GENDER
OPEN
REPOSITORIUM

„Mir geht es gut!“. Gesundheitsvorstellungen von Männern in der Schweiz. Ergebnisse aus einem empirischen Projekt

Wehner, Nina; Baumgarten, Diana; Luck, Frank; Maihofer, Andrea; Zemp, Elisabeth

2015

https://doi.org/10.25595/3853

Veröffentlichungsversion / published version
Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Wehner, Nina; Baumgarten, Diana; Luck, Frank; Maihofer, Andrea; Zemp, Elisabeth: *„Mir geht es gut!“. Gesundheitsvorstellungen von Männern in der Schweiz. Ergebnisse aus einem empirischen Projekt*, in: FZG (FZG – Freiburger Zeitschrift für GeschlechterStudien), Jg. 21 (2015) Nr: 2, 33–49. DOI: https://doi.org/10.25595/3853.

Erstmalig hier erschienen / Initial publication here: https://doi.org/10.3224/fzg.v21i2.20935

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

FREIE UNIVERSITÄT BERLIN

HUMBOLDT-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

Freiburger Zeitschrift für Geschlechterstudien 21/2: 33-49

Nina Wehner/Diana Baumgarten/Frank Luck/Andrea Maihofer/
Elisabeth Zemp

„Mir geht es gut!"

Gesundheitsvorstellungen von Männern in der Schweiz. Ergebnisse aus einem empirischen Projekt

Zusammenfassung: Auf der Suche nach Erklärungen für den „gender gap" in den unterschiedlichen Lebenserwartungen von Männern und Frauen geraten vermehrt Zusammenhänge von Gesundheitshandeln und Geschlechterkonstruktionen in den Blick. Der Artikel präsentiert Ergebnisse einer qualitativen Interview-Studie mit 40 (Schweizer) Männern zwischen 30 und 60 Jahren zu subjektiven Gesundheitsvorstellungen und Gesundheitshandeln. Entlang ausgewählter Thematisierungsweisen zu Leistungsfähigkeit, der Bedeutung von körperlicher Fitness, dem Umgang mit Gefühlen und mit Schmerz analysiert der Beitrag Zusammenhänge zwischen Gesundheitsvorstellungen und alten und neuen Männlichkeitskonstruktionen.

Schlagwörter: Geschlechterforschung; Männergesundheit; qualitative Forschung; Männlichkeit; Gesundheitshandeln.

'I'm fine!' Conceptions of health by Men in Switzerland. Results of an Empirical Project

Abstract: On the search for explanations of the 'gender gap' in differential life expectancies between men and women, the connection between health actions and gender constructions has come under consideration. The article presents the results of qualitative interviews with forty Swiss men aged between thirty and sixty on their subjective perceptions of health and health actions. Using selected thematic approaches, on performance, the significance of physical fitness, dealing with feelings and pain, the work analyses the connection between conceptions of health and old and new constructions of masculinity.

Keywords: gender research; men's health; qualitative research; masculinity; health action.

Geschlechterunterschiede in der Mortalität – weltweit und in der Schweiz

Weltweit besteht ein *gender gap* (Kirby et al. 2002) in der Lebenserwartung und Sterblichkeitsrate zwischen Männern und Frauen – zu Ungunsten der Männer. Männer sterben durchschnittlich fünf bis sieben Jahre früher als Frauen (Faltermaier 2007; WHO 2008). In der EU liegt die Todesrate der Männer in allen Altersstufen deutlich über jener der Frauen, besonders ausgeprägt ist dies im jüngeren und mittleren Erwachsenenalter (zwischen 15 und 44 Jahren 236% höher, zwischen 45 und 64 Jahren 210% höher (European Commission 2011: 8)). Dieses Muster gilt auch für die Schweiz: Hier liegt die Lebenserwartung für

© 2015 Budrich Unipress. 10.3224/fzg.v21i2

Männer mit Geburtsjahr 2013 bei 80,5 Jahren, die der Frauen bei 84,8 Jahren (BfS 2014).

Verhaltensbedingte Ursachen

Die Suche nach den Ursachen für diesen *gender gap* ist seit einiger Zeit Gegenstand gesundheitswissenschaftlicher Untersuchungen. Die Unterschiede in Lebenserwartung und Sterblichkeit lassen sich nur zu geringen Teilen durch biologische Unterschiede erklären (Luy 2002). Im Gegenteil, die Übersterblichkeit von Männern geht maßgeblich auf *verhaltensbedingte* Ursachen zurück (European Commission 2011; BAG 2008; Mahalik et al. 2007; Mokdad et al. 2004). So sterben in der Schweiz Männer häufiger vorzeitig an Krebs (vor allem Lungenkrebs), ischämischen Herzkrankheiten, alkoholassoziierten Krankheiten sowie durch gewaltsame Todesfälle (Suizide, Strassenverkehrsunfälle) (BfS 2015). Männer verhalten sich in höherem Maße als Frauen lebens- und gesundheitsgefährdend, z.B. durch Risikosportarten, eine schnellere und gefährlichere Fahrweise im Straßenverkehr oder riskantes Sexualverhalten (Mahalik et al. 2006; Pleck et al. 1994). Auch konsumieren sie exzessiver Alkohol, Tabak oder illegale Drogen (European Commission 2011). Insgesamt praktizieren sie einen gesundheitsgefährdenden Umgang mit ihrem Körper und dessen Belastbarkeit (u.a. Reuyss/Kassner 2007). Nicht zuletzt suchen sie seltener und später als Frauen Gesundheitsdienste auf (Dinges 2005; Gasser et al. 2004; Courtenay 2000). Die höhere Sterblichkeit von Männern ist mithin deutlich Resultat einer „ungesünderen Lebensweise" (Mahalik et al. 2007).

Vor diesem Hintergrund werden in den Gesundheitswissenschaften vermehrt Zusammenhänge von (ungünstigem) Gesundheitshandeln sowie Vorstellungen und Praxen von *Männlichkeit(en)* in den Blick genommen. Dabei wird auf sozialkonstruktivistische Konzepte von Geschlecht und Geschlechterdifferenz zurückgegriffen (vgl. Broom/Tovey 2009; Connell 2012; Courtenay 2000; Lohan 2007; Rieker/Bird 2005; Sabo/Gordon 1995; Schofield et al. 2000).

