



Martin Dinges

Institut für Geschichte der Medizin, Robert Bosch Stiftung Stuttgart, Stuttgart, Deutschland

Männergesundheit im Wandel: Ein Prozess nachholender Medikalisierung?

Männer haben im aktuellen Gesundheitsdiskurs in den Massenmedien einen schlechten Ruf. Dort funktioniert dieser Diskurs nach dem Motto: „Männliches Geschlecht ist ein Gesundheitsrisiko“. Die Gesundheitswissenschaftler Bründel und Hurrelmann formulierten 1999 ihren Buchtitel geradezu klassisch: „Konkurrenz, Karriere, Kollaps“ [1]. Das war verdienstvoll, um das Thema in die Öffentlichkeit zu bringen. Außerdem sprechen manche Fakten für diese Deutung: Die Lebenserwartung von Männern bei der Geburt war damals etwa 6 Jahre geringer als die der Frauen. Männer leben weiterhin risikoreicher, ernähren sich schlechter, rauchen mehr, trinken mehr Alkohol, konsumieren mehr Drogen, bringen sich viel häufiger um etc. [2, 3]. Neben der verallgemeinernden Zuschreibung an „das männliche Geschlecht“ als Ursache des Übels steht die eher neoliberale Anforderung an die Männer, zum Schmied des eigenen Gesundheitsglücks zu werden, in einem ungelösten Spannungsverhältnis: Entweder macht das Geschlecht Männer zu „Gesundheitsmuffeln“ oder sie sind freie Subjekte, die sich nur für das geforderte Gesundheitsverhalten entscheiden müssten. Weder das eine noch das andere dürfte zutreffen.

Diskurse legen nach Michel Foucault das Wichtige und das Richtige eines Wissensfeldes fest. Sie regeln damit gleichzeitig, welche Aussagen noch vorkommen und welche nicht mehr. Dementsprechend wirken sie sich dahingehend aus, was noch gesagt bzw. geschrieben wird und was eher nicht mehr gesagt oder geschrieben werden kann. Manche Diskurse werden von Spezialisten, ande-

re von Publizisten geprägt. Beide können implizit bestimmte Interessen – die Bedeutung der eigenen Fachrichtung oder der Presse zu erhöhen – vertreten. Durch die Ein- und Ausschlüsse werden Machteffekte erzeugt. Vom Mainstream des Diskurses abweichende Informationen verändern den strukturierten Raum eines solchen Wissens nur sehr langsam. Trotz des Interesses an Neuigkeiten gilt das für Mediendiskurse zur Männergesundheit offenbar in besonderem Maße. Sie sind erstaunlich resistent gegenüber dem mittlerweile viel differenzierteren Fachdiskurs, der sich in neueren Publikationen und den Männergesundheitsberichten abzeichnet. Gerade deshalb sollten sie aber auch von der Fachöffentlichkeit zur Kenntnis genommen werden, um auf die durch den öffentlichen Diskurs immer schon vorgängig gebahnten Denkmuster gezielter reagieren zu können.

Ich werde zunächst den aktuellen Männergesundheitsdiskurs analysieren, dann historische Prägungen von Geschlechterleitbildern und deren Effekte auf das Gesundheitsverhalten nachzeichnen, um schließlich die Veränderungen der letzten 30 Jahre darzustellen.

Der aktuelle Männergesundheitsdiskurs der Medien hat problematische Seiten

Der aktuelle Männergesundheitsdiskurs ist zu undifferenziert, weil in ihm eine Ausprägung von Männlichkeit, die sogenannte „Alpha-Männlichkeit“ – eine dominante, expansive Ellenbogenmännlichkeit – verabsolutiert wird. Daneben werden noch Bilder wenig gesundheitsbewusster, risikoaffiner, postpubertärer

sowie hypermaskuliner Unterschichten- oder Migrantenmännlichkeit verbreitet. Diese Repräsentationen mögen jeweils (oft abwertend) Teile der männlichen Population abbilden, aber alle anderen Männer geraten dabei aus dem Blick.

Demgegenüber beachtet der Diskurs viel zu wenig die unterschiedlichen gesellschaftlichen Anforderungen an Männer, insbesondere an Väter: Weiterhin gilt das – immer seltener umsetzbare – Modell einer lebenslangen Ganztagsberufstätigkeit, statt eines familienphasenbezogenen Aus- und Einstiegs in die Ganztags- oder Teilzeitberufstätigkeit, das gesellschaftlich jedenfalls für Mütter weiter sehr akzeptiert ist. Außerdem wird fast ausschließlich von Männern die Übernahme der risikoreichen und gefährlichen Tätigkeiten erwartet – vom (Berg-) Bau über die Industriearbeit bis zum Militär. Dementsprechend werden Jungen stärker auf Risikobewältigung und eine geringere Sensibilität für körperliche und psychische Beschwerden hin sozialisiert als Mädchen.

Die geltenden Maßstäbe dieses Männergesundheitsdiskurses sind teilweise diskutabel: So wird der seltenere Arztbesuch von Männern kritisiert, ohne zu beachten, dass junge Männer – außer bei Sportverletzungen – wenig Anlass dazu haben. Junge Frauen hingegen haben besonderen gynäkologischen Bedarf, der sie an den regelmäßigen Arztbesuch gewöhnt. Lebensgeschichtlich verhalten sich beide rational – Männer haben erst mit über 40 Jahren wieder Anlass, den Arzt aufzusuchen. Frauen werden durch regelmäßige Arztbesuche an Vorsorge gewöhnt, Männer erhalten erst spät solche Angebote.

