

„Männlichkeit“ und „Gesundheit“ - Thesen zu sozio-kulturellen Konstrukten¹

Einleitung

In diesem Beitrag werden zunächst die Begriffe „Gesundheit“ und „Männlichkeit“ in ihrer je spezifischen sozio-kulturellen Konstruiertheit beschrieben und die ihnen gemeinhin scheinbar eindeutig zuordenbaren Bedeutungszusammenhänge als fragwürdige Kategorien zur Diskussion gestellt. Im Folgenden wird der Frage nachgegangen, inwiefern all das, was in unserer Kultur als der männlichen Norm entsprechend verstanden wird, den Anforderungen und Wünschen nach einem ‚gesunden‘ Leben diametral zuwiderläuft. Inwiefern die so genannten männlich-hegemonialen Muster als krankmachend zu identifizieren sind, wird anhand konkreter Fakten illustriert. Schließlich soll die Frage beantwortet werden, inwiefern und ob überhaupt aktuell Gegentendenzen bezüglich des Umgangs mit Körperlichkeit und Männlichkeit zu beobachten sind, wie beispielsweise auf Seiten von Medizin und Gesundheitspolitik, aber auch jene, dass Männer beginnen, ihren Körper und ihre Männlichkeit neu und anders zu entdecken.

1. „Gesundheit“ und „Männlichkeit“ als soziale Konstrukte

„Gesundheit“

Die Geschichte der Medizin ist – historisch betrachtet - eine Geschichte der zunehmenden Disziplinierung und Zurichtung der Körper²; gerade die moderne Schulmedizin versteht Körperlichkeit vor allen Dingen in ihrer Fragmentiertheit (Organmedizin) beziehungsweise konzentriert ihr Interesse auf hormonelle und genetische Dispositionen. Das ganzheitliche Körper- und damit Gesundheitsverständnis bleibt der so genannten Ganzheits- oder Alternativmedizin vorbehalten, die soziale Kategorie Geschlecht wird – wie lange Zeit selbst die biologische Geschlechtsdimension - insgesamt erst in Ansätzen vom Gesundheits- und Medizinsystem als relevante Kategorie entdeckt.

¹ Dieser Vortrag wurde im Rahmen des Kongresses „frauen : gesundheit - männer : krankheit: Gendermedizin in Theorie und Praxis“ am 30.10.2004 gehalten. Der Kongress wurde veranstaltet von: Salzburg Management Business School, Paracelsus Universität, Frauenbüro Stadt und Land Salzburg.

² vgl. etwa Foucault 1976, 1986

Die WHO definiert Gesundheit als Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens. Diese lebensweltliche Sichtweise leitet etwa jedoch weder Medizin noch Gesundheitspolitik in Österreich an. Vielmehr dominieren im medizinischen System körperzentrierte Perspektiven, die bei Diagnose und Therapie von Krankheitssymptomen wenig nach der Kontextgebundenheit des Lebens der PatientInnen fragen. Während soziale Sicherheit als wesentliche Voraussetzung für die Erhaltung von Gesundheit zunehmender Erosion ausgesetzt ist, steigen soziale Risiken, die – von einschlägiger Literatur ausreichend belegt³ – zugleich massive gesundheitliche Gefährdungsfaktoren darstellen. Demgegenüber weist die so genannte Gesundheitsreform, die in Österreich mit 1.1.2005 in Kraft getreten ist, vielmehr in die Richtung, dass der Zugang zu bester und bedürfnisorientierter medizinischer Versorgung auf Perspektive nur mehr einkommensstärkeren Bevölkerungsschichten zuteil werden soll.

Vom „Recht auf Gesundheit“ zur „Pflicht zur Gesundheit“

Hinter all diesen Entwicklungen vollziehen sich permanent Konkretisierungen dessen, was in unserer Gesellschaft als gesund gesehen wird und auch als gesundes Verhalten erwünscht ist. Aus dem „Recht auf Gesundheit“ ist in der von neoliberalen Mechanismen durchdrungenen Gesellschaft geradezu eine „Pflicht zur Gesundheit“ (Ellerbrock 2002, 118) geworden. Deutlich erkennbar ist, dass die Normbereiche dessen, was als gesund verstanden wird, immer enger gesteckt werden und das Risiko, diese zu überschreiten, tendenziell steigt.

Insgesamt ist die Geschichte der Medizin unter anderem eine Geschichte fortwährender Normierungs- und damit verbundener Pathologisierungsprozesse, die auch unter bevölkerungspolitischen Gesichtspunkten relevant sind.⁴ Das Verständnis dessen, was als gesund in einer Gesellschaft, in einer Kultur verstanden wird, ist sozial geprägt und unterliegt mannigfaltigen Interessen, etwa der Ökonomie, der Bevölkerungspolitik, aber auch jener der einzelnen beteiligten medizinischen und gesundheitsbezogenen Professionen, die sich in einem dauernden Wettstreit miteinander befinden. Während lange Zeit Pathologierungs- und Medikalisierungstendenzen vor allem den weiblichen Körper betrafen (vgl. Schmerl 2002, 32-52), sehen sich nun zunehmend auch Männerkörper von ähnlichen Trends betroffen.

³ vgl. www.armutskonferenz.at/

⁴ vgl. Ellerbrock 2002, Braun von 2000

Der gesellschaftliche Umgang mit Körpergewicht

Anhand eines Beispiels, nämlich des gesellschaftlichen Umgangs mit dem Körpergewicht, lässt sich die soziale Konstruktion dessen, was jeweils als ‚gesund‘ erachtete Normbereiche gelten, gut nachzeichnen. So kann man im Laufe des letzten Jahrhunderts beobachten, dass der Normalbereich von Übergewicht immer engere Grenzen erfährt. Der Body Mass Index (BMI) etwa wurde in den achtziger Jahren des 19. Jahrhunderts von Quetelets eingeführt. Die Berechnung erfolgt durch: $\text{Gewicht (kg)} : \text{Größe (m}^2\text{)}$. Die Grenzwerte für die verschiedenen Gewichtsbereiche laut BMI sind international unterschiedlich festgelegt und verändern sich im Laufe der Zeit. Während das Österreichische Statistische Zentralamt bei der Gewichtserhebung für die österreichische Gesamtbevölkerung in den 90er Jahren einen BMI von 18 - 26,9 als Normalgewicht verwendete, liegt laut aktueller statistischer Erhebungen in Österreich die Obergrenze des Normalgewichtsbereichs bereits bei 25,9. International wird Übergewicht beispielsweise ab einem BMI von 25 (manchmal sogar 23) festgelegt.⁵