Anknüpfungspunkte aus der Frauengesundheitsforschung

Wegbereitend für eine Geschlechtersensibilisierung der Gesundheitswissenschaften und für die Entstehung einer eigenständigen *Männer*gesundheitsforschung waren Erkenntnisse aus der *Frauen*gesundheitsforschung (vgl. BMFSFJ 1999; Helfferich 1996). Mit ihr entstand die Einsicht, dass Gesundheit nicht ‚geschlechtsneutral' ist, sondern geschlechtsspezifische Aspekte aufweist. Zentraler Kritikpunkt betraf die in der Medizin vorherrschenden androzentrischen Körper- und Gesundheitsbilder, die den spezifischen Bedürfnissen von Frauen nicht gerecht werden („Frauen werden anders krank" Maschewsky-Schneider 1997, Zemp 1988). Zudem wurde der Blick auf vergeschlechtlichte Machtrelationen innerhalb des Medizinsystems gerichtet (Fee/Krieger 1994; Graumann/Schneider 2003; Lupton 2001). Des Weiteren werden Frauen ausgeprägter als

Männer im Laufe ihres Lebens dazu sozialisiert, Sorge für ihren Körper zu tragen und sich regelmäßig ärztlichen (Vorsorge-)Untersuchungen zu unterziehen (Dinges 2007; Lorber 1997; Netzwerk Frauengesundheit 2000).

Im Rahmen der Frauengesundheitsforschung wurden darüber hinaus auch die problematischen Auswirkungen thematisiert, die durch die scheinbare geschlechtliche Konnotierung einzelner Krankheiten entstehen. Werden bestimmte Krankheiten als ‚Männer-' bzw. ‚Frauenkrankheit' gesehen, birgt das bei ihrer Diagnose die Gefahr einer spezifischen Form von Geschlechtsblindheit (Eichler et al. 1999): So werden Herz-Kreislauf-Krankheiten, weil sie als ‚männliche' Krankheiten gelten, bei Frauen seltener diagnostiziert und weniger invasiv behandelt (Lohan 2007; Miller/Best 2011; Mosca et al. 2011; Regitz-Zagrosek/Fuchs 2006). Umgekehrt werden bei Männern Depressionen, Osteoporose und weitere weiblich konnotierte Krankheiten oft nicht erkannt (European Commission 2011; Kuhlmann/Annandale 2010). Dies betrifft sowohl die ärztliche Diagnose als auch die Selbstdiagnose. Diese Einsichten hatten gut zwei Jahrzehnte später die Forderungen nach einer männerspezifischen Gesundheitsforschung und -förderung zur Konsequenz (vgl. Dinges 2007; Meuser 2007a; Scheele 2010; Schofield 2010).

Gesundheitshandeln als Herstellungsprozess von Geschlecht

In der Frauengesundheitsforschung wurden zudem früh sozialkonstruktivistische Positionen mit Gesundheit bzw. Gesundheitshandeln verbunden. So sprach schon Robin Saltonstall in ihrer qualitativen Untersuchung zu Körperkonstruktionen von Männern und Frauen von *„doing health is a form of doing gender"* (1993: 12). Andere empirische Arbeiten der 1990er Jahre beschäftigten sich mit gesundheitsrelevanten Handlungsweisen als *Herstellungs*prozessen von Weiblichkeit und Männlichkeit. So untersuchte Helfferich (1994) wie riskante Körperpraxen – beispielsweise Diäten oder Alkohol- und Drogenkonsum – als Bestandteil der Herstellung von Weiblichkeit bzw. Männlichkeit fungieren. Ähnlich hat Kolip (1997) die unterschiedlichen Bedeutungen gesundheitsbezogenen Risikoverhaltens für die Aneignung von Geschlechtlichkeit bei Jungen und Mädchen herausgearbeitet: etwa, wenn Jungen durch exzessiven Alkoholkonsum männliche Härte demonstrieren wollen und Mädchen durch Diäten ihren Körper entsprechend einem weiblichen Attraktivitätsideal formieren.

Eine solche Perspektive liegt auch unserem Forschungsprojekt zugrunde: Wir verstehen gesundheitliches Handeln als gleichermaßen immer schon vergeschlechtlicht und zugleich vergeschlechtlichend. Gesundheitshandeln wird also nicht einseitig *vorgängig* durch Männlichkeit/Weiblichkeit erklärt. Es wird vielmehr auch *als Resultat* der Ausgestaltung von Männlichkeits-/Weiblichkeitskonzepten betrachtet und damit als Teil der normativ geforderten Entwicklung und Aufrechterhaltung intelligibler ‚männlicher' oder ‚weiblicher' „Existenzweisen" (Maihofer 1995). Wie Männlichkeit und Weiblichkeit dabei inhaltlich bestimmt sind, ist stets Wandlungsprozessen unterworfen und daher

meist in sich widersprüchlich, wie am Beispiel des sich verändernden Umgangs mit Schmerz deutlich wird.

Anknüpfungspunkte aus der Männer- und Geschlechterforschung

Die Männer- und Geschlechterforschung hat bedeutsame theoretische Konzeptionen von Männlichkeit(en) hervorgebracht, die mittlerweilein den Gesundheitswissenschaften ebenfalls rezipiert werden. Als besonders produktiv erwies sich Connells Konzept „hegemonialer Männlichkeit" (Connell 1999; vgl. Connell 2012; Courtenay 2000; Schofield et al. 2000). Männlichkeit wird hier *relational* gedacht und definiert sich nicht allein in Abgrenzung zu ‚Weiblichkeit', sondern auch in Abgrenzung zu anderen untergeordneten oder marginalisierten Männlichkeiten (Migranten, sozial Schwächere, Homosexuelle). Männlichkeit existiert somit stets im Plural und ihre unterschiedlichen Ausprägungen sind *hierarchisch* strukturiert. Hegemoniale Männlichkeit stellt dabei das historisch jeweils vorherrschende normative Ideal dar, das zwar nur wenige Männer tatsächlich verkörpern (können), an dem sich jedoch – und genau das macht seine Hegemonie aus – alle Männer orientieren müssen. Was als hegemonial männlich gilt, ist historisch und gesellschaftlich-kulturell variabel und somit Wandlungs- und Aushandlungsprozessen unterworfen (vgl. Maihofer 2007). In westlichen Gesellschaften sind die Merkmale ‚weiß', ‚heterosexuell', ‚stark', ‚selbstdiszipliniert', ‚berufszentriert' sowie ‚Familienernährer' zentrale Elemente hegemonialer Männlichkeit (Meuser 2010, Meuser 2009, Scholz 2009; Wehner et al. 2010). Sie gelten als das Selbstverständliche bzw. als das unhinterfragt Normale. Hierzu gehört auch, dass Verantwortungsübernahme für Gesundheit und Wohlbefinden, sowie Praxen der Selbstsorge als Teil von Weiblichkeit und nicht von Männlichkeit verstanden werden (vgl. Hanlon 2012).

