Europa-Universität Flensburg

Dissertationsschrift

Gesundheitshandeln von Männern im mittleren Erwachsenenalter: Eine qualitative Studie im betrieblichen Kontext

Zur Erlangung des akademischen Grades
Doktor der Philosophie (Dr. phil.)
an der Europauniversität Flensburg

Fachbereich Gesundheitspsychologie und Gesundheitsbildung

Erstgutachter: Prof. Dr. Toni Faltermaier
Zweitgutachter: Prof. Dr. Peter Paulus
Vorgelegt von: Dipl. Kauffrau (FH) Lena Heindl
Datum der Abgabe: 07.01.2019

Danksagung

Mein besonderer Dank gilt meinem Doktorvater Professor Dr. Anton Andreas Faltermaier, der diese Arbeit betreut hat, und Professor Dr. Peter Paulus für die Erstellung des Zweitgutachtens.

Ein ganz besonderer Dank gilt meinen Interviewpartnern, die sich bereit erklärt haben, mit mir über Ihr Gesundheitshandeln zu sprechen.

Ich danke allen Menschen in meinem Umfeld, die mich auf dem Weg zur Fertigstellung unterstützt haben.

Inhaltsverzeichnis

Danksagung I
Inhaltsverzeichnis II
Abstract (Deutsch) V
Abstract (Englisch) VI
Eidesstattliche Erklärung VII
Umgang mit Endungen von Begrifflichkeiten im Text VII
Abbildungsverzeichnis VIII
Tabellenverzeichnis IX
1 Einleitung 1
2 Gesundheit im salutogenetischen Verständnis - Theoretisches Rahmenmodell 4
2.1 Der Begriff Gesundheit 5
2.2 Paradigmen der Gesundheitswissenschaften im Überblick 7
2.2.1 Das Modell der Salutogenese 10
2.2.2 Kritik bzw. Erweiterungen des Modells der Salutogenese 15
3 Subjektive Perspektive von Gesundheit 19
3.1 Subjektive Gesundheitsvorstellungen 22
3.1.1 Subjektive Gesundheitskonzepte 29
3.1.2 Subjektive Gesundheitstheorien 36
3.2 Differenzierung des Gesundheitshandelns zum Gesundheitsverhalten 41
3.2.1 Gesundheitsverhalten 42
3.2.2 Gesundheitshandeln 53
3.2.2.1 Bestimmende Komponenten des Gesundheitshandelns 56
3.2.2.2 Rahmenbedingungen des Gesundheitshandelns 59
3.2.2.3 Forschungsstand: Gesundheitshandeln 61
4 Gesundheit und Geschlecht 77
4.1 Epidemiologie – Gesundheit geschlechtsspezifisch 85
4.2 Die männliche Geschlechtsrolle und Gesundheit 99
4.2.1 Männergesundheit 108
4.2.2 Männer und der berufliche Kontext 111
4.2.3 Das mittlere Erwachsenenalter der Männer 119
4.2.4 Zusammenfassung – Männergesundheit 124
5 Methode: Qualitative Gesundheitsforschung 127
5.1 Fragestellungen 128
5.2 Feldzugang 129
5.3 Die Untersuchungsgruppe 132
5.4 Datenerhebung 134
5.4.1 Interviewleitfaden 134
5.4.2 Interviewer 136

5.4.3 Interviewdurchführung ... 138
5.5 Datenauswertung ... 138
5.5.1 Transkription ... 139
5.5.2 Sichtung der Interviews im Team ... 139
5.5.3 Kategorisierung der Interviews ... 140
5.5.4 Einzelfallanalysen der Interviews ... 140
5.5.5 Typenbildung ... 141
6 Ergebnisse ... 144
6.1 Kategorisierung: Darstellung der Ergebnisse ... 144
6.1.1 Subjektive Gesundheitsvorstellungen ... 145
6.1.1.1 Die subjektiven Gesundheitskonzepte ... 145
6.1.1.2 Die subjektiven Gesundheitstheorien ... 152
6.1.1.3 Generelle Gesundheitsmotivation ... 157
6.1.2 Gesundheitshandeln ... 158
6.1.3 Männliche Geschlechtsrolle ... 162
6.1.3.1 Leistungsbezogenes Selbstkonzept ... 162
6.1.3.2 Körperkonzept ... 167
6.1.3.3 Emotionales Selbstkonzept ... 168
6.1.3.4 Das soziale Selbstkonzept - geknüpft an die sozialen Rollen ... 171
6.1.4 Gesundheitliche Kontextinformationen ... 176
6.1.5 Formale Kategorien ... 180
6.2 Einzelfallanalysen: Zugang zu Gesundheit ... 180
6.2.1 Gesundheit thematisiert aus der Leistungsperspektive ... 182
6.2.2 Gesundheit orientiert an gesellschaftlichen Normen ... 187
6.2.3 Gesundheit orientiert an Genuss und Spaß ... 192
6.2.4 Gesundheit in den Alltag integriert ... 198
6.2.5 Gesundheit thematisiert über Ablehnung ... 204
6.2.6 Zusammenfassung - Darstellung der Einzelfallanalysen ... 208
6.3 Typologie des Gesundheitshandelns ... 209
6.3.1 Der Leistungsaffine ... 210
6.3.2 Der Normorientierte ... 211
6.3.3 Der Genussorientierte ... 212
6.3.4 Der Integrierende ... 214
6.3.5 Der Ablehnende ... 215
6.3.6 Zusammenfassung – Typen des Gesundheitshandelns ... 217
7 Diskussion ... 218
7.1 Diskussion der Ergebnisse ... 218
7.1.1 Thematisierung von Gesundheit ... 218
7.1.2 Laien- und Expertenperspektive im impliziten Gesundheitshandeln ... 223
7.1.3 Einordnung der Typologie des Gesundheitshandelns ... 227

7.1.4 Das Gesundheitshandeln von Männern im mittleren Erwachsenenalter 231
7.2 Reflektion des methodischen Vorgehens 234
7.3 Fazit und Ausblick - Forschungs- und Praxisimplikationen 238
8 Literatur 242
9 Anhang i

Abstract (Deutsch)

Das Gesundheitshandeln ist die subjektive Beschreibung des Tuns für die eigene Gesundheit. Dem männlichen Geschlecht wurde lange Zeit ein geringeres Interesse am Thema Gesundheit generell und der eigenen Gesundheitslage im Besonderen zugesprochen, begleitet von epidemiologischen Werten zu Mortalität bzw. dem Abgleich im Vorsorgeverhalten der Geschlechter.

Vor diesem Hintergrund eröffnete sich die Frage, welche qualitativen Aussagen die bislang herangezogenen Erkenntnisse stützen bzw. ob Männer in einer gewissen Phase ihres Lebens eine größere Offenheit für das Thema Gesundheit zeigen und sich dies in ihren Gesundheitsvorstellungen bzw. sogar in ihrem Gesundheitshandeln niederschlägt.

An diese Fragestellung wurde eine empirische Untersuchung geknüpft, die in narrativen Interviews das Gesundheitshandeln von Männern in basalen und mittleren Führungspositionen erfasste. Die Vermutung einer gewissen Zugänglichkeit für Gesundheitsthemen im mittleren Erwachsenenalter leitete die Auswahl dieses Lebensabschnitts. Zielsetzung war es, Ansätze von Männern, sich dem Thema Gesundheit zu nähern, über einen qualitativen Zugang zu erforschen.

Um umfassende qualitative Erkenntnisse aus den Interviews zu erhalten, wurde Gesundheit generalisiert als Lebensthema, in Verbindung mit dem beruflichen Umfeld ebenso wie dem privaten Umfeld und über die Beschreibung des eigenen Handelns betrachtet. Der Abgleich zwischen subjektiven Gesundheitsvorstellungen und dem Gesundheitshandeln, eingebettet in den individuellen Lebenskontext der Männer, diente der Überprüfung der Kohärenz jeder gesundheitlichen Erzählgeschichte.

Zentrale Gesichtspunkte sind in diesem Zusammenhang die Erfassung des Gesundheitsverständnisses der Männer, die mit diesem verbundenen subjektiven Theorien und ein daraus ggf. resultierendes Handeln. Beleuchtet wurden sie vor einem salutogenetischen, gesundheits- und entwicklungspsychologischen Hintergrund.

Die qualitative Interviewstudie an 30 Männern im mittleren Lebensalter, akquiriert durch Kollegen in ihrem betrieblichen Kontext, wurde als Querschnitt angelegt. Sie befanden sich einem Alter zwischen 45 und 55 Jahren und lebten ausnahmslos in einer Partnerschaft. Zentrale Themen der leitfadengestützten Interviews waren die Gesundheitsvorstellungen in Form des Gesundheitskonzeptes und der Gesundheitstheorien ebenso wie das aktive bewusste Gesundheitshandeln. Die Auswertung erfolgte entlang der Bildung von Kategorien über die Fokussierung auf Einzelfälle bis hin zu Bildung von Typen des Gesundheitshandelns der Männer, belegt über Zitatstellen.

Dieses Vorgehen eröffnete einen differenzierten Blick der Männer auf das Thema Gesundheit, was sich jedoch nicht zwingend bzw. gerade nicht in einem Gesundheitshandeln zeigt, abhängig von den Gesundheitsvorstellungen. Gleichzeitig wurde deutlich, dass die subjektive Beschreibung ohne Wertung des Gegenübers ein Faktor für die Öffnung der Männer im Interview war, sie jedoch gleichzeitig auf ihre persönliche Sichtweise begrenzte.

Die gewonnenen qualitativen Erkenntnisse über den Zugang der Männer zu ihrem eigenen Gesundheitshandeln eröffnen die Möglichkeit, Gesundheitsthemen männerspezifisch anzusprechen bzw. anzulegen. Sie bieten die Perspektive, subjektive Vorstellungen des Interviewten und objektive Erkenntnisse des Interviewers in der Form gewinnbringend zu kombinieren, um Männer für eine aktive Investition in ihre Gesundheit zu gewinnen.

Abstract (Englisch)

Health behavior is the subjective description of our personal doing for our own health. For a long period men were seen as taking an only very limited interest in health in general, and specifically in their own health. These assumptions were made partly on the basis of statistics of epidemiological research on, for instance, the mortality of men, and by comparing the attitudes of men and women towards screening.

This leads to the following questions: Which qualitative statements support these hitherto accepted findings? And is there a period in men's life in which they are more open to health topics, and is this reflected in their concepts of health and their actual health behaviour?

These questions were the basis for a qualitative study that focused on interviews on the health behavior of men in lower and middle management positions. The assumption that there might be a greater accessibility for health topics in their middle age resulted in the decision to focus on that period of men‘s life. The goal was to research men's subjective way of getting in contact with their own health from a qualitiative perspective.

In order to achieve comprehensive qualitative results on the basis of the interviews, I adopted the view of health as a topic relevant to all aspects of life, including men's private and working lives, examined in terms of how they describe and perceive their own health behaviour. A comparasion between lay health conceptions and the corresponding health behavior within the individual's context of life was used to check the coherence of each health narrative.

In this connection the relevant aspects were the survey of the men's health beliefs in connection with their subjective health theories and the resulting health behaviour. The research was conducted against the background of a salutogenic, health promoting and person-oriented developtmental psychology.

The sample of test persons for narrative interviews with 30 middle-aged men was constituted through the mediation of their direct colleagues. The research project was designed as a cross-sectional study. The age range oft the interviewees, all of whom lived in a relationship, was from 45 to 55 years.

Central topics of the field manual were the test persons' beliefs concerning health within the framework of health conceptions and theories plus the active conscious form of health behavior. The analysis was was conducted along the lines of a newly developed catagory system, followed by researching special cases leading up to creating specific types of health behavior for these groups of men, documented by quotes.

This approach revealed the multifaceted views these men had on health, which, however, did not neccessarily result in a corresponding health behavior, which was, in some cases, not manifested in their actual behaviour at all. The fact that the interviewer did not pass judgement on the subjective rendering of their health stories revealed that this method implicitly encourages men to open up. At the same time it limited their views to their own perception of health.

The qualitative insights gained about how men can be put in touch with their own health behavior reveal new approaches to addressing (and designing) health topics in a gender-specific register, i.e. in our study a register that is suitable for males .

The findings open up new methods to combine subjective beliefs of the interviewee with objective knowledge of the interviewer in order to motivate men to invest in their own health.

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Hilfsmittel angefertigt habe; die aus fremden Quellen (einschließlich elektronischer Quellen, dem Internet und mündlicher Kommunikation) direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind ausnahmslos unter genauer Quellenangabe als solche kenntlich gemacht. Insbesondere habe ich nicht die Hilfe sogenannter Promotionsberater in Anspruch genommen. Dritte haben von mir weder unmittelbar noch mittelbar Geld oder geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorliegenden Dissertation stehen. Die Arbeit wurde bisher weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer Prüfungsbehörde vorgelegt.

Umgang mit Endungen von Begrifflichkeiten im Text

In der vorliegenden Qualifikationsschrift wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit die männliche Form von Begrifflichkeiten in Fällen verwendet, in denen beide Varianten möglich sind. Diese rein formale Vereinfachung schließt beide Geschlechter gleichwertig ein.

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Vereinfachte Darstellung des Modells der Salutogenese (modifiziert nach Bengel et al., 2001, 36 und Faltermaier, 2005a, 66) *10*
Abb. 2: Das integrative Modell der Salutogenese und der subjektiven/sozialen Konstruktion von Gesundheit (Faltermaier, 2005a, 148) *18*
Abb. 3: Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit im Kontext (Faltermaier, 2005b) *29*
Abb. 4: Health Belief Model (HBM; modifiziert nach Abraham/Sheeran, 2007, 31) *45*
Abb. 5: Das sozial-kognitive Prozessmodell des gesundheitlichen Handelns (HAPA; modifiziert nach Reuter/Schwarzer, 2009, 40) *48*
Abb. 6: Das Konstrukt Gesundheitshandeln und seine Komponenten (modifiziert nach Faltermaier, 1994, 175) *57*
Abb. 7: Subjektive Bedingungen und ihre Einpassung im Kontext des Alltagshandelns (Faltermaier et al., 1998, 149) *59*
Abb. 8: Sterbefälle Männer zu Frauen je 100.000 Einwohner nach Altersgruppen im Jahr 2012 (RKI, 2014) *88*
Abb. 9: Geschlechtsspezifisches Mortalitätsverhältnis für bestimmte Krankheitsgruppen der Todesursachenstatistik des Statistischen Bundesamtes in einem Abgleich der Jahre 1990 und 2012 (Lange/Kolip, 2016) *90*
Abb. 10: Durchschnittliche Lebenserwartung im Alter von 25 Jahren für Kloster- und Allgemeinbevölkerung, dargestellt im mittleren Jahr der Beobachtungsperioden (Luy, 2012a *91*
Abb. 11: Differenz in der Lebenserwartung und dem Gender Inequality Index in der EU 2012 (Lange/Kolip, 2016) *93*
Abb. 12: Krankenstand in % (Meyer/Meschede, 2016) *114*
Abb. 13: Aufgaben und Rollen des mittleren Managements (Langer, 2009) *118*
Abb. 14: Altersverteilung der Befragten (n=30; Eigene Darstellung) *132*
Abb. 15: Verteilung der Schulabschlüsse (n=30; Eigene Darstellung) *132*
Abb. 16: Anzahl der Kinder (n=30; Eigene Darstellung) *133*
Abb. 17: Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes (n=30; Eigene Darstellung) *133*
Abb. 18: Phasen der Datenauswertung (Eigene Darstellung) *139*
Abb. 19: Allgemeine Merkmale von Typologien (Tippelt, 2010) *143*
Abb. 20: Darstellung der Subkategorie Gesundheitszustand entlang der Skala (n=28; Eigene Darstellung) *178*
Abb. 21: Auswahl der Einzelfallanalysen (Eigene Darstellung) *181*
Abb. 22: Zentrale Merkmale der Einzelfallanalysen (Eigene Darstellung) *208*
Abb. 23: Typen des Gesundheitshandelns (Eigene Darstellung) *210*
Abb. 24: Konstruktion der Subkategorie Implizites Gesundheitshandeln (Eigene Darstellung) *225*
Abb. 25: Implikationen der Typenbildung des Gesundheitshandelns (Eigene Darstellung) *227*

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Wissen auf verschiedenen Stufen (Cranach/Bangerter, 2000, S. 227) *27*
Tab. 2: Health and Lifestyle Survey Großbritannien: Subjektive Gesundheitskonzepte (Blaxter, 1995, S. 18) *31*
Tab. 3: Subjektive Gesundheitskonzepte: Inhalt und Dynamik (Faltermaier et al., 1998, S. 84) *34*
Tab. 4: Sterblichkeitsverhältnis Männer zu Frauen (je 100.000 Einwohner) entlang der Haupttodesursachen nach Altersgruppen im Jahr 2012 aus der Todesursachenstatistik des Statistischen Bundesamtes (RKI, 2014) *88*
Tab. 5: Charakteristika von Geschlechtsrollentypen (modifiziert nach Kasten, 2003; Sieverding, 1988) *104*
Tab. 6: Untersuchungsgruppe im Überblick (Eigene Darstellung) *134*
Tab. 7: Flexibel einsetzbare Leitfadenstruktur (Eigene Darstellung) *136*
Tab. 8: Übersicht der negativ geprägten Subkategorien der Gesundheitskonzepte (Eigene Darstellung) *146*
Tab. 9: Übersicht der Subkategorien der Leistungsfähigkeit (Eigene Darstellung) *148*
Tab. 10: Übersicht der Subkategorien weiterer Subkategorien des Aktionspotenzials (Eigene Darstellung) *149*
Tab. 11: Übersicht der Subkategorien des Wohlbefindens (Eigene Darstellung) *150*
Tab. 12: Übersicht der dynamischen Subkategorien des subjektiven Gesundheitshandelns (Eigene Darstellung) *152*
Tab. 13: Übersicht der Subkategorien der inhaltlich geprägten Gesundheitstheorien (Eigene Darstellung) *152*
Tab. 14: Übersicht der Subkategorien der dynamisch geprägten Gesundheitstheorien (Eigene Darstellung) *154*
Tab. 15: Übersicht der Kategorie Generelle Gesundheitsmotivation (Eigene Darstellung) *157*
Tab. 16: Übersicht der Subkategorien der inhaltlich geprägten Gesundheitstheorien (Eigene Darstellung) *159*
Tab. 17: Übersicht der Subkategorie Gesundheitsvision (Eigene Darstellung) *161*
Tab. 18: Übersicht der Subkategorie Gesundheitshandelnshemmnisse (Eigene Darstellung) *162*
Tab. 19: Übersicht der Subkategorien des leistungsbezogenen Selbstkonzeptes (Eigene Darstellung *163*
Tab. 20: Übersicht der Subkategorie Körperkonzept (Eigene Darstellung) *167*
Tab. 21: Übersicht der Subkategorien des emotionalen Selbstkonzeptes (Eigene Darstellung) *168*
Tab. 22: Übersicht der Subkategorien des sozialen Selbstkonzeptes (Eigene Darstellung) *172*
Tab. 23: Übersicht der beruflichen Rollen (Eigene Darstellung) *173*
Tab. 24: Übersicht der privaten Rollen (Eigene Darstellung) *174*
Tab. 25: Übersicht der übergreifenden Rollen (Eigene Darstellung) *175*
Tab. 26: Übersicht der Subkategorie Gesundheitliche Kontextinformationen (Eigene Darstellung) *177*
Tab. 27: Übersicht der Subkategorien der Belastungen (Eigene Darstellung) *178*
Tab. 28: Übersicht der organisatorischen Kategorien (Eigene Darstellung) *180*
Tab. 29: Gesamtübersicht für den leistungsaffinen Typus (Eigene Darstellung) *211*
Tab. 30: Gesamtübersicht für den normorientierten Typus (Eigene Darstellung) *212*
Tab. 31: Gesamtübersicht für den genussorientierten Typus (Eigene Darstellung) *214*
Tab. 32: Gesamtübersicht für den integrierenden Typus (Eigene Darstellung) *215*
Tab. 33: Gesamtübersicht für den ablehnenden Typus (Eigene Darstellung) *217*

1 Einleitung

Die Forschungslage zur Männergesundheit wurde noch zu Beginn dieses Jahrhunderts als weit hinter der Frauengesundheitsforschung zurückgeblieben beschrieben. Durch den ersten offiziellen Bericht des Robert-Koch-Institutes zur gesundheitlichen Lage von Männern in Deutschland beginnt sich jedoch die Forschungslage in der öffentlichen Wahrnehmung zu wandeln (RKI, 2014). Dies ist nicht zuletzt einer starken politischen Frauenbewegung in den siebziger Jahren geschuldet, die darum bemüht war, sich von einem Androzentrismus in der Gesundheitsforschung abzugrenzen (Gerhard, 1998; Hahn, 2008; Kolip/Hurrelmann, 2002). Es wurde allerdings nicht berücksichtigt, dass der Androzentrismus nicht nur das weibliche Geschlecht undifferenziert betrachtete, sondern auch das männliche Geschlecht, da bis zu diesem Zeitpunkt eine unreflektierte Geschlechtsneutralität unterstellt worden war (Kuhlmann/Kolip, 2005). Dies verstellte den Blick auf die spezifischen gesundheitlichen Anforderungen beider Geschlechter, was die politische Frauenbewegung für das weibliche Geschlecht nun aufbrach. Bis zu Beginn dieses Jahrhunderts standen dadurch vor allem das weibliche Geschlecht und die Frauengesundheitsforschung im Fokus. Erst in den letzten Jahren wiesen epidemiologische Daten immer deutlicher auf die Gesundheitsgefährdung des männlichen Geschlechts und auf eine fehlende Männergesundheitsforschung hin (RKI, 2006).

Die Forschung zu beiden Geschlechtern stützte sich vor allem auf die Betrachtung von Unterschieden zwischen den Geschlechtern und weniger auf die Differenzierungen innerhalb des männlichen Geschlechts. Eine spezifische Betrachtung erscheint jedoch empfehlenswert, da nicht von einer einheitlichen Gruppe von Männern auszugehen ist, sondern von einer Vielfalt von Männlichkeiten mit verschiedenen Verhaltensstilen (Dinges, 2003). Hinzu kommt, dass Männern ein fehlendes Interesse am Thema Gesundheit zugeschrieben wird, abgeleitet aus einer zurückhaltenden Teilnahme an Präventionsmaßnahmen der Krankenkassen bzw. einem nicht erkennbaren Vorsorgeverhalten (Jordan/Lippe, 2013; Starker/Saß, 2013).

Vor diesem Hintergrund erscheint der Zugang zum Thema Gesundheit für ein männerspezifisches Forschungsvorhaben besonders relevant. Sollte das männliche Geschlecht sowohl präventiven Ansätzen als auch der medizinischen Vorsorge und dem Gang zum Arzt weniger offen gegenüberstehen, wie wissenschaftliche Belege zur Annahme dieser Angebote durch Männer zeigen, so erscheint die Orientierung am biomedizinischen Krankheitsmodell (Faltermaier, 2017), aber auch am biopsychosozialen Modell (Bengel et al., 2001) als wenig geeignet. Beide Modelle eint der Fokus auf Krankheit und ihre Verpflichtung einer Denktradition der Pathogenese. Sie liefern Antonovsky (1997) zufolge Antworten auf die Frage, warum Menschen krank werden bzw. in eine bestimmte Krankheitskategorie fallen.

Der Blick auf das traditionelle männliche Geschlechtsrollenselbstbild, z.B. gekennzeichnet durch Leistung, Zielorientierung, Fitness, Wettkampfeifer, Furchtlosigkeit und Unverwundbarkeit (Daig, 2006), erklärt, warum es Männern schwer fällt, sich mit diesen Modellen zu identifizieren. Hinzu kommt, dass das Thema Krankheit ebenso wie Gesundheit historisch mit dem weiblichen Geschlecht verbunden wurde, was bis heute dazu führt, dass Frauen vielfach als Gesundheitsmittler fungieren (Faltermaier, 2004). Umso wichtiger erscheint es für ein Forschungsvorhaben im Bereich Männergesundheitsforschung, ein Forschungsparadigma zu wählen, welches dem männlichen Geschlechtsrollenselbstbild nicht entgegensteht und zu einer gewissen Offenheit für das Thema Gesundheit führt. Als Option steht das gesundheitsorientierte Paradigma der Salutogenese zur Verfügung, was von einer

Heterostase als Normalzustand ausgeht, wodurch Krankheit als ein Teil des Lebens eingeordnet wird (Faltermaier, 2005a; Franke, 2005; Schneider, 2006). Krankheit und Gesundheit werden als Pole eines Kontinuums abgebildet, sodass der Gesundheitszustand relativiert wird, da in seiner Beschreibung sowohl gesundheits- als auch krankheitsbezogene Bestandteile enthalten sein können. Da Gesundheit in diesem Modell nicht mehr als Gegensatz zu Krankheit konstruiert wird, besteht die Möglichkeit, eine neue Perspektive auf das Thema Gesundheit zu eröffnen, potenziell auch für das männliche Geschlecht.

Das vorliegende Untersuchungsvorhaben setzt vor diesem Hintergrund am Forschungsbedarf für das Thema Männergesundheitsforschung an. Es greift die Annahme auf, dass Männer weniger gesund und riskanter leben (Brandes, 2003), um aus einer salutogenetischen Perspektive das Gesundheitshandeln von Männern zu betrachten. Unter dem Konstrukt des Gesundheitshandelns sind die bewussten, bedeutungsvollen, zielgerichteten Aktivitäten eines Subjekts zu verstehen, die in das alltägliche Leben eingebunden sind und sich durch eine biografische Kontinuität auszeichnen (Faltermaier, 2010). Das Subjekt definiert dieses gesundheitsbezogene Handeln selbst ohne die Bewertung einer objektiven Instanz. Die Wahl des Zugangs und des Konstrukts sind auf die Erzeugung größtmöglicher Offenheit für den Forschungsgegenstand und die Eröffnung neuer männerspezifischer Perspektiven auf das Thema Gesundheit gerichtet.

Darüber hinaus wurde überprüft, ob sich in der Wahrnehmung des Themas Gesundheit über die Lebensspanne für das männliche Geschlecht etwas verändert bzw. ob sich ein Lebensbereich ausmachen lässt, der besonders deutlich vom Thema Mann und Männlichkeit geprägt ist. Die wissenschaftliche Erkenntnislage zeigt, dass im mittleren Erwachsenenalter eine gewisse Sensibilisierung für das Thema Gesundheit auch für das männliche Geschlecht anzunehmen ist (Faltermaier, 1994). Als dominanter Lebensbereich des männlichen Geschlechts ließ sich das berufliche Umfeld identifizieren (Baur/Luedtke, 2008b).

Diese wissenschaftlichen Rahmenbedingungen beförderten die Auswahl eines Forschungszugangs, der durch größtmögliche Offenheit gegenüber dem Forschungs-gegenstand geprägt ist. Der methodische Zugang wurde über eine qualitative Studie gewählt, in deren Zentrum Männer im mittleren Erwachsenenalter in ihrem beruflichen Umfeld stehen. Ziel dieser qualitativen Untersuchung ist es, neue Erkenntnisse über das Gesundheitshandeln von Männern im mittleren Lebensabschnitt zu gewinnen, Typen des männlichen Gesundheitshandelns und erste Ansätze einer männerspezifischen Ansprache zu identifizieren.

Für die Beantwortung der Fragestellungen, die dieser Zielsetzung zugrunde liegen, werden in Kapitel 2 der Gesundheitsbegriff und das theoretische Rahmenmodell der Salutogenese dargestellt. In Kapitel 3 wird die subjektive Perspektive von Gesundheit in Form der subjektiven Gesundheitsvorstellungen mit den Anteilen der subjektiven Gesundheitskonzepte und subjektiven Gesundheitstheorien eingehend betrachtet. Des Weiteren wird in Kapitel 3 auf die Differenzierung der Begriffe Gesundheitsverhalten und Gesundheitshandeln näher eingegangen, um mit dem Forschungsstand zum Gesundheitshandeln zu schließen.

Kapitel 4 widmet sich der Betrachtung des Geschlechts und im Verlauf vor allem der Betrachtung des männlichen Geschlechts und seiner gesundheitlichen Lage. Darüber hinaus wird auf das berufliche Umfeld als dominantem männlichen Lebensbereich eingegangen sowie das mittlere Lebensalter als Phase der Reflektion und Neubewertung, die zu einer gewissen Sensibilisierung für das Thema Gesundheit führen kann. Das Kapitel schließt mit einem zusammenfassenden Blick auf das Thema Männergesundheit.

In Kapitel 5 wird der qualitative Forschungsansatz mit den theoretisch fundierten Fragenstellungen, dem Feldzugang, der Auswahl der Untersuchungsgruppe, der Datenerhebung und der Datenauswertung, von der Kategorisierung bis hin zur Typenbildung, dargestellt. In Kapitel 6 folgt die Darstellung der Ergebnisse, beginnend mit der Ausführung der Kategorien. Es folgt die Beschreibung des Gesundheitszugangs anhand von Einzelfallanalysen, die in die Darstellung der Typen des Gesundheitshandelns mündet. Das Kapitel 7 schließt mit der Diskussion der Ergebnisse, einer Reflektion des methodischen Vorgehens sowie der Forschungs- und Praxisperspektiven, die Fazit und Ausblick umfassen.

2 Gesundheit im salutogenetischen Verständnis - Theoretisches Rahmenmodell

Gesundheit ist ein Thema, dem im öffentlichen Diskurs viel Aufmerksamkeit geschenkt wird (Schnabel, 2007), nicht zuletzt weil die Gesundheitsausgaben im Jahr 2011 mit 293,8 Milliarden Euro 11,3 % des deutschen Bruttoinlandsproduktes ausmachten (Destatis, 2013a). Täglich werden Gesundheitsinformationen über mediale Kanäle mit unterschiedlichem wissenschaftlichem Gehalt verbreitet. In den westlichen Industrieländern erfreut sich das Gesundheitsthema zunehmender Beliebtheit (Schnabel, 2007). Dabei ist Gesundheit ein Themenfeld, mit dem nicht nur Experten befasst sind, sondern jeder Einzelne, da es sich als Bestandteil des Alltags durch alle Lebensbereiche zieht (Faltermaier, 2005a).

Gesundheit – nicht selten als „*das höchste Gut*" bezeichnet – hat sowohl zur Entwicklung eines gewichtigen Gesundheitswesens in Deutschland geführt als auch Eingang in Parteiprogramme, Unterrichtscurricula, Berufsbildungspläne, das Sozialgesetz und Arbeitsschutzrecht gefunden (Schnabel, 2007). Verschiedenste Akteure üben auf unterschiedlichsten Wegen Einfluss auf das Themenfeld Gesundheit aus (Gerlinger/Schmucker, 2011). Dieses professionelle System ist darauf ausgerichtet, die Gesundheit der deutschen Bevölkerung soweit wie möglich zu erhalten beziehungsweise sie nach der Entstehung von Krankheiten wieder herzustellen (Faltermaier et al., 1998). Dieser Ansatz erwies und erweist sich bis heute als sehr kostenintensiv (Faltermaier, 2017), da dieses System nicht vordringlich die Gesunderhaltung im Blick hat, sondern verstärkt von einer medizinisch-naturwissenschaftlichen Ausrichtung geprägt ist. Steigende Kosten bei abnehmender Finanzierbarkeit verdeutlichten bereits Mitte der achtziger Jahre die Notwendigkeit einer Gesamtbetrachtung des gesundheitsrelevanten Versorgungsgeschehens (Hurrelmann/Laaser, 1998). Dies mündete zum einen in ein Vorantreiben forschungswissenschaftlicher Ansätze, die zur Entwicklung des Fachgebietes der Gesundheitswissenschaften beitrugen, und zum anderen in Maßnahmen zur Förderung des Präventions- und Vorsorgeinteresses in der Bevölkerung. Es wurden interdisziplinäre Synergien angestrebt, die Erkenntnisse für potenzielle Entwicklungen liefern sollten, und gleichzeitig sollte die Bevölkerung angeregt werden, ein Bewusstsein für Gesundheit zu entwickeln, um somit Krankheiten frühzeitig zu vermeiden.

Die medizinisch-gesundheitliche Orientierung war und ist weiterhin bestimmend, wurde nun aber um eine ganzheitliche ebenso wie eine gesundheitsfördernde Sicht auch außerhalb des professionellen Systems ergänzt (Faltermaier et al., 1998). Unter dem Begriff der *Gesundheitswissenschaften* werden bis heute Beiträge einzelner Wissenschaften zu einer bevölkerungsbezogenen Sicht auf Gesundheit verfasst bzw. wird der Begriff als verbindende Bezeichnung verwendet, um die Gesamtheit aller Fachgebiete zusammenzufassen, die sich mit den Fragen von Gesundheit und Krankheit befassen (Blättner/Waller, 2011). Seit der Anregung zu einer Neuorientierung befinden sich das interdisziplinäre Forschungsfeld der Gesundheitswissenschaften ebenso wie der Gesundheitsbegriff (s. Abschnitt 2.1) und die zugrundeliegenden Paradigmen (s. Abschnitt 2.2) durch die Einflüsse der verschiedenen Forschungsrichtungen in ständiger Bewegung, was jedoch bisher keine grundlegende Neuausrichtung des Gesundheitssystems ergeben hat (Faltermaier, 2017).

Die Verbindung der verschiedenen Perspektiven auf Gesundheit fließt in die veröffentlichten Gesundheitsinformationen ein (Ehrlich, 2006) und wirkt sich sowohl auf die subjektive Wahrnehmung von Gesundheit aus (s. Kapitel 3). Da die kurative Ausrichtung eines professionellen Systems auch hier vorherrschend ist, erscheint es weiterhin von besonderem

Interesse, den Blick auf gesunde bzw. sich nicht mehr in Behandlung befindlichen Menschen zu werfen.

2.1 Der Begriff Gesundheit

Um ein Forschungsfeld zu bestimmen, stellen begriffliche Abgrenzungen eine notwendige Grundlage dar. Doch im Falle des Gesundheitsbegriffes liegt bis heute keine allgemein gültige Definition für das gesamte interdisziplinäre Forschungsfeld vor (Franke, 2010; Tietze/Bartholomeyczik, 1993; Schwartz et al., 1998). Dies mag zum einen der Entwicklung des Forschungsfeldes geschuldet sein, welches im Rahmen der Betrachtung der Paradigmen im Überblick dargestellt wird (s. Abschnitt 2.2), oder auch der Interdisziplinarität. Nach Faltermaier (2017) handelt es sich bei den beiden Begriffen nicht ausschließlich um ein Gegensatzpaar, sondern vielmehr um eine wechselseitig aufeinander bezogene Verbindung. Entscheidend ist jedoch, dass es bis heute schwerfällt, Gesundheit allgemein gültig zu definieren, wohingegen der Begriff Krankheit scheinbar leichter abzugrenzen ist (Faltermaier, 2017; Schnabel, 2007).

Es liegt zwar auch für diesen Begriff keine explizit gesetzliche Festlegung vor, doch die Rechtsprechung legte nach Schwartz et al. (1998) die Grenzen für den Begriff Krankheit fest. Sie ordnet Krankheit als einen körperlichen bzw. geistigen Zustand ein, der eine ärztliche Behandlung notwendig macht (Schwartz et al., 1998). Hierin sehen die Autoren eine Abgabe des Definitionsmonopols von Krankheit an das professionelle medizinische System. In diesem werden die Beschwerden eines Menschen Krankheitskategorien zugeordnet und somit als Symptome einer Krankheit klassifiziert, woraus Verlauf und Behandlung abgeleitet werden (Franke, 2010). Im medizinischen Verständnis stellt Krankheit nach Troschke (1998) eine Normabweichung im Vergleich von Organstrukturen und deren Funktionen dar. Gleichzeitig beinhaltet Krankheit eine soziale Komponente, da eine Störung des Organismus selten auf das Individuum begrenzt bleibt, sondern sich durch eine fehlende Funktionsfähigkeit vielfältig auf das soziale Gefüge auswirken kann (Faltermaier, 1994; Pfaff et al., 2011; Schnabel, 2007). Die enge Anbindung von Krankheit an das medizinische System spiegelt das begriffliche Verständnis der ärztlichen Profession wider (Schwartz et al., 1998).

Für Gesundheit existiert ein solch starker Bezug zu einer Profession nicht, deshalb ist eine Begriffsbestimmung wesentlich schwerer zu fassen und wird von Bengel et al. (2001) sogar als kein eindeutig definierbares Konstrukt eingestuft. Im medizinischen Fachgebiet wurde mit der Abgrenzung von Gesundheit als schlichtes Gegenstück im Sinne eines Fehlens von Krankheit eine pragmatische Abgrenzung gewählt (Faltermaier, 1994). Der Gesundheitsbegriff wird hier *via negationis* definiert. Eine positive Abgrenzung von Gesundheit lieferte die WHO (1948, 1) bereits sehr frühzeitig: *"Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity."* Diese Definition ist über alle mit Gesundheit befassten Disziplinen hinweg als die bekannteste Einordnung zu bezeichnen. Deswegen wird sie immer wieder besonders kritisch betrachtet. Vor allem ihre häufig als idealistisch bezeichnete Blickrichtung mit dem Streben nach einer vollkommenen Gesundheit wurde häufig als utopisch bezeichnet, ebenso wie ihr statischer Charakter mit der Beschreibung von Gesundheit als Zustand kritisch gesehen wird (Schwartz et al., 1998). Dies werde der Vorstellung von Gesundheit als ein sich ständig anpassender Prozess nicht mehr gerecht. Darüber hinaus wird der Begriff *Wohlbefinden* nicht weiter erläutert und führe so zu einer Verlagerung des Definitionsproblems (Klein, 2007).

Trotz anhaltender Kritik enthält diese Definition wegweisende Elemente wie die Unterteilung in eine körperliche, geistige und soziale Ebene und die sich ausweitende Nutzung des Begriffes *Wohlbefinden*, die bis heute eine visionäre Wirkung und zum Teil bereits auf gesundheitspolitische Zielsetzungen Einfluss genommen haben (Faltermaier, 2017; Schwartz et al. 1998). Die benannten Kritikpunkte führten in der Ottawa-Charta von 1986 zu einer Erweiterung und Spezifizierung der WHO-Definition:*"Within the context of health promotion, health has been considered less as an abstract state and more as a means to an end which can be expressed in functional terms as a resource which permits people to lead an individually, socially and economically productive life. Health is a resource for everyday life, not the object of living. It is a positive concept emphasizing social and personal resources as well as physical capabilities."* (WHO, 1998, 1) In dieser Erweiterung wird Gesundheit als starrer Zustand ebenso relativiert wie die Wahrnehmung von Gesundheit als ein vorrangiges Lebensziel. Gleichzeitig werden sowohl zur Verfügung stehende und genutzte Ressourcen als auch der Lebensstil in die Definition von Gesundheit einbezogen (Flick et al., 2004; Klein, 2007).

Die beschriebenen Definitionen sind deutlich von normativen Implikationen durchsetzt, da sie auf den Werten und dem Wissen einer speziellen Disziplin bzw. Gesellschaft basieren (Labisch/Woelk, 1998). Nach Labisch (2000) ist der Gesundheitsbegriff damit solange als eine inhaltsleere Worthülse anzusehen, bis eine spezielle Blickrichtung, eine jeweilige Zeit bzw. ein jeweiliger Ort sie mit Leben füllt. Er fasst *Gesundheit* mit dieser Darstellung als kategorialen Begriff auf, für den er jedoch ein spezifisches Unterscheidungsmerkmal zu ähnlichen Begriffen ausmacht. Seiner Meinung nach ist Gesundheit immer in irgendeiner Form auf gegebene biologische Grundlagen menschlichen Handelns zu beziehen und hat damit einen festen Bezugspunkt. Doch auch wenn von einem solchen Bezug auszugehen ist, lässt dies weiterhin keine einheitliche Definition zu, da er die Perspektivenvielfalt nicht mindert. Aus eben diesem Grund hat sich Faltermaier (2017) für die Benennung von Bestimmungsstücken von Gesundheit entschieden, um die wesentlichen Aspekte des Begriffes aus gesundheits-psychologischer Sicht zu erfassen. Nachfolgend werden diese im Detail dargestellt.

Gesundheit in diesem Sinne ist als ganzheitliches Phänomen über eine Dreiteilung auf einer körperlichen, psychischen und einer sozialen Ebene zu beschreiben. Des Weiteren wird als Bestimmungsstück für Gesundheit festgehalten, dass sie sowohl als körperlicher als auch psychischer Zustand des Individuums festzumachen ist, bestimmt anhand des Vorhandenseins bzw. Fehlens spezifischer positiver oder negativer Merkmale. Darüber hinaus ist Gesundheit seiner Meinung nach als objektiver Parameter messbar, aber auch vom Individuum subjektiv wahrnehmbar und erlebbar. Das Erleben von Gesundheit sieht er als einen Hinweis auf die subjektive Befindlichkeit einer Person an, die häufig als körperliches bzw. psychisches Wohlbefinden beschrieben wird. Für ihn umfasst Gesundheit jedoch nicht nur das Befinden einer Person, sondern auch ihr Handlungspotenzial, welches als allgemeine Voraussetzung für Lebensaktivitäten angesehen werden kann. Ein gesunder Mensch kann auf diese Weise nicht nur seinen Alltag bewältigen, sondern hat auch die Leistungsfähigkeit, an ihn gestellte Anforderungen zu erfüllen.

Ein weiteres Bestimmungsmerkmal von Gesundheit stellt dem Autor zufolge die soziale Konstruktion dar. Sie entwickelt sich im Rahmen bestimmter gesellschaftlicher Ansprüche und Hintergründe, die herrschende Lebensvorstellungen prägen. Darüber hinaus zeichnet Gesundheit aus, dass sie keineswegs als statischer Zustand, sondern als dynamischer Prozess zu verstehen ist. Dieser kann sogar als dynamisches Gleichgewicht beschrieben werden, wenn sie als eine Grundlage einer ständigen dynamischen Interaktion zwischen Individuum und Umwelt angesehen wird, die es immer wieder auszubalancieren gilt. Der nächste Be-

stimmungsstück greift den oben beschriebenen lebensweltlichen Einfluss auf Gesundheit auf, indem sie als von Normen bestimmt angesehen wird, wie z.B. der Idealnorm der WHO, einer sozialen Norm aus gesellschaftlichen Erwartungen heraus, einer funktionalen Norm mit gewissen Arbeits- bzw. Leistungskriterien oder auch einer statistischen Norm, orientiert an bestimmten Parametern. Als abschließendes Bestimmungsmerkmal benennt der Autor die Bezogenheit der Begriffe Gesundheit und Krankheit, die fließend miteinander verbunden sind. Beide stellen die Pole eines multidimensionalen Kontinuums dar, auf dem sich der Zustand des Einzelnen als Momentaufnahme aus einer Verbindung von *etwas mehr krank bzw. gesund* bewegen kann. Aus dieser Sicht heraus ist niemand als einfach nur krank oder gesund einzuordnen, denn auch der Kranke kann sich an bestimmten Tagen gesünder fühlen. Diesen von Faltermaier (2017) zusammengestellten Bestimmungsstücken von Gesundheit schließt sich die vorliegende Arbeit als Abgrenzungsalternative zu einer vereinheitlichenden Definition über die Disziplinen der Gesundheitswissenschaften hinweg an. Sie können einen Rahmen für Experten bilden, die sich mit Gesundheit beschäftigen, ohne die Möglichkeit zu verschließen, Ergänzungen vorzunehmen.

Doch wie bereits die Spezifizierung der WHO-Definition gezeigt hat, ist Gesundheit kein reiner Expertenbegriff, sondern ebenso lebensweltlich verankert, da er sich in einem Spannungsfeld von gesellschaftlichem Kontext, medizinischem bzw. psychosozialem Gesundheitssystem (Expertensystem) und individueller Befindlichkeit, Symptomaufmerksamkeit und sozialem Umfeld (Laiensystem) herausbildet (Bengel/Belz-Merk, 1997). Deshalb entscheidet nicht nur die professionelle Sicht auf Gesundheit, was diesen Begriff prägt, sondern ebenfalls der Blick von Menschen, die sich nicht professionell mit ihm auseinandersetzen (Flick, 1998). Untersuchungen haben belegt, dass die meisten Menschen eine eigene Vorstellung davon haben, was sich hinter Gesundheit und Krankheit verbirgt (Bengel/Belz-Merk, 1997; Herzlich, 1981; Faltermaier et al., 1998; Flick, 1998). Somit wird Gesundheit zum einen sowohl individuell als auch sozial konstruiert (Faltermaier, 2017; Filsinger, 2000). Zum anderen tritt neben den Expertenbegriff ein Laienbegriff von Gesundheit, auf dessen Prägung in Abschnitt 3.1.1 näher eingegangen wird. Im Folgenden werden die verschiedenen Perspektiven auf Gesundheit anhand vorherrschender Paradigmen im Überblick dargestellt, um die Wahl des hier mit den Bestimmungsstücken von Gesundheit in Einklang stehenden Paradigmas für diese Arbeit zu erläutern.

2.2 Paradigmen der Gesundheitswissenschaften im Überblick

Die Bestimmung des Begriffs Gesundheit macht bereits deutlich, dass vor allem der Blick auf den Begriff entscheidend ist. Im Laufe der Zeit haben verschiedene Einflüsse das gesundheitswissenschaftliche Forschungsfeld geprägt. Besonders weitreichendes Einwirken sowohl auf wissenschaftlicher, gesellschaftlicher, aber auch politischer Ebene bis hinein in Denk- und Deutungsmuster, aber auch Regeln und Methoden, wird häufig als Paradigma bezeichnet. Hinter solchen Paradigmen steht meist ein Modell, das diese bestimmte Denkrichtung widerspiegelt.

Im Laufe des 19. Jahrhunderts entfaltete sich in Westeuropa mit zunehmender Dominanz das naturwissenschaftlich-medizinische Paradigma entlang eines von ihm geprägten Gesundheitssystems in Verbindung mit dem biomedizinischen Krankheitsmodell (Faltermaier, 2017; Hurrelmann/Laaser, 1998; Labisch/Woelk, 1998). Es war an die Verbreitung einer vernunftbasierten Orientierung der Wissenschaft als neue Form der Erkenntnisgewinnung geknüpft (Naidoo/Willis, 2010). Dieses Modell basiert nach Franke (2010) auf den

Erkenntnissen der Bakteriologie in der letzten Hälfte des 19. Jahrhunderts und ist dennoch in allen Bereichen der gesundheitlichen Versorgung bis heute vorherrschend. Es ist ausschließlich auf die Entstehung von Krankheiten ausgerichtet, ohne die Gesundheit bzw. den betroffenen Menschen im Blick zu haben (Antonovsky, 1997; Franke, 2010). Das Modell ist ausschließlich auf pathologische Vorgänge im menschlichen Körper gerichtet, die durch endogene Störungen bzw. exogene Einwirkungen physischer, chemischer oder biologischer Natur verursacht werden (Badura/Strodtholz, 1998). Wenn ein Krankheitserreger mithilfe eines Überträgers auf einen Menschen mit einem geschwächten Immunsystem unter ansteckungsfördernden Umweltbedingungen trifft, erkrankt der Mensch.

Der Körper wird in diesem Zusammenhang rein funktionalistisch betrachtet, und seine Phänomene werden mit naturwissenschaftlichen Methoden in einen einfachen kausalen Zusammenhang gebracht (Faltermaier, 2017; Franke, 2010). Krankheit ist in diesem Sinne die Abweichung von einem als natürlich angenommenen gesunden Zustand, der nicht genauer definiert ist (Franke, 2010). Eine solche Abweichung drückt sich über Symptome aus, deren Ursachen gefunden und behandelt werden müssen, um in den Normalzustand zurückkehren zu können. In der Regel liegen diesem Modellverständnis nach Diagnose und Behandlung in den Händen eines fachlich geschulten Professionellen. Der Patient hingegen ist der passiv von einer Krankheit Betroffene, der die Verantwortung für eine Heilung weitgehend an das behandelnde Fachpersonal abgibt. Er ist ausschließlich in der Pflicht, alle Behandlungsmaßnahmen, die das Fachpersonal vorgibt, umfassend zu befolgen (Franke, 2010). Für das biomedizinische Krankheitsmodell lassen sich folgende Eckpunkte festhalten (Franke, 2010; Faltermaier, 2017; Tietze/Bartholomeyczik, 1993):

- Krankheit ist eine Abweichung vom natürlichen gesunden Zustand des Organismus
- Krankheit wird als Gegenstück zu Gesundheit und nicht in eine Kontinuität eingebunden wahrgenommen
- Krankheiten haben eine spezifische Ursache, äußern sich in Symptomen und nehmen einen bestimmten Verlauf
- Beobachtbare Verhaltensweisen sind Symptome für ihnen zu Grunde liegende Prozesse
- Medizinische Analyse beschränkt sich auf die Funktionen des mechanistisch betrachteten Organismus ohne Betrachtung des sozialen Kontextes eines Individuums
- Annahme eines Leib-Seele-Dualismus durch die Trennung von Körper und Psyche
- Krankheiten sind durch medizinisch geschultes Personal behandelbar und verschlimmern sich ohne sachgemäße Intervention
- Kranke werden als passive Träger ihrer Krankheit angesehen, die in ihrer sozialen Rolle als Patient zum Behandlungsobjekt werden

Die Dominanz des biomedizinischen Modells ist nach Franke (2010) nicht zuletzt auf die erfolgreiche Behandlung von Infektionskrankheiten über ein einheitliches Rahmenmodell zurückzuführen, das über die Suche kausaler Bezüge die Ursachen von Krankheiten erforscht. Sind diese erst zugeordnet, eröffnen sich Handlungsspielräume und Einflussmöglichkeiten für eine symptomgerechte Behandlung mit dem Ziel, eine Lebensverlängerung zu erreichen. Die Modellvorstellung wurde der Autorin zufolge jedoch nicht nur auf Infektionskrankheiten begrenzt, sondern ebenfalls für die Ursachenforschung psychischer Krankheiten genutzt. Es ist ein Modell mit langer Tradition, an dem bereits früh Kritik laut wurde, z.B. an seiner Anwendbarkeit auf psychische Erkrankungen (Bengel et al., 2001; Faltermaier, 2017). Besonders häufig wird die Kritik des amerikanischen Sozialmediziners George Engel angeführt, der folgende Punkte in den Blick nimmt (Faltermaier, 2017):

- Betonung von Krankheit als körperliches Phänomen unter Vernachlässigung psychischer, sozialer und verhaltensmäßiger Aspekte von Krankheit
- Der Leib-Seele-Dualismus durch die Trennung von Körper und Psyche
- Die reduktionistische Sicht aus dem Modell heraus durch Beschränkung auf ein einfaches physikalisches Prinzip
- Der isolierte Blick auf den Organismus des Individuums ohne lebensweltliche Einbindung
- Seine Entwicklung hin zu einem Dogma, da widersprüchliche Daten nicht berücksichtigt, alle Arten von Krankheit gleich behandelt und nicht zu erklärende Phänomene ausgegrenzt werden

Dies mindert die Erfolgsgeschichte des biomedizinischen Modells keineswegs, und nach Franke (2010) nimmt das Interesse von Wissenschaft und Politik an diesem Modell aktuell wieder zu. Auch Kritiker wie Engel erkannten die Vorzüge eines solch plausiblen Rahmenmodells an, kritisierten aber seine Begrenztheit und forderten aus diesem Grund eine Erweiterung um psychische und soziale Dimensionen ebenso wie verhaltensbezogene Aspekte, woraus das *biopsychosoziale Modell* hervorging (Bengel et al., 2001; Faltermaier, 2017). In seine Konzeption flossen Ansätze der Biologie, Medizin und Verhaltenswissenschaften ein, die das biomedizinische Modell um psychische und soziale Faktoren erweiterte (Hurrelmann/Laaser, 1998). Es wurde davon ausgegangen, dass sie sowohl für die Entstehung als auch für den Verlauf einer Krankheit von Bedeutung sind (Bengel et al., 2001). Darüber hinaus war eine systemtheoretische Konzeption angedacht, die verschiedene Ebenen als Systeme mit einer hierarchischen Anordnung konzeptualisierte, aber in der Folge nicht weiter präzisiert wurde (Faltermaier, 2005a). Deshalb wird das biopsychosoziale Modell Faltermaier (2017) zufolge heute weniger als ausgearbeitete Theorie wahrgenommen, sondern vor allem auf die Grundüberzeugung reduziert, dass Krankheit in drei Dimensionen zu betrachten ist. Die Erweiterung des biomedizinischen Modells um psychische Bedingungsfaktoren bedeutete darüber hinaus nicht, dass eine grundsätzliche Neuorientierung in der Auseinandersetzung mit Gesundheit stattfand, denn auch dieses Modell ist weiterhin auf die Behebung von Krankheit ausgerichtet (Bengel et al. 2001).

Somit handelt es sich bei beiden Modellen um Krankheitsmodelle, die der Denktradition der Pathogenese verpflichtet sind, welche trotz ihrer dominanten wissenschaftlichen Perspektive einer als schlicht zu bezeichnenden Denklogik folgt: Ist eine Person krank, so laufen Funktionen in ihrem Organismus nicht normgerecht ab, und es ist nur eine Frage von Zeit, Geld und wissenschaftlicher Kreativität, bis alles bekannt ist, was nicht funktionsfähig ist (Faltermaier, 2017; Franke, 2010). Diese pathologische Denkrichtung ist bis heute darauf ausgerichtet, eine Erklärung dafür zu finden, warum Menschen krank werden und in eine bestimmte Krankheitskategorie fallen (Antonovsky, 1997).

Diesem häufig als rational und naturwissenschaftlich bezeichneten Verständnis stellte der amerikanisch-israelische Medizinsoziologie Aaron Antonovsky (1997) bereits Ende der siebziger Jahre den Einwand entgegen, dass die epidemiologische Datenbasis darauf hindeute, dass Krankheiten eher die Regel als die Ausnahme seien. Doch im derzeitigen Gesundheitssystem wird Gesundheit als Normalzustand und Krankheit als Abweichung angenommen (Antonovsky, 1997; Faltermaier, 2017). Darüber hinaus zweifelte Antonovsky (1997) an, dass die Suche und Identifikation der Ursachen von Krankheiten ein realistischer Ansatz sei, da heute weniger Infektionskrankheiten als vielmehr Krankheiten mit einer multiplen Symptomstruktur vorherrschen. Seine Überlegungen basierten auf einer Untersuchung über die Auswirkungen von Wechseljahren an in Israel lebenden Frauen ver-

schiedener ethnischer Gruppen (Bengel et al., 2001). In der Untersuchungsgruppe befand sich eine kleine Gruppe von Frauen (29 %), die in nationalsozialistischen Konzentrationslagern interniert waren und trotz der traumatischen Erlebnisse in psychischer als auch in physischer Hinsicht als relativ gesund zu bezeichnen waren (Bengel et al., 2001; Franke, 2010). Dieses Gesundbleiben auch unter widrigen Umständen regte Antonovsky (1997) an, die Frage zu stellen, wie Menschen in einer Welt omnipräsenter Stressoren sehr gut zurechtkommen und gesund bleiben. Dieser Perspektivwechsel, der sogar als Paradigmenwechsel bezeichnet wird, prägte seine weitere Forschungstätigkeit und führte zur Entwicklung des Modells der Salutogenese (Bengel et al., 2001; Faltermaier, 2017; Hartung, 2011).

2.2.1 Das Modell der Salutogenese

Nach Franke (2010) beruht die Entwicklung des Modells (Abb. 1) auf zwei Grundannahmen, die Antonovskys Einwänden gegen das in der Medizin vorherrschende pathogenetische Denken geschuldet sind. Nimmt die Pathogenese Gesundheit als Normalzustand an und geht damit von einer Homöostase aus, so legt die salutogenetische Perspektive die Heterostase zugrunde, indem Krankheit als normale Erscheinung des Lebens angenommen wird (Faltermaier, 2005a; Franke, 2005; Schneider, 2006). Diese Grundannahme sollte jedoch nicht zu dem Gedanken verleiten, dass Antonovsky die Salutogenese als Gegensatz zu einer pathogenetischen Denkrichtung anlegt, denn es geht nicht um die Entstehung und den Erhalt von Gesundheit im Sinne eines absoluten Gesundheitszustandes, sondern der salutogentische Ansatz begreift Menschen als mehr oder weniger gesund und gleichzeitig als mehr oder weniger krank (Bengel et al., 2001). Es geht also nicht um eine *Schwarz-Weiß-Betrachtung*, sondern um das Wahrnehmen von Grautönen. Statt erst beim Auftreten einer Krankheit den Behandlungsbedarf festzulegen, nimmt die salutogene Sichtweise Risiken und Ressourcen in den Blick (Hartung, 2011). Hieraus geht die zweite Grundannahme hervor. Im salutogenetischen Sinne werden Gesundheit und Krankheit nicht mehr als Gegensätze, sondern als Pole eines Kontinuums konstruiert (Franke, 2010).

