

## Vorwort

An welchen Orten und in welchen Räumen entsteht eigentlich Wissen? Beim Sinnieren über diese Frage kam mir unweigerlich ein Bild von Carl Spitzweg mit dem Titel „Der Bücherwurm“ in den Sinn. Spitzweg platzierte diesen Mann in ein Zimmer aus mächtigen Regalwänden, die über und über mit Büchern vollgeräumt sind. Versunken und verloren zugleich blättert der bereits ergraute Herr in einem Buch, während er ein zweites in der anderen Hand hält, ein drittes unter dem linken Arm geklemmt hat und ein viertes zwischen den Knien. Auf einer kleinen Leiter stehend liest er so die Welt in seinen Büchern. Das Bild erweckt den Eindruck, die Aneignung und Generierung von Wissen ließe sich auf den Raum einer gut bestückten Bibliothek beschränken.

Aus irgendeinem Grund war dies bei mir nicht so. Die Produktion jenes Wissens, das mit dieser Publikation seinen vorläufigen Abschluss findet, geschah bei mir in unterschiedlichen Räumen und Orten in drei verschiedenen Ländern.

Im Gebäude des Staatsarchivs in Bozen verbrachte ich mehrere Monate, um das für diese Studie relevante Aktenmaterial zum Bezirk Taufers durchzusehen. Ein Stockwerk darüber befand sich das Südtiroler Landesarchiv, in dem ich immer wieder einen Blick in die originalen Krankenjournalen Franz v. Otenthals werfen konnte. Der Leiterin dieses Archivs, Dr. Christine Roilo, bin ich für die sachkundige Hilfe und die freundliche Aufnahme zu großem Dank verpflichtet, ebenso den MitarbeiterInnen in beiden Einrichtungen. Über diesen langen Zeitraum hinweg brachten sie mir geduldig die bündelweise geordneten Akten an den Arbeitstisch.

In Stuttgart wurde das Institut für Geschichte der Medizin aufgrund eines großzügigen Dissertationsstipendiums der Robert Bosch Stiftung für rund zweieinhalb Jahre mein wissenschaftliches Zuhause. Mit Univ.-Prof. Dr. Martin Dinges fand ich dort einen Betreuer, der für meine Fragen stets ein offenes Ohr hatte. Immer wieder zog er eine passende Monographie oder einen kürzlich erschienenen Artikel aus der Schublade, die mir bei der Beantwortung schwieriger Fragen weiterhalfen. Die inspirierende und diskutierfreudige Runde aus Institutsangehörigen, Gastvortragenden und anderen Doktoranden hatte einen maßgeblichen Anteil am Aufrechterhalten des Schreibprozesses. Die dortige Bibliothek hätte wohl Spitzwegs Bücherwurm zu Begeisterungstürmen hingerissen, den Angestellten sei für die unkomplizierte Herbeischaffung unzähliger Titel herzlichst gedankt.

Innsbruck aber stellte während der Arbeit an dieser Studie den wichtigsten Ort für mich dar. In den Projektzimmern des Instituts für Geschichtswissenschaften und Europäische Ethnologie der dortigen Universität tippte ich während mehrerer Jahre Tausende von Krankengeschichten Franz v. Otenthals in eine Datenbank, und der geradezu meditative Klang des Tastaturgeklappers brachte das Konzept für diese Arbeit mit zur Reifung. Univ.-Prof. Dr. Elisabeth Dietrich-Daum von der Abteilung für Wirtschafts- und Sozialgeschichte stand mir als „Doktormutter“ die ganzen Jahre hindurch in allen Be-

langen immer unterstützend zur Seite, wofür ich ihr an dieser Stelle meinen Dank aussprechen möchte. Allen meinen KollegInnen bei den verschiedenen Projekten, an denen ich als Angehöriger des Instituts mitarbeiten konnte, sei ebenfalls für die Diskussionen und Anregungen gedankt, allen voran Marina Hilber, Andreas Oberhofer und Elena Taddei. Martin Mölgg und Ernst Hofer versorgten mich als „Personen vor Ort“ mit Informationen und Materialien zum Ahrntal und brachten mir den Lebens- und Wirkungsbereich Franz v. Ottenthal schnell nahe.