Die WHO hat sich bei der Jahrestagung 2004 dem Thema Übergewicht gewidmet. Die 192 Mitgliedstaaten der UNO-Organisation verabschiedeten hier eine neue Ernährungsstrategie. Der Aktionsplan, der rechtlich nicht bindend ist, empfiehlt den Staaten, Maßnahmen zu ergreifen, um den Konsum kalorienreicher Lebensmittel zu vermindern (etwa durch „*fat taxes*“) und sportliche Aktivitäten zu fördern. Neben bzw. als Rahmenhandlung von Normen und gesundheitspolitischen Maßnahmenvorschlägen ist eine zunehmende Pathologisierung von Übergewicht zu beobachten, wobei kaum je nach Ursachen und Funktion von Übergewicht, die dieses für die betreffenden Personen haben kann, gefragt wird.⁶

„Es gibt so viele Gesundheit, wie es Menschen gibt: für jeden Menschen seine individuelle Gesundheit.“ (Rudolf Steiner 1907)

In Bezug auf Gesundheit ist weiters interessant, dass hier – im Gegensatz zum Krankheitsbegriff – überwiegend ein singuläres Verständnis dominiert. Während man von Krankheiten spricht, ist der Plural von Gesundheit nicht üblich, gerade so, als ob es nur eine Form von Gesundheit geben würde. Auch hierin werden normierende Aspekte sichtbar, indem auch sprachlich die verschiedenen sozialen Merkmale – wie Geschlechtszugehörigkeit, Alter, ethnische Zugehörigkeit, sexuelle Orientierung – und die damit zusammenhängenden unterschiedlichen sozialen und gesundheitlichen Möglichkeiten und Grenzen unsichtbar gemacht werden.

⁵ vgl. Buchinger/Hofstadler 1997

⁶ Zu einem differenzierten Verständnis von Übergewicht bzw. Fettsucht siehe etwa Hilde Bruch (1994)

„Männlichkeit“

Weiblichkeits- und Männlichkeitsvorstellungen sind genauso Produkte sozialer Konstruktionsprozesse wie die Annahme der Existenz einer ‚natürlichen‘ Gesundheit. In den letzten Jahren kommt der Thematisierung bzw. der wissenschaftlichen Analyse von Männlichkeit bzw. Männlichkeiten zunehmende Bedeutung zu, wobei vor allem im englischsprachigen Raum Pionierarbeit geleistet wurde (vgl. Pleck 1981 und 1996, O’Neil 1981, Connell 1987 und 1999).

Gesellschaftliche Fundamente

Das traditionelle Geschlechterverhältnis baut darauf, dass das Weibliche abgewertet und das Männliche aufgewertet wird, es bedenkt Männer qua sozialem Geschlecht in unserer Kultur mit dem so genannten ‚Geschlechterbonus‘. Dessen Realisierung in verschiedenen gesellschaftlichen Feldern lässt sich mühelos belegen. So betragen die durchschnittlich Entgelte von erwerbstätigen Frauen in Österreich rund 30 bis 40 Prozent weniger als jene von Männern, wobei die Kluft tendenziell größer wird. Diese Entgeltschere markiert als signifikanter Allokationspfeiler, was Frauen und deren Arbeit in der österreichischen Gesellschaft wert sind. Auch die Rollenverteilung im privaten, öffentlichen und politischen Bereich sowie in der Arbeitswelt ist durch Geschlechtersegregation geprägt - mit den bekannten Folgen. Führungspositionen in Wirtschaft, Wissenschaft und Politik wie auch das Kapital sind fest in Männerhand. Verdeckte oder offene Ausschlussverfahren und Barrieren - die gläsernen Decken und Wände - funktionieren in unserer Gesellschaft nahezu ungebrochen. Frauen wird nach wie vor die Rolle der Zuarbeiterinnen zugeschrieben. Unterstützt werden diese verfestigten Weiblichkeitskonstruktionen durch verstärkt zum Einsatz kommende, Rollenstereotype (re)konstruierende Bilder in den Medien und in der Werbung.

An diesen Strukturen haben die verschiedenen Aufbruchsbewegungen in Österreich, aber auch in Westeuropa in den 70er, 80er und 90er Jahren des letzten Jahrhunderts wenig Nachhaltiges ändern können. Vielmehr sind die westeuropäischen Gesellschaften, ebenso wie die österreichische, von einer verfestigten Form der männlichen Vorherrschaft zu Beginn des 21. Jahrhunderts geprägt, ebenso wie kapitalistische, neoliberale Strukturen ungebrochen die Grundlage dieser Gesellschaften bilden.

„Hegemoniale Männlichkeit(en)“

Von dem australischen Soziologen Robert Connell stammt das in der Männer- bzw. Männlichkeitsforschung einflussreiche Konzept der ‚hegemonialen Männlichkeit‘. Damit wird ein historisch gewachsenes soziales System beschrieben, dessen Ziel es ist, in unterschiedlichen

historischen Gegebenheiten die männliche Hegemonie aufrecht zu erhalten. Diese konstituiert sich über die Unterordnung von Weiblichkeit, aber auch von allen anderen Formen von Männlichkeit. Männlichkeit ist also auch in sich differenziert und hierarchisiert. Kriterien für diese Hierarchie bilden soziale Merkmale wie Schichtzugehörigkeit, Ethnie, Alter oder sexuelle Orientierung. An der gesellschaftlichen Diskriminierung homosexueller Männer wird die negative Auswirkung der Unterordnung von Männern besonders deutlich. Neben den genannten Elementen der Hegemonie und Unterordnung ist schließlich das Element der Komplizenschaft für die hegemoniale Männlichkeit charakteristisch.

Männer nehmen in unterschiedlichen Situationen jeweils verschiedenen Positionen gegenüber anderen Männern, Frauen und Kindern ein. Auch wenn nicht alle Männern in gleichem Ausmaß diesen Geschlechterbonus realisieren können, profitieren sie – im Vergleich zu Frauen - gesellschaftlich von ihrem ‚Mannsein‘. Robert Connell fasst diesen Aspekt mit dem Begriff der „patriarchalen Dividende“ (Connell 1999, 100) zusammen. Sich als Mann über diesen Geschlechterbonus bewusst zu sein oder zu werden, ist in Hinblick auf die Analyse des realitätsstiftenden traditionellen Geschlechterverhältnisses von großer Relevanz. Männer müssten begreifen, so Edgar Forster – „dass wir, ob wir wollen oder nicht, in privilegierte Positionen gesetzt sind. Ob wir sie nützen, ob sie uns lästig sind, ob wir ihrer überdrüssig sind oder uns mit ihnen identifizieren, sie markieren unser Verhältnis zum Patriarchat. Es gibt weder den unschuldigen, das heißt geschlechtsneutralen Blick, noch ein solches Handeln. Was immer ich sage und tue, in einem patriarchalen Kontext wird es als geschlechtliches Handeln bedeutsam: es kann als typisch männliches Handeln wahrgenommen werden oder auch als irritierendes Handeln, da es den unterstellten Normen nicht entspricht, etc. Aber es wäre eine Illusion zu glauben, dass es ein Sprechen vor jeder sexuellen Markierung gibt.“ (Forster 1999, 4)