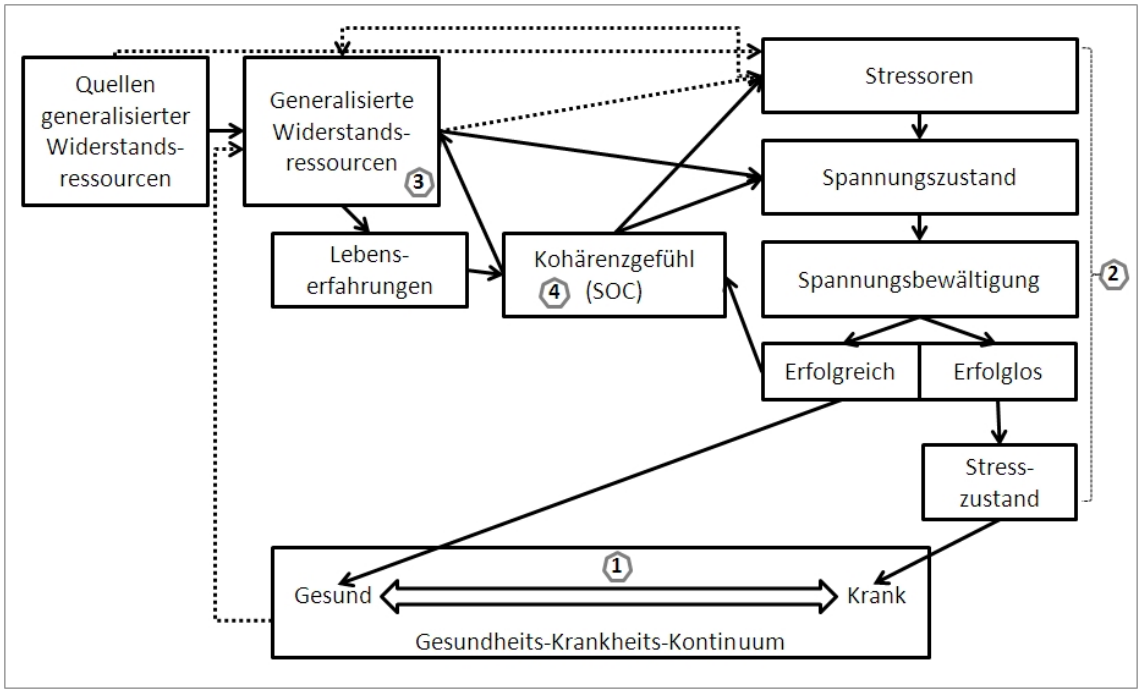


Abb. 1: Vereinfachte Darstellung des Modells der Salutogenese (modifiziert nach Bengel et al., 2001, 36 und Faltermaier, 2005a, 66)

Diese kontinuierliche Verbindung geht bildlich über die Konstruktion des (1) *„health-ease/dis-ease-continuum“* (HEDE-Kontinuum) in das Modell der Salutogenese ein (Blättner/Waller, 2011; Franke, 2010). Gesundheit wird hier auf einem multidimensionalen Kontinuum mit den beiden (gedachten) Polen „vollständige Gesundheit (health-ease)“ und „vollständig fehlende Gesundheit bzw. Krankheit (dis-ease)“ abgebildet (Faltermaier et al., 1998). Und in diesem Sinne kann ein Gesundheitszustand, der auf dem Kontinuum abgebildet wird, immer nur als eine Momentaufnahme verstanden werden, die sich in ständiger Bewegung befindet. Der salutogenetische Blick geht hierbei in Richtung der Bewegungen auf dem Kontinuum und ist nicht wie die Pathogenese auf Krankheitsursachen fixiert (Faltermaier et al., 1998). Hiermit trägt Antonovsky gleichzeitig der ersten Grundannahme der Heterostase Rechnung. Denn Gesundheit und Gesundsein ist in diesem kontinuierlichen Verständnis nicht als ein normaler, passiver Zustand zu verstehen, sondern als ein labiles, aktiv zu regulierendes Gleichgewicht in einem Umfeld potenziell destruktiver Prozesse (Bengel et al., 2001; Blättner/Waller, 2011).

Relativ gesund zu sein und sich auf dem (1) HEDE-Kontinuum in Richtung des Gesundheitspols zu bewegen, bedeutet also, sich der Heterostase und der Tendenz des Lebens zur Unordnung zum aktuellen Zeitpunkt zu widersetzen (Stein, 2011) und ist damit unter den bestehenden Bedingungen als Leistung und großes Glück anzusehen (Hartung, 2011). Umgekehrt ist jeder Mensch im Sinne des multidimensionalen Kontinuums in gewissem Ausmaß als gesund zu bezeichnen, solange er am Leben ist, auch wenn er dem Krankheitspol näher steht (Franke, 2010). Faltermaier et al. (1998) sehen Gesundheit auf dem Kontinuum zum einen auf einer körperlichen, psychischen und sozialen Dimension verortet und zum anderen in Richtung der Pole positiv auf einer Ebene des Wohlbefindens und der Handlungs- bzw. Leistungsfähigkeit und negativ auf einer Ebene der Beschwerden und Krankheit bestimmt.

Auf diese Verortung von Gesundheit wirken (2) *Stressoren* und ihre Bewältigung in unterschiedlicher Form ein (Hartung, 2011). Im Gegensatz zu vielen anderen Stresstheorien sieht Antonovsky (1997) Stressoren nicht als generell schädigend an, sondern definiert sie als *„Anforderungen, auf die der Organismus keine direkt verfügbaren oder automatischen adaptiven Reaktionen hat“* (Franke, 2010, 167). Welche Wirkung Stressoren entfalten, hängt davon ab, wie mit dem generell aus ihnen entstehenden Spannungszustand umgegangen wird (Hartung, 2011). Gelingt es, die Spannung erfolgreich zu bewältigen, so wird sich eine Person auf dem Kontinuum in Richtung des positiven Pols bewegen (Faltermaier, 2017). Reagiert sie hingegen psychisch bzw. physisch mit einer Überforderungsreaktion auf Stressoren, was die Entstehung einer Krankheit begünstigen kann, so bewegt sie sich in Richtung des negativen Pols (Faltermaier, 2017).

Stressoren lassen sich in potenziell exogene und endogene Stressoren unterteilen, worunter physikalische und biochemische Stressoren wie Unfälle, Umweltnoxen, Strahlung oder Viren fallen, aber auch psychosoziale wie Arbeitsbelastungen oder auch Partnerschaftskonflikte (Faltermaier et al., 1998). Sie sind ein unabdingbarer Teil des Lebens, und somit ist eine Auseinandersetzung mit ihnen nicht zu vermeiden. Umso entscheidender ist, was eine Person diesen Stressoren entgegenzusetzen hat. Das hängt zum einen vom „Charakter der Stressoren“ und zum anderen von den (3) *generalisierten Widerstandsressourcen* ab, die ihr zur Verfügung stehen (Hartung, 2011). Die Widerstandsressourcen beschreiben die Merkmale einer Person, die allgemein die wirksame Spannungsbewältigung im Kontext von Anpassungs-herausforderungen erleichtern (Stein, 2011). Sie lassen sich nach Faltermaier et al. (1998) in (a) körperlich-konstitutionelle, (b) materielle, (c) personal-psychische, (d) sozial-interpersonale und (e) sozio-kulturelle Ressourcen unterteilen.

Faltermaier et al. (1998) zufolge beinhalten körperlich-konstitutionelle Widerstandsressourcen (a) körperbezogene Merkmale wie eine als stabil zu bezeichnende Konstitution oder medizinische Indikatoren für die Funktionstüchtigkeit des Organismus wie die Kompetenz des Immunsystems. Materielle Ressourcen (b) beziehen sich auf die finanziellen Mittel einer Person, das Leben zu bestreiten, wie Geld, Güter bzw. Dienstleistungen. Personalpsychische Ressourcen (c) sind laut der Autoren zum einen in kognitive und emotionale Ressourcen wie Wissen, emotionale Stabilität, Sensibilität, zum anderen persönlichkeitsbezogene Ressourcen wie Intelligenz, Kontrollüberzeugungen oder auch Selbstwertgefühl und darüber hinaus in Handlungskompetenzen wie Bewältigungsstile und soziale Kompetenzen zu unterteilen. Sozial-interpersonale Widerstandsressourcen (d) sind auf die soziale Umwelt gerichtet und beinhalten z.B. die Verfügbarkeit sozialer Unterstützung und sozial tragfähiger Netzwerke. Sozio-kulturelle Ressourcen (e) beziehen sich auf gesellschaftlich-kulturelle Bedingungen und beinhalten Merkmale wie die Eingebundenheit in kulturell stabile Systeme oder auch die Orientierung an religiösen bzw. philosophischen Überzeugungen.

Die Konzentration Antonovskys auf allgemeine Widerstandsressourcen führen die Autoren auf die breite Zielsetzung des Modells zurück, welche darauf gerichtet ist, Gesundheit und die Voraussetzungen für die Bewältigung eines breiten Spektrums an Stressoren zu benennen. Nichtsdestotrotz können Menschen über spezifische Ressourcen verfügen, die eine Bedeutung für die Bewältigung entfalten. Generell bedeutet die Verfügbarkeit generalisierter Widerstandsressourcen für eine Person, dass sie Lebenserfahrungen machen kann, die ein Gefühl von Konsistenz im Leben erzeugen, soziale Teilhabe bzw. personale Kontrolle ermöglichen und ein Gleichgewicht zwischen Über- und Unterforderung herstellen (Faltermaier, 2005a).

Je häufiger eine Person die Erfahrung macht, dass sie den Widrigkeiten des Lebens nicht ungeschützt ausgeliefert ist, desto eher stellt sich die Überzeugung ein, dass sie zu meistern sind (Franke, 2010). Das Ausmaß dieser Überzeugung fasste Antonovsky (1997) unter der Bezeichnung (4) Kohärenzgefühl (sense of coherence, SOC) zusammen. Er operationalisierte das Konstrukt über die drei zentralen Komponenten (A) Verstehbarkeit, (B) Handhabbarkeit, (C) Bedeutsamkeit. Antonovsky (1997) bezeichnet es in seiner Gesamtheit als eine globale Orientierung, die zum Ausdruck bringt, in welchem Maße Menschen über ein durchdringendes, andauerndes, aber gleichzeitig dynamisches Vertrauensgefühl verfügen, dass (A) die Stimuli der inneren und äußeren Lebenswelt im Wesentlichen strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind; (B) sie über die notwendigen Ressourcen verfügen, um auf sie zukommende Anforderungen zu meistern; (C) diese Anforderungen als Herausforderungen aufgefasst werden, für die sich Anstrengung und Einsatz lohnen. Sind die drei Komponenten ausgeprägt vorhanden, so verfügt die Person über ein hohes Kohärenzgefühl (Hartung, 2011).

In diesem Fall geht es einher mit der Akzeptanz der eigenen Person, einem Verständnis für die eigenen Lebensverhältnisse und einem Erleben von Sinnhaftigkeit in Bezug auf die persönlichen Lebensmöglichkeiten (Schneider, 2006). Ist das Kohärenzgefühl hingegen niedrig ausgeprägt, so besteht eine Verbindung zu Gefühlen des Nichtwissens, der Nichtlösbarkeit und des Keine-Einsicht-Habens (Schneider, 2006). Antonovsky selbst schrieb dem Kohärenzgefühl eher die Rolle einer Determinante der körperlichen Gesundheit zu. Die weiterführende Forschung wies jedoch eher in die Richtung, dass es enger mit der psychischen Gesundheit verbunden ist (Duetz et al., 2006). Mittlerweile gilt ein positiver Einfluss auf die psychische und physische Gesundheit als bestätigt (Eriksson/Lindström, 2006). Stein (2011) differenziert diese Aussage durch Erkenntnisse, die insgesamt eine etwas stärker ausgeprägte Verbindung des Kohärenzgefühls mit der psychischen Gesundheit gegenüber einer schwächer

ausgeprägten für die körperliche Gesundheit belegen. Darüber hinaus scheint ein hohes Kohärenzgefühl eine gesundheitsbezogene Pufferfunktion gegenüber Stress auslösenden Lebensereignissen zu haben (Hartung, 2011). Es wird ein direkter Einfluss des Kohärenzgefühls auf die Gesundheit über neurologische Funktionen und das Erleben erfolgreicher Handlungen angenommen sowie ein indirekter Einfluss über die Aktivierung von individuellen und sozialen Widerstandsressourcen (Hartung, 2011).

Beim Kohärenzgefühl handelt es sich jedoch nicht um eine spezielle Coping-Strategie, sondern es ist vielmehr als eine generelle Lebenseinstellung bzw. Lebensorientierung zu verstehen (Faltermaier/Wihofszky, 2012; Schneider, 2006). Antonovsky (1997) konzipierte es als *stabile dispositionale Einstellung einer Person*. Mit dieser Bezeichnung entzieht er sich der langjährig geführten persönlichkeits-psychologischen Kontroverse über Stabilität und situationsübergreifendes Überdauern von Persönlichkeitseigenschaften contra einer situationsangepassten Veränderbarkeit und Akkomodationsfähigkeit einer Person (Franke et al., 2001). In seiner Dynamik sieht Antonovsky (1997) das Kohärenzgefühl von den Lebenserfahrungen in der Kindheit, Jugend und Adoleszenz beeinflusst und seine Entwicklung etwa um das dreißigste Lebensjahr vollendet. Anschließend bleibt es bis zur Verrentung relativ stabil, um anschließend langsam abzusinken (Lindström/Eriksson, 2010). Im Erwachsenenalter hält er starke Veränderungen nur noch für begrenzt möglich, und es bedarf seiner Ansicht nach einschneidender Lebenserfahrungen, die langfristig neue Muster prägen, beispielsweise durch höhere Grade an Konsistenz, Belastungsbalance und Partizipation im positiven Sinne, um entscheidende Veränderungen zu bewirken (Bengel et al., 2001; Franke et al., 2001). Antonovsky (1997) spricht professioneller Unterstützung in diesem Zusammenhang einen begrenzten Einfluss zu, da sich das SOC nicht durch eine Reihe von Behandlungsterminen verändern lasse. Seiner Ansicht nach werden ausschließlich jene Ansätze ein Potenzial entfalten, die Menschen das Rüstzeug mitgeben, in ihrem Lebensbereich etwas ausfindig zu machen, was von ihm als „SOC-verbessernde Erfahrung“ (Antonovsky, 1997, 119) bezeichnet wird. Hierunter fasst er jedes therapeutische Verfahren, das die Weichen für eine langanhaltende, konsistente Veränderung in der realen Lebenswelt des Menschen stellt.

Um ein starkes Kohärenzgefühl ausprägen zu können, muss eine Person Lebenserfahrungen machen, die sie darin bestätigt, dass sie Einfluss auf ihr Leben ausüben kann und ihr ausreichend Widerstandsressourcen zur Verfügung stehen, dies zu tun (Franke, 2010). Drei verschiedene Formen der Erfahrung fördern im Sinne Antonovskys die Ausprägung eines starken Kohärenzgefühls (Franke et al., 2001; Franke, 2010): Erfahrungen der Konsistenz formen die Verstehbarkeitskomponente, das Erleben einer Belastungsbalance fördert das Gefühl von Handhabbarkeit, Erlebnisse der Partizipation unterstützen das Ausbilden der Bedeutsamkeitskomponente. Um solche Lebenserfahrungen machen zu können, sind es im Sinne Antonovskys gewisse kulturelle Faktoren wie die Stabilität in der politischen und sozialen Situation bzw. individuelle Erfahrungen wie die einer Konsistenz im engeren sozialen Umfeld, die stärkend wirken (Franke et al., 2001). Doch wohl als grundlegend zu bezeichnen ist die Annahme Antonovskys (1997), dass es überhaupt Lebensbereiche geben muss, die von subjektiver Bedeutung für eine Person sind, ohne dass die Grenzen an dieser Stelle zu eng gezogen werden. Er macht vier Bereiche in diesem Zusammenhang fest: die eigenen Gefühle, die unmittelbaren interpersonellen Beziehungen, die wichtigste eigene Tätigkeit und existentielle Lebensfragen wie Tod, Schuld, Isolation oder Scheitern (Franke et al., 2001).

In einem geschlechtsspezifischen Vergleich bezüglich des Kohärenzgefühls zeichnet sich die Tendenz ab, dass Männer höhere Werte angeben. So gaben in der EPIC-Norfolk-Studie Surtees et al. (2003) zufolge mehr Männer (47,6 %) als Frauen (37,4 %) einen hohen Wert an. Dies

deckt sich mit der Erkenntnis Eriksson/Lindströms (2005a), der zufolge Männer durchschnittlich über einen höheren Wert des Kohärenzgefühls verfügen. Poppius (2007) differenzierte diese Aussagen in der Helsinki-Heart-Studie, indem er für unterschiedliche Männer im mittleren Lebensalter (44-50 Jahre) je nach gesellschaftlicher Position verschiedene Ausprägungen des Kohärenzgefühls festmachte. Poppius (2007) unterteilte die Männer in die zwei berufsbezogenen Gruppen *White-Collar-Worker* und *Blue-Collar-Worker*. In die erste Gruppe fielen Manager und Verwaltungsangestellte, die die höchsten Werte für das Kohärenzgefühl aufwiesen. Insgesamt zeigten alle Probanden der ersten Gruppe höhere Werte. In die Gruppe der *Blue-Collar-Worker* gingen manuelle Arbeitstätigkeiten in Transport, Industrie und dem Dienstleitungsgewerbe ein. Alle ausgemachten Werte lagen unter denen der *White-Collar-Worker*.

Darüber hinaus machte Poppius (2007) Unterschiede in den beiden Beschäftigtengruppen für die Einflüsse des Kohärenzgefühls fest. Bei der Gruppe der *White-Collar-Worker* zeigte sich ein Zusammenhang zwischen der Häufigkeit des Auftretens koronarer Herzerkrankungen und dem Kohärenzgefühl. Bei den *Blue-Collar-Workern* konnte dieser Effekt nicht nachgewiesen werden. Dies veranlasste Poppius (2007) zu der Vermutung, dass die Position der *White-Collar-Worker* zwischen der Unternehmensleitung und den Arbeitern und die hiermit verbundene Notwendigkeit, zwischen den Interessen verschiedener Ebenen vermitteln zu müssen, ausschlaggebend für diese offensichtlich erhöhte Stressbelastung zu sein scheint. *Blue-Collar-Worker* seien hingegen in Gewerkschaften organisiert und daher diesen Stressoren nur vermindert ausgesetzt. Als umso bedeutender sieht Poppius (2007) die Wichtigkeit des Kohärenzgefühls in diesem Zusammenhang. Die dargestellten Zusammenhänge spielen für die vorliegende Arbeit eine zentrale Rolle. Diese Position zwischen den hierarchischen Ebenen wird in Abschnitt 4.2.2 eingehend betrachtet und fand Eingang in die Gestaltung der Untersuchung.

Dem Lebensbereich *Arbeit* maß bereits Antonovsky (1997) besondere Bedeutung bei, da in industriellen Gesellschaften von der Arbeit ein starker Einfluss auf andere Lebensbereiche ausgeht und damit auch auf das Kohärenzgefühl (Franke et al., 2001). Die Bedeutsamkeit in diesem Bereich wird seiner Meinung nach vor allem durch die kontinuierliche Teilhabe an sozial geschätzten Entscheidungsprozessen, positiven sozialen Bewertungen und die Bemessung der Selbstbestimmung bzw. Entscheidungsspielräume geprägt. Die Handhabbarkeit wird hingegen vor allem durch die Ausgewogenheit von Anforderungen bestimmt. Diese Ausgewogenheit reicht von den Arbeitsbedingungen, über die angemessen vorhandenen Ressourcen bis hin zu einer herausfordernden Tätigkeit, die Über- bzw. Unterforderung vermeidet. Das Gefühl der Verstehbarkeit wird durch die Erfahrung geordneter Komplexität in Arbeitskontexten positiv herausgebildet. Diese Form der Erfahrung entwickelt sich über eine gewisse Klarheit der eigenen Rolle, eine nachvollziehbare, durch Kontinuität geprägte zeitliche Entwicklung im Arbeitsprozess, tragfähige soziale Arbeitsbeziehungen und Arbeitsplatzsicherheit (Franke et al., 2001). Kritisch sieht er in diesem Zusammenhang jedoch die Bewertung des beruflichen Stresses, basierend auf den unmittelbaren objektiven Arbeitsbedingungen und deren subjektiver Wahrnehmung, ohne die Betrachtung der historischen und soziokulturellen Situation (Antonovsky, 1997). Dieser hervorgehobenen Bedeutsamkeit des Arbeitsbereiches in westlichen Industriegesellschaften wird in der vorliegenden Arbeit mit der Verankerung der Untersuchung im beruflichen Kontext Rechnung getragen.

Die in Abb. 1 dargestellten Komponenten des Salutogenese-Modells bilden über ihre Verbindungen ein komplexes Geflecht, in welchem alle aufeinander bezogen und gleichzeitig

diverse Wechselwirkungen und Rückkopplungen konzipiert sind (Faltermaier, 2005a). Diese Verbindungen lassen sich laut Faltermaier (2005a) anhand von Pfeilen nachvollziehen. Hier sollen die wichtigsten Pfade, die der Autor benennt, nachvollzogen werden. Ein entscheidender Verlauf, der die Bedingungen von Gesundheit beeinflusst, zeigt sich entlang der (2) Stressoren, des Spannungszustandes und dessen erfolgreicher bzw. erfolgloser Bewältigung mit einem Einfluss auf das (1) Gesundheitskontinuum in letzter Instanz. Ein weiterer wichtiger Wirkverlauf entspringt dem (4) Kohärenzgefühl als zentraler Vermittlungskomponente. Einerseits stellt das Modell seine Entwicklung aus den (3) generalisierten Widerstandsressourcen und den Lebenserfahrungen dar. Andererseits wird die Einwirkung des Kohärenzgefühls auf die Stressoren und die Bewältigung des Spannungszustandes abgebildet. Als einen wichtigen Rückkopplungspfad hält der Autor die Wirkung des Gesundheitskontinuums auf die Widerstandsressourcen fest, da ein positiver Gesundheitszustand langfristig als Ressource wirksam werden kann.

Zudem beschreibt er die Rückkopplung zwischen Stressoren und Ressourcen im Sinne eines Negativbezuges, da je nach *Charakter des Stressors* Ressourcen verloren gehen können. Die Stressoren sind wiederum an die Quellen der generalisierten Widerstandsressourcen wie die soziale Lage bzw. die Lebensgeschichte einer Person gebunden, da diese lebensweltlichen Faktoren sowohl Einfluss auf die Ressourcen als auch auf die Stressoren ausüben. Dies findet Ausdruck in der Verbindung der Quellen mit den Stressoren. Stark vereinfacht lässt sich die hohe Komplexität des Modells laut Faltermaier (2006a) über folgende zwei miteinander verknüpfte Pfade zusammenfassend darstellen: Der Erste verläuft von den Stressoren über den Spannungszustand und dessen Bewältigung zum Gesundheitskontinuum und der Zweite von den Widerstandsressourcen über das Kohärenzgefühl zur Bewältigung bis zum Gesundheitskontinuum.

Die vereinfachte Darstellung des Modells und die Zusammenfassung der Pfade spiegeln die Komplexität des Modells der Salutogenese wider. Für die vorliegende Arbeit werden das Modell und seine salutogene Perspektive als Rahmentheorie angenommen und fließen in diesem Sinne in die Untersuchung ein. Seit der Entwicklung des ursprünglichen Modells vor drei Jahrzehnten hat sich der Begriff Salutogenese etabliert, und aktuelle Erkenntnisse (Eriksson/Lindström, 2006; Faltermaier, 2006a, Franke, 2010; Hartung, 2011) weisen darauf hin, dass das Modell in seiner Substanz durchaus trägt, es jedoch auch kritische Facetten gibt, die in den Blick zu nehmen sind.

2.2.2 Kritik bzw. Erweiterungen des Modells der Salutogenese

Antonovsky selbst wollte sein Modell nicht als fertiges Endprodukt verstanden wissen, sondern vielmehr als eine erste Antwort einer Salutogeneseforschung, die im Zuge des Erkenntniszuwachses durchaus offen für Weiterentwicklungen sei (Faltermaier, 2005a). Die interdisziplinäre Gesundheitsforschung hat sich jedoch lange Zeit zurückhaltend gegenüber einer Auseinandersetzung mit der Salutogenese gezeigt, wodurch Faltermaier (2005a) zufolge nach einer als relativ kurz zu bezeichnenden Forschungsgeschichte noch viele Fragen offen bleiben. Hartung (2011) hebt in vergleichbarer Weise die unterkomplexe bzw. ungenügende Ausarbeitung des Salutogenesemodells kritisch hervor. Eriksson/Lindström (2006) fordern speziell eine weitergehende Forschung zwischen dem Kohärenzgefühl und Konzepten wie beispielsweise der Lebensqualität, dem Gesundheitsverhalten, dem Arbeitsleben, der Bildung, der sozialen Unterstützung, aber auch einem familiären Kohärenzgefühl oder anderen Konzepten mit salutogenen Elementen.

Stein (2011) weist jedoch kritisch darauf hin, dass bisher die Mehrzahl aller Befunde zum Kohärenzgefühl über Untersuchungen mit einem Querschnittdesign generiert wurden, in denen es korrelationsstatistisch mit anderen Maßen in Zusammenhang gebracht worden ist, wodurch die Wirkrichtung der Zusammenhänge offenbleibt. Auch die wenigen Längsschnittstudien konnten Faltermaier (2017) zufolge keine eindeutigen Ergebnisse über den Zusammenhang des Kohärenzgefühls mit positiven Indikatoren liefern. Blättner/Waller (2011) bestätigten das Fehlen von Längsschnittstudien und unterstreichen die Aussage, dass Querschnittstudien keine zusätzlichen Erkenntnisse über korrelative Zusammenhänge liefern können. Auch Abel et al. (2006) sehen in diesem Bereich Forschungsbedarf und merken an, dass bereits Ideen und Begriffe des Kohärenzgefühls in der Praxisarbeit genutzt werden, deren theoretische Fundierung noch ausstehen.

Eriksson (2007) befasste sich mit der Variabilität des Kohärenzgefühls jenseits des dreißigsten Lebensjahres und kam zu dem Schluss, dass verschiedene Längsschnittstudien die Stabilität bei Personen mit einem hoch ausgeprägten Kohärenzgefühl belegen. Die Festigung sei aber geringer als von Antonovsky angenommen, und zudem zeige sich, dass das Kohärenzgefühl tendenziell über die gesamte Lebenspanne hinweg mit zunehmendem Alter ansteige, anstatt nach der Verrentung zwangsläufig abzusinken (Eriksson, 2007; Lindström/Eriksson, 2010). Höfer (2006) wies in diesem Zusammenhang darauf hin, dass Antonovsky ebenso wie Eriksson von einem Entwicklungsmodell ausging, das für die relativ stabile historische Phase der fünfziger bis siebziger Jahre typisch war.

Auch Stein (2011) stellt in seiner vergleichenden Untersuchung zum Einfluss des Kohärenzgefühls auf Gesundheit, Stressempfinden, Lebensqualität und Gesundheitsverhalten die Aussage der Stabilisierung des Kohärenzgefühls in Frage. Antonovskys Annahme, dass das Kohärenzgefühl um das dreißigste Lebensjahr ausgeprägt und von da nur relativ schwer veränderbar sei, bestätigt sich auch seinen Erkenntnissen zufolge nicht. Es deutet sich vielmehr an, dass das Kohärenzgefühl auch jenseits des dreißigsten Lebensjahres Veränderungen unterliegen kann, was die neuere Forschung Stein (2011) zufolge im Bereich der Neurobiologie belege. Blättner/Waller (2011) sehen die Erkenntnisse zur Entstehung und Entwicklung des Kohärenzgefühls im Erwachsenenalter noch als widersprüchlich an, da ein Überblick aktueller Studien sowohl eine Tendenz in die eine als auch die andere Richtung anzudeuten scheinen. So weist eine retrospektive Studie von Sagy/Antonovsky (2000) an 89 Personen im Rentenalter darauf hin, dass eine Teilhabe an sozial anerkannten Aktivitäten in der Kindheit den größten Einfluss auf das Kohärenzgefühl entfaltet. Im Gegensatz hierzu kam eine Studie von Krantz/Östergren (2004) an Frauen im mittleren Erwachsenenalter zu dem Schluss, dass die Variablen *Arbeitsbedingungen* und *soziale Unterstützung* im Erwachsenenalter die entscheidende Wirkung entfalten. Die Erkenntnisse einer der wenigen Längsschnittstudien von Nilsson et al. (2003) deuten eher in Richtung einer Bestätigung der zurückhaltenden Aussagen einer Veränderung des Kohärenzgefühls mit zunehmendem Alter. Blättner/Waller (2011) bieten einen umfassenden Überblick zu der Forschungslage und kommen zu der Aussage, dass die Frage aktuell nicht befriedigend zu klären ist. Aufgrund der aktuellen Erkenntnislage schließt sich die vorliegende Arbeit Blättner/Wallers (2011) Ansicht an, dass es weiterer, langfristiger Forschungsergebnisse bedarf, um ein konsistentes Bild zu zeichnen.

An der Konstruktion der Widerstandsressourcen in ihrer Fokussierung auf die Bewältigung von stresshaften Anforderungen üben Welbrink/Franke (2006) Kritik. Ihrer Meinung nach vernachlässigt diese Ausrichtung eine Form von Ressourcen, die rein positiv gerichtet sind und ausschließlich gesundheitsfördernd wirksam werden. Zwar erwähnt Antonovsky Faktoren

wie Fantasie, Liebe und Spiel als befördernde Faktoren, lässt sie jedoch nicht weiter in die Konstruktion des Kohärenzgefühls einfließen, dessen Komponenten rein reaktiv formuliert sind, ganz im Sinne einer traditionellen Stressforschung (Franke, 2010). Doch in der Entwicklung des salutogenetischen Gedankens wurde postuliert, dass Stressfreiheit bzw. das Fehlen von Risikofaktoren nicht automatisch zu einer Bewegung in Richtung des Gesundheitspols führen, da auch dauerhafte Unterforderung eine Negativwirkung entfalten kann. Vor diesem Hintergrund untersuchte die Arbeitsgruppe um Franke et al. (2001) Faktoren, die auf direktem Wege gesundheitsförderlich wirken und Gesundheit bzw. Anpassung aktiv gestalten, wie ein euthymes Erleben, Humor, Optimismus oder auch die Fähigkeit zu verzeihen. Es konnte gezeigt werden, dass Ressourcen umfassender zu konzipieren sind, und so wurde den Widerstandsressourcen ein Strang rein gesundheitsförderlicher Ressourcen zur Seite gestellt, die Bewältigungsressourcen in Phasen der Entspannung und Erholung reaktivieren können (Franke, 2010). Sie haben das Potenzial, die Handhabbarkeit zu erhöhen bzw. die Lebensfreude und die Lebensqualität zu steigern, wodurch sie der Autorin zufolge die Gesundheit fördern. Sie ergänzen die Widerstandsressourcen in diesem Sinne um eine Erweiterung der Stressbewältigung und sollen so eine gelungene Anpassung an die Umwelt ermöglichen.

Der Loslösung von der rein stressorientierten Sichtweise schließt sich diese Arbeit an. Der von Franke (2010) betonte Bezug dieser Ressourcen zu Erholungsphasen des Lebens wird jedoch kritisch beurteilt, denn dieser befördert eine gedankliche Trennung in Phasen der Wirksamkeit von Bewältigungsressourcen und gesundheitsfördernden Ressourcen, welches das komplexe Zusammenspiel im Lebensalltag nicht abzubilden vermag. Ebenso wie Bewältigungsressourcen in Entspannungsphasen regeneriert werden können, können gesundheitsförderliche Ressourcen über Spaß und Lebensfreude in turbulenten Lebenssituationen wirksam werden. Um die Komplexität der Wirksamkeit beider Formen nicht zu schmälern, werden sie in dieser Untersuchung in jeder Lebenssituation ins Auge gefasst.

Bezug nehmend auf das Ursprungsmodell merkt Faltermaier (2005a) kritisch an, dass auf der empirischen Ebene wichtige Fragen zur Konzeption und Messung des Kohärenzgefühls, der empirischen Indikatoren eines Gesundheitskontinuums oder dem Zusammenwirken verschiedener Ressourcen ebenso wie ihr Beitrag zur Entwicklung des Kohärenzgefühls offen sind und einer empirischen Fundierung bedürfen. Darüber hinaus weist er darauf hin, dass bisher vor allem Teilaspekte wie das Kohärenzgefühl oder die Widerstandsressourcen im Fokus standen, es bisher aber keine vollständige Abbildung des gesamten Modellprozesses gibt, was er auf die beträchtlichen forschungspraktischen und methodischen Anforderungen eines solchen Versuches zurückführt (Faltermaier, 2005a; 2006a).

Des Weiteren unterstreicht Hartung (2011), dass Antonovskys Definition von Gesundheit aufgrund ihrer Prozesshaftigkeit nur schwer zu testen ist. Diesem hohen Aufwand und der Komplexität des Modells mag es geschuldet sein, dass Kolip et al. (2006) vor allem eine Gefahr darin sehen, dass die Popularität der Salutogenese, den Begriff zu einer Worthülse verkommen zu lassen durch Projekte, die den Begriff plakativ nutzen, ohne inhaltlich auf das Modell Antonovskys zurückzugreifen. Bereits Bengel et al. (2001) wiesen darauf hin, dass gesundheitspsychologische Studien nicht selten trotz eines angekündigten Perspektivwechsels in salutogenetischer Richtung der pathogenetischen Denkweise verhaftet bleiben. Dennoch sollten weder Komplexität, Aufwand oder anderweitige Schwierigkeiten der umfassenden Darstellung Faltermaiers (2006a) Meinung nach dazu führen, dass das Modell auf einfache korrelative Beziehungen reduziert wird und in seiner Prozesshaftigkeit nicht mehr als Gesamtheit dargestellt wird. Aus diesem Grund fordert er, dass Untersuchungen an

Teilen bzw. einzelnen Variablen immer wieder den Anschluss an das Gesamtmodell suchen, Längsschnittstudien angelegt werden, die die Abbildung der wesentlichen Prozessteile anstreben, eine Pluralität methodischer Zugänge die Erweiterung der Spielräume ermöglicht, um die Komplexität des Modells zu erfassen.

Auf der theoretischen Ebene werden sowohl von Faltermaier (2017; 2006a) als auch von Faltermaier et al. (1998) vor allem auf zwei Mängel hingewiesen: (1) die fehlende Subjektebene, (2) die vernachlässigte gesellschaftliche Ebene. (1) Faltermaier (2017) stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage, ob die Annahme tatsächlich ausreichend ist, dass die verhaltensbezogenen Einflüsse auf die Gesundheit nur über die Bewältigung von Stressoren wirksam werden oder überwiegend sozialstrukturell bedingt sind? Diese Denkrichtung hat einen ähnlichen Ausgangspunkt wie Frankes (2010) Annahmen. So plädiert Faltermaier (1994) dafür, den Einfluss eines aktiven, bewusst handelnden Subjekts mit seinem Individuum spezifischen kognitiven, motivationalen und aktionalen Prozessen stärker in dem Modell zu berücksichtigen, um so Gesundheit auch in ihrer subjektiven Konstruktion gerecht zu werden. Doch im Gegensatz zu Franke (2010) nimmt Faltermaier (2005a) keine Ergänzung eines Teilbereichs des Modells vor, sondern will dem bewusst agierenden Subjekt über die Integration der handlungsbezogenen Komponenten des Gesundheitsverhaltens, des Gesundheitshandelns, der gesundheitsbezogenen Lebensweise sowie ihre psychischen und sozialen Bedingungen gerecht werden (s. Abb. 2).

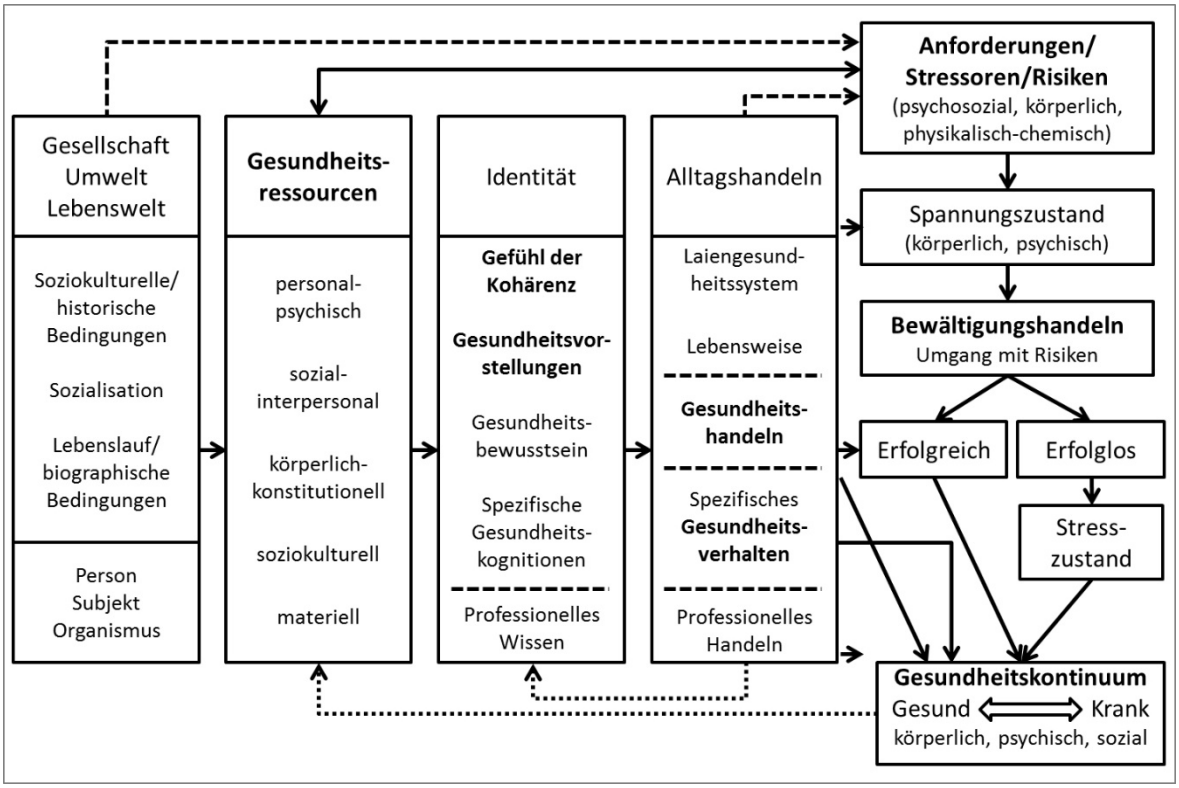


Abb. 2: Das integrative Modell der Salutogenese und der subjektiven/sozialen Konstruktion von Gesundheit (Faltermaier, 2005a, 148)

(2) Des Weiteren weisen Faltermaier et al. (1998) darauf hin, dass Antonovsky die Wurzeln der Widerstandsressourcen und Stressoren sehr wohl in den gesellschaftlichen, sozialen und kulturellen Strukturen sieht, aber das Zusammenwirken der sozialen Einflüsse mit den Prozessen des Individuums und die daraus entstehende Veränderung auf dem Gesundheitskontinuum nicht deutlich aus seinem Modell hervorgeht. Auch Geyer (2006) hinterfragt für das

Kohärenzgefühl die Benennung gesellschaftlicher Bezüge, da es seiner Meinung nach nur wenige spezifische Hinweise jenseits dieser allgemeinen Bemerkung zu geben scheint. Vor diesem Hintergrund wurde eine Erweiterung des ursprünglichen Modells auch auf sozialer Ebene angestrebt. Die Integration der individuellen und sozialen Ebene durch die Berücksichtigung subjektiver, sozialer und aktionaler Einflüsse auf Gesundheit geht aus der Erweiterung des Ursprungsmodells hervor.

In diesem Sinne stellt Gesundheit nicht ausschließlich einen objektiven Zustand bzw. rein subjektiven Zustand dar, sondern er ist vielmehr als soziale Kategorie zu verstehen, der sowohl dem sozialen Wandel als auch dem kulturellen Hintergrund unterworfen und damit immer auch an gesellschaftliche Rollenerwartungen gebunden ist (Faltermaier et al., 1998). Faltermaier et al. (1998) brechen für ihre Untersuchung die Anforderungen der sozialen Konstruktion von Gesundheit auf die Entscheidung herunter, Gesundheit nicht nur in professionell-formeller Form einzubeziehen, sondern ebenfalls den alltäglich-informellen Umgang mit Gesundheit als Teil eines sozialen Herstellungsprozesses. Damit ist Gesundheit in diesem Sinne sowohl auf einer Ebene mit den sozialen Wissenssystemen als auch auf einer Ebene mit sozialen Handlungen im Kontext von Gesellschaft, Lebenswelt und Alltagshandeln angesiedelt. Die Erweiterung von Faltermaier ist nicht die einzige Variante des Modells, wie Frankes (2010) Ergänzung zeigt. Doch gerade Faltermaiers Bearbeitung nimmt viele gesundheitswissenschaftliche Strömungen auf (Schnabel, 2007) und erscheint aus diesem Grund für die vorliegende Untersuchung als theoretische Basis besonders geeignet.

Bereits Bengel et al. (2001) konstatierte, dass das Salutogenese-Modell für die gesundheitswissenschaftliche Forschung zu Protektivfaktoren und Ressourcen stimulierend wirkte, ebenso wie es den Blick auf bisher wenig beachtete Zusammenhänge bzw. Wechselwirkungen zwischen Risiken und Schutzfaktoren richtet. Insgesamt zeigte sich bereits zu diesem Zeitpunkt, wie wichtig es als Rahmentheorie der Gesundheit bzw. Gesunderhaltung ist, obwohl viele Forschungsfragen zu diesem Zeitpunkt offen waren. Lindström/Eriksson (2005b) kamen in einem Überblick über 25 Jahre Salutogeneseforschung zu dem Ergebnis, dass das Modell der Salutogenese der Gesundheitsförderung einen festen theoretischen Rahmen geben kann, da es sich sowohl auf empirischer bzw. theoretischer als auch auf praktischer Ebene bewährt habe. Diese Arbeit schließt sich Antonovskys Wunsch nach fruchtbarer Forschungstätigkeit im Bereich der Salutogenese an und nutzt es im Sinne Faltermaiers in seiner erweiterten Form als Rahmentheorie für die nachfolgende Untersuchung. Im Sinne der aktiven Auseinandersetzung mit dem Modell schließt sie sich - wie dargestellt - kritischen Gesichtspunkten an und plädiert wie Blättner/Waller (2011) für weitere Forschung zur empirischen Überprüfung und theoretischen Fundierung des Modells.

3 Subjektive Perspektive von Gesundheit

Die Erweiterung des Salutogenese-Modells um die in Abb. 2 dargestellten Komponenten hat den Blick darauf eröffnet, dass Gesundheit nicht zwangsläufig durch die Reaktionen des Individuums auf Stressoren bzw. ihre Bewältigung oder die Verfügbarkeit von Ressourcen und die Ausprägung des Kohärenzgefühls bestimmt ist, sondern ebenso an die aktive Gestaltung des Einzelnen und die gesellschaftlichen Umstände gebunden sein kann. Hierin ist eine subjektive Ebene enthalten, die verdeutlicht, dass Menschen in der Lage sind, sich bewusst und reflexiv zu ihrer eigenen Gesundheit zu verhalten. Doch nicht nur das Individuum allein ist dazu im Stande, sondern auch soziale Gruppen können Aktivitäten ergreifen, um ihre Gesundheit zu erhalten und zu fördern. Jede Gesellschaft kultiviert einen bestimmten Umgang

mit Gesundheit und Krankheit, der sich in sozialen Strukturen niederschlägt (Faltermaier, 2005a).

Die historischen Wurzeln einer solchen Denktradition reichen laut Weichenrieder (2012) bis in die Medizinethnologie des 20. Jahrhunderts zurück. Erstmals wurden die Definition von Gesundheit und die ätiologischen Vorstellungen von Krankheit mit den dazugehörigen Heilmethoden in unterschiedlichen Kulturen in den Blick genommen (Evans-Prichard, 1937/1976; Moscovici, 1984, Rivers, 1924/2001). Zu Beginn floss die soziale Komponente im Wesentlichen über den Einfluss der französischen Forschungstradition um das Konzept der *sozialen Repräsentationen* in diese Denktradition ein (Weichenrieder, 2012). Diese nehmen den komplexen psychologischen Elaborationsprozess in den Blick, in dem Erfahrungen, Werte und Informationen des Einzelnen in seinen gesellschaftlichen Zusammenhängen zu einem bedeutsamen Bild ausgestaltet werden (Weichenrieder, 2012). Dabei wird das Subjekt gruppenspezifisch bzw. innerhalb seiner sozialen Strukturen betrachtet (Flick et al., 2004; Weichenrieder, 2012). Bezogen auf Gesundheit sind vor allem die soziale Verteilung von Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen über soziale Gruppen der Gesellschaft und die Erfassung der Einflüsse bestimmter Wissensquellen auf die Vorstellungen im Alltag oder auch das berufliche Handeln von Interesse (Flick et al., 2004). Dieser Ansatz ist stark auf das soziale Wissen fokussiert und nicht vordringlich auf Gesundheit ausgerichtet. Gesundheit wird wesentlich durch gesellschaftliche Strukturen beeinflusst, nicht zuletzt dadurch, dass der soziale Umgang mit Gesundheit wiederum eine Wirkung auf das Individuum entfaltet (Faltermaier, 2005a).

Weitere Forschungseinflüsse entstammen einem weiten Spektrum theoretischer Traditionen wie der Soziologie, der Anthropologie, Medizin und vor allem der Psychologie (Flick, 1998; Weichenrieder, 2012). So trug bereits der Sozialpsychologe Heider (1958, zitiert nach Falteramaier, 2017) mit der Prägung der Attributionstheorie zur Gewinnung wichtiger subjektbezogener Erkenntnisse bei. Im Kern nahm diese das Bedürfnis des Menschen in den Blick, die eigenen Lebensumstände durch die Zuschreibung von Ursachen bzw. einer Sinngebung für sich persönlich fassbar zu machen (Faltermaier, 2005a). Diese Zuschreibungen können in kausalen Zusammenhängen münden bzw. bis zur Bildung individueller Theorien reichen. Auch Kelly (1955/2008) stellte mit seiner *Theorie der personalen Konstrukte* den Laien ins Zentrum seiner Betrachtungen. Seiner Meinung nach lassen sich aus den Methoden der Theoriebildung eines Laien ebenso wichtige Erkenntnisse gewinnen wie aus denen eines Forschers (Weichenrieder, 2012). Er komprimierte diesen Gedanken in der Bezeichnung *man as a scientist* (Flick, 1998). Diese Sichtweise floss in das Forschungsprogramm Subjektive Theorien von Groeben et al. (1988) ein. Das Forscherteam stellte in seinen Untersuchungen zu den subjektiven Vorstellungen den Menschen als reflexives Subjekt in den Mittelpunkt in der Annahme, dass er in der Lage sei, das Wissen über sich und seine Umwelt in Form von Theorien anzuordnen und damit das eigene Leben erklärbar zu machen.

Mit der Subjektzentrierung war eine Loslösung von der behavioristischen Denktradition verbunden, die das wissenschaftliche Denken prägte (Flick, 1998). Die Erfahrungen des Subjektes und sein Handeln wurden nun als wertvolle Erkenntnisquellen anerkannt und der Mensch als potenziell aktives und kompetentes Individuum im Rahmen seiner sozialen Strukturen angesehen (Becker, 2001; Faltermaier, 2005a; Flick, 1998). Bisher hatte es eine eher passive Rolle im Forschungsprozess eingenommen und wurde als von den Umfeldbedingungen determiniert angesehen. Darüber hinaus ist der Subjektansatz nicht ausschließlich auf einzelne, abgegrenzte Kognitionen als Prädiktoren eines bestimmten Verhaltens fokussiert, sondern erfasst die Vorstellungen des Einzelnen in seinem alltäglichen

Umfeld in seiner gesamten Komplexität. Das Subjekt rekonstruiert hier als Experte seines täglichen Erlebens seine Erfahrungen zu bestimmten Themenfeldern wie im Bereich Gesundheit beispielsweise in Form von Gesundheitsvorstellungen (s. Abschnitt 3.1) oder als ein Gesundheitshandeln (s. Abschnitt 3.2.2).

Diese Rekonstruktion von Gesundheit in einem Laiensystem ist insofern relevant, als dass hier Aktivitäten für Gesundheit an sich stattfinden, ebenso wie sich die Anfangsstadien einer Krankheit hier abspielen, bevor das professionelle medizinische System in Anspruch genommen wird. Der überwiegende Anteil gesundheitsbezogener Aktivitäten fällt in den Bereich des Laiensystems. Es ist geradezu natürlich sich bei ersten Beschwerden bzw. dem Wunsch, die eigene Gesundheit zu unterstützen, erst einmal Hilfe und Rat im Umfeld zu suchen. Aus diesem Grund wird Gesundheit in diesem Bezug immer vom Laien selbst über die informellen Netzwerke in einem sozialen Kontext hergestellt (Weichenrieder, 2012).

Bereits Grunow et al. (1983) ermittelten in ihrer Haushaltsbefragung, dass 92 % der deutschen Bevölkerung bei gesundheitlichen Beschwerden zu sozialer bzw. individueller Selbsthilfe griffen, ohne mit dem professionellen medizinischen System in Kontakt zu kommen. Als wesentliche Leistungen, die innerhalb dieses Systems von Laien für den Erhalt und die Förderung ihrer Gesundheit erbracht werden, beschreibt Faltermaier (2017) folgende: (1) Präventive Maßnahmen, (2) Soziale Unterstützungsleistungen bei gesundheitlichen Problemen, (3) Praktische Hilfeleistungen innerhalb der Familie, (4) *Laiendiagnose* im Anfangsstadium von Beschwerden, (5) Selbstbehandlung einer Krankheit, (6) Hilfesuchen im sozialen Umfeld, (7) Zugang zum professionellen System, (8) Bewältigung von Krankheiten im Lebensalltag, (9) Betreuung und Pflege, (10) Nachbarschaftshilfe, (11) Teilnahme an Selbsthilfegruppen, (12) gesundheitspolitisches Engagement. Obwohl das Wissen über dieses hochkomplexe System bis heute weiterhin begrenzt erscheint, ist über die gesundheitsbezogene Arbeitsteilung in diesem Zusammenhang jedoch bekannt, dass Frauen einen Großteil der alltäglichen Gesundheitsversorgung übernehmen (Faltermaier, 2017). Drei hervorstechende Rollen der Frauen wurden in diesem Zusammenhang von Graham (1985, zitiert nach Faltermaier, 2017) benannt. (1) Frauen tragen als *„providers of health"* dazu bei, dass die familiäre Gesundheit erhalten bleibt. (2) Als *„negotiators of health"* sozialisieren sie ihre Angehörigen im Umgang mit Gesundheit und Krankheit, indem sie bemüht sind, die richtigen Einstellungen und Verhaltensweisen in die Familie hineinzutragen. (3) Und in letzter Instanz stellen vor allem Frauen als *„mediators of health"* den Kontakt zum professionellen Gesundheitssystem her. Mithilfe dieser Funktionen und dem geschlechtsspezifischen Versorgungsangebot springt das Laiensystem häufig ein, wenn das medizinische System noch keine Hilfe leisten bzw. in bestimmten Fällen keine hinreichende Erklärung für den Laien liefern kann. Dadurch kann eine völlig vom professionellen System gelöste Suche nach Erklärungen und einer persönlichen Sinnfindung stattfinden, deren Ergebnis sich in den Vorstellungen von Laien niederschlägt (Jacob et al., 1999). So ist es nicht verwunderlich, dass die anhand der Datenlage gebildete Expertenmeinung von der Laienmeinung abweichen kann, da diese anhand von Merkmalen wie Unkontrolliertheit, Katastrophenpotenzial, Ausgesetztsein gebildet wird (Leppin, 1994).

Im englischsprachigen Raum wurde unter dem Begriff *folkmodels* zum Alltagswissen geforscht, jedoch vor allem in Form von Krankheits- bzw. Eigenschaftslisten, die als Basis für Sprachanalysen genutzt wurden (Weichenrieder, 2012). Im englischen Sprachgebrauch ist die Bezeichnung *lay health beliefs* eingegangen. Nicht zuletzt der negativen Konnotation einer direkten Übersetzung in Form von *Naiver Gesundheitsvorstellungen*, *Laiengesundheitsvorstellungen* bzw. eine sprachlich bedingte Banalisierung in der Bezeichnung *Alltagstheorien* mag es geschuldet sein, dass sich im deutschen Sprachraum die Bezeichnung *Subjektive*

Gesundheitsvorstellungen durchgesetzt hat (Flick, 1998). Nachfolgend werden die Subjektiven Gesundheitsvorstellungen eingehend betrachtet.

3.1 Subjektive Gesundheitsvorstellungen

Gesundheit ist, verstanden im Sinne einer Laiengesundheit, als ein untrennbarer Teil des Alltags täglich von den Menschen erlebbar und wird auf dieser Ebene von den subjektiven Wahrnehmungen des Individuums bestimmt (Faltermaier, 2009). In diesem Zusammenhang lässt sie sich nicht als eine objektiv bestimmbare Größe behandeln, sondern muss in ihrer subjektiven Bedeutung für den Einzelnen erfasst werden (Faltermaier/Kühnlein, 2000). Aus diesem Grund hat sich neben einer Forschung, die ein präventives Gesundheitsverhalten und Risikoverhalten über einzelne kognitive Variablen erfasst, diese anschließend in sozial-kognitiven Modellen aggregiert und kombiniert zur Vorhersage eines spezifischen, expertendefinierten Gesundheitsverhaltens (Bengel/Faltermaier, 2000; Schwarzer, 2004), ein weiterer Forschungsansatz entwickelt. Er befasst sich mit der subjektiven Sicht medizinischer Laien auf Gesundheit und Krankheit mit der Zielsetzung, in den Alltag integriertes Wissen in diesem Bereich zu rekonstruieren, zu systematisieren und Bezüge zu einem gesundheits-bezogenen Handeln im Alltag herzustellen (Faltermaier/Kühnlein, 2000).

Dieser Ansatz wurde in den siebziger Jahren erstmals unter differierenden, mit Gesundheit verknüpften Begriffen wie Alltagswissen, Alltagstheorien, Laientheorien, naiven Theorien, subjektiven Theorien, subjektiven Konzepten, sozialen Repräsentationen, lay health beliefs verfolgt, erfuhr aber erst in den neunziger Jahren in Deutschland zunehmendes Interesse, letztendlich zusammengeführt unter dem Oberbegriff *Subjektive Gesundheitsvorstellungen* (Überblick: Bengel/Belz-Merk, 1997; Flick, 1998). Unter diesem Sammelbegriff werden die subjektorientierten Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit in ihrer komplexen Einbettung in den Lebensalltag und den ganz individuellen Ausprägungen ebenso wie ihre sozialen Bezüge erforscht (Bengel/Belz-Merk, 1997). Über alle Forschungstraditionen hinweg werden laut Weichenrieder (2012) unter dem Begriff Subjektive Gesundheitsvorstellungen folgende Gemeinsamkeiten vereint: Das Individuum steht als aktiv handelndes und denkendes Subjekt in einem sozialen Zusammenhang, und das subjektive Erleben bzw. die alltäglichen Handlungen stehen im Fokus des Forschungsinteresses.

