auf die „passenderen" Standesbedingungen zu verweisen.[35] Explizit wird die Bedeutung der Lebensführung für Unterschiede in der

31 Stephan K. Weiland u. a., Zunahme der Lebenserwartung. Größenordnung, Determinanten und Perspektiven, in: Deutsches Ärzteblatt, 103 (2006), C874–C879. Zum Wendepunkt vgl. Luy, Sterblichkeit, wie Anm. 16, 7, 22 (Abbildung 3).

32 Eine historische Perspektive für einen Teilbereich, die Arztnutzung, bietet Martin Dinges, Immer schon 60 % Frauen in den Arztpraxen? Zur geschlechtsspezifischen Inanspruchnahme des medizinischen Angebotes (1600–2000), in: Dinges, Männlichkeit, wie Anm. 8, 295–322.

33 Dies und das Folgende nach Johansson, Welfare, wie Anm. 17, 142f.

34 Detailliert überprüfen diese Hypothese Peter Razzell u. Christine Spence, The Hazards of Wealth: Adult Mortality in Pre-Twentieth-Century England, in: Social History of Medicine, 19 (2006), 381–405.

35 J. L. Caspar, Die wahrscheinliche Lebensdauer des Menschen, Berlin 1835, 67–70, bes. 69, 130ff.

Online gestellt mit finanzieller Unterstützung der Universität Basel (Lehrstuhl Prof. Dr. Claudia Opitz-Belakhal).

Lebenserwartung zurückgewiesen, denn diese sei „im Volke“ bei Männern und Frauen sehr ähnlich. In den Kapiteln zu den Ständen werden Männer und Frauen entlang der Zivilstände verglichen, was Anlass zum Lob der Verehelichung ist, weil sie lebensverlängernd wirkt. Ansonsten verdrängen die „Familien“, die nach Armut und Reichtum verglichen werden, die statistische Kategorie „Geschlecht“ in den Tabellen und Überlegungen.

Bis Ende des 19. Jahrhunderts zogen Statistiker umweltbezogene Erklärungsmodelle vor, die Wohnung und Ernährung betonten. Regierungsbeamte und Moralisten schätzten den Hinweis auf den Lebensstil.[36] So konnte man – je nach Bedarf – kritisch gegenüber Arbeitern, Frauen oder trinkenden Männern leicht Mortalität und Moralität verknüpfen und die Verantwortung auf die Individuen verlagern.[37] Die deutsche Bevölkerungswissenschaft trieben zunächst Übervölkerungsängste, später Degenerationssorgen um.[38] Auch die Frauenbewegung thematisierte Probleme der Geburtenverhütung – Lebenserwartung war außerhalb dieses Zusammenhangs kein Thema.[39] Krisen konnten einer solchen Diskursformation allenfalls die Bevölkerung treffen, nicht eines der Geschlechter. Mediziner interessierten sich wenig für Daten, die die gesundheitliche Stärke der Frauen belegt hätten, denn von deren körperlicher Schwäche waren die Ärzte überzeugt.[40]

Spätestens seit der Übergangszeit 1900/1920 hatten aber auch in noch stärker agrarisch geprägten europäischen Staaten die Frauen eine bessere Lebenserwartung, denn damals wirkte sich der Rückgang der geburtsverbundenen Risiken aus. Gleichzeitig beobachteten Statistiker zumindest in den USA in der Wirtschaftskrise der 1920er Jahre und in der Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg erhebliche Übersterb-

36 Vgl. z. B. zum Abstinenzdiskurs, der sich fast ausschließlich an Männer richtete, Hasso Spode, Männersache: Alkohol, Geschlecht und Gesundheit unter besonderer Berücksichtigung des Deutschen Kaiserreichs, in: Dinges, Männlichkeit, wie Anm. 8, 191–210.

37 Vgl. Jürgen Cromm, Stand und Entwicklung der Sterblichkeit vor 1900 in zeitgeschichtlicher Sicht, in: Rainer Mackensen u. a. Hg., Bevölkerungsentwicklung und Bevölkerungstheorie in Geschichte und Gegenwart, Frankfurt a. M. 1989, 140–171, 145.

38 Vgl. Josef Ehmer, Bevölkerungsgeschichte und historische Demographie 1800–2000, München 2004, 64–69. In Frankreich waren es Überalterungssorgen; vgl. Christine Dienel, Kinderzahl und Staatsräson. Empfängnisverhütung und Bevölkerungspolitik in Deutschland und Frankreich bis 1918, Münster 1995; vgl. auch Bernhard vom Brocke, Bevölkerungswissenschaft – Quo vadis?, Opladen 1998, bes. 41ff.