Tab. 1 Lebenserwartung von Männern und Frauen bei der Geburt in Deutschland (1850–2012)

Jahr	Männer	Frauen	Längere Lebenserwartung der Frauen
1850	40	40	0, noch kein Unterschied
1900/1910	44,8	48,3	3,5 Jahre mehr
1949/51	64,6	68,5	4,1 Jahre mehr
1980/82	70,2	76,9	6,7 Jahre mehr
2010/12	77,7	82,8	5,1 Jahre mehr

Umso erstaunlicher ist es, dass bei Früherkennungsuntersuchungen von Darmkrebs inkl. der Koloskopie und Hautkrebs „kaum Unterschiede in der Inanspruchnahme zwischen den Geschlechtern bestehen“ [4]. Lediglich beim Test auf verborgenes Blut im Stuhl sinkt nach dem Beratungskontakt die Beteiligung der Männer stark ab. Das könnte an dem für Männer weniger gewohnten Umgang mit ihren Ausscheidungen liegen, der ihnen von den Behandelnden als normale gesundheitsförderliche Maßnahme näher zu bringen wäre. Frauen sind durch ihre Monatshygiene mit derartigen Anforderungen vertrauter. Statt aber solchen pragmatischen Überlegungen nachzugehen, wird mit Aussagen zur männlichen „Nichtinanspruchnahme“ von Vorsorgeuntersuchungen Geschlechterdifferenz dramatisiert, was sich im Männergesundheitsdiskurs häufiger beobachten lässt.

Grundsätzlicher könnte man fragen, ob die im internationalen Vergleich hohe Zahl von Arztbesuchen in Deutschland Ausweis eines vernünftigen Gesundheitsverhaltens ist [5], ob die derzeitige Krebsfrüherkennungspolitik angemessen ist [6] und schließlich, ob der mediale Männergesundheitsdiskurs das Inanspruchnahmeverhalten von Frauen zu unbedacht zum Maßstab erhebt.

Weiterhin übersehen die geschlechterspezifischen Zuschreibungen dieses Diskurses historische Prägungen des Verhältnisses von Männern und Frauen zu ihrem Körper und zu Gesundheitsfragen, die ich weiter unten ausführen werde. Hier sei festgehalten, dass der Wandel in der Vergangenheit auch Veränderbarkeit des Verhaltens in der Zukunft wahrscheinlich macht.

Schließlich wirkt der mediale Männergesundheitsdiskurs dann kon-

traproduktiv, wenn er als gesundheitsin-kompetent abwertet, denn solche Negativbotschaften erhöhen eher die Schwelle zu einer Verhaltensänderung [7]. Stattdessen sollte man danach fragen, welche Gesundheitskompetenzen gefördert werden könnten.

Historische Prägungen beeinflussen das geschlechterspezifische Gesundheitsverhalten

Geschlechterleitbilder haben eine große Bedeutung für das Gesundheitsverhalten. Die Aufklärungsanthropologie assoziierte Weiblichkeit mit Natur, Männlichkeit mit Vernunft. Dementsprechend wurden Frauen als von ihrem Körper bestimmt und schwach, Männer als verstandesgeleitet und stark angesehen. Um 1900 wurde dieses dichotome Modell von dem Arzt Möbius zur These vom „physiologischen Schwachsinn des Weibes“ zugespitzt [8]. Damit wollte er tatsächlich die Frauen vor der Doppelbelastung von Familie und Beruf bewahren. Die Argumentation mit der Schwäche der Frau trug weiter bis in die 1960er-Jahre: Sozialmediziner übersahen in ihren Lehrbüchern den steigenden Gender Gap in der Lebenserwartung zugunsten der Frauen (■ Tab. 1) und schrieben nach Präsentation der Daten gleich weiter über das „schwache Geschlecht“ [9]. Offenbar wirkte dieser Diskurs so massiv, dass man lange nicht mehr anders denken konnte.

Ebenfalls um 1800 entstand das Leitbild der bürgerlichen Familie, das Männer in die Welt, Frauen im Haus platzierte. Es wurde im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts bis in die Arbeiterelite hinein popularisiert, in der Folgezeit geringfügig modifiziert und während der 1950er-Jahre politisch und rechtlich restauriert. Wurden im 19. Jahrhundert Wehrpflicht, Wahlrecht und Männlichkeit verbunden,

so akzentuierte der Nationalsozialismus das soldatische Leitbild von Männlichkeit hin zu einem bisher ungekannten Härteimperativ. Die Abrichtung junger Männer auf emotionale und körperliche Gefühllosigkeit sollte ihre Funktionsfähigkeit für den Krieg gewährleisten.

Diese Prägungen der NS-Generation wirkten nach 1945 in der Erziehung nach. Die besondere Stigmatisierung von Schwäche dürfte eine Langzeitfolge sein. Demgegenüber war Depression historisch als Krankheit von Frauen konstruiert und wird bei ihnen bis heute viel häufiger diagnostiziert, während sich Männer 3-mal so oft umbringen – was u. a. auf nicht diagnostizierte Depressionen hindeutet [10]. Wie sich die Prägungen junger Männer seit 1968 generationenspezifisch langsam verändern, wurde andernorts dargelegt [11]. Nur so viel: Spätestens seit der Jahrtausendwende wirkt sich die Konkurrenz gut ausgebildeter Frauen stärker aus, die von Männern die Übernahme von Familienaufgaben, außerdem aber oft auch noch Versorgungssicherheit erwarten [12].

