

Matthias Stiehler

Herrschende (männliche) Wertvorstellungen: Ihre Auswirkungen auf die schichtspezifische und geschlechtsspezifische Gesundheitsproblematik

Der vorliegende Aufsatz befasst sich mit zwei Bereichen, die innerhalb der Gesundheitswissenschaft zunehmend thematisiert, jedoch in ihren Konsequenzen kaum zusammengedacht werden:

1. Auswirkungen sozioökonomischer Ungleichheit auf die Gesundheit,
2. spezifische Gesundheitsprobleme von Männern.

Die Schwierigkeit der Analyse besteht darin, dass gesundheitliche Ungleichheit in Bezug auf die sozioökonomische Lage „als Ergebnis ungleicher Chancenzuweisungen“⁴ verstanden wird, während geschlechtsspezifische Unterschiede anders interpretiert werden: „Obwohl für Männer durchweg eine geringere Lebenserwartung und höhere Mortalität für zahlreiche Diagnosen nachgewiesen ist, wird in der Literatur keine Benachteiligung der Männer konstatiert, und keine Besserstellung der Frauen. Im Gegenteil argumentieren Analysen über frauenspezifische krankheitsfördernde Belastungen, dass Gesundheitsrisiken nachhaltig als Aspekt der Ungleichheit – und zwar zu Ungunsten der Frauen – zu erkennen seien.“²

Es ist sofort einsichtig, dass dieser Widerspruch nicht einfach aufzuheben ist, etwa mit der Behauptung, die Männer seien das unterdrückte Geschlecht oder die sozioökonomischen Unterschiede stellten keine Benachteiligung dar. Trotzdem müssen beide Bereiche in ein einheitliches Verständnis überführbar sein, da sonst die Argumentation des einen die des anderen aufhebt. Als Ergebnis wird eine vertiefte Einsicht in die Genese gesundheitlicher Ungleichheit angestrebt, um daraus auch Schlussfolgerungen für die Praxis der Gesundheitsförderung ziehen zu können.

1. Sozioökonomische Ungleichheit und Gesundheitszustand

Es besteht kein Zweifel, dass die soziale Schicht Auswirkungen auf die Gesundheit hat. Um nur einige Fakten zu nennen: Die Sterblichkeit liegt bei geringem Einkommen im Altersbereich von 30 bis 59 besonders hoch³. Doppelt so viele Sozialhilfeempfänger wie Erwerbstätige geben an, krank oder unfallverletzt zu sein⁴. Verglichen mit den oberen Einkommensgruppen geben Männer und Frauen der unteren Gruppe 1,9mal bzw. 1,7mal häufiger an, ihr Gesundheitszustand sei weniger gut oder gar schlecht⁵. Fast dreimal so viele Männer der unteren Einkommensgruppen (gegenüber besser verdienenden Männern) fühlen sich durch Krankheit in ihren alltäglichen Aktivitäten behindert⁶. Sozioökonomische Unterschiede –

¹ Gerhardt, 1991, 205

² ebd.; vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2001

³ Klosterhuis/Müller-Fahmow, 1994, 325

⁴ Statistisches Bundesamt (BRD), 1998

⁵ Helmert et al., 1997, 281

⁶ ebd.

zumeist durch das Schichtmodell benannt und durch Merkmale wie Bildung, berufliche Stellung und Einkommen operationalisiert – haben einen wesentlichen Einfluss auf die Gesundheit und werden als solche zentral hervorgehoben⁷.

Nicht so einfach ist es jedoch, den ursächlichen Zusammenhang zwischen Schichtzugehörigkeit und Gesundheit aufzudecken und zu verstehen. Hierfür ist eine differenzierte Sicht notwendig. Bei einem Vergleich verschiedener Krankheiten und deren schichtspezifischem Vorkommen stellte Helmert fest, dass Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Bandscheibenschäden und Chronische Bronchitis bei Unterschichtsmitgliedern deutlich häufiger vorkommen als in der Oberschicht. Bei Allergien ist das umgekehrte Verhältnis der Fall⁸. Dieser Befund zeigt, dass nicht von einem einfachen linearen Zusammenhang – geringes Einkommen ergibt unmittelbar gesundheitliche Benachteiligung – ausgegangen werden kann. Vielmehr muss die Genese von Krankheiten betrachtet und auf die Schichtspezifik angewandt werden.

Die Krankheiten, die bei unserem Thema in den Blick kommen, sind sozial bedingte, also nicht genetisch oder anderweitig biologisch determinierte Erkrankungen. Das heißt, sie treten in bestimmten sozialen Gruppen besonders häufig auf, weil diese Gruppen spezifischen Umwelteinflüssen oder sozialem Druck ausgesetzt sind, die die Wahrscheinlichkeit des Auftretens dieser spezifischen Krankheiten erhöht.

Dies lässt sich sehr gut am Beispiel der Allergien aufzeigen: Allergien waren ursprünglich eine Krankheit des Adels, haben im vergangenen Jahrhundert jedoch eine stärkere Ausbreitung erfahren. Als Ursache werden die gestiegenen Hygienebedingungen angesehen⁹. Da kleine Kinder zunehmend sauberer gehalten werden („Mach dich nicht so dreckig!“), kann ihr Immunsystem bei verschiedenen Faktoren keine ausreichende Kraft entwickeln. Die Gefahr steigt, dass diese Kinder später auf bestimmte Reizstoffe allergisch reagieren. Der Grund für ein erhöhtes Auftreten von Allergien in oberen sozialen Schichten liegt also darin, dass bestimmte Sauberkeitsstandards in diesen gesellschaftlichen Gruppen besonders gepflegt werden. Die Lebensweise hat sich dahingehend entwickelt, dass das Aufkommen dieser spezifischen Krankheit befördert wird. Notwendig ist bei einer Analyse sozialer Ursachen jedoch, dass nicht nur unterschiedliche Lebensweisen betrachtet werden, sondern dass nach den Gründen gefragt wird, warum diese Lebensweisen praktiziert werden und für diese soziale Gruppe notwendig sind.

