

# 1 Jungengesundheit im epidemiologischen Zusammenhang

## 1.1 Die Gesundheit von Jungen und männlichen Jugendlichen in historischer Perspektive (1780 – 1980)

*Martin Dinges*

### 1 Epidemiologie

In dem hier gegebenen knappen Rahmen können nur wenige Aspekte des Themas dargestellt werden. Dabei kommen vorrangig Gesundheitsressourcen in den Blick, die anhand von Gesundheitsempfehlungen dargestellt werden. Passend zum Schwerpunkt des Bandes werden dann das Verhältnis zum eigenen Körper und Prägungen des Inanspruchnahmeverhaltens analysiert<sup>1</sup>. Dabei können die besonderen Problemlagen von Jungen nicht vertieft werden, die durch Armut, Illegitimität, Kindesaussetzung, als Ziehkind, nach Kindesmisshandlung, oder für behinderte Kinder, als Psychiatrieinsassen – immerhin fast 10 % Kinder und Jugendliche im 19. Jh. (Nissen 2005, S. 124) –, in der Jugendfürsorge oder bei anderen Anstaltsinsassen entstanden. Ebenso wurde die Kriegspsychiatrie, die ja oft noch sehr junge Männer betraf, ausgeklammert. Die genannten Problemlagen sind aber häufig gesundheitlich sehr belastend und würden besonders hinsichtlich ihrer geschlechterspe-

zifischen Ausprägung grundlegender Forschung bedürfen. Dies gilt auch für spezifische Belastungen durch die Entdeckung der eigenen Homosexualität.

### 2 Gesundheitsdiskurse und -empfehlungen

Erst seit Kurzem gelten Jungen innerhalb des Gesundheitsdiskurses als Problemgruppe. Das war früher ganz anders: Jungen galten generell eher als stark und gesund – Mädchen als schwach oder gar kränklich. Die Aufklärungsanthropologie hatte solche Gegensätze zwischen Mann und Frau sehr akzentuiert und biologisch fundiert, indem sie den Frauen eine größere Naturnähe, Abhängigkeit vom Körper, damit aber auch Schwäche, den Männern dagegen eine größere Vernunftbegabung zuschrieb. Während des 19. Jahrhunderts arbeiteten die Mediziner dieses Bild weiter aus und erweiterten es um 1900 noch um passende psychische Komponenten. Allerdings gehörte zum Bild des Mannes als negativer Zug auch, dass er triebbedingt unbeherrscht sei und sich deshalb disziplinieren müsse (Kucklick 2008, S. 35 – 133). Zum Mann zu wer-

1 Eine wesentlich ausführlichere Fassung ist in der Zeitschrift »Medizin, Gesellschaft und Geschichte« 2011 publiziert (Dinges 2011).

den bedeutete eine doppelte Entwicklungsaufgabe, nämlich der zugeschriebenen Körperlichkeit und Vernünftigkeit gerecht zu werden.

Den Jungen legte man dazu nahe, ihre Fähigkeiten durch viel Bewegung zu entwickeln. Man empfahl ihnen seit 1800 Leibesübungen und später die Ertüchtigung durch den Sport. So heißt es in einem Gesundheitsratgeber 1892: »Die nützlichste Körperbewegung ist das Schwimmen, und darum sollte, wo es möglich ist, jeder gesunde Knabe zum Erlernen des Schwimmens veranlasst werden.« Ganz selbstverständlich ist hier nicht von Mädchen die Rede (Sepp 1892, S. 11). Der Bedarf des Staates und der Wirtschaft stand im Vordergrund dieses Diskurses. Die Jungen sollten leistungsfähige Soldaten, allenfalls auch kräftige Arbeiter werden (Frevert 1996, S. 147–154).

Immerhin kamen dabei besondere Gesundheitsgefährdungen in den Blick: Jungen galten als waghalsig. Schon 1792 meinte der Autor eines mehrbändigen Buches zur »medicinischen Policey«, des Vorläufers der Sozialhygiene, Johann Peter Frank (1745–1821), Jungen würden von Brücken in zu flaches Gewässer springen, beim Schwimmen ertrinken, zu brutal fechten, von der Baumschaukel fallen oder sich beim Klettern verletzen (Frank 1784, S. 627f., 661, 672). Er meinte also, die »kleinen Wagehälse« spielten insgesamt zu risikoreich. Damit zeigt sich bereits eine gewisse Zwiespältigkeit, mit der über Jungen geredet wurde: Einerseits sollten sie sich viel bewegen und dadurch ertüchtigen, andererseits warnte man sie aber auch stets vor Gefahren und vor ihrer Neigung zum Leichtsinn. Zu erlernen hatten sie also die Balance zwischen Mut und Übermut. Individuelle Gesundheit stand jedenfalls nicht im Vordergrund der Überlegungen. Nach der Jahrhundertwende wanderten in der Jugendbewegung dann fast ausschließlich Jungen durch die Wälder, in der bündischen Jugend verstärkte sich dieser Zusammenhang

von Körperertüchtigung und Männerbund weiter (Speitkamp 1998, S. 145, 185).