Diese Publikation stellt die überarbeitete Fassung meiner Dissertation dar, die im Sommer 2012 an der Philosophisch-Historischen Fakultät der Universität Innsbruck eingereicht und mit der ich im Oktober 2012 promoviert wurde. Ohne die finanzielle Unterstützung von Seiten der Robert Bosch Stiftung, des Vizerektorats für Forschung der Leopold-Franzens-Universität Innsbruck sowie der dort angesiedelten Interfakultären Forschungsplattform Geschlechterforschung: Identitäten – Diskurse – Transformationen hätte diese Arbeit nie so schnell in publizierter Form erscheinen können. Allen Geldgebern möchte ich daher meinen Dank aussprechen.

# 1 Einleitung

## 1.1 Ausgangspunkte

Lassen wir dieses Buch am besten mit einem Gedankenspiel beginnen. Stellen Sie sich vor, sie wären im Auftrag eines Gesundheitsmagazins in deutschen oder österreichischen Arztpraxen unterwegs, um für einen Artikel über männliches Krankheitsverhalten zu recherchieren. Die Frage nach dem genauen Anteil von männlichen Patienten an der gesamten Klientel der ausgewählten Praxen stünde wohl an oberster Stelle Ihres Interviewleitfadens. Nehmen wir also an, Sie sprächen Ärztinnen und Ärzte im beginnenden 21. Jahrhundert auf das Thema „Jungen und Männer als Patienten“ an. Vermutlich würden nicht wenige von ihnen das Gesicht in tiefe Falten legen, nachdenklich eine vor sich auf dem Schreibtisch liegende Krankenakte schließen und sich mit sorgenvollem Blick in den Sessel zurückfallen lassen. Denn die meisten der von Ihnen befragten Gewährsleute aus der Ärzteschaft dürften mit den einschlägigen Studien zur geschlechtsspezifisch ungleichen Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen vertraut sein. Vielleicht haben einige von ihnen sogar an diesen Studien mitgearbeitet, deren Inhalte und Ergebnisse populär aufbereitet und so den Weg in die Bestsellerlisten gefunden.<sup>1</sup> Und falls nicht, würde Ihnen zumindest ein anschauliches Fallbeispiel aus der eigenen Praxis erzählt werden, das unterstreicht, welche seltene und schwierige Klientengruppe Jungen und Männer als Patienten im Vergleich zu den weiblichen Kranken darstellen.

Frauen gehen eben zum Arzt und Männer nicht, so die einhellige Meinung. In der öffentlichen Debatte um die Männergesundheit werden diese Vorstellungen seit geraumer Zeit von vielen Seiten überprüft. So erhält diese Rede von der „Inanspruchnahmelücke“<sup>2</sup> der Männer bei Arztbesuchen und bei der Nutzung medizinischer Angebote durch statistisches Zahlenmaterial eine zunehmend breite empirische Basis. Ein kurzer Beitrag aus den frühen 1980er Jahren problematisierte als eine der ersten Untersuchungen die Unterschiede zwischen Männern und Frauen im Inanspruchnahmeverhalten medizinischer Dienstleistungen aus einer dezidiert geschlechterspezifischer Perspektive.<sup>3</sup> Da dieser Beitrag in einem Sammelband zur Frauengesundheitsforschung erschien, stand allerdings eine kritische Betrachtung des höheren Anteils von Frauen in den Wartezimmern im Mittelpunkt des Interesses.<sup>4</sup> Die auf Grundlage von Material einer Allgemeinen Ortskrankenkasse erhobenen Daten zeigten, dass während des Untersuchungszeitraums zwar 74,4 Prozent aller bei die-

1 Vier aktuellere Publikationen seien hier genannt: Meryn/Kindel, Kursbuch (2000); Fischer, Frauen (2005); Voß, Frauen (2007); Kautzky-Willer/Tschachler, Gesundheit (2012).

2 Dinges, Immer schon 60% Frauen, 297.

3 Thiele, Inanspruchnahme, 52–59.

4 Die Publikation aus dem Jahr 1981 war der erste Sammelband zum Thema Frauengesundheit und frauenspezifische Gesundheitsforschung im deutschsprachigen Raum. Schneider, Frauen.