Es stellt sich jedoch die Frage, ob nicht eine ganze Reihe zusätzlicher Faktoren eine soziale Gruppe und deren gesundheitlichen Status ausmachen. In der Literatur wird diese Schwierigkeit bei der Analyse schichtspezifischer Gesundheitsunterschiede thematisiert. So werden in unserer zunehmend individualisierenden Gesellschaft¹⁰ vertikale Differenzierungen (sozioökonomischer Status) von horizontalen durchdrungen¹¹. Hierzu zählen Alter, Geschlecht, Nationalität, Religion u.a.m.¹². Entsprechend gibt es theoretische Modelle, deren Ausgangspunkt in der Behauptung liegt, der schichtsoziologische Blick sei zu eng, zu grob, zu deterministisch und zu statisch¹³. „Eine Analyse sozialer Ungleichheit kommt ... keineswegs notwendigerweise zum Ergebnis eines durchgehenden gesellschaftlichen Oben und Unten. Sie zwingt zur Aufgabe eingefahrener, rein vertikaler Denkschemata.“¹⁴ Diese Modelle versuchen, eine Vielzahl von Bedingungen zusammenzufassen und aufeinander zu beziehen, die eine bestimmte Lebenslage produzieren und im Gesamtkomplex Auswirkungen auf gesundheitliche Ungleichheit haben. Zu nennen ist beispielsweise das soziologische Modell der Lebensstile¹⁵. „Auf Grund der zunehmenden Auflösung schichtspezifischer Verhaltensweisen sollen Lebensstil-Modelle die

⁷ Wydler, 1997

⁸ Helmert, 1994, 195ff.

⁹ Weiland et al., 1999; Mutius et al., 1999

¹⁰ Beck, 1986

¹¹ Mielck, 1994, 15

¹² Hradil, 1994, 381

¹³ ebd. 381f.

¹⁴ ebd. 384

¹⁵ ebd. 387; Pientka, 1994

damit einhergehenden Erklärungslücken füllen. Dadurch soll die Möglichkeit eröffnet werden, den wachsenden Differenzierungstendenzen (post)moderner Gesellschaften Rechnung zu tragen.¹⁶ Die Zielrichtung dieser Argumentation ist klar und einleuchtend. Sie liegt in einer umfassenden Analyse gesundheitlicher Lebenslagen und ist daher für die Praxis der Gesundheitsförderung unabdingbar. Jedoch hilft eine, die Vielzahl von Faktoren einbeziehende Sichtweise kaum, die Bedeutung einzelner Faktoren aufzuzeigen. Das Ursachengeflecht wird so komplex, dass einzelne Themen aus dem Blick geraten können.

Wenn also im Folgenden an der Betrachtung vertikaler Ungleichheit festgehalten wird, dann soll die Komplexität und Differenzierung heutiger Lebenslagen nicht negiert werden. Es nützt jedoch nichts, wenn beispielsweise festgestellt wird, dass Männer in Ostdeutschland eine deutlich geringere Lebenserwartung gegenüber Frauen in Westdeutschland haben, wenn nicht zugleich gefragt wird, was die Spezifik Ostdeutschlands (gegenüber Westdeutschlands) und die Spezifik der männlichen Lebensweise (gegenüber der weiblichen) ist.

Dieses Beispiel soll zugleich zum Thema Männergesundheit überleiten, um unserer Analyse vertikaler Ungleichheit einen wesentlichen Faktor horizontaler Differenzierung gegenüber zu stellen. Dabei geht es zunächst also nicht um eine umfassende und komplexe Sichtweise, sondern um ein tieferes Verständnis der Bedeutung einzelner Faktoren für die Genese gesundheitlicher Ungleichheit.

2. Männergesundheit als gesellschaftlich brisantes Thema

Es gibt in den westlichen Industriegesellschaften vermutlich kaum ein Faktor, der stärker auf die gesundheitliche Situation Einfluss hat, als das Geschlecht. Diese Behauptung lässt sich zunächst ganz allgemein vertreten, da sich bei fast allen gesundheitlichen Markern geschlechtsspezifische Ungleichheiten feststellen lassen¹⁷. Diese sind zum Teil biologisch-anatomisch bestimmt, zum Teil sind sie Ausweis unterschiedlicher Lebenslagen¹⁸. Bei einer Betrachtung der Mortalitätsraten zeigt sich jedoch, dass gesundheitliche Differenzen sehr ungleich auf die Geschlechter verteilt sind: So betrug 1994 die Differenz in der Lebenserwartung zwischen Frauen und Männern in Deutschland 6,5 Jahre zuungunsten der Männer¹⁹. „Bemerkenswert ist die höhere Mortalität der Männer in jedem Lebensalter. Während ihre Mortalität in der Gruppe bis zum 15. Lebensjahr und bei den über 65-Jährigen nur moderat erhöht ist, übertrifft sie im Lebensalter von 15 bis 65 Jahren die der Frauen um mehr als das Doppelte.“²⁰ Besonders signifikant sind die Differenzen der Sterbeziffern bei Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems, bei Bösartigen Neubildungen, Verletzungen und Vergiftungen, Krankheiten der Leber und der Atmungsorgane²¹.

Doch auch bei einer Betrachtung gesundheitlicher Unterschiede über das Merkmal Geschlecht, die sich valide an der Mortalitätsrate aufzeigen lassen, ist noch nichts über deren Ursachen gesagt. Zwar lassen sich biologische Determinanten feststellen, wie beispielsweise die altersbedingte X-chromosomale Reaktivierung, von der Frauen auf Grund ihrer doppelten Ausstattung mit X-Chromosomen profitieren²². Doch weisen zahlreiche Befunde darauf hin, dass die Unterschiede in der Mortalitätsrate stark von der Lebenslage beeinflusst werden. So zeigen sich länderspezifische Unterschiede (in Indien lag die Differenz der Lebenserwartung zwischen Frauen und Männern 1985 nur 0,3 Jahre zuungunsten der Männer²³), aber auch zeitliche Entwicklungen. Vor 100 Jahren betrug beispielsweise der Unterschied in der

¹⁶ Pientka, 1994, 400

¹⁷ vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2001

¹⁸ Klotz, 1998

¹⁹ ebd. 12

²⁰ Merbach et al., 2001, 241

²¹ Bundesministerium für Gesundheit, 1999

²² Klotz, 1998, 74ff.

²³ ebd. 12

Lebenserwartung zwischen Frauen und Männern etwa 3 Jahre und hat sich somit in dieser Zeit mehr als verdoppelt. Insbesondere die Tatsache, dass der Unterschied in der Mortalitätsrate im mittleren Lebensalter besonders hoch ist, weist auf ungleiche Lebenslagen von Männern und Frauen hin.

Weitere epidemiologische Befunde, die auf einen Lebenslageaspekt gesundheitlicher Unterschiede zwischen den Geschlechtern verweisen:

- Die Selbstmordrate ist in Deutschland in allen Altersgruppen bei Männern mehr als doppelt so hoch als bei den Frauen²⁴,
- die Zahl der Verkehrsunfälle liegt in der Altersgruppe von 15 bis 25 bei Männern fast um das Vierfache über der der Frauen²⁵,
- Männer trinken mehr Alkohol und rauchen mehr,
- nehmen jedoch deutlich seltener gesetzliche Leistungen der Früherkennung von Krankheiten in Anspruch²⁶.