Den Mädchen traute man weniger zu: Ärzte betonten immer wieder, dass junge Frauen durch die Menstruation regelmäßig geschwächt seien. Ihnen empfahl man allenfalls Spaziergänge. Erst ab ca. 1900 wurden auch ihnen einige Leibesübungen und leichtere, in der Zwischenkriegszeit dann weitere, Sportarten empfohlen. Die Nationalsozialisten setzten gezielt auf die Ertüchtigung mit dem Ziel, die Gesundheit der späteren Mütter zu fördern, die kräftige Kinder für einen starken »Volkskörper« gewährleisten sollten. Insgesamt ist das ein natalistischer Diskurs, der seit ca. 1800 im Staatsinteresse die Gebärftigkeit der Frauen einseitig in den Vordergrund rückte. Bei den Jungen erreichte die geforderte Bereitschaft zum Soldatischen ebenfalls in der NS-Zeit den Höhepunkt (Werner 2008).

Diesem Ziel entsprach ein Leitbild von Männlichkeit, das schon bei Jungen eine vorrangige Festlegung auf Härte gegenüber sich selbst und anderen verlangte. Das Ausmaß an notwendiger »Abhärtung« von Kindern wurde zwar auch kritisch diskutiert, in einer ärztlichen Schrift von 1903 aber selbstverständlich fast ausschließlich mit dem Blick auf Jungen thematisiert (Hecker 1903, S. 8, 20–27; vgl. Rutschky 1988, S. 260). Bezeichnenderweise drängten im Zeitalter des Nationalismus besonders die Väter auf Abhärtung, später imitierten die Jüngeren dieses Modell (Reulecke 2001). Schmerzverdrängung, Distanz zum eigenen Körper, Abwehr von Schwäche, die als weiblich galt, gehörten zu diesem Syndrom. Traurigkeit oder schlechte Stimmungen sollten nicht artikuliert werden – ein Junge sollte funktionieren. Außerdem beobachteten Forscher in der Gegenwart, dass in Erziehung und Alltag von Jungen ein höheres Maß an Toleranz gegenüber widerfahrener Gewalt als selbstverständlich vorausgesetzt wird (Jungnitz et al. 2007, S. 4, 64).

Der Onaniediskurs behinderte lange ein positives Verhältnis zum eigenen Körper (Eder 2002, S. 91 ff.). Seit dem 17. Jahrhundert bläuteten Kleriker, Ärzte und Pädagogen den Jungen in einer Vielfalt von Schriften und Predigten ein, dass die Selbstbefriedigung eine höchst gesundheitsschädliche Praxis sei: Sie schwäche die örtliche Muskulatur, verbrauche die Kraft des männlichen Samens, den man sich als eine begrenzte Quantität vorstellte, ruiniere die Nerven, zerstöre das Rückenmark und generell die körperliche Leistungs- und spätere Zeugungsfähigkeit. Masturbation sei deshalb auch moralisch höchst verwerflich (Kucklick 2008, S. 288 ff.). Mit unterschiedlichen Akzentsetzungen wurde dieser medizinische Unsinn bis in die 1950er Jahre verbreitet und machte vielen Jungen und männlichen Jugendlichen erhebliche Schwierigkeiten, wie wir anhand von Selbstzeugnissen seit dem 18. Jahrhundert beobachten können (Piller 2007, S. 190 f.). Ärzte empfahlen häufig, als Lösung des Problems eine Ehe einzugehen (Dinges 2002, S. 117; Schönenberger 1907, S. 21). So hieß es 1907: Junge Männer erholen sich bei sonst verständiger Lebensweise in der Ehe meist rasch – gemeint war von Scham, Reue und Nervenzerrüttung.

Parallel zur wachsenden Körperfeindlichkeit während des 19. Jahrhunderts sollte der Bordellbesuch immer häufiger als Initiation in das Geschlechtsleben dienen. Wurde das vom Vater organisiert, konnte es als Enteignung einer eigenständigen Sexualität empfunden werden, in der Peergroup allerdings als kollektive Stärkung von Männlichkeit. Geschlechtskrankheiten waren jedenfalls besonders im 19. und in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts ein viel diskutiertes Gesundheitsproblem. Etwa 5 % der Rekruten in Preußen und Bayern waren in den 1860er Jahren betroffen, bis 1900 sank der Anteil auf 2 % – wegen Soldkürzungen und stärkerer Disziplinierung (Sauerteig 1999, S. 75–80). Bei der Kaiserlichen Marine gin-

gen in den 1870er Jahren durch energische Maßnahmen gegen Hafenbordelle die Geschlechtskrankheiten auf 12 % aller Krankheitsfälle zurück. (Bennink 2008, S. 42).

Die Kontrolle der Einberufenen bzgl. Geschlechtskrankheiten im Rahmen der sog. »Schwengelparade« dürften manche jungen Männer als belastend empfunden haben (Jütte 1998, S. 24–26). In der Gesamtbevölkerung waren um 1900 Männer dreimal so häufig von Geschlechtskrankheiten betroffen wie Frauen, 1919 nur noch doppelt so häufig. Während der Weimarer Zeit gingen diese Erkrankungen weiter zurück. Trotzdem diskutierte man weiter über Ehegesundheitszeugnisse, die auch SPD und Zentrum befürworteten, aber nicht durchsetzen konnten. Diese wurden erst 1935 durch die Nationalsozialisten verbindlich vorgeschrieben und betrafen neben den Geschlechtskrankheiten nun auch Erb- und Geisteskrankheiten. In den Folgejahren wurde etwa jedem 25. Paar die Eheeignung abgesprochen, allerdings mehr Frauen als Männern (bis 1943: 43 000 : 34 000) (Sauerteig 1999, S. 379). Geschlechtskrankheiten im Jugendalter verlieren bis in die 1980er Jahre weiter an Bedeutung (Biener 1991, S. 109 f.).