Im Rahmen dieser Arbeit werden vor allem die subjektiven Vorstellungen mit ihrer positiven Blickrichtung auf Gesundheit im Sinne einer salutogenetischen Perspektive in die Untersuchung einbezogen. Der Forschungsfokus lag anfangs auf der Bestimmung des Gesundheitsbegriffs über die Erfassung der *Konzepte von Gesundheit* und ihrer Repräsentation in der Bevölkerung. Erst Ende der neunziger Jahre wurde der Blick auf die Gesundheit beeinflussenden Faktoren und weitergehend auf die Erfassung komplexer, subjektbezogener *Gesundheitstheorien* gerichtet (Bengel/Faltermaier, 2000). Unter subjektiven Gesundheitsvorstellungen werden im weitesten Sinne die Gesamtheit aller Einzelrepräsentationen zu Gesundheit und deren Verknüpfungen verstanden (Bengel/Belz-Merk, 1997). Faltermaier et al. (1998) differenzieren diesen Blick auf die gesundheits-bezogenen Vorstellungen, indem sie die gesundheitsbezogenen Vorstellungen als „das Gesamt der auf Gesundheit bezogenen Überzeugungen, Überlegungen und Ideen einer Person oder einer Gruppe von Personen“ (37) verstehen. Diesem Zugang schließe ich mich im Rahmen der vorliegenden Arbeit an.

Bei den subjektiven Gesundheitsvorstellungen handelt es sich um komplexe Kognitionen, die Individuum spezifisch mit dem Alltag verknüpft sind (Frank et al., 1998). In dieser Verbindung spielt Gesundheit tagtäglich eine Rolle im Leben jedes Einzelnen, da sie eine nicht wegzudenkende Voraussetzung für die Alltagsbewältigung darstellt. Aus diesem Grund hat jeder Mensch mehr oder weniger klare Vorstellungen von seiner Gesundheit, die in die Organisation des Alltags einfließen. Die subjektbezogene Einbettung von Gesundheit in die eigenen Lebensbereiche macht den Einzelnen zu einem Experten seiner Gesundheitsvorstellungen. Wenngleich er weiterhin ein medizinischer Laie sein kann, so ist er dennoch als kompetenter Akteur für die eigene Gesundheit anzusehen, da nur er selbst Einblick in die komplexen Zusammenhänge seines Alltags geben kann (Faltermaier, 1994). Die Beachtung dieser persönlichen Gesundheitskompetenz ist bei der Erfassung der subjektiven Gesundheitsvorstellungen bedeutsam.

Die Nähe der subjektiven Gesundheitsvorstellungen zu täglich relevanten Lebensthemen spielt eine wichtige Rolle (Strittmatter, 1995). Die überwiegende Zahl alltäglicher Herausforderungen hat einen Gesundheitsbezug und damit eine Wirkung auf die entstehenden Gesundheitsvorstellungen. Diese Verwobenheit zieht sich durch alle Lebensbereiche: Beruf, Privatleben, Familie, Freizeit. Sie lässt sich nicht leugnen, allenfalls können gesundheitliche Zielsetzungen häufig hinter andere zurückgedrängt werden. Dennoch wird *Gesundheit* auch bei einer Zurücksetzung hinter andere Lebensziele ein durchaus hoher persönlicher Stellenwert zugebilligt (Faltermaier, 1998). In dieser Verknüpfung tritt neben die subjektbezogene Komponente eine soziale Ebene, auf der es gilt, die Anforderungen des beruflichen und privaten Alltags mit den gesundheitsbezogenen Vorstellungen und Aktivitäten in Einklang zu bringen (Faltermaier et al., 1998). Subjektive Gesundheitsvorstellungen können als kognitive Basis gesundheitsbezogener Aktivitäten angesehen werden. Ein Großteil des Handelns für die eigene Gesundheit spielt sich im privaten Kontext der Familie ab, wie empirische Ergebnisse nachweisen konnten (Faltermaier et al., 1998). Die subjektive Seite bildet sich aus der persönlichen Annahme des Einzelnen heraus, die jedoch über eigene Erfahrungen, Wahrnehmungen und Berührungspunkte mit sozialen Gruppen wie Freunden, Familienmitgliedern oder Kollegen in beruflichen Zusammenhängen beeinflusst werden und im Umkehrschluss selbst auf diese einwirken können.

Subjektive Gesundheitsvorstellungen beeinflussen sowohl intra- als auch interpersonale Prozesse (Weichenrieder, 2012). Sie helfen bei der Verarbeitung von gesundheits- bzw. krankheitsbezogenen Informationen und einer schnellen ersten Orientierung bzw. zum Teil auch einer intuitiven Orientierung anhand impliziter Strukturen. In gewissem Umfang haben diese kognitiven Prozesse eine handlungsleitende Funktion (Weichenrieder, 2012). Sie unterstützen der Autorin zufolge die Stabilisierung und Optimierung des Selbstwerts und wirken gleichzeitig bei der Emotionsregulation und Motivationsbildung mit, sodass sie die Entwicklung von Handlungsempfehlungen erleichtern. Als zentrale Funktion der Subjektiven Gesundheitsvorstellungen benennt Weichenrieder (2012) die Strukturierung der unübersichtlichen Zusammenhänge der Umwelt, die in einer endlichen Anzahl an Ursache-Wirkungs-Zusammenhängen mündet, woraus sich wiederum eine zutiefst persönliche Reduktion ergibt. Diese stellt keine objektive Abbildung der Wirklichkeit dar, sondern kann durchaus als falsch beurteilte Ursachenzuschreibungen enthalten, gewertet am Maßstab eines Experten. Dennoch sieht die Autorin gerade hierin eine Chance, über den Erkenntnisgewinn zu den Funktionen der subjektiven Gesundheitsvorstellungen die Verständigungschancen zwischen Laien und Experten zu erhöhen.

Geschlechts-, alters- und schichtbezogene Unterschiede können in den sozialen Netzwerken ein einwirkender Faktor sein und sollten aus diesem Grund in die Betrachtung der Gesundheitsvorstellungen einbezogen werden. Faltermaier et al. (1998) ziehen aus einer Zusammenfassung verschiedener Studien für die Verteilung des Laiengesundheitsbegriffs in der Bevölkerung, differenziert nach Geschlecht und Alter, die vorsichtige Erkenntnis, dass Frauen über alle Altersgruppen hinweg die psychische Ebene von Gesundheit häufiger benennen als Männer, wohingegen diese der eigenen Leistungsfähigkeit ein höheres Gewicht beimessen und eher eine negative Definition von Krankheit unterstreichen. Nideröst (2007) bestätigt diese Unterschiede in Alter und Geschlecht für die gesundheitsbezogenen Vorstellungen. Auch sie sieht bei der Darstellung des eigenen Gesundheitsverständnisses eine Betonung der aktionalen und negativen Ebene bei Männern und eine positive Definitionsausrichtung bei Frauen im Sinne eines psychischen Wohlbefindens.

Bezugnehmend auf eine Fragebogenstudie von Schulze/Welters (1998) an 100 Personen hält die Autorin fest, dass die Berücksichtigung des Faktors Alter Geschlechtsdifferenzen abgeschwächt. So zeigt sich in der Studie von Schulze/Welters (1998) beispielsweise, dass die Antworten junger Frauen und Männer in Bezug auf die Gesundheitsdefinitionen eine große Ähnlichkeit aufweisen. Gleiches gilt für die Nennungen von älteren Frauen und Männern. Darüber hinaus werden jedoch gleichzeitig altersbezogene Differenzen innerhalb der Geschlechtergruppen deutlich. Ein altersbezogener Unterschied zeigt sich in der Frauengruppe durch die dreimal häufigere Nennung von körperlichen Aspekten mit einem psychisch positiven Gesundheitseffekt bei jüngeren Frauen. Für die männlichen Gruppen zeigen sich innerhalb des Geschlechts ebenfalls Unterschiede auf der Ebene des Belastungsumgangs. Ältere Männer suchen sechsmal so häufig Lösungswege für Belastungen über soziale Strategien. Vor dem Hintergrund entwicklungspsychologischer Überlegungen nimmt Faltermaier (1994) eine große Altersvarianz von Gesundheitsvorstellungen an, die über eine Auseinandersetzung mit dem Alterungsprozess vor allem im mittleren Erwachsenenalter zu Veränderungen im Umgang mit Gesundheit führen kann.

Diese Ergebnisse sprechen dafür, Forschung innerhalb eines Geschlechts gegebenenfalls mit einem Altersbezug und eine Herausfilterung geschlechtsspezifischer Unterschiede in Bezug auf die subjektiven Gesundheitsvorstellungen anzustreben. Des Weiteren betonen Frank et al. (1998) in einem Überblick über relevante Studien zu diesem Thema, dass für die Zusammenhänge zwischen den Variablen Alter, Geschlecht und Gesundheitsvorstellungen kaum vergleichbare bzw. nur wenig differenziert veröffentlichte Ergebnisse vorhanden sind. Auch Faltermaier (2005b) bestätigt, dass sich auf quantitativer Ebene Unterschiede nicht durchgehend belegen lassen und auf einer qualitativen Ebene bei den subjektiven Gesundheitsbegriffen Gemeinsamkeiten überwiegen, Differenzen im alltäglichen Handeln jedoch deutlicher zutage treten. Vor diesem Hintergrund erscheint es notwendig, Bezüge in diesem Bereich eingehend zu erarbeiten. Neuere Erkenntnisse, geschlechtsunspezifisch betrachtet, konstatieren überblicksartig für die Gesundheitsvorstellungen ein Variieren mit dem Alter und eine zunehmende Komplexität und Ausdifferenzierung im Prozess des Älterwerdens (Wittig, 2008). Dem Autor zufolge sind älteren Menschen körperliche und funktionale Dimensionen wichtiger als jüngeren.

In einer überblicksartigen Darstellung relevanter Studien zeigen sich laut Frank et al. (1998) auf schichtspezifischer Ebene deutlichere Zusammenhänge. Unterschiede werden, je nach sozialer Schicht, sowohl in der Benennung verschiedener thematischer Bezüge als auch bei der Verwendung von Gesundheitsvorstellungen deutlich. Angehörige der mittleren und oberen Schicht verwenden eher mehrdimensionale, positive und selbstbezogene Konzepte, wobei

deutlich wird, dass ihnen ein Umgang mit abstrakten Begriffen im Gegensatz zu den unteren Schichten vertraut zu sein scheint. Letztere betonen eher eindimensionale, funktionale und negative Komponenten (Frank et al., 1998; Waller, 2006).

Neben Schichtdifferenzen lassen sich auch Unterschiede für verschiedene Berufsgruppen nachweisen. Auf qualitativer Ebene liegen diverse berufsfeldbezogene Studien zu den subjektiven Gesundheitsvorstellungen vor für: Bauern, Arbeiter, Handwerker, Verwaltungsangestellte, Lehrer, Professoren, Mitarbeiter in Gesundheitsberufen (Ärzte, Pflegekräfte) (Faltermaier, 1994; Faltermaier et al., 1998; Flick et al., 2004; Kuhlmann, 1996; Kuhlmann/Kolip, 1998; Pierret, 1988). Die Studien befassen sich mit den inhaltlichen Ausprägungen der verschiedenen Komponenten von Gesundheitsvorstellungen innerhalb der jeweiligen Gruppen und überprüfen Bezüge zu einer beruflichen Sozialisation. Anders angelegte berufliche Anforderungen Differenzen, wie Flick et al. (2004) sie z.B. bei Ärzten und Pflegekräften beschreiben, können unterschiedliche Prägungen subjektiver Vorstellungen von Gesundheit zwischen verschiedenen Gruppen aufzeigen. Faltermaier et al. (1998) weisen darauf hin, dass Berufsgruppendifferenzen vermutlich mit einer spezifischen Schicht eng verknüpft sind und somit auf hier potenziell vorhandene Verbindungen zu achten ist.

Ein lebensweltlicher Bezug ist nicht nur an die aktuelle Situation des Einzelnen geknüpft, sondern erstreckt sich auf tagtäglich und im Lebenslauf erworbene Erfahrungen. Vor diesem Hintergrund sind biografische Aspekte in die Erfassung der selbstbezogenen Vorstellungen von Gesundheit einzubeziehen (Belz-Merk, 1995). Die Autorin erfasste die lebensgeschichtlichen Anteile in ihrer Arbeit zum gesundheitsbezogenen Selbstkonzept über das Zeichnen einer biografischen Gesundheitskurve, auf der vom Probanden als relevant angesehene Gesundheitsereignisse des bisherigen Lebens ebenso wie zukunftsorientierte Ziel- und Wunschvorstellungen für die eigene Gesundheit eingetragen wurden. Belz-Merk (1995) hält als Erkenntnis für diese Erfassungsmethode fest, dass in diesem Zusammenhang die Verbalisierung positiver Gesundheitserfahrungen schwieriger zu sein scheint, da im Gegensatz zu negativen Konnotationen häufig die Anbindung an spezifische Ereignisse im Lebenslauf fehlt.

Hier lässt sich eine Parallele zu Strittmatters (1995) Aussage herstellen, dass Gesundheit kein bewusstes Alltagsthema ist, sondern sich vielmehr durch eine relative Selbstvergessenheit auszeichnet. Als Voraussetzung für die Bewältigung des Lebensalltags spielen die subjektiven Gesundheitsvorstellungen im biografischen Verlauf somit häufig eine unterbewusste Rolle und müssen erst ins Bewusstsein gerückt werden. Die Autoren Berg/Lucius-Hoene (2000) zeigten jedoch, dass sich biografische Anteile sogar im Sinne einer geschlossenen Gesundheitsbiografie über einen narrativen Zugang erfassen lassen. Aber auch hier können eher die positiven oder negativen Anteile der subjektiven Gesundheitsvorstellungen abhängig vom biografischen Hintergrund hervortreten. Die dargestellten Zusammenhänge machen deutlich, dass es wichtig ist, Gesundheitsvorstellungen auf möglichst vielen Ebenen (individuell, sozial, lebensweltlich, biografisch) mit ihren komplexen Zusammenhängen zu beleuchten.

Die Annahme einer relativen Selbstvergessenheit von Gesundheit passt zu der Aussage Faltermaiers (1994), dass Gesundheit kein eigenständiges Lebensziel, sondern ebenso wie die Gesundheitsvorstellungen eine Voraussetzung für die Verwirklichung von Lebensinteressen darstellt (Faltermaier, 1994). Da laut Faltermaier (1994) Gesundheit nicht zwangsläufig das explizite Ziel gesundheitsbezogener Aktivitäten ist, sind auch ihre kognitiven Bezüge nicht selten von anderen prioritären Lebenszielen überdeckt und damit nur unterbewusst vorhanden oder werden sogar durch diese verdrängt. Für die Erfassung der Vorstellungen von

Gesundheit und ihrer Komponenten ist es aus diesem Grund wichtig herauszuarbeiten, in welcher Form Wissensbestände über die eigene Gesundheit vorliegen. Menschen bauen im Laufe ihres Lebens aus unterschiedlichen Quellen ein umfangreiches Gesundheitswissen auf. Sowohl direkte Erfahrungen am eigenen Körper als auch indirekte über nahestehende Personen oder abstrakte mediale Vermittlung fließen in dieses Wissen ein. Es wird jedoch nicht nur einfach vom Subjekt aufgenommen und eingegliedert, sondern durchläuft jedes Mal eine subjektive Filterung, um Individuum spezifisch rekonstruiert oder sogar neu konstruiert zu werden (Faltermaier, 2000).

Für den Erwerb und die Anwendung von Wissen ergibt sich hieraus ein konstruktivistischer Bezug. Wirklichkeit und damit auch Wissen wird in diesem Zusammenhang als ein kognitiv konstruiertes Phänomen des Subjekts angenommen, das erst Verbindlichkeit erhält, wenn andere die Wahrnehmung des Einzelnen teilen (Gerstenmaier/Mandl, 1995; Schwarz-Govaers, 2005). Folgende Punkte sehen Gerstenmaier/Mandl (1995) als entscheidend für den Erwerb von Wissen und dessen Anwendung an:

- Wissen wird vom Individuum selbst in Abhängigkeit von seinem Vorwissen konstruiert und mit diesem verknüpft, um elaborierte Wissensstrukturen zu generieren.
- Von jedem Subjekt kann ein und dasselbe Ergebnis ein wenig anders interpretiert werden, was ein soziales Aushandeln von Bedeutungen für den Wissenserwerb erforderlich macht.
- Neuen Informationen wird eine geringe Bedeutung zugemessen, wenn ein relevanter Bezug zu ihnen fehlt.
- Metakognitive Fertigkeiten sind notwendig, um Wissenserwerb und -anwendung zu reflektieren und zu kontrollieren.

Scheufelen (2008) fasst auf Basis bisheriger Forschungserkenntnisse folgende drei Wissensarten zusammen: (1) explizites Wissen, (2) implizites Wissen und (3) träges Wissen. (1) Das explizite Wissen versteht er in der Tradition Polanyis als eindeutig kodiertes, klar kommunizierbares Wissen mittels Schrift und Sprache. (2) Implizites Wissen beinhaltet hingegen Kenntnisse, aber auch Fähigkeiten, die nicht explizit formuliert oder erklärt werden können, sondern nur in der Ausführung erkennbar sind. Es handelt sich hierbei um nicht formalisiertes Wissen. Einem externen Beobachter mag dieses Handeln sehr wohl regelgerecht erscheinen, aber ein solches Können in der Anwendung sollte Neuweg (2004) zufolge keinen direkten Schluss auf ein bewusstes Wissen nach sich ziehen. Es zeigt sich vielmehr in Könnerschaft einer Umsetzung, ohne dass es vollständig bzw. angemessen sprachlich rekonstruiert werden könnte (Neuweg, 2004). (3) Beim trägen Wissen handelt es sich um neue Informationen, die zwar verstanden wurden und sogar abrufbar vorhanden sein können, aber für das Handeln unwirksam bleiben, da eine Vernetzung zu bereits elaborierten Wissensstrukturen fehlt. So wird es isoliert gespeichert, nicht weiter aktiv verarbeitet und kann nicht mit dem Vorwissen verbunden werden.

Cranach/Bangerter (2000) nehmen ebenfalls eine Differenzierung des Wissens auf verschiedenen Stufen vor: zum einen am Grad der Offenheit der bewussten Repräsentation auf individueller Ebene und dem Grad der Kommunizierbarkeit individueller Kognitionen und Emotionen auf sozialer Ebene (s. Tab. 1). Auf der Stufe der vollen Bewusstheit kann das Individuum ungehindert über die kognitiven Inhalte verfügen, da sie der willentlichen Kontrolle unterliegen. Ein metakognitive Elaboration ist ebenso möglich wie eine offene Diskussion kognitiver Zusammenhänge und das Lösen von Problemen.

Individuelle Stufe: Grade der bewussten Repräsentationen	**Soziale Stufe: Grade der Kommunizierbarkeit individueller Kognitionen und Emotionen**
Vollbewusst: Das Individuum erlebt die Inhalte und kann darüber berichten. Die Probleme unterliegen der willentlichen Kontrolle. Metakognitive Elaboration ist möglich.	*Voll kommuniziert*: Offen für die Diskussion und Problemlösen. Flexibilität, kreative Problemlösung.
Unterbewusste Kognitionen: kurzzeitig am Rande des Bewusstseins, welche leicht bewusst werden können. Nützlich bei Routinehandlungen.	*Angedeutete Kommunikation*, oft unproblematisch; können, wenn nötig, diskutiert werden. Meist Routineprobleme.
Nicht bewusste Kognitionen: Planung und Metakognition sind nicht möglich. Zur Bewusstwerdung sind Dekodierprozesse notwendig. Sie erlauben schnelles und effizientes Handeln auf unteren Regulationsebenen.	*Nicht kommunizierte* kognitive emotionale Prozesse, die von Individuen entsprechend ihrer Rolle verarbeitet werden. Schnelles und effizientes Handeln, geringe Flexibilität.
Unbewusste Kognitionen und Emotionen, in Abwehrprozessen verdrängt. Nicht unter voluntativer Kontrolle. Fraktioniert, keine Metakognition, können zu neurotischen Störungen führen.	*Unkommunzierbare* Probleme, tabuisiert, eventuell auf unteren sozialen Stufen diskutiert. Kurzfristig strukturerhaltend, langfristig handlungs- und entwicklungshemmend.

Tab. 1: Wissen auf verschiedenen Stufen (Cranach/Bangerter, 2000, S. 227)

Wissensbestandteile, die am Rande des Bewusstseins entstehen, jedoch leicht auf die bewusste Ebene zu heben sind, siedeln die Autoren auf der Stufe der unterbewussten Kognitionen an. Eine Diskussion dieser Zusammenhänge wird von ihnen als zumeist unproblematisch angesehen und vor allem mit Routineproblemen in Verbindung gebracht. Sie sehen die unterbewussten Kognitionen vor allem über eine angedeutete Form in der Kommunikation repräsentiert. Diese Form des Wissens ist den Autoren zufolge für das Individuum noch greifbar, wohingegen die nicht bewussten Kognitionen der nächsten Stufe über Planung und Metakognition nicht zu erfassen sind. Es handelt sich bei ihnen um nicht kommunizierbare emotionale Prozesse, die der Einzelne im Sinne seiner Rollenanforderungen integriert. Sie benötigen einen Dekodierungsprozess, um sie ins Bewusstsein zu rücken. Auf unteren Regulationsebenen ermöglichen sie ein schnelles und effizientes Handeln. Hieran schließt sich die letzte Stufe der unbewussten Kognitionen und Emotionen an. Auf der kommunikativen Ebene sind hier nicht kommunzierbare Probleme angesiedelt. Kognitionen dieser Stufe unterliegen keiner voluntativen Kontrolle und sind überwiegend mit Abwehrprozessen verknüpft. Kurzfristig mag diese Form der Unkommunzierbarkeit strukturerhaltend wirken, langfristig wird sie jedoch handlungs- und entwicklungshemmend sein und kann durch eine fehlende Bearbeitung bis hin zu neurotischen Störungen führen.

Für die vorliegende Arbeit sind die Wissensanteile von Interesse, die bewusst nachvollzogen und explizit in Schrift und Sprache kommuniziert werden können. Darüber hinaus sind die unterbewussten Kognitionen, die den bewussten Kognitionen am nächsten stehen, ebenso wie das implizite Wissen in seiner Ausformung über ein Anwendungswissen für die vorliegende Untersuchung relevant. Denn erstere wird über eine angedeutete Kommunikation in die Erzählstruktur eingeflochten, und letztere kann in die Beschreibung eines alltäglichen Vorgangs eingebunden sein. Es ist zu vermuten, dass unterbewusste Kognitionen in angedeuteter Form häufiger zutage treten werden, da sich implizite Kenntnisse durch ihre nicht formalisierbare Struktur und ihr Hervortreten in der Anwendung auszeichnen. Da Gesundheit jedoch, wie bereits dargestellt, eine besondere Position zu anderen Lebensbereichen

einnimmt, sollen die anwendungsbezogenen Beschreibungen nicht außer Acht gelassen werden ebenso wenig wie bisher ungenutzte Inhalte, die möglicherweise bereits in Form eines trägen Wissens vorliegen.

Cranach/Bangerter (2000) zufolge sind alle Wissensarten in direkter Form bzw. auch auf indirektem Wege handlungsleitend. Diese Wissenszugänge spielen vor allem für die Konstruktion subjektiver Theorien als Anteil der subjektiven Gesundheitsvorstellungen mit den daraus entstehenden Konsequenzen für das aktive Handeln für die eigene Gesundheit eine wichtige Rolle. Wird der Einzelne im Sinne einer subjektiven und sozialen Konstruktion von Gesundheit über die Erweiterung des Salutogenese-Modells als aktiver Gestalter seiner Gesundheit angesehen, so ist er in der Lage, sich ihr gegenüber bewusst und reflexiv zu verhalten (Faltermaier, 2005a; Mutzeck, 2002). Laut Faltermaier (2005a) versetzt ihn dies in eine Lage, seine Gesundheit selbstbezogen oder auch in der Gruppe zu erhalten und zu fördern.

Die bisherigen Ausführungen zu den verwendeten Forschungszugängen für die Erhebung der subjektiven Gesundheitsvorstellungen ebenso wie des Gesundheitshandelns als Ausformung gesundheitsbezogener Aktivitäten zeigen, dass die Datenerhebung verstärkt über verschiedene Formen von Interviews erfolgt, z.B. über Leitfadeninterviews, je nach Ansatz mit nachgeschalteter kommunikativer Validierung, narrative oder themenzentrierte Interviews, zum Teil mit einer biografischen Ausrichtung (Überblick: Flick et al., 2004). Die Auswertung der Interviews erfolgt laut Flick et al. (2004) vor allem über Inhaltsanalysen, interpretative Verfahren, aber auch die Interpretation von Therapiegesprächen, abhängig vom jeweiligen Kontext der Studie. Der qualitative Zugang in Erhebung und Auswertung führt vor allem zu theoriegenerierenden Untersuchungsergebnissen, die der Komplexität selbstbezogener Gesundheitsvorstellungen und der Alltagsverwobenheit mit ihren sozialen, lebensweltlichen und biografischen Bezügen entsprechend Rechnung tragen. Laut Scheibler-Meissner (2004) zeigen sich im europäischen Vergleich für die Subjektiven Gesundheitsvorstellungen neben zahlreichen Gemeinsamkeiten vor allem Unterschiede im Umgang mit Gesundheit und Krankheit ebenso wie unterschiedliche Erwartungen an das Gesundheitssystem. Die von der Autorin dargestellten Studien weisen darauf hin, dass sich die Repräsentationen von Gesundheit und Krankheit innerhalb europäischer Bevölkerungsgruppen wie den Engländern, Deutschen, Franzosen, Spaniern oder auch Portugiesen ähneln, jedoch je nach Kultur der Blick auf das Gesundheitssystem variiert ebenso wie die gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen.

Abschließend sollen die dargestellten Anteile der subjektiven Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit in ihrem Zusammenwirken dargestellt werden. Die beschriebenen Facetten und Bezüge subjektiver Gesundheitsvorstellungen sind in der Darstellung von Faltermaier (2005b) über mehrere Kontextebenen miteinander verknüpft (s. Abb. 3). In dieser Zusammenstellung erhalten die Gesundheitsvorstellungen laut Faltermaier (2005a) auf der lebensweltlich-sozialen Ebene erst ihre Bedeutung vor dem Hintergrund der spezifischen Lebenssituation einer Person. Die Lebensweise kann hier ebenso wie die beruflichen oder familiären Umstände darauf einwirken, welche Gedanken sich eine Person über ihre Gesundheit macht und welche Gewichtungen sie hier vornimmt. Im biografischen Kontext spielen vor allem markante Ereignisse wie Krankheiten oder Lebenskrisen bzw. über die Sozialisation erworbene Erfahrungen eine wichtige Rolle. Die letzte Ebene stellt der Subjekt-Kontext dar. Gesundheits-vorstellungen werden hier als Teil des Selbst- und Lebenskonzepts ausgestaltet. Ersteres bildet die Identität des Einzelnen und seine spezifische Selbstsicht ab, wohingegen letzteres die Ziele und Prioritäten einer Person widerspiegelt, die im Leben gesetzt werden.

Die drei Kontextebenen können als äußere Schicht der subjektiven Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit verstanden werden. Auf der nächsttieferen Schicht werden Einflussbereiche und -prozesse deutlich, die eine Person aus den einwirkenden Kontextbezügen wahrnimmt, aus denen sich Subjektive Theorien von Gesundheit und Krankheit entwickeln können. Diese umrahmen die Subjektiven Konzepte von Gesundheit und Krankheit als zentrale Einheit der Gesundheitsvorstellungen. Hier im innersten Kern gesundheitlicher Vorstellungen bildet sich das persönliche Verständnis des Einzelnen heraus und wird begrifflich bestimmt.

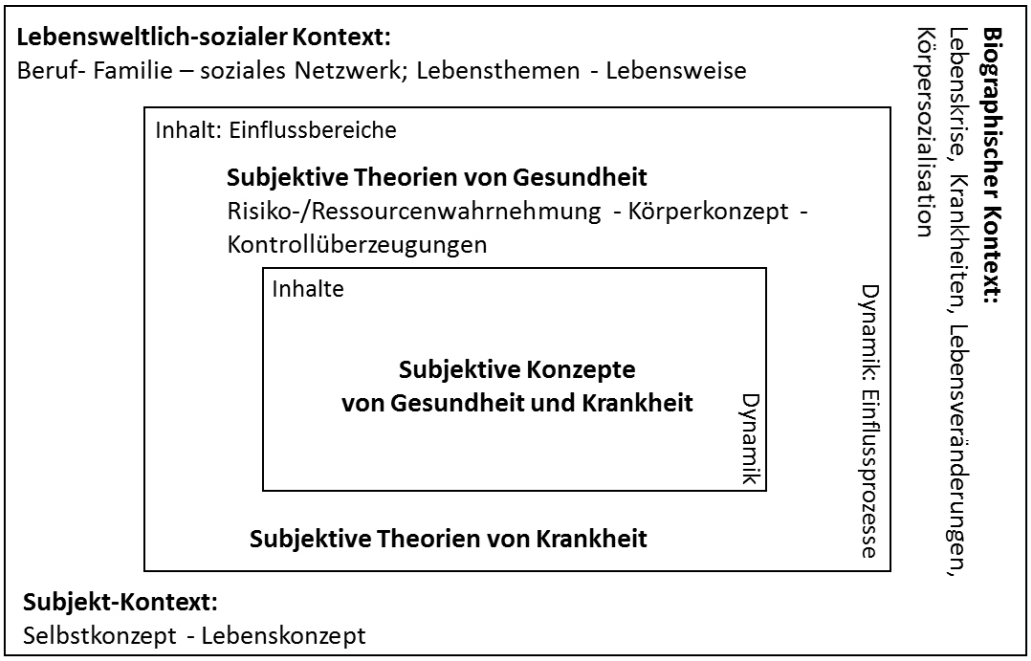


Abb. 3: Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit im Kontext (Faltermaier, 2005b, 43)

Nach einer bisher überwiegend generalisierten Darstellung der subjektiven Gesundheitsvorstellungen und ihrer Einordnung in verschiedene Kontextbezüge werden in den folgenden Abschnitten die beiden inneren Schichten der subjektiven Konzepte und subjektiven Theorien eingehend betrachtet. Hieran schließt sich eine Verbindung mit gesundheitsbezogenen Aktivitäten im Lebensalltag über den Begriff des Gesundheitshandelns an.

3.1.1 Subjektive Gesundheitskonzepte

Eine zentrale Komponente der subjektiven Gesundheitsvorstellungen ist das Verständnis, das der Einzelne vom Begriff Gesundheit hat. Die Beschreibung von Gesundheit anhand persönlich als wichtig erachtete Dimensionen bildet das Kernstück der *Subjektiven Gesundheitsvorstellungen* (s. Abb. 3). Auf dieser Grundlage können Bezüge zu weiteren Komponenten und lebensweltlichen Zusammenhängen hergestellt werden. Das persönliche Begriffsverständnis von Gesundheit wird über das *Subjektive Gesundheitskonzept* erfasst, indem es die mehr oder minder komplexen gesundheitsbezogenen Beschreibungen erfasst, über die ein Nichtexperte verfügt (Bengel/Belz-Merk, 1997; Faltermaier, 1994, 2000, 2005a, 2005b; Faltermaier et al., 1998; Flick et al., 2004). Die Erarbeitung dieser verschiedenen Dimensionen war ein wichtiger Bestandteil der Studien, die sich unter dem Sammelbegriff *Subjektive Gesundheitsvorstellungen* mit den subjektiven Gesundheitskonzepten befassten (Herzlich, 1981; Belz-Merk, 1995; Bengel/Belz-Merk, 1997; Radley, 1998, Schulze/Welters, 1998). Neben der Erfassung der Begriffsdimensionen spielte die Verteilung der unterschiedlichen Inhalte in der Bevölkerung

und ihre Variation nach spezifischen soziodemografischen Merkmalen wie Alter, Geschlecht und Schicht eine entscheidende Rolle (Flick et al., 2004).

Als wegweisend für die subjektbezogene Forschungsrichtung wurde die Studie der französischen Sozialpsychologin Claudine Herzlich (1981) zu den *Sozialen Repräsentationen von Gesundheit und Krankheit* Anfang der siebziger Jahre angesehen. Herzlich (1981) führte insgesamt 80 qualitative Interviews in einer Untersuchungsgruppe der Mittelschicht im frühen (25-40 Jahre) und ab dem mittleren Erwachsenenalter (älter als 40 Jahre) durch. Im Mittelpunkt der Studie standen die Dimensionen der subjektiven Konzepte von Gesundheit und Krankheit, Vorstellungen über die Ursachen auf beiden Ebenen und ihre sozialen Bezüge (Faltermaier, 1994). Für das Begriffsverständnis von Gesundheit wurden im Rahmen dieser Untersuchung drei verschiedene Konzepte isoliert (Bengel/Belz-Merk, 1997; Faltermaier, 1994; 2005b; Herzlich, 1981):

- Zum einen die Wahrnehmung von *Gesundheit als ein Vakuum*. Mit diesem Verständnis geht ein negativer Bezug zu Gesundheit einher, da die Definition ausschließlich über die Abwesenheit von Krankheit erfolgt. Gesundheit wird in diesem Sinne nicht bewusst erlebt, da sie erst wahrgenommen wird, wenn ihr Gegensatz Krankheit eintritt und sie damit beeinträchtigt ist.
- Ein anderes Verständnis beschreibt *Gesundheit als Reservoir*. Hier wird sie als ein subjektiv erfahrbares Potenzial verstanden, das einer Person im Sinne einer körperlichen Robustheit oder einer Widerstandsfähigkeit gegen gesundheitsgefährdende Reize zur Verfügung steht. Es handelt sich um ein organisch-biologisches Charakteristikum, das als ein relativ stabiles persönliches Merkmal mit lebensweltlich bedingten Schwankungen angesehen werden kann.
- Wird *Gesundheit im Sinne eines Gleichgewichtszustandes* beschrieben, so liegt hier die Vorstellung eines anzustrebenden, subjektiven Ideals zugrunde. Es bezieht sich auf alle persönlichen Erfahrungen sowohl der körperlichen, psychischen als auch der sozialen Ebene. Damit reicht es vom körperlichen und psychischen Wohlbefinden über eine lebensbejahende Grundstimmung, einem Gefühl von Handhabbarkeit der Lebenssituationen bis hin zu guten sozialen Beziehungen. Das Anstreben eines idealen Gleichgewichts ist dennoch nicht als Perfektionsstreben zu verstehen, sondern eher im Sinne des Erreichens eines Optimums. Damit geht einher, dass kleine Einschränkungen vorkommen können und im Rahmen der Schwankungen ausgeglichen werden.

Mit diesen Ergebnissen lieferte Herzlich (1981) eine wegweisende Betrachtung der komplexen Beziehung zwischen Gesundheit und Krankheit mit der Herausarbeitung der drei dargestellten Konzeptionen subjektiver Gesundheit. Darüber hinaus stellte sie sowohl für die subjektiven Gesundheits- als auch für die Krankheitskonzepte Bezüge zu sozialen Normen und Prozessen her (Bengel/Belz-Merk, 1997; Faltermaier, 1994). Nachfolgende Studien im europäischen Raum in den achtziger Jahren und im deutschen Raum in den neunziger Jahren bestätigten die bereits dargestellten Befunde grundlegend und sorgten für eine Differenzierung bisheriger Konzeptanteile (Belz-Merk, 1995; Blaxter, 1995; Calnan, 2004; Faltermaier, 1994; Faltermaier et al., 1998; Flick, 2004; Frank, 2000; Kuhlmann, 1996, 1998). Vier zentrale Dimensionen zur Beschreibung von Gesundheit kristallisierten sich im Wesentlichen heraus: Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit, Gesundheit als funktionale Leistungsfähigkeit, Gesundheit als Potenzial an Energie und Stärke und Gesundheit als Gleichgewicht oder Wohlbefinden (Faltermaier, 1994, 2002; Kuhlmann, 1998; Frank, 2000). *Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit* entsprach dem Verständnis von Herzlich (1981) von Gesundheit als *health-as-in-a-*

vacuum. Die Definition von *Gesundheit als funktionale Leistungsfähigkeit* stellte hingegen eine Erweiterung dar.

Gesundheit im Sinne dieses Verständnisses bedeutete, auf die eigene Leistungs- und Funktionsfähigkeit bauen zu können und damit sowohl psychisch als auch physisch den gesellschaftlichen Anforderungen nachkommen zu können (Faltermaier et al., 1998). Die Vorstellung von *Gesundheit als eine Art körperlicher Robustheit* und *einem Reservoir an Energie* war hiervon jedoch weiterhin abzugrenzen. Das Verständnis dieser Dimension als ein relativ stabiles, persönliches Merkmal blieb auch unter dem Einfluss aktueller Studien erhalten (Flick, 2004). Es entsprach einem Gesundheitskapital des Einzelnen, auf das er zurückgreifen kann (Faltermaier, 1994). *Gesundheit im Sinne eines psychischen Wohlbefindens* oder *eines Gleichgewichtszustandes* reichte von einer geistigen Stabilität, einem positiven emotional-motivationalen Befinden bis hin zum dem im Sinne Herzlichs (1981) verstandenen Streben nach einem optimalen Gesundheitsgleichgewicht.

Die quantitative Erhebung von Blaxter (1995) in Form *Health and Lifestyle Surveys* bestätigte die Aufteilung anhand dieser Dimensionen und lieferte gleichzeitig ein Bild der Häufigkeit und Verteilung der subjektiven Gesundheitskonzepte in der Bevölkerung. Sie wurde in den Jahren 1984 und 1985 erhoben und galt mit 9.003 befragten Personen in privaten Haushalten Großbritanniens als eine der größten Studien zum Laiengesundheitsbegriff. Die Begriffs-dimensionen zeigten folgendes Bild (s. Tab. 2):

- 13 % der Befragten beschrieben Gesundheit über eine Negativdarstellung im Sinne Gesundheit als *Abwesenheit von Krankheit*. Eine Aufschlüsselung nach Geschlecht und Alter zeigt, dass Männer im mittleren Erwachsenenalter mit 17 % den höchsten Wert auf der negativen Dimension erreichten. Frauen wählten in allen Altersgruppen seltener die Negativdefinition von Gesundheit.
- Insgesamt 31 % der Befragten gaben an, *Gesundheit im Sinne einer funktionalen Leistungsfähigkeit* zu verstehen. Vor allem für Männer im höheren Erwachsenenalter schienen die Erfüllung von gesellschaftlichen Rollenanforderungen und der Erhalt der Handlungsfähigkeit von besonderer Bedeutung zu sein.
- Die positive Definition von Gesundheit als Stärke, Energie bzw. Fitness benannten insgesamt 28 % der Befragten. Besonders junge Erwachsene beider Geschlechter beschrieben Gesundheit über diese Dimension.
- Psychisches Wohlbefinden spielte in allen Lebensphasen eine bedeutende Rolle. Mit insgesamt 42 % war es die am häufigsten benannte Dimension. Besonders häufig wurde sie von Frauen im mittleren Erwachsenenalter gewählt.

Dimension		**18 – 39 Jahre**		**40 – 59 Jahre**		**< 60 Jahre**	
in %	∅	♀	♂	♀	♂	♀	♂
Abwesenheit von Krankheit	13	12	14	10	17	10	16
Funktionale Leistungsfähigkeit	31	22	22	36	27	34	43
Körperliche Stärke/Energie	28	41	39	32	26	16	12
Psychisches Wohlbefinden	42	48	31	52	40	44	36

Tab. 2: Health and Lifestyle Survey Großbritannien: Subjektive Gesundheitskonzepte (übersetzt durch Verfasserin, Blaxter, 1995, 18)

In dieser Untersuchung war ein positiver Gesundheitsbegriff im Sinne eines psychischen Wohlbefindens am stärksten ausgeprägt. Im jüngeren Erwachsenenalter spielte bei beiden Geschlechtern körperliche Stärke und Energie eine wichtige Rolle. Bei Frauen war die Ausprägung psychischer Dimensionen von Gesundheit häufiger zu finden als bei Männern. Von Männern im hohen Alter wurde vor allem die funktionale Leistungsfähigkeit als wichtig angesehen. Die Definition von Gesundheit im negativen Sinne wurde im Vergleich zu den anderen Dimensionen weitaus weniger benannt. Zu vergleichbaren Ergebnissen kamen D'Houtaud/ Field (1984) in ihrer quantitativen Studie, durchgeführt in Frankreich an 4.000 Personen. Als zentrales Ergebnis ließ sich laut Faltermaier (1994) festhalten, dass keine der in dieser Gruppe benannten Dimensionen dominant hervortrat. Eine schichtspezifische Betrachtung zeigte, dass in den oberen und mittleren Schichten positive, personalisierte Gesundheitskonzepte im Sinne eines Gleichgewichtszustandes bzw. einer hedonistischen Lebensweise dominierten und in den unteren Schichten eher ein negatives, instrumentelles Verständnis (Abwesenheit von Krankheit, körperliche Fitness) vorherrschte.

Ein geschlechtsspezifischer Blick auf den Gesundheitsbegriff zeigt nach Schulze/Welters (1998) eine Dominanz bei jüngeren und älteren Frauen für die Dimension Wohlbefinden. Zu dieser Erkenntnis kamen die Autoren über eine Fragebogenuntersuchung mit hundert Personen, in der beide Geschlechter gleichwertig vertreten waren, zur Hälfte im jungen und höheren Erwachsenenalter. Des Weiteren waren in allen Gruppen die Dimensionen des Aktionspotenzials wie Kraft, Ausdauer, Leistungsfähigkeit in ihrer Untersuchung gleichwertig verteilt. Hiervon ausgenommen war die Gruppe der älteren Frauen. Eine gleichmäßige Verteilung zeigte sich auch für die Kategorien Aktivsein, Freude am Sport, Vitalität, Beweglichkeit und Fit sein, auch wenn sie insgesamt weniger benannt wurden als die vorangegangenen. In dieser Untersuchung zeigten ältere Frauen am häufigsten ein negativ ausgeprägtes Konzept. Diese Ergebnisse verweisen auf ein anderes Bild als das von Blaxter (1995) dargestellte. Einschränkend muss hinzugefügt werden, dass es sich bei der Betrachtung von Schulze/ Welters (1998) um eine kleine, selektive Stichprobe handelt. Dennoch lässt sich festhalten, dass Alter und Geschlecht als wichtige Faktoren für die Beschreibung von Gesundheit angenommen werden können.

Eine aktuelle Studie von Hitzblech (2005), die unter dem Titel „Das dritte Leben" zehn Jahre lang medial vom SWR begleitet wurde, befasste sich mit den subjektiven Gesundheitsvorstellungen von 30 Ruheständlern. Die Autorin konnte für diese spezifische Untersuchungsgruppe sechs Konzepte von Gesundheit rekonstruieren: (1) Seelisches Wohlbefinden, (2), Störungs- und Belastungsfreiheit, (3) Jungsein, (4) Zukunft, (5) Funktionsfähigkeit, (6) Widerstandsreservoir. Als Besonderheit treten hier die Definitionen mit einem deutlichen Altersbezug hervor, die speziell von dieser Untersuchungsgruppe genannt wurden. Zudem wies die Autorin speziell auf die synonyme Verwendung von *Altsein* und *Kranksein* hin, die sich in den Interviews häufiger zeigte. Ihrer Aussage zufolge herrschte die Vorstellung vor, dass *Altsein* mit geringerer Leistungsfähigkeit, Hinfälligkeit und Krankheit verbunden sei. Hitzblech (2005) hält für das rekonstruierte Verständnis von Gesundheit in dieser Untersuchungsgruppe eine Mehrdimensionalität fest, die sich auf einer somatischen, psychischen als auch psychosozialen Ebene manifestiert.

Hinsichtlich einer Geschlechtsspezifik konnte die Autorin ausschließlich zwei Aspekte festmachen. So sahen Männer Gesundheit eher als alters-, schicksalsbedingt oder erblich bedingt an und verstanden Gesundheit vermehrt im Sinne eines Widerstandsreservoirs, das zur Belastungsbewältigung beitrug. Darüber hinaus gab es keine weiteren offenkundigen Unterschiede. Die Autorin fand für beide Geschlechter eine Betonung der psychischen Dimension

und einen Eingang der sozialen Beziehungen in die gesundheitsbezogenen Überlegungen. Dies deutet darauf hin, dass der Faktor Alter mit seinen spezifischen Ausprägungen für eine bestimmte Untersuchungsgruppe als entscheidend einzuordnen ist.

Die methodisch kombinierte Studie von Kuhlmann (1996) auf der Basis von 50 Fragebögen und 22 Interviews an Professoren und Professorinnen verweist auf ein Überwiegen der Gemeinsamkeiten zwischen beiden Geschlechtern. Besonders berufsbezogene Themen wurden von beiden Geschlechtern ähnlich eingestuft. Eine stärkere Bedeutung psychischer Dimensionen für Frauen konnte hier nicht eindeutig bestätigt werden. Sie wurden von Frauen nur als subjektives Hindernis und als Voraussetzung für Gesundheit häufiger benannt, bei der Frage nach Einflussfaktoren auf die Gesundheit glichen sich die Aussagen der Geschlechter wieder an. Weiterhin ließen sich in dieser Berufsgruppe auch für Männer nicht selten mehrdimensionale Gesundheitskonzepte nachweisen (Kuhlmann/Kolip, 1998).

Faltermaier (2005b) weist in seiner Betrachtung der subjektiven Konzepte im Rahmen des Buches *Gesundheitspsychologie* auf geschlechtsspezifische Unterschiede hin, die seiner Meinung nach allerdings als leicht ausgeprägt einzustufen und nicht durchgehend in vollem Umfang nachzuweisen sind. Diese macht er auf der quantitativen Ebene an einer etwas stärkeren Betonung der psychischen Seite von Gesundheit und etwas differenzierteren Gesundheitskonzeptionen von Frauen fest und der etwas stärkeren Betonung von Leistungsfähigkeit bei Männern. Bei qualitativen Studien überwiegen jedoch die Gemeinsamkeiten auf der Ebene der subjektiven Gesundheitskonzepte zwischen den Geschlechtern. Hier werden Geschlechtsdifferenzen erst über das alltägliche Handeln deutlicher (Faltermaier, 2005b; Faltermaier et al., 1998, Kuhlmann, 1996, 1998).

Weitaus häufiger als nach dem Geschlecht wurde in qualitativen Untersuchungen nach Berufsgruppen differenziert (Faltermaier, 1994; Faltermaier et al., 1998; Kuhlmann, 1996; Flick, 2004). Es liegen Erkenntnisse über die Gesundheitsvorstellungen von Bauern, Arbeitern, Handwerkern, Verwaltungsangestellten, Lehrern, Professoren, Ärzten und Pflegekräften vor. Im Zusammenhang mit den Berufsgruppen geht es vordringlich um die persönliche Verbindung des Einzelnen zu Berufs- und Gesundheitsinhalten und um die Bedeutung einer beruflichen Sozialisation für die Ausprägung des Gesundheitskonzeptes (Faltermaier, 2005b). Schichtspezifische Unterschiede können laut Faltermaier et al. (1998) ebenso wie Geschlechtsunterschiede nur vorsichtig zusammenfasst werden. Den Autoren zufolge überwiegt in unteren Schichten die Tendenz einer negativ-instrumentellen Definition von Gesundheit, wohingegen in mittleren und höheren Schichten positiv-differenziertere Konzeptionen mit einer stärkeren Betonung der psychischen Komponente vermehrt vorkommen. Im interkulturellen Vergleich wird laut Scheibler-Meissner (2004) durchaus erkennbar, dass der Gesundheitsbegriff in unterschiedlichen Ländern unterschiedliche Assoziationen hervorrufe und auf unterschiedliche Weise verstanden werde wie vergleichsweise statisch und eher negativ von der deutschen Bevölkerung. Diese kulturelle Prägung des Begriffes mit seiner Wirkung auf individudelle und soziale Strukturen wird im Rahmen dieser Untersuchung berücksichtigt.

Die bisher genannten Studien bewegen sich auf der Begriffsbestimmungsebene von Gesundheit. Es geht um eine Erfassung der inhaltlichen Definitionen von Laien bzw. Gesundheitsexperten (Flick et al., 2004). Für Erwachsene unterschiedlichen Geschlechts, Alter und sozialer Zugehörigkeit lässt sich festhalten, dass Gesundheit sowohl über positive als auch negative Inhalte bestimmt wird (Frank et al., 1998; Faltermaier, 2000, 2005a). Im positiven Sinne wird Gesundheit inhaltlich als seelisches und körperliches Wohlbefinden, Energie und Potenzial,

Harmonie in sozialen Zusammenhängen sowie ein seelisches Gleichgewicht beschrieben. Des Weiteren kann Gesundheit in Bezug zu einem persönlichen Aktionspotenzial gesehen werden, das im Sinne einer psychischen und physischen Leistungs- und Funktionsfähigkeit wahrgenommen wird und den Einzelnen befähigt, gesellschaftlichen Rollenanforderungen gerecht zu werden (Faltermaier, 2005a). Wird Gesundheit negativ definiert, so spielt die Abwesenheit von Krankheit eine ebenso wichtige Rolle wie das Fehlen jeglicher Beschwerden und ein möglichst geringes Maß an gesundheitlichen Problemen (Faltermaier, 2005b). Quantitative Studien weisen auf ein Vorherrschen der positiven Beschreibungen hin (Blaxter, 1995). Qualitative Untersuchungen hingegen legen die Annahme nahe, dass Menschen Gesundheit überwiegend differenziert wahrnehmen und über mehrere Dimensionen bestimmen und diese häufig auf komplexe Weise kombinieren (Faltermaier, 1998, 2005a; Faltermaier et al., 1998; Frank, 2000; Kuhlmann, 1996). Diese Dimensionen erstrecken sich häufig über mehrere Wahrnehmungsebenen (psychisch, physisch, sozial) (Faltermaier, 2005b; Faltermaier et al., 1998; Frank et al., 1998).

Die inhaltlichen Beschreibungen von Gesundheit bilden jeweils einen Zustand im Leben eines Menschen ab. Faltermaier et al. (1998) konnten jedoch nachweisen, dass Menschen ihre Gesundheit nicht als unveränderbaren Teil ihres Lebens betrachten, sondern sie vielmehr als im Lebensfluss inbegriffen und damit als veränderbar wahrnehmen. Aus diesem Grund er-fasste das Forscherteam in 61 qualitativ-biografischen Interviews mit berufstätigen Personen im mittleren Erwachsenenalter diese dynamische Ebene von Gesundheitskonzepten. In der Darstellung im Kontext der Gesundheitsvorstellungen ist diese veränderbare, biografische Ebene senkrecht zu den Inhalten im Kernelement abgetragen (s. Abb. 3).

Die Autoren rekonstruierten auf der inhaltlichen Ebene acht Gesundheitskonzepte für diese spezifische Untersuchungsgruppe. Gesundheit wird von den Interviewpartnern im Sinne einer negativen Bestimmung als (1) Abwesenheit von Krankheit, (2) keine spezifischen Beschwerden haben, (3), keine gesundheitlichen Probleme haben verstanden. Liegt ein positives Gesundheitsverständnis vor, so wird Gesundheit als (4) Handlungsfähigkeit, (5) Leistungsfähigkeit, (6) Stärke und Kraft, (7) Wohlbefinden und bzw. oder (8) Harmonie definiert. Diese inhaltliche Ebene wird von den Autoren durch einen biografischen Bezug der Untersuchung mit einer dynamischen Ebene eines Gesundheitsverständnisses verbunden. Das dynamische Verständnis rekonstruierten Faltermaier et al. (1998) über eine bildhafte Darstellung in Form von Energiemodellen, die das dahinterstehende Verständnis symbolisieren sollen (s. Tab. 3).

Inhalt	Dynamik	On-Off (Schalter)	Reduktion (Batterie)	Regeneration (Akkumulator)	Expansion (Generator)
Negative Bestimmung	Abwesenheit von Krankheit	■			
	Keine spezifischen Beschwerden	■			
	Keine gesundheitlichen Probleme	■			
Positive Bestimmung	Handlungsfähigkeit		■	■	■
	Leistungsfähigkeit		■	■	■
	Stärke/Kraft		■	■	■
	Wohlbefinden		■	■	■
	Harmonie			■	

Tab. 3: Subjektive Gesundheitskonzepte: Inhalt und Dynamik (Faltermaier et al., 1998, S. 84)

Die inhaltlichen Konzepte mit einer negativen Bestimmung sind auf der dynamischen Ebene nicht selten mit dem Verständnis von Gesundheit im Sinne eines Schaltermodells verbunden. Mit einem Verständnis von Gesundheit im Sinne einer *On-Off-Dynamik* ist ausschließlich ein Wechsel zwischen den absoluten Zuständen krank und gesund möglich, energetisch dargestellt über einen umzulegenden Schalter, der übergangslos für eine Veränderung sorgt. Liegt auf der dynamischen Ebene die Konzeption eines *Reduktionsprozesses* zugrunde, so wird von einem vorhandenen Potenzial ausgegangen, das im Laufe des Lebens durch interne oder externe Einflüsse abnimmt. In der bildhaften Darstellung legten Faltermaier et al. (1998) hier die Vorstellung einer Batterie zugrunde, deren Leistung abnimmt. Auf der inhaltlichen Ebene sahen die Autoren Verbindungen zu den positiven Bestimmungen von Gesundheit im Bereich des Aktionspotenzials ebenso wie der Komponente Wohlbefinden. Etwas weiter greift den Autoren zufolge das Verständnis von *Gesundheit als Regenerationsprozess*, welches auf der bildlichen Ebene die Batterie durch einen Akkumulator ersetzt, dessen gesundheitliche Kapazität durch Schwankungen im Lebenslauf zwar abnehmen, aber auch wieder aufgefüllt werden kann. Gesundheit kann somit unter positiven Bedingungen bis zu einem gewissen Grad wieder erneuert werden. Inhaltlich sahen die Autoren auf allen positiven Bestimmungsebenen Verknüpfungsmöglichkeiten.

Eine weitere Streckung der energetischen Vorstellung liegt dem letzten dynamischen Typus zugrunde (s. Abb 3). Wird *Gesundheit im Sinne eines Generators* verstanden, so kann ein Gesundheitspotenzial unter optimalen Bedingungen nicht nur wieder aufgefüllt, sondern sogar erweitert werden. Es wird davon ausgegangen, dass aktive Bemühungen eine Erweiterung bisheriger gesundheitlicher Kapazitäten erwirken können. Diese optimistische Einstellung verdrängt jedoch nicht selten die Vorstellung eines Abbaus von Gesundheit und festigt ein Bild der eigenen Unverwundbarkeit, selbst bei gesundheitlich riskantem Verhalten. Verbindungen zu inhaltlichen Konzeptionen werden auf Ebene des Aktionspotenzials und des Wohlbefindens angenommen. All diese Modelle der dynamischen Ebene, das Schaltermodell ausgenommen, sind mit einer Positivbestimmung von Gesundheit verbunden. Eine bildhafte Vorstellung von Gesundheit als abnehmendes Potenzial im Sinne einer Batterie oder eines erweiterbaren Potenzials im Verständnis eines Generators schließt alle inhaltlichen Ebenen bis auf das Konzept der Harmonie mit ein. Dieses ist hingegen mit allen anderen positiven Bestimmungsstücken in der Vorstellung eines begrenzten, regenerativen Potenzials im Sinne eines Akkumulators wiederzufinden.