Forschungsprojekt zu Gesundheitsvorstellungen

Vor dem Hintergrund eines bei Männern stärker vorhandenen gesundheitsgefährdenden Verhaltens und einer weniger auf Selbstsorge gerichteten Lebenspraxis, zielte unser Forschungsinteresse darauf, zu untersuchen, welche Formen subjektiven Gesundheitshandelns Männer beschreiben, und welche Aussagen sich daraus über gegenwärtige Männlichkeitskonzepte ziehen lassen. Als empirische Basis haben wir 40 teilnarrative Interviews (vgl. Witzel 1989) mit Männern im Alter von 30 bis 60 Jahren aus den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Land (Schweiz) durchgeführt – je zu gleichen Teilen Alleinlebende, in Beziehung Lebende, Väter und kinderlose Männer und je aus möglichst unterschiedlichen sozioökonomischen Lebenslagen.[1] Die Männer wurden gebeten, ihre Gesundheitsbiografie zu erzählen, wie es ihren Eltern und ihnen in ihrer Kindheit gesundheitlich erging, an welche Formen der gesundheitlichen Fürsorge sie sich über die Jugend- und junge Erwachsenenzeit bis zur Gegenwart erinnern. Sie wurden zudem aufgefordert, über ihren Alltag zu erzählen, ob und

was sie bezogen auf ihre Gesundheit beschäftigt, was Gesundheit generell für sie bedeutet, und wie sie selbst ihr eigenes Gesundheitshandeln einschätzen.

In rekonstruktiv-hermeneutischen Auswertungsprozessen in Anlehnung an Lucuis-Hoene/Deppermann (2004) und Bohnsack (2010) haben wir die subjektiven Gesundheitsvorstellungen der Befragten herausgearbeitet und analysiert, inwiefern und wie in den beschriebenen Formen des Gesundheitshandelns Männlichkeit relevant gemacht und aktualisiert wird.

„Mir geht es gut" – Thematisierungsweisen in gesundheitsbiografischen Erzählungen von Männern

Auf die Einstiegsfrage *„Wie ging es Ihnen gesundheitlich als Kind?"* antwortet der größte Teil der Männer mit *„eigentlich gut"*, *„es ging mir gut"*, *„es war alles gut"*, *„alles normal, ich konnte nicht klagen"*. Im weiteren Verlauf werden vielfach *„die üblichen Kinderkrankheiten"* erwähnt sowie eine Reihe von Unfällen und Knochenbrüchen aufgezählt. Beides nimmt erzählerisch keinen großen Stellenwert ein, sondern wird unaufgeregt und episodenhaft berichtet. Dies erweckt den Eindruck, solche Erfahrungen gehörten als normale Bestandteile zur Gesamterzählung eines gesunden (Jungen- bzw. Männer-)Lebens.

> *Ich bin eigentlich gesund gewesen, immer. Ich habe eigentlich nie etwas Chronisches gehabt, nie irgendwie lange Spitalaufenthalte oder so. Ich habe ein paar Unfälle manchmal gehabt, wie man es halt so hat als Kind. Eine Weile irgendwie, ich weiß gar nicht mehr, so Mitte Primarschule, habe ich ständig etwas gebrochen gehabt. (…) aber sonst habe ich nie etwas gehabt.*[2] *(in Beziehung, kinderlos, 35 Jahre)*

Diese spezifische Erzählweise betrifft sogar Beschreibungen schwerer chronischer Krankheiten wie Asthma:

> *Also mir ging es grundsätzlich gesundheitlich sehr gut als Kind, mit einem kleinen Makel, ich war Asthmatiker und lebte auf einem Bauernhof. Also das Asthma, das war dann, wenn Asthma, immer lebensbedrohlich, aber an sich hatte ich nie das Gefühl, ich sei krank. (in Beziehung, Vater, 56 Jahre)*

Bereits in der Schilderung der Kindheit setzt also ein Normalisierungsmuster ein, eine Einhegung von Unfällen und Krankheitserfahrungen. Ausgewiesen wird ein Lebenslauf, in dem es keine besorgniserregenden Ereignisse gibt; Krankheiten und Knochenbrüche erscheinen als kurzfristige, benennbare Unterbrechungen einer grundsätzlich vorhandenen Gesundheit. Dieses Narrativ der eigenen Gesundheitsgeschichte als Aufzählung von Krankheiten und Verletzungen, die jedoch nicht als relevant gelten (dürfen), findet sich als grundlegendes Muster in unseren Interviews. Es dominiert eine Sichtweise, in der Gesundheit den kaum erzählenswerten Normalzustand darstellt und von Krankheiten sowie Unfällen als episodische Abweichungen berichtet wird, um stets den Normalzustand ‚Gesundsein' hervorzuheben und zu bestätigen. Wir

interpretieren dies als Hinweis auf ‚Gesundheit/Gesundsein' als Norm, die möglicherweise für Männer in besonderer Weise wirkmächtig ist und mehrere Aspekte umfasst, die im Folgenden dargestellt werden sollen.

Leisten können müssen

Wie in einigen Interviews deutlich wird, ist Leistungsfähigkeit eine zentrale Größe zur Bemessung persönlicher Gesundheit. Gesundheit stellt hier ein ‚Mittel zum Zweck', eine Ressource dar, die es zu bewahren gilt, um leistungsfähig zu sein und zu bleiben.

> *Ich möcht gerne gesund sein und ich möcht gerne einigermaßen, oh je, jetzt kommt das Wort, ich möcht gern leistungsfähig sein und dass mein Körper was leisten mag. (in Beziehung, kinderlos, 45 Jahre)*

Als Gesundheitshandeln erwähnen diese Männer Sport treiben, auf Ernährung achten und Maßhalten bei Alkohol- und Nikotinkonsum. Diese aktiven Bemühungen, den eigenen Körper gesund zu erhalten, geschehen hier jedoch nicht um ihrer selbst oder der Gesundheit willen, sondern ausdrücklich mit der Absicht, die Funktionstüchtigkeit für den Beruf sicherzustellen.

> *Gesundheit ist auch die Aktivität. Also wenn man gesund ist, ist man ja irgendwie auch attraktiv oder vielleicht auch halt ausgeglichen und ja, also leistungsfähiger. Man kann das, wo man sollte, wo einem gesagt wird. Man muss das, kann das, wenn man gesund ist. (in Beziehung, kinderlos, 35 Jahre)*

Den Leistungsanforderungen genügen zu können, wird dabei als eigenes Bedürfnis formuliert. Diese Männer wollen leisten können, was sie leisten müssen, und dafür ist Gesundheit zentral.

> *Für mich ist das auch sehr erstrebenswert, gesund zu sein. (…) weil, wenn ich gesund bin, das bringt auch mir was. Dann ist das auch Lebensqualität. Und ob ich da jetzt einem besonderen Männlichkeitsbild nachhechte, weiß ich nicht. Es hat sicher was damit zu tun, wenn ich gesund bin, bin ich arbeitsfähig. Und mit dem hat's sehr viel zu tun. (in Beziehung, kinderlos, 45 Jahre)*

Es sind vor allem Männer zwischen 30 und 50 Jahren, bei denen diese funktionale Gesundheitsvorstellung vorherrscht, die vor allem auf Leistungsfähigkeit im Beruf abzielt. Gesundheit verstehen sie als ‚nützliches Potential', dessen Ausschöpfung ihnen ‚etwas bringt'. Das Motiv ‚Gesundsein als Zweck an sich' kommt hier nicht vor. Dieses findet sich in den Interviews mit älteren Befragten (50 bis 60 Jahre). Hier erscheint die Notwendigkeit der Leistungsfähigkeit im Beruf weniger prioritär. Themen wie ‚work-life-Balance' oder ‚Sport als Ausgleich' werden stärker mit Faktoren wie Spaß und Lebensqualität verbunden. ‚Leisten können müssen' stellt somit eine hochwirksame Anforderung an Män-

ner dar und der Druck, beruflich erfolgreich zu sein, erscheint im Alter zwischen 30 und 50 Jahren besonders stark.