Positive Impulse für ein gesundheitsförderliches Verhalten bieten allenfalls eine Reihe von Regeln: Ernährungsempfehlungen sind zwar oft geschlechterneutral formuliert, beziehen sich aber implizit doch auf männliche Jugendliche. In der Tradition solcher Werke seit der Antike orientieren sie darauf, Maß zu halten: »Der Jüngling weiß es nicht, wie sehr er sich durch Ausschweißungen mancherlei Art – durch einen Trunk in die [sic!] Hitze, durch Unmäßigkeit im Speisegenuß, verdirbt. Noch widerstehen seine muntern Kräfte ...« (Struve 1804, S. 49). Es wird also auf die langfristigen Folgen hingewiesen. Studierende werden besonders ermahnt, das rechte Maß zwischen »Speisegenuss« und Bewegung zu finden: »Wer sich fleißig Bewegung macht, kann reichlichere Mahlzeiten halten und verdauet

besser« (Struve 1804, S. 44). Besonders um 1900 häufen sich Ernährungsempfehlungen, die aber geschlechterunspezifisch sind, auch wenn eine sehr fleischhaltige Nahrung als jungengerecht und »männlich« gilt, während die Mädchen besonders seit den 1920er Jahren mit Schlankheitsappellen traktiert werden (Wirz 1993, S. 21f.). Auch deshalb bleibt die Anorexie bis in die 1980er Jahre fast ausschließlich eine Krankheit weiblicher Jugendlicher (Habermas 1990, S. 15, 23–30, 201, 206–210).

Hinsichtlich der Sauberkeit finden sich im medizinischen Schrifttum keine Hinweise, dass man Jungen für problematischer hielt als Mädchen. Empfehlungen zur Mundreinigung werden ebenfalls geschlechterneutral formuliert (Sepp 1892, S. 9, Struve 1804, S. 106). Ähnlich heißt es: »Die Ohren werden rein gehalten« (Struve 1804, S. 115). Erst beim Blick auf die Adressaten der Schrift – »gebildete Jünglinge« (und Lehrer) – wird klar, dass die männliche Jugend gemeint ist. Andere Empfehlungen betreffen die Kleidung. Sie soll sauber, dem Klima angepasst und locker sein, außerdem gewechselt werden, damit keine Hautkrankheiten entstehen können bzw. Ausdünstungen nicht behindert werden (Struve 1804, S. 108). Der reine Körper wird als Ausdruck der Sittlichkeit der Person gedeutet (ebd., S. 112). Ansonsten wird auch 1852 weiter das »Fußreisen« als Abhärtung empfohlen (Rutschky 1988, S. 287). Vom Rauchen rät Struve bei jungen Leuten ab, da diese Angewohnheit dem Körper Säfte entziehe, die er zum Wachsen brauche (Struve 1804, S. 151). Weiterhin gibt er Ratschläge, wie man Ansteckungen vermeiden kann (ebd., S. 160). Bis auf die Bezugnahme auf das Rauchen und die Studenten könnte das alles aber genau so auch in einer Schrift für junge Frauen stehen. Tatsächlich geschlechterspezifische Hygieneempfehlungen sind also eher selten.

Allerdings fungierte das Militär bereits im 18. Jh. als eine Art Schule der Reinlichkeit, was mit der praktischen Durchsetzung der

allgemeinen Wehrpflicht vor 1900 immer bedeutsamer wird: Dort sollten die jungen Männer aus allen Schichten gewisse Standards von Sauberkeit erlernen. Diese bezogen sich vorwiegend auf das äußere Erscheinungsbild, also die Kleidung (Uniform, Ausrüstung etc.) weniger auf den Körper selbst (Dinges 1996, S. 82–85). Die Uniform konnte und sollte auch die Frauen beeindrucken (Frevert 1996, S. 169f.). Während des 19. Jahrhunderts dürfte die Musterung viele junge Männer erstmals mit einer vergleichenden Bewertung ihres Gesundheitszustandes konfrontiert haben. Dabei wurde immerhin ein Drittel bis 45 % der jungen Männer als untauglich ausgemustert (Kaup 1925, S. 62f., 64, 68). Manche mögen sich darüber gefreut haben, für andere war dieses Musterungsergebnis eine Infra gestellung ihres Selbstkonzepts als Mann. Diese Selbstzweifel wegen attestierten Körpermängeln scheinen im 19. Jh. zu wachsen (Schweig 2009, S. 72f.). Im Ersten Weltkrieg lernten manche Soldaten dann Entlausungskampagnen kennen (ebd., S. 76).

Für die Gesundheitserziehung ist die Rolle der Familie viel wichtiger als das letztlich sehr eingeschränkte institutionelle Angebot von Schule und Militär. Im Vordergrund der bürgerlichen Medikalisierungskampagne stehen die Mütter. Sie dürften von den Söhnen mehr mit der Aufgabe des Ratgebers in Gesundheitsangelegenheiten assoziiert worden sein als die Väter (Dinges 2004, S. 105–107). Allerdings spielten auch diese schon im 19. Jahrhundert eine größere Rolle als es der bürgerliche Geschlechterdiskurs erwarten ließe. Väter beteiligen sich aktiv an der Kinderkrankenpflege und als Ratgeber (Schweig 2009, S. 49–54, 57f., 63–65, 68, Dinges 2010<sup>a</sup>). Von einer völligen »Feminisierung« des Themas Gesundheit kann also nicht die Rede sein.