Mit der dynamischen Ebene erweiterten Faltermaier et al. (1998) den Blick auf den Gesundheitsbegriff in Form einer Momentaufnahme um die Veränderbarkeit des Gesundheitszustandes im Lebenslauf. Zusammenfassend halten die Autoren für das Gesundheitsverständnis dieser spezifischen Untersuchungsgruppe fest, dass es für diese Erwachsenen differenziert und überwiegend positiv ausgerichtet ist. Zudem kann es nicht nur auf einer inhaltlichen Ebene ganzheitlich körperlich, psychisch und sozial angelegt sein, sondern häufig ebenfalls dynamisch über die darstellten Modellvorstellungen. Laien flechten diese Veränderungen ganz selbstverständlich ein. Sie nehmen sie wahr, bewerten sie, integrieren sie bestenfalls in bisherige Vorstellungen und leiten Implikationen für ihr gesundheitsbezogenes Handeln ab. Flick et al. (2004) unterstreichen die Bedeutung dieser lebensweltlichen, gesundheitsbezogenen Erfahrungen für die persönliche Wahrnehmung von Gesundheit, denn den Autoren zufolge werden Veränderungen in den Handlungsimplikationen auch bei Gesundheitsexperten erst durch persönliche Erfahrungen mit Gesundheit angestoßen. Das zeigt, dass die Konzeption von Gesundheit ebenso wie das Handeln Einflüssen wie beispielsweise dem Beruf, den sozialen Beziehungen, dem Selbstkonzept unterliegt, aber auch biografischen

Erfahrungen wie erlebten Krankheiten, Lebensereignissen und dem fortschreitenden Alterungsprozess. Wie bereits dargestellt, werden diese Einflüsse von Laien nicht nur wahrgenommen, sondern können zu weitreichenderen Überlegungen über positive und negative Einflussfaktoren auf die eigene Gesundheit führen. Werden diese vom Einzelnen in seine Vorstellungen integriert, so kann dies zu sehr persönlichen Aussagen über gesundheitlich zu- bzw. abträgliche Faktoren führen. Die Erfassung dieses Anteils der Gesundheitsvorstellungen im Sinne von Subjektiven Gesundheitstheorien wird im nächsten Abschnitt eingehend betrachtet.

3.1.2 Subjektive Gesundheitstheorien

Die nächste Ebene, die sich in Faltermaiers (Abb. 3) Darstellung um den Kern des persönlichen Begriffsverständnisses von Gesundheit herum anschließt, ist die der *Subjektiven Theorien*. Auf einer generalisierten Ebene betrachtet, werden Cranach/Bangerter (2000) zufolge in gesellschaftlichen Strukturen Vorstellungen von Handlungen geprägt, die als überdauerndes Wissen langfristig bewahrt werden. Diese wirken in prototypischer Form auf das Individuum und beeinflussen die Ausformung der *Subjektiven Theorien des Einzelnen* auf allen Ebenen. Auf der individuellen Ebene beeinflussen sie das Handeln, indem sie Handlungsstrukturen und handlungsspezifische Möglichkeiten vorgeben (Cranach/Bangerter, 2000). Den Autoren zufolge erfolgt im realen, alltäglichen Handel häufig eine Mischung verschiedener prototypischer Vorstellungen zu einer individuellen Theorie. Werden die Subjektiven Theorien spezifiziert auf das Thema Gesundheit betrachtet, so sind hiermit Vorstellungen über Möglichkeiten verbunden, selbst auf die eigene Gesundheit einzuwirken. Ein Laie, der Aussagen über die wahrgenommenen Einflüsse auf seine Gesundheit trifft, kann sehr differenzierte Vorstellungen über Bedingungen und Zusammenhänge haben, die positiv bzw. negativ auf ihn wirken und sie gegebenenfalls im Sinne einer persönlichen Theorie artikulieren. Diese *Subjektiven Theorien von Gesundheit* sind nicht mit dem Verständnis wissenschaftlich fundierter Theorien gleichzusetzen, da sie in ihrer Bedeutung für den Einzelnen nicht auf Systematik und Widerspruchsfreiheit ausgerichtet sind, sondern vordringlich auf den persönlichen gesundheitsbezogenen Sinngehalt (Faltermaier et al., 1998). Sie geben die Einflussfaktoren in den Sinnbezügen des Laiensystems wieder.

Belz-Merk (1995) erfasste in ihrer Studie, durchgeführt an Patienten dreier Arztpraxen in 45 qualitativen Interviews, die Ursachenzuschreibungen für Gesundheit aus dem Blickwinkel des Einzelnen im Sinne einer Idealvorstellung. Die Aussagen zu den Ursachen eines idealtypisch Gesunden konnten bei einer durchschnittlichen Anzahl von 1,5 Nennungen pro Proband in 15 verschiedene Kategorien eingeordnet werden. „Zufriedenheit und Ausgeglichenheit“ wurden mit 38 % der Nennungen als besonders wichtig eingestuft. Hierauf folgten vier Kategorien, die mit 21-28 % der Nennungen dicht beieinanderlagen: Selbstbestimmtes/bedürfnisorientiertes Leben, befriedigende soziale Kontakte, Harmonie in der Familie/Partnerschaft, positive Lebenseinstellung/Spaß und Humor. Alle Kategorien bezogen sich auf eine erfüllende, positiv ausgerichtete Lebensweise. Erst die zehnte Kategorie brachte mit „Sportlicher Betätigung“ eine als typisch zu bezeichnende Gesundheitsverhaltensweise in die Ursachenvorstellungen ein. Belz-Merk (1995) betonte jedoch, dass in diesem Zusammenhang der gesundheitsförderliche Aspekt durch eine Betonung der Faktoren Spaß und Freude an der Bewegung relativiert wird. Als weitere Faktoren wurden eine zufriedenstellende Sexualität, Umweltbedingungen, Stärke, materielles Wohlbefinden und vernünftiges Verhalten genannt. Insgesamt löste die Frage nach den Ursachenvorstellungen eines Idealgesunden häufig negative Assoziationen aus im Sinne

von Personen, die es mit der Gesundheit übertreiben. Darüber hinaus benannten 16 der 45 Probanden in diesem Zusammenhang keine Ursachen. Drei betonten, dass es einen völlig gesunden Menschen im heutigen Umfeld nicht mehr gebe. Auf die Frage nach Ursachenzuschreibungen für ein hohes Lebensalter eines Menschen erhielt Belz-Merk (1995) hingegen eine weitaus höhere Resonanz. Alle 45 Probanden nannten Ursachenfaktoren, die mit durchschnittlich 2,3 Antworten pro Person in zwölf verschiedene Kategorien unterteilt werden konnten. Auch hier wurden *Wohlbefinden/Zufriedenheit/positive Lebenseinstellung* mit 51 % im Sinne einer erfüllenden Lebensweise besonders stark gewichtet, gefolgt von den *klassischen Gesundheitsverhaltensweisen* (38 %) wie *Alkohol-/Nikotinreduktion* bzw. *gesunde Ernährung*. Hieran schlossen sich das *Stellen realistischer Ansprüche* und der *Einfluss von Umweltbedingungen* an. *Zufall, selbstbestimmtes/bedürfnisorientiertes Leben, Ärztliche Versorgung* sind die letztgenannten Kategorien. Belz-Merk (1995) betonte, dass für die Beantwortung dieser Frage häufig auf eigene Erfahrungen aus dem Familien- und Bekanntenkreis zurückgegriffen wurde. Im Falle einer idealen und einer realen Zuschreibung von Einflussfaktoren auf die Gesundheit wurden *Zufriedenheit, Wohlbefinden und eine positive Lebenseinstellung* in der Untersuchung von Belz-Merk (1995) als besonders wichtig eingestuft.

Frank (2000) bezeichnete jedoch die erhobenen Ergebnisse relevanter Studien der neunziger Jahre (Calnan, 1987; Belz-Merk, 1995, 1997; Kuhlmann, 1996, 1998; Schulze/Welters, 1991) zu den Einflussfaktoren auf die eigene Gesundheit als weniger konsistent. Sie nimmt diese Bewertung anhand des Abstraktionsniveaus und der Relevanz der entwickelten Dimensionen im Vergleich zu den Gesundheitskonzeptdimensionen vor (s. Abschnitt 3.1.1). Die Autorin erfasste in ihrer Untersuchung die subjektiven Gesundheitsvorstellungen und den gesundheitsförderlichen Lebensstil mithilfe eines Fragebogeninventars bei 169 Männern und Frauen mit der Diagnose Myokardinfarkt. Sie ergänzte diese quantitative Erhebung um 28 themenzentrierte Interviews, die direkt einen Tag nach der Befragung durchgeführt wurden, um weitere Aussagen zu den expliziten subjektiven Gesundheitsvorstellungen treffen zu können. Frank (2000) rekonstruierte folgende Einflussfaktoren auf die Gesundheit für Herzinfarktpatienten: persönliche, gesundheitsbezogene Lebensweise, Belastungen und Ressourcen im Beruf und im sozialen Umfeld, konstitutionelle Voraussetzungen, schicksalhafte und zufällige Ereignisse sowie Umweltbedingungen. Faltermaier (2005b) verwies jedoch darauf, dass die Nennung einzelner Einflussfaktoren noch keine subjektive Gesundheitstheorie abbildet. Um eine komplexe Laientheorie zu rekonstruieren, muss auch hier eine inhaltliche Ebene in Form von Einflussbereichen und eine dynamische in Form von Einflussprozessen Beachtung finden, die die komplexen Zusammenhänge der Einflussfaktoren abbildet (Faltermaier, 2005b, Faltermaier et al. 1998). Mit diesen beiden Ebenen umschließen die subjektiven Gesundheitstheorien die subjektiven Gesundheitskonzepte als basales Begriffsverständnis (s. Abb. 3). Obwohl es sich bei den subjektiven Gesundheitstheorien um individuelle Wahrnehmungen in Bezug auf Gesundheit handelt, haben Faltermaier et al. (1998) über eine Herausarbeitung idealtypischer Muster das Spektrum subjektiver Gesundheitstheorien abgebildet. Es wurden zwei Ebenen für die subjektiven Gesundheitstheorien differenziert: Einflussbereiche und Einflussprozesse. Diese können sowohl ein positives als auch negatives Moment wiedergeben. Es wird in der Rekonstruktion eine Verschränkung beider Ebenen angenommen.

Die gesundheitsgefährdenden Einflussprozesse durch Belastungen, Risiken oder Noxen werden in zwei Untergruppen eingeteilt. Die Ebene der externen Risiken kann dabei mit Einflussbereichen der Lebensweise im Sinne eines Erlebens, dem kompletten Bereich der

Umwelteinflüsse und dem Alter verwoben sein. Risikofaktoren bzw. –verhalten hingegen kann sich auf die gesamten Bereiche Lebensweise und Umwelt beziehen. Als zweite Unterteilung der Einflussprozesse wird der Bereich der Schwächung bzw. Stärkung externer oder auch interner Ressourcen benannt. Diese Prozesse können mit den gesamten Bereichen der Konstitution und Disposition, Lebensweise und dem sozialen Bereich von Umwelt interagieren. Die dritte Gruppe von Prozessen stellt der Ausgleich von Risiken oder die Herstellung eines Gleichgewichts mit wiederum zwei Untergruppen dar. Der Ausgleich von Risiken kann sowohl mit dem körperlichen Bereich von Konstitution und Disposition als auch mit dem Gesamtbereich Lebensweise oder Umwelt verknüpft sein. Harmonie kann ebenfalls mit den beiden letztgenannten, aber im Gegensatz zum körperlichen Bereich mit dem psychischen Bereich von Konstitution und Disposition verbunden sein. Das schicksalhafte Eintreten von Krankheit bildet den letzten rekonstruierten Einflussprozess. Hier kann eine Anbindung zum körperlichen Bereich von Konstitution und Disposition bestehen, ebenso wie zum gesamten Bereich von Alter und Schicksal und eine potenzielle Verbindung beschränkt auf den ökologischen Anteil des Umweltbereiches. Diese wahrgenommenen Einflüsse auf die eigene Gesundheit spiegeln wider, dass die Interviewpartner komplexe Vorstellungen davon entwickeln, was auf ihre Gesundheit einwirkt, sie erhält oder auch gefährdet. Die differenzierten Ebenen, auf denen diese Überlegungen angesiedelt sind, zeigen, dass es sich um systematische Verknüpfungen und Erklärungen im Sinne von Theorien handelt, die in ihrer Spannbreite und Komplexität zwar variieren, aber sehr wohl unter dem Begriff Laientheorien zu fassen sind (Faltermaier et al., 1998). Von den Autoren wurden vier verschiedene Rahmentheorien unterschieden, die intern jeweils unterschiedliche Ausprägungen aufweisen können: Risikotheorien, Schicksalstheorien, Ressourcentheorien, Ausgleichs- und Balancetheorien.

Zentrales Moment der *Risikotheorien* ist die Annahme, dass externe Einflüsse in der Umwelt ebenso wie riskante Faktoren der eigenen Lebensweise die Gesundheit gefährden und Krankheiten begünstigen (s. Anh. Abb. I). Werden die Einflüsse vor allem in äußeren Bedingungen wie Umweltschadstoffen oder auch in einer belastenden Arbeitssituation gesehen, so wird die Möglichkeit einer personalen Kontrolle als eher gering eingestuft. Liegen die Einflussfaktoren jedoch im eigenen Verhalten, z.B. bedingt durch Bewegungsmangel, ungesunde Ernährung bzw. dem überhöhten Konsum von Genussmitteln, so wird grundsätzlich die Option einer Veränderung eingeräumt. Laut Faltermaier (2005b) ist dieser Typus der wissenschaftlichen Risikofaktorentheorie ähnlich mit ihrer Annahme einer Gesundheitsgefährdung durch relativ unvermittelt einwirkende Risikofaktoren. Den *Schicksalstheorien* liegt ein relativ schlichtes Muster zugrunde. Wenn eine Krankheit schicksalhaft oder auch durch biologische Alterungsprozesse bedingt eintritt, dann geht die Gesundheit verloren (s. Anh. Abb. I). Diese Einflüsse werden häufig mit einer schwachen körperlichen Disposition in Verbindung gebracht. Schicksal, Zufall, Genetik, Alterung werden als Faktoren außerhalb der personalen Kontrolle wahrgenommen und damit als kaum beeinflussbar angesehen. *Ressourcentheorien* gehen davon aus, dass gesundheitsbezogene Einflüsse auf das Vorhandensein körperlicher, psychischer und sozialer Ressourcen zurückzuführen sind (s. Anh. Abb. I). Diese Ressourcen können sowohl extern gegeben als auch intern verfügbar sein wie beispielsweise ein gesundheitsförderliches, soziales Umfeld oder eine robuste, körperliche Disposition. Sind Ressourcen vorhanden, so wirken sie sich gesundheitsförderlich aus. Gleichzeitig kann sich eine Minderung gesundheitsgefährdend auswirken. In den *Ausgleichs- und Balancetheorien* werden Gesundheitsrisiken bewusst benannt und wahrgenommen, diese aber gleichzeitig mit der Annahme verbunden, dass sie sich durch ein gesundheitsförderliches Verhalten kompensieren lassen. Positive und negative Einflüsse werden sinnbildlich bilanziert (s. Anh.

Abb. I). So wird davon ausgegangen, dass beispielsweise Negativeinflüsse einer stressigen, konfliktreichen Arbeitssituation mit entspannenden, sozial unterstützenden Positiverfahrungen im Privatleben ausgeglichen werden können oder auch Umweltnoxen durch Naturerlebnisse. Steht nicht die Kompensation, sondern eine Balance im Mittelpunkt, so wird ein umfassendes Gleichgewicht zwischen körperlichen, psychischen und sozialen Kräften angestrebt. Dieses ist ständig in Bewegung und muss durch wechselseitige Einflüsse immer wieder hergestellt werden. Hier liegt die Annahme zugrunde, dass jeder Mensch ein optimales Gleichgewicht verfügt, dessen er sich bewusst werden muss, um die Fähigkeit zu erlangen, es in Einklang zu bringen. Eine personale Kontrolle wird in beiden Theorievarianten hoch eingeschätzt und als maßgeblich angesehen. In diesem Sinne verbinden die Theorien positiv bzw. negativ wahrgenommene Einflussbereiche mit Einflussprozessen und integrieren sie in den idealtypisch dargestellten Mustern (s. Anh. Abb. I).

Neben dieser generalisierten, idealtypischen Erfassung der Laientheorien von Faltermaier et al. (1998) lassen sich ergänzend die Studien von Mullen (1992) und Saltonstall (1993) anführen, die sich mit Gesundheitstheorien in spezifischen Bereichen befassen. Mullen (1992) konzentrierte sich in einer qualitativen Interviewstudie, durchgeführt an schottischen Männern der Arbeiterklasse im mittleren Erwachsenenalter, auf das Verhältnis von Arbeit und Gesundheit. Die Wahrnehmung dieses Zusammenhangs wird von negativen von positiven Effekten sowohl auf der körperlichen als auch auf der psychischen Ebene bestimmt. Als positive Faktoren ihrer Arbeit benannten die befragten Männer beispielsweise das sichere Umfeld ihrer Tätigkeit, die Arbeitstätigkeit als eine Herausforderung, die das Leben am Laufen hält und ihnen hilft, fit und energetisch zu bleiben. Als negativ wurde beispielsweise die Arbeitsbelastung auf physischer und psychischer Ebene, die einwirkenden Belastungen im Arbeitsumfeld, Arbeitsdruck, Arbeitsvolumen und Stress der Arbeitstätigkeit wahrgenommen. Überwiegend wurden Ursachen auf beiden Seiten angegeben, wobei vielfach die negativen etwas stärker betont wurden. Vor diesem Hintergrund wurden die Bewältigungsstrategien dieser negativen, beruflichen Belastungen in den Mittelpunkt gerückt. Mullen (1992) beschrieb kompensatorische und kontrollierende Handlungsoptionen der Bewältigung negativer Einflüsse aus der Arbeitstätigkeit. Auf der kompensatorischen Ebene benannten die Befragten die Möglichkeit der Distanzierung von ihrer Arbeitstätigkeit in physischer und psychischer Form ebenso wie auf der zeitlichen Ebene, einen Ausgleich durch gesundheitspositives Verhalten im Privatleben, aber auch durch gesundheitsnegative Verhaltensweisen wie Alkohol und Tabakkonsum. Als Kontrolloptionen in ihrem Handlungsspielraum beschrieben sie den Versuch, das Arbeitsvolumen einzudämmen, das Herunterbrechen des Arbeitsvolumens, das Durcharbeiten, die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe und die Anwendung von Entspannungstechniken. Der von Mullen (1992) beschriebene kompensatorische Umgang mit subjektiven Risiken der Arbeitstätigkeit findet Entsprechungen in den von Faltermaier et al. (1998) beschriebenen Gesundheitstheorien. Darüber hinaus sieht Faltermaier (2005b) eine Parallele dieser Vorstellungen zu einer Gleichgewichtssituation zwischen gesundheitszuträglichen und gesundheitsabträglichen Kräften, wie oben dargestellt, in Ausgleichs- und Balancetheorien.

Saltonstall (1993) befragte auf Basis qualitativer Interviews eine gemischtgeschlechtliche Untersuchungsgruppe der Mittelklasse im mittleren Erwachsenenalter mit dem Ziel, Gesundheit in Verbindung zum Selbst- und Körperkonzept zu erfassen. Sie beschrieb in ihrer Studie eine Beziehung zwischen der Selbstwahrnehmung als eine gesunde Person vor einem geschlechterspezifischen Hintergrund und der Wahrnehmung des eigenen Körpers. Sie sah einen Zusammenhang der Ausrichtung eines gesundheitszuträglichen Verhaltens und gesell-

schaftlich erwünschten Geschlechtsrollenverhalten. Frauen schrieben einer gesunden Ernährung einen hohen Wirkungsgrad auf die Gesundheit zu, gefolgt von Bewegung und körperlicher Erholung. Für Männer steht Bewegung an erster Stelle, körperliche Erholung an zweiter und Ernährung erst an dritter Stelle. Hinterfragt zeigte sich, dass Männer vor allem Wert auf den Nährwert des Essens legten, wohingegen Frauen den kalorischen Wert und den Nährwert gleichermaßen einbezogen. In Bezug auf Bewegung stand für Frauen zum einen der repräsentative Wert des Äußeren ebenso wie die Funktionsfähigkeit des Körpers im Vordergrund, um nahestehende Personen unterstützen zu können. Für Männer stand die körperliche Leistungsfähigkeit im Mittelpunkt, sowohl um körperlich aktiv sein zu können als auch um das alltägliche Leben zu meistern. Die Verbindung zwischen Gesundheit, Körper und Geschlechtlichkeit findet teilweise Entsprechungen in der Studie von Faltermaier et al. (1998), beispielsweise in den Risiken- und Ressourcentheorien.

Die qualitative Studie von Hitzblech (2005), die sich mit dem Thema Gesundheit im Ruhestand befasste, identifizierte 15 subjektive Gesundheitstheorien, die Vorstellungen darüber enthalten, inwieweit die eigene Gesundheit als beeinflussbar angesehen wird. So wird Gesundheit als (1) unkontrollierbar oder schicksalhaft wahrgenommen, (2) als Folge der Ausschaltung von Risikofaktoren, (3) als Folge von Belastungen und Verschleiß durch die Arbeit, (4) als Folge von noxischen Umwelteinflüssen, (5) als Folge biologischer Prozesse, (6) als Folge ausreichender Regeneration, (7) als Folge angemessener Bewältigung von Belastungen, (8) als Folge eines seelischen Gleichgewichts, (9) als Folge psychologischer Prozesse, (10) als Folge eines Gleichgewichts zwischen Körper und Geist, (11) als Folge professioneller Hilfe, (12) bedingt durch das Alter, (13) bedingt durch körperliche und (geistige) Aktivität, (14) bedingt durch die Ernährung und eine gesunde Lebensweise und (15) bedingt durch ein gutes soziales Umfeld wahrgenommen. Hitzblech (2005) konnte einen hohen Stellenwert für Gesundheit in der Untersuchungsgruppe festmachen. Die gesamte Gruppe wünschte sich Gesundheit für die Zukunft mit der Begründung, dass Gesundheit im Alter für die Lebensqualität und eine gewisse Autonomie zunehmend an Bedeutung gewinne. Es zeigen sich Parallelen zu den idealtypischen Theorien von Faltermaier et al. (1998). Darüber hinaus tritt in den subjektiven Theorien der dominante Altersbezug für diese Untersuchungsgruppe deutlich hervor. Dies bestätigt wiederum, wie bereits in den subjektiven Gesundheitskonzepten dargestellt, dass der Faktor Alter in eine differenzierte Betrachtung der subjektiven Gesundheitsvorstellungen einzubeziehen ist.

Nach Faltermaier (2005b) sind die subjektiven Bezüge gesundheitsriskanter und gesundheitsprotektiver Faktoren, das subjektive Körperkonzept ebenso wie die Kontrollüberzeugungen als zentrale Komponenten der Gesundheitstheorien anzusehen. In diese Laientheorien gehen die persönlichen Bezüge und Verknüpfungen je nach Ausprägung der Komponenten ein, statt sie als einzelne Einflussfaktoren aufzufassen und sie als separate Kognitionen zu untersuchen, wie es andere Forschungsrichtungen tun (Faltermaier, 2005b). Über die Integration in einer Gesundheitstheorie mit ihrem komplexen lebensweltlichen Bezug kann herausgearbeitet werden, aus welchen Lebensbereichen Einflüsse auf die Gesundheit wahrgenommen und wo die Möglichkeit einer personalen Kontrolle genommen wird. In dieser lebensweltlichen Einbettung lassen sich Verbindungen von den Kognitionen zu den realen Handlungen des Einzelnen ziehen. Für die Herausarbeitung von Übereinstimmungen bzw. von Dissonanzen zwischen den kognitiven Konstruktionen von Gesundheit und der realen Umsetzung eines Gesundheitshandelns spielen die Gesundheitstheorien des Subjekts, aufbauend auf den Gesundheitskonzepten als Basiselement, eine wichtige Rolle.

3.2 Differenzierung des Gesundheitshandelns zum Gesundheitsverhalten

Für eine differenzierte Betrachtung des Gesundheitshandelns und Gesundheitsverhaltens ist es unerlässlich, sich die begrifflichen Hintergründe zu verdeutlichen. Beide Begriffe fußen nicht auf der Abgrenzung der Begriffe Verhalten und Handeln, sondern auf den unterschiedlichen Perspektiven, die sich hinter der Verwendung dieser Begrifflichkeiten verbergen. So ist die Förderung und Erhaltung eines Gesundheitsverhaltens Ziel von Experten, die sich mit Gesundheit befassen (Weichenrieder, 2012). Die Art einer Umsetzung dieser Ziele, beispielsweise innerhalb eines Projektes, ist sowohl an die verwendete Definition von Gesundheit als auch an die Notwendigkeiten der Umsetzung, Finanzierung, der damit einhergehenden sozioökonomischen Ordnung ebenso wie die gesellschaftlichen und kulturellen Werte gebunden (Weichenrieder, 2012). Ein Gesundheitshandeln hingegen hat in seiner subjektorientierten Tradition einen eindeutigen Bezug zum Laiengesundheitssystem. In diesem System ist das Wissen deutlich heterogener, da es möglichst schnell für den Alltagsgebrauch zugänglich sein muss und eine Orientierungs- und Handlungsfunktion besitzt (Jacob et al., 1999). Hier fließen nicht nur wissenschaftliche Erkenntnisse in diese Handlungsfunktion ein, sondern auch seelische Aspekte, die stark an persönlichen Indikatoren wie beispielsweise dem Wohlbefinden und dem eigenen Kausalmodell orientiert sind (Becker, 2001; Weichenrieder, 2012).

Die Erforschung der Komponenten subjektiver Gesundheitsvorstellungen zielt letztendlich auf einen Bezug zu gesundheitsbezogenen Aktivitäten, um diese erklären und gesundheitspositive Anteile fördern zu können (Faltermaier/Kühnlein, 2000). Hiermit haben sie eine ähnliche Ausrichtung wie das Forschungsfeld zu den kognitiven Bedingungen eines präventiven Gesundheits- oder Risikoverhaltens, das in der Gesundheitspsychologie bereits eine relativ lange Tradition hat (Knoll et al., 2005; Schwarzer, 2004, 2005). Die Erforschung subjektiver Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit hebt sich hiervon durch einen sozialwissenschaftlichen Hintergrund ab. Die Blickrichtung beider auf psychische Anteile, die eine Aktivität für Gesundheit erklären, verbindet sie, doch die Basis, auf der dies geschieht und die Bezüge innerhalb des Erhebungsprozesses unterscheiden sich voneinander und somit letztendlich auch die Ergebnisperspektive. Ein präventives Gesundheitsverhalten setzt an der Erfassung eine Krankheit bestimmender Faktoren an, um diese über ein wissenschaftlich fundiertes Verhalten zu prävenieren oder im Falle eines Risikoverhaltens sogar zu vermeiden und auch hier durch eine wissenschaftlich abgesicherte gesundheitspositive Perspektive zu ersetzen. Es zielt auf die Veränderung von Verhaltensweisen ab, um somit einen Beitrag zu Prävention und Gesundheitsförderung zu leisten. Die Bedeutung dieses Ansatzes für die Gesunderhaltung der Bevölkerung vor dem Hintergrund des Spektrums heute vorherrschender Krankheiten ist weitgehend anerkannt (Faltermaier et al. 1998). Es gibt eine Fülle wissenschaftlicher Belege, die den Zusammenhang zwischen gesundheitsbezogenem Verhalten und der Entwicklung spezifischer Krankheiten belegen (Scholz/Schwarzer, 2005; Schwarzer, 2004). Aus diesem Grund ist es wichtig, die Einflussgrößen und Wirkmechanismen einzuordnen, die hier eine Rolle spielen und in diesem Forschungsfeld über verschiedene Modelle abgebildet werden. Sie werden in Abschnitt 3.2.1 anhand zweier Modelle auszugsweise dargestellt, um die wesentlichen Zusammenhänge nachzuvollziehen und ihre Grenzen aufzuzeigen.

Aus der soziologischen Forschung kommt ein weiterer Ansatz, der sich nicht nur an einzelnen Verhaltensweisen orientiert, sondern diese am Lebensstil ansetzend zu integrieren sucht

(Abel, 1991; Abel et al., 1999; Blaxter, 1995). Dieser Lebensstilansatz zielt laut Faltermaier et al. (1998) darauf ab, sowohl einzelne Verhaltensweisen miteinander zu verknüpfen als auch die auf Einzelpersonen bezogene Sichtweise um Einflüsse einer sozialen, kulturellen und wirtschaftlichen Umwelt zu erweitern. Die Vertreter dieser Forschungsrichtung schließen sich den soziologischen Theorien Max Webers an. Die Autoren sehen in diesem gedanklichen Ansatz einen Fortschritt, kritisieren jedoch die Umsetzung, da hier mit den bereits wissenschaftlich fundierten Variablen einer gesunden oder ungesunden Verhaltensweise gearbeitet wird, um diese nun in einem Lebensstil miteinander zu verbinden. Damit soll über die Integration bereits theoretisch abgegrenzter und wissenschaftlich fundierter Einheiten ein neuer Lebensstil herausbildet werden. Allerdings zeigen die mäßigen Erfolge in der Praxis, dass Ansätze, die allein an einer individuellen Verhaltens- bzw. Lebensstiländerung ansetzen, nicht ausreichen (Faltermaier et al., 1998). Denn alle hier eingesetzten Maßnahmen stehen vor einem pädagogischen Dilemma (Schnabel, 2007). Die als riskant angesehenen oder zur Veränderung empfohlenen Verhaltensweisen sind eng mit der Lebenswelt des Einzelnen verbunden und erfüllen vor allem bei Erwachsenen möglicherweise schon über verschiedene Lebensphasen hinweg eine spezifische konflikt- oder spannungsreduzierende Funktion, die sich im Alltag bewährt hat. Diese Verknüpfung wird eine empfohlene Verhaltensänderungsanweisung, beispielsweise in Form einer medial verbreiteten Kampagne, in den seltensten Fällen antasten. Denn eine solche Ansprache erreicht vor allem Personen, die einen hohen Bildungsgrad haben bzw. deren rechnerisches Risiko einer Erkrankung gering ist, und möglicherweise diejenigen, die durch Beschwerde- oder Krankheitserfahrungen für das Thema sensibilisiert sind (Schnabel, 2007). Damit werden wichtige Risikogruppen jedoch nicht erreicht. Um den komplexen sozialen und lebensweltlichen Bezügen einer gesundheitsbezogenen Aktivität Rechnung zu tragen, hat Faltermaier (1994) dem Begriff des Gesundheitsverhaltens den des Gesundheitshandelns entgegengesetzt. Dieser setzt direkt im Alltag einer Person an, auch wenn dies im Gegensatz zur theoretischen Extraktion abgegrenzter Faktoren zu einer gewissen Unschärfe im Detail führen kann (Faltermaier et al., 1998). Es werden nicht einzelne Verhaltensweisen aus dem Alltag herausgelöst betrachtet, sondern in ihrer Einbettung in einer konsistenten Lebensweise. Ein eingehender Blick auf das Begriffsverständnis und die damit verbundenen theoretischen Verknüpfungen erfolgt in Abschnitt 3.2.2 nach der Darstellung der Gesundheitsverhaltensbezüge. Daran anschließend wird für diese Arbeit eine Abgrenzung beider Konzepte vorgenommen.

3.2.1 Gesundheitsverhalten

In Abschnitt 3.2 wurde bereits dargestellt, dass das Gesundheitsverhalten den dominierenden Begriff der gesundheitspsychologischen Forschung darstellt. Der Begriff des Gesundheitshandelns erfährt zwar zunehmende Aufmerksamkeit (Ehrlich, 2009; Hitzblech, 2005; Nideröst, 2007) vor allem im Zusammenhang mit dem Milieuansatz im Sinne Bourdieus, aber auch als subjektzentriertes Gegenstück zu einem Gesundheitsverhaltensbegriff, dennoch wird der Gesundheitsverhaltensbegriff weiterhin vorrangig verwendet. Aus diesem Grund ist es notwendig, sich eingehend mit der Entwicklung des letzteren zu beschäftigen, um die spezifischen Bezugsbereiche des Gesundheitshandelns abzugrenzen.

Der Begriff des *Verhaltens*, losgelöst von Gesundheit, ist Cranach/Bangerter (2000) zufolge ein erst seit dem Behaviorismus in der Psychologie verwendeter Begriff, denn bis zu diesem Zeitpunkt war der Begriff „Aktivität“ gebräuchlicher. Verhalten vereinte in diesem Sinne die Gesamtheit aller Lebensäußerungen von Organismen in sich, wodurch er überaus weit gefasst

war (Cranach/Bangerter, 2000). Die Eingrenzung in Richtung Gesundheit in Form des Gesundheitsverhaltensbegriffs wurde bereits in den 50er Jahren von dem Medizinsoziologen Koos (1954) geprägt, nachdem er einen Zusammenhang zwischen sozialer Schicht und gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen ausmacht hatte. Er fasste alle Reaktionen und Verhaltensweisen unter diesen Begriff, die einen Bezug zu Gesundheit oder Krankheit aufwiesen (Bengel, 1992; Waller, 2006). Diese weite, generalisierte Blickrichtung, ausgehend von Gesundheit und Krankheit, wurde durch ein zunehmendes Interesse der Medizin im Zuge der Entdeckung einer Relevanz von Risikoverhaltensweisen für bestimmte Erkrankungen mit einem stärkeren Krankheitsbezug versehen (Faltermaier, 1994). Dies zeigt sich im Begriffsverständnis von Kasl/Cobb (1966, zitiert nach Faltermaier, 1994), die Aktivitäten hierunter fassen, die die Zielrichtung haben, Erkrankungen zu verhindern oder bereits in einer symptomfreien Phase auszumachen. Das individuelle Verhalten wurde vor diesem Hintergrund als ein Risikofaktor unter vielen verstanden, der wie auch andere pathogene Faktoren zur Ätiologie einer Erkrankung beiträgt (Faltermaier, 1994). Das Gesundheitsverhalten trug somit im medizinischen Sinne zu einer verbesserten Aufklärung von Krankheitsursachen bei. Ausgehend von dieser Blickrichtung, verbunden mit dem biomedizinischen Denkmodell, entwickelte sich ein eigen-ständiges gesundheitspsychologisches Forschungsfeld, welches sich speziell mit dem Gesundheits- und Risikoverhalten befasst (Vogt, 1998). In diesem wird Gesundheitsverhalten als eine präventive Lebensweise verstanden, die Schäden fernhält, die Fitness fördert und somit auch die Lebenserwartung verlängern kann (Schwarzer, 2004). Körperliche Aktivität, präventive Ernährung, Kondomverwendung bei neuen Sexualpartnern, Anlegen von Sicher-heitsgurten und Zahnpflege sind Beispiele dafür. Risikoverhalten wie Rauchen, Alkohol- und Drogenkonsum oder rücksichtsloses Autofahren sind das Gegenteil davon. Die Unterlassung von Risikoverhalten wird auch als Gesundheitsverhalten verstanden. Somit wird der Begriff Gesundheitsverhalten auch als Oberbegriff für gesundheitsförderndes bzw. riskantes Handeln verstanden (Schwarzer, 2004). Diese Bestimmung macht einen Entwicklungsprozess von einem biomedizinischen Modell hin zu einem biopsychosozialen Denkmodell deutlich. Die definierten Verhaltensweisen weisen jedoch ebenso wie ein weiterhin deutlich hervortretender Krankheitsbezug auf den kognitivistisch-behavioralen Hintergrund hin. Dieser Einfluss wird in der Darstellung der Forschungsinhalte deutlich. Im Sinne Schwarzers (2004) entwickeln Menschen einen Lebensstil mit riskanten Anteilen, die als individuelle Anpassung an spezifische Lebensumstände zu verstehen sind. Ein Gesundheitsverhaltensbegriff setzt an diesen Verhaltensweisen mit der Zielrichtung an, Risikoverhalten abzubauen und präventives Verhalten zu fördern. Dies geschieht vor dem Hintergrund theoretischer Denkmodelle, die gesundheitsbezogene Wirkmechanismen abbilden (Norman/Conner, 2007). Aus der aktuellen Forschung heraus wurde die bisherige Definition des Gesundheitsverhaltens jedoch um eine gesundheitspositive Tendenz erweitert: „Gesundheitsverhaltensweisen sind Handlungen, für die nach dem derzeitigen Stand des Fachwissens erwartet wird, dass sie den Gesundheitszustand aufrechterhalten, ihn verbessern oder einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes entgegenwirken“ (Reuter/Schwarzer, 2009, 34). Diese Aktualisierung spiegelt sich ebenfalls in der zentralen Annahme für die Gesundheitstheorien wider, die davon ausgeht, „dass Menschen sich Ziele setzen, nach denen sie ihr Handeln ausrichten und demnach nicht nur (auf ihre Umwelt) reagieren, sondern zielgerichtet und bewusst handeln“ (Reuter/ Schwarzer, 2009, 35). Trotz dieser salutogenetischen Tendenz in Definition und Grundannahme bleiben die gesundheitsbezogenen Verhaltensmodelle ihrer kognitivistisch-behavioristischen Tradition verbunden, denn eine konsequente Umsetzung in den Denkmodellen wird nicht ersichtlich.

Kognitive Gesundheitsverhaltensmodelle lassen sich grob in kontinuierliche Prädiktionsmodelle und dynamische Stadienmodelle unterteilen (Knoll et al., 2005). Erstere schreiben einer bestimmten Auswahl von kognitiven und affektiven Variablen eine große Wirksamkeit für ein Verhalten bzw. eine Verhaltensänderung zu, die es zu identifizieren gilt, um eine Verhaltensänderung zu erreichen. Durch eine regressionsanalytische Untersuchung dieser Faktoren wird die Wahrscheinlichkeit einer Verhaltensänderung ermittelt. Anhand dieser können Menschen auf einem Kontinuum der Verhaltenswahrscheinlichkeit eingeordnet werden (Reuter/Schwarzer, 2007). Es wird angenommen, dass die Wahrscheinlichkeit einer Änderung dann besonders hoch ist, wenn Personen eine positive Ausprägung der modellabhängig bestimmten Variablen aufweisen. Zu den bekanntesten Ansätzen sind das Modell gesundheitlicher Überzeugungen *(Health Belief Model, HBM)* von Becker und Rosenstock, die Theorie der Schutzmotivation *(Protection Motivation Theory, PMT)* von Rogers, die *sozial-kognitive Theorie* von Bandura sowie die Theorie des geplanten Verhaltens *(Theory of Planned Behavior, TPB)* von Ajzen zu zählen (Überblick: Conner/Norman, 2005; Knoll et al., 2005; Reuter/Schwarzer, 2009). Dynamische Stadienmodelle nehmen im Unterschied zu den kontinuierlichen Modellen qualitativ unterschiedliche Phasen für gesundheitsbezogene Veränderungen an. Eine Person durchläuft einen dynamischen Veränderungsprozess, in dem in der jeweiligen Phase speziell angepasste Maßnahmen ansetzen, wohingegen in den kontinuierlichen Modellen Interventionen generalisiert auf das Voranschreiten auf dem Verhaltenskontinuum gerichtet sind. Zu den dynamischen Modellen zählt das *Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung (Transtheoretical Model, TTM)* von Prochaska und DiClemente, das Prozessmodell präventiven Handelns *(Precaution Adoption Process Modell, PAPM)* von Weinstein und Sandman, das sozial-kognitive Prozessmodell des Gesundheitsverhaltens *(Health Action Process Approach, HAPA)* von Schwarzer und das *Berliner Sportstadienmodell (BSM)* von Fuchs (Überblick: Knoll et al., 2005; Scholz/Schwarzer, 2005). Um die Spezifika dieser kognitivisitischen Denktradition zu verdeutlichen, werden zwei Modelle herausgegriffen. Zum einen das *Health Belief Model (HBM)*, da es den Ausgangspunkt dieser Forschungstradition bildet und der *Health Action Process Approach (HAPA)*, da sich dieser über die Verbindung bisheriger Forschungsergebnisse im Sinne einer sich entwickelnden Heuristik von vorangegangenen Ansätzen abzugrenzen sucht.

Das *HBM* wurde bereits in den 50er Jahren in den USA als direkte Reaktion auf eine mangelnde Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen entwickelt (Bengel, 1992). Als erstes theoretisches Modell zur Beschreibung und Erklärung des Vorsorgeverhaltens im Gesundheitsbereich legte es den Grundstein für ein neues Forschungsfeld (Rosenstock, 1966; Schwarzer, 2004). Im Mittelpunkt steht die Fragestellung, warum Personen ein gesundheitsgerechtes Verhalten, verstanden als Vorsorgeverhalten, die Nutzung medizinischer Beratung, medizinische Behandlung und Compliance, zeigen bzw. was ein präventives Verhalten verhindert. Zentrale Annahme des *HBM* ist, dass sich ein gesundheitliches Vorsorgeverhalten auf Basis eines relativ rationalen Entscheidungsprozesses entwickelt, in dem gesundheitsbezogene Überzeugungen (health beliefs) gegeneinander abgewogen werden (Bengel, 1992). Dabei steigt die Wahrscheinlichkeit einer Verhaltensänderung mit dem Grad einer wahrgenommenen Krankheitsbedrohung im Abgleich zu der Bedrohungsreduktion durch das Gesundheitsverhalten (Knoll et al., 2005). Zwei zentrale gesundheitsbezogene Faktoren werden für die Bildung der wahrgenommenen Bedrohung durch eine Erkrankung angenommen: (1) Subjektive Vulnerabilität (perceived susceptibility), (2) Schweregrad einer Erkrankung (perceived severity) (Abb. 4).

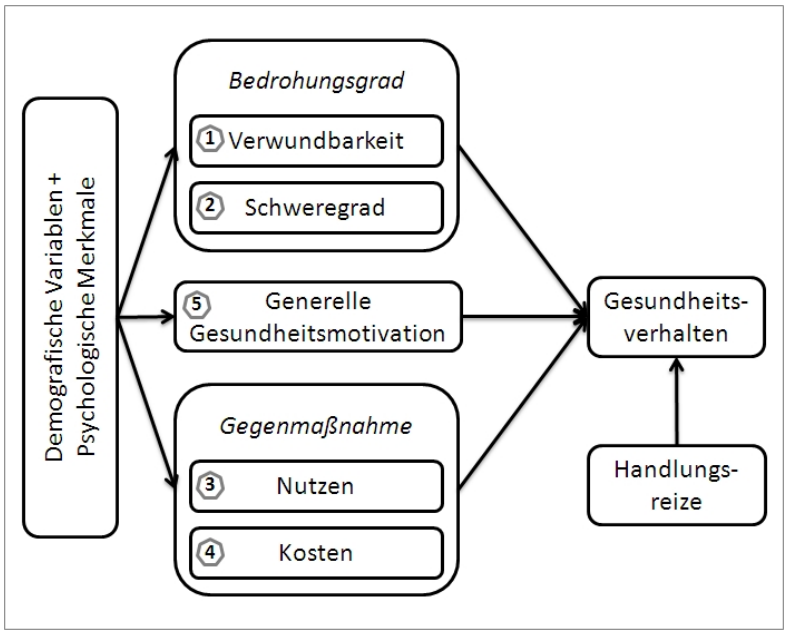


Abb. 4: Health Belief Model (HBM; modifiziert nach Abraham/Sheeran, 2007, 31)

(1) Die subjektive Vulnerabilität umfasst die Überzeugungen einer Person, die sich auf die wahrgenommene Krankheitsanfälligkeit beziehen (Knoll et al., 2005). Hier wird die Annahme zugrunde gelegt, dass das Individuum eher bereit ist, sich präventiv zu verhalten und ärztlichen Anweisungen zu folgen, wenn es von einer verstärkten Anfälligkeit für eine spezifische Krankheit ausgeht. Doch eine Vielzahl von Menschen unterschätzt ihre Verwundbarkeit für spezifische Erkrankungen, und es wird keine Verbindung zu einem präventiven Verhalten hergestellt, da mit Auftreten eines *unrealistischen Optimismus* (Weinstein, 1980) eine Handlungsnotwendigkeit fehlt.

(2) Der Schweregrad bezieht sich auf die Einschätzung der Schwere der Konsequenzen einer Krankheit (Knoll et al., 2005). Die von einer Krankheit ausgehende Gefahr, verbunden mit den auftretenden Symptomen, bilden gemeinsam den Grad der wahrgenommenen Bedrohung durch eine Erkrankung (Schwarzer, 2004). Der wahrgenommene Bedrohungsgrad steht der Wirksamkeit einer Gesundheits-verhaltensmaßnahme gegenüber. Zur Wahrnehmung einer Bedrohung muss also die Möglichkeit hinzukommen, einer Erkrankung entgegenwirken zu können. Auch die Gegen-maßnahme setzt sich wiederum aus zwei Komponenten zusammen: (3) dem wahrgenommenen Nutzen einer Maßnahme und (4) den wahrgenommenen Kosten einer Maßnahme.

(3) Der Nutzen einer Maßnahme erwächst aus der Verringerung der gesundheitlichen Bedrohung durch eine Ausführung der Maßnahme, d.h. eine Maßnahme zeigt dann einen positiven Gesundheitseffekt, wenn sie von einer Person als Gesundheitsgewinn verbucht wird. Es wird die bewusste Wahrnehmung eines solchen Effekts und Eingliederung in die eigenen Überzeugungen vorausgesetzt.

(4) Dem Nutzen einer Maßnahme steht die Einschätzung wahrgenommener Kosten gegenüber. Diese können von einem hohen zeitlichen Aufwand über körperliche Schmerzen bis hin zur schweren Zugänglichkeit einer Maßnahme reichen (Schwarzer, 2004).
An diesem Punkt wird ein rationaler Abwägungsprozess im Sinne einer ökonomischen Kosten-Nutzen-Analyse angenommen. Der gewinnbringende Effekt einer Maßnahme wird gegen die Kosten einer Maßnahme aufgerechnet. Die Einschätzung von Kosten und Nutzen einer Maßnahme sind laut Knoll et al. (2005) auf der Basis dieses Verständnisses mit den

Handlungsergebniserwartungen gleichzusetzen, die Bandura (1997) in der sozial-kognitiven Theorie formuliert.

(5) In einer Erweiterung des Modells wurde eine generelle Gesundheitsmotivation in das *HBM* mit aufgenommen. Sie umfasst die Bereitschaft, sich um gesundheitliche Fragen zu kümmern und entfaltet eine direkte Wirkung auf die Handlung (Abraham/Sheeran, 2007).

Gemeinsam führt der wahrgenommene Bedrohungsgrad mit der zu erwartenden Wirksamkeit einer vorbeugenden bzw. zu bewältigenden Maßnahme zu einer statischen, singulären, rationalen Entscheidung für die Aufnahme eines Gesundheitsverhaltens (Bengel, 1992; Knoll et al., 2005). Auf dieser Ebene können Handlungsanreize wirksam werden, z.B. über die subjektive Wahrnehmung von Symptomen, soziale Einflüsse oder mediale Aufklärungskampagnen (Abraham/Sheeran, 2007). Auch auf der Überzeugungsebene wirken beeinflussende Faktoren in Form von demografischen Variablen (z.B. Schicht, Geschlecht, Alter) und psychologischen Merkmalen (z.B. Persönlichkeit, Gruppenzwang der Bezugsgruppen). Sie werden im *HBM* jedoch ausschließlich als Randbedingungen angenommen (Bengel, 1992).

Zusammenfassend lassen sich die Annahmen des *HBM* wie folgt darstellen. Eine Person muss sich stark krankheitsanfällig fühlen und mit schwerwiegenden Konsequenzen rechnen, wenn sie von einer wirksamen Gegenmaßnahme erfährt. Deren Gesundheitsnutzen muss sich als ausreichend erweisen und zur persönlichen, generellen Gesundheitsmotivation passen, sodass eine Umsetzung in Erwägung gezogen wird. Dies unterstellt eine konsistente Vorhersagbarkeit der Realisierung eines Gesundheitsverhaltens aus der Kenntnis gesundheitsbezogener Einstellungen und Kognitionen (Bengel, 1992). Die Annahme, dass Menschen in gesundheitlichen Angelegenheiten nach ökonomischem Kalkül Entscheidungen treffen und dabei emotionale, irrationale und soziale Motive ebenso wie Gewohnheiten keine Rolle spielen, ist ein wichtiger Kritikpunkt am *HBM* (Faltermaier, 2005a).

Darüber hinaus kritisiert Schwarzer (2004) das Fehlen der beiden entscheidenden Variablen Intention und Kompetenzerwartung ebenso wie die Überschätzung des direkten Einflusses einer Bedrohungswahrnehmung auf das Gesundheitsverhalten. Diese Annahme schreibt er der Denkweise der fünfziger und sechziger Jahre zu, die davon ausging, dass Angstappelle eine motivationale Wirkung erzeugen. Die heutigen Erkenntnisse zeigen, dass die Bedrohung kein Handlungsveranlasser ist, sondern gegebenenfalls ein distaler Faktor mit einer schwachen Wirkung auf die Intention und das Gesundheitsverhalten. Auch den Pfad von den Handlungsanreizen zur Variablen Bedrohung sieht er kritisch, da er weniger einen Zusammenhang zum Erleben einer Bedrohung sieht als vielmehr eine direkte Verbindung situativer Reize zu Intention und Verhalten. Aus diesem Grund hält er eine Trennung von wahrgenommener und realer Situation für angebracht. Des Weiteren plädiert er für die explizite Aufnahme der Konstrukte *präventive Gegenmaßnahmen* und *Ausführungsbarrieren*, da die Bilanzierung diese beiden Faktoren in Form einer Kosten-Nutzen-Analyse zum einen überdeckt und die Annahme eines subtraktiven Zusammenhangs andererseits schwer zu operationalisieren ist. Auch die fehlende Unterscheidung einer motivationalen und volitionalen Phase ist seiner Meinung nach kritisch zu sehen, da hierdurch die Erklärung einer Aufrechthaltung eines Gesundheitsverhaltens bzw. Rückfalls nicht notwendig wird. Vor diesem Hintergrund ist das Modell als statisch zu bezeichnen und wird damit dem prozessualen Charakter eines Gesundheitsverhaltens nicht gerecht. Bengel (1992) kritisiert das Modell, da konsensfähige Operationalisierungen und ausreichende Spezifizierungen der Beziehungen einzelner Faktoren fehlen, die es seiner Meinung nach eigentlich nicht falsifizierbar machen. Er hebt ebenso wie Faltermaier (2005a) die umfangreichen Forschungsaktivitäten,

die das *HBM* initiiert hat, positiv hervor. Trotz aller Untersuchungen an verschiedenen Gesundheitsverhaltensweisen bleiben die Vorhersagekraft des Modells und die erklärte Varianz eher gering (Faltermaier, 2005a). Dies steht in Einklang mit der Aussage Bengels (1992), dass das *HBM* begrenzte Möglichkeiten für konkrete Interventionsstrategien in der Praxis bietet und vielmehr eine zusammenfassende Darstellung potenziell relevanter Variablen ist. Schwarzer (2004) betont, dass auch eine Neuinterpretation des Modells die dargestellten Kritikpunkte nicht ausräumen konnte. Die dargestellten Schwächen sind als durchaus begründet zu bewerten, dennoch kommt dem *HBM* als erster theoretischer Modellkonstruktion zur Beschreibung, Erklärung des Vorsorgeverhaltens eine besondere Position zu und erklärt seinen hohen Bekanntheitsgrad. Seine Stärken liegen in der Plausibilität und dem heuristischen Wert für eine Vielzahl von unterschiedlichen Gesundheitsthemen (Bengel, 1992) und der Funktion als Wegbereiter für die heutige Forschung.

Insgesamt eint die kontinuierlichen Modelle die Kritik an ihrer statischen Natur, die sie daran hindert, die Stadien des Bedrohungsprozesses adäquat abzubilden (Bengel, 1992). Zudem werden sie dem prozessualen Charakter von Gesundheitsverhalten zu wenig gerecht. Gleichzeitig haben diese Modelle die Diskussion einer Intentions-Verhaltens-Lücke aufgeworfen, da Überblicksarbeiten zeigen, dass sie selten mehr als ein Viertel der Verhaltensvarianz aufklären konnten (Scholz/Schwarzer, 2005). Es wurde immer wieder festgestellt, dass Personen Zielintentionen besaßen, an der konkreten Ausführungsplanung jedoch scheiterten. Diese aus den kontinuierlichen Modellen gewonnene Erkenntnis trug zur Entwicklung des volitionalen Konzepts der Ausführungsintentionen bei, welches in die Gestaltung neuer Modelle einging. Nun wurden neben die Zielintentionen, denen die Struktur „Ich möchte X erreichen“ zugrunde liegt, die Ausführungsintentionen mit einer Struktur, die an bestimmte Hinweisreize geknüpft ist („Ich nehme mir vor, X zu tun, wenn Situation Y eintritt“), gestellt (Scholz/Schwarzer, 2005). Es wird eine bewusste Trennung in eine intentionale und eine volitionale Modellphase vorgenommen. Dies soll eine Externalisierung der Kontrolle und eine Annäherung an eine Automatisierung der Verhaltensauslösung bedingen. Zum Teil wurde diese Unterteilung nachträglich für bestimmte kontinuierliche Modelle wie die *Theory Planned Behavior* oder die *Protection Motivation Theory* vorgenommen (Scholz/Schwarzer, 2005), da sich die Erkenntnis in heutiger Forschung durchgesetzt hat, dass die Intention allein ein Gesundheitsverhalten nicht erklären kann. Dies bringt kontinuierliche Denkmodelle jedoch gleichzeitig in eine gewisse Nähe zu den prozessorientierten Konstruktionen. Der Prozesscharakter ist typisch für die dynamischen Stadienmodelle, die über ein Durchlaufen sequenzieller Phasen eine Verhaltensänderung anstreben (Schwarzer, 2004). Beispielhaft für diese Gruppe wird im Folgenden das sozial-kognitive Prozessmodell des Gesundheitsverhaltens *(HAPA)* (Scholz/ Schwarzer, 2005) dargestellt, das versucht, bisherige Ansätze zu integrieren und die Forschung bzw. Interventionen über den Verhaltensänderungsprozess anzuregen, um die Form eines sparsames heuristisches Modells zu erlangen.

Das sozial-kognitive Prozessmodell des Gesundheitsverhaltens hat als eines der dynamischen Modelle die Erklärung und Vorhersage gesundheitsförderlicher und gesundheitsschädlicher Verhaltensweisen als zentrale Zielsetzung (Sniehotta/Schwarzer, 2003). Es werden mindestens eine intentionale und eine volitionale Phase unterschieden, die zum einen an präintentionalen Motivationsprozessen und zum anderen an postintentionalen Volitionsprozessen ansetzen (Schwarzer, 2004). Des Weiteren werden zwei Leitprinzipien im Modell zugrunde gelegt. Zum einen die Sequenzierung der aufeinander folgenden Stadien, die bedingt, dass ein Schritt auf den anderen folgt. Zum anderen die Gebundenheit des Fortschreitens an das Vorhandensein eines gewissen Grades an Selbstwirksamkeit (Schwarzer, 2004). Eine

Veränderung des Gesundheitsverhaltens beinhaltet einen Ansatz an Gewohnheiten mit großer Dauerhaftigkeit. Um diese aufzubrechen und langfristige Änderungen zu bewirken, ist das Vorhandensein von Motivation unerlässlich (Sniehotta/Schwarzer, 2003). Aus diesem Grund bildet die Entwicklung einer Zielintention den Ausgangspunkt des im Modell beschriebenen Prozesses (Abb. 5).