39 Vgl. Ursula Ferdinand, Das Malthusische Erbe: Entwicklungsstränge der Bevölkerungstheorie im 19. Jahrhundert und deren Einfluß auf die radikale Frauenbewegung in Deutschland, Münster 1999; Dienel, Kinderzahl, wie Anm. 38, 213–223. Aktueller Forschungsstand dazu: Angélique Janssens Hg., Gendering the Fertility Decline in the Western World, Bern u. a. 2007.

40 Katrin Schmersahl, Medizin und Geschlecht. Zur Konstruktion der Kategorie Geschlecht im medizinischen Diskurs des 19. Jahrhunderts, Opladen 1998. Der zeitliche Vorlauf vgl. bei Claudia Honegger, Die Ordnungen der Geschlechter. Die Wissenschaft vom Menschen und das Weib 1750–1850, Frankfurt a. M. 1991.

Online gestellt mit finanzieller Unterstützung der Universität Basel (Lehrstuhl Prof. Dr. Claudia Opitz-Belakhal).

lichkeiten bei jungen Männern. Das veranlasste sie jedoch nicht zu komplexen Erklärungsmodellen, die den langfristigen gesellschaftlichen Wandel und die Geschlechterbeziehungen in den Blick nahmen.[41]

Für die Zwischenkriegszeit ist der Blick auf die deutschen Lehrbücher zur Sozialhygiene aufschlussreich: So interessiert sich der Autor eines wichtigen Standardwerkes zur Sozialhygiene, Alfons Fischer, für die Bevölkerungsentwicklung und präsentiert eine Tabelle, aus der die höhere Lebenserwartung der Frauen für die Jahre 1871–1911 klar hervorgeht.[42] Sein Kommentar lautet: „… auf Grund der Zahlen, welche Tabelle 13 darbietet, könnte man auf eine gesundheitliche Überlegenheit des weiblichen Geschlechts in allen Altersklassen schließen. Daß jedoch in manchen Altersklassen das männliche Geschlecht günstiger dasteht, zeigt die Berechnung der Sterbenswahrscheinlichkeit, worüber sich Angaben in Tabelle 14 befinden." Die Sterbenswahrscheinlichkeit ist nur in einer Altersgruppe, derjenigen der 25- bis 35-Jährigen für die Frauen noch höher. Fischer erklärt, dass dies die Altersgruppen, „in den wichtigsten Jahren der Gebärtätigkeit" sind. Argumentativ bleibt also unbeachtet, dass Frauen insgesamt eine höhere Lebenserwartung haben. Zur Ehrenrettung der „gesundheitlichen Überlegenheit des männlichen Geschlechts" müssen die besonderen gesundheitlichen Risiken der Frauen im Zusammenhang mit der Geburt herhalten. Damit sind sie auf ihre biologische Rolle für den Bevölkerungszuwachs reduziert – und man muss nicht weiter über das Gesamtphänomen ihrer höheren Lebenserwartung nachdenken, indem man einen Spezialaspekt in den Vordergrund schiebt. Das Argument wird dann scheinbar noch mit einem Rückgriff auf den einflussreichen flämischen Sozialstatistiker Adolphe Quételet (1796–1874) gestärkt, der ebenfalls auf die besondere Sterblichkeit der Frauen während dieser Phase hingewiesen habe.

Andere Autoren waren weniger sorgfältig. So wird eine Tabelle mit geschlechtsspezifisch unterschiedlichen Lebenserwartungen auf der ersten Seite des Grundrisses der Hygiene nicht einmal eines Kommentars – jenseits des geschlechtsneutral wirkenden Begriffes „Mensch" – für würdig befunden. Stattdessen werden die allgemein gestiegene Lebenserwartung und die Schichtunterschiede thematisiert.[43] In der Bevölkerungswissenschaft wurden in dem halben Jahrhundert vor 1933 vor allem Degenerationsängste akzentuiert – das Individuum zum national-demografischen „Funktionsträger" degradiert.[44] Auch im Jahre 1953 ist das Geschlecht noch nicht der Rede wert: Im Lehr-

41 So Johansson, Welfare, wie Anm. 17, 150, zum amerikanischen Befund.

42 Alfons Fischer, Grundriß der sozialen Hygiene, Karlsruhe 1925, 58f.

43 Bruno Heymann, Carl Flügges Grundriß der Hygiene, Berlin 1927[10], 1f. Bekanntlich wird die Rolle der Medizin für den demographischen Übergang weit überschätzt. Klassisch dazu: Reinhard Spree, Soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod, Göttingen 1981; vgl. Ehmer, Bevölkerungsgeschichte, wie Anm. 38, 86.