Lange wurde bezeichnenderweise ein Thema gänzlich ausgespart: die psychischen Belastungen durch den Weltkrieg. Fliegeralarme, Ausbombungen, Evakuierung,

Flucht, Vertreibung, Armut, langfristige Abwesenheit der Väter und anderer Bezugspersonen haben nach neueren Forschungsergebnissen langfristige psychische Folgen – bis in die dritte Generation (Franz et al. 2007, S. 216, 225). Es gab etwa 500 000 Kriegswaisen und ca. 20 Mio. Kriegshalfwaisen (Dörr 2007, Bd. 1, S. 443.). Insgesamt ist davon auszugehen, dass etwa ca. 25 % der nach 1929 bis 1948 Geborenen unter »lang anhaltenden« und ein knappes Viertel unter »dauerhaft beschädigenden Einflüssen« Kindheit und Jugend erlebten (Radebold 2005, 23). »30 % der Deutschen, die zwischen 1933 und 1945 geboren wurden, wuchsen kriegsbedingt ohne Vater auf« (Bode 2006, S. 53). Für die Geburtskohorte 1935 konnte exemplarisch gezeigt werden, dass die Vaterabwesenheit im weiteren Lebenslauf zu einer signifikant erhöhten Anfälligkeit für psychogene Erkrankungen bis heute führt (Franz 2005, S. 53). Für die Nachkriegszeit lässt sich außerdem zeigen, dass die Jungen durch die Erfahrung der Ausbombung langfristig stärker traumatisiert waren als die Mädchen (Brähler et al. 2005, S. 125). Auch wiesen Jungen nach den Kohortensterbetafeln eine gegenüber den gleichaltrigen Mädchen geringere Lebenserwartung auf, weil sie offenbar durch die Kriegsereignisse stärker geschädigt wurden (Haudidier 1996, S. 149). Es muss ansonsten bisher dahingestellt bleiben, ob sie die Vaterlosigkeit stärker als die Mädchen belastete<sup>2</sup>. Nach neueren Studien führt Vaterabwesenheit bei Jungen aber zu einer Verzögerung der körperlichen Entwicklung, während bei Mädchen das umgekehrte Phänomen beobachtet wurde (Zinnecker und Silbereisen 1998, S. 359.). Jedenfalls liegen mittlerweile immer mehr Selbstzeugnisse zur Kriegserfahrung vor, die einer genderspezifischen Auswertung harren (Dörr 2007, Bd. 2, S. 108 ff.).

### 3 Gesundheitsangebote und Inanspruchnahmeverhalten

Es gibt nur wenige Angaben über die Nutzung ärztlichen Rates durch Kinder und Jugendliche in früheren Zeiten. Kinder, vor allem unter fünf Jahren, sind schon im 18. Jh. durchaus in den Arztpraxen vertreten (Ritzmann 2008, S. 114, 124). Schließt man die Jugendlichen bis 14 Jahre ein, dann sind Werte um und über 10 % häufig. In der Regel wird in den wenigen Studien zur Arztnutzung aber lediglich der Anteil der »Kinder« angegeben, praktisch nie differenziert nach Geschlecht (Dinges 2007, S. 303). Deshalb sind die Ergebnisse zu einem Südtiroler Landbezirk, dem Tauferer Ahrnthal, wichtig: Dort werden männliche Säuglinge im Verhältnis zu ihrem Anteil an der Gesamt-population in den 1860er Jahren etwas häufiger bei dem Arzt Ottenthal vorgestellt als weibliche (Unterkircher 2007, S. 54, 70). Das könnte tatsächlich auf eine höhere Inzidenz von Krankheiten verweisen, möglicherweise spiegelt es aber auch die Tendenz der Mütter wider, die Beschwerden von Jungen – als imaginierten »Stammhaltern« – etwas ernster zu nehmen. Zu den späteren Altersgruppen stehen die Untersuchungen noch aus.

Interessant ist in diesem Zusammenhang, was ein Kieler Stadtarzt über das Inanspruchnahmeverhalten von männlichen Lehrlingen in den 1920er Jahren mitteilt: Die Sprechstunde sei seit ihrer Einrichtung im Jahr 1924 immer häufiger in Anspruch genommen worden, nachdem man durch Reihenuntersuchungen das Interesse geweckt habe (von 117 auf 979 Lehrlinge 1927). Offenbar wachse das Interesse der reiferen Jugendlichen an ihrer Gesundheit

2 Schulz et al. 2004, Seegers 2009, S. 79. Eine Reanalyse der Daten lässt diese Annahme derzeit (Sept. 2010) nicht zu. Mitteilung von Prof. Dr. M. Franz (Düsseldorf).

(Büsing 1928, S. 451). Zweckmäßige Angebote werden also gern genutzt. Seit den 1960er Jahren werden weibliche Jugendliche ab der Pubertät häufiger dem Arzt vorgestellt, männliche Jugendliche fast nur noch wegen (Sport-)Unfallfolgen. So erlernen junge Frauen, den Arzt regelmäßig zur Vorsorge aufzusuchen, junge Männer brauchten ihn nur zum Zweck der »Reparatur« bei Bedarf.