‚Sich spüren' im Sport

Ein weiteres Spezifikum für die Thematisierung von Gesundheit(shandeln) bei Männern ist die in vielen Interviews hervorgehobene große Bedeutung von Sport, die weit über den Stellenwert eines Hobbies oder von Freizeitgestaltung hinausgeht:

> *Sport spielte eine Zeitlang, viele Jahre in meinem Leben, eine Hauptrolle. Also man muss sich vorstellen, ich habe vier bis fünf Mal trainiert pro Woche. (…) das war zentral. (in Beziehung, Vater, 56 Jahre)*

Die im Vergleich mit anderen Freizeittätigkeiten herausragende Bedeutung von Sport sehen wir darin begründet, dass im Sport eine besondere Verbindung von Körper, Leistungsfähigkeit und Männlichkeit möglich ist und physisch erfahrbar wird (vgl. Niederöst 2007; Robertson et al. 2010). Sport erscheint als eminent wichtige Körperpraxis, die es erlaubt, die eigene – muskuläre und konditionelle – Leistungsfähigkeit zu spüren bzw. deren Grenzen zu erfahren und so in einzigartiger Weise in Kontakt mit dem eigenen Körper zu kommen:

> *Der Sport war irgendwie das, was mich mit meinem Körper verbunden hat. (in Beziehung, Vater, 44 Jahre)*

Extensiv betriebener Sport, bei dem es zentral darum geht, die eigene Leistungsfähigkeit, die körperliche Kraft zu spüren und sich so seiner selbst – lustvoll – vergewissern zu können, wird von einigen Befragten selbst explizit mit ‚Männlichkeit' bzw. ‚sich männlich fühlen' in Verbindung gebracht:

> *dass ich es männlich empfinde, wenn ich jetzt äh Kondition habe, also durchhalte jetzt. Ich bin zwar müde, aber ich mag noch. (in Beziehung, kinderlos, 34 Jahre)*

Analog zur Angewiesenheit auf die Leistungsfähigkeit im Beruf erscheint die Möglichkeit, die eigene körperliche Potenz im Sport spüren zu können, als ein bedeutsamer Herstellungs- und Bestätigungsmechanismus von Männlichkeit (vgl. Meuser 2007b; Robertson 2006; Verdonk et al. 2010): Es tut gut zu spüren, dass ich kann, was ich will und muss. Sport als Körperpraxis trägt also zugleich dazu bei, eine notwendige (körperliche) Leistungsfähigkeit aktiv aufrechtzuerhalten und sich ihrer physisch zu versichern.

Verwundbarkeit erfahren

Des Weiteren wird in vielen Interviews ein Selbstbild physischer Unverwundbarkeit geschildert. In diesem Bild sind implizite Vorstellungen enthalten, in denen ein unproblematischer, selbstverständlicher Zugriff auf den eigenen schmerzfreien und leistungsfähigen Körper möglich ist. Diese Normalitätsvorstellung der eigenen Unverwundbarkeit wird für einige der befragten Männer überhaupt erst thematisierungsbedürftig, wenn sie z.B. durch Unfälle durchbrochen wird. Exemplarisch lässt sich dies an der Erzählung eines Interviewpartners verdeutlichen, der einen Sportunfall mit gravierenden Folgeschäden erlitten hat. Erst das Eintreten dieses Ereignisses macht ihm bewusst, wie selbstverständlich und voraussetzungslos ihm die eigene Unversehrtheit und ‚Stärke' bisher erschien.

> *Also der Sport-Unfall hat sehr viel ausgelöst. Der hat mir vor Augen geführt, dass ich sehr fahrlässig umgehe mit meiner Gesundheit (…). Das ist nicht nur das Thema Gesundheit, es hat mit dem Thema Vergänglichkeit zu tun und Verletzlichkeit. Also nach dem Unfall habe ich gemerkt: Wie gehe ich mit Schmerz um? Und: Wie bin ich schwach? (…) Plötzlich war ich ja enorm verletzlich und angreifbar, nicht. Diese Phase, wo Schulterblatt und Schlüsselbein gebrochen waren, wäre ich ja für jeden Taschendieb ein lockeres Opfer gewesen und ich habe mich auch so verhalten. Ich bin dann an bestimmten Tageszeiten nicht mehr raus, bestimmte Straßen habe ich gemieden und, und, und. (in Beziehung, Vater, 56 Jahre)*

Die Erfahrung, plötzlich *„schwach"*, *„verletzbar"* und auf andere angewiesen zu sein, wird als einschneidend erlebt. Der Verlust der zuvor selbstverständlichen Stärke verkehrt gewissermaßen die bisherige Normalität als Mann ins Gegenteil – auf einmal ist es möglich, selbst *„Opfer"* zu werden.

> *Also dieser Unfall und diese Beeinträchtigung (…) hat im psychischen Bereich, sehr vieles in Bewegung gesetzt, hat mir eigentlich eine gewisse Realität vor Augen geführt, die ich vorher als Mann, als starker Mann, wunderbar verdrängen konnte, weil ich konnte ja, habe ja meinen Körper immer auf Topfitness gehabt und war ja stolz darauf und so und plötzlich war ich schwach und nicht mehr beweglich und erst noch unsicher, plötzlich war ich unsicher. (in Beziehung, Vater, 56 Jahre)*

Die Erfahrung von Verletzbarkeit, Schwäche und Unsicherheit wird in den Erzählungen dieser Männer zum Anlass, die eigene, bislang selbstverständliche Männlichkeit als fragil zu erkennen. Die Erschütterung ihrer Selbstkonzeption und das Gewahr werden der damit verbundenen Gefahren macht es den Männern möglich, sich um ihre Gesundheit und damit den Erhalt ihrer physischen Kräfte zu kümmern.