ser Einrichtung versicherten Männer mindestens einmal bei einem Arzt oder einer Ärztin waren. Bei den Frauen lag der Anteil mit 88,0 Prozent allerdings deutlich höher.<sup>5</sup> Eine ähnliche Verteilung zwischen den Geschlechtern förderte die ebenfalls in den 1980er Jahren durchgeführte „Münchener Bluthochdruckstudie“ zutage, laut der 79 Prozent der männlichen Teilnehmer zwischen 30 und 69 Jahren einmal eine ärztliche Praxis aufgesucht hatten. Jedoch hatte auch bei dieser Untersuchung die Gruppe der Frauen in der entsprechenden Altersgruppe mit 92 Prozent bedeutend höhere Werte aufzuweisen.<sup>6</sup> Auch hinsichtlich der stationären Aufenthalte kamen Männer auf deutlich geringere Werte, beispielsweise hatten sich diese in der erstgenannten Studie mit einem Anteil von 8,6 Prozent an allen Versicherten seltener für einen stationären Aufenthalt in ein Krankenhaus begeben als Frauen (10,2 Prozent).<sup>7</sup>

Doch nicht nur im Erkrankungsfall suchen Männer seltener medizinische Hilfe als Frauen. Wie einschlägige Studien zur Nutzung von Untersuchungen etwa zur Krebsfrüherkennung nachweisen konnten, nehmen Frauen auch bei präventiven Maßnahmen und Rehabilitationen nach operativen Eingriffen das vorhandene Angebot besser an. 1997 unterzogen sich zwar 63,2 Prozent aller anspruchsberechtigten Frauen in Deutschland (alte Länder) einer Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten, aber nur 16,7 Prozent aller Männer.<sup>8</sup> Dementsprechend konnte die Rate bei der Krebsvorsorge bei Frauen verglichen mit dem Jahr 1985 einen Zuwachs von 20 Prozent verzeichnen, jene der Männer allerdings nur eine Steigerung von sechs Prozent.<sup>9</sup> Zwar relativiert die Münchener Bluthochdruckstudie dieses geschlechterspezifische Ungleichgewicht etwas, indem sie einen Anstieg der Vorsorgeuntersuchungen bei Männern in den höheren Altersgruppen nachweist, wohingegen bei Frauen die Bereitschaft einer derartigen Maßnahme mit zunehmendem Alter sinkt.<sup>10</sup> Trotzdem belegen diese Studien insgesamt, dass Männer Vorsorgeprogrammen offensichtlich ungleich skeptischer gegenüber stehen als Frauen. Dasselbe Bild ergibt sich für bestimmte Bereiche der Rehabilitation und der pflegerischen Nachversorgung, denen sich Männer vehementer als Frauen zu verweigern scheinen. Beispielsweise konnte hinsichtlich der Nutzung psychologischer Hilfe bei der Nachbetreuung kardiologischer Eingriffe im Zuge einer stationären Rehabilitation nachgewiesen werden, dass diese Dienste von Männern deutlich seltener nachgefragt wurden.<sup>11</sup> Im Gegensatz dazu wurde der Frauenanteil in ambulanten „Herzgruppen“ als signifikant geringer beschrieben, was die Studienleiterin darauf zurückführte, dass Männer aufgrund weniger Verpflichtungen im Haushalt und bei der Versorgung von Angehörigen

5 Thiele, Inanspruchnahme, 53 und 54 (Tab. 1).

6 Härtel, Inanspruchnahme, 149.

7 Thiele, Inanspruchnahme, 54 (Tab. 1).

8 Vgl. Brähler/Goldschmidt/Kupfer, Männer, 24 (Tab. 13).

9 Vgl. Kolip/Koppelin, Inanspruchnahme, 492f.

10 Vgl. Härtel, Inanspruchnahme, 150.

11 Vgl. Worringer/Benecke, Inanspruchnahme, 512–514.

sowie der größeren Mobilität mehr Ressourcen für diese Form der Nachbetreuung aufbringen hätten können.<sup>12</sup>

Im Laufe der letzten Jahrzehnte sind in vielen Ländern der Europäischen Union regionale und nationale Gesundheitsberichte entstanden, die die gesundheitliche Lage von Frauen und vereinzelt auch jene von Männern<sup>13</sup> in den Blick nehmen. Sie bestätigen die frühen Studien zur geschlechtsspezifisch ungleichen Nutzung ärztlicher Angebote, unterfüttern die „Negativstatistik“ der Männer hinsichtlich des Inanspruchnahmeverhaltens laufend mit neuem Zahlenmaterial und verleiten dazu, die männliche Unterrepräsentation in Arztpraxen gar als „gesamteuropäisches Phänomen“ zu deuten. Die Ärztin Gabriele Fischer beispielsweise beruft sich in ihrer Publikation auf eine Statistik von Eurostat, laut der im Jahre 2002 76 Prozent aller europäischen Frauen in der Altersgruppe zwischen 25 und 64 Jahren mindestens einmal im Jahr zum Arzt gingen, aber nur 69 Prozent aller Männer in der EU.<sup>14</sup>