Spezielle Kinderabteilungen in Krankenhäusern gibt es in Deutschland seit dem zweiten Viertel des 19. Jahrhunderts. Wie auch sonst bildet sich die medizinische Fachdisziplin der Pädiatrie in diesem Rahmen aus. Verdauungs- und Ernährungsbeschwerden der Säuglinge standen im Vordergrund der deutschen Forschungen (Neumann und Pierson 1986, S. 2460). Auch über die geschlechterspezifische Inanspruchnahme der Kinderkliniken – wie etwa in Würzburg seit den 1840er Jahren – ist nichts bekannt. Unter den behandelten Krankheiten ließen sich dort keine signifikanten geschlechterspezifischen Differenzen ausmachen (Tomsevic 2003, S. 103, 107). Die Kinderpsychiatrie entstand vor dem Ersten Weltkrieg, die Kinderpsychologie schon vor der Jahrhundertwende (Wiesbauer 1981, S. 139, 167; Neumann und Pierson 1986, S. 2464, Castell 2003).

Bis in die Gegenwart sind die Gesundheitsempfehlungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung allerdings viel seltener an Jungen als an Mädchen gerichtet. Immerhin wird bei Materialien zu Gesundheitsrisiken in der Pubertät geschlechterspezifisch »aufgeklärt«. Das liegt allerdings schon wegen der betroffenen Organe sehr nahe. Demgegenüber fehlte bis vor Kurzem ein solcher Zugang (zumeist) noch bei den meisten anderen Kampagnen – wie z. B. gegen das Rauchen oder den Alkoholmissbrauch. Rauchen hat für Jungen und Mädchen jedoch teilweise ganz unterschiedliche Funktionen, die gendersensibel in den Blick genommen werden müssten (Dinges 2010).

## 4 Fazit

Insgesamt zeigen sich bei einer geschlechter-spezifischen Betrachtung von Gesundheit und Krankheit im Kindes- und Jugendalter neben Gemeinsamkeiten auch deutliche Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen. Viele Probleme haben sich zwar mittlerweile durch die wirtschaftliche, soziale und medizinische Entwicklung erledigt, aber immer wieder fällt der schlechtere Gesundheitsstatus der Jungen und männlichen Jugendlichen auf. Das galt und gilt teilweise weiter für Säuglinge, bei der Kinderarbeit, bei der Industriearbeit und den Arbeitsunfällen, Wehrpflicht und Kriegseinwirkungen. Dieser schlechtere Gesundheitszustand hing teilweise mit größeren Belastungen aufgrund der geschlechterspezifischen Arbeitsteilung, teilweise mit einer höheren Risikoneigung zusammen. Dem standen bis in die 1960er Jahre geschlechtsspezifisch größere Freiräume für Bewegung und Sport gegenüber, die sich gesundheitsförderlich auswirken konnten.

Die historische Perspektive auf Jungengesundheit zeigt außerdem, dass Jungen und ihre Gesundheit häufig, insbesondere für militärische Zwecke, instrumentalisiert wurden. Auch Jugenduntersuchungen in den frühen Jahren der Bundesrepublik zielten vorrangig auf den optimalen Zeitpunkt der Einpassung in die Arbeitswelt des für den Wiederaufbau so wichtigen Bergbaus (Schwarz 1968, S. 6, 116, 131; Thomae 1960). Vor diesem Hintergrund kulturell langfristig verfestigter Männlichkeitsbilder ist es wenig überraschend, dass das Thema Jungengesundheit auch heute noch Schwierigkeiten hat, als eigenständiger Bereich überhaupt angemessen wahrgenommen zu werden.

## Literatur

Bennink H (2008) Verbreitung und Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten bei den Seesoldaten der Kaiserlichen Marine. Berlin: Nora.

Biener K (1991) Gesundheit der Jugend. Bern: Hans Huber.

Bode S (2006) Trümmerkinder – erwachsene Kinder. In: Ewers HH, Mikota J, Reulecke J, Zinnecker J (Hrsg.) Erinnerungen an Kriegskindheiten. Weinheim: Juventa.

Brähler E, Decker D, Radebold H (2005) Ausgebombt, vertrieben, vaterlos – Langzeitfolgen bei den Geburtsjahrgängen 1930–1945 in Deutschland. In: Radebold (2005).

Büsing H (1928) Ergebnisse systematischer schulärztlicher Untersuchungen an den Kieler Berufsschulen für männliche Jugendliche. Archiv für Soziale Hygiene und Demographie 3: 443–456.

Castell R, Nedoschill J, Rupps M (2003) Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland in den Jahren 1937–1961. Göttingen: Vandenhoeck.

Dinges M (1996) Soldatenkörper in der Frühen Neuzeit – Erfahrungen mit einem unzureichend geschützten, formierten und verletzten Körper in Selbstzeugnissen. In: van Dülmen R (Hrsg.) Körpergeschichten. Frankfurt M.: Fischer.

Dinges M (2002) Männlichkeit konstruktiv im medizinischen Diskurs um 1830. Der Körper eines Patienten von Samuel Hahnemann. In: Martschukat J (Hrsg.) Geschichte schreiben mit Foucault. Frankfurt/M.: Campus.