Für die Gesundheitskompetenz von Frauen und Männern hatten die Geschlechterleitbilder des Bürgertums massive Konsequenzen. Frauen wurde Krankheit geradezu nahegelegt, indem Ärzte Menstruation, Schwangerschaft und Geburt sowie die Wechseljahre als behandlungsbedürftige Zustände definierten. So konnten Frauen „Unpässlichkeit“ als Entschuldigung gegenüber gesellschaftlichen Verpflichtungen ins Feld führen. Sie durften sich beklagen, während Männer das gerade nicht tun sollten. Den Frauen wurde außerdem Familienkompetenz immer ausschließlicher zugesprochen. Dazu gehörte die Sorge für die Gesundheit der Kinder, aus der die Männer immer mehr ausgeschlossen wurden. Auch Ernährungskompetenz wurde ausschließlicher zur Frauendomäne umgedeutet. Die Medikalisierung hatte für Männer und Frauen also gegensätzliche Wirkungen: Zuschreibung von Schwäche und Krankheitsnähe, aber auch Gesundheitskompetenz an Frauen, Zuschreibung von Stärke und Distanz zum eigenen Körper an Männer – mit unterstellter fehlender

Gesundheitskompetenz als Folge. Das tatsächliche Verhalten der Männer war im Gegensatz zu diesem „Skript“ viel gesundheitskompetenter [13, 14, 15].

Unter Medikalisation wird ein seit etwa 1770 ablaufender Prozess verstanden, in dem medizinische Deutungen von Phänomenen immer wichtiger werden, die nicht unbedingt medizinisch erklärt werden müssten. Gleichzeitig entsteht Deutungsmacht der Mediziner für das gesamte Leben von der Geburt bis zum Tod, von der Ernährung bis Kleidung und auch für viele Fragen des öffentlichen Lebens. Andere Erklärungen werden zurückgedrängt – beim Tod etwa diejenigen der Theologen, bei den Miasmen die der Pedologen. Schließlich umfasst Medikalisation auch die immer umfassendere Inklusion aller in das Gesundheitssystem.

Verstärkt wurde die ungleiche Entwicklung von Gesundheitsressourcen durch die einseitige Orientierung der staatlichen „Gesundheitsaufklärung“ auf Frauen: Ging es 1800 um die Geburt gesunder Säuglinge, adressierte man Frauen; stand um 1870 die Bekämpfung der TBC an, sollten Hausfrauen die Hygiene im Heim gewährleisten. Stillkampagnen gab es 1770, 1910 und noch 1960. Allenfalls zur Abwehr von Gefahren am Arbeitsplatz, bei der Musterung oder bei der Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten in der Wehrmacht konnten Männer mit Ärzten in Kontakt kommen. In der DDR und der Bundesrepublik wurden bis in die 1970er-Jahre überwiegend Frauen angesprochen – oft sogar als Gesundheitsverantwortliche für ihre Partner [16]. In den folgenden Jahrzehnten galten in den Broschüren beider Staaten die Frauen durchgehend als Gesundheitsvorbild, während die Männer als problematisch dargestellt wurden [16–18]. Die vorrangige Orientierung der „Gesundheitserziehung“ auf Frauen hält bis heute an. Mit den Programmen zur Brustkrebsvorsorge nahm der vorrangige Einsatz von Ressourcen für die Prävention bei Frauen neue Dimensionen an. Im Ergebnis hat die staatliche „Gesundheitsförderung“ die Gesundheitskompetenz der Frauen zusätzlich gestärkt und ihre Inklusion in das Gesundheitssystem vorrangig ge-

Bundesgesundheitsbl 2016 · 59:925–931 DOI 10.1007/s00103-016-2376-x
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016

M. Dinges

Männergesundheit im Wandel: Ein Prozess nachholender Medikalisation?

Zusammenfassung

Männer haben im aktuellen Gesundheitsdiskurs der Medien einen schlechten Ruf. Trotzdem ist der Männergesundheitsdiskurs teilweise problematisch, da er Gesundheitsverhalten essenzialistisch auf männliches Geschlecht bezieht. Er ist sozial unterdifferenziert, dramatisiert häufig Geschlechterdifferenz, statt sie zu erklären, individualisiert unzulässig, bezieht sich auf fragwürdige Maßstäbe, macht unreflektiert Frauen zum positiven Modell und ist ahistorisch. Geschlechterleitbilder haben eine große Bedeutung für das Gesundheitsverhalten und haben das Gesundheitsverhalten von Männern und Frauen während der letzten 250 Jahre tatsächlich erheblich verändert. Frauen wurden stärker medikalisiert und profitierten

hinsichtlich ihrer Lebenserwartung mehr von Modernisierung, Hygienebewegung, Ausweitung des medizinischen Angebots und staatlicher Gesundheitspolitik. Während der letzten 30 Jahre lassen sich aber, neben einer fortgesetzten parallelen, auch Zeichen einer nachholenden Medikalisation der Männer feststellen. Ihr Verhalten wurde gesundheitskompatibler. Eine adäquatere Beschreibung der Verhältnisse könnte durch eine stärkere Beachtung von Gesundheitslebensstilen erreicht werden.

Schlüsselwörter

Anthropologie · Männergesundheitsdiskurs · Wandel der Geschlechterleitbilder · Geschlechterspezifisches Gesundheitsverhalten · Nachholende Medikalisation der Männer

A time of change for men's health: a process of increasing medicalisation?

Abstract

These days, men suffer from a bad reputation when the media talk about health matters. Nonetheless, talking about men's health is problematic, as it considers the health behaviour of the male gender in an essentialistic manner. Such discourse is socially under-differentiated, frequently dramatises the gender difference rather than explaining it, makes inappropriate individualisations, draws on questionable benchmarks, makes women the positive model without first reflecting, and is ahistorical. Gender patterns have a major significance for health behaviour and have indeed considerably changed the health behaviour of men and women over the last 250 years. Women have been more seriously medicalised and have, on

account of their life expectancy, profited more from modernisation, developments in hygiene, the expansion of medical services and state healthcare policies. However, over the last 30 years, besides a continuing parallel medicalisation of men, signs of it increasing can also be seen. Their behaviour has become more compatible with health. A more adequate description of the situation could be achieved through a more concentrated observation of health lifestyles.