In der jüngeren Zeit finden jedoch auch kritische Auseinandersetzungen mit dem Konzept der „hegemonialen Männlichkeit“ statt. So etwa komme, wie Sylke Scholz (2004) ausführt, die inhaltliche Bestimmung dessen, was Robert Connell unter hegemonialer Männlichkeit versteht, zu kurz. Sie kommt nach fremden und eigenen empirischen Studien zu dem Schluss, dass es milieu- und kontextabhängig jeweils unterschiedliche Ausprägungen dessen gibt, was als hegemoniales Männlichkeitsideal zu identifizieren ist. Je nachdem, in welchen beruflichen Identitäten die in Scholz‘ Untersuchungen befragten Männer lebensgeschichtlich eine Kontinuität herstellen. Herrschen auch jeweils spezifische Männlichkeitsideale, die wiederum – was entscheidend ist - miteinander in Konkurrenz über die ‚wirkliche Männlichkeit‘ stehen. „Die verschiedenen kontextgebundenen Versionen hegemonialer Männlichkeit konkurrieren miteinander, stehen innerhalb einer Gesellschaft wiederum in einem hierarchischen Über- und

Unterordnungsverhältnis und reproduzieren insgesamt eine männliche Hegemonie in der Gesellschaft.“ (Scholz 2004, 41)

Wesentlich erscheint, dass es bei diesen verschiedenen auf Hegemoniestellung hin orientierten Männlichkeitsvorstellungen darum geht, dass die einzelnen Männer hierbei vor allem auf andere Männer hin fokussieren, es also gilt, diesen gegenüber in ihrer Männlichkeit bestehen zu können. „Männlichkeit ist ein homosoziales Rollenspiel von Männern für Männer, das von Männern ausgeführt, bewertet und beurteilt wird. Frauen werden dabei zu einer Art Währung – wie Macht, Status, Autos oder Geld – die wir einsetzen, um andere Männer zu überzeugen, dass wir die Angst erfolgreich gemeistert haben.“ (Kimmel 1993: 141) Darin scheint auch ein wesentliches Motiv für die Abgrenzung gegenüber allem, das als ‚nicht-männlich‘ identifiziert wird, zu liegen, was unter anderem in der homophoben Grundstruktur unserer Gesellschaft sehr deutlich zum Ausdruck kommt.

Männer scheinen zwar – auf den ersten Blick – um die Objekte des Begehrens zu buhlen, also beispielsweise um Frauen, aber letztlich geht es nicht um die Frau, sondern darum, welcher der beteiligten Männer sich mit welcher ‚Trophäe‘ schmücken und damit andere Männer ausbooten kann, für sich die Vorrangstellung sichern kann. Diese „Währungen“ oder „Trophäen“ sind letztlich austauschbar. (vgl. Hofstadler/Buchinger 2002)

Bemerkenswert ist, dass sich Frauen weiterhin an diesen, sie selbst verfehlenden Prozessen beteiligen, indem sie unbewusst die Hoffnung aufrechterhalten, es würde dabei um ihre Person gehen. Vor diesem letztlich als Missverständnis zu dekonstruierenden ‚Geschlechterspiel‘ ist unter anderem auch das Konkurrenzverhalten unter Frauen zu verstehen, die – wegen des vermeintlichen Begehrens der Männer – mit anderen Frauen rivalisieren, in der Hoffnung, als Siegerin aus diesem Konkurrenzkampf hervorzugehen. Mit einem solchen Verhalten unterstützen auch Frauen letztlich die traditionelle (männliche) Ordnung.⁷

Damit wird die gesellschaftliche Grundstruktur, die auf bestimmten vorherrschenden Weiblichkeits- und Männlichkeitskonstrukten aufbaut, weiter perpetuiert. „Das, was in spätmodernen Gesellschaften als männlich gilt, ist in den verschiedenen sozialen Praxen sehr unterschiedlich und kann sich teilweise sogar widersprechen, dennoch gibt es einen gemeinsamen Kern: das Männliche gilt als Norm und gegenüber dem Weiblichen als überlegen.“ (Scholz 2004, 41)

⁷ Dieser Aspekt ist in der Studie Hofstadler/Buchinger 2002 genauer ausgeführt.

2. Traditionell-hegemoniale Männlichkeit als „hoch riskante Lebensform“ (Hollstein)

Wie bereits ausgeführt, profitieren Männer qua sozialem Geschlecht von der vorherrschenden Gesellschaftsorganisation, die Männliches höher (be)wertet als Weibliches. Sich den Normen zu unterwerfen, die hegemoniale Männlichkeitsentwürfe erfordern, und sich Attribute von der jeweils gesellschaftlich erwünschten und geforderten Männlichkeit anzueignen, zeitigt jedoch vielfältige Konsequenzen für den einzelnen Mann. Gesundheitliche Aspekte - verstanden in ihrer Komplexität - im Leben von Männern sind dadurch zentral geprägt.

„Männliche Imperative“ ...

Herb Goldberg, ein US-amerikanischer Psychotherapeut hat im Jahr 1979 die „sieben männlichen Imperative“ zusammengefasst: „1. Je weniger Schlaf ich benötige, 2. je mehr Schmerzen ich ertragen kann, 3. je mehr Alkohol ich vertrage, 4. je weniger ich mich darum kümmere, was ich esse, 5. je weniger ich jemanden um Hilfe bitte, 6. je mehr ich meine Gefühle kontrolliere und unterdrücke, 7. je weniger ich auf meinen Körper achte, desto männlicher bin ich“. (Goldberg 1986, 42).

... und ihre objektivierten Folgen

Diese männlichen Imperative scheinen grosso modo noch immer gültig zu sein. Die Annahme, dass diese gesundheitliche Konsequenzen zur Folge haben, wie jene, die dem Datenmaterial des 1. Österreichischen Gesundheitsberichts zu entnehmen sind (Habl/Birner/Hlava/Winkler 2004), zwingt sich geradezu auf. Die im Folgenden verwendeten statistischen Ergebnisse stellen Durchschnittswerte dar. Deshalb ist in der Interpretation zu berücksichtigen, dass Unterschiede wie soziale Stellung, Alter, oder ethnische Zugehörigkeit sehr relevante Einflussgrößen darstellen und die Ergebnisse zwischen den einzelnen Gruppen von Männern dadurch stark variieren können.⁸

- Männer sterben in Österreich durchschnittlich um 5,7 Jahre früher als Frauen. So betrug die durchschnittliche Lebenserwartung von Männern im Jahr 2002 75,5 Jahre gegenüber 81,2 Jahren bei Frauen, wobei bei beiden Geschlechtern die Tendenz steigend ist. Von jenen ÖsterreicherInnen, die im Zeitraum 1991 bis 2001 vor Erreichen des 65.