Gefühle zulassen können

Ähnlich wie es für manche Männer erst Erfahrungen der physischen Verletzbarkeit bedarf, um sich zuzugestehen, sich um den Körper kümmern zu dürfen und zu müssen, sind es teilweise einschneidende psychische Erfahrungen, die eine Auseinandersetzung mit dem eigenen Umgang mit Gefühlen bewirken. Vor allem bei Männern im Alter von 40 bis 60 Jahren waren Gefühle und Sorge um die eigene psychische Gesundheit von besonderer Bedeutung. Ein selbstbestimmter Umgang damit erscheint in diesen Interviews als mühsame Errungenschaft, bei der es gilt, einen bereits in der Kindheit erlernten, ‚disziplinierten' Umgang mit Gefühlen zu überwinden:

> *Es hat auch ne gewisse Tradition oder Gewohnheit in meiner Familie. Öhm, wie soll ich sagen, eigentlich nicht krank sein zu wollen und dass ne Grippe durchaus auch irgendwas von Schwäche haben kann. Was für mich (…) so im psychischen Bereich würd ich sagen als ein wichtiger Entwicklungsschritt, den ich so, glaub ich, mit 30 erst gemacht habe. Dass ich mir zugestehe sozusagen, dass ich Gefühle habe, die ich vielleicht gar nicht erklären kann, aber ohne dass ich sie erklären kann, sind sie da und wichtig und haben Berechtigung und ich muss auf sie hören. Und ich verbinde sehr stark mit meiner sehr disziplinierten Großmutter und mit dem Satz von ihr „sei doch nicht so empfindlich". (…). Und das ist, was mich sehr stark, glaub ich, (…) geprägt hat. (Single, Vater, 44 Jahre)*

Einschneidende Erlebnisse wie Todesfälle im nahen Umfeld werden als Ereignisse beschrieben, bei welchen sich den Männern die Unfähigkeit im Umgang mit Gefühlen wie Trauer offenbart:

> *Aber Trauer zulassen, das ist etwas, das ich lernen musste, was ein langer Prozess war. Traurig sein und das zulassen zu können, gegen außen zu zeigen. Schmerz, ähm ja, da bin ich relativ indifferent dagegen. (Single, kinderlos, 57 Jahre)*

Die Notwendigkeit und Legitimität von Selbstsorge anzuerkennen, stellt für manche Männer einen mühsamen Lernprozess dar, der oft erst mit zunehmendem Alter einsetzt:

> *‚Du bist mir so wichtig und ich möchte, dass du Sorge trägst zu dir'. Das habe ich zum ersten Mal in meinem Leben von meiner heutigen Partnerin so akzeptieren können, weil ich ihr das in meinem Lebensalter gut glauben kann. Früher haben das Andere auch gesagt, aber dort war ich so unbesiegbar, sag ich mal so als Metapher, dass das nicht so wichtig war. (in Beziehung, Vater, 56 Jahre)*

Es bedarf folglich häufig erst Krisenerfahrungen – Unfälle oder psychische Herausforderungen –, um Männer zu veranlassen, ihren Umgang mit sich selbst zu hinterfragen. Wenn sie sich dann mit den eigenen, oft von Kindheit an erlernten Verhaltensweisen kritisch auseinandersetzen, müssen sie vielfach erkennen,

dass das eigene Verhaltensrepertoire physische und psychische Selbstsorge kaum beinhaltet.

Ambivalenter Umgang mit Schmerzen: „Blöd, aber stolz drauf"

Neben der (Selbst)Konstruktion als unverletzlicher, starker Mann belegen die Interviews, wie stark das Aushalten von Schmerzen noch immer mit Männlichkeit in Verbindung gebracht wird. Allerdings wird im Umgang mit dieser Norm auch eine Ambivalenz deutlich (vgl. Maihofer 2014). So *wissen* die Männer explizit um die Verbindung zwischen Schmerzaushalten und Männlichkeit, wie sich in ihren Reaktionen auf unsere Frage nach der Bedeutung des Sprichworts *ein Indianer kennt keinen Schmerz* zeigt. In der reflexhaften Ablehnung des Sprichworts einerseits und seiner anschließenden Bestätigung andererseits, wird diese innere Ambivalenz deutlich.

> *Es ist natürlich ein dummes Sprichwort. (…) Also ich persönlich tendiere auch dazu, meinen Schmerz eher nicht zu zeigen. (in Beziehung, Vater, 44 Jahre)*

> *(…) grundsätzlich ist das ein Blödsinn. Und gleichzeitig ist das auch etwas, wo ich ein bisschen danach lebe. (Single, kinderlos, 57 Jahre)*

Obwohl die Aktualität des Sprichworts in vielen Fällen zunächst spontan als *„großer Quatsch"*, *„Blödsinn"*, *„eine Gefahr für Männer"* zurückgewiesen und sie die Überholtheit eines solchen Umgangs mit Schmerzen auch und gerade für Männer betonen, gestehen sie zu, dass sie selbst dennoch danach leben, es für das eigene Verhalten sehr wohl zutrifft, ja geradezu ein innerer ‚Zwang' ist. So sehr diese Männlichkeitsnorm brüchig geworden sein mag und keineswegs mehr unhinterfragt gilt, so sehr ist ihr genügen zu können nach wie vor noch mit einem gewissen Stolz verbunden.

> *Also ich war eigentlich schon fast'n bisschen stolz. Auf der anderen Seite muss ich auch sagen es war auch blöd. Ich hab nen Skiunfall gehabt. Hab die Schulter gebrochen und ausgekugelt. (...) Bin dann mit den Ski nochmals runter gefahren (…). Ich versuch dann schon irgendwie den Schmerz zu unterdrücken und das war jetzt vielleicht schon auch nicht so sinnvoll. (verheiratet, kinderlos, 52 Jahre)*

Im Duktus von Heldengeschichten erzählen die Männer, wie sie über Stunden und Tage große Schmerzen ausgehalten haben, bis sie endlich zum Arzt gingen, und formulieren an gleicher Stelle: *„es war auch ein bisschen blöd"*. Es ist der den Schilderungen innewohnende Stolz, der erkennen lässt, wie sehr Zähigkeit und Schmerzaushalten können nach wie vor als männliche Tugenden gesehen werden und als Auszeichnung gelten.

Zugleich finden sich in den Interviews weitere Thematisierungen von Schmerz, in denen die eigene Autonomie durch Schmerz in Frage gestellt wird. Dabei wird Schmerz mit Krankheit und körperlichem Verschleiß in Verbindung

gebracht. Dies ruft Ängste hervor; nicht nur vor ‚Vergänglichkeit', dem Schwinden der körperlichen Leistungsfähigkeit und männlicher Potenz, sondern vor allem vor ‚Schutzlosigkeit' und ‚Verletzlichkeit'. Analog zur oben geschilderten Erfahrung von Verwundbarkeit, wird Schmerz verbunden mit der Möglichkeit *„zum Opfer [zu] werden"*. Damit zum Objekt von Mitleid und Fürsorge zu werden, gilt als ‚unmännlich'.