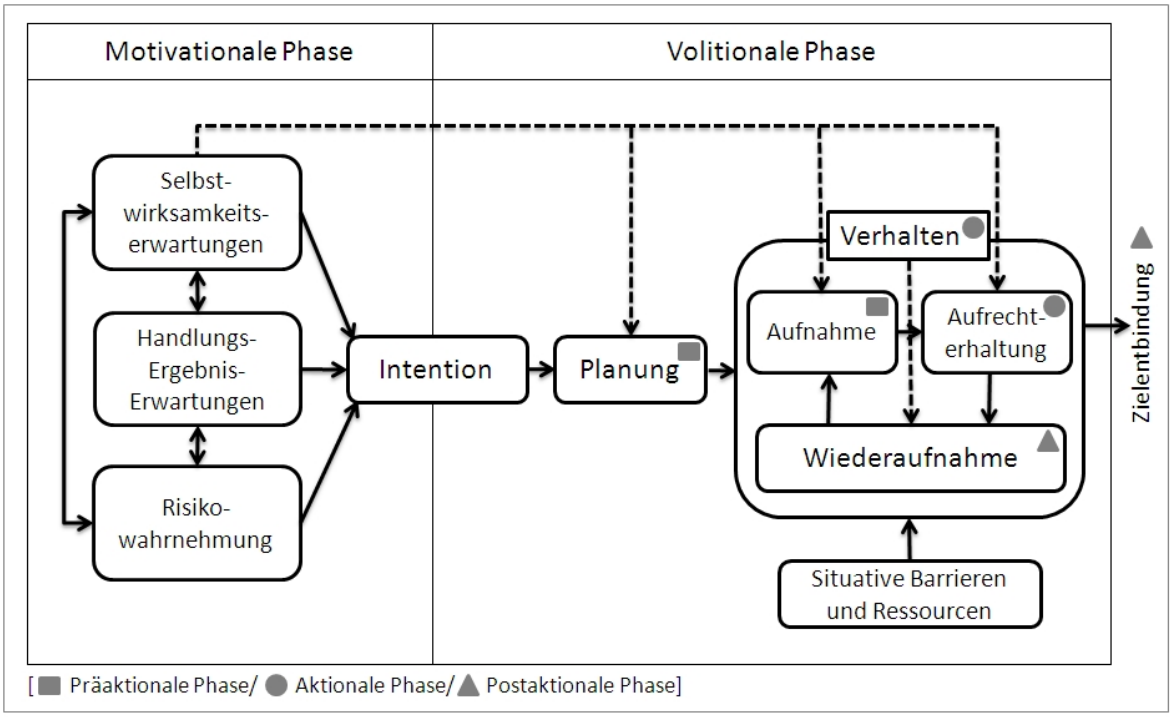


Abb. 5: Das sozial-kognitive Prozessmodell des gesundheitlichen Handelns (HAPA; modifiziert nach Reuter/Schwarzer, 2009, 40)

Folgende drei Modellkomponenten leiten Reuter/Schwarzer (2009) aus den bisherigen Erkenntnissen anderer Modelle als auf die Intention einwirkende Faktoren ab: (1) Risikowahrnehmung, (2) Handlungsergebniserwartung, (3) Selbstwirksamkeitserwartung.

(1) Die Wahrnehmung eines persönlichen Risikos geht aus der subjektiven Einschätzung des Schweregrads einer Erkrankung und der persönlich angenommenen Verwundbarkeit hervor (Reuter/Schwarzer, 2009). Sich die Zusammenhänge zwischen eigenen Verhaltensweisen und der Gesundheit bewusst vor Augen zu führen, bildet den ersten Schritt in Richtung einer potenziellen Verhaltensänderung (Schwarzer, 2004). Hieraus leitet sich der Grad angenommener Bedrohung ab. In den Prozess der Intentionsbildung fließen die Erkenntnisse des *HBMs* und weiterer kontinuierlicher Modelle ein, was an dieser Stelle besonders deutlich wird. Denn auch im *HAPA* wird angenommen, dass die Wahrnehmung einer Bedrohung nicht ausreicht, sondern Verhaltensweisen in Aussicht stehen müssen, die für eine Reduktion der Bedrohung in Betracht kommen. Diesen im Sinne bisheriger Erkenntnisse als (2) Handlungsergebniserwartungen bezeichneten Überzeugungen wird eine besonders große Bedeutung beigemessen, da eine Verhaltensänderung ohne Verhaltensalternativen, die das Abwägen positiver bzw. negativer Ergebniseinschätzungen erlauben, nicht möglich ist (Schwarzer, 2004). Ein solch rationaler Entscheidungsprozess, der eine Person erst einmal mit der Kenntnis verschiedener Verhaltensstrategien ausstattet, wird für dieses Modell in der Motivationsphase angenommen. Doch die schlichte Kenntnis einer wirksamen Maßnahme reicht für eine Realisierung nicht aus. Es fehlt die Wahrnehmung einer persönlichen Befähigung, die notwendigen Verhaltensweisen ausführen zu können. An diesem Punkt wurde

das Konstrukt der (3) Selbstwirksamkeit von Bandura (1997) in die Heuristik integriert, welches die Überzeugung beschreibt, bestimmte Verhaltensweisen auf Basis persönlicher Kompetenzen zum Teil auch in neuen, unvorhersehbaren oder auch schwierigen Situationen ausführen zu können. Ihr wird ein Einfluss über alle Phasen des Handlungsregulationsprozesses hinweg zugeschrieben, wohingegen die Risikowahrnehmung und die Handlungsergebniserwartung in den frühen Stadien der Intentionsbildung eine Bedeutung haben. Sniehotta/Schwarzer (2003) leiten daraus ab, dass die Intention, gesundheitsbezogene Verhaltensweisen zu verändern, in erheblichem Maße von dem Vertrauen in die persönlichen Fähigkeiten und der Annahme einer subjektiven Kontrolle über bestimmte Gewohnheiten abhängt. Die drei dargestellten kognitiven Überzeugungen tragen im *HAPA* in der Motivationsphase zur Bildung einer Zielintention bei, die durch die Bindung an ein Verhaltensziel den Endpunkt der Motivationsphase darstellt.

Mit diesem Ziel tritt das Individuum in die postintentionale Volitionsphase ein. Die Integration dieser Phase in das Modell wird mit dem bereits beschriebenen geringen prozentualen Aufklärungsumfang von 20 % bis 30 % der Varianz des Verhaltens durch die Intention begründet (Sniehotta/Schwarzer, 2003). Dieses Stadium wird in drei aufeinander folgende Phasen unterteilt (Schwarzer, 2004): (a) präaktoniale Phase (Planung und Initiative), (b) aktionale Phase (Handlungsausführung und Aufrechterhaltung), (c) postaktionale Phase (Wiederherstellung oder Disengagement) (Abb. 5).

(a) Durch eine Zielintention legt sich eine Person zwar auf bestimmte Handlungsziele fest, doch die konkrete Umsetzung bleibt offen. In der präaktionalen Volitionsphase findet eine Konkretisierung der Bedingungen und Realisierungsmöglichkeiten über eine detaillierte Planung statt. Dadurch wird aus der Absicht, etwas zu tun, eine ausführungsnahe Intention. Die Zielintentionen werden in dieser Phase in detaillierte Handlungspläne überführt und mit günstigen Umständen, aber auch Risikosituationen verknüpft, die anschließend für eine weitestgehend automatische Initiierung sorgen, ohne dass weiterer Planungsaufwand an dieser Stelle vonnöten wäre. Im *HAPA* wird somit davon ausgegangen, dass sich Handlungen nicht direkt aus den Zielen, sondern vielmehr aus einer situationsangepassten Planung herleiten. Es wird darüber hinaus angenommen, dass ein auf diesen Plänen basierendes Verhalten schnell an neue Situationen anzupassen ist und eine Verhaltensweise zum Teil ressourcenschonender gestaltet werden kann. Auch hier wird die Selbstwirksamkeit als entscheidender Faktor angesehen, denn nur, wenn sich eine Person in der Lage sieht, notwendige Teilschritte in Angriff zu nehmen, wird eine Verhaltensänderung möglich. Die Ausführung einer Handlung kann direkt durch persönliche Initiative oder erst nach einem gewissen zeitlichen Handlungsaufschub erfolgen (Abs. Schwarzer, 2004).

(b) Dies leitet bereits die aktionale Phase ein, die die Handlungsausführung und Handlungsaufrechterhaltung umfasst. Die Ausführung bezieht sich dabei sowohl auf gesundheitsförderliches als auch auf präventives Verhalten, d.h. sowohl die Realisierung eines Gesundheitsverhaltens als auch die Vermeidung eines Risikoverhaltens fallen darunter. In dieser Phase findet eine fortwährende Handlungskontrolle statt, die zum Ziel hat, Intention und Verhalten gegen Widrigkeiten abzuschirmen. Metakognitive Abschirm- und Durchhaltetendenzen wie der Belohnungsaufschub oder eine Zielhierarchisierung können diese Aufgabe im Sinne des heuristischen Modells erfüllen. Der Handlungskontrolle wird eine fortlaufende Aufmerksamkeits- und Emotionsregulierung anbei gestellt. Erst wenn ein neues Verhalten vollständig zur Gewohnheit geworden ist, sind diese Mechanismen nicht weitergehend notwendig. Die Selbstwirksamkeit wird auch in diese Phase als wichtig angesehen. Sie wirkt an diesem Punkt auf die Anstrengung und Beharrlichkeit, mit welcher ein Ziel verfolgt wird. Je

stärker sie ausgeprägt ist, desto eher zeigen sich Veränderungserfolge (Abs. Schwarzer, 2004). Im Modell wird das Verhalten als eine abgeschlossene Einheit dargestellt, um diese komplexe Phase vereinfacht darstellen zu können. Real existent sind jedoch vielmehr fortlaufende, ineinander verschachtelte Handlungen, die in jedem Schritt der Handlungskontrolle unterliegen (Reuter/Schwarzer, 2009).

(c) Den Erfolg oder Misserfolg einer Realisierung bewertet eine Person nach Schwarzer (2004) in der postaktionalen Volitionsphase. Er wird wahrgenommen und interpretiert. Es wird davon ausgegangen, dass die weitere Entwicklung vom Ausgang dieses Bewertungsprozesses abhängt. Intrinsische und extrinsische Ursachenzuschreibungen können beispielsweise eine wichtige Rolle spielen und die Bewertung in eine bestimmte Richtung lenken. So wird angenommen, dass ein den eigenen Fähigkeiten zugeschriebener Erfolg die Volitionsstärke unterstützt und förderlich auf die Selbstwirksamkeitserwartungen wirkt. Wird er hingegen externen Gründen wie einer günstigen Gelegenheit zugeschrieben, so kann dies unter Umständen abträglich für weitere Realisierungsversuche sein (Schwarzer, 2004). Wird ein Ziel nicht weiterverfolgt und es kommt zu einer postaktionalen Zielentbindung, so wird dies von Sniehotta/Schwarzer (2003) als ein potenzieller Mangel an Volitionsstärke oder auch als Hinweis auf einen Selbstregulationsfehler aufgefasst. Allerdings beschreibt Schwarzer (2004) auch hier Situationen, die ein solches Verhalten funktional erscheinen lassen. Wenn sich beispielsweise ein Ziel als wenig erfolgversprechend zeigt und der Aufwand dafür Ressourcen anderer Ziele blockiert, kann eine Zielentbindung sinnvoll erscheinen. Er betont jedoch, dass dies für den Gesundheitsbereich eine selten geeignete Wahl ist, da Gesundheit als eine notwendige Voraussetzung für die Erreichung vieler persönlicher Ziele anzusehen ist und eine Investition in Gesundheitsziele somit indirekt immer eine positive Wirkung entfaltet.

Die gesamte dargestellte Einheit des Verhaltens (s. Abb. 5) wird laut Reuter/Schwarzer (2009) jedoch nicht nur durch Kognitionen, sondern auch durch situative Gegebenheiten, objektive Fertigkeiten und andere Ressourcen einer Person beeinflusst. Als besonders bedeutsam stufen die Autoren in diesem Zusammenhang die sozialen Barrieren und Ressourcen ein. Denn ihrer Meinung nach kann die Eingebundenheit einer Person in ein soziales Netzwerk sowohl Gelegenheiten für eine Handlungsausführung schaffen als auch hemmen. Die hier geschilderte Perspektive stellt eine Erweiterung der Originalkonzeption des *HAPA* dar und macht die Anpassungsfähigkeit des Modells, verstanden als eine sparsame Heuristik, deutlich. Einschränkend sei jedoch hinzugefügt, dass diese geringfügige Ausgestaltung die traditionelle Anknüpfung nicht verändert und damit die bisherige Ausrichtung erhalten bleibt. Zusammenfassend betrachtet, wird für die Volitionsphase die konstruktive Planung, das Setzen erreichbarer Ziele, die Schaffung von Belohnungen und die Verfügbarkeit verschiedener Bewältigungsoptionen benannt (Schwarzer, 2004). Handlungskontrollprozesse werden in diesen Zusammenhängen benötigt, um die Aufmerksamkeit für die anstehende Aufgabe aufrecht zu erhalten und um Ablenkungen, Versuchungen oder auch unangenehmen Emotionen entgegen zu wirken. Die Wahrnehmung von Selbstwirksamkeit hilft hierbei, Hindernisse zu überwinden und sich nach Rückschlägen erneut zu motivieren (Reuter/ Schwarzer, 2009). Insgesamt ist in diesem Modell die Selbstwirksamkeit ein phasenübergreifendes Konzept (Sutton, 2007). An jedem Punkt der Verhaltensänderung von der Planung über die Initiierung bis hin zur Aufrechterhaltung und Wiederherstellung hinweg haben die Selbstwirksamkeitserwartungen einen speziellen Fokus (Schwarzer, 2004).

Für den gesamten Prozess einer dauerhaften Gesundheitsverhaltensänderung stellt Schwarzer (2004) das Vorhandensein positiver Selbstüberzeugungen im Sinne eines Zutrauens, Aufgaben anzugehen, und das Vertrauen in die eigenen Kompetenzen, ein Verhalten aufrechterhalten zu

können und mit Rückschlägen umgehen zu können, als entscheidend dar. Er betont, dass das Modell, verstanden als Heuristik, auf alle gesundheitsbeeinträchtigenden bzw. gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen anwendbar ist, da es in diesem Verständnis nicht notwendig ist, immer alle Komponenten zu prüfen, und darüber hinaus bisherige Erkenntnisse verschiedener psychologischer Forschungsbereiche integriert. Komprimiert lässt sich der Prozess einer Verhaltensänderung über beide Phasen des *HAPA* wie folgt beschreiben: (1) eine Person durchläuft einen Entscheidungs- und Motivierungsprozess, der in einer Zielsetzung (Intention) mündet, (2) anschließend durchläuft er eine Phase der Intentionsrealisierung (Volition), in der Aspekte der Handlungsregulation zentral sind (Reuter/Schwarzer, 2009). Das *HAPA*-Modell wurde in diversen Studien mit spezifischen Schwerpunkten angewendet. Diese anwendungsbezogenen Untersuchungen reichen von Gesundheitsverhaltensthemen wie Brustvorsorgeuntersuchungen über Ernährungs- und Bewegungsthemen, Rauch- und Trinkverhalten bis hin zur Kondomnutzung und dem Krebsscreening (Sutton, 2007). In diesen Studien wurden sowohl querschnittliche als auch längsschnittliche Designs verwendet.

Alle dynamischen Modelle weisen verschiedene Stadien auf, die für eine Verhaltensänderung durchlaufen werden müssen. Dies entspricht dem prozesshaften Charakter einer Gesundheitsverhaltensänderung (Knoll et al., 2005). Es herrscht allerdings Uneinigkeit darüber, was die Festlegung einer relevanten Anzahl von Stadien und den in diesen wirksamen Einflussgrößen angeht (Schwarzer, 2004). Darüber hinaus ist noch nicht hinreichend geklärt, ob die Notwendigkeit einer Unterscheidung verschiedener Phasen auch empirisch nachgewiesen werden kann. Bestünde keine Notwendigkeit einer Unterteilung, so würden Stadien spezifische Interventionen nicht den gewünschten Nutzen bringen und ein Vorgehen, wie in den kontinuierlichen Modellen beschrieben wird, wäre als geeigneter anzunehmen (Knoll et al., 2005). Des Weiteren erschwert die komplexe Struktur der Stadienmodelle im Vergleich zu kontinuierlichen Modellen die Messung und Anwendung in der Praxis (Sutton, 2007).

Alle genannten Modelle tragen laut Scholz/Schwarzer (2005) zur Erklärung bei, was Menschen zu gesundem Verhalten motiviert. Viele Modelle eint die Verwendung ähnlicher Konstrukte für die Intentionsbildung wie Selbstwirksamkeitserwartungen, Handlungsergebniserwartungen und Risikowahrnehmungen. Diese wurden durch eine Integration in das *HAPA*-Modell miteinander verbunden. Eine solche Entwicklung zeigt, dass sich die Modellvorstellungen nicht nur durch unterschiedliche Forschungsaktivität nebeneinander her entwickeln, sondern durchaus durch Neuinterpretationen alter Modelle bzw. durch ein Verständnis als Heuristik miteinander verbunden werden. Eine stärkere Integration zentraler Variablen ebenso wie eine stärkere Ausgestaltung einer prozesshaften Konzeption, gestützt auf umfangreiche empirische Untersuchungen, hebt auch Faltermaier (2005a) als positive Faktoren der Gesundheitsverhaltensmodelle hervor. Über alle Modelle hinweg sieht er jedoch eine Begrenztheit auf der konzeptionellen und methodischen Ebene (Faltermaier, 1994). Auf der konzeptionellen Ebene tritt in den Gesundheitsverhaltensmodellen die behavioristische Tradition über eine präventive bzw. negative Ausrichtung deutlich hervor. Gesunde Verhaltensweisen umfassen in diesem Sinne die Abstinenz bzw. den Abbau des Tabak-, Alkohol-, Genussmittelkonsums, die Behebung eines Bewegungsmangels, aber auch die Reduktion von Übergewicht und eine gesunde Ernährung ebenso wie die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen und Vorsorgemaßnahmen. Damit wird ein Gesundheitsverhalten deutlich im Kontext eines Krankheits- und Risikofaktorenmodells operationalisiert (Faltermaier, 2005a), eine bereits dargestellte einseitige Ausrichtung, in der das Fehlen einer konsequenten Ausrichtung an Gesundheit ersichtlich wird (Vogt, 1998). Die bereits dargestellte Erweiterung eines Gesundheitsverhaltens in Richtung einer positiven gesundheitsbezogenen Perspektive im

Sinne von Reuter/Schwarzer (2009) nimmt diese Kritik erstmals auf, der traditionelle Hintergrund bleibt bisher jedoch unangetastet. Nach Weichenrieder (2012) wird fast der gesamte Lebenskontext mit seinen ökonomischen, umweltbezogenen bzw. kulturellen Einflüssen in den Modellen vernachlässigt. Die dargestellten Modelle erklären überwiegend ein spezifisches Gesundheitsverhalten, das vom Alltagskontext isoliert betrachtet wird (Faltermaier, 2005a). Die Spezifizierung einer als gesund definierten Verhaltensweise wird von einem Experten, nicht selten aus dem medizinischen Fachbereich, vorgenommen. Gesundheitliche Überzeugungen werden in den Modellen aus der Expertensicht konzeptualisiert. Hierbei wird davon ausgegangen, dass Gesundheit an sich einen hohen Stellenwert hat, ohne andere motivationale Konstellationen zu berücksichtigen (Weichenrieder, 2012). Die subjektive Sicht des Einzelnen als eigenständig im Alltag handelnde Personen wurde bisher für die Gestaltung der Modelle nicht genutzt (Bengel, 1992). So blieben laut Weichenrieder (2012) komplexe Annahmen, wie beispielsweise diejenige, dass ein gesundheitsschädigendes Verhalten gleichzeitig Bewältigungscharakter besitzen kann, bisher ausgeklammert. Die gewonnenen Erkenntnisse isoliert ermittelter Gesundheitsverhaltenselemente wiederum miteinander zu kombinieren und in die komplexen Zusammenhänge des Alltags zu implementieren, erweist sich darüber hinaus als schwer umsetzbar, wie der Integrationsversuch über Lebensstilansätze zeigt (Abel et al., 1999).

Allen Modellen gemeinsam ist der Ansatz einer Verhaltensänderung über prädiktive Variablen, die fast ausschließlich auf der kognitiven Ebene angesiedelt sind. Es wird vorwiegend die Intention zu einem Gesundheitsverhalten erfasst und nicht das tatsächliche Verhalten selbst (Bengel, 1992; Norman/Conner, 2007). Darüber hinaus wird ein unidirektionaler Zusammenhang angenommen, d.h. spezifische Kognitionen führen zu einem bestimmten Verhalten (Bengel, 1992). Auch das *HAPA*-Modell, das die Planung als Mediator für die Bestimmung der Mechanismen zwischen Intention und Handlung herausgearbeitet hat, kann diese Lücke nicht schließen, da eine mediierende Variable zwar zur Spezifizierung des kausalen Verständnisses auf kognitiver Ebene beitragen kann, aber nicht zu einer Verringerung beiträgt (Sutton, 2007). Zudem geht mit dieser kognitivistischen Ausrichtung überwiegend die Annahme einer Zweckrationalität im Handeln einher, die zum einen für gesundheitliche Fragestellungen nicht sinnvoll erscheint und zum anderen emotionale bzw. irrationale Einflüsse ebenso wie direkte soziale Mechanismen ausklammert (Bengel, 1992). Doch gerade auf der sozialen Ebene haben sich für ein Gesundheitsverhalten immer wieder deutliche Unterschiede zwischen den Merkmalen Schicht, Geschlecht und Alter gezeigt (Faltermaier, 2005a).

Auf methodischer Ebene hebt Faltermaier (2005a) die Operationalisierung der psychologischen Variablen und Kognitionen über die vielfach einfach konstruierten Skalen als kritischen Punkt hervor. Gleichzeitig eröffnet sich seiner Meinung nach durch die konzeptionelle Nähe verschiedener Variablen durch potenzielle Überlappungen in der Messung die Gefahr eines methodischen Konfundierungseffekts. Des Weiteren stellt für ihn die ausschließlich statistische Basis der Gesundheitsmodelle einen Nachteil dar, da die Fokussierung auf rein quantitative Kombinationen von Einflussfaktoren bedeutet, dass nur eine begrenzte Anzahl von Variablen in die Betrachtung einbezogen werden kann. Deren Isolation nimmt ihnen die Nähe zur alltäglichen Lebenswelt, wodurch kognitive Zusammenhänge auf einer individuellen Ebene in den Hintergrund vernachlässigt werden. Es zeigen sich auf der methodischen Ebene jedoch auch Weiterentwicklungen. Kritisierte Bengel (1992) noch die statische Natur der Gesundheitsverhaltensmodelle, so hebt Faltermaier (2005a) die zunehmende Herausarbeitung des Prozesscharakters eines Gesundheitsverhaltens hervor, obwohl dies bisher überwiegend auf einer kurzfristigen, aktualgenetischen Dimension erfolgt,

die langfristige für gesundheitliche Belange entscheidende, biografische Prozesse bisher nicht miteinschließt. Eine Studie von Ziegelmann et al. (2006) bezieht die Perspektive der Lebensspanne über die Betrachtung verschiedener Altersgruppen bezogen auf das Bewegungsverhalten mit ein. Die Vergleiche verschiedener Altersgruppen geben die komplexen biografischen Bezüge jedoch nicht wider. Die Modellkonzeptionen beziehen ausschließlich spezifische Verhaltensweisen in die Betrachtung ein, die auf die Verhaltensänderung einer Person abzielen. Soziale Prozesse, die im Alltag abgestimmt und organisiert werden, haben hier ebenso wie Umweltbedingungen bisher nur eine periphere Bedeutung. Auch die Hervorhebung der Wirkung sozialer Barrieren und Ressourcen von Reuter/Schwarzer (2009) im *HAPA*-Modell ändert ihre Positionierung als distale Faktoren nicht.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die aktuellen Tendenzen in Richtung gesundheitspositiver Bezüge keine weitreichende Wirkung auf die kognitivistisch-behavioristische Tradition der Modelle und die damit verbundene Expertenperspektive entfalten. Somit bleibt der bisherige Hintergrund erhalten, und die dargestellten kritischen Punkte werden gegebenenfalls ein wenig abgeschwächt. Der kognitivistische Ansatz der Gesundheitsverhaltensmodelle an den Handlungsintentionen und nicht am realen Handeln bleibt erhalten. Weiterhin werden selektive Verhaltensweisen aus den komplexen Alltagszusammenhängen herausgelöst betrachtet, deren erneute Integration schwer möglich ist. Die Bewertung und Interpretation dieser isolierten Verhaltensweisen bleibt Experten vorbehalten, wodurch die direkte Sicht des handelnden Subjekts für die Modellgestaltung ebenfalls nicht einbezogen wird. Auch biografische Zusammenhänge finden trotz Blick auf die Lebensspanne in ihrer Komplexität keinen Eingang. Obwohl die Bedeutsamkeit von situativen Barrieren und Ressourcen betont werden, werden soziale Mechanismen weiterhin als Randbedingungen aufgefasst. Die kritische Betrachtung zeigt, dass mit dem Gesundheitsverhaltensbegriff von vornherein einengende und vereinfachende Bedingungen verbunden sind, die gewisse komplexe Zusammenhänge reduzieren. Darüber hinaus wird ein eindeutiger Expertenbezug über die Denktradition hergestellt. Da der Laiengesundheitsbegriff durch hohe Komplexität und seinen Subjektbezug gekennzeichnet ist, wurde im Rahmen dieser Arbeit der Begriff des Gesundheitshandelns verwendet, um frühzeitige Einschränkungen zu vermeiden und die Sicht des handelnden Subjekts zu nutzen. Im folgenden Abschnitt wird das Gesundheitshandeln eingehend betrachtet.

3.2.2 Gesundheitshandeln

In der Psychologie hatte der Verhaltensbegriff eine lange Tradition, wohingegen die Sozialwissenschaften mit dem Handlungsbegriff, ursprünglich von Max Weber (2005) geprägt, arbeiteten. Weber (2005) unterschied zwischen einem sinnhaften und einem rein reaktiven Handeln, wobei letzteres von einem subjektiv gemeinten Sinn losgelöst ist. Er betont jedoch, dass die Grenze zwischen beiden fließend sein kann bzw. ein sinnhaftes Handeln in einigen Fällen nur von einem Fachexperten zugeordnet werden kann. Die psychologische Disziplin war lange Zeit dem Verhaltensbegriff in seiner behavioristischen Tradition verhaftet. Die Begrenztheit der behavioristischen Sichtweise, die ausschließlich die Beschreibung eines beobachtbaren motorischen Verhaltens und die Zuordnung zu bestimmten Reiz- und Reaktionsklassen zuließ, rückte den Handlungsbegriff auch für die Psychologie stärker in das Interesse der Forschung (Gerstenmaier/Mandl, 2000). So wird heute der Handlungs- und der Verhaltensbegriff in der Psychologie verwendet, sogar z.T. alternativ. Für die vorliegende Arbeit werden die notwendigen Eckpunkte des Handlungs- bzw. Handelnsbegriffes benannt,

ohne den Diskurs der Handlungstheorien im Detail nachzuvollziehen (Cranach, 1994, 1997; Huber, 2005; Mandl, 1997; Gerstenmaier/Mandl, 2000). Gerstenmaier/Mandl (2000) wiesen darauf hin, dass es auch für den Handlungsbegriff bzw. für den Begriff des Handelns keine einheitliche Definition gibt, da auch hier verschiedene Forschungsperspektiven wie die der Sozialwissenschaften, der Philosophie und unterschiedlichen Teildisziplinen der Psychologie (Wahrnehmungspsychologie, Kognitionspsychologie, Arbeits- und Organisationspsychologie, Motivationspsychologie, Sozialpsychologie) aufeinandertreffen. Cranach/Bangerter (2000) fassten über alle Disziplinen hinweg folgende Bestimmungsstücke aus den Definitionen des Handelns zusammen: Motivation, Ziel, Plan, Entscheidung bzw. Entschluss, Willentlichkeit, Ausführungskontrolle, Bewertung und Bewusstheit. Sie betonten, dass sich diese Definitionen auf ein zielgerichtetes Handeln beziehen, wodurch es ihrer Meinung nach als ein motiviertes, gezieltes, geplantes, gewolltes, kontrolliertes und bewertetes Verhalten anzusehen ist. Gerstenmaier/Mandl (2000) postulierten des Weiteren als Gemeinsamkeit funktional ausgerichteter handlungstheoretischer Ansätze, dass sie Handlungen als eine Unterklasse des Verhaltens ansetzen und das Handlungsziel als zentrales Kriterium definieren. Cranach (1994, 1997) wies in diesem Zusammenhang kritisch darauf hin, dass der Fokus auf diese Zielgerichtetheit von Handlungen eine Begrenzung auf einen kleinen Ausschnitt von Handlungen bedeute. Doch Cranach/Bangerter (2000) erkannten durchaus an, dass zielgerichtete Handlungen in unserer Kultur durchaus den dominanten Handlungstypus repräsentieren, was sie durch die Existenz ausgefeilter *naiver Handlungstheorien* bzw. *subjektiver Theorien* als erwiesen sehen. Dennoch sahen es die Autoren als erwünscht an, weitere Formen von Handlungen wie (1) bedeutungsorientierte Handlungen, (2) prozess-orientierte Handlungen, (3) emotional-intuitive Handlungen, (4) Affekthandlungen und auch (5) mentale Handlungen nicht aus dem Blick zu verlieren.

(1) Ersteren liegt das Ziel zugrunde, soziale Bedeutung herzustellen wie es beispielsweise bei Ritualen der Fall ist. (2) Im zweiten Fall geht es nicht um das Erreichen eines Endziels, sondern sie werden um ihrer selbst willen durchgeführt. (3) In der emotional-intuitiven Form finden sie eher spontan und ohne bewusste Steuerung statt, z.B. in Form eines Körperkontakts während einer Interaktion. (4) Unter dem Einfluss starker Affekte ist die bewusste Kontrolle hingegen zumindest vorübergehend vollständig ausgeschaltet wie bei bestimmten Formen der Aggression (Cranach/Bangerter, 2000). (5) Probleme mental zu lösen bzw. nicht zu handeln, nimmt (Cranach, 1994) als letzte Handlungsform auf. Gerstenmaier/Mandl (2000) unterstrichen in ihrer Darstellung jedoch nochmals, dass in aktuellen Ansätzen die Zielorientierung von Handlungen das zentrale Kriterium aktueller Ansätze ist und sie in diesem Sinne an ihrer Erklärung, Kontrolle, Steuerung bzw. Organisation interessiert sind.

Hitzler/Eberle (2005) bezeichneten Handlungen als Erfahrungen besonderer Art, da sich ihr Sinn erst durch den vorweggenommenen Entwurf des Ergebnisses ergebe. Aus diesem Grund plädierten die Autoren für eine konsequente Trennung der Begriffe *Handlung* und *Handeln* im Sinne von Schütz (1974/2004), der den Sinn des Handelns durch den Sinn der vorentworfenen Handlung gestaltet sah. Fuhrer (1984) formulierte diesen gedanklichen Bezug anders, indem er die *Handlung* eher dem wissenschaftstheoretischen Bereich zuordnete und das *Handeln* eher mit komplexen Alltagsaktivitäten verknüpfte. Des Weiteren sahen Cranach/Bangerter (2000) eine enge Verbindung des Selbstkonzepts mit Handlungen im Sinne einer Identität als einheitsstiftendes Prinzip für die Konstruktion von Handlungssystemen, Vorstellungen einer potenziellen, persönlichen Entwicklung für die Zielbildung einer Handlung bzw. das Wissen um die eigene Person für handlungsbezogene Entscheidungen. Sie erweitern diesen Blick darüber hinaus um die Betrachtung sozialpsychologischer Konstrukte, die den Theorie-

Charakter eines sozialen Wissens betonen. Hierunter fassen die Autoren subjektive Theorien, Alltagstheorien bzw. soziale Repräsentationen, um an dieser Stelle eine allgemeine und eine spezielle Ebene abzugrenzen. Auf ersterer werden die Begriffe generalisiert bzw. übergeordnet betrachtet, und auf letzterer werden konkrete Bezüge zu Untergruppen bzw. einzelnen Personen hergestellt. Der entworfenen Handlung von Hitzler/Eberle (2005) folgend, gingen die Autoren davon aus, dass ein Handeln durch ein theoretisch geordnetes Wissen, das bewusst bzw. unterbewusst zugrunde gelegt wird, gesteuert wird. Das benannte soziale Wissen der Autoren weist in der Betonung der Konstrukte eine Nähe zum dargestellten Subjektansatz auf, ordnet es jedoch nicht ausschließlich auf der individuellen, sondern auch auf übergeordneten Ebenen an.

Klesse et al. (1992) legten im Zuge ihrer qualitativen Interviewstudie an 42 Frauen die Basis für den Begriff des *Gesundheitshandelns*. Ihr Ziel war es im Rahmen eines subjektbezogenen Ansatzes, die sinnhaften Strukturen des Handelns der Frauen herauszuarbeiten. Im Rahmen dieser Untersuchung definierten sie das Gesundheitshandeln asl ein absichtsvolles, sinnhaftes, mit dem Anspruch auf gesundheitsfördernde Lebensbedingungen und veränderungs-bezogenes Handeln. Auch Faltermaier (1994) wählte wenig später den Begriff des Gesundheitshandelns, da der Verhaltensbegriff mit seinen behavioristischen Wurzeln eine direkte Verknüpfung mit den Gesundheitsvorstellungen im Subjektansatz und den hiermit verbundenen gesundheitsbezogenen Aktivitäten ausschloss. Auch er ordnete das *Handeln* unter einen Oberbegriff des *Verhaltens* ein und schloss sich der Abgrenzung des *Handelns* im Sinne Fuhrers (1984) an, obwohl seiner Darstellung zufolge die beiden Begriffe nicht selten synonym verwendet werden. Inhaltlich schloss er sich Fuhrers (1984) Konstruktion des Handelns entlang folgender zwölf Merkmale an: (1) Beziehungen stiftender Prozess, (2) Prozess von Wissen gespeist, (3) der ein kognitives Geschehen repräsentiert, (4) das in einem Individuum abläuft, (5) das in ein Milieu eingebettet ist. (6) Die Teilmenge an Verhaltensweisen, die (7) von Zielen und (8) Strategien gesteuert werden, (9) die reguliert, (10) beabsichtigt sind (11) und in hohem Maße bewusst verlaufen (12) und der Bewältigung einer Aufgabe mit ihren verbundenen Anforderungen bzw. Beanspruchungen dienen (s. auch Faltermaier, 1994). Für die spezifische, gesundheitsbezogene Begriffsabgrenzung griff Faltermaier (1994) auf die beiden Definitionsansätze des Gesundheitshandelns von Maschewsky-Schneider (1986) und Ridder (1985) zurück. Die Gemeinsamkeit besteht darin, dass sie das Handeln für die eigene Gesundheit als zielgerichtetes, bedeutungsvolles Handeln in seinem lebensweltlichen Kontext und als Teil der Biografie ansehen. Von einer Vorabfestlegung von Zielen und Motiven distanzierte sich Faltermaier (1994) jedoch, da diese seiner Meinung nach über die subjektiven Gesundheitsvorstellungen bestimmt werden. Er sieht das Gesundheitshandeln in Handlungseinheiten untergliedert, die sich in für das Subjekt sinnvollen Schritten aneinanderreihen. Als Teil subjektiver Lebenspraxis erfüllen sie für den Einzelnen eine gesundheitsbezogene Funktion, auch wenn diese nicht frei von Widersprüchen sein muss. Der Begriff des Gesundheitshandelns steht für eine neue Sichtweise auf gesundheitsbezogene Aktivitäten vor einem salutogenetischen Hintergrund. Faltermaier (1994) betonte, dass ein Verstehen gesundheitsbezogener Aktivitäten, verbunden mit den subjektiven Gesundheitsvorstellungen des Einzelnen, nicht ohne die Berücksichtigung komplexer Alltagsbezüge auskommt. Denn Gesundheit kann nicht als ein losgelöstes Lebensziel verstanden werden, sondern sie existiert vielmehr *quer* zu anderen Lebensbereichen, ist mit ihnen verwoben oder steht sogar in Konkurrenz zu einigen. In dieser Position hat Gesundheit eher eine Funktion als Voraussetzung für die Bewerkstelligung eines Alltagshandelns. Um gesundheitsbezogene Aktivitäten in diesem Zusammenhang fassbar zu

machen, bedarf es der Annahme einer relativen Bewusstheit gesundheitlicher Vorstellungen wie sie überwiegend im Kontext mit dem Begriff *Handeln* vorausgesetzt wird und auch Faltermaier (1994) sie einfließen ließ. Faltermaier (2005a) hielt nochmals als Merkmale des Handelns allgemein fest: die Bewusstheit, Absicht, Zielgerichtetheit, Planung, die subjektive Sinnzuschreibung und soziale Bedeutung. Spezifiziert auf das Gesundheitshandeln betonte er, dass das Gesundheits-handeln an mehr oder minder bewusste Gesundheitsziele gekoppelt sei, die über die Gesundheitsvorstellungen greifbar werden (Faltermaier, 2005a). In dieser Konstruktion des Gesundheitshandelns sind die von Cranach/Bangerter (2000) benannten Bestimmungsstücke einer Handlung im Wesentlichen erkennbar.

Zusammenfassend kann für den Begriff des Gesundheitshandelns festgehalten werden, dass er „die bewussten, bedeutungsvollen und zielgerichteten Aktivitäten des Subjekts sowie ihre Eingebundenheit in eine alltägliche Lebenspraxis und biografische Kontinuität [herausstellt]. Die subjektiven Handlungsziele ergeben sich aus den potenziell bewussten Vorstellungen einer Person, aus ihrem Gesundheitsbewusstsein; sie können mehr gesunderhaltend oder krankheitsbezogen ausgerichtet sein und betonen komplexe, subjektive sinnvolle Handlungseinheiten statt Verhaltenssegmente“ (Faltermaier, 2000, 11). Diesem Begriff des Gesundheitshandelns schließt sich die vorliegende Untersuchung an. Nach einer begrifflichen Festlegung werden im nächsten Abschnitt die Bestimmungsstücke des Gesundheitshandelns dargestellt. Denn ebenso wie die Gesundheitsvorstellungen kann auch das Gesundheitshandeln in einzelne Komponenten unterteilt werden.

3.2.2.1 Bestimmende Komponenten des Gesundheitshandelns

Für das Gesundheitshandeln rekonstruiert Faltermaier (1994) sieben Komponenten und verdeutlicht ihre Bezüge und das Zusammenwirken grafisch (s. Abb. 6): (1) das bewusste Handeln für die eigene Gesundheit, (2) der Umgang mit dem eigenen Körper und seinen Beschwerden, (3) der Umgang mit Krankheiten, (4) der Umgang mit Risiken und Belastungen, die in der Lebenswelt entstehen, (5) die Herstellung und Aktivierung von gesundheitlichen Ressourcen, (6) das soziale Handeln für die Gesundheit oder die soziale Gesundheitsselbsthilfe, (7) die Veränderung der gesundheitlichen Lebensweise.

In seiner Darstellung der einzelnen Komponenten geht Faltermaier (1994) von (1) einem bewussten Handeln des Einzelnen für die eigene Gesundheit aus. Wie bereits aus der Definition des Begriffs Handeln ersichtlich, wird die Bewusstheit als feste Voraussetzung für ein Gesundheitshandeln angenommen. Vor dem Hintergrund seiner persönlichen Vorstellungen von Gesundheit ist das Subjekt in der Lage, konkrete Aktivitäten aufzunehmen, die ihrer Förderung oder dem Erhalt dienen. Ob ein Mensch bewusst und zielgerichtet für seine Gesundheit aktiv wird, hängt im Wesentlichen davon ab, welchen Stellenwert Gesundheit in seinem Leben hat und was für ein Verständnis von Gesundheit zugrundegelegt wird. So kann der Eine durch eine Sensibilisierung Gesundheit als bedeutsamer wahrnehmen, für den Anderen kann der Abbau eines Risikoverhaltens zentral sein und der nächste auf eine breite Palette von Maßnahmen vor dem Hintergrund eines multidimensionalen Gesundheitskonzeptes setzen. Im Extremfall wird Gesundheit komplett ausgeblendet, weil ihr keine Bedeutung zugemessen wird oder sie als nicht beeinflussbar erlebt wird. Aber auch ein Verdrängen bedeutet, sich zu gewissen Zeitpunkten bewusst gegen ein Handeln zu entscheiden. Vom Autor wird der Gesamtzusammenhang als entscheidend hervorgehoben, indem gesundheitsförderliche und -riskante Faktoren in ein Verhältnis zueinander gesetzt werden und damit ein Bild der Lebensweise des Einzelnen entwerfen.

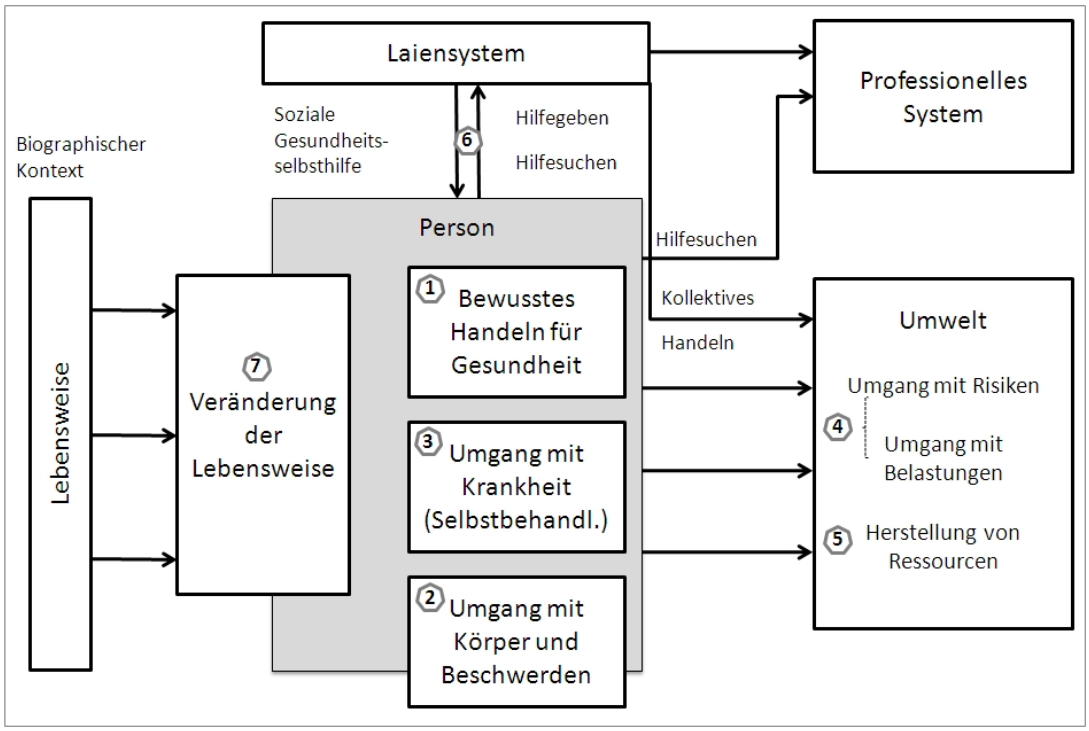


Abb. 6: Das Konstrukt Gesundheitshandeln und seine Komponenten (modifiziert nach Faltermaier, 1994, 175)

(2) Der Umgang mit dem eigenen Körper stellt für Faltermaier (1994) die zweite Komponente eines Gesundheitshandelns dar. Inwieweit ein Mensch seinem eigenen Körper Aufmerksamkeit schenkt, wird vom Körperbewusstsein des Einzelnen bestimmt. Hier entscheidet sich, ob eine Person ihren Körper z.B. über eine gesunde Ernährung, Bewegung und ein ausgewonnenes Anspannungs-Entspannungsverhältnis gepflegt und unterstützt hat, ihre Körperwahrnehmung auf mögliche Alterungserscheinungen oder auch körperliche Beschwerden gerichtet ist und welche körperbezogenen Maßnahmen das Subjekt auf dieser Basis anstößt.

Als nächsten Aspekt bezieht der Autor (3) den Umgang mit Krankheiten in die Betrachtung mit ein. Der Umgang mit bzw. die Bewältigung von Krankheiten kann einen wichtigen Aspekt des Gesundheitshandelns ausmachen. Hier ist der Blick darauf gerichtet, wie eine Person mit den Symptomen, den Handlungseinschränkungen, aber auch den Emotionen und sozialen Auswirkungen einer Krankheit umgeht. Abhängig vom Krankheitsverständnis des Einzelnen können Reaktionen von „panisch“, über „geduldig ertragen“ bis zu einer Veränderung der Lebensweise reichen. Je weniger Kontrollmöglichkeiten eine Person für eine Bewältigung für sich wahrnimmt, desto eher wird sie auf externe, vielfach professionelle Hilfe bauen. Sieht sie diese Kräfte eher bei sich selbst, so wird sie sich möglicherweise verstärkt auf eine Selbsthilfe verlassen.

Nach einer Betrachtung des Umgangs mit Krankheit, der grafisch direkt bei der Person selbst angesiedelt ist, richtet Faltermaier (1994) den Blick auf (4) den Umgang mit Risiken und Belastungen, die er in der Umwelt des Individuums lokalisiert. Diese Komponente ist auf konkrete Maßnahmen gerichtet, die eine Person ergreift, um Risiken oder auch eine subjektiv wahrgenommene Gefährdung zu reduzieren bzw. zu vermeiden. Hierunter fallen sowohl wissenschaftlich anerkannte Verhaltensweisen wie beispielsweise ein überhöhter Genussmittelkonsum als auch ganz individuelle Risiken wie z.B. eine Nahrungsmittelunverträglichkeit. Die allgemein wahrgenommenen externen Risiken sind

vielfältig. Sie reichen beispielsweise von Umweltschadstoffen über Arbeitsbelastungen bis hin zu psychosozialen Belastungen einer bestimmten Lebensweise. Innerhalb dieser Komponente kommt die Wahrnehmung einer personalen Kontrolle des Individuums zum Tragen. Hier eröffnet sich die Frage, ob das Subjekt als Einzelperson oder vielleicht sogar mit anderen gemeinsam eine kollektive Kontrollmöglichkeit wahrnimmt und diese in ein Gesundheitshandeln kanalisiert oder sich ausschließlich von extern gegebenen Bedingungen betroffen sieht. Neben dem dargestellten Bezug spielt der Umgang mit körperlichen und psychosozialen Belastungen eine wichtige Rolle. Hier zeigt sich, wie eine Person mit den ihr zur Verfügungen stehenden Kräften umgeht, Überbelastungen in Kauf nimmt bzw. ihre gefährdende Wirkung möglicherweise durch den Aufbau von Widerstandsressourcen mindert.

Eben diese (5) Ressourcen sind Inhalt der nächsten Komponente. Hier rücken die Anteile eines Gesundheitshandelns in den Fokus, die erkennen lassen, welche gesundheitsbezogenen Ressourcen ein Mensch für sich wahrnimmt und diese, auf den Erhalt seiner Gesundheit gerichtet, aktiviert. Das Spektrum reicht von körperlichen über psychisch-personale bis hin zu sozialen aus dem Umfeld generierten Ressourcen. Mit der Herstellung von Ressourcen ist ein vorsorgendes Denken verbunden, das darauf abzielt, die eigenen Gesundheitskompetenzen und -kräfte auszuweiten. Eine solche Aktivierung wird laut Faltermaier (1994) in den seltensten Fällen strategisch angelegt sein, aber andererseits auch nicht vollends unterbewusst ablaufen, sondern sich je nach Alltagssituation mehr oder minder bewusst entwickeln.

Als nächste Komponente rekonstruiert der Autor (6) die soziale Gesundheitsselbsthilfe. Sie verbindet Individuum und Laiengesundheitssystem miteinander. Ebenso wie die Gesundheitsvorstellungen ist das Gesundheitshandeln sozial eingebunden. Alle Aktivitäten finden in einem sozialen Rahmen statt, ob es sich um die Annahme von Gesundheitshilfe durch eine nahestehende Person oder auch eine sportliche Aktivität mit Freunden handelt. Damit ist individuelles Gesundheitshandeln immer auch ein soziales Handeln, da Gesundheit nicht selten über Interaktionen innerhalb eines sozialen Netzwerks hergestellt wird. Ein Handeln dieser Art ist in vielen Fällen unscheinbar in den Lebensalltag integriert und bedarf eines subjektorientierten Zuganges, um es deutlich zu machen. Spezifische Themen eines sozialen Gesundheitshandelns sind durch die Verbreitung über bestimmte Interessengruppen bis ins politische Interesse vorgedrungen wie beispielsweise die Wahrnehmung von Risiken am Arbeitsplatz oder eine auf ökologischen Lebensmitteln basierende Ernährung. Somit kann ein kollektives, soziales Gesundheitshandeln weitreichende Wirkungen entfalten bis in einen politischen Kontext hinein. Ist die Wahrnehmung eines sozialen Gesundheitshandelns bis in diese Ebenen vorgedrungen, so kann es dazu beitragen, Lebensgrundlagen zu erhalten oder zu schaffen.

Die Veränderung der Lebensweise stellt als letzte Komponente (7) einen Bezug zur Biografie einer Person her. Hier interessieren vor allem die vom Subjekt wahrgenommenen Änderungen in seinem gesundheitsbezogenen Handeln. Große Einschnitte wie beispielsweise ein Krankheitsereignis, die Geburt eines Kindes, aber auch allgemeine gesellschaftliche Veränderungen können hier einen Ausgangspunkt für ein Umgestalten des Gesundheitshandelns bilden. Für jedes benannte Ereignis sind die Anlässe und Gründe zu hinterfragen, die das Subjekt und sein Handeln für die eigene Gesundheit beeinflusst haben. Hierbei sind wieder die Bezüge zu den subjektiven Gesundheitsvorstellungen zu beachten.

Die Darstellung der einzelnen Komponenten macht deutlich, dass sich im Gesundheitshandeln fortsetzt, was für das Thema Gesundheit und die subjektiven Gesundheitsvorstellungen bereits

beschrieben wurde. Gesundheit ist ein Thema, das alle Lebensbereiche tangiert und in dem Einflüsse in beide Richtungen wahrnehmbar sind. So kann auch ein Gesundheitshandeln nicht nur individualisiert betrachtet werden, sondern es müssen wiederum alle Kontextebenen (individuell, sozial, lebensweltlich, biografisch) berücksichtigt werden. Nach einer Verdeutlichung der theoretischen Ausgestaltung des Konstrukts *Gesundheitshandeln* werden im folgenden Abschnitt die Rahmenbedingungen des gesundheitsbezogenen Handelns in den Blick genommen, bevor die Ausprägungen eines Gesundheitshandelns anhand von typologischen Untersuchungen dargestellt werden.

3.2.2.2 Rahmenbedingungen des Gesundheitshandelns

Die Rekonstruktion der Rahmenbedingungen eines Gesundheitshandelns erfolgte im Rahmen einer qualitativen Studie von Faltermaier et al. (1998) an 61 gesunden Erwachsenen im mittleren Lebensalter in ihrem beruflichen Kontext. Der Blick wurde dabei auf das Zusammenwirken subjektiver Gesundheitsvorstellungen mit dem gesundheitsbezogenen Handeln gerichtet. Eine Darstellung der Verbindung zwischen motivationalen und kontextuellen Bedingungen sollte Anhaltspunkte dafür liefern, was zu einer Umsetzung einer Handlungsintention beiträgt. Die von den Autoren rekonstruierten Bestimmungsstücke werden im Folgenden ausgehend von einer Subjektebene in Verbindung zu ihrem Lebenskontext dargestellt (Abb. 7).

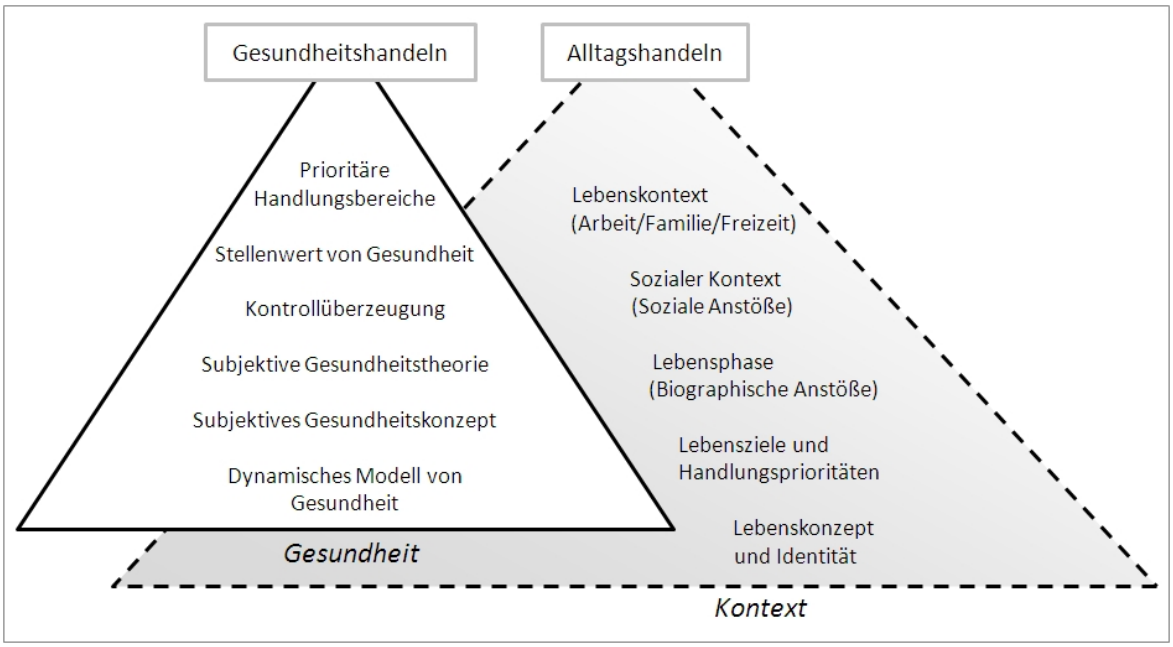


Abb. 7: Subjektive Bedingungen und ihre Einpassung im Kontext des Alltagshandelns (Faltermaier et al., 1998, 149)

Die Autoren sehen in der Selbstreflexion den Ansatzpunkt einer Beschäftigung mit dem Thema Gesundheit. Die Selbstwahrnehmung gesundheitlicher Phänomene, ihre kognitive und emotionale Verarbeitung wirkt auf die motivationalen Bedingungen, die ein aktives Gesundheitshandeln befördern können. Aus diesem Grund schließen sich die Autoren der Anregung Belz-Merks (1995) an, das subjektive Gesundheitskonzept als Teil des Gesundheitskonzepts zu konzipieren. Die Betrachtung des begrifflichen Verständnisses von Gesundheit über die subjektiven Konzepte bedeutet für eine gesundheitsbezogene Handlungsmotivation die Erfassung der inhaltlichen und dynamischen Anteile des Selbst. Sie bestimmen Gesundheit

zum einen inhaltlich auf einer positiven (z.B. Wohlbefinden, Leistungsfähigkeit) bzw. negativen (z.B. Abwesenheit von Krankheit, Abwesenheit von Beschwerden) Ebene und ordnen sie möglicherweise in einer dynamischen Dimension einem der energetischen Modelle (Schalter, Batterie, Akkumulator, Generator) zu. Werden beide Facetten gemeinsam betrachtet, so können die subjektiven Gesundheitskonzepte auf die allgemeinen Ziele eines Gesundheitshandelns hindeuten.

Diese werden durch einen Blick auf die subjektiven Gesundheitstheorien bereichert, indem über wahrgenommene Einflussbereiche und -prozesse eine mögliche Richtung bestimmt wird, die eine Handlung für eine Gesunderhaltung bzw. eine Krankheitsvermeidung vornehmen kann. Eine Verbindung beider Komponenten eröffnet den Blick für die Bestimmung einer gesundheitsbezogenen Handlungsmotivation auf das kognitive System, die perzeptive Aufmerksamkeit und die Denklogik einer Person mit ihren individuellen Färbungen. Hiermit sind Zielbereiche und Zielrichtungen eines Gesundheitshandelns bestimmt, doch dies sagt noch nichts über eine Realisierung aus.