44 Mathias Weipert, „Mehrung der Volkskraft": Die Debatte über Bevölkerung, Modernisierung und Nation 1890–1933, Paderborn 2006, 230.

Online gestellt mit finanzieller Unterstützung der Universität Basel (Lehrstuhl Prof. Dr. Claudia Opitz-Belakhal).

buch der Sozialhygiene aus dem DDR-Verlag „Volk und Gesundheit" findet sich eine Tabelle zur Lebenserwartung von Männern und Frauen von 1870 bis 1947, deren Unterschied in diesem Zeitraum immerhin von drei auf sechs Jahre steigt. Das hätte ins Auge springen können. Die Daten werden aber ausschließlich als Argument zur Illustration des medizinischen Fortschritts als behauptetem Grund für die Erhöhung der Lebenserwartung genutzt.[45] Man wird hier also nur eine Mischung aus Medizinerstolz, naturwissenschaftlicher Fixierung und Genderblindheit diagnostizieren müssen. Nicht zuletzt mangelte es offenbar an historischem Interesse. Ähnliches lässt sich für die Statistiker der damaligen Zeit zeigen: So heißt es in einem Grundlagenwerk zur Bevölkerungsstatistik: „Die Ursache der Übersterblichkeit des männlichen Geschlechtes ist in erster Linie biologisch bedingt."[46]

Erst in den 1960er Jahren wurde der enge Zusammenhang zwischen dem Zivilstatus und der Langlebigkeit stärker betont: Verheiratete Frauen lebten am längsten, dann folgten verheiratete Männer, dann Singles. Biologistische Erklärungen, die einseitig oder vorrangig auf die biologische Ausstattung der Frauen hindeuteten, wurden im folgenden Jahrzehnt von historischen Demographen durch Vergleiche von Klosterpopulationen zurückgewiesen. Dabei wurde der Zusammenhang von „positiven Rechten" wie die Existenzsicherheit im Kloster und „negativen Rechten", also gesundheitsschädigendem Verhalten wie Rauchen etc., mit der Lebenserwartung herausgearbeitet. Kulturelle Faktoren kamen nun wieder stärker in den Blick. Sie wurden auch für Erklärungen der geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Lebenserwartung im Mehrländervergleich zwischen Industrie- und den damals so genannten Entwicklungsländern als aussagekräftiger akzeptiert.[47]

So lässt sich die Geschichte der verzögerten Entdeckung der geschlechtsspezifisch unterschiedlichen Lebenserwartung als die lang andauernde Blindheit gegenüber Genderunterschieden charakterisieren. Erst die feministische Kritik hat das Thema schließlich auf die gesundheitswissenschaftliche Tagesordnung gebracht. Dabei wurde

45 Alfred Beyer u. Kurt Winter, Lehrbuch der Sozialhygiene, Berlin 1953, 351, ähnlich bei der Graphik zur differentiellen Senkung der Säuglingssterblichkeit bei Knaben und Mädchen; vgl. ebd., 344. Analoge Blindheit im Westen bei Alfons Fischer u. Ludwig Popper, Sozialmedizinische Praxis, Wien/Düsseldorf 1953, 53. Die beiden prominenten Wiener Sozialmediziner Alfons Fischer (1913) und Ludwig Popper (1904–1984) beschränken sich hinsichtlich der unterschiedlichen Lebenserwartung von Männern und Frauen auf Basis von Sterbetafelberechnungen der Zwischenkriegszeit auf die lapidare Aussage, dass die durchschnittliche Lebensdauer von Frauen um etwa drei Jahre höher sei als die der Männer. Ich danke Andreas Weigl, Wien, für diesen mündlichen Hinweis.

46 Paul Flaskämper, Bevölkerungsstatistik, Hamburg 1962, 298.

47 Einen Forschungsüberblick bietet neben Johansson, Welfare, wie Anm. 17, Luy, Sterblichkeitsunterschiede, wie Anm. 16, auch George Alter, Matteo Manfredini u. Paul Nystedt, Gender Differences in Mortality, in: Tommy Bengtsson, Cameron Campbell u. James Lee Hg., Life under Pressure. Mortality and Living Standards in Europe and Asia, 1700–1900, Cambridge, Mass. 2004, 327–357.