Nun stellt die Inanspruchnahme ärztlicher Dienstleistungen einen wesentlichen Aspekt des Krankheitsverhaltens dar, mit dem die physische und psychische Gesundheit wieder hergestellt werden soll. Und wie es scheint, weisen bei diesem Verhalten die empirischen Studien in der Tat auf bedeutende geschlechtsspezifische Unterschiede hin. Wer könnte es den von Ihnen befragten Ärztinnen und Ärzten angesichts der zahlreichen Befunde also verübeln, wenn sie auf die gestellte Frage nach Jungen und Männern als Patienten mit einem resignierenden, vielleicht auch mitleidigen „Vorsorgemuffel“<sup>15</sup>, „Gesundheitsanalphabeten“<sup>16</sup> oder „beratungsresistente Gesundheitsidioten“<sup>17</sup> antworten.

In Disziplinen wie der Medizinsoziologie oder den Gesundheitswissenschaften findet eine breit geführte Auseinandersetzung mit Aspekten der Männergesundheit erst seit den 1990er Jahren statt. In dieser frühen Phase der zeitgenössischen Männergesundheitsforschung wurden für die im Vergleich zu Frauen mangelnde Inanspruchnahme medizinischer Hilfe von Seiten der Männer in erster Linie männliche Rollenerwartungen und Geschlechtsstereotype verantwortlich gemacht, die Männer eben zu wenig gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen wie eine Nichtthematisierung von körperlichen Beschwerden verleiten würden. In den zahlreichen „Männerratgebern“ dieser Zeit bekam „mann“ schnell eine Antwort auf die Frage, welchen Einfluss Männlichkeitsbilder auf das geschlechtsspezifische Gesundheits- und Krankheitsverhalten hätten. Peter Lauster etwa, der Ende der 1980er Jahre eines der auflagestärksten Bücher dieses Genres geschrieben hatte, klärte den bewegten

12 Vgl. Härtel, Unterschiede, 172f.

13 Als „Pionierarbeit“ gilt Rieder-Schmeiser/Kunze, Männergesundheitsbericht (1999); es folgten für Österreich noch Habl, Männergesundheitsbericht (2004), und für Deutschland Bardehle/Stiehler, Männergesundheitsbericht (2010).

14 Fischer, Frauen, 25.

15 Meryn/Kindel, Kursbuch, 29.

16 Kautzky-Willer/Tschachler, Gesundheit, 71.

17 Dinges, Männer [2009], 19 (allerdings als Frage formuliert).

Mann auf, dass die traditionelle Männerrolle nach „Selbstbeherrschung, Disziplin, Gefühlskontrolle und Unterdrückung von Gefühlen der Hilflosigkeit, Unsicherheit und Angst“<sup>18</sup> verlange. Und das wären nun einmal allesamt Anforderungen, die sich nur schwer mit einem Gefühl des „Ausgeliefertseins“ während einer ärztlichen Untersuchung vereinbaren lassen würden.

Ist es demnach verwunderlich, wenn in der öffentlichen Debatte zur Männergesundheit großteils die Meinung vorherrscht, Männer würden generell einen sorglosen Umgang mit dem eigenen Körper pflegen und die Möglichkeit einer frühen Erkennung von Krankheiten durch entsprechende Vorsorgeuntersuchungen kaum zu schätzen wissen? Dass sie zu sehr am Ideal männlicher Selbstkontrolle und Selbständigkeit festhalten würden, um den frühzeitigen Gang in eine ärztliche Praxis nicht als unmännlich zu empfinden? Dass sie sich erst dann um ärztlichen Rat umsehen, wenn sie ernsthaft erkrankt sind?<sup>19</sup> Das akribisch zusammengetragene Zahlenmaterial aus Krankenhäusern, Kliniken, Arztpraxen und Rehabilitationseinrichtungen würde eindrucklich belegen, dass Männer „an einer gesunden Lebensführung und an ihrer eigenen Gesundheit weit weniger interessiert [sind] als Frauen“<sup>20</sup>. Da Männer zudem dem Arzt oder der Ärztin gegenüber wenig Mitteilungsbedürfnis ihre Beschwerden betreffend entgegenbrächten und überhaupt selten über persönliche Befindlichkeiten sprechen möchten, seien sie eben prinzipiell „schwierige Patienten“<sup>21</sup>. Das Ergebnis dieser Orientierung an dem vorherrschenden Männlichkeitsmodell und dieser Wahrung von Geschlechterrollen könne aus unzähligen Statistiken, Berichten und Studienreihen der Gesundheitsämter deutlich abgelesen werden: Eine in den Industrieländern um rund sechs Jahre geringere Lebenserwartung von Männern gegenüber Frauen und spezifisch männliche Gesundheitsprobleme wie Lungenkrebs oder Herzinfarkt.