⁸ Die folgenden Daten sind – falls nicht anders angegeben - dem 1. Österreichischen Männergesundheitsbericht entnommen. (Habl/Birner/Hlava/Winkler 2004)

Lebensjahres gestorben sind, waren 68 Prozent Männer. In fast allen Lebensaltern (Ausnahme: über 85-Jährige) sterben mehr Männer als Frauen.

- In Hinblick auf behinderungsfreie Lebenserwartung zeigt sich, dass Männer in Österreich im Jahr 2001 mit rund 69 behinderungsfreien Lebensjahren rechnen konnten, bei Frauen waren dies rund 73 behinderungsfreie Lebensjahre.
- Männer sind von nicht geschlechtsspezifischen Erkrankungen, wie Herz-Kreislaufkrankungen, Leberzirrhose und Lungenkrebs, überproportional betroffen,
- Männer begehen mit viel höherer Wahrscheinlichkeit Selbstmord als Frauen. Von jenen Menschen, die im Schnitt der Jahre 1992 bis 2001 Selbstmord begangen haben, waren 74 Prozent männlich, in Zahlen ausgedrückt betrifft dies rund 1.200 Männer jährlich, was 40 Prozent aller externen Todesursachen entspricht.
- Von den aktuell rund 330.000 chronisch alkoholabhängigen ÖsterreicherInnen sind 80 Prozent männlich.
- Männer bilden die Mehrheit der Opfer des Straßenverkehrs. Bei Männern zwischen 18 und 25 Jahren gehen sogar 70 Prozent der Todesfälle auf Verkehrsunfälle zurück. Außerdem waren im Jahr 2002 von jenen AutofahrerInnen, die an einem alkoholbedingten Verkehrsunfall beteiligt waren, 90 Prozent männlich.
- Etwa 80 Prozent der Folgekosten von Sportunfällen werden durch Männer verursacht. Die folgenschwersten und damit volkswirtschaftlich teuersten Sportunfälle ereignen sich beim Schwimmen (vor allem Springen und Tauchen), beim Paragleiten sowie ähnlichen Sportarten (Drachenfliegen, Fallschirmspringen). (vgl. Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (Hrsg.) 1999)
- Männer sind auch zu einem größeren Anteil von Arbeitsunfällen betroffen, die zu bleibenden Schäden führen.

Wichtig ist hier nochmals darauf hinzuweisen, dass diese Daten für unterschiedliche Gruppen von Männern – etwa nach Alter oder nach ethnischer Zugehörigkeit - unterschiedliche Werte ergeben, wobei diesbezüglich noch großer Forschungsbedarf zu identifizieren ist. Außerdem wirken sich die in die gesellschaftlichen Strukturen eingeschriebenen Geschlechterverhältnisse ebenfalls relevant aus: So etwa ist die größere Betroffenheit der Männer von schweren Arbeitsunfällen u.a. auf die geschlechtliche Teilung des Arbeitsmarktes zurückzuführen, Frauen

bilden aufgrund tendenziell anderer Arbeits- und Arbeitsumfeldbedingungen andere, auf die Situation in der Erwerbsarbeit und in Verbindung mit den Anforderungen der Reproduktionsarbeit bedingte Krankheitssymptome aus.

Zu den bereits beschriebenen Gesundheitsdaten gesellen sich weitere soziale Konsequenzen von gelebten traditionellen Männlichkeitsvorstellungen mit makroökonomischen Auswirkungen. So sind 95 Prozent der GefängnisinsassInnen in Österreich männlich. Weiters werden Scheidungen in den letzten Jahren mehrheitlich von Frauen eingereicht. Studien haben diesbezüglich nachgewiesen, dass Scheidungen von Männern bedeutend schwerer verarbeitet werden können als von Frauen. Die Selbstmordgefährdung geschiedener Männer ist - ebenso wie die Verwitweter - besonders hoch. (Habl/Birner/Hlava/Winkler 2004, 39) Dieser Befund gilt auch für Deutschland. „Die Folgekosten traditioneller Männlichkeit beziffert der Berliner (Hollstein) mit rund 29 Milliarden Mark jährlich. So ein ‚richtiger Kerl‘ verunglückt nicht nur häufiger mit dem Auto als Frauen. Er füllt auch Frauenhäuser, lässt soziale Dienste arbeiten, beschäftigt Gefängniswärter, Krankenhauspersonal, Verwaltungen und Versicherung.“ (Denker 1998, 6)

Selbsteinschätzungen

Als zweite Seite dieser Medaille ist es wenig überraschend, dass sich österreichische Männer – wie übrigens fast überall in Europa - selbst im Schnitt gesünder einschätzen als dies Frauen dies tun. (Habl/Birner/Hlava/Winkler 2004, 8 ff) Männer gehen - über alle Bildungsniveaus und Altersgruppen hinweg seltener - zu AllgemeinmedizinerInnen als Frauen oder nehmen weniger häufig Gesundenuntersuchungen in Anspruch. Eine Folge dieses Verhaltens, weniger auf ihre körperliche und psychische Befindlichkeit zu achten und ärztliche oder psychosoziale Hilfe zumeist erst dann in Anspruch zu nehmen, wenn sie offenkundig krank sind bzw. sich in einer psychischen Krisensituation befinden, besteht darin, dass Männer häufig ‚unerkannt krank‘ sind und professionelle Hilfe oftmals erst dann erhalten, wenn sich die Krankheit sich bereits in einem fortgeschrittenen Stadium befindet. Neben einem ausgeprägteren Risikoverhalten und einem ungesunden Lebenswandel ist dieses Verhalten mitursächlich für die kürzere Lebenserwartung von Männern.

Die Selbsteinschätzung von Männern, gesünder zu sein, steht offensichtlich in Widerspruch zu den weiter oben beschriebenen objektivierten Gesundheits- und Sozialdaten von Männern. Sie ist traditionell männlichen Bewältigungsstrategien verpflichtet: Schwächen dürfen nicht zugelassen oder eingestanden werden; die Angst davor, nicht mehr alles unter Kontrolle zu haben, den Leistungsansprüchen nicht mehr gerecht zu werden, krank, gar pflegebedürftig und insgesamt

nicht mehr potent zu sein, scheinen hier Regie zu führen. Hierin wird wiederum die enge Verknüpfung von Gesundheit mit sozial konstruierten Geschlechtsrollenerwartungen sichtbar.

Die größte Bedrohung ihrer Gesundheit sehen – laut ÖBIG-Survey – österreichische Männer demgegenüber selbst im Stress, dies insbesondere dann, wenn sie berufstätig sind. Als weitere Bedrohungsfaktoren wurden, so diese Ergebnisse, Schlafmangel, Bewegungsmangel, ungesunde Ernährung sowie zu geringes Gesundheitsbewusstsein genannt. (Habl/Birner/Hlava/Winkler 2004, 10).