Keywords

Anthropology · Discourse about men's health · Change in gender role models · Gender-specific health behaviour · Increasing medicalisation of men

fördert. Gleichzeitig hat sie das Bild des wenig gesundheitskompetenten Mannes mit produziert – und konstatiert heute die schwere Erreichbarkeit der Männer für Gesundheitsbotschaften [19].

Nun wird auch der historische Wandel der Inanspruchnahme medizinischer Hilfe besser verständlich. Die heutige Relation von 60 % Frauen und nur 40 % Männern in den Wartezimmern der Ärzte ist nämlich keine Konstante – sie bil-

det auch nicht den „gynäkologischen Zusatzbedarf“ von Frauen oder ihren höheren Anteil an der hochbetagten Bevölkerung repräsentativ ab [20]. Vielmehr ist sie Ergebnis eines historischen Wandels: Bis 1800 stellten Männer die Mehrheit der Behandelten. Parallel zur Durchsetzung der Aufklärungsanthropologie und der männlichen Geburtshilfe sind in den 2 Generationen bis 1860 mal mehr Frauen, mal mehr Männer in den Praxen. Ab

1860 stellen Frauen immer die Mehrheit – nicht nur in Deutschland. Parallel erhielten Frauen übrigens bis etwa 1800 3-mal weniger Arzneien verschrieben als Männer, ab 1850/60 dann aber durchgehend deutlich mehr als die männlichen Patienten – bis in die Gegenwart [21]. Die Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe wurde bei Frauen also viel stärker gefördert als bei Männern – sie nahm allerdings bei beiden zu. Das ist die parallele Wirkung der Medikalisierung, die man neben den beschriebenen inversen Effekten nicht vergessen darf. Insgesamt war das ein historischer Lernprozess, der den Frauen mehr zugutekam – wenn man mehr Arztbesuche, Arzneien und Vorsorgemaßnahmen als Gut betrachtet.

Schließlich hatte das Leitbild von Männlichkeit auch indirekte Gesundheitsfolgen, die sich am Rauchen gut zeigen lassen. Dessen Gesundheitsschädlichkeit ist mittlerweile bekannt. Außerdem hat es, besonders seit der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts, einen wesentlichen Anteil an der geringeren Lebenserwartung der Männer [22]. Allerdings lässt sich das nicht einfach mit ihrer angeblich geringeren Gesundheitssensibilität erklären.

Rauchten im 18. Jahrhundert und später noch auf dem Land auch viele Frauen, so wurde es im 19. Jahrhundert zu einer fast ausschließlich männlichen Praxis. Ausnahmen waren rauchende Künstlerinnen, Prostituierte und in der Weimarer Zeit Akademikerinnen, die dieses männliche Privileg zurückeroberten wollten. Durch die Tabakrationen für Soldaten während der Weltkriege wurde Rauchen noch mehr mit Männlichkeit assoziiert. Dass es sich dabei um eine krebsfördernde Praxis handelte, wurde erst in den 1920er-Jahren vom deutschen Arzt Fritz Lickint (1898–1960) popularisiert [23]. Die Nationalsozialisten führten dann Kampagnen gegen das Rauchen, die allerdings vorrangig auf Frauen zielten [24]. Nach dem Zweiten Weltkrieg traute sich in der Bundesrepublik Deutschland dann bis zur Jahrtausendwende niemand mehr, eine entschlossene Antirauchpolitik zu machen.

Für die Männergesundheit ist bedauerlich, dass Rauchen längst eine beson-

ders eng mit (soldatischer) Männlichkeit verbundene Praxis war, bevor man sich dessen Schädlichkeit bewusst wurde. Die Kopplung war so wirkmächtig, dass selbst Hitler 1942 gegen den Generalstab kein Rauchverbot durchsetzte. Für pubertierende Jungen war es noch in den 1960er-Jahren geradezu ein Initiationsritus, die erste Zigarette zu rauchen. Gleichzeitig hat hier die Gesundheitspolitik lange versagt – nicht zuletzt wegen der Lobbytätigkeit der Tabakindustrie. Vor diesem Hintergrund fällt es schwer, Vorwürfe gegenüber „den Männern“ früherer Generationen aufrechtzuerhalten. Hatte die Industrie nicht durch Beimischungen systematisch die Sucht gefördert? Hier werden in kurzer Form historische Bedingtheiten eines gesundheitsschädlichen Verhaltens und fragwürdige Wirkungen des Männergesundheitsdiskurses gut erkennbar, der auch von Verantwortlichkeiten ablenken kann.

Umso bemerkenswerter ist es, dass die Männer immer häufiger aufhörten zu rauchen [25]. Der Verhaltenswandel ist besonders bei den Jüngeren sichtbar. Rauchten 1979 noch 33,4 % männliche und 26,8 % weibliche Jugendliche von 12–18 Jahren, so waren es 2011 nur noch 11,1 % männliche und 12,4 % weibliche Jugendliche. Bei den männlichen Jugendlichen ist der Rückgang seit 1979 mit 22,3 % anderthalb mal so stark wie bei den weiblichen mit 14,4 %. Die Geschlechterspezifik gesundheitsschädlicher Praktiken kann sich also innerhalb einer einzigen Generation stark verändern. Was junge Frauen in den 1960ern als Zeichen der Emanzipation deuten konnten, ist mittlerweile wohl vorrangig dem Wunsch, schlank zu bleiben, geschuldet. Es zeigt sich, dass sie hier ihre Attraktivität wichtiger fanden als ihre Gesundheit.