So lässt sich konstatieren, dass Männer sehr viel weniger gesundheitsbewusst leben. Die erste Schlussfolgerung kann daher lauten: Um das gesundheitliche Ungleichgewicht zwischen den Geschlechtern zu verringern, müssen Männer ihr Verhalten ändern. Es geht darum, dass sie weniger rauchen und trinken, sich mehr bewegen, nicht krankmachend viel arbeiten und die sorgenvollen Appelle der Ärzteschaft befolgen, die angebotenen Vorsorgeuntersuchungen wahrzunehmen.

In der Gesundheitswissenschaft ist jedoch seit längerer Zeit die alleinige Propagierung von Verhaltensänderungen umstritten. Es ist festgestellt worden, dass die Erfolge begrenzt und von kurzer Zeitdauer sind²⁷. Daher wurde (und wird) gefragt, worin die Ursachen für gesundheitsschädigendes Verhalten liegen und was dieses Verhalten so zählebig macht.

In einer Studie über das Rauch- und Trinkverhalten von Jugendlichen zeigte Franzkowiak auf, dass gesundheitsriskantes Verhalten nicht isoliert betrachtet werden darf, sondern im Gesamt des Lebens verstanden werden muss²⁸. Zentral ist dabei die Aussage, dass es sich bei diesem Verhalten um Bewältigungsverhalten handelt. Das heißt, dass dieses Verhalten, das vom medizinischen Standpunkt her als schädlich angesehen wird, dazu dient, das eigene Leben in einer lebbareren Balance zu halten. Es sind demnach die Bedingungen, die gesundheitsschädigendes Verhalten auslösen. Diese Aussage der Gesundheitswissenschaft wird durch Erkenntnisse der Psychologie gestützt. So beschreibt Holzkamp als einen wichtigen psychologischen Leitgedanken: „Kein Mensch kann gegen seine Interessen handeln.“²⁹

Es stellt sich daher die Frage nach den Bedingungen, die gesundheitsriskantes Verhalten produzieren. Diese Frage ist schon daher interessant, weil es nicht um Einzelpersonen und ihr jeweils individuelles Leben geht, sondern um eine soziale Gruppe, die etwa die Hälfte der Gesellschaft ausmacht: die Männer. Was unterscheidet also deren Lebensbedingungen von denen der Frauen?

3. Männliche Sozialisation: Selbstschädigung als Bewältigungsverhalten

Zunächst lässt sich eine einfache Antwort finden: Männer sind die Macher. Sie sind diejenigen in unserer Gesellschaft, die zentrale Macht- und Verantwortungspositionen inne haben und die ihren Lebenssinn darin sehen, diese Positionen zu erreichen und auszufüllen. Männer sind – ganz allgemein gesprochen – davon beseelt, die (äußere) Welt zu gestalten, zu verändern und – im Sinne eines Fortschrittsglaubens – voranzubringen. Dieses Bestreben hat zwei Seiten: Es führt in Machtpositionen, vor allem bestimmt es zentrale Werte unserer Gesellschaft. Und es ist

²⁴ Brähler et al., 2001, 21

²⁵ ebd. 22

²⁶ ebd. 23ff.

²⁷ Laaser et al., 1993

²⁸ Franzkowiak, 1986

²⁹ Holzkamp, 1991, 87

eine Haltung des Dienens und des sich Aufopfrens. Die Genugtuung der Macht und der Verantwortung wird erkauf durch einen Raubbau an der eigenen Person. Die Fixierung auf die äußere Welt geht auf Kosten der eigenen inneren Welt. Diese Haltung ist den meisten Männern tief eingeschrieben, sie macht ihre Charakterstruktur³⁰ aus. Bei einer Frage nach den Gründen für diese Haltung muss daher nach der Entstehung, also nach den Sozialisationsbedingungen gefragt werden.

Die amerikanische Soziologin Chodorow analysiert in ihrem Buch „Das Erbe der Mütter“³¹ die Rolle der Mutter bei der Erziehung der Kinder. Sie hebt dabei zum einen die zentrale Rolle hervor, die die Mutter in der Sozialisation der Kinder spielt. Zum anderen geht sie den Unterschieden in der Beziehung der Mütter zu ihren Söhnen und Töchtern schon in frühester Kindheit nach.

Bei einem Vergleich der Rolle der Väter und der Mütter für die Kinder stellt sie fest: „Wie bereits dargestellt wurde, werden Väter oft während der präödpalen Jahre für Kinder beiderlei Geschlechts zu äußeren Anlehnungsfiguren. Die Beziehung ist aber weit weniger intensiv und ausschließlich als die zur Mutter, und Väter sind von Anfang an separate Menschen und etwas ‚Besonderes‘. Aus diesem Grund werden die Repräsentationen der Vaterbeziehung nicht auf die gleiche Weise verinnerlicht und sind nicht im gleichen Maß wie die Repräsentationen der Beziehung zur Mutter ambivalent, verdrängt und in gute und schlechte Aspekte aufgespalten; sie bestimmen auch nicht im gleichen Maß die Identität einer Person und ihr Selbstgefühl.“³² (ebd. 128)

Von dieser – auf Erkenntnissen der Psychoanalyse basierenden – Aussage ausgehend fragt Chodorow, was diese Konstellation auf Grund der Geschlechtlichkeit der Mutter für Auswirkungen auf die Entwicklung von Jungen und Mädchen hat. Sie rezipiert dabei eine Reihe von Untersuchungen, die keine signifikanten Unterschiede in der Haltung der Mütter gegenüber ihren Söhnen und Töchtern feststellen. Doch sie kritisiert, dass bei diesen Untersuchungen in erster Linie Quantifizierungen vorgenommen werden. „Die Unterschiede, die ich meine (und die von Psychoanalytikern zunehmend wahrgenommen werden), sind Unterschiede in Nuancen, Tönungen, Qualitäten.“³³ Es „gibt zunehmend Beweise dafür, dass die grundlegende Einstellung der Mutter und ihre Behandlung der Kinder von Anfang an und immerfort sich nach dem Geschlecht des Kindes unterscheidet.“³⁴

Den entscheidenden Unterschied fasst Chodorow in einem Satz zusammen: „Es scheint, als würden Mädchen zum Selbst der mütterlichen Phantasie und nähmen sich auch selbst so wahr, während Knaben zum jeweils Anderen würden.“³⁵ Mädchen werden in der Identifikation mit der Mutter gehalten, wobei diese Beziehung – gerade auf Grund der Identifikation – von wenig Empathie begleitet ist³⁶. Dieses Verhältnis der Mutter zu ihrer Tochter lässt sich in dem Satz zusammenfassen: „Du bist wie ich. Ich weiß, was du brauchst – nämlich das, was ich brauche.“ Die daraus folgende Identifikation der Tochter mit der Mutter, die die Identität der Tochter bestimmt, kann weit reichende Folgen haben – manchmal bis zur Übernahme von Krankheiten der Mutter durch die Tochter³⁷.