Dinges M (2004) Mütter und Söhne (ca. 1450–ca. 1850): Ein Versuch anhand von Briefen. In: Flemming J, Puppel P (Hrsg.): Lesarten der Geschichte: Ländliche Ordnungen und Geschlechterverhältnisse. Kassel: Universitätsverlag.

Dinges M (2007) Immer schon 60 % Frauen in den Arztpraxen? Zur geschlechtsspezifischen Inanspruchnahme des medizinischen Angebotes (1600–2000). In: Dinges M (Hrsg.) Männlichkeit und Gesundheit im historischen Wandel ca. 1800–ca. 2000. Stuttgart: Steiner.

Dinges M (2010) Rauchen: gesundheitsgefährdend – und typisch »männlich«? Zum historischen Wandel geschlechtsspezifischer Zuschreibungen. In: Baader M, Bilstein J (Hrsg.) Männlichkeiten. Opladen: Wiesbaden: Springer.

Dinges M (2010<sup>a</sup>) Hoffnungen für den »neuen Mann«? – Alternativen aus der Geschichte? In: Franz M, Karger A (Hrsg.) Neue Männer – muss das sein? Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Dinges M (2011) Zur Geschichte der Gesundheit von Jungen und männlichen Jugendlichen (1780–2010), in: Medizin, Gesellschaft und Geschichte, 29: 97–121.

Dörr M (2007) »Der Krieg hat uns geprägt« Wie Kinder den Zweiten Weltkrieg erlebten, 2 Bde. Frankfurt/: Campus.

Eder FX (2002) Kultur der Begierde. Eine Geschichte der Sexualität. München: Beck.

Frank JP (1784) System einer vollständigen medicinischen Polizey, Bd. 2: Von der außerehelichen Zeugung, dem geflissentlichen Mißgebären ... Mannheim: Schwan.

Franz M (2005) Das Fehlen der Väter und die spätere seelische Entwicklung der Kriegskinder in einer deutschen Bevölkerungsstichprobe. In: Radebold H (2005)

Franz M, Hardt J, Brähler E (2007) Vaterlos: Langzeitfolgen des Aufwachsens ohne Vater im Zweiten Weltkrieg. Zeitschrift für Psychosomatik und Medizinische Psychotherapie 53: 216–227.

Frevert U (1996) Das Militär als »Schule der Männlichkeit«. Erwartungen, Angebote, Erfahrungen im 19. Jahrhundert. In: Frevert U (Hrsg.) Militär und Gesellschaft im 19. und 20. Jahrhundert. Stuttgart: Klett-Cotta.

Habermas T (1990) Heißhunger. Historische Bedingungen der Bulimia nervosa. Frankfurt/M: Fischer.

Haudidier D (1996) Kohortensterbtafel 2000. Vergleich der Sterblichkeitsentwicklung in der Bundesrepublik Deutschland und Frankreich 1950–1989. In: Dinkel RH (Hrsg.) Sterblichkeitsentwicklung unter besonderer Berücksichtigung des Kohortenansatzes. München: Boldt.

Hecker R (1903) Die Abhärtung der Kinder. Ein Mahnwort und Wegweiser für alle Mütter. Halle: Gebauer-Schwetschke.

Jütte R (1998) »Wer keine Nachricht erhält, darf sich als gesund betrachten«. Zur Geschichte der zwangsweisen Prävention. In: Roeßiger S, Merk H (Hrsg.) Hauptsache gesund! Gesundheitsaufklärung zwischen Disziplinierung und Emanzipation (AK). Marburg: Jonas.

Jungnitz L, Lenz HJ et al. (Hrsg.) (2007) Gewalt gegen Männer. Personale Gewaltwiderfahrnisse von Männern in Deutschland. Opladen: Budrich.

Kaup I (1925) Süddeutsches Germanentum und Leibeszucht der Jugend. München: Verlag der Gesundheitswacht.

Neumann N, Pierson M (1986) Geschichte der Kinderheilkunde im 19. und 20. Jahrhundert.

In: Toellner R (Hrsg.) *Illustrierte Geschichte der Medizin* 6 Bde, Bd. 5. Salzburg: Andreas. Kucklick C (2008) *Das unmoralische Geschlecht*. Zur Geburt der negativen Anthropologie. Frankfurt/M.: Suhrkamp.

Nissen G (2005) *Kulturgeschichte seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Piller G (2007) *Private Körper. Spuren des Leibes in Selbstzeugnissen des 18. Jahrhunderts*. Köln: Böhlau.

Radebold H (Hrsg.) (2005) *Kindheiten im II. Weltkrieg und ihre Folgen*. Gießen: Psychosozial.

Reulecke J (2001) »Ich möchte einer werden so wie die...« Männerbünde im 20. Jahrhundert. Frankfurt/M.: Campus.

Ritzmann I (2008) *Sorgenkinder. Kranke und behinderte Mädchen und Jungen im 18. Jahrhundert*. Köln: Böhlau.

Rutschky K (Hrsg.) (1988) *Schwarze Pädagogik. Quellen zur Naturgeschichte der bürgerlichen Erziehung*. Berlin: Ullstein.

Sauerteig L (1999) *Krankheit, Sexualität und Gesellschaft. Geschlechtskrankheiten und Gesundheitspolitik in Deutschland im 19. und frühen 20. Jahrhundert*. Stuttgart: Franz Steiner.