Eine Verbindung der Bedrohung ihrer Gesundheit mit den an traditionelle Männlichkeitsvorstellungen gekoppelten Rollenerwartungen wird von Männern jedoch in seltenen Fällen hergestellt. Es scheint für sie nach wie vor ‚normal‘ zu sein, auf Leistung und Dominanz zu setzen, sich zu verausgaben, sich riskant zu verhalten – ob in der Arbeitswelt oder in der Freizeit –, nicht auf körperliche oder seelische Anzeichen zu hören, stark und hart zu sein. Lothar Böhnisch und Reinhard Winter haben – ähnlich den männlichen Imperativen von Goldberg – acht grundlegende „Bewältigungsprinzipien von Mannsein“ konkretisiert. Dies sind im Einzelnen: Externalisierung und Außenorientierung, Gewalt, Benützung, Stummheit, Alleinsein, Körperferne, Rationalität sowie Kontrolle. (Böhnisch/Winter, zit. nach Walter 2004)

Anzumerken ist noch, dass dieses seitens vieler Männer praktizierte gesundheitsgefährdende Verhalten nicht nur dem idealtypischen Männlichkeitsbild entspricht, sondern vielfach auch gesellschaftlich erwünscht wird. So etwa fungieren workaholics, die wöchentlich regelmäßig 50 Stunden und mehr – und dies oft bis zum ‚Umfallen‘ - arbeiten, auf Konkurrenz setzen und die Instrumentalisierung des Körpers – dies auch in der Freizeit – auf die Spitze treiben, gleichsam die männlichen Leitbilder im neoliberalen System.

Zusammenfassend lassen sich die den hegemonialen Männlichkeitskonstrukten entsprechenden Lebensformen als hoch riskant charakterisieren. Das von Joseph H. Pleck entwickelte Konzept des „männlichen Geschlechtsrollendrucks“ macht dies deutlich. „In dieser Analyse wird nicht die Abweichung von der gesellschaftlich als ‚normal‘ betrachteten Geschlechtsrolle als ‚krankhaft‘ diagnostiziert, sondern die der Männerrolle inhärenten ‚Rollenspannungen‘ werden umgekehrt als krankmachend angesehen.“ (Walter 2000, 98).

3. Einblicke in verschiedene und ambivalente Entwicklungen rund um die Männergesundheit

Im vorigen Kapitel wurde nachgezeichnet, dass die unterschiedlichen statistischen Ausprägungen zu gesundheitlichen und sozialen Aspekten im Leben von Männern nicht biologisch begründet sind, sondern vor allem – ebenso wie bei Frauen - auf Lebensprozesse und Lebensbedingungen von Männern zurückzuführen sind, die sozial strukturiert, jedoch individuell gestaltet sind.

„Männer und Frauen unterscheiden sich im Profil ihrer Krankheiten und Gesundheitsstörungen. Offensichtlich hängen diese Unterschiede mit der biologischen Ausstattung der körperlichen und psychischen Konstitution sowie der Persönlichkeitsstruktur ebenso zusammen wie mit den gesellschaftlichen, ökonomischen und ökologischen Arbeits- und Lebensbedingungen.“

(Hurrelmann/Kolip 2002, 9)

Die Entdeckung der Relevanz der Genderkategorie in Medizin und Forschung

Einerseits ist zu klären wie weit das Verständnis, dass biologische und soziale Geschlechtszugehörigkeit Gesundheits- und Krankheitsgeschehen wesentlich determinieren, Eingang in Gesundheitspolitik, Medizin und Forschung gefunden hat. Andererseits aber gilt es zu prüfen, ob und wie weit Männer bereit sind, sich auf diesen Befund einzulassen, selbst über mögliche Veränderungen und ihre eigene Beteiligtheit dabei nachzudenken.

Hier jedenfalls anzumerken ist, dass die Frauengesundheitsbewegung und –forschung im Lauf der letzten 30 Jahre vielfältige Grundlagen zu frauenspezifischen Fragestellungen in Hinblick auf Körperlichkeit, Gesundheitsmuster sowie über das Funktionieren des androzentristischen Gesundheitssystems erarbeitet hat. Nicht unerwähnt bleiben darf, dass diese Bewegungen sich als politische verstanden haben und verstehen und als Teil der autonomen Frauenbewegungen des letzten Jahrhunderts fungiert haben und fungieren. „Die Einbettung dieser Fragen (etwa wie Gesundheit von Frauen erhalten und Krankheit verhindert werden kann, Anm. d. Aut.) in eine Diskussion über die Konstruktion der Geschlechterverhältnisse, den Einfluss des zweigeschlechtlichen Systems und der damit verbundenen Geschlechterhierarchie auf die Gesundheit war selbstverständlich.“ (Kolip/Hurrelmann 2004, 13)

Im Laufe der letzten Jahre beginnt sich nun – wenn auch noch sehr zaghaft und angeregt angestoßen durch die Männer- bzw. Männlichkeitsforschung – auch eine Männergesundheitsforschung zu entwickeln. Diese Ansätze sind überwiegend im englischsprachigen Raum zu lokalisieren. Allerdings ist die Männergesundheitsforschung – als wesentliches Unterscheidungsmerkmal zur Frauengesundheitsforschung – nicht als eigenständige

politische Bewegung zu identifizieren. Eine politisch-emanzipatorische Männerbewegung, die eine kritische Masse erreichen würde, ist bis dato nicht erkennbar. Im Rahmen der Männergesundheitsforschung werden nun ebenfalls Grundlagen dazu erarbeitet, wie sich geschlechtsspezifische Rollenzuteilungen und Verhaltenserwartungen auf die Lebensqualität und Gesundheit von Männern auswirken. „So wurde aufgezeigt, dass die Orientierung am tradierten, sich durch Härte, Leistung, Konkurrenz, Rationalität und Karrierestreben auszeichnenden Männlichkeitsverständnis mit Verhaltenstendenzen einhergeht, die sich auf Gesundheit und Wohlbefinden nachteilig auswirken.“ (Violi 2003)

Interessant ist, dass nun sozial- und gesundheitspolitische oder medizinische Erkenntnisse, die im Rahmen der feministischen (Frauengesundheits)Forschung bereits seit Jahrzehnten erarbeitet werden und ein grundlegendes Verstehen des Funktionierens traditioneller Geschlechterbeziehungen und diverser Weiblichkeits- und Männlichkeitsmuster ermöglichen, erst jetzt, da konkret nach männerspezifischen Aspekten gefragt wird, auch von der Mainstream-Wissenschaft allmählich wahr- und forschungsleitend aufgenommen werden. Auch in diesem Prozess lassen sich die tief verwurzelten Ordnungsprinzipien unserer Gesellschaft, d.h. die Abwertung des Weiblichen bei gleichzeitiger Aufwertung des Männlichen, identifizieren.