Jungen hingegen werden schneller aus der Mutter-Kind-Symbiose entlassen³⁸. Sie sollen der Mutter ein Gegenüber sein, der Andere, der die Erwartungen der Mutter, die sie ursprünglich auf ihren Partner (auch im Sinne einer Vaterübertragung) richtete, erfüllt. Dabei geht es nicht unbedingt um eine offen sichtbare Konstellation des Partnerersatzes, sondern um die diffizile Erwartung der Mutter an den Sohn, für ihre Bedürfnisse und unerfüllten Sehnsüchte da zu sein.

³⁰ Reich, 1971a

³¹ Chodorow, 1994

³² ebd. 128

³³ ebd. 130

³⁴ ebd.

³⁵ ebd. 136

³⁶ vgl. ebd. 133ff.

³⁷ ebd. 135

³⁸ ebd. 137

Die häufig vorhandene Empathie der Mutter gegenüber ihrem Sohn/ihren Söhnen ist dabei als das zentrale Druckmittel anzusehen, das sich zugleich gegen den Vater richtet: „Du, mein lieber Sohn, sollst einmal ein besserer Mann sein als dein Vater!“³⁹. In dieser Konditionierung des Sohnes durch die Mutter liegt der Ursprung der Außenorientierung, die für die Identität von Männern so kennzeichnend ist. Die meisten Jungen wachsen in der Erwartung der Mutter auf, sie sollen der eigentliche Partner der Mutter sein und sie müssten sie beschützen – gegen Angriffe von außen, gegen das Leid der Welt. Dem männlichen Wunsch, ein Held zu sein, liegt also nicht unbedingt das Bestreben zu Grunde, sich in dieser Welt auf eine gute, lebendige und männliche Weise zu behaupten, sondern die Mutter zu schützen. Damit wird die Aggressivität von Männern eine Aggressivität gegen andere, sie wird destruktiv.

Es führt an dieser Stelle zu weit, die Rolle des Vaters in diesem Prozess zu betrachten, der selbst – pauschal gesagt – ein solcherart konditionierter Mann ist. Es soll jetzt auch nicht auf die Kränkungen der Mutter eingegangen werden, die sie erlebt haben muss, damit sie sich in der genannten Weise verhält. Es geht auch nicht darum, die Situation der Jungen und die der Mädchen gegeneinander aufzuwiegen. Es lässt sich nicht einmal behaupten, dass die angesprochene Konditionierung alle Jungen betrifft und es bei Mädchen immer anders wäre. Die Beschreibung ist vielmehr soziologisch zu verstehen. Vielleicht sollte besser von „männlicher Variante“ und „weiblicher Variante“ gesprochen werden, die jedoch ebenso Menschen des anderen Geschlechts betreffen kann⁴⁰. Aber betrachten wir auf einer generalisierenden Ebene die Gründe, warum sich Männer gegenüber der eigenen Gesundheit destruktiv verhalten, dann spielt die in früher Kindheit angelegte Außenorientierung – dann spielt der beschriebene Satz „Du bist dann richtig, wenn du darauf achtest, wie es Mutter geht“ – eine entscheidende Rolle in der Sozialisation von heranwachsenden Männern.

Diese sehr frühe Konditionierung hat Auswirkungen auf die Art und Weise, mit der die heranwachsenden Jungen und späteren Männer sich selbst betrachten und der Welt gegenüber treten. Böhnisch/Winter arbeiteten in ihrem Buch zur männlichen Sozialisation Grundprinzipien heraus, mit denen Männer versuchen, ihr Mannsein zu gestalten: „Als durchgängiges Grundmuster männlicher Sozialisation und Lebensführung gilt das Prinzip ‚Externalisierung‘. ... Externalisierung meint die Zurichtung auf männliche Außenorientierung; sie bewirkt ein Nach-Außen-Verlagern von Wahrnehmung und Handeln, gekoppelt mit Nicht-Bezogenheit als Ausdruck für einen Mangel an Bindungen und Verbindungen zu sich selbst, zu individuellen Anteilen und zur eigenen Geschichte, sowie zu anderen Personen.“⁴¹ Weitere, sich aus der Externalität ergebende Prinzipien sind „Gewalt“, „Benutzung“, „Stummheit“, „Alleinsein“, „Körperferne“ und „Rationalität“⁴².

Diese Prinzipien stellen keine biologischen Vorgaben dar. Es ist höchstens von geschlechtsspezifischen Dispositionen auszugehen, die im Sozialisationsprozess verstärkt und ausgebaut werden⁴³. Die Prinzipien sind als Bewältigungsverhalten zu verstehen, mit dem versucht wird, seelische Stabilität zu erreichen, also die im Sozialisationsprozess erworbene Identität zu bewahren⁴⁴.

Neben einer Reihe sozialer Folgen, etwa für Partnerschaftsfähigkeit und Gestaltung sozialer Netzwerke⁴⁵, sind diese Bewältigungsmuster auch problematisch für die Gesundheit der Betroffenen. Sie verweisen auf eine zentrale gesundheitsgefährdende Verhaltensweise: die Nichtwahrnehmung des eigenen Körpers und der eigenen Gefühle. Dies ist als ein wesentliches Element männlicher Identität in unserer heutigen Gesellschaft zu konstatieren. Es zeigt an, dass für Männer gesundheitsbezogenes Verhalten nicht nur nicht im Mittelpunkt ihrer Absichten

³⁹ vgl. Miller, 1983, 355

⁴⁰ vgl. Nestmann/Stiehler, 1998, 283ff.

⁴¹ Böhnisch/Winter, 1993, 129

⁴² ebd. 129ff.

⁴³ Tillmann, 1993, 42ff.

⁴⁴ Stiehler, 2002, 51ff.