Schönenberger F (1907) *Was unsere Söhne wissen müssen. Ein offenes Wort an Jünglinge*. Zwickau: Förster und Borries.

Schulz H, Radebold H, Reulecke J (2004) *Söhne ohne Väter. Erfahrungen der Kriegsgeneration*. Berlin: Links.

Schwarz HG (1968) *Körperliche Entwicklung, Leistungsfähigkeit und Gesundheitszustand Jugendlicher und junger Arbeiter. Untersuchungen im Bergbau*. Stuttgart: Thieme.

Schweig N (2009) *Gesundheitsverhalten von Männern. Gesundheit und Krankheit in Brieften, 1800–1950*. Stuttgart: Steiner.

Seegers L (2009) *Vaterlosigkeit als kriegsbedingte Erfahrung des 20. Jahrhunderts in Deutschland*. In: Seegers L, Reulecke J (Hrsg.) *Die »Generation der Kriegskinder«*. Gießen: Psychosozial.

Sepp PB (1892) *Wichtige Gesundheitsregeln*. ND Aachen 1999: Ariadne-Fach-Verlag.

Speitkamp W (1998) *Jugend in der Neuzeit*. Göttingen: Vandenhoeck.

Struve CA (1804) *Der Gesundheitsfreund der Jugend oder praktische Anweisung, wie man in der Jugend den Grund zu einer dauerhaften Gesundheit legen und sie bis ins späte Alter erhalten könne*. Hannover: [o. Verlag].

Thomae H (1960) *Entwicklung und Belastungsfähigkeit der berufstätigen Jugend vom Standpunkt des Psychologen*. In: Schnell W, Rossius E (Hrsg.) *Probleme der Jugendgesundheit*. Frankfurt: Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege.

Tomsevic K (2003) *Die medizinische Versorgung von Kindern Mitte des 19. Jahrhunderts am Beispiel von Würzburg*. Würzburg: Königshausen & Neumann.

Unterkircher A (2007) *Ein ungleicher Start ins Leben? Morbidität und Mortalität von männlichen und weiblichen Säuglingen um 1860 in den Krankenjournalen des Südtiroler Landarztes Franz von Ottenthal*. In: Dinges M (Hrsg.) *Männlichkeit und Gesundheit im historischen Wandel ca. 1800-ca. 2000*. Stuttgart: Steiner.

Werner F (2008) »Hart müssen wir hier draußen sein«. *Soldatische Männlichkeit im Vernichtungskrieg 1941–1944. Geschichte und Gesellschaft* 34: 5–40.

Wiesbauer E (1982) *Das Kind als Objekt der Wissenschaft: medizinische und psychologische Kinderforschung an der Wiener Universität 1800–1914*. Wien: Löcker.

Wirz A (1993) *Die Moral auf dem Teller*. Zürich: Chronos.

Zinnecker J, Silbereisen RK (Hrsg.) (201998) *Kindheit in Deutschland. Aktueller Survey über Kinder und ihre Eltern*. Weinheim, München: Juventa.

## 1.2 Jungengesundheit – Epidemiologie: »Hauptsache gesund«

*Eckhard Schroll*

### 1 Männergesundheit ja – Jungengesundheit nein?

Die Datenlage zur geschlechtsspezifischen gesundheitlichen Situation von Jungen ist sehr lückenhaft. Lange Jahre wurden Jungen und Mädchen in ihrem gesundheitlichen Verhalten nicht getrennt betrachtet. Die Zielgruppe wurde geschlechtsneutral beschrieben, in Fachliteratur und Studien wurde in der Regel nicht unterschieden. Eine rühmliche Ausnahme ist die Studie »Jugendsexualität« (BZgA 2010b), die schon seit 1980 die unterschiedlichen Entwicklungen, Bedürfnisse und Bedingungen der gesundheitlichen Prävention von Mädchen auf der einen und Jungen auf der anderen Seite im Hinblick auf das Thema Sexualität erhob.

Erst durch den Geschlechterdiskurs seit den 90er Jahren angestoßen (Gilmore 1992), wurde eine getrennte Betrachtung der Gesundheit von Frauen und Männern in Erwägung gezogen. Das Geschlecht als eine Einflussgröße auf das gesundheitliche Verhalten und damit auf die Epidemiologie von Krankheiten wurde zunächst nur im Bezug auf das geschlechtsspezifische Verhalten von erwachsenen Männern und Frauen diskutiert. Die Daten des gesundheitlichen Verhaltens und deren Bedingungen besonders im Jugendalter wurden nur geschlechtsneutral, quasi als eine Einheit erhoben.