Für diese ist, wie aus der Darstellung von Faltermaier et al. (1998) hervorgeht, die Betrachtung der Kontrollüberzeugungen wichtig. Sie zeigen, ob eine Person für sich eine allgemeine Kontrolle gesundheitlicher Belange annimmt und sich diese gegebenenfalls in den spezifischen Einflussbereichen der Gesundheitstheorien fortsetzt, die das Subjekt für sich wahrnimmt. Die Selbstwirksamkeitserwartung, definiert als „die subjektive Gewissheit, neue oder schwierige Anforderungssituationen aufgrund eigener Kompetenz bewältigen zu können“ (Schwarzer, 2004, 12), soll eine Aussage darüber ermöglichen, ob sich eine Person die notwendigen Kompetenzen zuschreibt und sich damit in der Lage sieht, tatsächlich einen Einfluss auf gesundheitliche Belange zu nehmen. Die Person hält ein Gesundheitshandeln bereits für potenziell möglich, aber es ist noch offen, wie relevant ein Handeln für die eigene Gesundheit erscheint. Hierfür ist es wichtig, den Stellenwert von Gesundheit im Leben einer Person zu bestimmen. Und dies nicht nur im Sinne einer plakativen Aussage, die ihr eine große Bedeutung einräumt, sondern in Verbindung mit der Lebenssituation des Einzelnen. Der Stellenwert spielt insofern eine Rolle, als dass Gesundheit nicht als eigenständiges Lebensziel verstanden werden kann. Sie ist vielmehr basale Voraussetzung, um übergeordnete Lebensziele zu erreichen, und bildet damit eine entscheidende Grundlage für die alltäglichen Aktivitäten. Faltermaier et al. (1998) sehen im Lebenskonzept die Selbstwahrnehmung einer Person, ihr Wertesystem und ihre Handlungsprioritäten für ihren Alltag verankert. Da Gesundheit, wie bereits dargestellt, in ihrer Verwobenheit *quer* zu anderen Lebensbereichen positioniert ist, muss die jeweilige Einpassung eines angenommenen Gesundheitsmotivs in die Struktur eines Alltagshandelns hinterfragt werden.

Hierbei handelt es sich nicht um einen einmaligen, sondern um einen fortlaufenden Prozess, da weder Identität, Lebenskonzept noch Wertesystem statische Einheiten darstellen, sondern ebenso wie der Mensch selbst biografischen Veränderungen unterliegen. So können bestimmte Lebensereignisse oder auch biografische Übergangsphasen die Aufmerksamkeit für die eigene Gesundheit erhöhen und hieraus ein Handlungsbedürfnis generieren. Darüber hinaus können soziale Anstöße den Stellenwert von Gesundheit verändern und eine Handlungspriorisierung von Gesundheit hervorrufen. So erhöht sich beispielsweise im mittleren Erwachsenenalter die Wahrscheinlichkeit für eine Sensibilisierung über eine zunehmende Wahrnehmung eigener Leistungsgrenzen, Beschwerden oder Alterungserscheinungen sowie das Erkennen der eigenen Verwundbarkeit. Dies führt nicht selten zu einer Prüfung gesundheitsbezogener Handlungsmöglichkeiten und zu einer stärker auf Gesundheit ausgerichteten Umstrukturierung des Alltagshandelns. Damit tritt ein Gesundheitshandeln in Konkurrenz zu einem

überordneten Alltagshandeln. Um eine Realisierungschance zu erhöhen, sollte diese Konkurrenzsituation minimiert werden, indem nach einem Arrangement gesucht wird, das die Verwobenheit mit anderen Lebensthemen nutzt und ein Gesundheitshandeln möglichst in den Alltag einpasst. In einer solchen Positionierung kann eine originär gesundheitsbezogene Aktivität Bedeutung im Alltag erlangen, die über das Gesundheitsmotiv hinausreicht. So können beispielsweise soziale Motive die gesundheitlichen letztendlich überdecken wie z.B. das Fußballspiel mit Freunden, bei dem vor allem der Spaß der Spieler in den Vordergrund gestellt wird. Eine soziale Organisierung eines Gesundheitshandelns verbessert laut Faltermaier et al. (1998) die Chance, es in den Alltag einzupassen und aufrechtzuerhalten.

Dies führen die Autoren zu der abschließenden Frage, was einer Umsetzung eines Gesundheitshandelns entgegenstehen kann und warum viele Menschen auch mit starken Überzeugungen eine Realisierung nicht erreichen. Sie führen es auf eine Diskrepanz zurück, die sie unter die Begriffe „Sollen, Wollen und Können" fassen. Erstgenanntes steht für die sozialen Erwartungen an ein Gesundheitshandeln, das „Wollen" für ihre persönliche Handlungsintention und letztgenanntes für die alltäglichen Ansprüche. Als Essenz aus diesem Verständnis halten die Autoren fest, dass in einem ersten Schritt soziale Gesundheitsregeln und normative Erwartungen mit den persönlichen Vorstellungen von Gesundheit in Einklang gebracht werden müssen, bevor ein zweiter Schritt in Richtung Realisierung möglich wird. Dabei gilt es, äußere Bedingungen mit der eigenen Handlungsintention in Einklang zu bringen und Hindernisse über eine möglichst gute Einpassung des Gesundheitshandelns in den Alltag zu integrieren. Den dargestellten komplexen Zusammenhängen des Gesundheitshandelns im Sinne der Autoren schließt sich die vorliegende Arbeit an und nutzt das beschriebene Pyramidenmodell, um ein Zusammenwirken subjektiver Gesundheitsvorstellungen und ein im Alltag integriertes Gesundheitshandeln für diese Untersuchung darzustellen.

3.2.2.3 Forschungsstand: Gesundheitshandeln

Der Begriff des Gesundheitshandelns wird mit seinen komplexen Bezügen zur Lebenswelt des Einzelnen und seinem sozialwissenschaftlichen Hintergrund weitaus weniger eingesetzt als der des Gesundheitsverhaltens. Nachfolgend werden relevante Studien in diesem Bereich vorgestellt, die zum einen die begriffliche Entwicklung mit der Ausgestaltung der Inhalte des Gesundheitshandelns und zum anderen den aktuellen Forschungsstand wiedergeben. Es werden jeweils direkt Bezüge zum aktuellen Forschungsvorhaben hergestellt.

Klesse et al. (1992) führten für ihre Untersuchung zum Thema Gesundheitshandeln von Frauen insgesamt 42 Interviews mit der Zielsetzung, die sinnhaften Strukturen des Handelns zu rekonstruieren. Auf der kognitiven Ebene rekonstruierten die Autorinnen die Begriffsdefinition von Gesundheit in Form expliziter und impliziter Gesundheitskonzepte. Die expliziten Konzepte geben das direkt geäußerte Begriffsverständnis von Gesundheit wieder. Unter das implizite Verständnis fallen für die Autorinnen die Äußerungen der Frauen, die beschreiben, wovon Gesundheit im Lebenszusammenhang abhängt. In diesem Bezug wurde von einem äußerst komplexen Zusammenhang ausgegangen, der nur aus den direkten Erzählungen der Frauen zu erschließen ist. Beide Anteile der Gesundheitskonzepte, gepaart mit den geschlechtsspezifischen Selbstbildern und persönlichen Belastungskonzepten, gingen in die Operationalisierung des Begriffes *Gesundheitshandeln* ein. Klesse et al. (1992) definierten das Gesundheitshandeln als ein absichtsvolles, sinnhaftes, mit dem Anspruch auf gesundheitsfördernde Lebensbedingungen und der Perspektive von Veränderung gerichtetes Handeln und legten damit, wie bereits in Abschnitt 3.2.2 dargestellt, eine entscheidende

begriffliche Basis. Die Autorinnen ordneten die Interviewpartnerinnen in sieben Gruppen expliziter Gesundheitskonzepte ein: (1) Risikoverhalten, (2) körperliche und seelische Ebene, (3) keine Krankheit, keine Schmerzen, (4) positive Lebenseinstellung, (5) Soziales, (6) Familie, (7) Arbeit. Sie betonten, dass die Untersuchungsperson diese Zuordnung nicht automatisch in ihrem Gesundheitshandeln auf diese Ausrichtung festlegte. Als Dimensionen von Gesundheit, die das Gesundheitshandeln entscheidend beeinflussen können, identifizierten Klesse et al. (1992) fünf Gruppen von Faktoren, die sie anhand verschiedener Kombinationen beschreiben: (1) Aufmerksamkeitshaltung, (2) Gesellschaftliche und persönliche Wahl- und Handlungsmöglichkeiten, (3) Beziehung von Realität und Wünschen, (4) Ausmaß von Selbst- und Fremdbestimmtheit, (5) Identitätskonzept und Selbstwertgefühl als Frau. Die Aufmerksamkeitshaltung ist auf die eigene körperliche und seelische Gesundheit und für den Blick in die Zukunft gerichtet. Die Spannbreite reichte von der Beschreibung als handelndes Subjekt in Bezug auf die eigene Gesundheit bis hin zur Beschreibung einer unveränderlichen Lebenssituation. Hieran knüpfte die Erkenntnis und Inanspruchnahme gesellschaftlicher und persönlicher Wahl- und Handlungsmöglichkeiten an. Die Autorinnen betonten für diesen Bereich die Notwendigkeit eines geschützten Erfahrungsraumes für die Entwicklung eines gesunden Menschen. Die nächste Dimension wird als Fähigkeit rekonstruiert, ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Realität und Wünschen zu entwickeln. Die Frauen zeigten einen starken Realitätsbezug, wohingegen Utopien, eingesetzt als Energiespender für Veränderungen der Lebensweise, wenig entwickelt wurden. Als Besonderheit wurde von Klesse et al. (1992) das Verhältnis von Autonomie und Fremdbestimmtheit zu Gesundheit beschrieben. Einige Frauen sahen einen Zusammenhang zwischen einem gewissen Zuwachs an Autonomie und gesundheitsförderlichen Veränderungen. Die Autorinnen machten insgesamt eine vorsichtige Tendenz bei den Frauen aus, innerhalb ihres Beziehungsgefüges ein Gleichgewicht zwischen Eigenständigkeit und einem In-Beziehung-treten-können anzustreben. Dies interpretierten sie als Form weiblicher Autonomie im Gegensatz zu ihrem Verständnis von männlicher Autonomie im Sinne von Beziehungs- und Bindungs-unabhängigkeit. Die Ausbildung eines Identitätskonzepts und die Entwicklung des Selbstwertgefühls, erfasst über die letzte Dimension, wurden als besonders wichtig für ein positives Gesundheitshandeln der Frauen beschrieben.

Von diesen als implizite Gesundheitskonzepte dargestellten Dimensionen richteten Klesse et al. (1992) den Blick auf die Strategien, Gesundheit zu erhalten, indem sie die Handlungsebene der Frauen eingehend betrachteten. *Schwierigkeiten begrenzen, Überforderungen vermeiden* wurde als die erste Handlungsstrategie rekonstruiert. Die Autorinnen sahen bei den untersuchten Frauen, die als relativ gesund zu bezeichnen waren, eine Tendenz, Schwierigkeiten im Leben einerseits nicht zu viel Raum zu geben und andererseits nicht zu lange in überfordernden Situationen zu verharren, sondern diese aktiv anzugehen. Bei den als *eher krank* bezeichneten Frauen zeigte sich aus einer Angst vor Veränderungen oder dem Mangel an Vorstellungskraft für Alternativsituationen ein Ausharren in unerträglichen Lebenskonstellationen. Andere wiederum treffen Entscheidungen abrupt in kraftraubender Weise, ohne auf die persönlichen Gegebenheiten zu achten, und kippten so von einem Extrem ins andere. *Gefühlsbereitschaft und Gefühlsfähigkeit zu entwickeln* rekonstruierten die Autorinnen als eine weitere gesundheitsbezogene Strategie. Denn dies bildete ihrer Meinung nach die Voraussetzung wahrzunehmen, was ganz persönlich gesund- bzw. krankmachend ist. Eher gesunde Frauen der Untersuchungsgruppe nutzten diese Wahrnehmung, um Hinweise in einer Richtung einer gesundheitspositiven bzw. -negativen Entwicklung zu erhalten. Frauen, die als eher krank zu bezeichnen waren, nahmen diese Gefühle nicht wahr, woraus

gesundheitsnegative Effekte in Form von körperlichen Beschwerden entstehen können. Eine allgemeine *Handlungsfähigkeit zu entwickeln*, die auf Selbstbestimmtheit und einem möglichst großen persönlichen Handlungsspielraum fußt, bildete die nächste Strategie. Die eher gesunden Frauen zeigten hier nach Meinung der Autorinnen das Potenzial, auch aus schwierigen Lebenssituationen heraus ihre Handlungsfähigkeit wiederherzustellen. Frauen hingegen, die als *eher krank* bezeichnet wurden, hatten die Tendenz, sich in diesen Situationen zu verfangen. Hieran schloss sich die Strategie *Widersprüche und Ambivalenzen aushalten und integrieren* zu können an. Die Autorinnen identifizierten zwei Bedingungen, die in diesem Zusammenhang vor gesundheitsnegativen Folgen einen Schutz bieten konnten. Zum einen bildete die Entwicklung persönlicher Handlungsfreiräume, die über eine Zeit des Experimentierens erarbeitet wurden, eine hilfreiche Basis und zum anderen wirkte vor allem eine frühere Berufstätigkeit stabilisierend. Eine *eher gesunde* Frau hatte gelernt, mit Widersprüchen und Zwiespältigkeit zu leben, ohne mit sich zu hadern, wohingegen die *eher kranke* Frau vielfach unter ihrem inneren Druck zu leiden hatte, was wiederum in Überforderung bzw. Beschwerden münden konnte.

Darüber hinaus stellten Klesse et al. (1992) einen Bezug zwischen Gesundheit und den Lebensbereichen Familie und Erwerbsarbeit her. Sie machten beide Bereiche als nebeneinander existierende und sich wechselseitig beeinflussende Bereiche im Leben einer Frau fest. Die biografische Auswertung der Interviews zeigte, dass die Zufriedenheit und das Gesundheitshandeln der Frauen von den jeweiligen Erfahrungen in beiden Lebensbereichen bestimmt wurden. Hieraus leiteten die Autorinnen drei Thesen für die Bedeutung der Erwerbs- und Familienarbeit für das Gesundheitshandeln der Frauen ab. Zum einen gehörte die Erwerbsarbeit in der untersuchten sozialen Gruppe nicht mit derselben empfundenen Selbstverständlichkeit zur Lebensplanung dieser Frauen wie Partnerschaft und Familie. Darüber hinaus waren viele ihrer beruflichen Erfahrungen durch Brüche und Fremdbestimmung gekennzeichnet. Zwischen Beruf und Familie existierte ein widersprüchliches Spannungsfeld, in welchem die Frauen ihren persönlichen Weg finden mussten. Es bestand allerdings eine Abhängigkeit zwischen der persönliche Lebenszufriedenheit, dem Gesundheitshandeln, dem Wohlbefinden der Frauen und den Erfahrungen bzw. Handlungsmöglichkeiten in den beiden Lebensbereichen. Als Erkenntnis hielten die Autorinnen für diesen Bereich fest, dass Beruf und Familie von Frauen nicht als Alternativen zueinander aufgefasst werden, sondern vielmehr der Wunsch besteht, beide befriedigend miteinander zu verbinden. Die rekonstruierte kognitive Seite floss gemeinsam mit den rekonstruierten Ausprägungen eines Gesundheitshandelns in die Praxisarbeit eines Bremer Stadtteilprojektes für Frauen unterer und mittlerer Schichten ein. Als Erkenntnis für Gesundheitsförderungsangebote für Frauen hielten Klesse et al. (1992) folgende sieben Leitideen fest: (1) Möglichkeiten positiver Lebenserfahrungen schaffen, (2) Erfahrung stabiler, unterstützender Beziehungen ermöglichen, (3) Gleichberechtigte Teilhabe am öffentlichen Leben anstreben, (4) Erweiterung des Experten definierten Gesundheitsverständnisses, (5) frauenspezifische Bedürfnisse stärker berücksichtigen, (6) Gesundheitsförderungsarbeit an den Stärken der Frauen ansetzen, (7) Frauen dazu befähigen, den Anspruch auf Gesundheit zu stellen.

Diese Studie bildet einen gedanklichen Ausgangspunkt eines geschlechterdifferenzierten Gesundheitshandelns. Die Ausrichtung am weiblichen Geschlecht, als das zurückgesetzte und deshalb hauptsächlich zu fördernde Geschlecht, ist dem damaligen politischen und gesellschaftlichen Hintergrund geschuldet. Eine Färbung gewisser Erkenntnisse in dieser Hinsicht ist deutlich erkennbar. Für die Untersuchung im Rahmen der vorliegenden Arbeit wird diese Untersuchung als Ausgangspunkt der Entwicklung einer aktuellen geschlechter-

differenzierten Forschung verstanden. Auf der Ebene des Gesundheitsbezuges bildete die Differenzierung nach expliziten und impliziten Gesundheitskonzepten eine Besonderheit. Sie konnte sich in dieser Form allerdings nicht durchsetzen, doch inhaltlich blieb sie über ein anderes Konstrukt mit einem verstärkten Fokus auf die rein gesundheitsbezogenen Anteile erhalten. Denn als Bestandteil der subjektiven Gesundheitsvorstellungen bilden die subjektiven Gesundheitstheorien auf persönlicher Ebene in überaus komplexer Weise die gesundheitsbezogenen Abhängigkeiten und Einflussfaktoren ab, die der Einzelne in seiner Lebenswelt für seine Gesundheit wahrnimmt. Für die vorliegende Untersuchung werden die subjektiven Gesundheitsvorstellungen für die Rekonstruktion der kognitiven Anteile von Gesundheit genutzt, vergleichbar einem Vorgehen von Klesse et al. (1992).

Faltermaier (1994) entschied sich in seiner explorativen Studie zum Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitshandeln für Letzteren vor dem Hintergrund einer sozialwissenschaftlichen Tradition im Sinne Max Webers (2005). Die Untersuchung ist auf die Erfassung des Verständnisses von Gesundheit relativ gesunder Alltagsmenschen gerichtet und ihre individuellen Möglichkeiten, Gesundheit zu erhalten. In 40 Interviews mit Erwachsenen mittleren Alters und einem nahezu gleichverteilten Geschlechterverhältnis rekonstruierte der Autor die modellierten Komponenten des Gesundheitsbewusstseins und des Gesundheitshandelns. Die Untersuchungsgruppe wurde entlang des Gesundheitsbezuges in drei Kontrastgruppen unterteilt: Angehörige klassischer Gesundheitsberufe, Arbeiter mit einem eingeschränkten Gesundheitsbezug und Engagierte mit einem erkennbaren Gesundheitsbezug. Die von Faltermaier (1994) modellierten Komponenten des Gesundheitshandelns wurden bereits in Abschnitt 3.2.2.1 dargestellt.

Die Ergebnisse zum Gesundheitshandelns wurden nach vier Schwerpunkten differenziert: (1) Bewusstes Handeln für die eigene Gesundheit, (2) Umgang mit dem Körper und mit Beschwerden, (3) Umgang mit gesundheitlichen Risiken, (4) Veränderung der Lebensweise. Unter dem ersten Schwerpunkt zeigten sich zehn verschiedene Ausprägungen, die der Autor über Idealtypen abbildete. Ein vorsorgendes Gesundheitshandeln reichte von einem Nichtvorhandensein im Sinne einer gesundheitlich sehr riskanten Lebensweise bis hin zu einer gesundheitlich allumfassenden Lebensweise. Zwischen diesen Extremen zeigten sich verschiedene Nuancen. So wurden keine oder wenige gesundheitsbezogene Aktivitäten angegeben, weil andere Werte im Lebensalltag Priorität hatten oder ein Gesundheitshandeln ausschließlich auf medizinische Vorsorgemaßnahmen beschränkt bzw. an der Vermeidung von Risikofaktoren ausgerichtet wurde. Aber auch eine hohe Motivation konnte mit einem wenig ausgeprägten Gesundheitshandeln einhergehen. Darüber hinaus rekonstruierte Faltermaier (1994) ein vorsorgebezogenes Gesundheitshandeln, bei dem Bewegung, Ernährung bzw. Vorsorgemaßnahmen in der Arbeitswelt im Vordergrund stehen, ebenso wie ein ökologisch orientiertes Gesundheitshandeln. Besonders stark vertreten war die Kategorie Bewegung, wohingegen die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen besonders selten genannt wurde.

Im zweiten Schwerpunkt zeigten sich im Umgang mit dem Körper und seinen Beschwerden vier verschiedene Ausprägungen, welche wiederum anhand von Typen dargestellt wurden. Zum einen wurden Beschwerden ignoriert, normalisiert und bagatellisiert, zum anderen wurden Beschwerden als mögliche Krankheitssymptome aufgefasst und diagnostisch abgeklärt. Darüber hinaus zeigte sich die Ausprägung, alltägliche Beschwerden in den Alltag zu integrieren und mit natürlichen Mitteln zu behandeln. Beschwerden als Warnsignale des Körpers zu interpretieren, Ursachen zu suchen und diese dann mit natürlichen Mitteln zu be-

handeln, rekonstruierte Faltermaier (1994) als vierte Form des körperbezogenen Gesundheitshandelns.

Für den Umgang mit gesundheitlichen Risiken als dritten Schwerpunkt machte der Autor sechs verschiedene Typen fest. Risiken ignorieren und bagatellisieren stellt die erste Form dar, eine Risikowahrnehmung ohne eine Einflussmöglichkeit zu sehen, die zweite und verstärkt arbeitsbezogene Risiken wahrnehmen bzw. umweltbezogene Risiken und Ansätze einer Reduktion zu suchen die dritte und vierte Form. Der fünfte Typus strebte eine Veränderung der eigenen Verhaltensweisen an, da er diese als besonders risikobehaftet ausmachte. Der letzte Typus sah für sich Risiken in allen Lebensbereichen und ist aus diesem Grund um eine ganzheitliche Form des Umgangs bemüht. Für den vierten Schwerpunkt gab es vergleichsweise wenig Ansätze, die vor allem bereichsbezogen auftraten wie z.B. im Falle einer Ernährungsumstellung oder der Nutzung von Bewegung als Ressource. Einige Untersuchungs-personen nahmen sogar Umstellungen in mehreren Bereichen vor. Als motivierende Faktoren konnten beispielsweise gesundheitsnegative Erfahrungen mit Krankheit und Beschwerden ebenso wie lebensweltliche Ereignisse und Veränderungen im beruflichen und privaten Be-reich identifiziert werden.

Faltermaier (1994) integrierte die von ihm rekonstruierten Komponenten in die Darstellung entlang der von ihm herausgearbeiteten Kontrastgruppen. Es war dem Autor wichtig hervorzuheben, dass es für diese Gruppen weder ein homogenes Muster eines Gesundheitsbewusstseins noch einen einheitlichen Umgang mit Gesundheit gab. Es ließen sich jedoch gewisse Schwerpunkte ausmachen. Für die Kontrastgruppe der Arbeiter rekonstruierte er drei Typen. Für den ersten war ein riskanter Lebensstil kennzeichnend, der so gut wie keine vorsorgenden Maßnahmen vorsah. Risiken, vor allem wahrgenommen im Beruf und dem eigenen Verhalten, wurden verstärkt verdrängt ebenso wie körperliche Beschwerden, deren Behandlung allenfalls über massive Eingriffe erfolgte. Charakteristisch für diesen Typus war die fehlende Beachtung gesundheitlicher Belange in unterschiedlicher Weise. Gesundheit wurde überwiegend im Sinne von Leistungsfähigkeit verstanden und den Erfordernissen der körperlichen Arbeit untergeordnet. Sie wurde vor allem als extern gesteuert angenommen und fußte auf einer eher fatalistischen gesundheitsbezogenen Theorie. Persönliche Einflussnahme durch Veränderung des Lebensstils wird eher abgewehrt. Faltermaier (1994) beschrieb das Bemühen der Arbeiter, über riskante Verhaltensweisen etwas von ihrem Leben zu haben, als eine Potenzierung der bereits vorhandenen beruflichen Risiken. Neben diesem dominanten Typus zeigte eine Gruppe von Männern eine Fokussierung auf den Bereich sportlicher Aktivität bei einem generell wenig ausgeprägten Gesundheitshandeln. Hier stand das Gesundheitsmotiv nicht im Vordergrund, sondern wurde indirekt bedient. Allerdings wurde es zum Teil mit zunehmendem Alter in seiner gesundheitsförderlichen Wirkung von den Männern wahrgenommen. Der letzte Typus hob sich durch einen stärkeren Gesundheitsbezug von den anderen ab. Das heißt, einige Arbeiter hatten bereits Veränderungen in eine gesundheitspositive Richtung vorgenommen oder standen am Beginn eines solchen Prozesses, überwiegend ausgelöst durch krankheitsbasierte Erfahrungen. Das Spektrum reichte von einer punktuellen Umstellung bestimmter gesundheitsgefährdender Verhaltensweisen ohne Änderung eines genuss- bzw. lustbetonten Lebensstils bis hin zu einer Veränderung der gesamten Lebensweise durch allmähliche Einsicht bezüglich persönlicher gesundheits-gefährdender Faktoren.

Als Kennzeichen für die Kontrastgruppe *Gesundheitsberufe* stellte Faltermaier (1994) die krankheitsbezogene Arbeitstätigkeit voran, woran er ein wenig ausgeprägtes Verständnis für den Erhalt auf der persönlichen Ebene knüpfte. Die Untergruppe der Ärzte zeigte insgesamt

kein ausgeprägtes Gesundheitshandeln, was in Einklang mit einem krankheitsbezogenen Verständnis von Gesundheit stand. Gesundheitseinflüsse wurden vor allem im biologischen Bereich angesiedelt oder durch klassische Risikofaktoren bedingt. Der medizinische Blick auf die eigene Gesundheit setzte sich auf der persönlichen Ebene fort. Ziel war es, Krankheiten möglichst früh zu erkennen und zu behandeln. Die gesundheitspositive Sicht war so gut wie nicht bzw. über die Vermeidung bestimmter Risikofaktoren vorhanden. Gesundheitspositive Aktivitäten wie Sport oder Entspannung konnten sogar durch den Blick auf eine Reduktion eines Risikofaktors überdeckt werden. Im Geschlechtervergleich wurden die Betonung einer gesunden Ernährung auf weiblicher Seite und eine gelegentlich etwas stärkere Betonung der körperlichen Bewegung auf männlicher Seite deutlich. Der Autor beschrieb die pathogenetische Sozialisation der Ärzte als so dominant, dass sie den persönlichen Umgang mit Gesundheit wesentlich beeinflusste. Das Gesundheitshandeln der Untergruppe Pflege-kräfte war weniger homogen. Hier erstreckte sich die Spannbreite von einem umfassend integrierten Handeln bis hin zu vollständiger Ablehnung und Negation eines persönlichen Einflusses. Am häufigsten war bei den Krankenpflegekräften jedoch ein facettenreiches Gesundheitshandeln zu finden, dass der Autor als gesunde Lebensweise bezeichnete. Zusammenfassend hielt er für diese Untergruppe fest, dass sie sich in einem Zwiespalt zwischen einem medizinischen Denkmodell und einem persönlichen gesundheitsbezogenen Lebensstil befanden, der sich in einer unterschiedlich starken Umsetzung eines Gesundheitshandelns zeigte.

Als bezeichnend für die Kontrastgruppe *Engagierte* hielt Faltermaier (1994) fest, dass das abgrenzende Kriterium nicht zwangsläufig ein besonders ausgeprägtes Gesundheitshandeln nach sich zog, da die Auswahl anhand eines öffentlichen Engagements in bestimmten Gruppen (Umwelt, Ernährung, Arbeit) getroffen wurde. Auch hier konnte kein einheitliches Muster identifiziert werden, sondern lediglich Schwerpunkte eines Gesundheitshandelns. Als Besonderheit hob der Autor für diese besonders motivierte Gruppe hervor, dass sich ihr Engagement weniger auf ihre eigene Gesundheit richtete, sondern vielmehr auf die ihrer Kinder, z.B. über die Ernährung oder im Umweltbereich auf den generellen Erhalt der Natur. Das Handeln war überwiegend auf einen speziellen Bereich bezogen, zeigte in der Bandbreite jedoch keine beträchtlichen Abweichungen zu den anderen Kontrastgruppen. Das Gesundheitsbewusstsein hingegen deckte das gesamte Spektrum von negativ bis positiv ab. In dieser Gruppe waren überwiegend Frauen zu finden, was der Autor auf die innerfamiliär weiterhin vermehrt an die Frau gebundene Verantwortung für den Ernährungsbereich und einen größeren zeitlichen Spielraum für Umweltthemen im Falle einer Hausfrauentätigkeit bzw. Teilzeitbeschäftigung zurückführte. In dieser Verbindung wurde soziale Verantwortung zu einem Motiv, sich für Gesundheit umfassender zu engagieren. Dieses Engagement hatte eine fürsorgliche Ausrichtung und blieb erstaunlicherweise auf dieser Ebene stehen. Das heißt, die Familie wurde über die gesundheitsbezogenen Maßnahmen beteiligt und nahm an diesen mehr oder minder aktiv teil, doch ein kommunikativer Austausch fand selten statt.

Über die drei Kontrastgruppen zeigte Faltermaier (1994) unterschiedliche Einbindungen eines Gesundheitsbewusstseins und Gesundheitshandelns in die individuelle Lebensweise in Form von Typen auf. Insgesamt bot die Untersuchung über die theoretische Erarbeitung der Komponenten des Gesundheitsbewusstseins und Gesundheitshandelns und ihrer empirischen Rekonstruktion, eingebettet in den Gesamtzusammenhang der individuellen Lebensweise, eine Annäherung an das Thema Gesundheit im Alltag aus einem anderen Blickwinkel, der das Individuum und den Gesundheitserhalt in den Mittelpunkt rückte. Die Differenzierung des Gesundheitshandelns nach Komponenten wird für die vorliegende Untersuchung als theoretischer Ausgangspunkt genutzt und in Verbindung mit weiteren Forschungsergebnissen in

eingebundener Form verwendet. Darüber hinaus wird der Blick auf die Wahrnehmung gesundheitspositiver Effekte beim männlichen Geschlecht gerichtet und überprüft, ob sich mit zunehmendem Alter eine Sensibilisierung für Gesundheitsthemen zeigt.

Sonntag/Blättner (1998) lieferten in ihrer Literaturrecherche ergänzende Aspekte zum Gesundheitshandeln von Frauen und Männern. Die Autorinnen deuteten die Begriffsentwicklung ausschließlich überblicksartig an mit seinen Bezügen zu einem Handlungsbegriff in sozialwissenschaftlicher Tradition, dessen Ursprünge in einer Denktradition Max Webers gesehen wurden. Sie wiesen darauf hin, dass der Begriff des Gesundheitshandelns ein vergleichsweise wenig verwendeter Begriff ist. Als seine Spezifika wurden die Anbindung an die persönlichen Lebensweisen der Menschen und ihr bedeutungsvolles, komplexes Handeln benannt. Zum einen verstanden die Autorinnen das Gesundheitshandeln als Überbegriff für gesundheitsbezogene Aktivitäten und Kompetenzen, die sich Subjekte aneignen können, zum anderen im engeren Sinn in Abgrenzung zum Gesundheitsverhaltensbegriff in seiner behavioristischen Tradition. In dieser Verwendung bezog er sich ihrer Meinung nach auf absichtsvolle Aktivitäten zur Verbesserung der eigenen Lebensumstände. In seiner Essenz umfasste er im Einklang mit diesem Verständnis das, was der Einzelne für seine persönlichen gesundheitsbezogenen Belange tut. In ihrer Definition schließen sich die Autorinnen Klesse et al. (1992) an, die bereits dargestellt wurde. In diesem Bezug beinhaltete Gesundheitshandeln nach ihrem Verständnis ein Handeln für die eigene Gesundheit durch das Individuum selbst, was auch eine Veränderung der Verhältnisse einschließen kann (Sonntag/Blättner, 1998). Es war den Autorinnen wichtig zu betonen, dass ein dahinter stehendes Motiv nicht primär gesundheitsorientiert sein muss. Als entscheidend wurde vielmehr angesehen, ob ein Handeln als Teil der Lebensweise einen gesundheitspositiven Effekt in einem umfassenden Sinne bietet. Damit lösten die Autorinnen ein Gesundheitshandeln von der motivalen Ausrichtung einer Person und bewerteten es ausschließlich anhand seines gesundheitspositiven Effekts. Diese Haltung scheint dem Aspekt einer absichtsvollen Ausrichtung des Gesundheitshandelns zu widersprechen. Auch mit einem von Faltermaier (1994) als bewusst und zielgerichtet definierten Begriff des Gesundheitshandelns erscheint diese Annahme unvereinbar. In die vorliegende Untersuchung wird in die Rekonstruktion eines Gesundheitshandelns diese spezielle Annahme der Autorinnen einbezogen. Die Autorinnen stellten sowohl die Abgrenzung zu einem dominanten Gesundheitsverhaltensbegriff als auch das Konzept eines mit dem Gesundheitsbewusstsein interagierenden Gesundheitshandelns im Sinne Faltermaiers (1994) dar, um anschließend auf den Zusammenhang von Geschlecht, Gesundheit und Gesundheitshandeln einzugehen. Dieser Zusammenhang wird im Rahmen der vorliegenden Arbeit eingehend in Kapitel 4 beleuchtet. Für die vorliegende Arbeit wird die nicht zwingende Notwendigkeit einer auf Gesundheit ausgerichteten Motivation als wichtig angesehen, gerade weil dieser Bezug auf den ersten Blick mit einem absichtsvollen Gesundheitshandeln unvereinbar scheint. Für die nachfolgende Untersuchung wird die Definition eines Gesundheitshandelns im Sinne Faltermaiers zugrundegelegt, ein Handeln bezüglich des motivationalen Aspektes jedoch geprüft.

Eine umfassende Studie, die die Forschung zum Thema Gesundheit im Alltag entscheidend geprägt hat, wurde von Faltermaier et al. (1998) vorgelegt. Die in Abschnitt 3.2.2.2 dargestellte lebensweltliche Einbettung des Gesundheitshandelns ist auf diese Studie zurückzuführen. Ausgehend von einer salutogenetischen Grundhaltung richteten die Autoren in einem ersten Schritt das Augenmerk auf die kognitive Seite einer Laiengesundheit. Über einen qualitativen Ansatz rekonstruierten sie in 61 Interviews die subjektiven Gesundheitsvorstellungen von 61 Gesprächspartnern mit ihren Besonderheiten und Regelmäßigkeiten. Die Untersuchungs-

gruppe setzte sich jeweils zur Hälfte aus Frauen und Männer im Alter von 25 bis 30 Jahren eines mittleren Qualifikationsniveaus zusammen. Hiervon ausgehend erweiterten Faltermaier et al. (1998) den Blick auf die gesundheitsbezogenen Aktivitäten der Untersuchungspersonen und erarbeiteten eine Typologie für das Gesundheitshandeln, eingebettet in eine spezifische Lebensweise. Die Gesamtheit der gesundheitsbezogenen Konzepte und Vorstellungen der Interviewpartner bildeten nach Meinung der Autoren die kognitive Basis für Handlungsorientierungen. Eine Orientierung allein ließ jedoch noch keine Aussage über eine Handlungsrelevanz zu. Aus diesem Grund betrachteten die Autoren in einem dritten Schritt das Gesundheitshandeln unter Berücksichtigung der spezifischen Lebensumstände des Einzelnen, da sie die Annahme zugrunde legten, dass gesundheitsbezogene Aktivitäten immer mit der individuellen Lebenswelt verbunden seien.

Faltermaier et al. (1998) rekonstruierten drei Formen des Gesundheitshandelns als Lebensweise: (1) Lebensweise ohne ausgeprägtes Gesundheitshandeln, (2) Gesundheitshandeln mit spezifischem Handlungsschwerpunkt, (3) Gesundheitshandeln integriert in die Lebensweise. Die erste Form umfasste wiederum folgende Untergruppen: kein bewusstes Gesundheitshandeln, beschwerdenbezogenes Gesundheitshandeln, riskanter Lebensstil und Ansätze eines bewussten Gesundheitshandelns. Formen mit einem spezifischen Handlungsschwerpunkt beinhalteten folgende Gruppen: primär ernährungsbezogenes Gesundheitshandeln, primär bewegungsbezogenes Gesundheitshandeln, primär naturbezogenes Gesundheitshandeln, primär noxenbezogenes Gesundheitshandeln und Gesundheitshandeln als Abbau eines Risikoverhaltens. Unter die letzte Form wurde Folgendes gefasst: sozial motiviertes Gesundheitshandeln, psychisches und soziales Gesundheitshandeln, mehrdimensionales Gesundheitshandeln, Gesundheitshandeln dominiert Lebensweise. Die Autoren sahen die gesundheitsbezogenen Aktivitäten als an den Lebenskontext gebunden und in ein Alltagshandeln eingebettet, woraus sich die motivationalen Bedingungen für ein Gesundheitshandeln entwickelten (s. Abschnitt 3.2.2.2). Vor diesem Hintergrund haben Faltermaier et al. (1998) vier kontrastierende Fälle ausgewählt, die sowohl die kognitive als auch die handlungsbezogene Ebene einer Lebensweise und ihres Gesundheitsbezuges abbildeten.

Der kontrastierende Fall der sozial normierten Lebensweise ging von einem festgesetzten allgemein gültigen Orientierungsrahmen für das Alltagsleben aus, indem er sich anhand von Normen und Werten orientierte. Die Lebensgestaltung entwickelte sich vor allem aus der Einhaltung vorgegebener sozialer Rollen und daran geknüpfter Lebensmuster heraus. Eine individualisierte Lebensgestaltung war für diese Untersuchungsperson zweitrangig, die Orientierung an sozialen Normen und Werten stand eindeutig im Vordergrund. In den Gesundheitsvorstellungen dominierte die negative Bestimmung von Gesundheit in Form des Schalter-Modells. Gesundheit wurde erst dann als wichtig wahrgenommen, wenn Probleme in diesem Bereich auftraten. Auf der Ebene der Gesundheitstheorien herrschte die Annahme eines schicksalhaften Eintretens von Krankheiten, ebenso wie die eines altersbedingten Gesundheitsabbaus vor. Externe Risiken und der Alterungsprozess wurden als negativ beeinflussende Faktoren wahrgenommen, denen eine starke Konstitution als positive Ressource entgegengestellt wurde. Das Gesundheitshandeln knüpfte an diese Vorstellung an. Es bewegte sich im passiven Bereich, das heißt, Vorsorgeuntersuchungen wurden aktiv vermieden ebenso wie präventive Aktivitäten. Gesundheit wurde eher mit Einschränkungen verbunden und als dem Vergnügen abträglich angesehen. Die Orientierung an einem Lustgewinn und damit einhergehend eine Vermeidung von Beunruhigungen und Störungen des Wohlbefindens ebenso wie von Stress und Belastungen waren bezeichnend für diesen Fall.

Dem nächsten Fall lag eine rationale Lebensgestaltung zugrunde. Es wurden Idealvorstellungen eines Lebensalltags dargestellt, die jedoch nur selten zu erreichen waren. Alles war von einem Streben nach Perfektion unterlegt mit einem hohen Anspruch an sich selbst. Diese Grundhaltung war an eine Prüfung der Zielerreichung anhand nachvollziehbarer Verhaltenskriterien geknüpft. Gesundheit wurde als eine kognitiv steuerbare, kontrollierbare Lebensaufgabe dargestellt, die als Ergebnis eines Leitungsprozesses bewertet werden kann. Den einschränkenden Vermerk, dass vollkommene Gesundheit ein nicht zu erreichendes Ideal sei, ordnete die Untersuchungsperson über die gewählte Formulierung als ein allgemein gültiges Problem der Menschheit ein, was die Schwere eines Nichterreichens minderte. Das Batterie-Modell bildete die Gesundheitsvorstellungen dieses Falles ab. Gesundheit hatte einen hohen Stellenwert, aber vielfältige lebensweltliche Einschränkungen verhinderten das Erreichen eines Gesundheitsideals. Es wurde von einem gewissen Gesundheitspotenzial ausgegangen, das sich langsam reduziert. Auf der inhaltlichen Ebene dominierten die Konzepte Abwesenheit von Schmerzen ebenso wie den Erhalt eines körperlichen, sozialen Wohlbefindens und von Kraft und Energie. Im Bereich der Theorien stand die Minimierung externer Risiken im Vordergrund, die das Gesundheitspotenzial gefährden konnten. Starke Schonung, eine gesundheitsbezogene Lebensgestaltung auf Basis einer gesunden Ernährung und Bewegung ebenso wie eine starke Konstitution wurden als für den Erhalt des Potenzials dienlich angesehen. Diese Vorstellungen schlugen sich im Gesundheitshandeln nieder. Eine rationale Lebensgestaltung mit einer Konzentration auf eine gesunde Ernährung stand im Vordergrund. Körperliche und psychische Stresssituationen wurden gemieden und eine naturheilkundliche Behandlung einer schulmedizinischen vorgezogen. Ein Gesundheitshandeln basierte immer auf der Annahme, dass es richtige Gesundheitsverhaltensweisen gibt, denen es zu folgen gilt. Die Risiken des Alltagslebens standen einer solchen Verhaltensweise nicht selten entgegen. Aus diesem Grund kam die Untersuchungsperson im Rahmen ihrer kognitiven Kontrolle zu dem Schluss, dass sie aufgrund der Erkenntnis eines nicht zu erreichenden Ideals, ihre Ansprüche reduzieren, locker lassen müsse und mehr Spaß haben sollte.

Der dritte Fall war durch das Lebenskonzept der sozialen Harmonie gekennzeichnet. Es umfasste die aktive Teilhabe an und die Gestaltung von sozialen Gemeinschaften. Ständige Balancebewegungen gestalteten den Abstimmungsprozess zwischen der Einzelperson und der sozialen Umgebung. Den Gesundheitsvorstellungen wurde das Akkumulatormodell zugrunde gelegt. Durch einen Regenerationsprozess konnte ein vorhandenes Gesundheitspotenzial wieder aufgefüllt werden. Auf der inhaltlichen Ebene wurde diese Dynamik durch das Verständnis von Gesundheit als ein seelisch-körperlich-soziales Wohlbefinden und Harmonie abgebildet. Die Rolle von Gesundheit wurde in diesem Zusammenhang vor allem durch die Übernahme sozialer Verantwortung bestimmt. In der Gesundheitstheorie schlug sich dies in der Annahme eines mehrdimensionalen Gleichgewichts nieder, das über ständige Ausgleichsprozesse und eine möglichst hohe Zufriedenheit in allen Lebensbereichen positiv bzw. alltägliche Risiken negativ beeinflusst werden kann. Auch im Gesundheitshandeln wurde eine Balance auf allen Ebenen angestrebt, sowohl körperlich, seelisch als auch sozial. Es reichte von einer gesunden Ernährung und sportlichen Betätigung über Zufriedenheit und Selbstverwirklichung bis hin zur Interaktion und Abstimmung mit der sozialen Umwelt. Dieser Fall beschrieb einen fortwährenden gesundheitsbezogenen Balanceakt.

Dem letzten dargestellten Fall lag das Lebenskonzept des autonomen Subjekts zugrunde. Die Lebensgestaltung wurde als eine Abfolge freier Entscheidungen für sein konkretes Handeln auf Basis eines möglichst großen Spielraums angesehen. Gesundheit wurde vor diesem Hinter-

grund ein hoher Stellenwert zugeschrieben im Sinne einer zentralen Voraussetzung für die autonome Lebensgestaltung. Die Gesundheitsvorstellungen wurden auf der dynamischen Ebene vom Expansionsmodell bestimmt, inhaltlich von den Konzepten der maximalen Handlungs- und Gestaltungsfähigkeit, eines psychischen Wohlbefindens und der Abwesenheit von Einschränkungen. Die Gesundheitstheorien beinhalteten die Stärkung und Erweiterung des Gesundheitspotenzials über die Herstellung einer positiven Lebenseinstellung, Handlungs- und Entscheidungsfreiheit als positive Einflüsse und Einschränkungen unterschiedlichster Art auf der Negativseite. Die Expansion des eigenen Handlungsspielraums wurde als gesundheitsförderlich angesehen. Die Erweiterung der individuellen Handlungs- und Leistungsfähigkeit führte zu einem Zuwachs an Selbstbewusstsein und Zufriedenheit. Ein sich hieran anschließendes Gesundheitshandeln war vor allem auf die Herstellung, Aufrechterhaltung und Erweiterung eines psychischen Wohlbefindens gerichtet. Hierunter fasste die Untersuchungsperson die Maximierung psychischer und körperlicher Gestaltungsmöglichkeiten, die Minimierung von äußeren Einschränkungen ebenso wie kontrollierte Grenzerfahrungen. Im Mittelpunkt standen die Schaffung möglichst vieler Gelegenheiten zur Aktivität, Anstrengung und Bewältigung von Anforderungen und die Stressvermeidung. Diese war wiederum auf den Erhalt eines möglichst großen Handlungsspielraums gerichtet, z.B. durch die Reduktion gesellschaftlicher Zwänge. Maximale Handlungsfreiheit war für alle Lebensbereiche auch für den Gesundheitsbereich in diesem Fall zentral.

Faltermaier et al. (1998) verdeutlichten die lebensweltliche Verwobenheit von Gesundheit und die Wirkung kognitiver Anteile auf die Ausformung des Gesundheitshandelns. Erst diese Einbettung ließ ein gesundheitsbezogenes Handlungsbedürfnis hervortreten, das hinter der Ausprägung eines Handelns steht, und somit reichte die Ausrichtung an den Kontrollüberzeugungen nicht aus. Anhand der kontrastierenden Fälle machten die Autoren deutlich, dass Gesundheit weder auf Risikovermeidung noch auf der Verwirklichung aller gesundheitspositiven Ansätze basieren kann, sondern vielmehr durch eine Optimierung der individuellen Gesundheitsbilanz immer neu geschaffen werden muss. Dies ging Hand in Hand mit der Aussage der Autoren, dass Gesundheit kein prioritäres Handlungsziel im Leben darstellen kann, sondern vielmehr als Teil der Aufgaben und Anforderungen des Alltags zu sehen ist. Damit müsste eine Gesundheitsbilanz immer als Teil der Lebensbilanz ausbalanciert werden. Die Studie von Faltermaier et al. (1998) machte deutlich, dass es hierbei nicht ausschließlich um ein höheres Maß von Selbstkontrolle und Disziplinierung gehen kann, sondern vielmehr um ein individuelles Gleichgewicht, das gesundheitspositive und -negative Seiten im Gesamtkontext des Alltagshandelns in Einklang bringt. Die Anbindung eines Gesundheitshandelns über die subjektiven Gesundheitsvorstellungen auf der kognitiven Seite erscheint für die salutogenetische Ausrichtung der vorliegenden Arbeit als besonders geeignet und wird aus diesem Grund übernommen ebenso wie die Rekonstruktion des Gesundheitshandelns entlang spezifischer Lebensweisen und die Unterteilung in der dargestellten Form. Die von Faltermaier (1994) theoretisch angebundenen Komponenten fließen in diese Verwobenheit mit der Lebenswelt mit ein und bilden wiederum eine komplexe Einheit im Lebensalltag des Einzelnen, welche für die vorliegende Untersuchung mit ihrem Gesundheitsbezug von Bedeutung ist.

In aktuellen Studien dominierte weiterhin der Gesundheitsverhaltensbegriff. Dies mag sowohl auf die immer noch verstärkte Verwendung quantitativer Methoden im Bereich der Gesundheitspsychologie als auch auf die Anerkennung des Gesundheitsverhaltensbegriffes in diesem Forschungsfeld zurückzuführen sein. Aber auch aus dem Bereich der Soziologie, die sich verstärkt auf den Handelnsbegriff stützt, zeigte sich keine gesteigerte Verwendung (Ehrlich,

2006). Dies könnte auf die Begrenzung des Gesundheitshandelns auf die Subjektebene zurückzuführen sein bzw. auf die immer noch weniger stark ausgeprägte Forschungsaktivität in diesem Feld.

Hitzblech (2005) führte eine zehnjährige Langzeituntersuchung durch, die sich mit den subjektiven Gesundheitsvorstellungen und ihrer Bedeutung für das individuelle Gesundheitshandeln in der nachberuflichen Lebensphase befasste. Im Rahmen des Promotionsvorhabens wurden 13 Frauen und 17 Männer in den ersten zehn Jahren ihres Ruhestandes begleitet, um sowohl die subjektiven Gesundheitsvorstellungen und das Gesundheitshandeln differenziert zu analysieren als auch die Wahrnehmung und Nutzung von Potenzialen für ein *gesundes* Altern. Die 30 Probanden traten mit dem Tag ihrer Verabschiedung in eine langjährige Beobachtungphase von 1993 bis 2002 ein, die durch ein Fernsehteam des Südwestrundfunks (SWR) im Rahmen des Projekts *Das 3. Leben* begleitet wurde. Darüber hinaus betreute ein wissenschaftlicher Berater die Teilnehmer und hielt außerhalb der einmal jährlich stattfindenden Sendungen Kontakt zu den Teilnehmern ebenso wie zwei Redakteure des SWR. Einmal jährlich wurden die Probanden nach Absprache interviewt und fünf bis neun Personen zu einem bestimmten Themenschwerpunkt nochmals gesondert befragt, woraus jährlich drei *Porträtfilme* entstanden. Darüber hinaus trafen sich die Teilnehmer jährlich zu einer Studiodiskussion, geleitet von einem Mitglied des Wissenschaftsbeirates. Im Abschlussjahr wurden darüber hinaus *Bilanz*-Filme gedreht, die die Lebenslinien des Einzelnen nachzeichneten. Insgesamt wurde für diese Untersuchung das Interviewmaterial vom Casting, die Porträtfilme, die Diskussionsendungen, nicht ausgestrahltes Material und die von den Probanden verfassten Lebensläufe verwendet. Die Auswertung der Daten erfolgte über interpretative, rekonstruktive Verfahren, die in eine Typologie mündeten. Die Autorin legte der Untersuchung eine salutogenetische und subjektwissenschaftlichen Perspektive zugrunde, die sich begrifflich in den subjektiven Gesundheitsvorstellungen und des Gesundheitshandelns niederschlugen. An dieser Stelle sei jedoch kritisch angemerkt, dass diese Orientierung zwar immer wieder betont, jedoch letztendlich nicht konsequent umgesetzt wird. So zeigte sich bereits in der Beschreibung des individuellen Gesundheitshandelns, dass verstärkt der Umgang mit Beschwerden und präventive Strategien betont wurden statt gesundheitsfördernde Aspekte. Dies setzte sich in der Auswertung in einer deutlichen Betonung des Umgangs mit Krankheiten fort. In der Umsetzung schien eine pathogenetische Perspektive immer wieder durch. Die fehlende Konsequenz an der subjektorientierten Ausrichtung des gesunden Menschen wurde durch eine verschwommene Verwendung des Handelns- und des Verhaltensbegriffes deutlich, z.B. in der Verwendung beider Begriffe innerhalb der Auswertung oder die Verwendung des Patientenbegriffes zur Darstellung des Forschungsbedarfs im Lebensalltags. Neben der grundlegenden Perspektive betonte Hitzblech (2005) die Notwendigkeit einer geschlechtsdifferenzierten Überprüfung der Ergebnisse. Hitzblech (2005) differenzierte die Ergebnisse nach verschiedenen Bereichen. Sie grenzte die Gesundheitskonzepte von den Gesundheitstheorien und dem Gesundheitshandeln ab. Für das Gesundheitshandeln rekonstruierte die Autorin 13 Typen, die sie drei Kategorien zuordnete.

Hitzblech (2005) arbeitete für die untersuchte Gruppe sechs subjektive Gesundheitskonzepte heraus. Diese deckten das gesamte Spektrum von Belastungsfreiheit bis hin zu einem seelischen Wohlbefinden ab. Für den Gesundheitsbegriff hielt Hitzblech (2005) eine Mehrdimensionalität fest, die sich ihrer Meinung nach sowohl auf einer somatischen, psychischen als auch psychosozialen Ebene manifestierte. Die Autorin hob in diesem Zusammenhang eine sich mehrfach wiederholende Darstellung von Gesundheit als eine vom Alter abhängige Variable hervor. Des Weiteren identifizierte die Autorin 15 subjektive Theorien, die Vor-

stellungen darüber enthielten, inwieweit die eigene Gesundheit als beeinflussbar angesehen wurde. Hier reichte die Spannbreite von einer Wahrnehmung von Gesundheit als schicksalsbedingt und kontrollierbar bis hin zu subjektiven Theorie im Sinne eines Gleichgewichts. Die gesamte Gruppe wünschte sich Gesundheit für ihre Zukunft mit der Begründung, dass Gesundheit im Alter für die Lebensqualität und eine gewisse Autonomie zunehmend an Bedeutung gewinne. Das Gesundheitshandeln wurde in einem ersten Schritt anhand von Ankerbeispielen analysiert. Gerade an dieser Stelle trat die stärker pathogenetische Blickrichtung der Autorin hervor trotz einer Betonung einer salutogenetischen Ausrichtung. Themen wie Krankheit, Pflegebedürftigkeit und Tod wurden bevorzugt betrachtet, ebenso wie die Umgangsformen mit Krankheit und Beschwerden, präventive Strategien, die Aktivierung von gesundheitlichen Ressourcen und der Umgang mit gesundheitlichen Risiken. Die Ressourcen bildeten in dieser Ausrichtung die gesundheitspositiven Aspekte ab. Hitzblech (2005) machte persönliche Konzepte der Gesunderhaltung fest, die von einer gesunden Ernährung, über verschiedene Sportarten, mentalem Training, Stressvermeidung bis zur Inanspruchnahme professioneller Hilfe zur Entwicklung körperlicher bzw. psychisch-personaler Ressourcen reichten. Die Darstellung anhand der Beispielzitate machte die Verankerung der Autorin im medizinischen Denksystem deutlich. Das nach Faltermaier (1994) vor allem im Laiensystem verankerte Gesundheitshandeln erhielt hier in der Darstellung einen verstärkten Bezug zum professionell medizinischen System im Sinne einer Hilfestellung der Ressourcenentfaltung oder auch der persönlichen Risikoeinschätzung. Individuelle Ressourcen wurden vor allem in ihrer Funktion als belastungssenkende Fähigkeiten beschrieben. Eine eindeutige Geschlechtsspezifik konnte die Autorin im Gesundheitshandeln nicht festmachen, da sich das Gesundheitshandeln der Frauen nicht von dem der Männer unterschied. Im Umgang mit Gesundheit zeigte keines der beiden Geschlechter einen sensibleren Umgang bzw. vermehrt präventive Maßnahmen.

In einem letzten Schritt rekonstruierte die Autorin die Handlungsmuster zur Gesunderhaltung bzw. Gesundheitsgefährdung. Als Zielrichtung für diesen Abschnitt machte sie die Erarbeitung einer möglichen Einwirkung der Gesundheitsvorstellungen auf das Gesundheitshandeln fest und darüber hinaus die eingehende Betrachtung eines potenziellen Einflusses der Vorstellungen von einem *gesunden Alter* auf den Alltag bzw. die Entwicklung eines gesundheitlichen Handelns. Sie identifizierte 13 verschiedene Typen, die sie wiederum in eine von Faltermaier et al. (1998) erarbeitete Dreiteilung einordnete. Diese Unterteilung differenzierte das Gesundheitshandeln nach dem Umfang, den es im Leben des Einzelnen einnahm. Der ersten Gruppe wurden Handlungsmuster zugeordnet, die kein oder ein kaum ausgeprägtes Gesundheitshandeln aufwiesen. In der zweiten Gruppe war ein spezifischer Handlungsschwerpunkt auszumachen, und in der dritten erstreckte sich das Gesundheits-handeln auf den gesamten Alltag durch eine umfassende Integration. Hitzblech (2005) machte für die Realisierung konkreter gesundheitsförderlicher Aktivitäten die Anbindung an situative Gegebenheiten fest, die die Handlungsmöglichkeiten einer Person bestimmten. Darüber hinaus betonte sie die Notwendigkeit des Vorhandenseins einer durch kognitive und emotionale Bedingungen gesteuerte Motivation für ein Handeln. Insgesamt bildeten laut Hitzblech (2005) das subjektive Konzept, die subjektive Theorie von Gesundheit ebenso wie der Stellenwert von Gesundheit auf individueller Ebene und damit die Motivation zur Gesunderhaltung, wesentliche Voraussetzungen für alle Aktivitäten zur Aufrechterhaltung und Förderung der Gesundheit. In den identifizierten Handlungsmustern selbst schlug sich dies durch ein komplexes Zusammenwirken der subjektiven Gesundheitsvorstellungen und der Lebensverhältnisse nieder. Die Typen bildeten laut Autorin das Spektrum subjektiver Gesundheitsvorstellungen,

gegebenenfalls manifestiert, in einem Gesundheitshandeln der untersuchten Ruheständler ab. Sie rekonstruierte folgende Typen: der Nachholer, der Selbstbestimmte, der nur auf gesundheitliche Störungen Reagierende, der Aktive, der Überwinder, der sich Vernachlässigende, der Weitermacher, der Anpassungsfähige, der Gesundheitsbewusste, der Kämpfer, der Genügsame, der Dulder, der Resignierte.