⁴⁵ Nestmann, 1991

steht, sondern dass wesentliche, in der Sozialisation erworbene Verhaltensmuster positivem Gesundheitshandeln unmittelbar entgegenstehen. Ihre Wirkung richtet sich dabei sowohl nach innen als auch nach außen. Nach innen, weil sie sich gegen die Männer selbst wenden, nach außen, weil damit zentrale Werte unserer Gesellschaft definiert werden.

Nach innen bewirken die genannten Prinzipien eine Entwertung von Männlichkeit⁴⁶. Die Nichtbeachtung des eigenen Körpers und die Nichtwahrnehmung der eigenen Gefühle entfremden nicht nur von sich selbst, sie bewirken auch ein mangelndes Selbstbewusstsein, eine Geringschätzung des eigenen Selbst. Kompensiert wird diese Ich-Schwäche⁴⁷ durch besondere Dienstfertigkeit gegenüber den Ersatzmüttern der erwachsenen Welt: Firma und Partnerin – hierzu sind auch die allzu eifrigen männlichen Streiter für den Feminismus zu rechnen. Oder durch besonders heftige Abwehr eigener Schwäche, die bis zur Gewalttätigkeit führt⁴⁸. Die Gewalt beginnt jedoch nicht erst durch tätige Gewalt nach außen, sie hat ihren Ursprung in der selbstentwertenden und damit autoaggressiven Haltung nach innen.

Die männliche Gesundheitsproblematik ist also kein unfreiwilliges Nebenprodukt patriachaler Strukturen, sie ist in der gegenwärtig konstituierten westlichen Gesellschaft unmittelbar dazugehörig. Der Raubbau am eigenen Körper und der eigenen Seele, die bei Männern in besonderer Weise festzustellen ist, entsprechen der Gewalttätigkeit gegenüber anderen und der Naturzerstörung unserer kapitalistischen Welt⁴⁹. Und dabei ist nicht eine vermeintliche männliche Stärke als auslösend zu betrachten, sondern die männliche Ich-Schwäche, die untergründige Entwertung von Männlichkeit.

4. Das herrschende Wertesystem als Ursache gruppendifferenzierender Gesundheitssituationen

Wenn festgestellt werden muss, dass männliche Ich-Schwäche durch Anpassung an externe Anforderungen („Übertragungsmütter“⁵⁰) bzw. durch Abwehr eigener Schwäche kompensiert werden muss, dann sind auch die Folgen für unsere Gesellschaft zu benennen, in der Männer wesentliche Führungspositionen inne haben. Es entwickeln sich zentrale Werte, die über den persönlichen Bereich hinaus das gesellschaftliche Leben bestimmen. Zu nennen sind in unserem Zusammenhang vor allem ein gesteigerter Leistungsdruck und Konkurrenz. Beide finden ihren Maßstab in externalen Kategorien materiellen Wohlstands. Das heißt, dass sich aus den männlichen Verhaltensweisen ein gesellschaftliches Gefüge entwickelt, das wiederum Auswirkungen auf andere Kategorien gesellschaftlicher Differenzierung hat, beispielsweise und nicht zuletzt auf die unterschiedliche Teilhabe am gesellschaftlichen Wohlstand. Dabei bildet sich die Kompensation eigener Schwäche durch externalen Leistungen zu einer Entwertung gesellschaftlich Schwacher bzw. Schwächerer oder auch nur vermeintlich Schwächerer. Die Probleme, die sich aus dem innergesellschaftlichen Wohlstandsgefälle ergeben, sind demnach Ergebnisse eines Vergleichs und der darin enthaltenen Abwertung der vermeintlich Unterlegeneren⁵¹.

Die gesellschaftliche Schichtdifferenzierung lässt sich in den westlichen Industrienationen nur in vergleichsweise seltenen Fällen als ein Problem existentieller Armut verstehen. Verhungern als radikalstes Zeichen dieser Armut ist in unserem Teil der Welt selten. Es ist dagegen von einem allgemeinen Druck auszugehen, der sich aus der relativen sozioökonomischen Position ergibt. Leistung und der daran gekoppelte Maßstab materiellen Besitzes (ohne dass materieller Besitz wirklich das Geleistete adäquat widerspiegelt) definieren – ganz im Sinne früher männlicher Sozialisation – Glück und Lebenssinn und wirken so ent- und belastend auf die Identität der jeweils Betroffenen.

⁴⁶ Stiehler, 2000, 77ff.

⁴⁷ Hoffmann/Hochapfel, 1987, 38f.

⁴⁸ Lenz, 2000

⁴⁹ Reich, 1971b, 11ff.

⁵⁰ vgl. Hoffmann/Hochapfel, 1987, 19ff.

⁵¹ Schär et al., 1999, 194

Aus dieser Wertekonstellation ergeben sich die unterschichtspezifischen Gesundheitsprobleme. Sie sind weniger ein Ergebnis fehlender materieller Ressourcen⁵². Immerhin sind die Gesundheitssysteme in Deutschland und in der Schweiz zumindest derzeit so gestaltet, dass eine optimale medizinische Versorgung für alle gewährleistet ist bzw. nicht an Armut scheitert. Auch wenn die Tendenz zuzunehmen scheint, dass es hier zu einer Entsolidarisierung kommt und strukturelle Probleme des Gesundheitssystems individualisiert werden (man denke nur an die politische Debatte über eine kassenfinanzierte Grundversorgung und eine selbstfinanzierte Zusatzversorgung in Deutschland), so liegt doch das zentrale Problem schichtspezifischer Gesundheitsunterschiede nicht unmittelbar in unterschiedlichen Besitzständen begründet. Es liegt auch nicht an einem geringerem Gesundheitswissen auf Grund des niedrigeren Bildungsstandes in Unterschichten. Diese Variable wird durch andere ausgeglichen. So stellen Mielck/Brenner im Ergebnis einer Evaluation schichtspezifischer Faktoren bei Krebsfrüherkennungs-Untersuchungen fest: „Das Gesundheitsbewusstsein nimmt zwar vermutlich mit höherem sozioökonomischen Status ebenfalls zu, andererseits nimmt die Häufigkeit von Arztbesuchen jedoch mit höherem sozioökonomischen Status ab, so dass sich beide Effekte teilweise ausgleichen könnten.“⁵³ Das zentrale Problem schichtspezifischer Gesundheitsunterschiede stellt vielmehr das Verhalten dar, mit dem Belastungen, die sich aus der Relation unterschiedlicher Teilhabe am gesellschaftlichen Wohlstand ergeben, bewältigt werden⁵⁴. Schichtspezifische Gesundheitsunterschiede bilden sich in erster Linie aus dem Verhalten, mit dem die Demütigung der Schwäche kompensiert werden soll; und das Gefühl der Schwäche und des Versagens ergibt sich aus dem Wertesystem der Gesellschaft, das – wie beschrieben – vor allem an den Maßstäben materiellen Wohlstands ausgerichtet ist.