Durch die wissenschaftliche Beschäftigung mit Fragen der Männergesundheit wird nun ein Paradoxon sichtbar und damit bearbeitbar, das von zukunftsweisender Wirkung sein wird. Im Zuge der Frauengesundheitsbewegung und feministischen Frauenforschung ist unter anderem als ein zentrales Erkenntnis die Medizin als zutiefst androzentristische Wissenschaft analysiert worden, wobei die Konsequenzen, die dies für Frauen zeitigt, in vielen verschiedenen Grundlagenarbeiten aufgezeigt und nachvollziehbar gemacht worden sind. (vgl. Hurrelmann/Kolip 2002) Der männliche Blick auf die Welt und die Körper hat Frauen, Weiblichkeit und weibliche Körper immer als ‚abnorm‘, d.h. von der männlichen Norm abweichend gesehen und behandelt, so ein zentrales Resümee. Nun aber wird im Laufe der jüngsten Entwicklung mehr und mehr sichtbar, dass auch Männer und männliche Körper von dieser androzentristischen Medizin nicht wahrgenommen werden, es ein großes Nichtwissen bezüglich konkreter und verschiedener männlicher Lebens- und Gesundheitsrealitäten gibt. „Durch den impliziten Androzentrismus, also die Annahme einer männlichen Sichtweise als Standard für Studienergebnisse, methodische Anlage und Interpretation, entsteht noch keine Männergesundheitsforschung, die die spezifischen Gesundheitsprobleme von Männern sensibel und profiliert herausarbeitet. Im Gegenteil wird durch die unbewusst parteiliche Forschung gerade der Blick auf die Besonderheiten des männlichen Geschlechts im Umgang mit Körper und Psyche und bei der

Auseinandersetzung mit sozialen und psychischen Umweltbedingungen verstellt.“
(Kolip/Hurrelmann 2002, 16).

Die Konsequenzen dieser Blindheit bzw. Ignoranz bezüglich der Genderperspektive soll am Beispiel von Depressionen bei Männern kurz illustriert werden. So etwa weisen Winkler, Heiden und Kasper (2004) darauf hin, dass die für männliche Depressionen typischen Symptome in gängigen diagnostischen Manualen nicht aufscheinen, „sodass depressive Syndrome bei Männern wahrscheinlich vielfach unterdiagnostiziert sind. (...) Es gibt Anhaltspunkte dafür, dass bei Männern häufiger Symptome wie Ärgerlichkeit, Irritabilität, Missmutigkeit, Verbitterung, Neigung zu Vorwürfen und nachtragendem Verhalten vorkommen.“ (Winkler/Heiden/Kasper 2004, 95 ff) Insgesamt gäbe es Hinweise, so diese AutorInnen, dass zwischen Depression und Aggression bei Männern ein enger Zusammenhang bestehe. Weiteres zeigen sie die enge Verknüpfung der Charakteristika männlicher Depressionen – etwa erhöhte Risikobereitschaft, Substanzabusus, Ärger-Attacken, keine Emotionalität zeigen - mit den normierten und realitätsstiftenden Männlichkeitsvorstellungen auf. All dies werde jedoch, so ihr Resümee, bei Diagnose und Therapie in Österreich noch weitgehend nicht berücksichtigt.

Wenn aber Kolip und Hurrelmann in Bezug auf die Erfolge der Frauengesundheitsforschung für Deutschland die Einschätzung treffen, „ Dass sich Männer und Frauen in ihrer gesundheitlichen Lage und in ihren gesundheitlichen Bedürfnissen unterscheiden und dass das Geschlecht eine zentrale Variable ist, die den Gesundheitszustand beeinflusst“ und dies „mittlerweile zum gesundheitswissenschaftlichen Basiswissen“ gehöre (Kolip/Hurrelmann 2002, 14), so trifft dies für Österreich noch nicht zu.

Aufgrund überwiegend fehlender Genderkompetenz und der nach wie vor dominierenden Überzeugung der Geschlechtsneutralität von Gesundheitsfragen in Wissenschaft und medizinischer Praxis werden frauen- und mänderspezifische Gesundheitsbedürfnisse überwiegend nicht berücksichtigt. Fehlbehandlungen von Frauen wie Männern sind noch immer in vielen Fällen zu konstatieren. Vor allem aber ist es in Österreich noch nicht – wie etwa in Großbritannien – üblich, bei Gesundheitsdiskursen die sozialen Rahmenbedingungen von Frauen und Männern speziell zu berücksichtigen.

Auch wenn in vielen gesundheitsbezogenen Feldern die Relevanz der Genderperspektive – und dies sowohl in Richtung Weiblichkeits- als auch Männlichkeitsentwürfe - noch nicht adäquat Berücksichtigung findet, weisen dennoch verschiedene Bestrebungen in Wissenschaft und Forschung, in Öffentlichkeitsarbeit und im Bereich von Veranstaltungen (etwa Frauen- und Männergesundheitstage) darauf hin, dass die Genderkategorie zukünftig mehr vom Rand ins

Zentrum der Auseinandersetzungen gerückt werden wird. Die Forderung, dass es hier eine Ausweitung wissenschaftlicher Arbeiten geben solle, um die in vielen Bereichen fehlenden oder mangelhaften Grundlagen zu erarbeiten und diese dann den PraktikerInnen in verschiedenen Bereichen zur Verfügung stellen zu können, wird mittlerweile von verschiedenen Seiten lautstark erhoben.

Schöne neue Märkte

Im Gegensatz zu der sich in Wissenschaft und Gesundheitspolitik erst langsam durchsetzenden Auseinandersetzung mit traditionellen Männlichkeitsentwürfen und den mit diesen einhergehenden Begrenzungen und Belastungen von Männern, aber auch von Frauen, haben diverse Unternehmen diese Entwicklungen längst als Zukunftsmärkte entdeckt und forcieren diese massiv. So etwa stellen die ‚neuen Männer‘ für den Pharma-, den Kosmetik- oder den Wellnessbereich einen ebenso zukunftssträchtigen Markt dar wie für die Schönheitschirurgie. Flankiert und angetrieben wird diese Kommerzialisierung von Werbung und neuen ‚Männer(gesundheits)magazinen‘, die mit ihren Vorstellungen von Männergesundheit deutlich an traditionell-männliche Ideale anknüpfen, wie etwa Leistungsorientierung und Konkurrenz, Fitnesskult oder Potenzzentriertheit. Nunmehr fallen auch die Körper von Männern jener Instrumentalisierung anheim, der Frauenkörper schon seit langem unterworfen wurden, wenn auch untermalt mit anderen Bildern und Sujets. Auffallend ist, wie rigide die Normierungen von Männerkörpern – etwa der Waschbrettbauch, ausgeprägte Bizeps- und sonstige Muskel - ausfallen während behaarte Männerkörper zunehmend tabuisiert und Alterungsprozesse unsichtbar gemacht werden. Real existierende Männerkörper können nur – wenn überhaupt - über schwere Arbeit für diese medial produzierten Bilder von Idealkörpern passfähig gemacht werden können. Das Fazit: Männer sind vom Modediktat und einengender ästhetischer Regulierung eingeholt worden.