Im Sinne der Differenzierung nach Faltermaier et al. (1998) ordnete die Autorin der ersten Gruppe ohne ausgeprägtes Gesundheitshandeln folgende Typen zu: der nur auf gesundheitliche Störungen Reagierende, der Genügsame, der sich Vernachlässigende, der Dulder, der Resignierte. In die Gruppe mit einem spezifischen Handlungsschwerpunkt ordnet sie den Nachholer, den Selbststimmten und den Überwinder ein. Und folgende fünf Typen zeigen eine Integration des Gesundheitshandelns in den Alltag: der Weitermacher, der Anpassungsfähige, der Gesundheitsbewusste, der Aktive, der Kämpfer. Die Darstellung der Einzeltypen und die Differenzierung anhand der Gruppen wiesen auf inhaltliche Überschneidungen hin, wodurch die stringente Abgrenzung der entwickelten Typen infrage zu stellen ist. Beispielhaft hierfür steht der Typus *Der Aktive*, dessen inhaltliche Attribute sich ebenso wie das für die Abgrenzung gewählte Adjektiv *aktiv* in der Darstellung verschiedener Typen wiederzufinden war. Fraglich ist somit, ob *Der Aktive* tatsächlich einen eigenständigen Typus darstellt oder vielmehr eine Eigenschaft verschiedener Typen ist. An dieser Stelle scheint die Abgrenzung des Typus undifferenziert zu sein, sodass sich verschiedene Ebenen vermischen, wodurch insgesamt die gewählten Kriterien einer Gruppierung in einer Typologie zu hinterfragen wären. Als Resultat ihrer Studie hielt die Autorin fest, dass ein Gesundheitshandeln eher von sozialen, emotionalen und kognitiven, nicht aber von gesundheitlichen Faktoren gesteuert wird. Sie identifizierte vielmehr psychische Stärke, eine große innere Ruhe, ein großes Selbstbewusstsein, eine Überzeugung in die eigenen Kompetenzen, eine positive Lebenseinstellung, positives Denken, erworbene Kompetenzen im Umgang mit Belastungen und zur Bewältigung des Lebens als die entscheidenden beeinflussenden Faktoren. Zudem betonte sie für einige Handlungsmuster das sehr umfassende und tief sitzende Vertrauen in sich und die eigenen Kräfte als Basis (Hitzblech, 2005). Diese Beschreibung deutete eine Nähe zu dem von Antonovsky (1997) geprägten Begriff des Kohährenzgefühls hin. Die fehlende Verknüpfung ihrer Ausführungen mit diesem Begriff und seinen gesundheitlichen Bezügen sowie die fehlende Rückkopplung zum Modell der Salutogenese sei an dieser Stelle kritisch angemerkt. Ebenso bleibt die untrennbare Verbindung lebensweltlicher Bezüge mit gesundheitlichen Belangen unberücksichtigt (Faltermaier, 2005a; Faltermaier et al., 1998). Vor diesem Hintergrund bietet Hitzblechs (2005) Untersuchung für diese Arbeit wertvolle Erkenntnisse, deren fehlende Konsequenz in der Ausrichtung am salutogenetisch geprägten Gesundheitshandeln und die unklare Abgrenzung der Typologie jedoch kritisch angemerkt wurde und in diesem Sinne nicht in die theoretische Basis übernommen wird.

Nideröst (2007) nutzte den Begriff des Gesundheitshandelns für ihre Untersuchung zum Thema Männer, Körper und Gesundheit mit Blick auf die somatische Kultur und die sozialen Milieus bei Männern. Sie führte eine telefonbasierte Befragung an 1.170 Schweizer Männern im Alter von 25 bis 65 Jahren durch, die in zwei Erhebungswellen von Oktober bis Dezember 2002 und April bis Juni 2003 stattfand. Die Autorin legte die Annahme zugrunde, dass die Einstellung dem eigenen Körper gegenüber nur selten als Determinante zur Erklärung eines Gesundheitsverhaltens genutzt wird. Sie ging von der Dominanz der sozialkognitiven Erklärungsmodelle des Gesundheitsverhaltens aus und nahm Bezug auf die Theorie der rationalen Wahl, die diesen zugrunde liege. An dieser Stelle verwendete sie erstmals den Begriff des Gesundheitshandelns, der der Autorin zufolge auf einer rationalen Entscheidung

auf Basis einer Kosten-Nutzen-Abwägung des Individuums fußt. Somit stellte sie das Gesundheitshandeln in einer ersten Verwendung als real ausgeformte gesundheitsbezogene Handlung dar, ohne den Begriff explizit einzuführen bzw. ihn von einem Gesundheitsverhalten abzugrenzen. Hieran schloss sich eine Darstellung ausgewählter sozialkognitiver Erklärungsmodelle an: Health Belief Model, Theory of Reasoned Action, Theory of planned behaviour, Protection Motivation Theory. Im Anschluss nahm die Autorin die Kritik an diesen Modellen aus der Richtung der Laientheorien (Flick, 1998) auf und ging auf die Ergebnisse der klassischen Studie Herzlichs (1981) zu den subjektiven Gesundheitskonzepten ein. Sie unterstrich, dass Folgestudien diese Ergebnisse bestätigten und machte dann einen Sprung, indem sie auf die bisherigen Befunde zur Differenzierung der Gesundheitsvorstellungen nach den Merkmalen Alter und Geschlecht einging. Nideröst (2007) hob die stärkere Betonung von Leistungsfähigkeit und ein Gesundheitsverständnis als Abwesenheit von Krankheit bei Männern hervor, wohingegen Frauen Gesundheit vermehrt über psychisches Wohlbefinden definieren würden. Einschränkend fügte sie jedoch hinzu, dass die Studie von Schulze/Welters (1998) eine Abschwächung der Geschlechtsdifferenzen unter Berücksichtigung der Variable Alter zeigte. Des Weiteren hob die Autorin die Schichtabhängigkeit von gesundheitsbezogenen Definitionen hervor, die eine Negativtendenz für untere Schichten wiedergaben. Vor diesem Hintergrund nahm sie Bezug auf Faltermaier (1998), der die Entwicklung subjektiver Gesundheitskonzepte in der Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Lebensbedingungen und -erfahrungen begründet sieht. Nach dieser Darstellung der subjektiven Gesundheitsvorstellungen fehlten der Bezug zum Begriff des Gesundheitshandelns, seine Definition und seine Abgrenzung zum Begriff des Gesundheitsverhaltens. Die Autorin setzte das oben indirekt vermittelte Verständnis für die Untersuchung voraus und nahm keine weiteren Konkretisierungen vor. Aufgrund der fehlenden Differenzierung ging die Wahl des Begriffs Gesundheitshandeln für diese Arbeit nicht eindeutig hervor.

Nideröst (2007) rekonstruierte sieben verschiedene Milieus, denen sie vier Typen somatischer Kultur zuordnete. Unter dem visionären Typus fasste sie das Milieu der Sozialengagierten, das Milieu der leistungsorientierten Aufsteiger und das Milieu der technikbegeisterten Progressiven zusammen. Der ambivalente Typus umfasste die Milieus der Konservativen und der freiheitsliebenden Hedonisten. Unter dem funktionalen Typus gruppierten sich die Milieus der pflichtbewussten Traditionalisten und der enttäuschten Aussteiger. Die Bildung der Milieus erfolgte in Anlehnung an Vester el al. (2001) mittels des westdeutschen Milieuindikators von Sinus. Für die vorliegende Studie wurden im Gegensatz zu der Studie von Vester et al. (2001) sieben Milieus in der Schweiz rekonstruiert, welche die Autorin auf die Beschränkung der Untersuchung auf die Altersgruppe zwischen 25 und 65 zurückführte. Nideröst (2007) hielt überblicksartig für die angelehnte Milieukonstruktion fest, dass sowohl Gemeinsamkeiten als auch Unterschiede und Überschneidungen aufgrund des Ausschlusses von Migranten, Frauen, Jugendlichen und Senioren in den Untersuchungen zu finden waren, was bedeutete, dass die Schweizer Milieus denen der westdeutschen nicht exakt zugeordnet werden konnten. Es fanden sich ihrer Ansicht nach jedoch Parallelen zur männerspezifischen Burda-Studie aus dem Jahr 1983. Nideröst (2007) sah in diesem Zusammenhang Ähnlichkeiten zwischen den leistungsorientierten Aufsteigern und den Erfolgsorientierten, den technikbegeisterten Progressiven und den Egozentrikern, den pflichtbewussten Traditionalisten und den Pflichtbewussten, den Sozialengagierten und den Realisten ebenso wie zwischen den enttäuschten Aussteigern und den Unzufriedenen. Die Besonderheit von Niderösts (2007) Untersuchung war der Versuch einer Differenzierung der Milieus nach den vier Typen somatischer Kultur nach Gredig et al. (2002) und der Beleg eines signifikanten Zusammenhangs zwischen beiden.

Nideröst (2007) hielt insgesamt fest, dass drei der vier Typen somatischer Kultur signifikant nach allen Milieus differierten, wobei sich jeweils mehrere Milieus unter einem Typus gruppierten. Der *Nachlässige Typus*, der durch die Nichtbeachtung des Körpers geprägt ist, ermöglichte allerdings keine eindeutige Einordnung, da er in allen Milieus mehr oder minder stark vertreten war. Am ehesten wäre noch eine Zuordnung des Sozialengagierten und des pflichtbewussten Traditionalisten denkbar gewesen, da er hier etwas häufiger ausgeprägt war. Die Autorin reflektierte diese Erkenntnis dahingehend, dass sie den *Nachlässigen Typus* als typisch männliches Muster im Einklang mit dem derzeitigen Männergesundheitsdiskurs in Betracht zog. Denn ihrer Aussage zufolge war das nachlässige Muster ein überaus häufig vertretenes Orientierungsmuster, dessen Inhalte, wie beispielsweise ein wenig fürsorglicher Körperumgang, dem nur im Krankheitsfalle Aufmerksamkeit geschenkt wurde, und damit aktuellen männerspezifischen Erkenntnissen entsprach. Für das Kohärenzprinzip, worunter Nideröst (2007) den Zusammenhang zwischen dem jeweiligen Orientierungsmuster und der Lebenswelt des Befragten fasste, hielt sie als Ergebnis dieser Untersuchung fest, dass es die das jeweilige Milieu prägenden Einstellungen und Orientierungen sind, die im Umgang mit dem eigenen Körper reproduziert werden. Im Rückschluss wurden für die drei für diese Untersuchung relevanten Typen jeweils folgende Prinzipien zugeordnet: dem visionären Typus die Selbstverantwortung, dem ambivalenten Typus die Normerfüllung, dem funktionalistischen Typus die Leistungsfähigkeit.

Als begrenzenden Faktor der Studie gab die Autorin den Ausschluss spezifischer Zielgruppen wie homosexuelle Männer und Migranten an. Als zukunftsweisend betrachtete Nideröst (2007) die Erkenntnis, dass neben sozioökonomisch geprägten Faktoren auch soziokulturelle, jedoch im Sinne dieser Untersuchung vor allem die somatische Kultur der Adressaten in Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten berücksichtigt werden sollten. Diese Untersuchung rückte den Zusammenhang zwischen dem Körperumgang und der gesundheitsbezogenen Ausrichtung in den Mittelpunkt. Die Verbreitung des *Nachlässigen Typus* scheint bisherige Erkenntnisse zu unterstreichen. Darüber hinaus weist sie den Weg in Richtung einer geschlechtergerechten Gesundheitsförderung, die die Unterschiede innerhalb einer Geschlechtergruppe berücksichtigt und damit Geschlechterstereotypen vermeidet. Kritisch bleibt jedoch die Verwendung des Begriffs des Gesundheitshandelns zu sehen, da eine eindeutige Definition und Abgrenzung nicht stattfand und somit die Wahl des einen Begriffes zugunsten des anderen nicht geklärt wird bzw. ein Individuum spezifischer Bezug des Gesundheitshandelns nicht klar hervortritt.

Im Überblick lässt sich für die dargestellten Studien konstatieren, dass die Verwendung des Begriffs des Gesundheitshandelns eher die Ausnahme darstellt und weiterhin der Begriff des Gesundheitsverhaltens dominant bleibt. Gleichzeitig zeigt die Verwendung des Begriffs des Handelns in den dargestellten Studien, dass eine Abgrenzung zu dem Verhaltensbegriff eine notwendige Basis darstellt ebenso wie die fortlaufende stringente Verwendung der zugeordneten Bestimmungsstücke. Denn die aktuellen Untersuchungen zum Gesundheitshandeln weisen auf ein begriffliches Abgrenzungsproblem hin. Hitzblech (2005) ordnet das Gesundheitshandeln im Sinne einer salutogenetischen Ausrichtung, der Subjektbezogenheit und des Faktors Bewusstheit ein, mischt in der Verwendung diese Faktoren jedoch mit denen des Gesundheitsverhaltens und springt sogar teilweise zwischen den Begriffen. Nideröst (2007) hingegen nimmt keinerlei Definition bzw. Abgrenzung zwischen den beiden Begriffen vor, entscheidet sich in der Darstellung für den Begriff des Gesundheitshandelns, unterlegt ihn jedoch mit den Attributen des Gesundheitsverhaltens und verwendet ihn in diesem Sinne.

Die Studie von Klesse et al. (1992) bildet die Ausgangsbasis für die Entwicklung des Begriffs des Gesundheitshandelns. Faltermaier (1994) arbeitete die Bewusstheit und Zielgerichtetheit des Begriffes auf der theoretischen Ebene mit einer Differenzierung nach Komponenten heraus. Als Besonderheit dieser Studie ist die altersbedingte Sensibilisierung für eine gesundheitspositive Wirkung einer bis dahin als Alltagshandeln wahrgenommenen Aktivität in einer bestimmten Gruppe Männer zu nennen. Sonntag/Blättner (1998) heben in ihrer Literaturrecherche zum geschlechterspezifischen Gesundheitshandeln in der Bestimmung des Begriffes hervor, dass ihrer Meinung nach einer gesundheitsbezogenen Aktivität nicht zwangsläufig eine gesundheitsbezogene Motivation zugrunde liegen muss. Das Augenmerk sollte vielmehr auf die Förderung von Gesundheit gerichtet sein. Sowohl die Erkenntnis Faltermaiers (1994) für die spezifische Gruppe als auch Sonntag/Blättners Annahme wird in der Auswertung der vorliegenden Untersuchung geprüft. Faltermaier et al. (1998) rekonstruieren das Gesundheitshandeln entlang der Lebensweisen des Einzelnen, verbunden mit den Gesundheitsvorstellungen auf kognitiver Ebene. Diese Anbindung des Gesundheitshandelns auf kognitiver Ebene wird für die vorliegende Arbeit übernommen. Als Besonderheit in Hitzblechs (2005) Untersuchung zum Gesundheitshandeln von Ruheständlern lässt sich der die Gruppe überspannende Wunsch von Gesundheit für die eigene Zukunft benennen, der mit dem Erhalt einer gewissen Autonomie und Lebensqualität verbunden wird. Eine zunehmende Wertigkeit von Gesundheit im Alter wird deutlich und für die vorliegende Arbeit berücksichtigt. Die von Hitzblech (2005) und Nideröst (2007) dargestellten Studien zum Gesundheitshandeln weisen auf eine Gefahr der begrifflichen Vermischung bzw. einer nicht stringenten Nutzung hin, die im Rahmen der vorliegenden Untersuchung durch eine fortwährende Orientierung an den Bestimmungsstücken salutogenetischer Bezug, Subjektbezug und Bewusstheit im Sinne Faltermaiers (2005a) gewährleistet werden soll.

Zusammenfassend lässt sich für das Gesundheitshandeln und den Subjektansatz festhalten, dass die benannten Kritikpunkte für die Gesundheitsverhaltensmodelle von den subjektbezogenen Konstrukten überwiegend umgangen werden. Da sie sich auf die Angaben des Laien im Sinne eines Experten stützen, wird beispielsweise kein unidirektionaler Zusammenhang zwischen Kognition und Handeln vorausgesetzt, sondern der Laie rekonstruiert diese Zusammenhänge aus seiner Sicht. Perspektivisch nähert sich dieser Ansatz den gesundheitsbezogenen Themen von der anderen Seite her. Der Experte greift hier auf die Bezüge des Laien zurück und ist um ein möglichst umfassendes Verständnis der Sicht des Gesprächspartners bemüht. Er tritt mit seinem Expertenwissen sehr viel weiter in den Hintergrund, um den Äußerungen des Laien möglichst offen und wertfrei gegenüberstehen zu können. Letztendlich greift auch dieser Ansatz auf Kognitionen zurück, doch in diesem Falle werden die kausalen Zusammenhänge vom Laien aus seinem lebensweltlichen Kontext heraus dargestellt. Auf diesem Wege bleiben die komplexen, alltagsnahen Zusammenhänge erhalten, was bedeuten kann, dass sie nicht zwangsläufig an Expertenmaßstäben orientiert als gesundheitspositiver Bezug eingeordnet werden können. Der Zugang und die Möglichkeit der Erfassung komplexer, alltäglicher gesundheitsbezogener Zusammenhänge war der ausschlaggebende Faktor, sich im Rahmen dieser Untersuchung auf den Subjektansatz und damit das Gesundheitshandeln zu beziehen. Die bisherigen Darstellungen haben alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede bereits einbezogen. Das nachfolgende Kapitel richtet den Blick, ausgehend von beiden Geschlechtern, verstärkt auf das männliche Geschlecht.

4 Gesundheit und Geschlecht

Unterschiede von Männern und Frauen in ihrem Gesundheits- und Krankheitsverhalten bzw. in ihrer Inanspruchnahme von Vorsorgemaßnahmen wurden erstmals in den siebziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts breiter diskutiert (Kolip, 2012; Kolip/Hurrelmann, 2002; Maschewsky-Schneider et al., 1992; Winter, 2012). Sie wurden damals im Zuge der politischen Frauenbewegung mit einem sozialwissenschaftlich orientierten Schwerpunkt in den Blick genommen, die an zentralen Fragen des Selbstbestimmungsrechts von Frauen über den eigenen Körper ansetzte. Debatten zu politischen Themen wie Abtreibung, Verhütung bzw. zur Arbeitssituation von Frauen wurden öffentlich geführt (Kolip/Hurrelmann, 2016; Winter, 2012). Besonders der gesellschaftlich-medizinische Umgang mit Frauenkörpern bot Ansatzpunkte für die Kritik an patriarchalen Strukturen in Medizin, Politik, Gesetzgebung und Wissenschaft (Babitsch et al., 2011; Winter, 2012). So wurden beispielsweise die Erkenntnisse US-amerikanischer, klinischer Studien zu medikamentösen Therapien laut Babitsch et al. (2011) in der Versorgungspraxis für Frauen in gleicher Weise verwendet, obwohl sie ausschließlich an männlichen Probanden getestet wurden. Nicht zuletzt dieses Beispiel führte zu Forderungen nach der Berücksichtigung von Frauen in den benannten Forschungsbereichen. Männer wurden in diesem Zusammenhang von der politischen Frauenbewegung als implizit bevorzugtes Geschlecht durch eine männliche Sichtweise als Standard für Studienergebnisse, methodische Anlage und Interpretation aufgefasst, was unter den Begriff des Androzentrismus gefasst wurde (Kolip/Hurrelmann, 2002). Der Ausschluss von Frauen aus großen epidemiologischen Gesundheitsstudien beispielsweise aufgrund des Stellenwerts hormoneller Schwankungen im weiblichen Organismus wurde des Weiteren kritisiert (Hahn, 2008). Vor diesem Hintergrund entwickelte sich die Frauengesundheitsforschung mit der Annahme einer Diskriminierung von Frauen in Wissenschaft und Gesellschaft als Basis (Gerhard, 1998). Gesellschaftlich-historisch wurde den Frauen die wesentliche Verantwortung für die Gesundheit der Familie und die Übernahme von Krankenpflege zugeschrieben (Franke, 2010).

An den Begriff des Androzentrismus war jedoch keine Männergesundheitsforschung geknüpft, die das männliche Geschlecht und seine spezifischen Gesundheitsprobleme differenziert betrachtete. Denn die bis dahin vorliegende Forschung war an das vorherrschende Paradigma der Neutralität und Objektivität wissenschaftlicher Messinstrumente geknüpft, welches Geschlechtsneutralität unterstellte, jedoch aus dem kritischen Blickwinkel der Frauenbewegung implizit von einer unreflektierten Parteilichkeit zugunsten der Männer durchdrungen war (Kolip/Hurrelmann, 2002; Kuhlmann/Kolip, 2005). Diese Anbindung wurde nach Kuhlmann/Kolip (2005) von stereotypen Einschätzungen männlicher und weiblicher Bedarfslagen begleitet, die den Blick auf die spezifischen gesundheitlichen Probleme beider Geschlechter verstellte. Somit lag trotz eines patriarchal strukturierten und durch männliche Wissenschaftler dominierten biomedizinischen und gesundheitswissenschaftlichen Systems eine Unterversorgung beider Geschlechter vor. Die Verschiebung des Blicks in Richtung des weiblichen Geschlechts führte gleichzeitig zu einem Paradigmenwechsel, in welchem erstmals das Geschlecht zum systematischen Ausgangspunkt und Gegenstand einer eigenständigen akademischen Wissenschaft gemacht wurde (Maihofer, 2006). Diese Forschung etablierte sich über einen Vergleich der Geschlechterverhältnisse aus der Sicht der Frauen im Vergleich zur Lebenssituation der Männer. Im Zentrum standen Frauen und nicht die Betrachtung unterschiedlicher Perspektiven, ausgehend von dem Wechselverhältnis der Geschlechter (Maihofer, 2006). Bereits in den achtziger Jahren wurde das männliche Geschlecht ebenfalls in den Blick

genommen, blieb aber deutlich im Hintergrund (Döge/Meuser, 2001). Es entwickelte sich unter diesen Bedingungen keine vergleichbare Männergesundheitsperspektive (Winter, 2012). Der Abgleich fand vor allem in der Abgrenzung zu einer als männlich dominiert angenommenen Lebenswelt statt und war wissenschaftlich von einer Sicht auf das Geschlecht als etwas Naturgegebenes und Biologisches geprägt (Maihofer, 2006). Männer wurden in diesem Zusammenhang als eine Art Standard für die Forschung genutzt, die Daig (2006) als *genderless* bezeichnet. Diese fehlende Berücksichtigung der Geschlechter vereinfachte der Autorin zufolge die Generalisierung von Forschungsergebnissen auf Frauen. Der Mann wurde als per se gesund angesehen bzw. ihm im Laufe der Zeit ein gewisses Desinteresse am Thema Gesundheit zugeschrieben. Diese Perspektive wurde mit dem Begriff *Sex* verbunden, festgemacht an Genen, Keimdrüsen, Hormonen und der Morphologie. Diese Vorstellung, dass Männlichkeit mit Stärke und Gesundheit verbunden sei und Weiblichkeit mit Schwäche und Krankheit, entstand laut Dinges (2006) erst um das Jahr 1800. In dieser Zeit entwickelte sich ein Verständnis von zwei anthropologisch eigenständigen Körpern, gepaart mit einer Annahme von Naturnähe für die Frau und Kulturnähe für den Mann (Dinges, 2006). Dem Autor zufolge wurde diese Unterscheidung im Laufe des 19. Jahrhunderts über die Medizin auf biologischer Ebene verstärkt ausgearbeitet. Sie wurde mit Einführung des Begriffes *Gender* um historische und soziale Aspekte ergänzt und in Verbindung mit den Geschlechtsrollen, sozialen Normen und Aushandlungsprozessen gesetzt (Kolip/Hurrelmann, 2016). Dennoch ist wissenschaftlich weiterhin eine Dominanz der naturwissenschaftlich medizinischen Perspektive erkennbar, was Franke (2010) zufolge nicht zuletzt auf das Fehlen ausgereifter Theorien und Erklärungsmodelle zur Erklärung gefundener Unterschiede in empirischen Daten zurückzuführen ist.

Die medizinische Geschlechterforschung stellte auf endokrine, hormonelle und geschlechtsspezifische Prozesse ab mit einem Fokus auf die biologisch belegbaren Unterschiede in Krankheitsursache und Krankheitsverlauf ausgehend von Herz-Kreislauf-Studien, die einen Rückschluss auf biologische Ursachen zuließen (Kolip/Hurrelmann, 2016). Eine Verankerung der medizinischen Forschung in der Gendermedizin führte den Autoren zufolge zu einer Erweiterung, Verfeinerung und Ausdifferenzierung der Untersuchung biologischer Geschlechtsunterschiede. Die Anwendung von Genderfragen im medizinischen Forschungsbereich stellt Kuhlmann (2016) zufolge ein Novum dar, das zumeist konkret in einer Suche nach Geschlechterdifferenzen, einem positivistischen Wissenschaftsansatz folgend, in Erscheinung tritt. Kolip/Hurrelmann (2016) weisen hingegen darauf hin, dass biologische und sozialwissenschaftliche Aspekte als eng verwoben anzusehen sind, wie die im Folgenden angeführte Studie von Payne (2001) verdeutlicht.

Das Geschlecht als soziale und kulturelle Kategorie *Gender* wurde in seiner Entwicklung nach Teubner/Wetterer (1999) von der Annahme getragen, dass es sich bei der Geschlechtszugehörigkeit nicht um etwas Vorgegebenes sondern um ein Ergebnis sozialer Konstruktionsprozesse handelt. Es wurde verstärkt hinterfragt, wie Geschlecht, Geschlechtlichkeit, aber auch Geschlechterdifferenzen und Geschlechterhierarchien hergestellt werden (Maihofer, 2006). Der Autorin zufolge dominieren zwei Ansätze diese Forschungsrichtung: zum einen das *Doing Gender* im Sinne West/Zimmermanns (1991) und zum anderen Geschlecht im Sinne von *Performativität* nach Butler (1995), welche beide auf unterschiedliche Aspekte des Konstruktionsprozesses fokussieren. Butler (1995) sieht das Geschlecht als Ergebnis performativer Inszenierungen an, die den Prozess des Konstruierens verschleiern, indem sie sich selbst als Sein darstellen und so einen Naturalisierungseffekt hervorrufen. Es ist im Sinne Butlers ein Tun, das durch Sozialität bedingt ist und an soziale Normen gebunden ist ebenso wie die Sexualität (Hartmann, 2012). In diesem Sinne erscheint die Geschlechts-

identität als Ergebnis eines rituellen Wiederholungshandelns. West/Zimmermann (1991) beziehen das Konstrukt *Doing Gender* auf die Herstellung der eigenen Geschlechtszugehörigkeit im Handeln und die Zuordnung anderer Personen zu einem Geschlecht. Dies führt laut Franke (2010) zu einer Betonung der Trennung in zwei Geschlechter. West/ Zimmermann (1991) weisen jedoch darauf hin, dass die Geschlechtszugehörigkeit vor allem aus dem Handeln in sozialen Situationen konstruiert wird und keine Eigenschaft, Variable oder Rolle ist. Es ist zentral in diesem Zusammenhang, Unterschiede zwischen den Geschlechtern, die aus sozial konstruierten Verhaltensweisen abgeleitet wurden, nicht unreflektiert zu übernehmen, was laut Franke (2010) durchaus geschieht. Beiden Ansätzen ist gemein, dass im Geschlecht sowohl ein individuelles *Handeln* in Form einer Darstellung, Inszenierung bzw. Performativität steckt als auch ein *Herstellen* in sozialen Prozessen enthalten ist (Maihofer, 2006). Die daran gebundene Vorstellung, dass sowohl Geschlecht als auch Gesundheit in diesen Prozessen hergestellt werden, beeinflusste die Frauen- und Männergesundheitsforschung ebenso wie geschlechtersensible Ansätze der Public Health Forschung (Kuhlmann, 2016). Der Begriff *geschlechtersensibel* berücksichtigt in Überlegungen das Geschlecht, wohingegen der Begriff *geschlechterbezogen* das Geschlecht als wesentliche Kategorie beschreibt und der Begriff *geschlechtsspezifisch* Faktoren ausschließlich eines Geschlechts anvisiert und *geschlechtstypisch* auf mit höherer Wahrscheinlichkeit bei einem Geschlecht vorkommende Faktoren abzielt (Franke, 2010).

Das Interesse daran, was die Geschlechter tun, um eine Unterscheidung im Alltag herzustellen und mit Sinn zu versehen, vollzog eine Weiterentwicklung bis hin zu der Ansicht, dass die biologischen Geschlechtsunterschiede und die persönlichen Vorstellungen davon ein Teil bzw. ein Effekt des sozialen Geschlechts sind (Kuhlmann, 2016; Maihofer, 2006). Vor diesem Hintergrund werden viele als natürlich gegebene Zusammenhänge hinterfragt. Geschlecht und Geschlechtlichkeit auf jeglicher Ebene erscheinen als Teil eines individuellen Entwicklungsprozesses vor einem bestimmten gesellschaftlichen Hintergrund. Kolip/Hurrelmann (2016) zufolge zielen sozialwissenschaftliche Zugänge vor allem auf die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen für das Handeln und Verhalten von Männern und Frauen. Den Autoren zufolge zeichnet sich eine Entwicklung ab, in der strukturelle Faktoren wie das Ausmaß der Gleichstellung der Geschlechter auf nationaler Ebene ebenso wie die Erfassung von Geschlechterunterschieden in der Lebenserwartung in den Blick genommen werden. Im deutschen Raum wurden der Autorin zufolge in diesem Zusammenhang vor allem die ethnomethodologischen Untersuchungen als relevant gewertet, welche individuelle Handlungen in der Alltagswelt verorten und eine biologische und soziale Geschlechtszugehörigkeit annehmen. In diesen Konstruktionsprozessen wird sowohl die eigene Geschlechts-zugehörigkeit als auch die anderer Personen bestimmt, jeweils zwischen einer biologischen, sozialen und einer im Alltag interaktiv hergestellten Dimension, wodurch sie zum Ausdruck des Handelns in sozialen Situationen wird und keine Eigenschaft, Variable oder Rolle (West/ Zimmermann, 1991). Somit kommt es in jeder neuen Situation zu einer neuen Konstituierung von Geschlecht, wobei jedoch Gemeinsamkeiten zwischen ihnen negiert werden und damit die Klassifizierung verstärkt wird (Kuhlmann, 2016). Kolip/Hurrelmann (2016) vertreten ein anderes Verständnis, indem sie auf eine Lockerung der Rollenstrukturen für beide Geschlechter in den letzten beiden Jahrzehnten hinweisen, die eine individuelle Gestaltung der eigenen Rollen zunehmend ermöglicht. Kuhlmann (2016) bezeichnet den Fokus der konstruktivistischen Ansätze auf die mikrosoziologischen Prozesse mit der Sensibilisierung für die interaktive und situative Herstellung von Gesundheit und Geschlecht als ihre Stärke, wobei sie nicht die biologischen Kategorien als Orientierungsrahmen zugrunde legen müssen. Allerdings bringt

dieser Fokus der Autorin zufolge den Nachteil mit sich, dass subjektive Ein-flussmöglichkeiten überschätzt, soziale Strukturen nicht ausreichend berücksichtigt werden und einer potenziellen Individualisierung der Verantwortung für Gesundheitsthemen Vor-schub geleistet wird. Bei der Nutzung dieser Ansätze ist immer wieder darauf zu achten, dass keine Reduktion auf interaktive Herstellungsprozesse erfolgt, welche die Verantwortung ausschließlich beim Einzelnen ansiedelt (Kuhlmann, 2016).

Des Weiteren rückte das Verhältnis der Geschlechter unter gesellschaftlichen Veränderungen in den Fokus, abgebildet über Geschlechterstereotypen bzw. dem Umgang mit dem eigenen Körper (Kolip/Hurrelmann, 2016). In diesem Zusammenhang wurde betont, dass Frauen und Männer in unterschiedlichen Welten leben, unterschiedliche Rollen haben und andere Erwartungen an sie gerichtet werden, worauf bereits Franke (2010) hinwies. Im Rahmen der Gendermedizin haben die Körpertheorien und das Verhältnis von biologischem und sozialem Geschlecht eine neue Relevanz erhalten (Kuhlmann, 2016). Die Materialität des geschlechtlichen Körpers und die Geschlechterdifferenz führen der Autorin zufolge in diesem Zusammenhang zu theoretischen Kontroversen. Allein die Bestimmung der Materialisierung des Körpers nutzte unterschiedliche Konzepte sexueller Differenz, die sich auf der Bandbreite einer stringenten Trennung der Geschlechter bis hin zu einer Auflösung der Grenzen und Dichotomien plädiert (Grosz, 1994; Haraway, 1997; Kuhlmann, 2016). Und auch die Geschlechterdifferenz wird vor allem in körpertheoretischen Debatten der neunziger Jahre in ihrer Dichotomisierung in *männlich* und *weiblich* in Frage gestellt, nicht selten mit dem Versuch verknüpft, von quantitativen Unterschieden auf qualitative Unterschiede im Geschlechterverhältnis zu schließen (Kuhlmann, 2016). Dieser kritische Blick auf die Geschlechter zweifelt statische Körpermodelle an, wie sie in der Gendermedizin genutzt werden, da erst das Einbeziehen von allen biologischen und genderbezogenen Dimensionen, die körperlich relevant werden, ein stimmiges Gesamtbild ergibt. Über die bislang noch ausstehende Klärung der Interaktion dieser Dimensionen im Körper könnten derzeit als Abweichung aufgefasste Befunde neu interpretieren (Grace, 2007; Kuhlmann, 2016).

Ehrlich (2006) zufolge wirkten gerade das Geschlecht in seiner ausgeprägten Form und das Lebensalter auf die Sozialisation des Menschen und entfalten einen wesentlichen Einfluss auf die Gesundheit. Saltonstall (1993) sah ebenfalls einen wesentlichen Zusammenhang zwischen dem über Alltagshandlungen konstituierten Geschlecht und gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen bzw. dem Gesundheitshandeln. Das Geschlecht selbst als differenzierende Variable wurde zwar bereits als gesundheitsrelevanter Faktor anerkannt, und es wurde bereits Mitte des vergangenen Jahrzehnts zunehmend geschlechterdifferenzierend erhoben, jedoch theoretisch wenig eingebunden (Ehrlich, 2006; Kuhlmann/Kolip, 2005). Das Geschlecht hatte laut Kuhlmann/Kolip (2005) auf der programmatischen Ebene eine zentrale Bedeutung, aber auf der Umsetzungsebene gab es weiterhin Hindernisse. Franke (2010) merkt darüber hinaus an, dass eine geschlechtersensible Literatur stärker auf Krankheit als auf Gesundheit gerichtet war. Als großes Hemmnis sahen Kuhlmann/Kolip (2005) vor allem die Unklarheit darüber an, wie das Geschlecht als soziale Kategorie zu berücksichtigen sei. So wurden zwar Männer und Frauen in ihren Unterschieden erfasst, aber eine Differenzierung der Merkmale von männlich und weiblich stand weiterhin aus. Die Komplexität einer solchen Betrachtung entstand den Autorinnen zufolge schon allein dadurch, dass das Geschlecht eng mit den sozioökonomischen Bedingungen verwoben zu sein schien und sich die sozialen Unterschiede im Umgang mit dem Körper abzeichneten. Vor diesem Hintergrund kamen die Autorinnen zu der Aussage, dass sich ein geschlechtersensibles Vorgehen im Forschungsprozess erst in seiner umfassenden gedanklichen Integration aller relevanten Komponenten zeige.

Das Geschlecht als soziale Differenzierungskategorie wurde in der Epidemiologie, der Versorgungsforschung und letztendlich in der Gesundheitspolitik aufgegriffen. Die Frage, wie eine umfassende Integration möglich ist, gewinnt im Kontext von Gender Mainstreaming und neuen Formen von Governance Kuhlmann (2016) zufolge an Bedeutung. Die Autorin plädiert für eine Berücksichtigung der Mehrdimensionalität von Geschlecht unter Berücksichtigung des Institutionenansatzes. Sie sieht die institutions- und gesellschaftstheoretischen Ansätze für die Gesundheitsforschung als wesentlich an, da eine soziale Positionierung individuumspezifisch und auf Gruppen bezogen in ihrer Mehrdimensionalität erfasst werden könne. Ausschließlich die Herausforderung der Operationalisierung einer mehrdimensionalen und institutionsbezogenen Geschlechterkategorie stelle einen hemmenden Faktor in der Gesundheitsforschung dar. Hilfreich können an dieser Stelle *Multi-Level-Governance*-Ansätze sein, die unterschiedliche Akteure, Ebenen und Instrumente komplexer Steuerungssysteme einbeziehen, sodass eine Genderkategorie mit ihren Interaktionseffekten erhoben wird (Kuhlmann/ Annandale, 2015). Allerdings enden auch diese Ansätze derzeit, wie Kuhlmann (2016) es ausdrückt, an der Körperoberfläche, sodass zukünftig Verknüpfungen mit dem Bereich Gendermedizin wesentlich erscheinen. Das *Gender-Mainstreaming-Konzept* würde der Autorin zufolge ebenfalls von einer solchen Unterfütterung profitieren. Allerdings müssen hierfür unterschiedliche Denkansätze mit verschiedenen sozialen Dimensionen in Einklang gebracht werden (Annandale/Kuhlmann, 2012; Kuhlmann/Annandale, 2015). Zukünftige Ansätze sollten nach Kuhlmann (2016) weniger auf die Geschlechterunterschiede als vielmehr geschlechtersensibel auf Körperprozesse, Handlungsmuster ebenso wie die Versorgungslage eingehen.

Das *Gender-Mainstreaming-Konzept* wurde als legislativer Rahmen und politisch-administrative Handlungsstrategie angelegt, die auf eine Verbindung eines effizienten Organisationsmanagements mit einer Form von Geschlechtergerechtigkeit im öffentlichen Sektor gerichtet ist (Kuhlmann, 2016). Der Autorin zufolge werden seit 1999 Initiativen zur Gleichstellung von Frauen und Männern in allen gesellschaftlichen Bereich in Deutschland hierunter gefasst, nach einer vorangehenden Entwicklung auf europäischer Ebene. Der Fokus lag auf der Einbindung von Geschlechtergerechtigkeit als wesentliche gesellschaftliche Aufgabe über frauen-, männer- und gleichstellungspolitische Maßnahmen (Kuhlmann, 2016). Das Konzept selbst ist der Autorin zufolge als Entwicklungsergebnis des Vierten Internationalen Weltfrauenkongress 1995 in Peking eine Strategie der Frauenbewegung und nicht allein einer neoliberalen Politik zu sehen. Im Bereich der Berichterstattung und der Wissenschaftsförderung zeigt sich, dass eine *Gender-Mainstreaming-Politik* weiterführend wirkt, indem sie eine Geschlechtersensibilität und geschlechterdifferenzierte Datenlage unterstützt, nicht zuletzt durch finanzielle Anreizstrukturen beispielweise im Bereich Medizin (Kuhlmann, 2016). Gleichzeitig sind in der Gesundheitspolitik und Vorsorge keine geschlechtersensiblen Erfolge zu verzeichnen (Sharman/Johnson, 2012). Auch Franke (2010) sieht das politische Konzept Gender Mainstreaming kritisch, da zwar soziale und gesellschaftliche Einflüsse auf das Erleben von Männern und Frauen betont wird, aber ein konsequenter Bezug zu Gender als sozialer und kultureller Kategorie fehle. Die enge Verbindung des Mainstreaming-Konzepts mit dem naturwissenschaftlichen Paradigma, der Medizin und den Körperkonzepten stellt Lagro-Jannsen (2012) zufolge ein wesentliches Problem der Anwendung im Gesundheitssektor dar. Denn in dieser Verbindung bleibt die Frage offen, wie Gender in die Medizin zu integrieren ist und in welchem Verhältnis die Sex- und Genderkategorien zueinander stehen (Tolhurst et al., 2012). Zudem werde die kategoriale Sex-Gender-Kontroverse im politisch-praktischen Kontext des Gender Mainstreaming weitgehend ausgeblendet und mit einem theoriefernen, undifferenzierten Verständnis von Gender unterlegt, wodurch es nur begrenzt für die Beant-

wortung der Fragen von Gesundheit, Krankheit und Geschlecht anwendbar ist (Kuhlmann, 2016).

In der Praxis kam laut Kuhlmann/Kolip (2005) die Schwierigkeit hinzu, wie das Geschlecht umfassend in seiner biologischen und sozialen Dimension zu berücksichtigen sei. Denn zunehmend wurde der Begriff *sex* durch *gender* ersetzt, was den Autorinnen zufolge nicht in jedem Fall bedeutete, dass die sozialen Dimensionen angemessen integriert wurden. Der Gender-Begriff wurde vielfach oberflächlich bzw. keineswegs eindeutig verwendet, es zeichnete sich keine eindeutige Richtung in den Geschlechterdifferenzen ab, und die Kategorie Geschlecht beinhaltet bis heute für Frauen und Männer potenzielle Gesundheitsrisiken (Franke, 2010; Kuhlmann, 2016; Kuhlmann/Kolip, 2005). Die Vielschichtigkeit der sozialen Dimension von Gesundheit bildeten die beiden Autorinnen über das Beispiel des Rauchverhaltens in der Studie von Sarah Payne (2001) ab. Payne (2001) zufolge führten eine höhere biologische Empfindlichkeit von Frauen, gepaart mit besonders hastigem und schnellem Rauchen, zu einer erhöhten Anfälligkeit für Lungenkrebs. Diese Form des Rauchverhaltens ergebe sich aus den spezifischen Arbeitsbedingungen der Frauen, die nur kurze Pausen zuließen, sodass hastig vor der Tür geraucht werde. Auf diesem Wege griffen der Autorin zufolge Bedingungen des biologischen und des sozialen Geschlechts auf komplexe Art und Weise ineinander, was deutlich darauf hinweise, wie wichtig es sei, beiden Dimensionen gleichwertig Rechnung zu tragen.

Kuhlmann/Kolip (2005) heben hervor, dass die neutrale Aura des Gender-Begriffes sowohl Chancen eröffnend als auch verdeckend wirken kann. Die Autorinnen formulierten die Bedenken, dass ein Gender-Begriff den kritischen Blick der Frauenforschung unterlaufen könne, eben durch eine zum Teil oberflächliche, unklare Verwendung. Kolip/Hurrelmann (2016) ergänzen diese Sichtweise um die Aussage, dass eine isolierte Betrachtung von nur einem Konstrukt dem komplexen Zusammenhang zwischen Geschlecht und Gesundheit nicht gerecht werde. Erst wenn biologische und soziale Faktoren einbezogen werden, werde eine konzeptionelle Klarheit erzeugt, die sich bei einer dichotomen Verwendung im Sinne von *männlich versus weiblich* nicht zeige. In der Verwendung der Begriffe *Sex* und *Gender* werde eine solche Tendenz zur Dichotomisierung jedoch vielfach deutlich, etwa durch eine Einführung des Sex-Begriffes als nicht vollwertiger Ersatz für Gender oder biologische Studien zu Geschlechtsunterschieden, die unter dem Begriff Gendermedizin geführt werden (Kolip/ Hurrelmann, 2016). Im Bereich der Gendermedizin scheint diese rückläufige Tendenz weiterhin vorzuherrschen, indem die Sexkategorie zum dominanten Pol gemacht und als Surrogat für Gender genutzt wird (Annandale/Kuhlmann, 2012; Kuhlmann, 2016).

Kuhlmann (2016) wies darauf hin, dass es durchaus Studien der Gendermedizin gab, die biologische und soziale Aspekte berücksichtigten und Interaktionen in den Blick nahmen (Glaeske et al., 2012; Klein, 2004; Klinge, 2007a), und bereits Klinge (2007b) erinnerte daran, dass weniger Geschlechterunterschiede als vielmehr die Frage der Geschlechterentwicklung von Interesse sei. Kuhlmann (2016) zufolge handelte es sich allerdings nur um ein angedeutetes Interesse an der Verbindung zwischen dem biologischen und dem sozialen Geschlecht, denn es erweist sich vielmehr als ein Diskurs des geschlechtsspezifischen Körpers auf der Basis eines relativ stabilen binären Ordnungssystems mit den Dimensionen *Frauen* und *Männern*. Die Autoren Annandale/Kuhlmann (2012) sahen diese Tendenz der Reduktion auf die biologische Kategorie mit einer binären Genderkategorie nicht allein bei einer Medizin mit ihrem mechanistischen, biologischen Verständnis, sondern als gewachsen aus der bisherigen Genderforschung. Die feministischen Theoriedebatten in der Entwicklungsphase dieses Bereichs mögen einen Anteil an der Trennung zwischen Theorie und Gesundheits- bzw. Krank-

heitsfragen haben (Grace, 2007; Kuhlmann, 2016; Kuhlmann, 2009). Kuhlmann (2016) betont, dass eine theoretische Weiterentwicklung der Sex- und Genderkategorien im Bereich der Gendermedizin nicht ausreicht, um die benannte Tendenz umzukehren. Es bedarf der Autorin zufolge vielmehr einer Revision medizinischer Krankheitskonzepte und wissenschaftlicher Neutralitäts- und Objektivitätsparadigmen, um dem Genderkonzept Rechnung zu tragen.

Kuhlmann/Kolip (2005) merkten bereits kritisch an, dass ein geschlechtersensibles Vorgehen zwar häufig in Projekten eingefordert werde, es aber für die Umsetzung bisher keine verbindliche Evaluation gibt. In dieser Form trägt eine Geschlechterforschung wenig zur Gesundheit von Frauen und Männern bei, und aus diesem Grund sei weiterhin eine Standortbestimmung zur Präzisierung der Dimension Geschlecht vonnöten (Kuhlmann/Kolip, 2005; Kolip/Hurrelmann, 2016). Zudem betont Kuhlmann (2016), dass die richtungsweisende Unterscheidung zwischen Sex und Gender an Bedeutung verliert und kritisch zu reflektieren ist, worin die Autorin einen wesentlichen blinden Fleck in diesem Forschungsfeld sieht. Faltermaier (2004) betont, dass geschlechtersensitive Ansätze wichtig sind, um beiden Geschlechtern in Prävention und Gesundheitsförderung gerecht zu werden. Laut Kuhlmann/ Kolip (2005) eröffnet erst eine geschlechtersensible Perspektive, die die spezifischen Bedarfslagen beider Geschlechter in den Blick nimmt, die Möglichkeit, den besonderen Nutzen eines solchen Zugangs voll auszuschöpfen. Dieser liegt Kuhlmann/Kolip (2005) zufolge vorrangig in der Gestaltung zielgruppengerechter Angebote, sowohl präventiv als auch gesundheitsfördernd ausgerichtet sowie der Verbesserung der Gesundheitsversorgungsqualität der Geschlechter.

Kuhlmann (2016) betont, dass das Interesse an Geschlechterfragen in den letzten Jahren zugenommen hat, sodass die Datenlage in der Medizin- und Arzneimittelforschung nach einer langen Phase des Desinteresses umfassender geworden ist. Im Bereich der Gesundheitsforschung wurden die Genderfragen bereits berücksichtigt, vor allem über die Prävention, Gesundheitsförderung und Epidemiologie, die Pionierarbeit leisteten und für geschlechtersensible Ansätze sensibilisierten. Trotz dieser Tendenz zeichneten sich Kuhlmann (2016) zufolge weiterhin blinde Flecken bei der Verwendung geschlechtersensibler Ansätze im Gesundheitsbereich ab, vor allem in der Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung. Franke (2010) wies allerdings darauf hin, dass bereits Einigkeit darüber herrsche, wie zentral das Geschlecht im Geschehen und Erleben von Gesundheit und Krankheit sei. Die Autorin sieht weiterhin ein Mangel an einer geschlechtergerechten Sprache in offiziellen Publikationen, ebenso wie einen Widerspruch in der Betonung von Geschlechtergerechtigkeit und einer vordringlichen Förderung der Frauengesundheit. Kolip/Hurrelmann (2016) sahen im Gegensatz hierzu eine zunehmende Verbreitung der geschlechtersensitiven Perspektive über den Forschungsbereich Gesundheit hinaus, sogar bis in die feinen Ebenen der Sprache hinein. Sie stimmten allerdings mit Kuhlmann (2016) darin überein, dass in diesem Bereich die Verbesserung der Datenlage in einem Kontrast zu den immer weniger geführten Theoriedebatten steht.

Kolip/Hurrelmann (2016) erweiterten die Sichtweise auf das Geschlecht als differenzierende Variable, um Erkenntnisse der letzten Jahre, die der Einordnung von Geschlecht als Schlüsselkategorie Forschungsergebnisse entgegenstellen. Diese weisen darauf hin, dass spezifische Gruppen von Frauen und Männern ähnlichere Angaben zum Gesundheitszustand machten als Gruppen innerhalb des Geschlechts. Die Autoren erläutern entsprechend, dass Variablen wie Alter, Lebensform, Erwerbsstatus, Bildung, Migrationshintergrund, sexuelle Orientierung bzw. Behinderung geschlechtsabhängig eine unterschiedliche Wirkung entfalten können. Kuhlmann (2016) fasst dies unter die Intersektionalitätsdebatte, die ein Aufbrechen der standardisierten

Kategorien wie Gender, Rassen- oder auch Klassenzugehörigkeit fordert und den Nutzen einer Trennung zwischen einem biologischen bzw. sozialen Geschlecht als zwei separat geführte Stränge in Frage stellt, um eine Transformation zu erreichen, die die Sexkategorie zunehmend marginalisiert und sie der Genderkategorie unterordnet. Denn bereits Franke (2010) merkte an, dass es schwierig sei, biologische und psychosoziale Faktoren forschungsmethodisch zu trennen, da sie ständig interagierten. Kolip/Hurrelmann (2016) zufolge hat diese Perspektiverweiterung bereits dazu geführt, dass die Dichotomisierung über das Gesetz zur Gleichstellung Intersexueller aus dem Jahr 2013 aufgebrochen wurde, über den Wegfall des Zwangs, eine Person einem Geschlecht zu zuordnen. Diese Tendenz ist ebenso sprachlich über eine geschlechtergerechte Verwendung der Begriffe im Gesundheitswesen zu erkennen (Kolip/Hurrelmann, 2016). Kuhlmann (2016) hinterfragt jedoch kritisch, ob die Allgemeinheit im Gesundheitsbereich offen ist für eine Flexibilisierung der Genderkategorie, wodurch die Bedeutung von Geschlechterverhältnissen als grundlegende soziale Ungleichheitsverhältnisse in Frage gestellt wird. Die Autorin leitet aus der derzeitigen Debatte die Notwendigkeit theoretisch fundierter Konzepte in Gesundheits- und Versorgungsforschung ab, da es abzuwarten bleibe, wie viel Intersektionalität für die Genderforschung tragfähig sei.

Gleichzeitig wiesen Kolip/Hurrelmann (2016) darauf hin, dass der geschlechtersensible Ansatz, wie beispielsweise von Faltermaier (2004) gefordert, auf allen Ebenen bis in Interventionen vermehrt Berücksichtigung findet. Faltermaier/Hübner (2016) unterstrichen, dass gesundheitswissenschaftliche Erklärungsansätze durch ihre interdisziplinäre Ausrichtung mit der Berücksichtigung psychischer, sozialer und gesellschaftlicher Faktoren einen Beitrag zur Aufklärung der Geschlechterunterschiede leisten können. Als positiv wurde die Einbindung von Gender als Qualitätsmerkmal in das Schweizer Qualitätssystem *quint-essenz* angeführt und als negativ die fehlende Berücksichtigung in der Berichterstattung zur Entwicklung der Berufserkrankungen und Arbeitsunfälle der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (Kolip/Hurrelmann, 2016). Das Präventionsgesetz fordert die Berücksichtigung der Geschlechter bei allen Aktivitäten, und es sei nach Kolip/Hurrelmann (2016) darauf zu achten, dass auf diese Forderung eine reale Umsetzung folge.

Das Themenfeld Männergesundheit hat Kolip/Hurrelmann (2016) zufolge von der Berichterstattung her den Anschluss an die Frauengesundheitsforschung gefunden, nicht zuletzt durch die Veröffentlichung des ersten Berichtes zur gesundheitlichen Lage von Männern in Deutschland des Robert-Koch-Institutes (RKI, 2014), elf Jahre nach Veröffentlichung des ersten Frauengesundheitsberichts. Hierin wird ein differenzierter Blick auf alle Anteile des männlichen Geschlechts geworfen ebenso wie das Gesundheitsverhalten und den Lebenskontext. Zentrale Kernaussage des Berichtes ist das Einfordern einer männerspezifisch ausgerichteten Prävention und Gesundheitsförderung (RKI, 2015), um der Geschlechterperspektive gerecht zu werden. Dies ergänzten Kolip/Hurrelmann (2016) um die Aufforderung, zukünftig theoretische Zugänge der Männergesundheitsforschung zu fördern, die nicht nur Daten aus der Männerperspektive erheben, ohne sie in einen theoretischen Kontext einzubetten. Vor diesem Hintergrund betonten Faltermaier/Hübner (2016), wie wertvoll es ist, die Differenzierungen innerhalb eines jeden Geschlechts genauso wahrzunehmen wie die Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Die Autoren sehen Möglichkeiten eines geschlechtersensiblen Vorgehens mit einem gesundheitswissenschaftlichen Hintergrund über die Einbindung theoretischer Konstrukte wie dem biopsychosozialen Modell der Ätiologie von Krankheiten bzw. dem Modell der Salutogenese. Ersteres kann einen Blick auf die Entstehung von somatischen und psychischen Krankheiten eröffnen über psychophysiologische Mechanismen in Verbindung mit psychosozialen Risikofaktoren wie Stress,

Risikoverhalten und Persönlichkeitsdispositionen (Faltermaier/Hübner, 2016). Letzteres ist auf die Erklärung von Gesundheit gerichtet entlang spezifischer Modellkomponenten wie den Widerstandsressourcen, den Belastungen, dem Kohärenzgefühl bzw. gesundheitsbezogenen Verhaltens- und Lebensweisen (s. Abschnitt 2.2.1). Wird einer solchen Perspektive eine dynamische Perspektive über den Lebenslauf hinzugefügt, so lassen sich soziale Einflüsse nach verschiedenen Lebensphasen und den Formen einer geschlechtsspezifischen Sozialisation ordnen, wobei auf den differenzierten gesundheitswissenschaftlichen Blick zu achten ist, um eine Überakzentuierung der Geschlechterlogik zu vermeiden (Faltermaier/Hübner, 2016). Die Ausrichtung der vorliegenden Untersuchung ist auf ein kontextbezogenes, gesundheitswissenschaftlich fundiertes Vorgehen gerichtet mit einer salutgenetischen Basis, um das gesundheitsbezogene Handeln speziell von Männern eingehend betrachten zu können.

An dieser Stelle ist festzuhalten, dass die Verbreitung einer geschlechtersensitiven Perspektive über den Forschungsbereich hinaus Kolip/Hurrelmann (2016) zufolge bis in die feinen Ebenen der Sprache hinein erkennbar ist. Eine Präzisierung der konzeptionellen Unklarheiten zwischen biologischem und sozialem Geschlecht steht weiterhin aus, ebenso wie die Berücksichtigung der Umsetzbarkeit der Geschlechtssensitivität auf allen praktischen Ebenen (Kolip/Hurrelmann, 2016). Des Weiteren sehen die Autoren ein Übergewicht an epidemiologischen Darstellungen im Bereich Geschlecht und Gesundheit, in denen eine theoretische Fundierung zugunsten eines quantitativen Vergleichs des Gesundheitszustandes bzw. eines Gesundheitsverhaltens im Geschlechterabgleich zu kurz kommt. Faltermaier/Hübner (2016) sehen in einer gesundheitswissenschaftlichen Fundierung einen Ansatz für ein geschlechtersensiblen Vorgehens. Die vorliegende Untersuchung schließt sich dieser Perspektive an und ordnet sich als männerspezifisch angelegt der differenzierten Betrachtung von Variationen innerhalb des männlichen Geschlechts zu.