Die im Vergleich zur Oberschicht höhere Morbiditätsrate lässt sich auf Krankheiten zurückführen, die epidemiologisch als Ergebnis gesundheitsschädigender Verhaltensweisen betrachtet werden müssen⁵⁵. So wird in der Unterschicht mehr geraucht⁵⁶, mehr Alkohol konsumiert⁵⁷ und es gibt mehr Menschen, die unter Bluthochdruck leiden und übergewichtig sind⁵⁸. Zudem sind Menschen, die den unteren sozioökonomischen Schichten angehören, häufiger in Unfälle verwickelt⁵⁹. Diese Relationen erinnern an das, was bereits bei einer epidemiologischen Betrachtung geschlechtsspezifischer Gesundheitsunterschiede bei Männern festgestellt wurde.

Helmert/Borgers/Bammann nennen beispielsweise als wesentliche soziale Determinanten des Rauchverhaltens neben dem Alter das Geschlecht und das relative Haushaltneinkommen⁶⁰. „In einer neueren Studie wurden die sozialen Unterschiede im Rauchverhalten für zwölf Länder der europäischen Union verglichen. Ein wichtiger Befund dieser Untersuchung war, dass die sozialen Unterschiede hinsichtlich der Mortalität in den Ländern am größten waren, in denen auch die sozialen Unterschiede hinsichtlich des Rauchverhaltens am stärksten ausgeprägt waren.“⁶¹ Eine ähnliche Differenzierung beim Raucherhalten ergibt sich zwischen Männern und Frauen⁶².

Das Verständnis von gesundheitsschädigendem Verhalten als Bewältigungsverhalten lässt sich als Schlüssel für den eingangs beschriebenen Widerspruch im Vergleich geschlechtsspezifischer und schichtspezifischer Gesundheitsunterschiede verstehen. Das, was die horizontale Kategorie

⁵² vgl. ebd. 200

⁵³ Mielck/Brenner, 1994, 300

⁵⁴ Helmert et al., 2000, 19

⁵⁵ Helmert et al., 2001b, 323ff.

⁵⁶ Helmert et al., 2001a, 175

⁵⁷ Helmert et al., 2000, 19

⁵⁸ Claßen, 1994, 235f.

⁵⁹ Statistisches Bundesamt, 1998

⁶⁰ Helmert, 2001, 174f.

⁶¹ ebd. 178

⁶² Merbach et al., 2001, 243

„Mann“ mit der vertikalen „Unterschicht“ verbindet, ist eine im Vergleich zur jeweiligen Bezugsgruppe „Frau“ bzw. „Ober- und Mittelschicht“ höhere Notwendigkeit, die Lebensbalance über Verhaltensweisen herzustellen, die als gesundheitliches Risikoverhalten definiert werden.

Selbstverständlich sind die spezifischen Belastungen zwischen beiden Gruppen unterschiedlich. Ist es bei den Männern die im Sozialisationsprozess entwickelte Außenorientierung, die mit einer eher untergründigen Entwertung von Männlichkeit verbunden ist, sind die Angehörigen der sozioökonomischen Unterschicht durch ein gesellschaftliches Wertesystem belastet, das Leistungen und Erfolg präferiert. Zudem ist von einer kausalen Abfolge auszugehen: Die Abwehr männlicher Ich-Schwäche führt gesellschaftlich zu einer Abwertung sozioökonomisch Schwächerer. Der Grundmechanismus ist jedoch gleich und verweist auf die Bewältigung belastender Lebenslagen.

Die Gemeinsamkeiten und die Unterschiede der ursächlichen Bedingungen, denen die sozialen Gruppen „Männer“ und „Unterschichtsangehörige“ ausgesetzt sind, zeigen sich schon bei einer Betrachtung des Gesundheitsverhaltens, wobei auf die Gemeinsamkeiten bereits eingegangen wurde. Differenzen äußern sich beim subjektiven Krankheitsempfinden⁶³, bei der Krankentage-Rate⁶⁴ und bei der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen⁶⁵. Auch diese Kategorien, die das subjektive Empfinden widerspiegelt, stellen Bewältigungsverhalten dar⁶⁶ – allerdings in Bereichen, in denen sich Unterschichtsangehörige stärker dem Verhalten der Frauen angleichen. Männern fällt es insgesamt schwer, sich und anderen eigene Schwächen zuzugeben, die sich auch in einem problematischen Gesundheitszustand zeigen können. Entsprechend werden leichtere Symptome übergangen und Arztbesuche vermieden. Dieses Verhalten tritt um so mehr auf, je höher die Männer in ihrer sozioökonomischen Position stehen. Für Unterschichtsangehörige hingegen besteht die Möglichkeit, über Krankheitsbeschwerden auf eigene Überlastungen aufmerksam zu machen. Wobei die häufigen psycho-vegetative Symptome darauf hinweisen⁶⁷, dass es sich bei den Überlastungen oft um psychische Probleme handelt.

5. Konsequenzen für die Gesundheitsförderung

Die Ursachen für die gesundheitlichen Nachteile von Menschen, die der Unterschicht angehören, finden sich im herrschenden Wertesystem unserer kapitalistischen Gesellschaft. Dort, wo ein übersteigerter Leistungsdruck herrscht und materielle Werte sinnstiftend wirken, sind diejenigen, die diesen Werten nicht bzw. nicht ausreichend entsprechen, starken Identitätsbelastungen ausgesetzt. Dies um so mehr, da sie selbst das Wertesystem internalisiert haben. Entsprechend werden Verhaltensweisen praktiziert, die den Druck abzubauen helfen, aber letztlich gesundheitsschädigend wirken. Der Weg, dies zu ändern, kann nicht in Gesundheitsappellen allein liegen, da damit der Belastungssituation nicht entsprochen wird. Andererseits ist eine Umbildung des Wertesystems unserer Gesellschaft nicht so einfach zu realisieren.

Ein wesentlicher Aspekt ist, dass die Ursachen für das herrschende (männliche) Wertesystem in enger Verknüpfung mit der Genese der spezifisch männlichen Gesundheitsproblematik zu sehen sind. Schon in frühen Phasen ihrer Entwicklung werden Jungen zu Verhaltensmustern angeregt, die Außenorientierung und das Nichtwahrnehmen des eigenen Körpers und eigener Gefühle beinhalten. Auch wenn damit Männer als Hauptverursacher schichtspezifischer

⁶³ Helmert, 1994, 194

⁶⁴ Bormann/Schroeder, 1994, 212

⁶⁵ Mielck/Brenner, 1994, 312ff.