Augenfällig ist auch, dass der Versuch, Männer vermehrt für die Beschäftigung mit Gesundheitsfragen zu gewinnen, oftmals an traditionell-hegemonialen Männlichkeitsbildern an- und aufsetzt. So etwa hat der Pfizerkonzern, der unter anderem als Hersteller der Potenzpille Viagra in aller Munde ist, im Jahr 2002 einen ‚Gesundheitstruck‘, einen auffällig gestylten Hightech-LKW, durch eine Reihe deutscher Großstädte geschickt. Männern wurde damit die Möglichkeit eines schnellen Gesundheits-Checks angeboten, der in erster Linie in Messungen (etwa Cholesterin, Body-Mass-Index, Blutdruck) bestand. Zum Abschluss des Gesundheitstests wurde den Männern ein „Vitality-Pass“ (Altgeld o.J.) ausgestellt, wodurch sie gleichsam für

„Lebenskraft und Vitalität“ zertifiziert wurden. Das Messbare ist das Wichtige, scheint sich hier wiederum zu bestätigen.

Auch andere Gesundheitsangebote, die sich speziell an Männer als Zielgruppe wenden, setzen auf altbekannte männliche Attribute und Verhaltensweisen, die weiter oben bereits als Charakteristika hegemonialer Männlichkeit beschrieben wurden: Diäten oder Workout müssen schnell gehen, Körperertüchtigung ist nur in Verbindung mit Leistung und dabei im Vergleich mit anderen Männern denkbar, kurz: Die Instrumentalisierung des Männerkörpers durch Männer erlebt eine weitere Intensivierung. Bezeichnend sind Angebote für spezifische Zielgruppen, etwa Stressseminare für Manager, die selbst wieder stressstimulierend wirken: Hier müssen etwa Checklisten ausgefüllt und gesteckte Ziele mit größter Anforderung und Kraftanstrengung erreicht werden.

Aber auch im engeren medizinischen Bereich ist die Entdeckung männerspezifischer Gesundheitsbelange kritisch zu rezipieren. Die einschlägige Literatur attestiert dieser Tendenz auch eine zunehmende Pathologisierungsfahr. Neuerdings werden beispielsweise bislang auf Frauen beschränkte „Symptome“ – etwa das Klimakterium – für Männer neu entdeckt. Dies geschieht gerade in einer Zeit, in der der wissenschaftliche Beleg publik wurde, dass die Hormonersatztherapie, mit der Frauen in den letzten Jahrzehnten beginnend mit dem Klimakterium als quasi „normaler“ Behandlung konfrontiert worden sind, eine Fehlbehandlung von außerordentlicher Größenordnung und Tragweite darstellt. Die Wechseljahre sind als eine natürliche Phase im Leben von Frauen zu sehen, die prinzipiell keine medikamentöse Behandlung erfordert. Während es also Anzeichen für eine Entpathologisierung des Klimakteriums für Frauen gibt, die durch jahrzehntelange Kämpfe der Frauengesundheitsbewegung vorbereitet und unterstützt worden ist, trifft für Männer aktuell genau das Gegenteil zu. So etwa beschreiben Dietz und Mattheis, zwei Urologen, folgende Symptome des männlichen Klimakteriums: „Faltenbildung, Tränensäcke, Pigmentierung; Gewichtsprobleme, Herz-Kreislauf-Erkrankungen; Prostatavergrößerung; Glatzenbildung und graue Haare.“ (Dietz/Mattheis 2002, 34, zit. nach Altgeld)

4. Conclusio

Die kulturellen Konstrukte von „Männlichkeit“ und „Gesundheit“ sind längst auffällig geworden. Die Ansätze zur Rekonstruktion liegen auf der Hand: Als erstes ist die gesellschaftliche Verantwortung für die Diversifizierung und Enthierarchisierung von Männlichkeitsentwürfen zu nennen, wodurch ein Aufbrechen der hegemonialen Männlichkeitsnormen befördert werden kann, die als zutiefst krankmachend identifiziert worden sind. Dies setzt jedoch einen mit aller Kraft zu verfolgenden Kulturveränderungsprozess voraus, in dem die dominante Geschlechterordnung – dies sowohl auf der symbolischen als auch auf der realen, gesellschaftlichen Ebene – zur Disposition steht. Die Gleichstellung der Geschlechter in unserer Kultur muss real befördert und umgesetzt werden und darf nicht länger rein rhetorisch als Zieldimension fungieren. Die Arbeit an den weiblichen wie männlichen traditionellen Rollenstereotypen ist hier ebenso zu nennen wie die strukturelle Aufhebung des männlichen Geschlechterbonus. Ziel muss die Herstellung der Gleichwertigkeit sein, dies in Bezug auf die Geschlechterdimensionen ebenso wie auf all die anderen sozialen Merkmale, die in unserer Kultur hierarchisierend und somit ein- und ausgrenzend funktionieren.

Des Weiteren bedarf es einer wissensbasierten Auseinandersetzung mit den Gesundheitsvorstellungen in unserer Kultur. Hier ist dem normierten und zugleich normierenden Einsatz der je sozial und kulturell gewünschten Gesundheitskonstrukte besonderes Augenmerk beizumessen. Die jeweils verfolgten Partikularinteressen – wie etwa ökonomische, (bevölkerungs)politische oder disziplinspezifische – sind hierbei in ihrer Wirkungsmacht transparent zu machen. Sichtbar zu machen ist, dass Gesundheit keine naturgegebene, natürliche Größe darstellt, sondern stets in sich verändernde soziale, politische oder ökonomische Konstruktionsprozesse und Interessen eingebettet ist. „Gesundheit ist damit eine Kategorie, die im Schnittpunkt zwischen Gesellschaft und Natur angesiedelt ist und die Kategorie Geschlecht sowohl hinsichtlich gesellschaftlicher Normen als auch in Form biologischer Differenzen enthält.“ (Ellerbrok 2002, 119)

Um diese als langfristig zu bezeichnenden gesellschaftlichen Vorhaben vorantreiben zu können, ist die Erarbeitung und Vermittlung von diesbezüglichem Wissen eine wesentliche Voraussetzung. So ist etwa im Bereich der Medizin die Genderperspektive als zentrale Kategorie in Forschung, Ausbildung, Diagnostik und Therapie zu implementieren. Allerdings gewährleistet die Berücksichtigung der biologischen Unterschiede, wie dies aktuell zumindest bereits vermehrt geschieht, noch keine gendergerechte Medizin. Die Relevanz der sozialen Ordnung der Geschlechterverhältnisse, die mit einengenden Normierungen von Männlichkeits- und

Weiblichkeitsvorstellungen einhergeht, ist demnach als wesentliche Kategorie für Gesundheits- und Körpervorstellungen von Frauen und Männern zu identifizieren und auf ihre Auswirkungen hin zu befragen. Hiefür müssen die AkteurInnen im Gesundheits- und Sozialbereich ebenso sensibilisiert werden wie auch die politischen und medizinischen Systeme diese Kategorie in ihr Handeln aufzunehmen haben.

