

1. Einleitung: Gesundheit, Geschlecht und Alltagsdiskursanalyse

Der Dipl.-Ing. Herbert So. (Jahrgang 1900) erklärte in seiner Autobiographie ‚Ein Zeuge seiner Zeit 1900–1971‘, weshalb die durchschnittliche Lebenserwartung im 20. Jahrhundert durch „umwälzende“ naturwissenschaftlich-technische „Fortschritte“ „um etwa 25 Jahre gestiegen“ sei: „Besonders die Medizin hat in diesem Jahrhundert geradezu epochenmachende Erfolge aufzuweisen und dazu beigetragen, daß die mittlere Lebenserwartung um etwa 25 Jahre gestiegen ist. Durch Sulfonamide, durch Hormone und durch die Entdeckung des Penicillins und anderer Antibiotika sind viele Millionen der Zucker-, Typhus- und Tuberkulosekranken gerettet worden. Dadurch werden auch Kulturgüter erhalten, berücksichtigt man, was Wissenschaftler, Komponisten, Schriftsteller und Maler nach ihrer Gesundung wieder leisten können“.¹ Tatsächlich ist die Lebenserwartung im 20. Jahrhundert sogar noch stärker angewachsen als Herbert So. dachte. Es waren nämlich über 30 Jahre! Dass dieser Zuwachs nicht nur dem medizinischen Fortschritt geschuldet war und welchen Beitrag das alltägliche Gesundheitsverhalten von Männern und Frauen leistete, ist Gegenstand dieser Arbeit.

1.1 Ausgangssituation

Genderparadox

Die durchschnittliche Lebenserwartung bei der Geburt, die aus den Sterbewahrscheinlichkeiten einer Periode berechnet und in die Zukunft projiziert wird, hat sich in den vergangenen 150 Jahren in allen industrialisierten Staaten nahezu verdoppelt. Im Deutschen Reich etwa betrug sie um 1850 für Männer 39,6 Jahre, für Frauen 40 Jahre.² Um die Jahrhundertwende 1901/10 konnten Männer mit durchschnittlich 44,8 Jahren rechnen, Frauen mit 48,3 Jahren.³ Und in den Jahren 2001/03 sollte die männliche Lebenserwartung dann bei 75,59 Jahren liegen, die weibliche mit 81,34 Jahren sogar noch höher.⁴ Als Teil des ‚Demographischen Übergangs‘ ging diese Verlängerung der Lebenserwartung mit der ‚Epidemiologischen Transition‘ einher, in deren Zug sich das Todesursachenspektrum von akuten Infektions- zu chronischen Zivilisationskrankheiten verschoben hat.⁵

Die Geschlechter konnten allerdings nicht in gleichem Ausmaß von diesem Anstieg der Lebenserwartung profitieren, weshalb sich die statistische Le-

1 Herbert So., Dta Em 434, 224–225.

2 Dinges, 2006, 23.

3 Dinges, 2008, 111.

4 Dinges, 2008, 111.

5 Für das Deutsche Reich grundlegend ist nach wie vor Spree, 1992; für Österreich-Ungarn mit leichten Modifikationen Weigl, 2000, 164–168.

benserwartung von Männern und Frauen seit der Industrialisierung deutlich auseinanderentwickelt hat. Betrug das geschlechtsspezifische Mortalitätsdifferenzial um 1850 im Deutschen Reich etwa lediglich wenige Monate, waren es fünfzig Jahre später, um 1901/10, bereits 3,5 Jahre zu Ungunsten der Männer.⁶ Das Maximum war in der BRD Mitte der 1980er Jahre mit einem *gender gap* von 6,7 Jahren (1980/82) erreicht.⁷ Die Früh- und Hochindustrialisierung in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts sowie die zweite Nachkriegszeit der 1950er und 1960er Jahre erwiesen sich damit als jene Phasen, in denen sich die Schere am schnellsten geöffnet hat. In der Zwischenkriegszeit blieb die Differenz weitgehend konstant.⁸ Durch langsamere Zuwachsraten bei den Frauen nähert sich das geschlechtsspezifische Mortalitätsdifferenzial seit den 1980er Jahren wieder an, auf 5,7 Jahre am Beginn des 21. Jahrhunderts (im Jahr 2001/03).⁹

Gemessen an diversen Indikatoren zur Morbidität wiesen Frauen am Ende des 20. Jahrhunderts trotz der höheren Lebenserwartung in der Summe einen objektiv wie subjektiv schlechteren Gesundheitszustand auf als Männer.¹⁰ Dieser Umstand wird in der Gesundheitswissenschaft heute als ‚Genderparadox‘ bezeichnet.¹¹ Mit der Frage nach dem ‚gesunden Alltag‘ oder den ‚gesunden Alltagen‘ im 20. Jahrhundert möchte die vorliegende Dissertation einen gesundheitshistorischen Beitrag zur Erklärung des Geschlechterparadoxes leisten.

Erklärungsansätze

Das Genderparadox stellt eine Form ‚gesundheitlicher Ungleichheit‘ dar. Ungleichheiten werden in der Medizinsoziologie seit den 1950er Jahren intensiv erforscht. ‚Gesundheitliche Ungleichheit‘ meint allgemein den Zusammenhang zwischen dem sozialen und dem gesundheitlichen Status einer Einzelperson bzw. einer Personengruppe. Vertikale Ungleichheiten kommen durch die hierarchische Schichtung der Bevölkerung in sozial ‚oben‘ und ‚unten‘ zustande. Horizontale Ungleichheiten können sich aus weiteren sozialen Bedingungen ergeben, die quer zur sozialen Schichtung verlaufen: Geschlecht, Alter, Nationalität, Wohnortgröße, Familienstand, Konfession und Lebensstile gelten als die entscheidenden Variablen.

Die Gesundheitswissenschaft bietet heute differenzierte Erklärungsansätze für gesundheitliche Ungleichheiten. Als nach wie vor aktuell erweist sich die

6 Eigene Berechnungen nach Fußnote 2 und 3.

7 Dinges, 2008, 111.

8 Dinges, 2008, 111.

9 Eigene Berechnungen nach Fußnote 4.

10 Eine geschlechtergeschichtliche Analyse des Morbiditätsgeschehens im 20. Jahrhundert steht noch aus, obschon höhere Erkrankungszahlen von Frauen z. B. für die Tuberkulose schon Zeitgenossen aufgefallen sind, siehe Ellerbrock, 2002, 130–131. Siehe auch den Forschungsstand in Kapitel 4.1.

11 Maschewsky-Schneider, 1997. Kritisch hierzu Sieverding, 1998, 483–486, die das Geschlechterparadox für die 1990er Jahre negiert und auf Unterschiede in Selbstwahrnehmung und -darstellung von Männern und Frauen zurückführt.

vertikale Sozialstrukturanalyse, die durch die gesellschaftlichen Veränderungsprozesse im 20. Jahrhundert aber einiges an Erklärungskraft verloren hat. Und zwar können Gesundheitsschäden wegen des gestiegenen Lebensstandards, verbesserten Bildungschancen und des Ausbaus des Sozialstaats immer weniger *direkt* durch Armut erklärt werden (z. B. durch Unterernährung, mangelhaften Zugang zu medizinischer Versorgung). Plausibler erscheint die *indirekte* Beeinflussung durch Faktoren, die mittelbar mit dem sozio-ökonomischen Status zusammenhängen.¹² Der Soziologe Andreas Mielck (2005) schlägt in einem Modell, das unten abgebildet ist, vier Faktoren vor, die schichtspezifische Mortalitäts- und Morbiditätsmuster moderieren können: gesundheitliche Belastungen, Ressourcen, Versorgung sowie Gesundheits- und Krankheitsverhalten.¹³