Das Ringen mit der inneren Widersprüchlichkeit und um ein neues Verhältnis mit dem Schmerzaushalten zeigt sich in den Interviews besonders deutlich, wenn es um die eigenen Söhne geht. Diese sollen *nicht* nach der alten Norm leben, sondern ihre Schmerzen zeigen (können). Allerdings auch nicht so sehr, dass sie als *„wehleidig"* gelten könnten. Die Söhne sollen einen anderen Umgang mit Schmerz praktizieren, und doch leben ihre Väter ihnen das alte Muster vor und reproduzieren es so – bei aller Skepsis – auch für ihre Söhne.

> *Aber ich möchte nicht, dass meine Jungs das machen! Also sie sollen ihre Schmerzen schon zeigen, wenn sie welche haben. Also ich hab jetzt zum Beispiel Schwierigkeiten damit (…) mein großer Sohn, der neigt in meinen Augen ein wenig zu Wehleidigkeit. Dem tut immer was weh, was ich ihm einerseits glaube, aber andererseits möchte ich das ja auch richtig einschätzen und nicht jedes Mal gleich tröstend oder medizinisch eingreifen müssen. Also da wär ich froh drum, wenn er ein bisschen weniger seine Schmerzen zeigte und ein bisschen mehr Indianer wäre. (in Beziehung, Vater, 44 Jahre)*

Der ambivalente Umgang mit Schmerz erscheint uns als ein Indikator dafür, wie sehr Zähigkeit und Aushalten-Können noch immer wirksame normative Anforderungen in der Entwicklung eines männlichen Verhältnisses zu sich selbst sind, wenn auch nicht mehr unhinterfragt.

Schluss – Diskussion

Ziel unseres Projektes war es, vor dem Hintergrund des *gender gap* herauszuarbeiten, welche Formen subjektiven Gesundheitshandelns Männer selbst beschreiben und welche Vorstellungen und Praxen von Männlichkeit darin reproduziert werden. Auch unsere Daten bestätigen den Befund, wonach Männer gesundheitsgefährdender mit sich und ihrem Körper umgehen. So wurde in den Thematisierungen von Schmerzen und Sport ein funktionales Verständnis sichtbar. Zugleich zeigt sich, dass die befragten Schweizer Männer zwar viel über Gesundheit und Gesundheitshandeln wissen und ausführlich darüber sprechen, dies aber nicht unbedingt zu einem sorgsamen Umgang führt. Die Selbstverständlichkeit und der durchscheinende Stolz in den vielen Erzählungen über Unfälle machen deutlich, wie sehr das Risikoverhalten für viele Männer noch immer konstitutiv mit der Herstellung und Bestätigung von Männlichkeit verbunden ist.

Bei der Rekonstruktion des Selbstsorge-Handelns wurden Zusammenhänge mit Männlichkeitsnormen, -vorstellungen und -praxen explizit. Diese erwiesen

sich dabei jedoch als nicht eindeutig, sondern vielschichtig und teilweise widersprüchlich. Wie schon in anderen Untersuchungen (Baumgarten 2012) zeigt sich auch hier: Vorstellungen und Praxen von Männlichkeit sind in Bewegung geraten. Alte und neue Geschlechternormen überlagern sich, was zu inneren Spannungsverhältnissen und Widersprüchlichkeit im Sprechen und Handeln führt (vgl. Maihofer 2007).

Die Ergebnisse zeigen, wie bestimmte Bestandteile ‚klassischer' hegemonialer Männlichkeit zwar noch immer wirksam sind, aber auf neue Weise. Die beschriebene funktionale Vorstellung, in der Gesundheit vor allem als Ressource für Leistungsfähigkeit begriffen wird, ist aufs Engste mit der hegemonialen Männlichkeitskonstruktion von Erwerbsfähigkeit und Erwerbszentriertheit verbunden, ja bestätigt und bestärkt diese noch. Sich gesund halten und einen ‚fitten', kräftigen, sportlichen Körper haben, wird zu einer neuen Anforderung an Männlichkeit – mit widersprüchlichen Folgen: Einerseits wird damit möglicherweise ein besserer Gesundheits-‚*outcome*' hervorgebracht, da sich die Männer aktiv darum bemühen (müssen), die eigene Gesundheit zu bewahren und entsprechend gesundheitsförderlich handeln. Anderseits bleibt jedoch die Logik eines sich selbst optimierenden Subjektes im Rahmen eines kapitalistischen Wirtschaftssystems erhalten (Bröckling 2007; Scheele 2010), bei der es vor allem um eine marktkonforme Arbeits- und Leistungsfähigkeit geht und nicht um Gesundheit als Wert ‚an sich'.

Für Männlichkeit(en) erscheint die Kopplung von Gesundheit und Leistungsfähigkeit in besonderer Weise virulent, da sie auf den Kern tradierter hegemonialer Männlichkeitskonzeptionen verweist. Problematisiert und aufgebrochen wird diese Umgangsweise aber in Bereichen, in welchen diese inkorporierte funktionale Gesundheitspraxis für Männer selbst nachteilig ist. Wie die Thematisierungen von Verwundbarkeitserfahrungen, psychischen Problemen und dem ambivalenten Umgang mit Schmerz belegen, erfahren die Männer, dass die tradierten ‚männlichen' Verhaltensweisen Selbstsorge schwerlich beinhalten. Sie erkennen, dass diese Vorstellungen und Praxen vom Mann-Sein sie auch (gesundheitlich) einschränken, z.B. wenn sie sich von Gefühlen überwältigt sehen und diesen keinen Ausdruck verleihen können, sie Trauer empfinden und zulassen erst (wieder) lernen müssen. Wie sich gezeigt hat, gehört es zu einem umfassenden Gesundheitshandeln, die eigenen körperlichen und psychischen Bedürfnisse erkennen und ihnen nachkommen zu können. Nicht zu dieser Selbstsorge in der Lage zu sein, erweist sich in der Bewältigung konkreter Lebenssituationen als erschwerend.

Bei Maßnahmen zur Gesundheitsförderung Männer als leistungsfähige Erwerbstätige zu adressieren, mag so zwar zunächst dem zu begrüßenden Zweck dienen, Männern den Zugang zu gesundheitsrelevanten Themen zu erleichtern und sie ‚gezielter' zu erreichen. Unseres Erachtens darf sich eine gendersensible Thematisierung von Gesundheitsfragen jedoch nicht darauf beschränken, Männer darin zu unterstützen, die eigene Leistungsfähigkeit zu erhalten bzw. noch zu steigern oder zu optimieren – es würde nicht zu einer Verminderung des gesundheitlichen *gender gap*, sondern zu dessen Aufrechterhaltung oder gar Verstärkung beitragen.