Online gestellt mit finanzieller Unterstützung der Universität Basel (Lehrstuhl Prof. Dr. Claudia Opitz-Belakhal).

aus dem Defizitdiskurs über den angeblich schwachen Frauenkörper, den Ärzte seit der Aufklärung prägten, zunächst ein Differenzdiskurs. Schließlich brachte dieser einen Defizitdiskurs über männliches Gesundheitsverhalten hervor. Die Umdeutung zur Männlichkeitskrise, die derzeit die öffentliche Debatte zur Männergesundheit prägt, war dann nur noch ein kleiner Schritt.[48]

5. Fazit und Ausblick

Ich habe in diesem Artikel versucht, ein etwas anderes Verfahren zur Situierung von Männlichkeitskrisen zu präsentieren. Ausgehend von relativ ‚harten' Daten zu einem gut objektivierbaren Phänomen, der Lebenserwartung bei der Geburt, habe ich die relative Verschlechterung des gesundheitlichen Status von Männern gegenüber demjenigen der Frauen während der letzten 150 Jahre nachgezeichnet. Gründe ließen sich insbesondere in der gesellschaftlichen Arbeitsteilung und im Bereich des bürgerlichen Leitbildes von Männlichkeit finden.

Die Wahrnehmung des Problems wurde zeitgenössisch von den männlichen Demographen und Ärzten auch deshalb verpasst, weil sie es in rein medizinischen oder biologisch-anthropologischen Kategorien erklären wollten. Ihr Gegenstand war offenbar vorrangig „die Bevölkerung", weniger das Individuum und seine Lebensperspektiven. Erst in den letzten ca. 15 Jahren entstand eine neue Wahrnehmungsweise, die als Erklärung für den schlechteren Gesundheitsstatus auch das Leitbild von sogenannter „traditioneller Männlichkeit" als Ursache für den verschlechterten Gesundheitsstatus verantwortlich machte.[49] Im Kontext eines für Genderfragen sensibilisierten Diskurses wurde die Feststellung möglich, dass männliches Gesundheitsverhalten Krisensymptome signalisieren könnte. Wegen der zunehmenden Bedeutung des Körpers als Träger von geradezu ‚letzten Wahrheiten' im Diskurs postmoderner Gesellschaften gewinnen solche Aussagen zum Gesundheitsverhalten heutzutage einen relativ hohen Stellenwert und können deshalb zentral für einen weiteren, aktuellen Diskurs über Männlichkeitskrisen werden.

Mein Beispiel sollte zeigen, dass tatsächlich bestehende, überwiegend mit einem bestimmten Leitbild von Männlichkeit zusammenhängende Probleme über lange Zeiten

48 Analytisch dazu Michael Meuser: Der „kranke Mann" – wissenssoziologische Anmerkungen zur Pathologisierung des Mannes in der Männergesundheitsforschung, in: Dinges, Männlichkeit, wie Anm. 8, 73–86; zum Mediendiskurs, vgl. Anm. 29.

49 Das ist spätestens seit Hollstein (vgl. Anm. 8 u. Anm. 29) der in der öffentlichen Debatte und den Gesundheitswissenschaften gängige, ungenaue Begriff, dessen diskursiver Charme darin besteht, dass offenbar kein Mann „traditionell" sein will. Damit wird gut modernisierungstheoretisch alles zurückgewiesen, was die Beteiligten am Diskurs als „unmodern" charakterisieren wollen.

Online gestellt mit finanzieller Unterstützung der Universität Basel (Lehrstuhl Prof. Dr. Claudia Opitz-Belakhal).

unerkannt bleiben können.[50] Dies hängt damit zusammen, dass das Leitbild vom Mann als Hauptverdiener und Arbeiter dazu verführte, dessen Gesundheitsprobleme offenbar nur sehr partiell – etwa als Arbeitsunfälle oder Geschlechtskrankheiten – in den Blick zu nehmen. Sonstige mortalitätsfördernde Aspekte wurden demgegenüber systematisch ausgeklammert. Die schlechtere Lebenserwartung konnte erst durch sehr spezifische Bedingungen des gesellschaftlichen Diskurses in den 1990er Jahren zur Männlichkeitskrise werden.[51] Das war offenbar erst möglich, als das Mannsein von der angeblich genderlosen Normalexistenz zur geschlechtsspezifisch geprägten Existenzweise umdefiniert wurde. Interessanterweise wurde damit die geringere Lebenserwartung der Männer erstmals zu einem Zeitpunkt zum Thema, als sich das Problem objektiv zu entschärfen begann. Bekanntlich wird der Unterschied in der Lebenserwartung seit etwa 20 Jahren wieder kleiner.