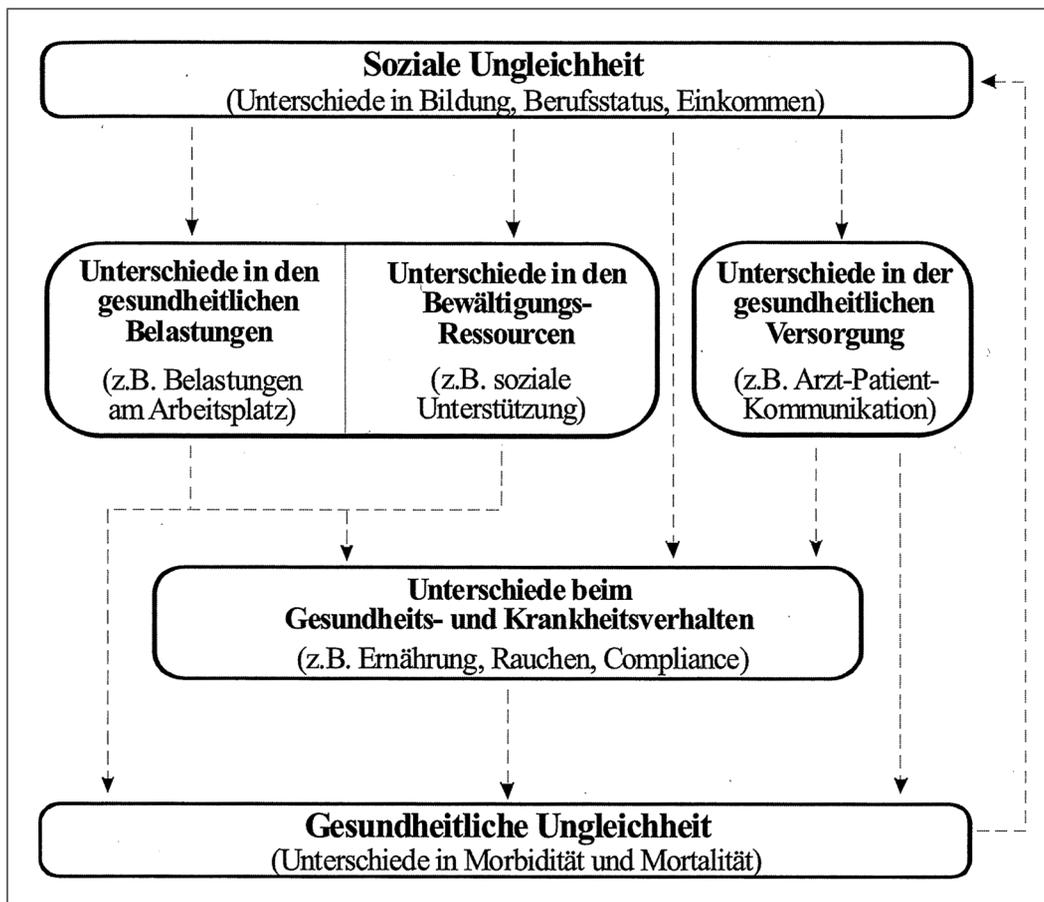


Abbildung 1: Modell zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten von Andreas Mielck (2005)

12 Mielck, 2005, 7–9.

13 Mielck, 2005, 53.

Die Richtung des Zusammenhanges von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit bleibt in deskriptiven Studien oft unklar. Während meist von der Hypothese ausgegangen wird, dass der sozio-ökonomische Status einen schlechten Gesundheitszustand bedingt („Armut macht krank“), ist auch die umgekehrte Richtung denkbar („Krankheit macht arm“).¹⁴

Angesichts der schwindenden Erklärungskraft der vertikalen Sozialstrukturanalyse ist in der Gesundheitsforschung das Interesse an horizontalen Faktoren ‚gesundheitlicher Ungleichheit‘ in den vergangenen zwei Jahrzehnten gestiegen.¹⁵ Von einer geschlechtsbezogenen Gesundheitsforschung kann man international vielleicht seit drei Jahrzehnten sprechen. Die Beschäftigung mit Geschlechterfragen im Gesundheitsbereich setzte in den 1970er Jahren ein, im Kontext einer stark politisierten und gegenwartsbezogenen Frauengesundheitsbewegung.¹⁶ Diesem Entstehungszusammenhang entsprechend wurde beim Thema Geschlecht lange nahezu exklusiv an Frauen gedacht, denn eine eigenständige Männergesundheitsforschung sollte sich erst in den 1990er Jahren formieren.¹⁷ Von einer nennenswerten Männergesundheitsbewegung – analog zur Frauengesundheitsbewegung – kann bis heute dennoch nicht die Rede sein.¹⁸ Die *Gender Based Medicine* steht heute für eine geschlechter*sensible* und geschlechter*gerechte* Gesundheitsforschung, die die spezifischen Belange von Frauen *und* Männern in Fragen der Gesundheit ernst nimmt. Für diesen Anspruch stehen im deutschsprachigen Raum die Sammelbände ‚Weiblichkeit, Männlichkeit und Gesundheit‘ von Elmar Brähler und Hildegard Felder (Erstausgabe 1992), ‚Geschlecht, Gesundheit und Krankheit‘ von Klaus Hurrelmann und Petra Kolip (2002) sowie ‚Gender Medizin‘ von Anita Rieder und Brigitte Lohff (2004).¹⁹ Die geschlechtsbezogene Gesundheitsforschung hat den Anschluss an die gängigen *gender*-Theorien gefunden, obschon manche (radikal-) konstruktivistischen Ansätze für die Medizin nach wie vor eine Herausforderung darstellen.²⁰ Die *Gender Based Medicine* teilt eine sozialkonstruktivistische Perspektive auf das Geschlecht, die davon ausgeht, „dass Geschlecht keine kontextunabhängige Variable oder Eigenschaft von Individuen ist, sondern ein grundlegendes Strukturierungsprinzip aller Lebensbereiche und individueller Handlungen darstellt“, um mit den Worten Ellen Kuhlmanns (2002) zu sprechen.²¹ Die Unterscheidung in ein vermeintlich vorsoziales biologisches *sex* und ein sozio-kulturelles *gender*, wie sie in den 1970er

14 Mielck, 2005, 49.

15 Bauer/Bittlingmayer/Richter, 2008b, 25–29.

16 Vgl. Maschewsky-Schneider et. al., 1998, 357; Hurrelmann/Kolip, 2002, 13.

17 Meuser, 1999, 24.

18 Vgl. Hurrelmann/Kolip, 2002, 15–16; Dinges, 2003, 88.

19 Brähler/Felder, 1999; Kolip/Hurrelmann, 2002; Rieder/Lohff, 2004 a.

20 Kuhlmann, 2002, 105; Rieder/Lohff, 2004b, 1–2.

21 Kuhlmann, 2002, 104.

Jahren von der frühen feministischen Frauenforschung vertreten worden ist, ist mit dieser *gender*-Perspektive überwunden.²²

In einem relativ frühen Diskussionsbeitrag zu gesundheitlichen Ungleichheiten zwischen Männern und Frauen schlug die Amerikanerin Lois Verbrugge (1990) fünf Erklärungsansätze für das Geschlechterparadox vor: biologische, soziale (verhaltensbedingte), psychosoziale, kommunikative und medizin-biographische.²³ Ihre Argumente decken bis heute das Spektrum geschlechterbezogener Gesundheitsforschung ab.²⁴ Gegenwärtig spricht vieles dafür, dass keiner der genannten Gründe *alleine* als Erklärung für die gesundheitlichen Unterschiede zwischen Männern und Frauen hinreichend ist. Klosterstudien zufolge tragen biologische (d.h. genetische und endokrinologische) Faktoren nämlich maximal ein bis zwei Jahre zur männlichen Übersterblichkeit bei. Auch fiel die Wirkung des Rückgangs der Müttersterblichkeit seit dem letzten Drittel des 19. Jahrhunderts marginal aus.²⁵ Damit ist der Weg offen für soziale, kulturelle und geschichtshistorische Erklärungsansätze.²⁶ Dass das Geschlechterparadox nämlich nur als Produkt zweier miteinander verwobener Geschichten – der Sozialgeschichte einer Gesellschaft und der individuellen Lebensgeschichte – zu verstehen ist, hat bereits die zitierte Lois Verbrugge (1990) vorgeschlagen, denn „states of health for individuals and society at any time bear immense, quiet imprints of personal and social history“.²⁷

Das derzeit umfassendste Modell zur Erklärung geschlechtsspezifischer gesundheitlicher Ungleichheiten legte Birgit Babitsch (2005) vor (vgl. Abbildung 2). Babitsch differenziert drei Ebenen, auf denen die Geschlechtszugehörigkeit gesundheitliche Relevanz entfalten kann: die Makro-Ebene gesellschaftlicher Strukturen, die Meso-Ebene des unmittelbaren Lebenskontextes und die Mikro-Ebene I, der individuellen gesundheitsrelevanten Lebensweisen, sowie schließlich den individuellen Gesundheitszustand auf der Mikro-Ebene II. Auf den beiden Mikro-Ebenen hat sie fünf mögliche Einflussfaktoren identifiziert: personale Ressourcen, Gesundheitsverhalten, Inanspruchnahme medizinischer Versorgung (Krankheitsverhalten), individueller Umgang mit Krankheit sowie biologische Dispositionen. Alle drei Ebenen sind voneinander abhängig.²⁸ Eine salutogenetische Betrachtungsweise unterliegt Babitschs Modell, denn neben den gesundheitlichen Risiken von Männern und Frauen konzeptualisiert sie die geschlechtsspezifischen Ressourcenkonstellationen, um die Gesundheit zu erhalten oder sie wieder herzustellen.²⁹ Das Modell der Salutogenese wurde von dem amerikanischen Stressforscher Aaron Antonovsky seit Ende der 1970er Jahre entwickelt und im deutschsprachigen Raum