So bildet auch das Grundlagenwerk »Public Health« (Schwartz et al. 1998) keine Ausnahme. In den Ausführungen zum Thema »Gesundheitsstatus von Kindern und Jugendlichen« sucht man die geschlechtergetrennte oder -spezifische Analyse der Da-

ten vergebens: »Bei Kindern und Jugendlichen handelt es sich zwar heute um eine vergleichsweise gesunde Bevölkerungsgruppe [...] anzunehmen, in dieser Altersgruppe gäbe es keine gesundheitlichen Probleme, wäre jedoch verfehlt« (Schwartz et al 1998, S. 498). Zusammenfassend stellte man fest: »In fast allen westlichen Industriegesellschaften dominieren heute nicht mehr die seuchenbedingten und infektiösen Erkrankungen das Mortalitäts- und Morbiditätspektrum im Kindes- und Jugendalter. Vielmehr kommt den chronisch-degenerativen Krankheiten und Beschwerden, wie z. B. den Tumorerkrankungen oder dem Asthma bronchiale, den psychosomatischen Beeinträchtigungen, zu denen u. a. verschiedenste Störungen des Essverhaltens gezählt werden können, eine besondere Bedeutung zu« (ebd., S. 499). Eine geschlechtergetrennte Sichtweise kam nicht in Betracht. Selbst bei der Analyse der Ursachen für motorisierte Verkehrsunfälle, ein sehr geschlechtsspezifisches Vorkommen bei Jugendlichen, wurde das Geschlecht als Einflussfaktor ausgeblendet.

Obwohl die Studien zunahmen, die eine geschlechtergetrennte Auswertung vornahmen, hielt sich die Ansicht, dass die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen keine geschlechterabhängige Komponente hat, sehr wohl aber die der Erwachsenen (Schwarz et al. 2003, S. 639). Dort heißt es lediglich »gesundheitsabträgliche Verhaltensweisen zählen gerade im Jugendalter zu weit verbreiteten Risikoverhaltensweisen, oftmals ohne dass die gesundheitsschädigende Komponente von den Kindern und Ju-

gendlichen reflektiert wird« (ebd., S. 640). Die Betrachtung der geschlechterbedingten Gesundheit leuchtete erst ab der Volljährigkeit ein. Hier bildet auch das »Handbuch Gesundheitswissenschaften« (Hurrelmann und Laaser 1998, S. 397f.) keine Ausnahme.

## 2 Paradigmenwechsel

Erst nach und nach zu Beginn dieses Jahrhunderts setzte sich in der wissenschaftlichen Diskussion durch, dass das geschlechtsspezifische Gesundheitsverhalten nicht erst im Erwachsenenalter, quasi mit dem Eintritt in die Volljährigkeit beginnt (Hurrelmann und Kolip 2002). Um die Lage der Gesundheit der Bevölkerung richtig zu erfassen, forderten sie die Gesundheitsforschung auf, Gesundheit und Krankheit auch jungen- und mädchen spezifisch zu betrachten. Insbesondere die Studie »Kompetent, authentisch und normal? Aufklärungsrelevante Gesundheitsprobleme, Sexualaufklärung und Beratung von Jungen« (BZgA 1998) entwickelte eine wissenschaftliche Grundlage dazu.

Dies ist hier erwähnenswert, weil die insgesamt geschlechtsspezifische gesundheitliche Situation bis auf wenige Ausnahmen noch eine relativ junge Wissenschaftsgeschichte hat und sich aus einem »Patchwork« von Arbeiten zusammensetzt (BZgA, RKI 2008, S. 9). Betrachtet man diese Entwicklung im Hinblick auf die Situation Erwachsener, ist diese schon erheblich selbstverständlicher als bei Kindern und Jugendlichen (Altgeld 2004; Stiehler und Klotz 2007).

Der erste Frauengesundheitsbericht stellte erstmalig bundesweite Daten zur Verfügung, die auf unterschiedliches gesundheitliches geschlechtsspezifisches Verhalten auch bei Kindern und Jugendlichen schließen lassen (BMFSFJ 2001, S. 232 f.). Auf einen entsprechenden Männergesundheitsbericht konnte bis vor kurzem nicht zurückgegriffen werden

(Bardehle und Stiehler 2010). Auch hier dauern die Entwicklungen für eine Erhebung der Daten noch an. Aufgrund der Forschungslage zu epidemiologischen Grundlagen der Gesundheit von Jungen und deren Auswertungen kann somit lediglich auf wenige Arbeiten zurückgegriffen werden. Epidemiologische Entwicklungen im Zeitverlauf über die letzten Jahrzehnte sind nur punktuell vorhanden (BZgA 2010).

## 3 Erste Datenlage – wenig differenziert

Durch den Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) (RKI 2008) konnten erstmals viele Forschungsdaten zu den Gesundheitschancen und der gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen erhoben werden. Erstmals wurde hier ein Großteil der gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen auch nach Bildungs- und Sozialstatus differenziert betrachtet. Der Bericht ist eine wahre Fundgrube und in der Breite einmalig. Genauer betrachtet ergeben jedoch auch diese Daten noch ein unvollständiges Gesamtbild: So kommt das Thema der sexuellen und reproduktiven Gesundheit von Jugendlichen nicht vor, stattdessen wird nur die körperliche Entwicklung beschrieben. Zudem handelt es sich um eine eingeschränkte Altersgruppe der 11- bis 17-Jährigen.

Die Ergebnisse des KiGGS und weiterer repräsentativer Studien zum Präventionswissen sind zu einem erweiterten Bild über die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zusammengetragen worden, um erste Schlussfolgerungen für die Prävention zu ziehen (BZgA, RKI 2008). Diese Datensammlung über den KiGGS hinaus, die auch die Daten zu Wissen, Einstellungen und Verhaltensweisen bei Kindern und Jugendlichen berücksichtigt, bildet die bisherige Forschungslage weitestgehend ab. Sie zeigt, dass Jungen und Mädchen mit nied-