## 1.2 Forschungsfragen

In den Geschichtswissenschaften und in der sozialgeschichtlich ausgerichteten medizinhistorischen Forschung rücken Fragestellungen und Themen, die sich mit der historischen Dimension von Gesundheit und Krankheit von Männern beschäftigen, ebenfalls erst seit gut zwei Jahrzehnten in den Mittelpunkt des Forschungsinteresses.<sup>22</sup> Untersuchungen zum Inanspruchnahmeverhalten von Männern in früheren Jahrhunderten und darüber, welche Auswirkungen die zu diesen Zeiten gängigen Vorstellungen von Männlichkeit auf deren

18 Lauster, Irrtümer, 110.

19 In dieser Häufung mehr oder weniger nachzulesen im entsprechenden Abschnitt bei Bründel/Hurrelmann, Konkurrenz, 103–148.

20 Kautzky-Willer/Tschachler, Gesundheit, 15.

21 Bründel/Hurrelmann, Konkurrenz, 136.

22 Vgl. dazu den diesbezüglichen Forschungsüberblick von Dinges/Weigl, Männergesundheit, 191–199.

krankheitsbezogene Verhaltensweisen hatten, sind demnach rar.<sup>23</sup> Die ebenfalls noch überschaubaren Arbeiten zu historischen Arztpraxen untersuchten das Material nur selten auf diese geschlechtsspezifische Fragestellung hin. Und wurde die Frage nach der Geschlechterverteilung von Patientinnen und Patienten behandelt, beschränkten sie sich Großteils auf die kontrastierende Gegenüberstellung der weiblichen mit der männlichen Genusgruppe.<sup>24</sup>

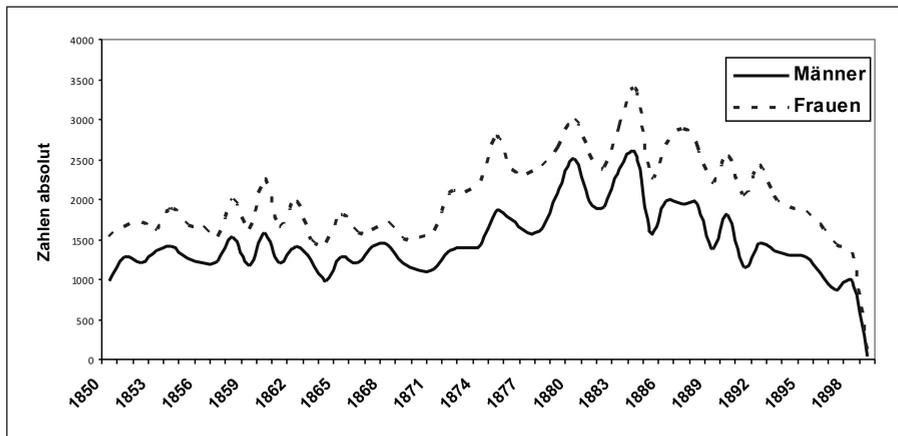
Der deutsche Medizinhistoriker Martin Dinges unterzog die entsprechenden Daten zu historischen Arztpraxen erstmals einem systematischen Vergleich, um sich der Fragestellung nach dem geschlechtsspezifischen Patientenaufkommen zu nähern. Er stellte fest, dass sich der heute zu beobachtende Überhang an weiblichen Patienten eigentlich erst zwischen 1850 und 1870 in dieser deutlichen Form herausgebildet hatte.<sup>25</sup> Von diesem Zeitraum an herrschte ein Verhältnis von rund 40 Prozent männlichen und 60 Prozent weiblichen Patienten in den ärztlichen Praxen, und zwar auffallend kontinuierlich bis heute. Vorher wären je nach spezifischem Aufgabenprofil eines Arztes (etwa in der Spezialisierung auf äußere Verletzungen) einmal Männer überrepräsentiert gewesen, ein anderes Mal Frauen. Für bestimmte Perioden wären zudem Männer ungleich häufiger in Arztpraxen vorzufinden gewesen als Frauen. Der von Martin Dinges herausgearbeitete Befund findet bei einer ersten Abfrage der jährlichen Zahlen zu Männern und Frauen in der in dieser Arbeit untersuchten Praxis des Südtiroler Landarztes Franz v. Ottenthal (1818–1899) eine Bestätigung. Wie Grafik 1.1 zur Geschlechterverteilung in dieser Arztpraxis zwischen 1850 und 1899 zeigt, übertraf in ausnahmslos allen Jahren die absolute Zahl der weiblichen Patienten jene der männlichen deutlich.