22 Geschlecht und *gender* werden in dieser Arbeit synonym verwendet.

23 Verbrugge, 1990, 63.

24 Vgl. Eickenberg, 1997, 123–130; Luy, 2002, 415; Weiland et al., 2006, 877–879.

25 Weigl, 2007a, 29.

26 Vgl. Luy, 2002, 424; Luy, 2006, 66.

27 Verbrugge, 1990, 78.

28 Babitsch, 2005, 138–141.

29 Vgl. zu dieser Perspektive auch Kuhlmeier, 2003, 24.

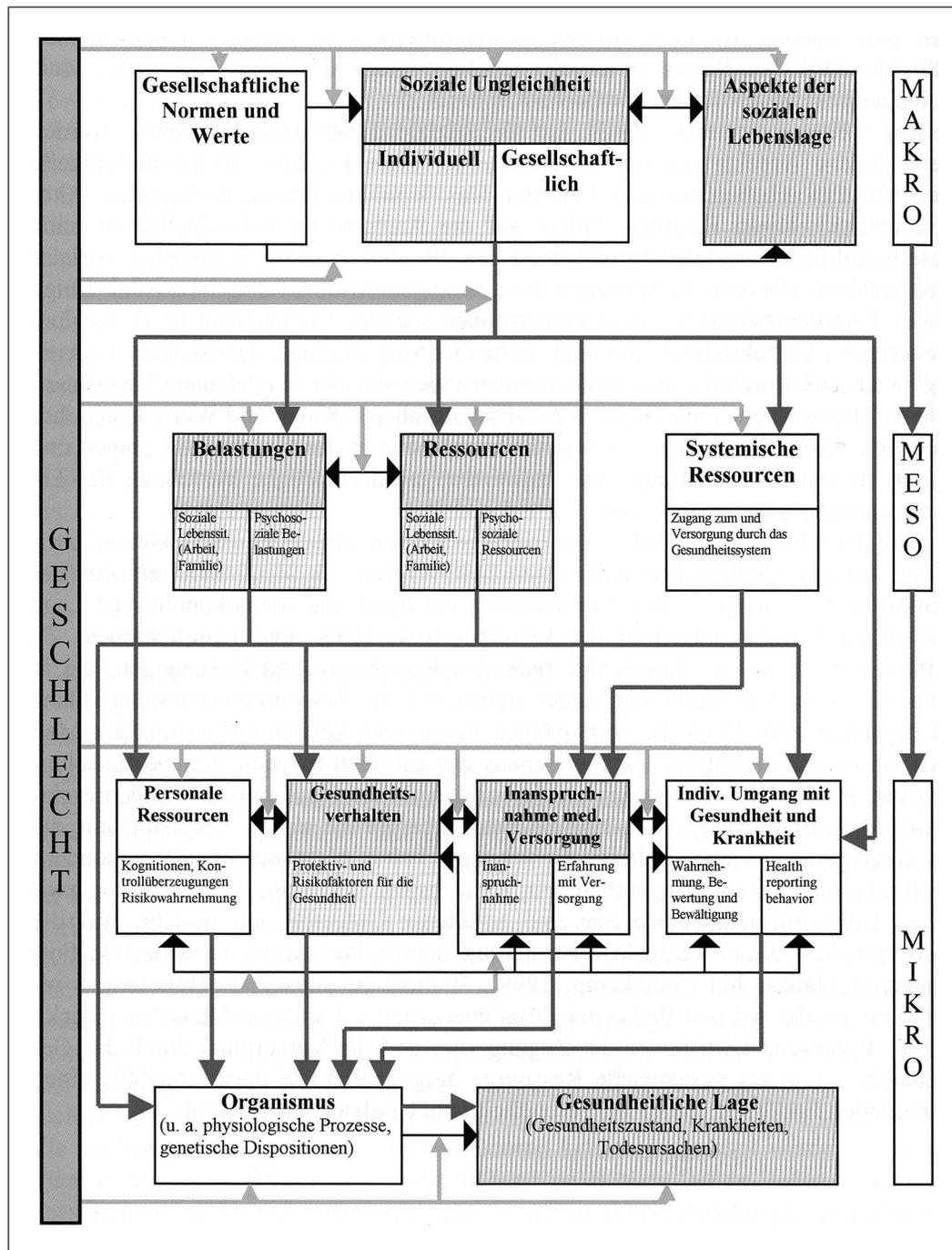


Abbildung 2: Geschlecht und gesundheitliche Ungleichheit von Birgit Babitsch (2005)

(mit einiger Zeitverzögerung) in den ausgehenden 1990er Jahren intensiv rezipiert.³⁰ Es ist der programmatischen Frage gewidmet, was Menschen gesund

30 Grundlegend ist Antonovsky, 1997 (engl. Original 1987).

erhält und warum sie *nicht* erkranken. Gesundheit wird dabei als Prozess verstanden, in dem Gesundheit und Krankheit die Pole eines Kontinuums bilden.³¹

Eine salutogenetische Perspektive bestimmt auch die vorliegende Dissertation. Gesundheit wird hier ‚von unten‘ betrachtet. Der Blick geht konsequent idiographisch von der Mikro-Ebene des individuellen Lebensvollzugs aus, also der Sicht einzelner Männer und Frauen, die im 20. Jahrhundert gelebt haben. Angesichts der aktuellen Beliebtheit qualitativer Forschungsvorgehen hat Helga Krüger (2005) zurecht auf die Gefahren einer Geschlechterforschung hingewiesen, die subjektive Sinnkonstruktionen nicht mehr an Strukturentwicklungen rückbindet. Nicht nur verschenke die personalisierte Argumentation ihr geschlechterpolitisches Reformpotenzial, auch verliere sie an analytischer Tiefe.³² Gesundheitsrelevante Verhaltensstile werden in der vorliegenden Arbeit deshalb möglichst auf Strukturdaten der Meso- und Makro-Ebene bezogen. Gesellschaftliche Strukturen existieren jedoch nicht unabhängig von individuellem Handeln, sie werden in Interaktionen hervorgebracht und modifiziert.³³

Das Lebensstilkonzept gilt in der Gesundheitswissenschaft derzeit als ein Schlüssel, um gesundheitliche Ungleichheiten mehrdimensional zu erklären. Es ist eine geeignete Heuristik, um horizontale und vertikale Determinanten gesundheitlicher Ungleichheit in einem Modell zu integrieren und analytisch zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit zu vermitteln.³⁴ Es gründet auf der Idee, dass menschliches Verhalten nur in seinem komplexen Kontext zu verstehen sei.³⁵ Frühe allgemeine Überlegungen zu Lebensstilen finden sich u. a. bei Max Weber, Georg Simmel und Thorstein Veblen. Ihre Überlegungen wurden von Soziologen in den 1970er und 1980er Jahren aufgegriffen und fortgeführt. Pierre Bourdieus Klassenanalyse der französischen Gesellschaft und Gerhard Schulzes Lebensstiltypologie für die BRD der 1980er Jahre sind zwei zentrale Beiträge zur jüngeren soziologischen Diskussion.³⁶ Pierre Bourdieus Habitusbegriff bietet ideale Anknüpfungspunkte für geschlechter- und gesundheitsgeschichtliche Fragestellungen. Als Habitus versteht Bourdieu ein System von Wahrnehmungs-, Denk- und Handlungsmustern, das in der Sozialisation erworben, d. h. „inkorporiert“ worden ist. Durch den Habitus konstituiert sich der spezifische Lebensstil einer Person. Bourdieu dachte dabei in der Hauptsache an schicht- bzw. klassenspezifische Diffe-

31 Vgl. Blättner, 1997, 122–123. Zur Kritik an Antonovskys Modell siehe Bengel/Strittmatter/Willmann, 2003, 49, u. a. wegen fehlender empirischer Belege im Bereich der körperlichen Gesundheit.

32 Krüger, 2006, 134.

33 Dass ein Strukturverstehen deshalb über die Einzelbiographie möglich ist, zählt, so z. B. Dausien, 1996, 1, zu den Grundannahmen der qualitativen Biographieforschung.