Korrespondenzadressen/correspondence addresses

Nina Wehner, Diana Baumgarten, Frank Luck, Andrea Maihofer
Universität Basel
Zentrum Gender Studies
Petersgraben 9/11, CH-4051 Basel

nina.wehner@unibas.ch
d.baumgarten@unibas.ch
frank.luck@unibas.ch
andrea.maihofer@unibas.ch

Elisabeth Zemp
Swiss Tropical And Public Health Institute
Associated Institute of the University Basel
Socinstr. 57, P.O.Box, CH-4002 Basel/Switzerland
elisabeth.zemp@unibas.ch

Anmerkungen

1 Wir haben den Feldzugang in dieser Studie bewusst sehr offen gewählt: Gesucht wurden Männer aus den beiden Basler Kantonen, die Deutsch sprechen und sich selbst als ‚gesund‘ ansehen. Zudem haben wir den Interviewaufruf in unterschiedlichen Berufsgruppen und an diversen von vielen Männern besuchten Freizeitorten (Fitness-Studios, Fan-Clubs, Dachverbände etc.) verbreitet. Wie häufig bei qualitativen Untersuchungen beteiligten sich auch an unserer Studie überdurchschnittlich viele Angehörige der Mittelschicht, wodurch andere soziale Milieus sowie migrantische Männer untervertreten sind. Zwei der Interviewpartner bezeichneten sich selbst als homosexuell. Eine gezielte Ansprache von „Minderheitengruppen“ erfolgte nicht. Eine solche sollte in weiterführender Forschung unbedingt erfolgen, war uns aber im Rahmen dieser Ersterhebung leider nicht möglich. Das Forschungsprojekt wurde bei der Ethikkommission beider Basel (EKBB) zur Begutachtung eingereicht. Die Durchführung der Studie wurde von der EKBB am 8. Mai 2012 genehmigt (Referenznummer EK: 112/10).

2 Zugunsten einer besseren Lesbarkeit wurden die Zitate an einigen Stellen sprachlich geglättet. Weitgehend beibehalten wurden die Schweizer Wortwahl und Satzstellung. Die Angaben in Klammern enthalten Angaben zur Familiensituation der Interviewperson sowie ihr Alter.

Literatur

BAG – Bundesamt für Gesundheit (2008): Fokusbericht Gender und Gesundheit. Bern: BAG.

Baumgarten, Diana/Kassner, Karsten/Maihofer, Andrea/Wehner, Nina (2012): Warum werden manche Männer Väter, andere nicht? Männlichkeit und Kinderwunsch. In: Walter, H./Eickhorst, A. (Hrsg.): Das Väter-Handbuch. Theorie, Forschung, Praxis. Gießen: Psychosozial-Verlag, S. 415-443.

BfS – Bundesamt für Statistik (2010): Todesursachenstatistik. Sterblichkeit und deren Hauptursachen in der Schweiz. Neuchâtel: BfS.

BfS – Bundesamt für Statistik (2015): <www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/04/key/01.html>. (Zugriff am 20.08.15).

BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (1999): Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland. Berlin: Kohlhammer.

Bohnsack, Ralf (2010): Rekonstruktive Sozialforschung: Einführung in qualitative Methoden. 8. durchges. Aufl.. Stuttgart: UTP.

Broom, Alex/Tovey, Philip (Hrsg.) (2009): Men's Health: Body, Identity and Social Context. Cichester: John Wiley & Sons.

Bröckling, Ulrich (2007): Das unternehmerische Selbst. Soziologie einer Subjektivierungsform. Frankfurt/M.: Suhrkamp.

Connell, Raewyn (2012): Gender, health and theory: Conceptualizing the issue, in local and world perspective. In: Social Science & Medicine 74, 11, S. 1675-1683.

Connell, Raewyn (1999): Der gemachte Mann. Konstruktion und Krise von Männlichkeiten. Opladen: Leske + Budrich.

Courtenay, Will (2000): Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. In: Social Science & Medicine 50, 10, S. 1385-1401.

Dinges, Martin (2005): 200 Jahre Männergesundheit: Die Gene sind nicht schuld. In: Pflegezeitschrift 58, 8, S. 508-512.

Dinges, Martin (Hrsg.) (2007): Männlichkeit und Gesundheit im historischen Wandel ca. 1800- ca. 2000. Stuttgart: Franz Steiner.

Eichler, Margit/Gustafson, Diana/Pompetzi, Monika (1999): Moving toward Equality: Recognising and eliminating gender bias in health – Health Canada's training guide on gender equality. Ottawa: Health Canada, Women's Health Bureau.

European Commission (2011): The state of men's health in Europe – Report. Services of the European Commission, S. 16-26.

Faltermaier, Toni (2007): Gesundheit und Gesundheitshandeln von Männern im mittleren Erwachsenenalter aus salutogenetischer Perspektive. In: Dinges, M. (Hrsg.): Männlichkeit und Gesundheit im historischen Wandel ca. 1800- ca. 2000. Stuttgart: Franz Steiner, S. 277-293.

Fee, Elizabeth/Krieger, Nancy (Hrsg.) (1994): Women's Health, politics, and power-essays on sex/gender, medicine, and Public Health. Amityville, NY: Baywood Publications.

Gasser, Thomas/Batteggay, Edouard/Elke, Barbara (2004): Mann 40+: Kompaktwissen Gesundheit. Basel: Medical Tribune AG.

Graumann, Sigrid/Schneider, Ingrid (Hrsg.) (2003): Verkörperte Technik – Entkörperte Frau. Frankfurt/M.: Campus.

Hanlon, Niall (2012): Masculinities, Care and Equality: Identity and Nurture in Men's Lives. London: Palgrave Macmillan.

Helfferich, Cornelia (1996): Perspektiven der Frauengesundheitsforschung in Deutschland. In: Maschewsky-Schneider, U. (Hrsg.): Frauen – das kranke Geschlecht? Opladen: Leske + Budrich, S. 113-125.

Helfferich, Cornelia (1994): Jugend, Körper und Geschlecht. Opladen: Leske + Budrich.

Kirby, Roger/ Kirby, Michael/ Farah, Riad (Hrsg.) (2002): Männerheilkunde. Bern: Huber.

Kolip, Petra (1997): Geschlecht und Gesundheit im Jugendalter. Weinheim: Juventa.

Kuhlmann, Ellen/Annandale, Ellen (Hrsg.) (2010): Gender and Health Care. Palgrave Macmillan.

Lohan, Maria (2007): How might we understand men's health better? Integrating explanations from critical studies on men and inequalities in health. In: Social Science & Medicine 65, 3, S. 493-504.

Lorber, Judith (1997): Gender and the social construction of illness. Thousand Oaks: Sage Publications.

Lucius-Hoene, Gabriele/Deppermann, Arnulf (2004): Rekonstruktion narrativer Identität. Wiesbaden: VS-Verlag.

Lupton, Deborah (2001): Medicine as culture: Illness, disease and the body in western societies. Sage Publications Ltd, London.

Mahalik, James/Burns, Shaun/Syzdek, Matthew (2007): Masculintiy and perceived normative health behaviors as predictors on men`s health behaviors. In: Social Science & Medicine 64, 11, S. 2201-2209.

Mahalik, James/Lagan, Hugh/Morrisson, Jay (2006): Health Behaviors and Masculinity in Kenyan and U.S. Male College Students. In: Psychology of Men & Masculinity 7, 4, S. 191-202.