Beim Ernährungsverhalten von Frauen sind Attraktivitäts- und Gesundheitsinteressen ebenfalls oft schwer zu entwirren. Das gilt auch bei dem schnell wachsenden zweiten Gesundheits- und insbesondere beim Wellnessmarkt, der ganz überwiegend Frauen anspricht. Dies sollte Anlass sein, die implizite These des Männergesundheitsdiskurses zu relativieren, das Verhalten von Frauen sei durchgehend stärker auf Gesundheitsziele ausgerichtet.

Nachholende Medikalisierung der Männer während der letzten 30 Jahre?

Der zuletzt beschriebene schnelle Wandel im geschlechterspezifischen Rauchverhalten legt nahe, abschließend einen Blick auf die Veränderungen der letzten 30 Jahre zu richten. 1981 könnte man als Epochenjahr der Männergesundheit in Deutschland festhalten: Damals kehrte sich der seit ca. 1830 bestehende, säkulare Trend zu einem ständig wachsenden Gender Gap in der Lebenserwartung um. Bis 1981 hatten die Männer weniger von den Fortschritten von Ernährung, Bildung, Hygiene und schließlich auch der Medizin profitiert [22, S. 209–211]. Im 19. Jahrhundert lag das an den ungünstigeren Arbeits- und Wohnbedingungen während der Industrialisierung (Arbeitsmigration) und dem auch damit verbundenem Alkoholabusus. Im 20. Jahrhundert wirkten sich neben den weiter bestehenden stärkeren Belastungen durch die geschlechterspezifische Arbeitsteilung, insbesondere in der zweiten Jahrhunderthälfte, die höhere Raucherquote und die größere Zahl tödlicher Verkehrsunfälle der Männer stark aus. Demgegenüber sind halbtags beschäftigte Frauen mit Kindern in funktionierenden Partnerschaften die gesündeste Gruppe unter allen Frauen. Dieses Geschlechterarrangement aus den 1960er-Jahren kam Frauen in einem Zeitraum zugute, als bei den Männern die Lungenkrebssterblichkeit noch massiv stieg. Da Frauen seit den 1960er-Jahren aber immer mehr „negative Freiheiten“ wie u. a. das Rauchen und den Alkoholabusus wahrnahmen und vermehrt Auto fuhren, die Männer aber von gesundheitsschädlichen Praktiken wie dem Rauchen immer mehr Abstand nahmen, drehte sich schließlich der säkulare Trend. Seither steigt die Lebenserwartung der Männer schneller als diejenige der Frauen.

Gleichzeitig entwickelte sich die „Gesundheitsgesellschaft“, worauf schon steigende Gesundheitsausgaben hinweisen [26]: Lagen sie 1970 in der BRD noch bei 6,3 % des BIP, 1980 bereits bei 8,4 % und 2000 bei 10,4 %, waren es 2010 schon 11,5 % [27]. Demgegenüber wurden die

Tab. 2 Inanspruchnahme ambulanter und stationärer Versorgung bei niedergelassenen Psychiatern und Psychotherapeuten in den letzten 12 Monaten (18- bis 79-Jährige, in %). (Nach Rattay et al. [36])

Jahr	Neurologen und Psychiater			Psychotherapeuten		
	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer
1998	5,7	6,8	4,6	2,6	3,4	1,8
2010	8,2	9,6	6,8	4,3	5,3	3,2
<i>Höhere Inanspruchnahme durch Frauen (in %)</i>						
1998	47,8			88,9		
2010	41,2			65,6		

Tab. 3 Verordnungen von Psychopharmaka 1995–2013. (Nach Rattay et al. [37, 38, 39, 40])

Jahr	Tagesdosen	Für Frauen	Für Männer	Mehrverschreibung für Frauen (%)
1995	1120 Mio.	Keine Angabe	Keine Angabe	„Etwa die doppelte Menge“
2005	1157 Mio.	21,3	12,6	70
2013	1929 Mio.	35,7	23,2	54

Tab. 4 Arzneiverschreibungen für GKV-Versicherte (in Tagesdosen, nur erstattungsfähige Medikamente)

Jahr	Durchschn. Tagesdosen	Männer	Frauen	Mehrverschreibung für Frauen (%)
1987 [41]	358	276	429	56
1992 [42]	422	327	505	54
1995 [43]	430	355	496	40
2005 [44]	403	361	439	22
2013 [45]	549	501	592	18

Ausgaben der GKV seit Mitte der 1980er-Jahre bis 2008 bei 6,4 % des BIP gedeckelt und stehen derzeit bei 6,9 %, die der PKV bei ca. 1 % [28, 29].

Gesundheitsförderndes Verhalten ist zu einem Kernbestand moderner Selbstsorge geworden – ob als Selbstermächtigung, Biopolitik oder Selbstzwang sei dahingestellt [30]. Die sich generalisierende Konkurrenz auf Arbeits- und Partnerschaftsmärkten bei sinkenden Sicherheiten hinsichtlich der Dauer von Beschäftigungsverhältnissen (seltener lebenslange Arbeitsverhältnisse) und bei Beziehungen (Scheidungsquote) verweist Menschen stärker als früher auf den eigenen Körper und seine gute – gesundheitliche und ästhetische – Form. Körperliche Attraktivität ist neben dem Gehalt, das Frauen nun öfter selbst verdienen, für den Marktwert von Männern wichtiger geworden.