34 Abel, 1997, 57–58; Schneider, 2002; Niemann/Abel, 2001, 107; Siegrist, 2005, 176.

35 Vgl. Pientka, 1994, 401; Mielck, 2000, 175–176; Niemann/Abel, 2001, 107.

36 Zu Stand und Entwicklung des Konzeptes in der Soziologie vgl. zuletzt Otte, 2004, 11–13.

renzen. Doch deutete er in seinem Spätwerk auch die Möglichkeit eines geschlechterspezifischen (männlichen) Habitus an: Das herrschende Geschlechterverhältnis „inkorporiere“ und „somatisiere“ sich zu einem „Geschlechtshabitus“, wie ihn der Soziologe Michael Meuser in ‚Geschlecht und Männlichkeit‘ (1998), heute ein Klassiker der Männlichkeitenforschung im deutschen Raum, später ausarbeiten sollte.³⁷

Die Begriffe Lebensstil oder *life-style* sind seit den 1960er Jahren in der Gesundheitsforschung etabliert. An der älteren Lebensstilforschung wird heute der fehlende Theoriebezug kritisiert: Lebensstil habe damals lediglich als Sammelkategorie für ein breites Spektrum an Risikoverhaltensweisen (wie Alkohol- und Tabakmissbrauch, ungesunde Ernährung oder mangelnde Bewegung) gedient. Der soziologische Erklärungsgehalt des Konzepts sei damit nicht voll ausgeschöpft worden.³⁸ Thomas Abel hat 1992 ein themenspezifisches Modell „gesundheitsrelevanter Lebensstile“ als theoretischen Rahmen für die empirische Gesundheitsforschung vorgelegt, das als Heuristik für die vorliegende Arbeit herangezogen wird.³⁹ Er definiert gesundheitsrelevante Lebensstile wie folgt: „Gesundheitsrelevante Lebensstile umfassen die kollektiven Muster von gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen, Orientierungen und Ressourcen. Diese Muster werden von Individuen auf der Basis der ihnen zur Verfügung stehenden Optionen ausgewählt und zu spezifischen Konstellationen zusammengefügt. Dabei stellen die Optionen die konkretisierten Handlungsmöglichkeiten der sozialstrukturell verankerten Lebenschancen dar. Die Gestaltungsleistung geschieht in unmittelbarer Auseinandersetzung mit den Lebenschancen und wirkt auf diese entweder stabilisierend oder modifizierend zurück.“⁴⁰ Gesundheitsrelevante Lebensstile entfalten sich demnach entlang der drei grundlegenden Dimensionen „gesundheitsrelevantes Verhalten“, „gesundheitsbezogene Orientierungen“ und „soziale Ressourcen“.⁴¹ Komplexe Wechselbeziehungen bestehen zwischen den drei Dimensionen wie innerhalb der einzelnen Dimensionen, wie Abbildung 3 zu entnehmen ist.⁴²

37 Bourdieu, 1997, 167; Meuser, 1998, 113–114.

38 Vgl. Pientka, 1994, 397–399; Abel, 1999, 45.

39 Erstmals Abel, 1992; auch Abel, 1994.

40 Abel, 1999, 52.

41 Abel subsummiert die objektiv gegebenen sozialstrukturellen Bedingungen (z. B. finanzielle Lage, Geschlecht, Alter, Zeitbudget, Versicherungsschutz, medizinische Infrastruktur etc.) unter „soziale Ressourcen“. Sein Ressourcenbegriff ist damit nicht identisch, sondern deutlich enger als der von Birgit Babitsch, der sich an Antonovskys salutogenetische Perspektive anschließt.

42 Abel, 1992, 220–221.

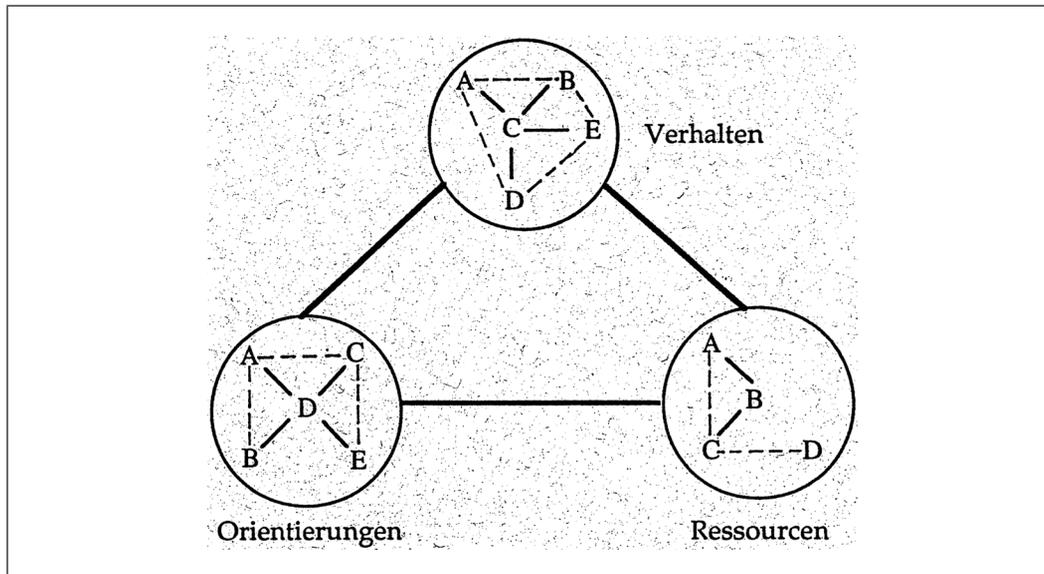


Abbildung 3: Modell gesundheitsrelevanter Lebensstile von Thomas Abel (1992)

Struktur- und Handlungsebene sind bei Abel konzeptuell verbunden. Ein empirischer Lebensstil konstituiert sich durch individuelle Wahl- und Gestaltungsentscheidungen einer Person (bzw. einer Personengruppe), im Rahmen der strukturellen Gegebenheiten.⁴³ „Bedingte Freiheit“ bei gleichzeitig „relativer Begrenztheit“ kennzeichnet die möglichen Wechselbeziehungen zwischen den drei Lebensstildimensionen, wodurch der Einzelperson individuelle Stilisierungsoptionen im Rahmen der vorgefundenen Ressourcenkonstellation erwachsen.⁴⁴ Da Lebenschancen in einer Gesellschaft nicht beliebig vorkonfiguriert sind, entsteht ein begrenztes Set an distinkten Lebensstilen.⁴⁵ Unter einem ‚distinkten Lebensstil‘ versteht Abel ein charakteristisches Muster aus einzelnen Verhaltensstilen, das sich von anderen Lebensstilmustern abgrenzen lässt.⁴⁶ Dabei können inkonsistente Muster auftreten (z. B. ausgeprägte Gesundheitsorientierung bei gleichzeitig hohem Alkoholkonsum).⁴⁷ Abel denkt bei Lebensstilen an Kollektive, d. h. an Personengruppen als Analyseebene, obwohl sich ein bestimmter Lebensstil nur im individuellen Lebensvollzug realisiert.⁴⁸ Andere Soziologen, dazu zählt auch Bourdieu mit seiner Distinktionstheorie, betonen die außenorientierte „expressive“ (Lüdtke)

43 Abel, 1994, 222–223.

44 Abel, 1992, 221; Abel, 1999, 54–55.

45 Abel, 1999, 54–55.

46 Abel, 1992, 217. Zum Verhältnis von Lebens- und Verhaltensstil auch Dinges, 1997, 198, der den Verhaltensstil als „auf jeweils ein Problem [...] bezogene relativ stabile Verhaltensweise“ von dem „allgemeiner[en]“ Lebensstil abgrenzt.