Kann aufgrund dieser Grafik zur statistischen Verteilung des Patientenaufkommens daher schon für die Zeit der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts davon gesprochen werden, dass die (männliche) Bevölkerung des Tauferer Ahrntales einem hegemonialen Männlichkeitsmodell naheiferte, nach dem auch schon „Indianer des 19. Jahrhunderts“ keinen Schmerz zeigen durften und die Sorge um den eigenen Körper weiblich, und somit unmännlich, konnotiert war? Wollten Männer in dieser Region jene gesellschaftlich an sie herangetragene Erwartung von Männlichkeit erfüllen, „that they should be able to manage

23 Bislang sind im deutschsprachigen Raum nur zwei Dissertationen zu Themen der Männergesundheit aus historischer Perspektive erschienen. Schweig, *Gesundheitsverhalten* (2009), und Hoffmann, *Alltag* (2010). Die Magisterarbeit von Hoffmann zu den Einstellungen Ulrich Bräkers zu Gesundheit und Krankheit wurde 2005 publiziert. Eine einschlägige schwedische Studie aus dem Jahre 1999 ist nur für des Schwedisch Mächtige zu lesen, auch wenn eine englische Zusammenfassung über die wichtigsten Ergebnisse informiert. Willner, *Det svaga könet*, 283–298. Zahlreicher sind Beiträge und Artikel zu ausgewählten Aspekten, etwa von Schmidt, *Arbeitsleute*, 105–127, die jedoch allesamt in keine Monographie mündeten.

24 Vgl. etwa die Beiträge in einem Sammelband zu Arztpraxen von Papsch, *Auswertung*, 139; Hess, *Alltag*, 97f.; Oberhofer, *Landarztpraxis*, 181 f.

25 Vgl. Dinges, *Paradigmen*, 31–33. Genaue Zahlenangaben zu den einzelnen Praxen bei Dinges, *Immer schon 60% Frauen*, 303–306.



Grafik 1.1: Jährliche Verteilung der Patienten Franz v. Ottenthal nach Geschlecht (1850–1899)  
Quelle: SLA, Nachlass Ottenthal, *Historiae Morborum* 1850–1899.

problems by themselves<sup>26</sup>? Ist die Unterrepräsentation von Männern in der Praxis Ottenthal's folglich Ausdruck eines spezifisch männlichen Umgangs mit Krankheit, der Männer bei der Bewältigung einer Erkrankung prinzipiell seltener ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen ließ als Frauen? Oder ist die Tabelle eher Ausdruck jener „asymmetrischen Medikalisierung“<sup>27</sup>, die den weiblichen Geschlechtskörper ungleich früher pathologisierte und als von Natur aus behandlungsbedürftiger ansah als den geschlechtlichen Körper des Mannes?<sup>28</sup>

Die in den aktuellen Debatten der Männergesundheitsforschung häufig vertretene These, Männer würden deswegen seltener in Arztpraxen anzutreffen sein, weil sie sich nicht so stark als verletzliches Geschlecht wahrnehmen würden wie Frauen, stützt sich auf ein spezifisches Bild von Männlichkeit. Dieses Leitbild des abgehärteten und selbstkontrollierten Mannes hätte sich im 20. Jahrhundert gesellschaftlich durchgesetzt und gilt allgemein als akzeptiert.<sup>29</sup> Es hätte alternative Formen von Männlichkeit marginalisiert und nicht zuletzt durch die beiden Weltkriege im 20. Jahrhundert mit ihrer Propagierung eines soldatischen Männerkörpers seine hegemoniale Stellung erlangt.<sup>30</sup> Wenn etwa Kautzky-Willer und Tschachler einen Abschnitt ihres 2012 erschienenen Buches über die männliche und weibliche Seite der Medizin mit dem