Die derzeitige zweite Medikalisierung ist durch Angebote stark regulierter

Märkte und Nachfrage aus der Bevölkerung charakterisiert. Teilweise handelt es sich um eine für beide Geschlechter parallel laufende Medikalisierung, bei der alle mehr Gesundheits- und Wellnessangebote erhalten, mit Appellen zu gesundheitsförderlichem Verhalten befasst und vom Gesundheitssystem mit Vorsorgeangeboten adressiert werden. Daneben gibt es aber auch geschlechterspezifisch unterschiedliche (De-)Medikalisierungstendenzen – wie etwa bei der HPV-Impfung für weibliche Jugendliche vs. dem Wegfall der Untersuchung bei der Musterung wehrpflichtiger Männer oder der Hormonbehandlung bei Wechseljahresbeschwerden vs. Viagra für Männer.

Hier soll ein dritter Aspekt vorgestellt werden: die nachholende Medikalisierung der Männer. Diese ist dann gegeben, wenn sie mit einer höheren Geschwindigkeit als die Frauen Gesundheitsangebote

aufgreifen und in Leistungen des medizinischen Systems inkludiert werden.

Bei den Gesundheitsressourcen ergibt sich zunächst das gegenteilige Bild: Die „sportliche Aktivität“ (mind. 2 h Sport pro Woche) stieg bei Frauen zwischen 18 und 69 Jahren bzw. 79 Jahren seit 1991 mit 12,4 % etwas schneller an als bei Männern mit 10,7 %. Die Zahl sportlich inaktiver Frauen sank mit 21,3 % fast doppelt so schnell wie bei den Männern auf ein nunmehr bei beiden Geschlechtern fast identisches Niveau eines Drittels der jeweiligen Population. Hier ist es – wie auch beim Rauchen – unerheblich, dass Ausgangs- und Ziellevel bei Männern höher bleiben, denn die Frage zielt ja auf die Veränderungen. Frauen steigerten ihre Gesundheitsressourcen schneller.

Neben der Bewegung wirkt sich das Ernährungsverhalten auf die Entstehung von Übergewicht aus. 1980 waren etwas mehr Männer (36,7 %) als Frauen (33,9 %) über 14 Jahren übergewichtig, während Adipositas, insbesondere älterer Frauen, häufiger als bei Männern auftrat [31]. Seit 1984/86 liegen repräsentative Messungen zu 18- bis 69-/79-jährigen Erwachsenen anhand des BMI vor, dessen Einführung gleich zu viel höheren Werten führte: Damals sollten 66 % der Männer und 49,5 % der Frauen übergewichtig sein [32]. Daran hat sich bis 2010 wenig geändert: Nunmehr gelten 67,1 % der Männer und 53,0 % der Frauen als übergewichtig. Adipositas stieg allerdings bei Männern und Frauen um 7,8 % und 6,8 % auf 23,9 % der Frauen und 23,3 % der Männer an [33]. Während also insgesamt Übergewicht bei Frauen leicht, bei Männern fast gar nicht stieg, nahm der Anteil Adipöser fast gleich zu – von gesundheitsgesellschaftlichem Wandel keine Spur!

Demgegenüber sind bei den gesundheitsgefährdenden Praktiken deutliche Veränderungen sichtbar. Die Raucherquoten in der Gesamtbevölkerung sinken insgesamt. Männer hören häufiger auf zu rauchen und fangen seltener als weibliche Jugendliche an. Auch wuchs der Anteil alkoholbedingter Todesfälle bei Frauen schneller als bei Männern: So stieg er bei Frauen von 1980 (5,6 Fälle pro 100.000) bis 2005 (9,0 Fälle pro 100.000) um etwa 61 %. Bei Männern betrug der Anstieg

im gleichen Zeitraum nur noch 31 % (von 19,5 auf 25,6 Fälle pro 100.000) [34]. Riskanter Alkoholkonsum sank bei 18- bis 59-jährigen Männern von 1995–2012 massiv von 26,8 % auf 16 %, bei Frauen nur von 15,3 % auf 13,9 % [35]. Bleibt auch das Niveau bei den Männern noch höher, so entwickelt sich ihr Verhalten jedoch schneller auf gesundheitsförderliche Praktiken hin bzw. beim Alkoholkonsum weniger schnell in eine tödliche Richtung als bei den Frauen.

Für die Inanspruchnahme ärztlichen Rats sind die psychiatrischen Indikationen ein sehr geeigneter Lackmestest der Veränderung von Männlichkeitsbildern (■ Tab. 2). Surveydaten zu den von der Person selbst bestimmten Behandlungen beim Psychotherapeuten sind besonders aussagekräftig, da sie auf freiwillige Entscheidungen zurückgehen.

Zunächst fällt eine erhebliche Zunahme der Inanspruchnahme von 5,7 % auf 8,2 % (2010) der Bevölkerung auf, die auf eine Entstigmatisierung psychischer Krankheit hinweist. Gingen 1998 6,8 % der Frauen zum Psychiater oder Neurologen, so war es 12 Jahre später exakt der gleiche Bevölkerungsanteil bei den Männern. Bei der Inanspruchnahme der Psychotherapeuten wiederholt sich dieses Bild fast perfekt: 3,4 % der weiblichen Bevölkerung suchten sie 1998 auf, 2010 waren es 3,2 % der Männer. Schon dies legt den Schluss auf eine nachholende Medikalisierung der Männer nahe. Allerdings gingen zwischenzeitlich noch mehr Frauen zu diesen Behandelnden. Deshalb wird das Verhältnis zwischen den Inanspruchnahmedaten von Männern und Frauen wichtig: Gegenüber dem Ausgangsjahr 1998 verringerte sich der Vorsprung der Frauen bei beiden Spezialisten, besonders aber bei den freiwillig aufgesuchten Psychotherapeuten.