47 Abel et al., 1992, 298.

48 Abel, 1999, 51.

Funktion von Lebensstilen stärker, wofür theoriegeschichtlich Simmel und Veblen grundlegend sind. Lebensstile wirken demnach vergesellschaftend, indem sie Interaktionspartnern sichtbare Zeichen zur sozialen Orientierung und Distinktion liefern.⁴⁹ Rainer Diaz-Bone (2002) hat daraufhin überzeugend die Anschlussfähigkeit von Lebensstilkonzept und Diskurstheorie belegt, indem er aufgezeigt hat, wie Lebensstile in „distinktiven Diskursen“ vermittelt werden.⁵⁰

Für die geschichtshistorische Forschung ist das heuristische Potenzial des Lebensstilkonzepts bisher noch nicht ausreichend ausgeschöpft worden. Dabei gilt seine Erklärungskraft im Hinblick auf das geschlechtsspezifische Mortalitätsdifferential *in der Gegenwart* als gesichert. Grundlegend hierfür sind Sven Schneiders ‚Lebensstil und Mortalität‘ (2002) und eine epidemiologische Studie von Marc Luy und Paola Di Giulio (2005).⁵¹ In anderen Gebieten der Geschichtswissenschaft, insbesondere der Politik-, Sozial- und Wirtschaftsgeschichte kam das Konzept gelegentlich als Heuristik zum Einsatz, als „politischer Verhaltensstil“ etwa in der Habilitation von Jens Ivo Engels (2006).⁵² Daneben stehen Arbeiten wie die ‚Geschichte des modernen Lebensstils‘ von Ursula Becker (1990), in denen Lebensstil als deskriptive Kategorie erscheint.⁵³ Martin Dinges (1997) hat in einem Aufsatz den Wert des Lebensstilkonzepts für eine Kulturgeschichte des Alltags herausgestellt, da dessen Einsatz den vermeintlichen Gegensatz von Struktur- und Handlungsgeschichte überwinden kann. Der Alltagsgeschichte steht damit ein theoretisch gesättigtes Konzept zur Verfügung, mit dem eine rein deskriptive Alltagsbetrachtung überwunden werden kann.⁵⁴ Das Lebensstilkonzept wird in der vorliegenden Arbeit für die zeithistorische Patienten-, Gesundheits- und Geschlechtergeschichte fruchtbar gemacht.

Die Frage nach dem historischen Wandel von Lebensstilen ist in der Lebensstilforschung bislang offen geblieben, und Längsschnittstudien stellen ein Dilemma dar.⁵⁵ Bei *zeitpunkt*abhängigen Querschnittsdesigns ist es nämlich nicht möglich, zwischen Lebensalter- und Kohorteneffekten zu differenzieren.⁵⁶ Abel konzeptualisiert gesundheitsrelevante Lebensstile als dynamische Prozesse, da Menschen bzw. Menschengruppen fortlaufend dazu gezwungen sind, die Schemata ihres alltäglichen Lebensvollzugs zu modifizieren, um sie an ge-

49 Vgl. Lüdtker, 1989, 41; Schulze, 1995, 177–178; allgemein Otte, 2004, 27; Bourdieu, 1989, 277–279.

50 Diaz-Bone, 2002, 113–120.

51 Schneider, 2002, 193–196; 383–384; Luy/Di Giulio, 2005.

52 Engels, 2006; und konzeptionell Engels, 2005. Zur Antike und Frühen Neuzeit Maisch, 1992; Christiansen, 1995.

53 Becker, 1990; Beck 2008.

54 Dinges, 1997, 200–202. Dass dieses nach wie vor aktuell ist, zeigt die Frage nach der „Kulturgeschichte ohne Paradigmen?“ von Lynn Hunt, 2008, 324.

55 Vgl. Abel, 1992, 127; Lüdtker, 1992, 36; Abel, 1994, 229–233; Hartmann, 1999, 217–218; Otte, 2004, 34.

56 Lüdtker, 1992, 33; Schulze, 1995, 189.

änderte Situationen anzupassen. Die Grundstruktur eines Lebensstils bleibe davon in der Regel aber unberührt.⁵⁷ Auch bestehen distinkte Lebens- bzw. Verhaltensstile weiter, wenn eine Einzelperson sich für einen alternierenden Stil entschieden hat, andere Mitglieder der Gesellschaft das Muster aber kollektiv weiter reproduzieren.⁵⁸ Demgegenüber erweist sich die Hypothese, dass Lebensstile durch Sozialisation bzw. Habitualisierung in Kindheit und Jugend im Lebenslauf relativ konstant bleiben, unter Sozialwissenschaftlern als außerordentlich weit verbreitet.⁵⁹ Um die Dynamik gesundheitsrelevanter Verhaltensstile im 20. Jahrhundert verfolgen zu können, ist das Quellenkorpus der vorliegenden Arbeit als serialisierte Kohortenstudie aufgebaut. Der Wandel von Verhaltensstilen gerät so auf der kollektiven Ebene in den Blick.

Die Generation ist in der Geschichtswissenschaft eine heute viel beachtete analytische Kategorie.⁶⁰ Als grundlegender Referenztext erweisen sich noch immer Karl Mannheims kanonisch gewordene Überlegungen über ‚Das Problem der Generation‘.⁶¹ Mannheim unterscheidet darin drei Stufen der Generationalität, die aufeinander aufbauen: Generationslagerung, Generationszusammenhang und Generationseinheit. Eine Generationslagerung zeichnet einen gleichen ggf. auch benachbarte Geburtsjahrgänge aus.⁶² In der aktuellen Forschungsdebatte wird dieser Fokus häufig als zu eng kritisiert, da für den ferneren Lebensverlauf nachhaltige Prägungen auch in späteren Lebensphasen auftreten können (bspw. bei Frontsoldaten in beiden Weltkriegen).⁶³ Innerhalb eines Generationszusammenhanges mögen lose Verbindungen, durch gemeinsame Teilhabe an historisch-politischen Ereignissen in der Zeit bestehen. Um nach Mannheim aber von einer Generationseinheit sprechen zu können, müssen sich diese Austauschbeziehungen innerhalb eines Generationszusammenhanges nochmals verdichten, zu einer generationsbezogenen Selbstdeutung und Sinnstiftung.⁶⁴ In der letztgenannten umfassenden und emphatischen Bedeutung wird der Generationenbegriff in der historischen Forschung zumeist als rhetorisches Konstrukt verstanden, durch das historische Akteure sich selbst und andere in der Zeit verorten.⁶⁵ Demgegenüber hat Jens Weisbrod (2005) in einem kurzen Aufsatz zur ‚Generation und Generationalität in der Neueren Geschichte‘ dazu aufgerufen, gegenüber den politischen (z. B. die 1968er) die weniger lautstark artikulierten alltagsnahen Erfahrungsdimensionen als generationsprägende Ereignisse in den Blick zu nehmen.⁶⁶ Das gilt, wie Christina Benninghaus (2005) zurecht angemerkt hat, gerade für

57 Abel, 1994, 229–231.

58 Abel, 1994, 232.

59 Otte, 2004, 33–34.

60 Vgl. Reulecke, 2003, XI; Weisbrod, 2005, 3; Jureit, 2006, 8–9.

61 Mannheim, 1964; vgl. dazu Zinnecker, 2003, 33.

62 Mannheim, 1964, 527, 542.

63 Vgl. Weisbrod, 2005, 5.

64 Mannheim, 1964, 544.

65 Vgl. Reulecke, 2003, IX; Jureit, 2006, 124.

66 Weisbrod, 2005, 8.

die historische Generationenforschung, die mit dieser Ausrichtung den impliziten *male bias* des Mannheim'schen Konzepts fortschreibt.⁶⁷ Die vorliegende Alltagsdiskursgeschichte gesundheitsrelevanter Verhaltensstile ist als Generationengeschichte im 20. Jahrhundert aufgebaut.

1.2 Erkenntnisinteresse und Fragestellung, zeitliche und räumliche Abgrenzung

Erkenntnisinteresse und Fragestellung

Gegenstand dieser Dissertation ist die Entwicklung gesundheitsrelevanter Verhaltensstile in deutschsprachigen Ländern während des 20. Jahrhunderts. Es wird nach der Genese alltäglicher Verhaltensweisen und Orientierungen im Umgang mit gesundheitlichen Risiken und Ressourcen – dem ‚gesunden Alltag‘ – in deutschsprachigen Ländern gefragt. Bei der Analyse werden Geschlecht, Generation und soziale Schicht als drei mögliche Dimensionen gesundheitlicher Ungleichheit besonders berücksichtigt. Die vorliegende Dissertation soll damit einen Beitrag zur Erklärung des Geschlechterparadox, d. h. des geschlechterspezifischen Mortalitäts- und Morbiditätsdifferenzials im 20. Jahrhundert leisten; darin liegt das Erkenntnisinteresse.