26 White/Witty, *Men's under use*, 96.

27 Wöllmann, *Andrologie* [2004], 261.

28 Vgl. den „Klassiker“ zu dieser Thematik aus dem Jahre 1979 von Fischer-Homberger, *Krankheit*.

29 Vgl. dazu die Argumentation von Wolfgang Schmale in: Schmale, *Geschichte*, 195–203. Für das 20. Jahrhundert vgl. Hanisch, *Männlichkeiten*.

30 Einen Überblick über die Vielfältigkeit von Männerbildern gibt der Sammelband von Kühne, *Männergeschichte*. Die einzelnen Beiträge im Sammelband von Dinges, *Männer – Macht – Körper*, beleuchten alternative Männlichkeiten vor dem Hintergrund des Konzepts der hegemonialen Männlichkeit.

Titel „Der Kämpfer und die Kümmerin“<sup>31</sup> einleiten, so operationalisieren sie genau dieses Deutungsmuster von Männlichkeit für die Bereiche Gesundheit und Krankheit. Sehr verallgemeinernd kontrastieren sie die als homogen gedachte Gruppe der Männer mit jener der Frauen, denen jeweils spezifische Verhaltensweisen zugeschrieben werden. In ihren erläuternden Ausführungen reproduzieren sie dabei die These, Männer gingen sorglos mit ihrem Körper um, weshalb erste Symptome einer Beschwerde übergangen und verharmlost würden. Für die „Kämpfer“ seien Arztkontakte ein notwendiges Übel zu Reparatur von Schäden. Im Gegensatz dazu führe die Körpersensibilität von Frauen zu einer gesteigerten Aufmerksamkeit kleinster Leiden, die unter Freundinnen besprochen und in der Arztpraxis ausführlich problematisiert würden. Auch wenn die Wortwahl dieses Zwischenkapitels ein breites Publikum ansprechen und vielleicht gerade durch die Plakativität zum Weiterlesen animieren soll, legen Worthülsen wie „der Kämpfer“ Assoziationen nahe. Nämlich jene, dass es sich dabei um ein für alle Männer in allen Zeiten gleiches Erziehungsziel handele, das sich als anthropologische Konstante durch die männliche Sozialisation ziehe. Diese These von einer *generell* geringeren Körperreflexivität von Männern wird in der vorliegenden Arbeit anhand der Krankenakten des Südtiroler Landarztes Franz v. Ottenthal (1818–1899) zu überprüfen sein.

Nun zwingt bereits die Durchsicht einiger weniger Fallbeispiele in den *Historiae Morborum* zu einer differenzierten Betrachtung dieser aus aktuellen Befunden abgeleiteten These. Ein 45-jähriger Mann etwa suchte Franz v. Ottenthal über Jahre hinweg offenbar dermaßen häufig aufgrund von vagen Leiden, Beschwerden und Gesundheitsproblemen auf, dass der Arzt im Jahre 1866 den knappen Eintrag, der Patient litte an der Leber, mit dem Zusatz „*Hypochonder*“ kommentiert.<sup>32</sup> Auch das Bedürfnis eines 45-jährigen Mannes, sich mit dem Arzt über seine Leiden zu unterhalten, stößt bei Ottenthal auf wenig Verständnis. „[U]t videtur hypochonder vult aeger esse et nequit symptomata morbosa adferre“<sup>33</sup>, notiert der Arzt im August 1870 über die in seinen Augen übertriebene Klagsamkeit seines Patienten. Männer nahmen in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts Anzeichen einer Erkrankung also durchaus ernst und stuften diese als behandlungsdürftig ein. Ottenthal schien mit der seiner Ansicht nach übertriebenen Jammerei dieser Männer allerdings nur wenig anfangen zu können, was ihn dazu verleitete, diese schlichtweg als „Hypochonder“ zu bezeichnen.

Keine Rede sein konnte von einer Verdrängung von Gesundheitsproblemen oder von einem fatalistischen Umgang mit dem Körper auch bei jenem 43-jährigen Mann, der im April 1860 Ottenthal präventiv um die Zusammenstellung eines Laxans ersuchte, weil er sich so vor einem vermutlich in seinem

31 Kautzky-Willer/Tschachler, *Gesundheit*, 62–89.

32 [„45 ann jam ex multis annis hepate patitur hypochonder“]. („45 Jahre der Hypochonder leidet schon seit vielen Jahren an der Leber“). HM 957/1866, Eintrag vom 10.8.1866.