Der Blick auf die Verordnung von Psychopharmaka unterstützt diesen Eindruck: Erhielten Frauen Mitte der 1990er Jahre noch „etwa die doppelte Menge“ der Männer, waren es 2013 nur noch 54 % mehr (■ Tab. 3). Die Mediziner erkennen und behandeln offenbar auch bei Männern mittlerweile diese Krankheiten häufiger.

Bei den Arzneiverschreibungen für GKV-Versicherte bestätigt sich diese Tendenz (■ Tab. 4).

Die Mehrverschreibung für Frauen sinkt von 56 % im Jahre 1987 auf derzeit noch 18 %. Männer werden mittlerweile, was die Mengen betrifft, von Ärzten nicht mehr so ungleich behandelt wie vor einem Vierteljahrhundert.

Fazit

Der Männergesundheitsdiskurs in den Medien ist teilweise problematisch, da er Gesundheitsverhalten essentialistisch auf das männliche Geschlecht bezieht. Er ist sozial unterdifferenziert, dramatisiert häufig Geschlechterdifferenz statt sie zu erklären, individualisiert unzulässig, bezieht sich auf fragwürdige Maßstäbe, macht unreflektiert Frauen zum positiven Modell und ist ahistorisch. Tatsächlich haben sich Geschlechterleitbilder und das Gesundheitsverhalten von Männern und Frauen während der letzten 250 Jahre erheblich verändert. Frauen wurden stärker medikalisiert und profitierten mehr von Modernisierung, Hygienebewegung, Ausweitung des medizinischen Angebots und staatlicher Gesundheitspolitik. Während der letzten 30 Jahre lassen sich aber neben einer fortgesetzten parallelen auch Zeichen einer nachholenden Medikalisierung der Männer feststellen. Ihr Verhalten wurde gesundheitskompatibler und änderte sich teilweise schneller als das von Frauen in Richtung gesundheitsförderlicher Praktiken. Insbesondere suchen sie vermehrt aktiv Hilfe bei psychischen Problemen. Im Rahmen der sich ändernden Geschlechterverhältnisse haben viele Männer das Thema Gesundheit demnach weit mehr für sich entdeckt, als das bisher öffentlich wahrgenommen wird. Eine stärkere Beachtung von geschlechterspezifischen Gesundheitslebensstilen wäre also eine adäquatere Beschreibung der aktuellen Verhältnisse als die oft viel zu undifferenzierte Bezugnahme auf männliches Geschlecht [46]. Wichtig für die öffentliche Debatte wäre es, dass die differenzierteren Erkenntnisse des Fachdiskurses und der Männergesundheitsberichte offensi-

ver in den Mediendiskurs eingebracht würden.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. M. Dinges

Institut für Geschichte der Medizin, Robert Bosch Stiftung Stuttgart
Straußweg 17, 70184 Stuttgart, Deutschland
martin.dinges@igm-bosch.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. M. Dinges gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine vom Autor durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

- Bründel H, Hurrelmann K (1999) Konkurrenz, Karriere, Kollaps. Kohlhammer, Stuttgart
- Schweig N (2016) Suizid und Männlichkeit. Franz Steiner, Stuttgart, S8–11
- Robert Koch-Institut (2014) Gesundheitliche Lage der Männer in Deutschland
- Robert Koch-Institut (2015) Gesundheit in Deutschland, S260
- Robert Koch-Institut (2015) Gesundheit in Deutschland, S479
- Schaefer C, Dubben HH, Weißbach L (2011) Wer sorgt hier vor? Onkol 17:220–234
- Altgeld Th (2003) Männergesundheit. Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention. Juventa, Weinheim
- Möbius PJ (1900) Über den physiologischen Schwachsinn des Weibes. Marhold, Halle (Saale)
- Dinges M (2008) Veränderungen der Männergesundheit als Krisenindikator? Deutschland 1850–2006. L'Homme 19(120):107–123
- Möller-Leimkühler AM (2013) Psychische Gesundheit von Männern: Bedeutung, Ziele Handlungsbedarf. In: Weißbach L, Stiehler M (Hrsg) Männergesundheitsbericht 2013. Im Fokus: Psychische Gesundheit. Hans Huber, Bern, S63–82
- Dinges M (2013) Wandel der Herausforderungen an Männer und Männlichkeit in Deutschland seit 1930. In: Weißbach L, Stiehler M (Hrsg) Männergesundheitsbericht 2013. Im Fokus: Psychische Gesundheit. Hans Huber, Bern, S31–62
- Volz R, Zulehner PM (2009) Männer in Bewegung: Zehn Jahre Männerentwicklung in Deutschland. Nomos, Baden-Baden, S85–93
- Schweig N (2009) Gesundheitsverhalten von Männern. Gesundheit und Krankheit in Briefen, 1800–1950. Franz Steiner Verlag, Stuttgart
- Hoffmann S (2010) Gesunder Alltag im 20. Jahrhundert? Geschlechterspezifische Diskurse und gesundheitsrelevante Verhaltensstile in deutschsprachigen Ländern. Franz Steiner Verlag, Stuttgart
- Dinges M. (2015) Männergesundheitsgeschichte – Zur Entstehung eines Forschungsfeldes. Medizinhist J50:1–41