Welchen Aspekten des Lebensvollzugs *Gesundheitsrelevanz* zugesprochen wird, bleibt mit der Formulierung „gesundheitsrelevante Verhaltensstile“ unbestimmt. Ein Gesundheitsbezug kann nämlich fast jeder Alltagspraxis unterstellt werden – wenn nicht aus Sicht der (historischen) Akteure, so zumindest aus der Beobachterperspektive. Thomas Abel schlägt die jeweils geltenden wissenschaftlichen bzw. populärwissenschaftlichen medizinischen Kenntnisse als Entscheidungsgrundlage vor.⁶⁸ Auf Basis der aktuellen Gesundheitsforschung wurden für diese Arbeit neun Bereiche ausgewählt, die in Abbildung 4 der verhaltens- und orientierungsbezogenen Dimension eines Gesundheitslebensstils (nach Abel) zugeordnet sind. In den Kapitel wird nach Menschenbildern (Kapitel 2), Gesundheitsressourcen (Kapitel 3), Gesundheitsrisiken (Kapitel 4) und Medizin und Medikalisierung (Kapitel 5) gefragt. Die Intention der Akteure war demnach kein Kriterium für Gesundheitsrelevanz.⁶⁹ Die utopische Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation (WHO)

67 Reulecke, 2003, XIII–XIV; Becker, 2003, 281; Weisbrod, 2005, 8; Jureit, 2006, 33; Benninghaus, 2005, 134–136.

68 Abel, 1992, 125.

69 Die Begriffe Handeln und Verhalten werden in der vorliegenden Dissertation synonym verwendet. Nach Siegrist, 2005, 61–62, grenzt man in der Medizinsoziologie zwar Verhalten vom engeren Begriff des Handelns anhand des Kriteriums Intentionalität ab, die beim Handeln (als Ergebnis einer Wahlentscheidung) gegeben sein muss. Da die Intention nicht zwingend bewusst reflektiert wird, was bei habitualisierten Handlungen und im Alltag der Regelfall sein dürfte, wird die Unterscheidung von Handeln und Verhalten hier nicht nachvollzogen.

aus dem Jahr 1946 diente dabei als Horizont. Gesundheit umfasst demnach eine bio-physiologische, psychologische und soziale Dimension: „Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“.⁷⁰

Gesundheitsbezogene Orientierungen	Gesundheitsbezogene Verhaltensweisen	Soziale Ressourcen
Menschenbilder (Kapitel 2)	Ernährung (Kapitel 3.2)	Geschlecht
	Hygiene (Kapitel 3.3)	
	Zeit (Kapitel 3.4)	
Wissen (Kapitel 3.1)	Gesundheitsrisiken in den Lebensphasen (Kapitel 4)	Alter
	Gesundheitsselbsthilfe (Kapitel 5.1)	
Populäre Medizingeschichte (Kapitel 5.2)	Medikalisierung (Kapitel 5.3)	Sozio-ökonomischer Status
	Hospitalisierung (Kapitel 5.4)	

Abbildung 4: Gesundheitsrelevante Verhaltensstile: Zuordnung der ausgewählten Bereiche zu den Dimensionen gesundheitsrelevanter Lebensstile nach Abel

Zeitliche Abgrenzung

Der Untersuchungszeitraum erstreckt sich über das gesamte 20. Jahrhundert und darüber hinaus, insofern auch die letzte Dekade des 19. und die ersten Jahre des 21. Jahrhunderts mit erfasst worden sind. Genau gesagt handelt es sich also um dem Zeitraum ca. 1890 bis 2005. Damit wird die Lebenszeit der Alterskohorten abgedeckt, die zwischen ca. 1890 und 1940 geboren wurden: Die Ältesten waren Kinder zu Kaisers Zeiten; sie erlebten den Ersten Weltkrieg als junge Erwachsene und den Zweiten Weltkrieg im reiferen Erwachsenenalter aktiv mit. Die Jüngsten sollten die Zeit des Nationalsozialismus als Kinder erleben; ihre Jugend- und Erwachsenenjahre spielten sich in der zweiten Nachkriegszeit ab; das Seniorenalter erreichten sie um die Wende zum 21. Jahrhundert. Maximal 50 Jahre bzw. zwei generative Generationen liegen zwischen den Erst- und Letztgeborenen, womit es sich um die Großeltern-, Kinder- und Enkelgeneration einer Familie handeln könnte.⁷¹

Es sprechen viele Gründe dafür, die Jahrgänge ca. 1890 bis 1940 hier zu betrachten: Kohortenstudien haben gezeigt, dass die männliche Übersterb-

70 Zitiert nach Schwartz et al., 2003, 26.

71 Für eine biologisch-generative Generation wird in der Regel eine Differenz von 30 Jahren angesetzt, vgl. Jäger, 1977, 430.

lichkeit in den Geburtsjahrgängen ab 1890 deutlich zugenommen hat.⁷² Diese erweisen sich gleichzeitig als die ersten Jahrgänge, für die populäre Autobiographien, die in der vorliegenden Arbeit als Quellengrundlage dienen, in nennenswerter Zahl vorliegen. Sie hatten das Seniorenalter nämlich gerade erreicht, als in den späten 1970er und 1980er Jahren die ersten einschlägigen Autobiographiesammlungen entstanden sind. Dementsprechend stammen die jüngsten Texte, die für das vorliegende Projekt (in den Jahren 2004–2008) verfügbar gewesen sind, von der damaligen Seniorengeneration, die vor 1940 geboren worden ist.⁷³ Ferner erschien es zu Kontrollzwecken sinnvoll, die Untersuchung auf jene Jahrgänge auszuweiten, die die Zeit des Nationalsozialismus kaum mehr bewusst politisch miterlebt haben, was bei den Kohorten ab ca. 1935 der Fall sein dürfte (da bspw. die Jungen nicht mehr oder nur noch kurzzeitig in der Hitler Jugend gewesen ist).

Die *longue durée*, die lange Dauer also, bietet sich als Perspektive gerade für die hier verfolgte alltagsnahe geschlechtergeschichtliche Fragestellung an.⁷⁴ Die politikgeschichtlichen Zäsuren, an denen sich die Periodisierung der Medizingeschichte bis heute in der Regel orientiert, verstellen nämlich den Blick auf fließende Übergänge und Kontinuitäten über diese Zäsuren hinweg.⁷⁵ So konnte z. B. Lutz Niethammer in seinem LUSIR Projekt zeigen, wie bruchlos der Alltagsvollzug sich in Arbeiterhaushalten vor und nach 1945 gestaltete.⁷⁶ Auch blieb die Geschlechterordnung während der ersten beiden Dekaden des 20. Jahrhunderts und etwa bis in die 1970er Jahre – trotz phasenweiser Verwerfungen während beider Weltkriege – erstaunlich stabil.⁷⁷ Für die Gesundheitsgeschichte hat Florentine Fritzen (2006) in ihrer Dissertation ‚Gesünder leben. Die Lebensreformbewegung im 20. Jahrhundert‘ die Perspektive der langen Dauer fruchtbar gemacht.⁷⁸

Räumliche Abgrenzung

Das Untersuchungsgebiet der Arbeit sind die ‚deutschsprachigen Länder‘ oder der ‚deutschsprachige Raum‘.⁷⁹ Mit dieser begrifflichen Hilfskonstruktion wurde der geographische Bezugspunkt dynamisch definiert. Dies war zum einen deshalb nötig, weil die Gebietsstände der heutigen politischen Einheiten Bundesrepublik Deutschland (BRD), Österreich (A) – allerdings nicht der

72 Höhn, 1996, 59–60.

73 Dazu weiter in Kapitel 41.

74 Vgl. Braudel, 1992, 57–61. Die Historikerin Elizabeth Harvey, 2005, 297–298, hat jüngst noch einmal auf das Potenzial der Geschlechtergeschichte verwiesen, die konventionellen Narrative der Zeitgeschichte herauszufordern.

75 Zur Zeitgeschichte der Medizin Schlich, 2007, 270–271. Zur Periodisierung in der Medizingeschichte allg. Eckart/Jütte, 2007, 351–354.

76 Niethammer, 1983 a, 15.

77 Vgl. Hagemann, 2002b, 16.

78 Vgl. Fritzen, 2006, 15–16.

79 Die Begriffe ‚deutschsprachiger Raum‘ und ‚deutscher Raum‘ werden hier vereinfacht synonym verwendet.

Schweiz (CH) – sich im Verlauf des 20. Jahrhunderts mehrfach geändert haben.⁸⁰ Das Untersuchungsgebiet alternativ auf einen engen lokalen Raum zu begrenzen (im Sinne der Mikrogeschichte), erschien angesichts der gegebenen Quellenüberlieferung mit zahlreichen Sammlungsbeständen wenig zweckmäßig.⁸¹ Zum anderen hätte diese Begrenzung das Problem individueller biographischer Mobilität nicht gelöst, die im 20. Jahrhundert die Regel gewesen sein dürfte.

Der deutschsprachige Raum wird hier als die Region verstanden, in der Menschen ihre Lebensgeschichten *auf Deutsch* verfasst haben, womit sie unabhängig von Geburtsort, Nationalität oder ‚Rasse‘ ihre Zugehörigkeit zum deutschen Sprachgebiet signalisierten.⁸² Die Geburtsorte der Autorinnen und Autoren liegen weit über die Länder des heutigen Europas verstreut: in der heutigen BRD, in Österreich, Schweiz, Polen (PL), der Tschechischen Republik (CR), Serbien und Montenegro (SCG), Litauen (LT), der Slowakischen Republik (SK) sowie in Brasilien (BR) (siehe Tabelle 3 in Kapitel 1.4).