Wegen des hier demonstrierten erheblichen zeitlichen Verzugs zwischen objektivierbaren geschlechtsspezifischen Belastungen und deren Wahrnehmung sollte man sehr vorsichtig sein, jede behauptete Männlichkeitskrise für eine tatsächliche zu halten.

---

50 Diese spezifische Produktion von Unbewusstheit hat auch heute gesundheitspolitische Folgen: So gibt es bei der (deutschen) Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ein „Frauengesundheitsportal" (<http://www.frauengesundheitsportal.de>), aber keines für Männergesundheit. Immerhin verstecken sich im Frauengesundheitsportal auch einige Literaturhinweise zur Männergesundheit! Im „Gender Datenreport" der deutschen Bundesregierung aus dem Jahre 2005 spielen die Herausgeber den Unterschied in der Lebenserwartung herunter. Zwar nennen sie im Eingangstext korrekt die sechs Jahre Unterschied, beschwichtigen dann aber: „Nach dieser Logik könnte Abbildung 8.1 nahelegen, daß die westlichen Industrienationen Frauen eine höhere Lebensqualität bieten als Männern. Diese Schlußfolgerung ist allerdings gewagt, da auch genetische und biologische Faktoren die Lebenserwartung von Frauen und Männern mitbestimmen". Die Möglichkeit, dass die Bedingungen für Frauen vielleicht gar nicht so schlecht sind, scheint diskursiv unmöglich. So zieht man lieber das Argument der Genetik und Biologie heran – auch wenn diese bekanntlich nur ein, höchstens zwei Jahre erklären könnte. Das erinnert an die umgekehrte biologistische Blindheit der Mediziner aus dem 19. und frühen 20. Jh. (s. o.). Im erläuternden Kapitel 8.1. und 8.2. wird dann ohne Begründung die „weitere Lebenserwartung der Vierzigjährigen" dargestellt. Der Unterschied beträgt nur noch fünf Jahre. Entgegen der statistisch tatsächlich höheren Anzahl verlorener Lebensjahre beim Tod in jungen Jahren, werden die um ein Jahr größeren Sterblichkeitsprobleme der jüngeren Männer damit aus dem genderpolitischen Blick genommen; vgl. <http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/Publikationen/genderreport/8-gesundheitsstatus-und-gesundheitsrisiken-von-frauen-und-maennern.html>, Zugriff: 28. 2. 2008. Die systematische Weigerung der Bundesregierung, dem Frauengesundheitsbericht von 2002 einen entsprechenden Männergesundheitsbericht folgen zu lassen, ist bekannt. Deutlich ausgewogener ist die Berichterstattung in der Schweiz: Bundesamt für Gesundheit, Gender-Gesundheitsbericht 2006, unter <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00394/00402/index.html?lang=de>, Zugriff:28. 2. 2008. Auch Österreich hat seit längerem einen Männergesundheitsbericht, online unter <http://www.bmsk.gv.at/cms/site/attachments/7/6/8/CH0124/CMS1060093253921/publikation_mg_2.4.04.pdf>, Zugriff: 28. 2. 2008.

51 Vgl. Hollstein, Männer, wie in Anm. 8. Lässt man Belege aus der Bildzeitung und den Krankenkassenmagazinen beiseite, mag hier als Beispiel die Formulierung der Überschrift einer Titelgeschichte genügen: Eine Krankheit namens Mann, in: Der Spiegel, 38 (2003), 150–163, 150.

Online gestellt mit finanzieller Unterstützung der Universität Basel (Lehrstuhl Prof. Dr. Claudia Opitz-Belakhal).

Die vermuteten und lauthals diskutierten Männlichkeitskrisen können nämlich andere, wesentlich schwerwiegendere – und langfristiger wirkende – verdecken. Insgesamt könnte der dargelegte Befund dazu anregen, die Verteilung der geschlechtsspezifischen Kosten des Modernisierungsprozesses der letzten 150 Jahre mit seinen spezifischen Geschlechterarrangements neu zu betrachten.

Online gestellt mit finanzieller Unterstützung der Universität Basel (Lehrstuhl Prof. Dr. Claudia Opitz-Belakhal).

Online gestellt mit finanzieller Unterstützung der Universität Basel (Lehrstuhl Prof. Dr. Claudia Opitz-Belakhal).