16. Linek J (2016) Gesundheitsvorsorge in der DDR zwischen Propaganda und Praxis. Franz Steiner, Stuttgart
17. Pfütsch P (2015) Männerspezifische Gesundheitsaufklärung durch die BZgA – Ein Beitrag zur Verfestigung des Gesundheitsdefizitdiskurses? *Medizinhist J* 50:175–199
18. Pfütsch P (2016) Prävention und Gesundheitsförderung in der Bundesrepublik Deutschland aus geschlechterspezifischer Perspektive (1949–2010). Diss. phil., Mannheim (Ms)
19. Robert Koch-Institut (2014) Gesundheitliche Lage der Männer in Deutschland, S 191–194 (S 200–202)
20. Dinges M (2007) Immer schon 60% Frauen in den Arztpraxen? Zur geschlechtsspezifischen Inanspruchnahme des medizinischen Angebotes (1600–2000). In: Dinges M (Hrsg) *Männlichkeit und Gesundheit im historischen Wandel ca. 1800–ca. 2000*, S 296
21. Hoffmann A (2014) *Arzneimittelkonsum und Geschlecht. Eine historische Analyse zum 19. und 20. Jahrhundert*. Franz Steiner, Stuttgart
22. Dinges M, Weigl A (Hrsg) (2016) *Gender-Specific Life Expectancy in Europe (1850–2010)*. Franz Steiner, Stuttgart
23. Proctor RN (2002) *Blitzkrieg gegen den Krebs: Gesundheit und Propaganda im Dritten Reich*. Klett-Cotta, Stuttgart
24. Dinges M (2012) Rauchen: gesundheitsgefährdend – und typisch „männlich“? Zum historischen Wandel geschlechtsspezifischer Zuschreibungen. In: Baader MS, Bilstein J, Tholen T (Hrsg) *Erziehung, Bildung und Geschlecht. Männlichkeiten im Fokus der Gender-Studies*. Springer VS, Wiesbaden, S 129–145
25. Lampert T, Lippe E von der, Müters S (2013) Verbreitung des Rauchens in der Erwachsenenbevölkerung in Deutschland Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitschutz* 56:802–808 (S. 805) doi:10.1007/s00103-013-1698-1.
26. Kickbusch I, Hartung S (2014) *Die Gesundheitsgesellschaft: ein Plädoyer für eine gesundheitsförderliche Politik, 2., vollst. überarb. Aufl.* Hans Huber, Bern
27. *Entwicklung der Gesundheitsausgaben als Anteil am BIP in ausgewählten Vergleichsländern 1970–2010*. http://www.e-fi.de/fileadmin/Abbildungen_2014/TAB_02_2014.pdf. Zugegriffen: 5. Jan 2016
28. *Beitragssatzentwicklung in der GKV und Anteil der GKV-Ausgaben am BIP 1980–2014* (2015) http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Gesundheitswesen/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVI23.pdf. Zugegriffen: 5. Jan 2016
29. *Beitragssatzentwicklung in der GKV und Anteil der GKV-Ausgaben am BIP 1980–2014* (2015) http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Gesundheitswesen/Datensammlung/PDF-Dateien/tabVI14.pdf (Abruf 27. 11. 2015)
30. Wolff E (2013) Kulturelle und gesellschaftliche Zwänge des Gesundseins – am Beispiel des neueren Übergewichtsdiskurses. In: Hoefert HW, Klotter C (Hrsg) *Gesundheitszwänge*. Pabst Science Publishers, Lengerich, S 54–74
31. Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (1980) *Fünf Prozent und mehr über dem BROCA-Gewicht, Ernährungsbericht 1980*, Frankfurt am Main, S 102
32. Mensink GBM, Lampert T, Bergmann E (2005) *Übergewicht und Adipositas in Deutschland 1984–2003*. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitschutz 48(12):1348–1356. doi:10.1007/s00103-005-1163-x
33. Mensink GBM, Schienkiewitz A et al (2013) *Übergewicht und Adipositas in Deutschland*. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitschutz 56:786–794. doi:10.1007/s00103-012-1656-3
34. *Gesundheitsziele.de: Kooperationsverbund zur Weiterentwicklung des nationalen Gesundheitszieleprozesses* (2015) *Nationales Gesundheitsziel „Alkoholkonsum reduzieren“*. (S 4) http://gesundheitsziele.de/cms/medium/1246/Alkoholkonsum_reduzieren_Veroeffentlichung_150626.pdf. Zugegriffen: 5. Jan 2016
35. Robert Koch-Institut (2015) *Gesundheit in Deutschland*, S 224
36. Rattay R, Butschalowsky H, Rommel A et al (2013) *Inanspruchnahme der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)*. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitschutz 56:832–844. doi:10.1007/s00103-013-1665-x
37. Schwabe U, Paffrath D (2007) *Arzneiverordnungs-Report 2006*, Heidelberg, S 1089
38. Schwabe U, Paffrath D (1996) *Arzneiverordnungs-Report*, S 504
39. Schwabe U, Paffrath D (2007) *Arzneiverordnungs-Report 2006*, Heidelberg, S 976
40. Schwabe U, Paffrath D (2014) *Arzneiverordnungs-Report 2014*, Springer Verlag, Berlin, S 1089
41. Schwabe U, Paffrath D (1988) *Arzneiverordnungs-Report 1988*. Fischer, Stuttgart, S 385
42. Schwabe U, Paffrath D (1993) *Arzneiverordnungs-Report 1993*. Fischer, Stuttgart, S 502, 504
43. Schwabe U, Paffrath D (1996) *Arzneiverordnungs-Report 1996*. Fischer, Stuttgart, S 499, 503
44. Schwabe U, Paffrath D (2007) *Arzneiverordnungs-Report 2006*. Verlag, Heidelberg, S 966, 974
45. Schwabe U, Paffrath D (2014) *Arzneiverordnungs-Report 2014*. Springer, Berlin, S 1080, 1087
46. Hoffmann S (2010) *Gesunder Alltag im 20. Jahrhundert? Geschlechterspezifische Diskurse und gesundheitsrelevante Verhaltensstile in deutschsprachigen Ländern*. Franz Steiner, Stuttgart