Im Grundlagenwissen sind vielfältige Lücken zu schließen. „Langfristig ist in allen Gesundheitsforschungsbereichen eine gendersensible Betrachtung anzustreben, um den Bedürfnissen von Frauen *und* Männern gerecht zu werden.“ (Kolip/Hurrelmann 2002, 17)

Insgesamt braucht es jedoch auch die einzelnen Frauen und Männer, die sich auf diese Prozesse einlassen und diese aktiv mitgestalten. Das Unbehagen an den herrschenden Verhältnissen, das mehr und mehr Frauen, aber auch Männer ob immer eindimensionaler werdender Lebensmöglichkeiten, die von immer mehr Druck und Belastungen begleitet werden, mag meines Erachtens dafür eine wichtige Motivation darstellen, über Möglichkeiten eines anderen Lebens, das von Gleichwertigkeit und Würde geprägt ist, nicht nur nachzudenken, sondern aktiv dafür einzutreten. Auch wenn dabei viele bis dato zu realisierenden - vielleicht auch scheinbare - Vorteile zurückgelassen werden sollten, wie dies überwiegend für Männer zutrifft, scheinen die Dimensionen von erfüllten, auf Selbstbestimmung und Bedürfnisorientierung hin zentrierten Lebensentwürfen einen großen Gewinn für das Leben von Individuen, und damit zugleich für die Gesellschaft als Ganzes zu versprechen.

Literaturangaben

Braun, Christina von (2000), Gender, Geschlecht und Geschichte, in: Braun, von/Stephan (Hrsg.) (2000), 16-57

Braun, Christina von/Inge Stephan (Hrsg.) (2000), Gender Studien, Eine Einführung, Stuttgart

Bruch, Hilde (1994), Essstörungen, Zur Psychologie und Therapie von Übergewicht und Magersucht, Frankfurt/M.

Buchinger, Birgit/Beate Hofstadler (2004), Körper – Leben – Träume, Geschlechterperspektiven von jungen Frauen und Männern, Eine qualitative Untersuchung, unter Mitarbeit von Ulrike Gschwandtner und Heinz Schoibl, Wien

Connell, Robert W. (1999), Der gemachte Mann, Konstruktion und Krise von Männlichkeiten, Opladen

Denker, Thorsten (1998), Männer - hart, gefühlsarm, gewalttätig, Eine Gleichberechtigungskonferenz des Bundesfrauenministeriums untersuchte die Emanzipation als Herausforderung für Männer, in: TAZ, Nr. 5445 vom 30.01.1998, 6

Ellerbrok, Dagmar (2002), Geschlecht, Gesundheit und Krankheit in historischer Perspektive, in: Hurrelmann/Kolip (Hrsg.) (2002), 118-141

Forster, Edgar (2004), Die alte Leier vom ‚neuen Mann‘, Männlichkeitspolitik und Männerarbeit - ein Überblick, In: Wiener Zeitung, 19.03.2004

Foucault, Michel (1976), Die Geburt der Klinik, Eine Archäologie des ärztlichen Blicks, Frankfurt/Main

Foucault, Michel (1986), Sexualität und Wahrheit, Bd. 1, Der Wille zum Wissen, Frankfurt/Main

Goldberg, Herb (1986), Der verunsicherte Mann, Hamburg

Hertzfeldt, Hella/Katrin Schäfgen/Silke Veth (Hrsg.) (2004), Geschlechterverhältnisse, Analysen aus Wissenschaft, Politik und Praxis, Berlin

Hofstadler, Beate/Birgit Buchinger (2001), KörperNormen – KörperFormen, Männer über Körper, Geschlecht und Sexualität, Wien

Hollstein, Walter (1999), Mannsein - eine hoch- riskante Lebensform, in: Deutscher Frauenrat (Hg.), Adams nachhaltige Erneuerung, Männerhearing, Dokumentation, Schriftenreihe Weltfrauenkonferenz, Bonn, 26-29

- ders. (2002), Der Mann als Täter und Opfer, in: Hurrelmann/Kolip (Hrsg.) (2002), 53-66
- Hurrelmann, Klaus/Petra Kolip (Hrsg.) (2002), Geschlecht, Gesundheit und Krankheit, Männer und Frauen im Vergleich, Bern/Göttingen/Totonto/Seattle
- Kolip, Petra/Klaus Hurrelmann (2002), Geschlecht – Gesundheit – Krankheit: Eine Einführung, in: Hurrelmann/Kolip (Hrsg.) (2002), 13-31
- Schmerl, Christiane (2002), Die Frau als wandelndes Risiko, in: Hurrelmann/Kolip (Hrsg.) (2002), 32-52
- Schofield, Toni/Robert W. Connell/Linley Walker/Julian F. Wood/Dianne L. Budland (2002), Das Konzept des Geschlechterverhältnisses in Forschung, Politik und Praxis, in: Hurrelmann/Kolip (Hrsg.) (2002), 67-86
- Scholz, Sylka (2004), „Hegemoniale Männlichkeit“ – Innovatives Konzept oder Leerformel, in: Hertzfeldt/Schäffgen/Veth (Hrsg.) (2004), 33-45
- Kimmel, Michael S. (1993), „Sollen, können, wollen Männer den Feminismus unterstützen?“, In: Test the West, Reader zur Tagung Geschlechterdemokratie und Gewalt, Wien
- Prömper Hans (2003), Emanzipatorische Männerbildung, Grundlagen und Orientierungen zu einem geschlechtsspezifischen Handlungsfeld der Kirche, Reihe: Glaubenskommunikation zeit zeichen Band 12, Ostfildern
- Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (1999) (Hrsg.), Sport und Gesundheit, Die Auswirkungen des Sports auf die Gesundheit, Eine Sozio-ökonomische Analyse, Wien
- Violi, Enrico (2003), Männer, Männlichkeit und Gesundheit, in: AIDS INFOTHEK 2/2003 (URL: www.aidsdoc.info, Zugriff: 17.03.2005)
- Walter, Willi (2000), Gender, Geschlecht und Männerforschung, In: Braun, von/Stephan (Hrsg.) (2000), 97-116

Zur Autorin

Birgit Buchinger, Drⁱⁿ phil., lebt als Sozialwissenschaftlerin und Organisationsentwicklerin in Salzburg und ist Gesellschafterin der Firma Solution, Sozialforschung & Entwicklung. Sie hat langjährige Forschungs-, Evaluierungs-, Trainings- und Entwicklungserfahrung in den Bereichen Gesundheit, Arbeitswelt, Wissenschaft, Frauen- und Genderforschung und Gender Mainstreaming. Kontakt: buchinger@solution.co.at; www.solution.co.at