Diese offene Gebietsbestimmung soll nicht bedeuten, dass der nationale Kontext für Fragen des alltäglichen Gesundheitsverhaltens irrelevant gewesen sei – das Gegenteil ist der Fall! Die Gesundheits- und Sozialversicherungssysteme der BRD, Österreichs und der Schweiz weisen in ihrer Entwicklung im 20. Jahrhundert – ausgehend vom Vorreiter Deutschland – jedoch entscheidende strukturelle Parallelen auf, die eine nationenüberschreitende Betrachtung sinnvoll erscheinen ließen: Erstens ist die öffentlich-rechtliche Organisation des Gesundheitswesens in der Sozialversicherungsgesetzgebung aller drei Länder verankert; zweitens bekleiden überall niedergelassene Ärzte die zentrale Position bei der Krankenversorgung, bei weitgehend freier Arztwahl; und drittens herrscht in allen drei Ländern das Sachleistungsprinzip im Krankenversicherungswesen.⁸³ In Österreich galten darüber hinaus nach dem Anschluss 1938 bis zum Ende des ‚Dritten Reiches‘ die reichsdeutschen Gesetze.⁸⁴

Ausgeklammert aus dem Untersuchungsgebiet bleibt die frühere DDR, obschon einige Personen in der Stichprobe noch auf deren späterem Staatsgebiet geboren worden sind. Mit Helmut H. (Jahrgang 1938) floh 1958 jedoch der letzte Autobiograph des Samples in den Westen. Trotz intensiver

80 Vgl. Scheuch, 1997.

81 Vgl. zu diesem Vorgehen Schenda, 1981, 77.

82 Der Begriff ‚Rasse‘ löst im deutschen Sprachgebrauch heute Unbehagen aus, da er auf Grund der Erfahrungen mit dem Rassismus in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts stark pejorativ konnotiert ist. Die UNESCO hat deshalb 1950, so Schmitz-Berning, 1998, 490–491, die Formulierung ‚ethnische (volksmäßige) Gruppen‘ in Bezug auf Menschen als Ersatz vorgeschlagen. Im Folgenden wird der Begriff ‚Rasse‘ trotzdem verwendet, wenn damit ein historischer (Quellen-) Begriff gemeint ist; es werden aber einfache Anführungszeichen gesetzt. Der neutrale Begriff ‚Ethnie‘ steht hingegen für die Beschreibung von Menschengruppen in der heutigen Sprachregelung.

83 Vgl. Rost-Paganini, 1986; Krukemeyer, 1985, 158, 183; Köhler/Zacher, 1981.

84 Vgl. Kramer, 2002, 18–21.

Recherchen konnten für diese Dissertation nicht genug geeignete Texte von Bürgerinnen und Bürgern der ehemaligen DDR ermittelt werden. Eine Gesundheitsgeschichte der DDR aus Patientenperspektive bleibt daher ein vielversprechendes Desiderat. Auch wurde darauf verzichtet, Autobiographien von jüdischen Autorinnen und Autoren systematisch in das Quellenkorpus zu integrieren. Gleichwohl bekennen sich eine Frau und zwei Männer der Stichprobe zum jüdischen Glauben. Bei einer Pilot-Recherche in der Memoirensammlung des Leo-Baeck-Institutes, weltweit einer der größten Sammlung jüdischer Selbstzeugnisse, konnten für die jüngeren Alterskohorten in dieser Untersuchung leider nicht genug Autobiographien ausgemacht werden, die auf Deutsch verfasst worden sind (da die Autorinnen und Autoren in der Regel bereits in der Emigration aufgewachsen sind).

1.3 Forschungsstand

Mit der Frage nach gesundheitsrelevanten Verhaltensstilen im Alltag ist die vorliegende Arbeit am Schnittpunkt einer zur Gesundheitsgeschichte erweiterten Patientengeschichte, zur ‚Geschlechtsspezifischen Medizingeschichte‘ und zur Körpergeschichte angesiedelt. Eine Geschichte des alltäglichen Gesundheitsverhaltens im 20. Jahrhundert aus der ‚Patienten‘-Sicht liegt bislang nicht vor. Deshalb soll in diesem Forschungsüberblick auch kurz auf den Stand der *gegenwartsorientierten* Disziplinen Gesundheitswissenschaft, Gesundheits-, Medizin- und Körpersoziologie eingegangen werden.

Patienten- und Gesundheitsgeschichte

Die Patientengeschichte hat sich, mit einem deutlichen medizinkritischen Impetus, in den 1980er Jahren im Rahmen der Sozialgeschichte der Medizin formiert.⁸⁵ Roy Porters Aufsatz ‚The patient’s view. Doing medical history from below‘ (1985) steht nach wie vor programmatisch für den Anspruch der Patientengeschichte, medikale Wahrnehmungs-, Deutungs- und Handlungsmuster *aus der Patientenperspektive* in den Blick zu nehmen.⁸⁶ Sie möchte keine ‚retrospektiven Diagnosen‘ stellen, also Krankheitsbeschreibungen aus der Vergangenheit in die heutige Ätiologie und Nosologie übersetzen, da dieser Versuch, so die Kritik an der ‚retrospektiven Diagnose‘, Spekulation bleiben und in einer ahistorischen Argumentation enden muss.⁸⁷ Von der Pathographieforschung grenzt sich die Patientengeschichte durch ihre sozialgeschichtliche, also stärker kontextualisierende Ausrichtung ab.⁸⁸ Der Gesundheitsgeschichte liegt heute ein erweiterter ‚Patienten‘-Begriff zugrunde, der alle nicht-professi-

85 Eckart/Jütte, 2007, 181. Zur Entwicklung der Sozialgeschichte der Medizin zuletzt Eckart/Jütte, 2007, 156–169.

86 Porter, 1985, 185. Vgl. dazu Ernst, 1999, 101–102; Eckart/Jütte, 2007, 181–190.

87 Eckart/Jütte, 2007, 181.

88 Eckart/Jütte, 2007, 181–183; Horst, 2004, 130.

onellen medizinischen Laienpersonen umfasst. Ferner hat sich ihr Gegenstand über die kurative Medizin hinaus, in Richtung Prävention und Gesundheitsförderung erweitert.⁸⁹

Der zeitliche Schwerpunkt der Patienten- und Gesundheitsgeschichte lag bisher in der Frühen Neuzeit, im 19. Jahrhundert sowie allenfalls bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts.⁹⁰ Nicht nur die (vermeintliche) Quellenproblematik, auch die aus heutiger Sicht größere Fremdheit der humoralpathologisch-diätetischen Körper- und Medikalkultur mögen Gründe dieser Schwerpunktbildung sein.⁹¹ Als Bezugspunkt für zahlreiche patientenhistorische Arbeiten, die in den 1980er und 1990er Jahren entstanden sind, diente die ‚Medikalisierungsthese‘, die auf Historiker der französischen *Annales*-Schule zurückgeht.⁹² Die Medizinhistoriker Wolfgang Eckart und Robert Jütte (2007), denen hier gefolgt werden soll, definieren Medikalisierung als: „[...] ein Vorgang, der in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts einsetzt sowie von langer Dauer ist und in dessen Verlauf es den Ärzten gelingt, ihr medizinisches Angebot mit Hilfe des Staates breiten Bevölkerungsschichten zu oktroyieren. Es handelt sich also um einen Prozess der Erweiterung des medizinischen Marktes, bei dem eine Berufsgruppe besonders privilegiert wird, andere Heiler (beispielsweise Empiriker, Hebammen, Wundärzte) dagegen ausgegrenzt werden“.⁹³ Es zählt zu den Leistungen der jüngeren patientenhistorischen Forschung, auf den wechselseitigen Charakter der Medikalisierung aufmerksam gemacht zu haben. Nicht nur als hierarchischer Prozess ‚von oben‘ speiste sie sich, sondern auch durch eine Nachfrage nach medizinischen Angeboten ‚von unten‘.⁹⁴ Für diesen Perspektivwechsel steht im deutschen Raum die wegweisende Arbeit von Francisca Loetz (1993) zu Baden 1750–1850.⁹⁵ Mit der Medikalisierung der sozialen Unterschichten um 1900 haben sich auch Ute Frevert durch Ärzte (1984, 1985) bzw. Hygieniker (1987) und Barbara Elkeles (1996) durch das Krankenhaus beschäftigt.⁹⁶ Die bisher umfassendste patientenhistorische Arbeit zum Medikalisierungsprozess im deutschen Raum liegt mit den ‚Patientenwelten‘ (1995) der Medizinsoziologen Jens Lachmund und Gunnar Stollberg vor, die anhand von veröffentlichten Autobiographien den Wandel des Gesundheits- und Krankheitsverhaltens durch den Aufstieg naturwissenschaftlicher Medizin vom späten 18. bis zum frühen 20. Jahrhundert aufzeigen.⁹⁷ Die vorliegende Dissertation führt diese ‚Patientenwelten‘ zeitlich fort, indem sie den Medikali-

89 Dingens, 2004 b, 225.

90 Vgl. die Forschungsüberblicke von Ernst, 1999; Hoffmann, 2005, 5–9; Eckart/Jütte, 2007, 183.

91 Einen Überblick über den Forschungsstand zur Frühen Neuzeit gibt Stolberg, 2003, 9–12. Zu möglichen Quellen siehe Eckart/Jütte, 2007, 183–185. Zum Problem der zeitlichen Nähe für die Zeitgeschichte der Medizin Schlich, 2007, 282–285.