33 („45 Jahre wie es scheint möchte der Hypochonder krank sein und er kann keine Krankheitssymptome anführen“). HM 961/1870, Eintrag vom 18.8.1870.

Dorf gerade epidemisch herrschenden Typhus schützen wollte.<sup>34</sup> Ein 30-jähriger Mann wiederum, der jeweils im April der Jahre 1858 und 1860 den neuerlichen Ausbruch einer bereits vor Jahren behandelten Syphilis fürchtete, handelte ebenfalls in größter Sorge um seine Gesundheit.<sup>35</sup> Im Widerspruch zu der These, dass Männlichkeit durch eine „gesundheitlich, kontraproduktiv[e]“<sup>36</sup> Selbstkontrolle und Emotionslosigkeit gekennzeichnet wäre, steht auch das Beispiel eines 58-jährigen Mannes, der 1866 wegen eines Durchfalls in der Praxis Ottenthals auftauchte. Der Arzt notierte im Zuge der Anamnese, dass der Mann von großer Trauer über den Tod seiner Gattin befallen wäre, und brachte die Verdauungsprobleme seines Patienten offensichtlich mit diesem emotionalen Ausnahmezustand in Zusammenhang.<sup>37</sup> In den einzelnen Kapiteln der vorliegenden Arbeit werden noch zahlreiche weitere Krankengeschichten angeführt, die gegen die These der geringeren Thematisierung von Krankheit und Gesundheit und des rücksichtslosen Umgangs mit dem eigenen Körper durch Männer im Krankheitsfalle sprechen, und die eher dazu zwingen, den Kontext, in welchen die Männer ihre Beschwerden vorbringen, und die speziellen Bedürfnisse hinter ihrem Arztbesuch genauer in den Blick zu nehmen.

Aber schon aus diesen wenigen Fallgeschichten ergeben sich einige Fragekomplexe, die ich in den einzelnen Kapiteln dieser Arbeit zu beantworten versuche. Lässt sich die aus Grafik 1.1 deutlich ablesbare Überrepräsentation von Frauen in der Arztpraxis Ottenthal eigentlich in jeder Altersgruppe finden oder gab es Lebensabschnitte, in denen Männer im Vergleich zu Frauen häufiger einen Arzt in Anspruch nahmen? Inwiefern ist der Umgang mit Krankheit von Männern in den unterschiedlichen Altersstufen mit für diesen Lebensabschnitt gesellschaftlich wirkungsmächtigen Männlichkeitsbildern verknüpft? Mit welchen spezifischen Bedürfnissen kamen Männer in den verschiedenen Lebensphasen denn nun überhaupt zu Franz v. Ottenthal? Schließlich ist davon auszugehen, dass sich die Gesundheitsgefährdungen und Erkrankungsrisiken eines Säuglings grundlegend von jenen eines gealterten Mannes unterscheiden haben. Nicht zuletzt stellt sich die Frage, inwiefern Ottenthals Funktion als privater Allgemeinarzt das geschlechtsspezifische Diagnosespektrum beeinflusst hat, beispielsweise indem sich die in einem Raufhandel verletzten Männer wegen eines ärztlichen Zeugnisses eher an den Gemeinde- und Gerichtsarzt Dr. Daimer wandten als an den Privatarzt Dr. Ottenthal.<sup>38</sup>

34 [„43 ann. laxans desiderat energicum quia typhum timet“]. HM 633/1860, Eintrag vom 29.4.1860.

35 HM 687/1858 und 522/1860, Einträge vom 30.4.1858 und vom 11.4.1860.

36 Bründel/Hurrelmann, Konkurrenz, 145.

37 [„58 ann mörore adfectus ob mortem maritae ex 8 diebus diarrhoea“]. („58 Jahre von Trauer wegen des Todes der Gattin befallen seit 8 Tagen Durchfall“). HM 151/1866, Eintrag vom 24.2.1866.

38 Zur Bedeutung der Dienstleistung „Ausstellen eines ärztlichen Zeugnisses“ für einen von den Behörden damit beauftragten Arzt vgl. für den Kanton Bern Gafner, Zeugnisse, 95–109.