Maihofer, Andrea (1995) Geschlecht als Existenzweise. Königstein: Helmer.

Maihofer, Andrea (2007): Gender in Motion. Gesellschaftliche Transformationsprozesse – Umbrüche in den Geschlechterverhältnissen? Eine Problemskizze. In: Grisard, D./ Häberlein, J./ Kaiser, A./ Saxer, S. (Hrsg.): Gender in Motion. Frankfurt/M.: Campus, S. 218-315.

Maihofer, Andrea (2014): Geschlechterverhältnisse II: Männlichkeit und Schmerz. In: Uninova: Umwelt und Gesundheit. 123 März 2014. Basel: Universität Basel, S. 32.

Maschewsky-Schneider, Ulrike (1997): Frauen sind anders krank. Weinheim, München: Juventa.

Meuser, Michael (2007a): Der „kranke Mann" – wissenssoziologische Anmerkungen zur Pathologisierung des Mannes in der Männergesundheitsforschung. In: Dinges, M. (Hrsg.): Männlichkeit und Gesundheit im historischen Wandel ca. 1800- ca. 2000. Stuttgart: Franz Steiner, S. 73-86.

Meuser, Michael (2007b): Männerkörper. Diskursive Aneignungen und habitualisierte Praxis. In: Bereswill, M./ Meuser, M./ Scholz, S. (Hrsg.): Dimensionen der Kategorie Geschlecht: Der Fall Männlichkeit. Münster: Westfälisches Dampfboot, S. 152-168.

Meuser, Michael (2009): Vaterschaft und Männlichkeit. (Neue) Väterlichkeit in geschlechtersoziologischer Perspektive. In: Jurczyk, K./ Lange, A. (Hrsg.): Vaterwerden und Vatersein heute. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, S. 79-93.

Miller, Virginia/Best, Patricia (2011): Implications for reproductive medicine: Sex differences in cardiovascular disease. In: Sex Reproductive Menopause 9, 3, S. 21-28.

Mokdad, Ali/Marks, James/Stroup, Donna/ Gerberding, Julie (2004): Actual causes of death in the United States, 2000. In: Journal of the American Medical Association, 291, 10, S. 1238-1245.

Mosca, Lorie/Benjamin, Emilia/Berra, Kathy et al. (2011): Effectiveness-based guidelines for the prevention of cardiovascular disease in women – 2011 Update: A guideline from the American Heart Association. Circulation 123, S. 1243-1262. < http://circ.ahajournals.org/content/123/11/1243.full.pdf+html>. (Zugriff am 28.10.2014).

Netzwerk Frauengesundheit (2000): Situation, Konzepte, Herangehensweisen und Organisationen in der Frauengesundheitsbewegung – Länderbericht Bundesrepublik Deutschland, Hannover: Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. <www.gesundheit-nds.de/ewhnet/Country_Reports/Germany_D.pdf>. (Zugriff am 28.10.2014).

Niederöst Sibylle (2007): Männer, Körper und Gesundheit. Somatische Kultur und soziale Milieus bei Männern. Bern: Verlag Hans Huber.

Pleck, Joseph/Sonnenstein, Freya/Ku, Leighton (1994): Problem behaviours and masculinity ideology in adolescent males. In: Ketterlinus, R./Lamb, M. (Hrsg.): Adolescent problem behaviours: Issues and research. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum, S. 165-186.

Regitz-Zagrosek, Vera/Fuchs, Judith (Hrsg.) (2006): Geschlechterforschung in der Medizin. Frankfurt/M.: Peter Lang.

Reuyss, Stefan/ Kassner, Karsten (2007): Männer zwischen Arbeitsplatz und Krankenbett. In: Stiehler, M./ Klotz, Th. (Hrsg.): Männerleben und Gesundheit: eine interdisziplinäre, multiprofessionelle Einführung. Weinheim, München: Juventa, S. 186-197.

Rieker, Patricia/Bird, Chloe (2005): Rethinking Gender Differences in Health: Why We Need to Integrate Social and Biological Perspectives. In: Journal of Gerontology 60B (Special Issue II), S. 40-47.

Roberston, Steve (2006): 'I've been like a coiled spring this last week': embodied masculinity and health. In: Sociology of Health & Illness, Volume 28, Issue 4, pages S. 433-456.

Robertson, Steve/Sheikh, Kay/Moore, Andrew (2010): Embodied masculinities in the context of cardiac rehabilitation. Sociology of Health & Illness Volume 32, Issue 5: S. 695-710.

Sabo, Don/Gordon, David (Hrsg.) (1995): Men's Health and Illness. Thousand Oaks: Sage Publications.

Saltonstall, Robin (1993): Healthy Bodies, Social Bodies: Men's And Women's Concepts And Practices Of Health In Everyday Life. In: Social Science & Medicine, 36, 1, S. 7-14.

Scheele, Sebastian (2010): Geschlecht, Gesundheit, Gouvernementalität. Königstein: Ulrike Helmer.

Schofield, Toni/Connell, Raewyn/Walker, Linley/ Wood, Julian/ Butland, Dianne (2000): Understanding men's health and illness: a gender-relations approach to policy, research, and practice. In: Journal of American College Health, 48, 6, S. 247-256.

Schofield, Toni (2010): Men's Health and Wellbeing. In: Kuhlmann, E./Annandale, E. (Hrsg.): Gender and Health Care. Palgrave Macmillan, S. 239-255.

Scholz, Sylka (2009): Männer und Männlichkeiten im Spannungsfeld zwischen Erwerbs- und Familienarbeit. In: Aulenbacher, B./Wetterer, A. (Hrsg.): Arbeit. Perspektiven und Diagnosen der Geschlechterforschung. Forum Frauen- und Geschlechterforschung Band 25. Münster: Westfälisches Dampfboot. S. 82-99.

Verdonk, Petra/Seesing, Hannes/de Rijk, Angelique (2010): Doing masculinity, not doing health? A qualitative study among dutch male employees about health beliefs and workplace physical activity. In: BMC Public Health, Volume 10, p. 712f..

Wehner, Nina/Maihofer, Andrea/Kassner, Karsten/Baumgarten, Diana (2010): Männlichkeit und Familiengründung

zwischen Persistenz und Wandel. In: FamPra – Die Praxis des Familienrechts 2, S. 295-314.

WHO – World Health Organization (2008): Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Genf: WHO.

Witzel, Andreas (1989): Das problemzentrierte Interview. In: Jüttemann, G. (Hrsg.): Qualitative Forschung in der Psychologie. 2. Auflage, Heidelberg: Beltz, S. 227-255.

Zemp Elisabeth/Ackermann-Liebrich Ursula (1988): Geschlechtsunterschiede in Gesundheit und Gesundheitsverhalten. In: Sozial und Präventivmedizin 33, 3, S. 186-192.