92 Zur Begriffsgeschichte Eckart/Jütte, 2007, 312.

93 Eckart/Jütte, 2007, 312.

94 Vgl. Eckart/Jütte, 2007, 315–316.

95 Loetz, 1993.

96 Frevert, 1984; Frevert, 1985; Frevert, 1987; Elkeles, 1996 a.

97 Lachmund/Stollberg, 1995.

sierungsprozess, der je nach sozialer Schicht, Wohnort und Geschlecht im frühen 20. Jahrhundert längst noch nicht abgeschlossen gewesen ist, im Verlauf des 20. Jahrhunderts darstellt und gesundheitsrelevante Verhaltensstile in der medikalisierten Gesellschaft aufzeigt.

Die französischen Medizinsoziologinnen Claudine Herzlich und Janine Pierret haben in ‚Kranke gestern, Kranke heute‘ (frz. Original 1984) die weitere Individualisierung der Krankheitserfahrung bis in die 1960er Jahre verfolgt, nachdem Krankheit den religiösen Sinnbezug wie das kollektive Moment der früheren Epidemien weitgehend verloren hat.⁹⁸ Dass es mit dem Aufstieg der Biomedizin zu einer Verwissenschaftlichung der Krankheitserfahrung gekommen sei, die von den Patienten mit Skepsis aufgenommen wurde, konstatieren für das ausgehende 20. Jahrhundert auch die amerikanischen Mediziner Arthur Kleinman in ‚The illness narratives‘ (1988) und Arthur Frank in ‚The wounded storyteller‘ (1995).⁹⁹ Auch Oliva Wiebel-Fanderl ist in ‚Herztransplantation als gelebte Erfahrung‘ (2003) auf große Skepsis gegenüber der Medizintechnik bei Herzpatienten gestoßen.¹⁰⁰ Ob sich ihre Ergebnisse auf breitere Patienten- und Gesellschaftskreise übertragen lassen, soll in der vorliegenden Dissertation untersucht werden.

Eine Geschichte des alltäglichen Gesundheitsverhaltens im 20. Jahrhundert liegt für deutschsprachige Länder nicht vor. Einzelne Aspekte des Patientseins, vor allem in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts, werden jedoch in patientenhistorischen Arbeiten aufgegriffen: Simone Moses schreibt in ihrer Dissertation über die zunehmende Akzeptanz des Krankenhauses am Beispiel Tübinger Kliniken (1880 bis 1914).¹⁰¹ Eine umfassende Krankengeschichte aus Patientensicht seit der Antike liegt nur von Guenter Risse (1999) vor, allerdings für das 19. und 20. Jahrhundert mit Schwerpunkt auf dem anglo-amerikanischen Raum.¹⁰² Mit einer speziellen Patientengruppe in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts, den Tuberkulösen, sind die Arbeiten von Flurin Condrau, Sylvelyn Hähner-Rombach (beide 2000) und Elisabeth Dietrich-Daum (2007) befasst.¹⁰³ Auch sind psychiatrische Patienten im 20. Jahrhundert eine vergleichsweise gut erforschte Patientengruppe: zu Patientenfotos 1880–1933 liegt die Dissertation von Helen Bömelburg (2007) vor, zu Kriegsheimkehrern des Zweiten Weltkriegs die Habilitation von Svenja Goltermann (2009).¹⁰⁴ In Hinblick auf die 1930er und 1940er Jahre treten Patienten in der Literatur vor allem als Opfer der nationalsozialistischen Vernichtungspolitik in Erscheinung, stellvertretend genannt seien dazu ‚Der »Volkskörper« im Krieg‘ von Winfried Süß (2003) oder der von Maike Rotzoll (2008) herausgegebene Sammelband ‚Die nationalsozialistische Aktion T4 und ihr Opfer‘, der auf

98 Herzlich/Pierret, 1991, 281–283.

99 Kleinman, 1988; Frank, 1995, 4–7, 172.

100 Wiebel-Fanderl, 2003.

101 Moses, 2005.

102 Risse, 1999.

103 Condrau, 2000; Hähner-Rombach, 2000.

104 Bömelburg, 2007; Goltermann, 2009.

den wieder aufgetauchten Patientenakten, die die Morde dokumentieren, beruht.¹⁰⁵ Von Thorsten Noack (2004) liegt eine Dissertation zum Erstarken der Patientenrechte zwischen 1890 und 1960 vor.¹⁰⁶ Die Medizinetnologinnen Jutta Dornheim (1983) und Christine Holmberg (2005) beleuchten den Alltag von Krebspatienten in den 1970er bzw. 1990er Jahren.¹⁰⁷

Gesundheit im 20. Jahrhundert ist ein Thema vieler Forschungsarbeiten zur Lebensreformbewegung: Cornelia Regin hat in ‚Selbsthilfe und Gesundheitspolitik‘ (1995) die Naturheilbewegung im Kaiserreich als breitenwirksames, aber städtisches Phänomen identifiziert.¹⁰⁸ Die Soziologin Eva Barlösius interpretiert in ‚Naturgemäße Lebensführung‘ (1997) den Vegetarismus innerhalb der Lebensreform als Form der Vergesellschaftung.¹⁰⁹ Micheal Hau (2003) hat mit ‚The cult of health and beauty‘ dagegen eine Ideengeschichte der Lebensreformbewegung vorgelegt, so auch Uwe Heyll (2006).¹¹⁰ Florentine Fritzen (2006) führt die Geschichte der Lebensreform bis zum Ende des 20. Jahrhunderts fort.¹¹¹ Einen Überblick über die jüngere Forschung bietet außerdem der Ausstellungskatalog von Kai Buchholz (2001).¹¹² Gemeinsam ist den genannten Arbeiten, dass sie in der Lebensreform weder eine vor- noch eine anti-moderne Bewegung sehen, sondern eine Reaktion auf die Moderne. Offen bleiben (mit Ausnahme vielleicht von Regin) die Fragen nach der synchronen Breitenwirkung wie auch der diachronen Nachwirkung der Lebensreform. Fritzen vertritt dazu die These, dass die Lebensreformbewegung erst in den 1990er Jahren ihre Avantgarde-Stellung verloren habe, da ihre Ideen in der Gesamtgesellschaft Akzeptanz gefunden hätten.¹¹³ Sonst werden die Kontinuitäten zwischen der Gesundheitsbewegung am Anfang und am Ende des 20. Jahrhunderts in der Literatur eher unterstellt als belegt.¹¹⁴ In der vorliegenden Dissertation werden Reichweite und mögliche Kontinuitäten lebensreformerischer Gedanken im gesamten 20. Jahrhundert aufgezeigt werden. Dass heute nämlich ein differenziertes Gesundheitsverständnis im Alltag existiert, ist den gegenwartsorientierten Arbeiten aus der Gesundheitspsychologie zu entnehmen, für die im deutschsprachigen Raum Toni Faltermaier (1998, 2005) steht.¹¹⁵

105 Rotzoll, 2008; oder auch Noack, 2008.

106 Noack, 2004.

107 Dornheim, 1985; Holmberg, 2005.

108 Regin, 1995.

109 Barlösius, 1997, 18–21.

110 Hau, 2003; Heyll, 2006.

111 Fritzen, 2006.

112 Buchholz, 2001.

113 Fritzen, 2006, 329–335.

114 Z. B. von Barlösius, 2001; Wedemeyer-Kolwe, 2001, 593.

115 Faltermaier, 1998; Faltermaier, 2005.