⁶⁶ vgl. Bormann/Schroeder, 1994, 221

⁶⁷ Helmert, 1994, 200

Gesundheitsprobleme angesehen werden können, greift die Gleichung: „Männer sind die Täter“ nicht, da Männer in ihre Rolle sozialisiert werden und – wie gerade an der Gesundheitsproblematik deutlich wird – mit ihrem Verhalten selbst ihre Not kompensieren. Es ist daher zu überlegen, Strategien, die schichtspezifische Gesundheitsdifferenzen ausgleichen sollen, mit dem Problem männlicher Sozialisation zu verknüpfen. Es sind dann Fragen zu stellen wie: Wie können Mütter ihre frühe Instrumentalisierung der Jungen als „besserer Mann“ verhindern? Welche Rolle müssen Väter in ihrer Identifikationsfunktion für die Söhne einnehmen⁶⁸? Welchen Entwertungen in Kinderhäusern und Schulen sind Jungen ausgesetzt, wie lassen sich diese korrigieren? Wie können Jungen ein gutes Verhältnis zu ihrem Körper und ihrer Stärke aufbauen? ... Diese Fragen werden mittlerweile innerhalb der Jungen- und Männerarbeit gestellt und es werden Wege versucht, die Antworten sein könnten. Deutlich wird an dieser Stelle, dass das Thema „Männergesundheit“ weit über das spezifische Feld männlichen Wohlbefindens hinausgeht und gesellschaftliche Brisanz besitzt.

Literatur

1. Bormann, Cornelia, Schroeder, Ernst (1994): Soziale Ungleichheiten im Krankenstand dargestellt am Beispiel des Indikators „Tage mit gesundheitslicher Beeinträchtigung“. In: Mielck, Andreas (Hrsg.): Krankheit und soziale Ungleichheit. Ergebnisse der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland. Opladen: Leske und Budrich, S. 209 – 225
2. Beck, Ulrich (1986): Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne. Frankfurt a.M.: Suhrkamp
3. Böhnisch, Lothar, Winter, Reinhard (1994): Männliche Sozialisation. Bewältigungsprobleme männlicher Geschlechtsidentität im Lebenslauf. Weinheim: Juventa. 2. korr. Auflage
4. Brähler, Elmar, Goldschmidt, Susanne, Kupfer, Jörg (2001): Männer und Gesundheit. In: Brähler, Elmar, Kupfer, Jörg (Hrsg.): Mann und Medizin. Göttingen: Hogrefe
5. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2001): Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland. Stuttgart: Kohlhammer
6. Bundesministerium für Gesundheit (1999): Daten des Gesundheitswesens. Ausgabe 1999. Baden-Baden: Nomos
7. Chodorow, Nancy (1994): Das Erbe der Mütter. Psychoanalyse und Soziologie der Mütter. München: Verlag Frauenoffensive, 4. Auflage
8. Claßen, Elvira (1994): Soziale Schicht und koronare Risikofaktoren in Deutschland-Ost und –West. In: Mielck, Andreas (Hrsg.): Krankheit und soziale Ungleichheit. Ergebnisse der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland. Opladen: Leske und Budrich, S. 227 – 242
9. Franzkowiak, Peter (1986): Risikoverhalten und Gesundheitsbewusstsein bei Jugendlichen. Der Stellenwert von Rauchen und Alkoholkonsum im Alltag von 15- bis 20-jährigen. Berlin: Springer
10. Gerhardt, Uta (1991): Soziologische Erklärungen gesundheitlicher Ungleichheit. Probleme der theoretischen Rekonstruktion empirischer Befunde. In: Gesellschaft und Gesundheit. Begründung der Medizinsoziologie. Frankfurt a. M.: Suhrkamp
11. Helmert, Uwe (1994): Sozialspezifische Unterschiede in der selbst wahrgenommenen Morbidität und bei ausgewählten gesundheitsbezogenen Indikatoren in West-Deutschland. In: Mielck, Andreas (Hrsg.): Krankheit und soziale Ungleichheit. Ergebnisse der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland. Opladen: Leske und Budrich, S. 187 – 208

⁶⁸ Lenzen, 1991

12. Helmert, Uwe, Bammann, Karin, Voges, Wolfgang, Müller, Rainer (2000): Zum Stand der Forschung: Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: Helmert, Uwe, Bammann, Karin, Voges, Wolfgang, Müller, Rainer (Hrsg.): Müssen Arme früher sterben? Soziale Ungleichheit und Gesundheit in Deutschland. Weinheim: Juventa, S. 15 – 26
13. Helmert, Uwe, Borgers, Dieter, Bammann, Karin (2001a): Soziale Determinanten des Rauchverhaltens in Deutschland: Ergebnisse des Mikrozensus 1995. In: Soz.-Präventivmed. 46 (2001), S. 172 – 181
14. Helmert, Uwe, Merzenich, Hiltrud, Bammann, Karin (2001b): Der Zusammenhang zwischen Bildungsstatus, chronischen Krankheiten und kardiovaskulären Risikofaktoren bei jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 29 Jahren: Ergebnisse des Bundesgesundheits surveys 1998. In: Soz.-Präventivmed. 46 (2001), S. 320 – 328
15. Helmert, Uwe, Mielck, Andreas, Shea, Steven (1997): Poverty and Health in West Germany. In: Sozial- und Präventivmedizin 42, S. 276 – 285
16. Hoffmann, Sven Olaf, Hochapfel, Gerd (1987): Einführung in die Neurosenlehre und Psychosomatische Medizin. Stuttgart: Schattauer. 3. Erweiterte Auflage
17. Hradil, Stefan (1994): Neuerungen der Ungleichheitsanalyse und die Programmatik künftiger Sozialepidemiologie. In: Mielck, Andreas (Hrsg.): Krankheit und soziale Ungleichheit. Ergebnisse der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland. Opladen: Leske und Budrich, S. 375 – 392
18. Jacobi, Günther (2002): Männergesundheit. Prävention, Schulmedizinische Fakten, Ganzheitlicher Zugang. Konstanz: Schnetztor-Verlag
19. Kirschner, Wolf, Meinlschmidt, Gerhard (1994): Gesundheitliche Risikoexposition, Gesundheitsverhalten und subjektive Morbidität von West- und Ostberlinern insgesamt und nach sozialer Schichtzugehörigkeit. Erste Ergebnisse des Gesundheits- und Sozialsurveys Berlin (1991). In: Mielck, Andreas (Hrsg.): Krankheit und soziale Ungleichheit. Ergebnisse der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland. Opladen: Leske und Budrich, S. 253 – 266
20. Klosterhuis, Here, Müller-Fahrnow, Werner (1994): Sozialschicht und Sterblichkeit bei männlichen Angestellten aus den alten Bundesländern. In: Mielck, Andreas (Hrsg.): Krankheit und soziale Ungleichheit. Ergebnisse der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland. Opladen: Leske und Budrich, S. 319 – 330
21. Klotz, Theodor (1998): Der frühe Tod des starken Geschlechts. Unterschiede im Gesundheits- und Krankheitszustand von Männern und Frauen. Göttingen: Cuvillier
22. Korczak, Dieter (1994): Der Einfluss des Sozialmilieus auf das Gesundheitsverhalten. In: Mielck, Andreas (Hrsg.): Krankheit und soziale Ungleichheit. Ergebnisse der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland. Opladen: Leske und Budrich, S. 267 – 297
23. Laaser, Ulrich, Hurrelmann, Klaus, Wolters, Paul (1993): Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung. In: Hurrelmann, Klaus, Laaser, Ulrich (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis. Weinheim: Beltz
24. Lenz, Hans-Joachim (Hrsg.) (2000): Männliche Opfererfahrungen. Problemlagen und Hilfeansätze in der Männerberatung. Weinheim: Juventa
25. Lenzen, Dieter (1991): Vaterschaft: Vom Patriachat zur Alimentation. Reinbeck: Rowohlt
26. Merbach, Martin, Klaiberg, Antje, Brähler, Elmar (2001): Männer und Gesundheit – neue epidemiologische Daten aus Deutschland im Überblick. In: Soz.-Präventivmed. 46 (2001), S. 240 – 247
27. Mielck, Andreas (1994): ‚Gesundheitliche Ungleichheit‘ als Thema von Forschung und Gesundheitspolitik. In: Mielck, Andreas (Hrsg.): Krankheit und soziale Ungleichheit. Ergebnisse der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland. Opladen: Leske und Budrich, S. 13 – 31
28. Mielck, Andreas, Brenner, Hermann (1994): Soziale Ungleichheit bei der Teilnahme an Krebsfrüherkennungs-Untersuchungen in West-Deutschland und in Großbritannien. In: Mielck, Andreas (Hrsg.): Krankheit und soziale Ungleichheit. Ergebnisse der

- sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland. Opladen: Leske und Budrich, S. 299 – 318
29. Miller, Alice (1983): Du sollst nicht merken. Variationen über das Paradies-Thema. Frankfurt a. M.: Suhrkamp
 30. Mutius, Erika von, Weiland, Stephan, Keil, Ulrich (1999): International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC): Forschungsstrategie und Methoden der Phase II. In: *Allergologie* 22 (1999). S. 283 – 288
 31. Nestmann, Frank (Hrsg.) (1991): Frauen – das hilfreiche Geschlecht. Dienst am Nächsten oder soziales Expertentum? Reinbeck: Rowohlt
 32. Nestmann, Frank, Stiehler, Sabine (1998): Wie allein sind Alleinerziehende? Soziale Beziehungen alleinerziehender Frauen und Männer in Ost und West. Opladen: Leske und Budrich
 33. Pientka, Ludger (1994): Gesundheitliche Ungleichheit und das Lebensstilkonzept. In: Mielck, Andreas (Hrsg.): *Krankheit und soziale Ungleichheit. Ergebnisse der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland*. Opladen: Leske und Budrich, S. 393 – 409
 34. Reich, Wilhelm (1971a): *Charakteranalyse*. Köln: Kiepenheuer und Witsch
 35. Reich, Wilhelm (1971b): *Die Massenpsychologie des Faschismus*. Köln: Kiepenheuer und Witsch
 36. Schär, Beat, Vuille, Jean-Claude, Westkämper, Reinhard (1999): Argumente und Grundlagen für eine kontinuierliche Erfassung sozialer Unterschiede in der Gesundheit der Schweizer Kinder. In: *Soz.-Präventivmed.* 44 (1999), S. 193 – 203
 37. Smith, George Davey, Blane, David, Bartley, Mel (1994): Soziale Klasse und Mortalitätsunterschiede: Diskussion der Erklärungsansätze in Großbritannien. In: Mielck, Andreas (Hrsg.): *Krankheit und soziale Ungleichheit. Ergebnisse der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland*. Opladen: Leske und Budrich, S. 425 – 451
 38. Statistisches Bundesamt (BRD) (Hrsg.) (1998): *Sozialhilfe 1995*, Fachserie 13, Reihe 2, Stuttgart: Metzler-Porschel
 39. Stiehler, Matthias (2000): *Gesundheitsförderung im Gefängnis. Eine struktureflexive Analyse am Beispiel der AIDS-Prävention im sächsischen Justizvollzug*. Aachen: Shaker
 40. Stiehler, Matthias (2002): *Gekränkte Männer. Grundlegendes zu Männerkrankheiten und Gesundheitsförderung*. In: KoGenS (Hrsg.): *Gender in Wissenschaft und Alltag*. Dresden: Hille Verlag, S. 48 – 65
 41. Tempel, Günter, Witzko, Karl-Heinz (1994): *Soziale Polarisierung und Mortalitätsentwicklung. Erste Ergebnisse der Kommunalen Gesundheitsberichterstattung des Landes Bremen*. In: Mielck, Andreas (Hrsg.): *Krankheit und soziale Ungleichheit. Ergebnisse der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland*. Opladen: Leske und Budrich, S. 331 – 345
 42. Tillmann, Klaus-Jürger (1993): *Sozialisationstheorien. Eine Einführung in den Zusammenhang von Gesellschaft, Institution und Subjektwerdung*. Reinbeck: Rowohlt Taschenbuchverlag, 4. überarbeitete Auflage
 43. Weiland, Stephan, Mutius, Erika von, Keil, Ulrich (1999): International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC): Forschungsstrategie, Methoden und Ausblick. In: *Allergologie* 22 (1999), S. 275 – 282
 44. Wydler, Hans (1997): Ziel 1: Chancengleichheit im Gesundheitsbereich. In: Schweizerische Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen (Hrsg.): *Gesundheit für alle. Ziele zur Gesundheitspolitik für die Schweiz*. *Soz.-Präventivmed. Sonderheft 1997*. S. 3 – 5