4.1 Epidemiologie – Gesundheit geschlechtsspezifisch

Die epidemiologische Datenlage lieferte bereits über einen langen Zeitraum hinweg Hinweise auf vielfältige Unterschiede zwischen dem männlichen und weiblichen Geschlecht, dennoch spielte das Morbiditäts- und das Mortalitätsgeschehen Franke (2010) zufolge im wissenschaftlichen Geschehen erstaunlich lange keine wesentliche Rolle. Doch die Gesundheitsberichterstattung belegte Geschlechterunterschiede in der Lebenserwartung, der Mortalität ebenso wie in der Morbidität (Verbrugge, 1985; RKI, 2005; RKI, 2006; RKI, 2015). Die Frauenbewegung hob verstärkt hervor, dass sich ein männliches und weibliches Gesundheits- und Krankheitserleben unterscheide und diese Unterschiede zu erforschen und zu berücksichtigen seien (Franke, 2010). Sieverding merkte bereits im Jahr 2005 mit Blick auf die Geschlechter an, dass sich Männer deutlich gesundheitsriskanter verhielten und auch ihr Handeln weniger präventiv ausgerichtet sei. Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes von RKI (2006) stützte dies mit der Aussage, dass Männer riskanter lebten und von einer erhöhten Sterblichkeit betroffen seien. Frauen litten Sieverding (2005) zufolge häufiger unter nicht lebensbedrohlichen, dafür aber chronisch verlaufenden Erkrankungen. Männer hingegen seien stärker von lebensbedrohlichen Krankheiten betroffen. Laut Sieverding (2005) waren Frauen vermehrt von Erkrankungen der Schilddrüse, Allergien oder auch Migräne betroffen, wohingegen Männer häufiger an Arteriosklerose, koronarer Herzkrankheit oder auch Aids litten. Dies bildet sich in einer derzeit ca. fünf Jahre höheren Lebenserwartung von Frauen in Deutschland ab (Kolip, 2012). Diese Tendenz zugunsten der Frauen ist mit Unterschieden in den absoluten Werten auch im europäischen Raum wiederzufinden (Winter, 2012).

Rückblickend betrachtet wies Franke (2010) auf eine höhere Lebenserwartung der Frauen seit der ersten Sterbetafel 1746 hin, allerdings variiert die Differenz im Zeitverlauf stark. Im Jahr 1850 lag die Lebenserwartung bei 39,57 Jahren für Männer und 39,95 Jahren für Frauen, einer sehr geringen Differenz von nur wenigen Monaten (Dinges, 2006). Bis 1880/90 stieg dem Autor zufolge in 30 Jahren der Industrialisierung der Unterschied in der Lebenserwartung auf knapp drei Jahre (♀ 39 Jahre; ♂ 36 Jahre) zugunsten des weiblichen Geschlechts an. Somit verschlechterte sich Dinges (2006) zufolge die relative Lebenserwartung der Männer erstmals im Industrialisierungszeitalter. In nur kurzer Zeit bis zum Jahrzehnt 1900/10 stieg die Spanne auf 3,5 Jahre (♀ 48,3 Jahre; ♂ 44,8 Jahre) an (Dinges, 2006). Im Jahr 1950 lag die Differenz bei knapp vier Jahren, stieg aber im Jahrzehnt des Wiederaufbaus bis 1960 auf 5,5 und ab Mitte der siebziger Jahre auf 6,5 Jahre an und schien sich dort einzupendeln (Dinges, 2006), was eine weitere Verschlechterung der Lage für das männliche Geschlecht bedeutete. Dies ist seiner Meinung nach aber nur in geringem Umfang der verbesserten geburtshilflichen Versorgung während der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts zuzuschreiben. Ausschließlich ein gewonnenes Lebensjahr betont er, sei hieraus für das weibliche Geschlecht abzuleiten, woraus der den Schluss zieht, dass die Kindbettsterblichkeit überbewertet wurde. Dinges (2006) sieht die Übersterblichkeit der Männer vielmehr in einem Zusammenhang mit dem Wanderungs- und Arbeitsdruck der ersten Industrialisierungswelle und des Wiederaufbaus. Der Autor bezeichnet die Ausweitung der Differenz als ein Phänomen der sich entwickelnden Industriegesellschaften und ihren Anforderungen an das männliche Geschlecht. Dies erkläre seiner Meinung nach auch die Verdopplung der Sterblichkeitsdifferenz nach dem Zweiten Weltkrieg in Abgrenzung zu biologischen Annahmen, die eine Kontinuität auf Basis unterschiedlicher Geschlechtsmerkmale annehmen. Diese Annahme einer nicht anthropologischen Gegebenheit von Dinges (2006) spricht für den Ansatz am Gesundheitsverhalten der Männer und einer eingehenden Betrachtung ihrer sozialen Bedingungen.

Die Entwicklung in jüngerer Zeit zwischen 1990 und 2004 zeigte laut der Gesundheitsberichterstattung des Bundes von RKI (2006) eine Abnahme der Geschlechterdifferenz von 6,5 auf 5,6 Jahre mit einem sich fortsetzenden Verlauf. Im Zeitraum 2006/2008 lag die durchschnittliche Lebenserwartung für weibliche Neugeborene noch bei 82,40 Jahren und für männliche Neugeborene bei 77,17 Jahren (Destatis, 2013b). Bereits im Zeitraum 2009/2011 deutete sich eine Verringerung mit einem Lebenserwartungsunterschied von 82,73 Jahren für Frauen und 77,72 Jahren für Männer an (Destatis, 2013b). Aktuell liegt die Differenz der Lebenserwartung bei ca. fünf Jahren (Lange/Kolip, 2016). Im Jahr 2012 betrug die Lebenserwartung für Frauen 83,3 Jahre und 78,6 Jahre für Männer, womit sich Deutschland im EU-Vergleich im oberen Mittelfeld einordnete (RKI, 2015).

Kolip (2012) merkte an, dass eine längere Lebenserwartung der Frauen nicht mit den gesund verbrachten Lebensjahren gleichzusetzen ist. Aus diesem Grund ist es wichtig, zwischen der mittleren Lebenserwartung, die beschreibt, wie viele Jahre ein Mensch bei unveränderten gegenwärtigen Sterberisiken im Durchschnitt noch zu leben hat, einer ferneren und gesunden Lebenserwartung zu unterscheiden (RKI, 2014). Die Männer profitierten etwas mehr von der Steigerung der mittleren Lebenserwartung, denn sie gewannen 5,3 Jahre seit 1991/1993 an mittlerer Lebenserwartung hinzu, im Vergleich zu 3,7 hinzugewonnener Jahre für die Frauen, wodurch die Verringerung des Geschlechterunterschiedes zu erklären ist (RKI, 2014). Bei der mittleren Lebenserwartung handelt es sich um eine hypothetische Kennzahl ebenso wie bei der ferneren Lebenserwartung, die die noch zu erwartende Lebenszeit in einem bestimmten Alter beschreibt (RKI, 2014). In einem Alter von 65 Jahren bleibt den Männern derzeit noch eine fernere Lebenserwartung von 17,5 Jahren im Vergleich zu 20,7 Jahren bei Frauen (RKI,

2014). An dieser Stelle zeigte sich keinerlei Annäherung des Geschlechtsunterschiedes seit den neunziger Jahren (RKI, 2014).

Die *gesunde Lebenserwartung* wird hingegen genutzt, um die erwarteten Lebensjahre ohne gesundheitliche Einschränkungen zu bemessen, indem Parameter, wie der subjektiv eingeschätzte Gesundheitszustand, die gesundheitsbedingten Einschränkungen der Alltagsaktivitäten bzw. das Vorliegen chronischer Erkrankungen genutzt werden (RKI, 2014). Erst der Indikator *Gesunde Lebensjahre* lässt eine Aussage darüber zu, wie viele Jahre ein Mensch im Durchschnitt von Geburt an ohne krankheitsbedingte Einschränkungen lebe (Bardehle, 2010). Wird diese gesunde Lebenserwartung berücksichtigt, so verringern sich die Geschlechterunterschiede deutlich. Die gesunde Lebenserwartung betrug im Jahr 2002 für Frauen 74 Jahre und für Männer 69,6 Jahre (Destatis, 2013b). Hieraus ließ sich ableiten, dass Frauen 7,6 Jahre und Männer nur 5,9 Jahre mit gesundheitlichen Beschwerden lebten. Im Jahr 2011 ließ sich auch an dieser Stelle eine positive Entwicklung verzeichnen mit einer Lebenserwartung in Gesundheit für Frauen von 76,8 Jahren und für Männer von 73 Jahren, die leicht über dem EU-Durchschnitt von 75 Jahren für Frauen und 71,7 Jahren für Männer lag (RKI, 2015). Der Blick auf die gesunde Lebenserwartung in einem Alter von 65 Jahren relativiert des Weiteren die Geschlechterunterschiede bei der ferneren Lebenserwartung, denn Männer haben noch 8,7 Jahre und Frauen 8,8 Jahre Lebenszeit vor sich (Altgeld, 2016). Hieraus lässt sich ableiten, dass Frauen im Laufe ihres Lebens eine längere Zeitspanne mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen befasst sind als Männer, worauf bereits Kolip (2012) hinwies.

Des Weiteren gelten die Mortalitätsraten als hartes Kriterium zur Beurteilung der Gesundheitslage einer Bevölkerung (Franke, 2010). Männer haben nicht nur, wie eben dargestellt, eine geringere Lebenserwartung, sondern gleichzeitig ist die Sterblichkeit in so gut wie jeder Lebensaltersgruppe höher als die der Frauen (Merbach/Brähler, 2004; RKI, 2014). In den Altersgruppen von 15 bis 35 Jahren ist das männliche Geschlecht vermehrt betroffen mit einer doppelt so hohen Anzahl an Sterbefällen (s. Abb. 8). Die geringere Lebenserwartung der männlichen Bevölkerung führten Lange/Kolip (2016) sowohl auf eine höhere Sterblichkeit männlicher Säuglinge als auch auf einen höheren Anteil vorzeitiger Sterbefälle zurück.

Merbach/Brähler (2004) zufolge sterben generell mehr männliche Föten durch einen Spontanabort bzw. Totgeburten (115♂/100♀), innerhalb der ersten 24 Stunden (127,2♂/104,7♀ von 100.000) und sind häufiger vom plötzlichen Kindstod betroffen (74,4♂/56,6♀ von 100.000). Vorzeitige Sterbefälle lassen sich entlang des Indikators *Verlorene Lebensjahre* einordnen, der ermittelt, wie viele potenzielle Lebensjahre durch bestimmte Todesursachen vor Erreichen eines bestimmten Alters verloren gehen, womit er die vermeidbare Sterblichkeit beziffert (Lange/Kolip, 2016; RKI, 2014). Legt man wie der RKI (2014) das Alter 65 Jahre zugrunde, so zeichnete sich im Jahr 2012 eine 1,9-fach erhöhte Mortalitätsrate für Männer bis zu diesem Alter ab. Umgerechnet in verlorene Lebensjahre entgingen Männern 3.033 Lebensjahre und Frauen 1.758 Jahre je 100.000 Vertretern des jeweiligen Geschlechts (RKI, 2014). Auf internationaler Ebene wird die Krankheitslast als ein Summenmaß der Bevölkerungsgesundheit durch den Indikator Disability Adjusted Life Years (DALYs) abgebildet (Plaß et al., 2016). Dieser wies für Männer in Europa im Jahr 2012 mit 172 Mio. Jahren im Vergleich zu den Frauen mit 142 Mio. einen höheren Verlust an gesunden Jahren aus (Lange/Kolip, 2016).

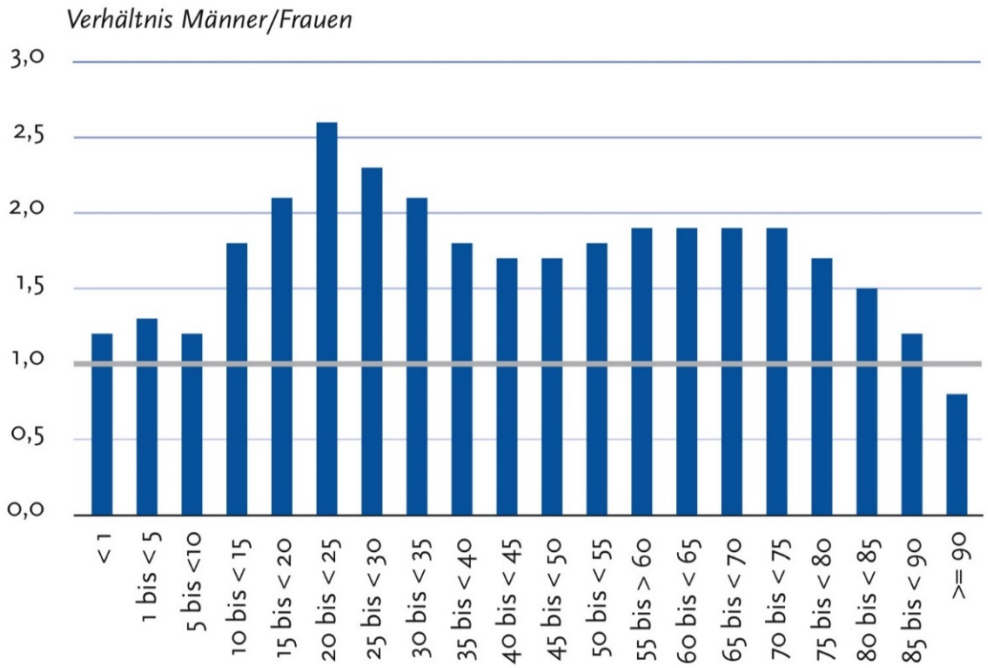


Abb. 8: Sterbefälle Männer zu Frauen je 100.000 Einwohner nach Altersgruppen im Jahr 2012 (RKI, 2014, 16)

Ein Blick auf die Haupttodesursachen zeigte im Geschlechterverhältnis eine 2,9 bis 3,7-fach erhöhte Übersterblichkeit der Männer (bis 64 Jahre) durch Verletzungen, Vergiftungen und andere äußere Ursachen (s. Tab. 4). Hierunter fielen dem RKI (2014) zufolge vor allem durch Unfälle, Suizide und tätliche Angriffe verursachte Sterbefälle.

	15–24 Jahre	25–34 Jahre	35–44 Jahre	45–54 Jahre	55–64 Jahre	>= 65 Jahre
Verletzungen, Vergiftung, Folgen äußerer Ursachen (S00–T98)	3,2	3,7	3,2	2,9	2,9	1,3
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	1,7	2,6	2,8	2,4	2,3	1,1
Neubildungen (C00–D48)	1,6	1,0	0,8	1,1	1,5	1,5
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	1,3	1,9	2,5	2,9	2,9	0,9
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	2,0	1,1	1,9	1,7	1,8	1,5

* sex mortality ratio (ein Verhältnis der Sterblichkeit von Männern gegenüber Frauen je 100.000 Einwohner von größer 1 bedeutet eine Übersterblichkeit der männlichen Bevölkerung)

Tab. 4: Sterblichkeitsverhältnis Männer zu Frauen (je 100.000 Einwohner) entlang der Haupttodesursachen nach Altersgruppen im Jahr 2012 aus der Todesursachenstatistik des Statistischen Bundesamtes (RKI, 2014, 17)

Auch bei den Kreislauferkrankungen und den Erkrankungen des Verdauungssystems zeigte sich eine männliche Übersterblichkeit vor allem in den Altersgruppen zwischen 35 und 64 Jahren (RKI, 2014). Bei den Neubildungen erschien diese im mittleren Lebensalter weniger ausgeprägt (s. Tab. 4). Ein Blick auf die Übersterblichkeit des männlichen Geschlechts über einen Abgleich der Jahre 1990 und 2012 zeigte Lange/Kolip (2016) zufolge, dass die Übersterblichkeit nicht nur insgesamt, sondern auch in bestimmten Krankheitsgruppen zurückgegangen ist. Die Verletzungen und Vergiftungen gingen zurück ebenso wie Neubildungen, Krankheiten des Kreislaufsystems und des Verdauungssystems. Ausschließlich die äußeren Ursachen, Muskel-Skelett-Erkrankungen, endokrine Ernährungs- und Stoffwechselerkran-

kungen und Krankheiten der Haut und Unterhaut stiegen an (s. Abb. 9).

Eine Betrachtung der drei Haupttodesursachen (Einzeldiagnose) im Jahr 2012 im Geschlechtervergleich über die verschiedenen Altersgruppen hinweg zeigt ebenfalls Unterschiede. Im Kindesalter sind Jungen häufiger krank. Allgemein betrachtet leiden Mädchen in der Pubertät mehr an psychosomatischen Krankheiten, und im Erwachsenenalter leiden Männer mehr an tödlichen Krankheiten, Frauen hingegen mehr an chronischen Erkrankungen, worauf Maschewsky-Schneider et al. (1988) und Faltermaier (2017) hinwiesen. Verletzungen und Erstickungen sind in jungen Jahren bei beiden Geschlechtern ein Thema. In der Anzahl der Sterbefälle je 100.000 Einwohner übersteigen die Sterbefälle der Männer in dieser Altersgruppe die Sterbefälle der Frauen in allen drei Ursachen deutlich (s. Anh. Abb. II + III). Bis zum Alter von 34 Jahren bleiben bei Männern Verletzungen und Erstickungen die beiden häufigsten Todesursachen. Eine vorsätzliche Selbstschädigung (Suizid) verbirgt sich vielfach hinter Erstickungen, ebenso wie Transportmittelunfälle, die vor allem zu multiplen Verletzungen führen (RKI, 2014). Ab einem Alter von 34 Jahren wird der Myokardinfarkt zu einer der beiden Haupttodesursachen für das männliche Geschlecht. Bei Frauen wandelt sich dieses Bild bereits in der Altersgruppe ab 25 Jahren. Bis zum Alter von 64 Jahren bleiben bösartige Neubildungen an Brust, Bronchien und Lunge die beiden Haupttodesursachen. Somit herrschen bei Männern ab 35 Jahren koronare Herzerkrankungen und Lungenkrebs vor, wohingegen bei Frauen Brustkrebs und Lungenkrebs bis zum 65 Lebensjahr die Haupttodesursachen darstellen. In der Altersgruppe 45 bis 54 Jahre ist des Weiteren bei beiden Geschlechtern die alkoholbedingte Leberkrankheit als dritte Haupttodesursache zu finden, wobei wiederum die männlichen Sterbefälle die weiblichen Fall-zahlen deutlich übersteigen (1.436 ♂/545 ♀). Geschlechtsunabhängig deutet das Auftreten dieser Krankheit in dieser Altersgruppe auf einen langjährigen chronischen Alkoholmiss-brauch hin, der meist bereits im Jugendalter begonnen hat (RKI, 2014). Ein riskanter Alkohol-konsum ist bei Männern etwas stärker verbreitet als bei Frauen (15,6 % ♂/12,8 % ♀), und ein solches Verhalten nimmt beim weiblichen Geschlecht ab (RKI, 2015). Franke (2010) wies darauf hin, dass die gesellschaftliche Diskriminierung von alkoholabhängigen Frauen wesentlich heftiger ausfällt als die von Männern. Männer, vor allem junge Erwachsene, haben generell die höhere Prävalenz Alkohol in riskantem Maße bis hin zum Rauschtrinken zu konsumieren (Hapke et al., 2013; RKI, 2015).

Ab dem Alter von 55 Jahren spielt der Herzinfarkt letztlich für beide Geschlechter eine Rolle. Die Fallzahlen der Männer übersteigen die der Frauen zu Beginn um das Doppelte, doch die Differenz verringert sich deutlich in der Altersgruppe ab 65 Jahren(s. Anh. Abb. II +III). Die Betrachtung der drei häufigsten Todesursachen deutet darauf hin, dass vorzeitige Sterbefälle vor dem 65 Lebensjahr bei Männern auf einen höheren Anteil von verhaltensbedingten Risikofaktoren zurückzuführen sind (RKI, 2014). Bereits vorangegangene Untersuchungen von Sieverding (2005) und Kolip (2012) bezeichneten diese Sterbefälle als sogenannte *vermeidbare Todesfälle*, die potenziell durch gesundheitsförderndes Verhalten zu prävenieren wären. Auch Lange/Kolip (2016) sahen weiterhin vor allem eine männliche Übersterblichkeit bei Erkrankungen, die durch ein gesundheitsrelevantes Verhalten bedingt sind, wie Herzkreislauferkrankungen, Unfälle, Suizid, Erkrankungen des Verdauungssystems sowie bösartige Neubildungen.

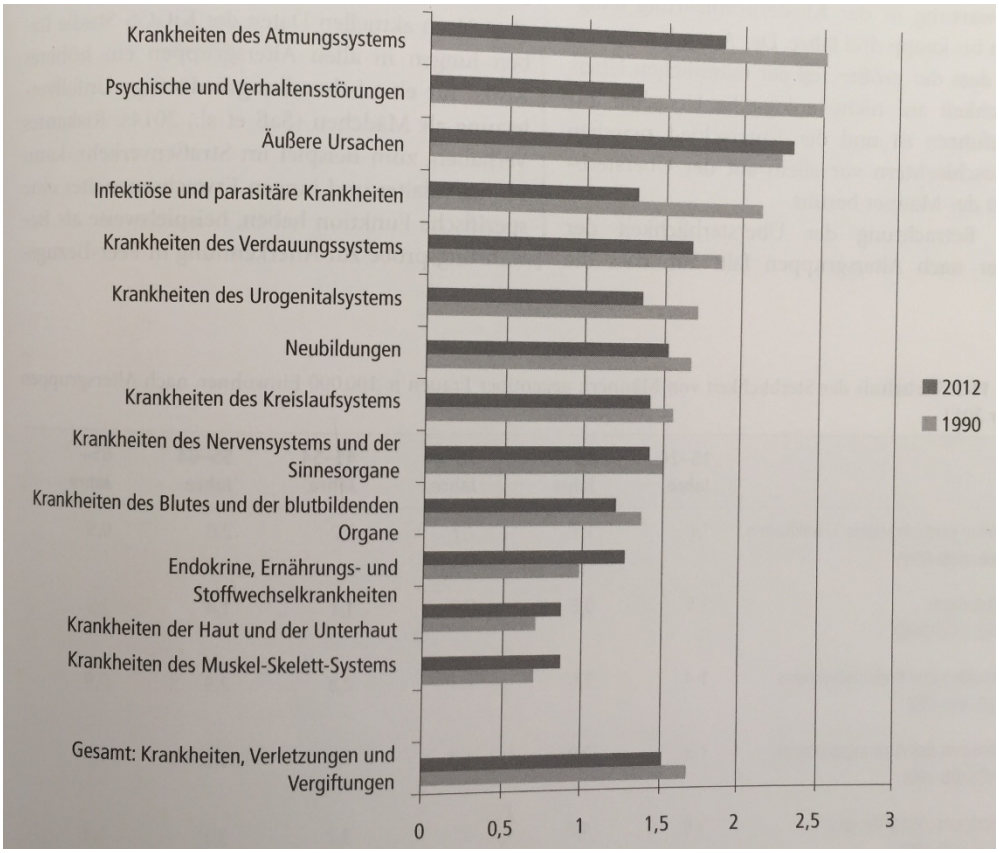


Abb. 9: Geschlechtsspezifisches Mortalitätsverhältnis für bestimmte Krankheitsgruppen der Todesursachenstatistik des Statistischen Bundesamtes in einem Abgleich der Jahre 1990 und 2012 (Lange/Kolip, 2016, 137)

Die Unterschiede in der Lebenserwartung und ein Teil der Mortalitätsunterschiede lassen sich somit der dargestellten Forschungslage zufolge anteilig auf ein gesundheitlich riskantes Verhalten zurückführen, was durch die bekannte deutsch-österreichische Klosterstudie von Luy (2012a) zusätzlich unterstrichen wurde. Die Klosterstudie untersuchte 11.624 Ordensmitglieder (5.470 ♂/6.154 ♀) seit dem Jahr 1997 auf Geschlechterunterschiede in der Lebenserwartung und für die Klärung des Einflusses von biologischen bzw. verhaltensbedingten Faktoren (Wiedemann et al., 2014). Es erfolgte sowohl der Abgleich zwischen Nonnen und Mönchen als auch zur Allgemeinbevölkerung (Luy, 2012a). Die Lebenserwartung der Nonnen lag unter diesen homogenen Lebensbedingungen in den Jahren 1910 bis 1985 konstant 0-2 Jahre über der der Mönche (Luy, 2012a). In den Frauenklöstern und in der weiblichen Allgemeinbevölkerung sank die Sterblichkeit insgesamt deutlich nach einer ersten deutlichen nachteiligen Phase für die Nonnen (Luy, 2012a). Für die männliche Allgemeinbevölkerung zeigte sich der genau entgegengesetzte Verlauf. Nach dem Zweiten Weltkrieg hielt sich die Lebenserwartung der Mönche kontinuierlich über der der männlichen Allgemeinbevölkerung bis heute (s. Abb. 10).

Die Lebenserwartung der Klosterbevölkerung und der weiblichen Allgemeinbevölkerung stieg nach dem Zweiten Weltkrieg positiv an, wohingegen die der männlichen Allgemeinbevölkerung zurückblieb (s. Abb. 10). Erst in den siebziger Jahren deutete sich auch in der Klosterbevölkerung eine verringerte Entwicklung der Lebenserwartung der Mönche an, was Luy (2012a) auf die Freigabe des Rauchens in Männerklöstern zurückführt. Die Todesursachen geben an dieser Stelle Aufschluss über diesen Verlauf, vor allem in der Differenzierung zur Allgemeinbevölkerung. Wie in der Allgemeinbevölkerung waren Erkrankungen des Herzkreis-

laufsystems auch bei den Mönchen seit Mitte des 20. Jahrhunderts die häufigste Todesursache, gefolgt von Neubildungen und externen Todesursachen, unter die Unfälle, Gewaltverbrechen und Suizide gefasst wurden (Luy, 2012b).

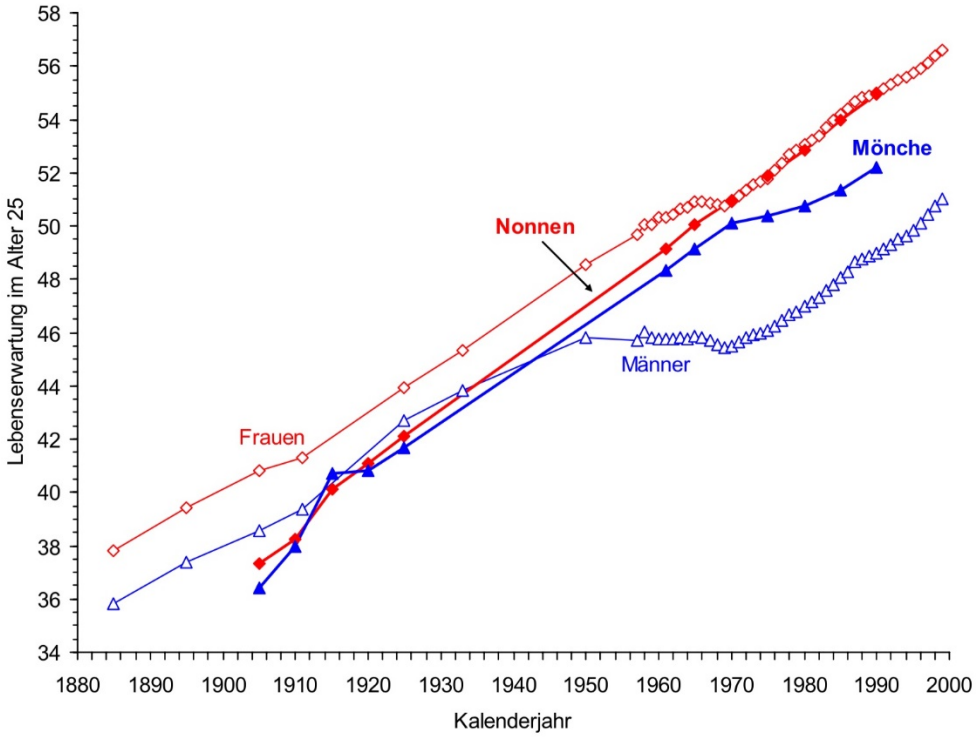


Abb. 10: Durchschnittliche Lebenserwartung im Alter von 25 Jahren für Kloster- und Allgemeinbevölkerung, dargestellt im mittleren Jahr der Beobachtungsperioden (Luy, 2012a, 5)

Ungefähr die Hälfte der Sterbefälle (49,2 %) entfielen auf die erste und 14,1 % auf die zweite Kategorie (Luy, 2012b). Im Bereich der Neubildungen lag die Krebsmortalität der Mönche nur halb so hoch wie die der männlichen Allgemeinbevölkerung mit einer sichtbaren Konstanz seit dem Zweiten Weltkrieg (s. Anh. Abb. IV). Auch die Sterblichkeit in der ersten Kategorie war geringer als die weltlicher Männer, wobei sich dieser Vorteil in den letzten 50 Jahren reduzierte (s. Anh. Abb. IV). Dies erklärte der Autor durch einen Anstieg der Sterblichkeit der Mönche bei einer Abnahme in der männlichen Allgemeinbevölkerung. Eine geringere Stressbelastung nahm Luy (2012b) als einen Grund für eine geringere Sterblichkeit an, wohingegen ein Aufheben des Rauchverbots einen Anstieg der Sterblichkeit aufgrund von Herzkreislauferkrankungen begründen könnte. Über die Entstehung von Krebserkrankungen mit den dazugehörigen Risikofaktoren war hingegen weniger bekannt, wobei der Autor auf die Faktoren Rauchen, Alkoholkonsum, Umwelteinflüsse, Ernährung bzw. die genetische Disposition als Auslöser hinwies. Die Sterblichkeit durch Unfälle in der männlichen Allgemeinbevölkerung bedingte laut Luy (2012b) ebenfalls eine geringere Lebenserwartung, die er mit Aggression im Straßenverkehr, Risikosportarten, Gewaltverbrechen bzw. Suizidsterblichkeit des männlichen Geschlechts in Verbindung brachte. Der Autor betonte, dass es bei den Unfällen, Verbrechen und externen Ursachen keine Unterschiede zwischen Mönchen und der Allgemeinbevölkerung gab. Es scheint sich um geschlechtsspezifisches Verhalten zu handeln.

Für das weibliche Geschlecht zeigte sich Luy (2012b) zufolge hingegen ein anderes Bild. Frauen der Allgemeinbevölkerung unterschieden sich bei Erkrankungen des Herzkreislaufsystems als Todesursache nicht von den Nonnen, weder im Niveau noch in der zeitlichen Entwicklung. Der Autor verwies darauf, dass in Frauenklöstern bis heute nicht geraucht werde, sodass an dieser

Stelle andere Faktoren wirken mussten. Luy (2012b) stellte die Vermutung an, dass die Vollbeschäftigung der Ordensfrauen im Vergleich zu vermehrt Teilzeit beschäftigten Frauen der Allgemeinbevölkerung eine Begründung liefern könnte, um eine erhöhte Sterblichkeit der Nonnen ab dem 65. Lebensjahr zu erklären. Bis zum Jahr 1990 rekonstruierte Luy (2012b) eine erhöhte Krebssterblichkeit bei Nonnen, die vor allem auf Neubildungen des Verdauungssystems zurückzuführen waren, wohingegen der Brustkrebsanteil mit 11,9 % zu 18,1 % in der Allgemeinbevölkerung deutlich geringer war. Der Autor wies jedoch darauf hin, dass sich die Unterschiede ab 1990 auf ein Niveau angeglichen haben. Im Gegensatz zu den Mönchen schienen Nonnen gegen Unfälle, Gewaltverbrechen und externe Ursachen geschützt zu sein, denn eine erhöhte Krebssterblichkeit stand einer geringeren Zahl an Todesfällen durch externe Ursachen entgegen (Luy, 2012b). Allerdings zeigte sich auch hier der gleiche Verlauf, bei dem sich die Differenzen immer weiter angleichen.

Somit ließ sich für die männliche Bevölkerung festhalten, dass das Klosterleben für Männer bezüglich der beiden Haupttodesursachen Vorteile zu bieten scheint, die sich für die Nonnen nicht zeigten. Die Übernahme von Verhaltensweisen der Allgemeinbevölkerung deuteten darauf hin, dass der Gesundheitsvorteil lebensstilbezogen und nicht auf biologische Faktoren zurückzuführen ist (s. Anh. Abb. IV + V). Die Daten der Klosterstudie reduzierten die Spanne zwischen den Geschlechtern auf eine Ein- bis Zweijahresdifferenz in der Lebenserwartung, wie bereits Hoffmann (2006) anmerkte und einen multikausalen bzw. transdisziplinären Ansatz für diese Forschungsrichtung forderte. Dinges (2006) wies aus einer historischen Perspektive darauf hin, dass es erhebliche Veränderungen der Sterblichkeit der Geschlechter im Zeitverlauf gebe, die nicht eindeutig zu erklären seien. Der Autor zog hieraus jedoch grundsätzlich den Schluss, dass Sterblichkeit und das verbundene Gesundheitsverhalten keine anthropologische Konstante seien, sondern veränderbar. Lange/Kolip (2016) wiesen des Weiteren in einem Vergleich des Gender Inequality Index der Europäischen Union mit der Geschlechterdifferenz in der Lebenserwartung nach, dass mit steigender Angleichung der Geschlechter die Ungleichheit in der Lebenserwartung zwischen Männern und Frauen sinkt (s. Abb. 11). Die von Luy (2012b) angenommene Verbindung zu den persönlichen Verhaltensweisen warf die Frage auf, inwieweit dieses von Rollenerwartungen an das Geschlecht gesteuert wird. Diese Frage wird in Abschnitt 4.2 eingehend betrachtet. Auch Lange/Kolip (2016) sahen in den Lebenswirklichkeiten von Frauen und Männern in der jeweiligen Gesellschaft einen entscheidenden Einfluss auf die Lebenserwartung.

Somit deutet sich an, dass ein gewisser Anteil der Mortalitätsunterschiede auf ein Risikoverhalten des männlichen Geschlechts zurückführen ist. So wies bereits der RKI (2015) darauf hin, dass eine alkoholische Leberkrankheit infolge von Alkoholmissbrauch, Lungenkrebs bzw. Herzkreislauferkrankungen als potenzielle Folgen eines ungesunden Lebensstils mit gesundheitsriskanten Verhaltensweisen in den Bereichen Ernährung, Bewegung, Übergewicht sowie Tabakkonsum anzusehen sind. Auch John et al. (2017) sahen generell die Gesundheitsmängel der deutschen Bevölkerung als verhaltensbasiert an, zurückzuführen auf die Risikofaktoren Rauchen, Bewegungsmangel, Alkoholkonsum und ungesunde Ernährung. Des Weiteren wurden vor allem beim männlichen Geschlecht ein generell riskanteres Fahrverhalten im Straßenverkehr und der höhere, männliche Anteil in körperlich anspruchsvollen Berufen als soziale und verhältnisbedingte Faktoren benannt, die Einfluss auf den Geschlechterunterschied in Lebenserwartung und Sterblichkeit nehmen können (RKI, 2015).

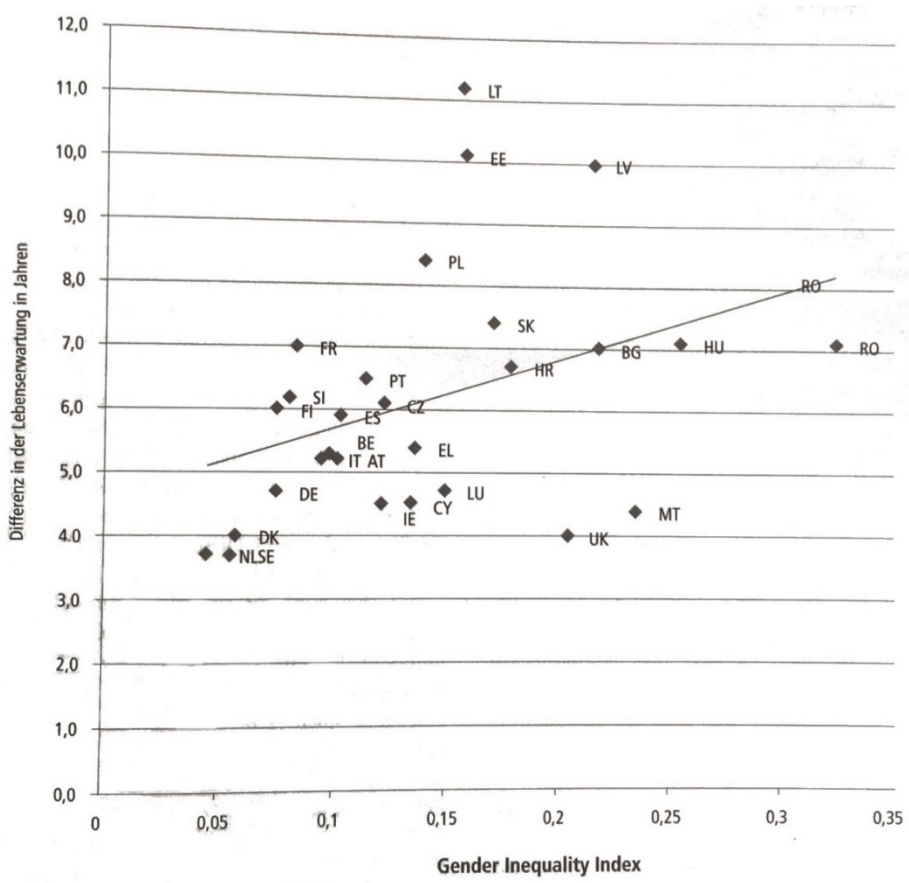


Abb. 11: Differenz in der Lebenserwartung und dem Gender Inequality Index in der EU 2012 (Lange/Kolip, 2016, 139)

Der Tabakkonsum war und ist ein vordringliches Gesundheitsrisiko in den Industrienationen. Rauchen herrscht vor allem im jungen und mittleren Erwachsenenalter vor und lässt erst ab einem Alter von 60 Jahren deutlich nach (RKI, 2015). Der Tabakkonsum zeigte sich seit einigen Jahren rückläufig mit einem Anteil von 31 % bei den Männern und 26 % bei den Frauen im Alter der 18- bis 64-Jährigen im Jahr 2015. Für Frauen im jüngeren Erwachsenen liegt die Prävalenz laut (RKI, 2015) bei 40 % und bei Männern bei 47 %. Aus historischer Perspektive sieht Dinges (2006) bei Männern mit einem höheren Bildungsniveau seit den achtziger Jahren mit einer Zunahme der öffentlichen Diskussion eine Reduktion des Tabakkonsums im Gegensatz zu Männern mit einem niedrigeren Bildungsabschluss. Für die Wirkung auf die Gesundheit ist vor allem relevant, ob und wann der Konsum aufgegeben wurde (RKI, 2015). Hierbei gilt, je kürzer, desto besser. So ist der derzeitige Trend zum Nichtrauchen bei Jugendlichen (12-17 Jahre) als positive Entwicklung zu bezeichnen (Kuntz et al., 2017). Allerdings zeigte sich beim weiblichen Geschlecht bis zum Jahr 2003 ein Anstieg der Raucherinnen auf 32 %, wohingegen das Rauchverhalten des männlichen Geschlechts unverändert blieb (RKI, 2015). Der soziale Status spielt beim Tabakkonsum eine Rolle. Niedrigere soziale Schichten rauchen zweimal so häufig wie gehobene Schichten, und der Trend zum Rauchen in sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen hält an (Kuntz et al, 2017; Lampert et al., 2013). Ab 2003 wurde der Rückgang des Tabakkonsums um drei bis vier Prozentpunkte für beide Geschlechter erkennbar (Lambert/Kunz, 2015).

Alkohol liegt nach dem Rauchen und Bluthochdruck in der Rangfolge wesentlicher Risikofaktoren für die Gesundheit an dritter Stelle (RKI, 2015). Der Alkoholkonsum einer Nation stellt (John et al., 2017) zufolge einen wesentlichen Indikator für die Lebenserwartung

dar. Der Pro-Kopf-Konsum der Gesamtbevölkerung lag im Jahr 2015 bei 9,6 Liter im Vergleich zu 9,7 Liter Reinalkohol im Jahr 2013 (Gaertner et al., 2015; John et al., 2017). Vom Verlauf her zeigte sich ein langsamer Rückgang des Alkoholkonsums nach dem Jahr 1980 mit einem Höchststand von 12,9 Litern pro Kopf an Reinalkohol (Gaertner et al., 2015). Dieser ist den Autoren zufolge auf einen gesunkenen Bierkonsum zurückzuführen, der seit 1990 um rund ein Viertel abnahm. Allerdings ist der Alkoholkonsum im Jahr 2015 im internationalen Vergleich mit 0,9 Litern Reinalkohol pro Bürger weiterhin als hoch zu bezeichnen (John et al., 2017). Die wenigsten Deutschen (3,6 %) sind ein Leben lang abstinent, die meisten trinken gelegentlich, und nur jeder siebte Erwachsene in gesundheitsriskanten Mengen (RKI, 2015). Männer neigen mit 15,6 % ein wenig mehr dazu als Frauen (12,8 %). Bei Männern bleibt dies in allen Altersgruppen gleich, wohingegen es bei Frauen mit zunehmendem Alter abnimmt (RKI, 2015). Männer weisen insgesamt höhere Prävalenzen für einen riskanten Alkoholkonsum bis hin zum Rauschtrinken auf, vor allem im jungen Erwachsenenalter (RKI, 2015).

Obwohl legale Suchtmittel wie Alkohol und Tabak weiterhin deutlich verbreiteter sind, stellt der Konsum illegaler Drogen weiterhin ein Mortalitätsrisiko dar (RKI; 2015). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) benennt den Konsum illegaler Drogen in Ländern mit einem hohen Volkseinkommen als zehntwichtigsten Risikofaktor für durch Krankheit verlorene Lebensjahre (Drogenbericht, 2016). Seit dem Jahr 2000 sinkt die Zahl der Drogentoten, dennoch sollte die derzeitige Entwicklung illegaler Drogen im Blick behalten werden, denn in den letzten Jahren kommen verstärkt neue chemische Substanzen auf den Markt, deren Wirkung und Folgen, wie z.B. bei dem bereits bekannten Amphetamin *Crystal Meth,* noch nicht genau einzuordnen sind (RKI, 2015). Für Erwachsene liegen die Zahlen für einen Missbrauch bzw. eine Abhängigkeit bei maximal 1 %, wobei Männer deutlich häufiger zu illegalen Drogen greifen, und der Konsum mit Ende des jungen Erwachsenenalters deutlich zurückgeht (Piontek et al., 2017; RKI, 2015). Dennoch scheint sich die Probierbereitschaft dem RKI (2015) zufolge in den vergangenen Jahrzehnten erhöht zu haben, denn ältere Kohorten berichten wesentlich seltener von Drogenerfahrungen als jüngere Kohorten. Insgesamt bleibt der Konsum illegaler Drogen auf einen kleinen, vermehrt männlichen Konsumentenkreis beschränkt, ein Verhalten, das in den meisten Fällen mit Ende des jungen Erwachsenenalters aufgegeben wird (RKI, 2015).

Die Zusammenstellung der Ernährung hat ebenfalls Einfluss auf die Gesundheit – positiv oder negativ. Im Geschlechtervergleich essen Männer mehr Fleisch als es den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung entspricht und erreichen den Anteil an Gemüse und Obst nicht (DGE, 2012; Mensink et al., 2013). Zudem leiden sie häufiger unter Adipositas durch eine fleisch- und fetthaltige Ernährung bei einem höheren Alkohol- und Nikotinkonsum. Bereits Mensink (2004) merkte an, dass Frauen eine größere Bereitschaft zeigten, ihre Ernährung auf eine gesundheitlich empfehlenswerte Form umzustellen (26 % ♂/36 % ♀). Frauen wurden als ernährungsbewusster angesehen mit einer engeren Verbindung zum Thema Ernährung (Mensink, 2004). So sind 67,1 % der 18-79-jährigen Männer übergewichtig und nur 53 % der Frauen im gleichen Alter (RKI, 2015). Eine Betrachtung der 25-69-Jährigen im Vergleich der Beobachtungszeiträume 1990 bis 1992 (18,1 % ♂/20,9 % ♀) zu 2008 bis 2011 (24,5 % ♂/23 % ♀) zeigte einen höheren Anstieg des Übergewichts beim männlichen Geschlecht (RKI, 2015). Vor allem junge Erwachsene leiden generell zunehmend unter Adipositas, wobei Frauen weiterhin als ernährungsbewusster angesehen werden.

Hinzu kommt, dass Krug et al. (2013) zufolge im Erwachsenenalter 65 % der Frauen und 56,4 % der Männer weniger als 2,5 Stunden pro Woche körperlich aktiv waren, womit beide

Geschlechter den WHO-Empfehlungen für Bewegung nicht gerecht werden. Ein größerer Anteil der Männer gab generell an, in hohem Umfang körperlich aktiv zu sein (25,4 % ♂/17,3 % ♀), wobei die Zahl der sportlich Inaktiven mit zunehmendem Alter jedoch zunimmt (RKI, 2015). Eine höhere körperliche Aktivität zeigt jedoch nicht an, dass Männer vermehrt gesundheitsbezogene Aktivitäten wahrnehmen. Vielmehr gibt es Belege, dass 80 % bis 90 % der Teilnehmer an Gesundheitskursen der Krankenkassen Frauen sind und Männer riskantere Sportarten bevorzugen (Faltermaier/Hübner, 2016; Hurrelmann/Kolip, 2002). Werden nicht nur die sportlichen Aktivitäten in den Blick genommen, sondern auch die Alltagsaktivitäten, so zeigte sich zudem, dass Frauen zwar weniger Sport betreiben, sich aber nicht zwangsläufig weniger bewegen. Frauen bewältigen Transportwege häufiger als Männer zu Fuß oder auf dem Fahrrad und sind stärker in Haus, Garten und der Kinderbetreuung aktiv (Lademann/Kolip, 2008). Dieses unterschiedliche Bewegungsverhalten sollte nicht außer Acht gelassen werden.

Die aufgeführten riskanten Verhaltensweisen erhöhen laut Schwarzer (2004) letztendlich die Wahrscheinlichkeit zu erkranken und wirken auf das psychische und körperliche Wohlbefinden. Im Bereich der psychischen Erkrankungen erhöhten sich Fehlzeiten am Arbeitsplatz in den letzten zehn Jahren, was nicht außer Acht gelassen werden kann, weil sie besonders kostenintensiv sind (Merbach/Brähler, 2016; RKI, 2015). Allerdings steht laut RKI (2015) eine Zunahme der Behandlungshäufigkeit einem nicht entsprechend starken Anstieg der Prävalenzen psychischer Störungen entgegen. Somit könnten die derzeitigen Zahlen ein Hinweis einer verbesserten Versorgung im Bereich psychischer Erkrankungen sein, worauf auch der RKI (2015) in Verbindung mit rückläufigen Suizidraten hinweist. Angststörungen, Depressionen, Schlafstörungen und Alkoholabhängigkeit stellen im europäischen Vergleich die häufigsten Formen dar (Wittchen et al., 2011).

Werden alle psychischen Störungen im Überblick betrachtet, so weisen Frauen höhere Prävalenzraten auf (Wittchen et al., 2011). Für die einzelnen Krankheitsbilder zeigen sich jedoch geschlechtsspezifische Unterschiede in der Häufigkeit (Merbach/Brähler, 2016). Frauen zeigten eine höhere 12-Monats-Prävalenz für Angststörungen (9,3 % ♂/21,3 % ♀) in der Gruppe der 18- bis 79-Jährigen und für Depressionen (6,4 % ♂/13,1 % ♀) in der Gruppe der 18- bis 64-Jährigen (Busch et al., 2013; RKI, 2015). Allerdings ist anzumerken, dass Depressionen weiterhin doppelt so häufig bei Frauen diagnostiziert wurden als bei Männern (Wittchen et al., 2011). Männer neigten in der Altersspanne zwischen 18 und 64 Jahren hingegen häufiger zur Alkoholabhängigkeit (4,6 % ♂/2 % ♀) wie Pabst et al. (2013) darstellten und im Jahr 2013 dreimal so häufig zum Begehen eines Suizids, was in absoluten Zahlen 7.449 Suizide des männlichen Geschlechts und 2.627 des weiblichen Geschlechts bedeutete (RKI, 2015).

Chronischer Stress, das Burnout-Syndrom und Schlafstörungen wurden vom RKI (2015) als Faktoren benannt, die psychische Erkrankungen fördern. Unter chronischen Stress werden Belastungen gefasst, die die individuellen Bewältigungsressourcen übersteigen. Unter Burnout wird ein auf die Arbeit bezogenes Syndrom gefasst, welches durch eine emotionale Erschöpfung gekennzeichnet ist. Schlafstörungen gelten hingegen als Vorläufer von Erkrankungen wie Depressionen, aber auch Übergewicht oder Bluthochdruck.

In der Zeitspanne 2008 bis 2011 berichteten Frauen in der Altersgruppe von 18 bis 64 Jahren häufiger von starken Belastungen durch chronischen Stress (8,2 % ♂/13,9 % ♀), und auch die Diagnose Burnout wurde mit 5,2 % deutlich häufiger gestellt als bei Männern mit 3,3 % (RKI, 2015). Dem Bericht zufolge wird das Syndrom besonders häufig bei Personen im mittleren

Lebensalter und bei mittlerem bis hohem Sozialstatus gestellt. Ein Abgleich des Berichtes von Burnout-Diagnosen mit denen für psychische Störungen ergab, dass 70,3 % der Personen mit Ersterem auch unter Letzterem litten, umgekehrt aber nur 27,5 %. Unter klinisch relevanten Ein- bzw. Durchschlafstörungen litten dem Bericht zufolge 30,3 % der Frauen und Männer. Die Zahl der Durchschlafstörungen nimmt mit einer Verdopplung bei Frauen von 17,9 % (18-39 Jahre) auf 34,4 % (60-79 Jahre) und einer Verdreifachung bei Männern von 9,5 % auf 29 % bis ins hohe Alter stark zu. Zentral erscheint diese Entwicklung vor dem Hintergrund, dass eine hohe Stressbelastung mit der Entwicklung von Schlafstörungen, eines Burnout-Syndroms und Schlafstörungen in Verbindung gesehen wird.

Trotz dieses Bildes entlang der Risikofaktoren schätzten 76,6 % der Männer ihre Gesundheit als gut bis sehr gut ein, wohingegen dies laut RKI (2015) nur 72,9 % der Frauen taten. Im Umkehrschluss bewerteten sich 27,1 % der Frauen und 23,4 % der Männer als von der Gesundheit her mittelmäßig oder schlechter. Erst mit zunehmendem Alter werden diese Bewertungen deutlich schlechter. Ein gleiches Bild zeigt sich auch bei der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, die von Frauen ebenfalls schlechter eingeschätzt wurde, was bereits im Bundesgesundheitssurvey 1998 benannt wurde (RKI, 2015). Bei beiden Geschlechtern ist ein Zusammenhang zwischen der Einschätzung und dem sozioökonomischen Status zu erkennen. Das Bildungsniveau, die berufliche Position und das Einkommen wirken sich dem Bericht zufolge positiv auf die Selbsteinschätzung und die Bewertung der Lebensqualität aus. Dinges (2006) beschrieb aus einer historischen Perspektive den Zugang zu Wissen, Geld und medzinischer Versorgung als die positiven Rechte für die eigene Gesundheit, die im Laufe der Zeit erworben wurden. Seiner Meinung nach stieg aber mit dem Wohlstand gleichzeitig der Zugang zu gesundheitsriskanten Artikeln und Verhaltensweisen wie Tabak, Alkohol, Drogen, Süßwaren oder Risikosportarten, welche von ihm als gesundheitlich negative Rechte bezeichnet wurden. Mit den positiven Rechten sind gesunderhaltende Faktoren verbunden, die als Ressourcen gesundheitsförderlich wirken. Entlang des Modells der Salutogenese (s. Abschnitt 2.2.1) lassen sich diese in körperliche, materielle, personale, soziale und soziokulturelle Ressourcen unterscheiden (Faltermaier, 2011).

Bezüglich körperlicher Ressourcen scheinen Frauen ihrem Körper größere Aufmerksamkeit auch in gesundheitsbezogenen Belangen zu schenken (Faltermaier/Hübner, 2016). Sie hören verstärkt auf Körpersignale und zeigen insgesamt eine größere Motivation, sich gesund zu erhalten (Faltermaier, 2004; Sieverding, 2005). Dies schlägt sich in einem weniger riskanten Verhalten und einer höheren Inanspruchnahme von Präventionskursen der Krankenkassen nieder (Lademann/Kolip, 2008). Bewegungs-, Ernährungs-, und Stressreduktionsangebote werden vordringlich vom weiblichen Geschlecht wahrgenommen, nur Angebote zum Umgang mit Sucht- und Genussmitteln werden von beiden Geschlechtern gleichwertig besucht (Lademann/Kolip, 2008). Frauen haben laut Maschewsky-Schneider et al. (1988) zwar ein ausgeprägtes Gesundheitsbewusstsein, stufen den eigenen Gesundheitszustand dennoch wesentlich schlechter ein. Das Thema Gesundheit ist für Männer durchaus relevant, allerdings eher leistungsbezogen und den Körper instrumentalisierend (Faltermaier, 2004). Frauen hatten stärker die ästhetischen Qualitäten des Körpers im Blick, Männer hingegen körperliche Kraft, Stärke und Fitness (Faltermaier, 2004). Eine zunehmende Flexibilisierung der Geschlechterrollen führt jedoch dazu, dass diese eindeutige Orientierung aufgeweicht werden kann. Faltermaier (2004) sieht den potenziellen Einsatz körperlicher Stärke bzw. Kraft als einen Aspekt männlicher Körperidentität an. Sie stellt dem Autor zufolge ein aggressives Potenzial dar, Konfliktlösungen mit körperlicher Gewalt herbeizuführen, was bedeutet, dass hierin eine Fremd- und Selbstgefährdung liegt. Zudem zieht er die Verbindung zwischen der

Demonstration körperlicher Kraft und der Signalisierung sexueller Potenz im Werben um das weibliche Geschlecht. In diesem Zusammenhang erscheint es weniger erstaunlich, dass Männer ihre körperlichen Grenzen weniger wahrnehmen und sich sportlich verausgaben, was mit einem weniger stark ausgeprägtes Körperbewusstsein in Verbindung gebracht wird (Dak, 2008; Faltermaier, 2017, 2011; Sieverding, 2005).

Hinsichtlich der materiellen Ressourcen verfügen Männer zumeist über die bessere Ausstattung als Frauen, da das weibliche Geschlecht weiterhin stärker in abhängigen Positionen mit geringerem Status vertreten sind (Faltermaier, 2017). Das männliche Geschlecht verfügt generell über eine bessere finanzielle Lage, selbst in vergleichbaren Erwerbssituationen (Faltermaier, 2017). Sie sind durchgängig erwerbstätig und werden vielfach besser bezahlt im Vergleich zu weiblichen Erwerbsbiografien mit Familienplanung und einer geringeren Vergütung in vergleichbaren Positionen, was Männern vielfältige Entscheidungsspielräume und Bewältigungsmöglichkeiten eröffnen kann (Faltermaier, 2004; Lehner, 2004).

Im Bereich der personalen Ressourcen verfügen Männer über Optimismus, ausgeprägtes Selbstwertgefühl, internale Kontrollüberzeugung, Selbstsicherheit, Unabhängigkeitsstreben, Durchhaltevermögen und eine stabile Ich-Identität (Faltermaier 2004; Sieverding, 1992). Hierin liegt die Chance in Problemsituationen zum Beispiel im beruflichen Bereich sehr handlungsfähig zu sein, aber auch die Gefahr durch mangelnde Selbstreflexion, fehlende Empathie und Schwierigkeiten mit dem Äußern von Gefühlen auf negative Bewältigungsmuster für die eigene Gesundheit zurückzugreifen (Faltermaier, 2017). So bergen die Ressourcen gleichzeitig ein Risiko, wenn sie in übersteigerter Form gelebt werden, z.B. in Form von Vermeidung, Verleugnung oder Selbstaufwertung (Faltermaier, 2007). Frauen kommen ihre größere Offenheit, Gefühle zu zeigen und die Bereitschaft Hilfe früh- bzw. rechtzeitig anzunehmen, als positive Effekte für die Gesunderhaltung zugute (Faltermaier/Hübner, 2016). In der Rolle der um- und versorgenden Frau wird Gesundheit zu einem eher weiblichen Thema, welches mit der Vermittlung des Gesundheitswissens innerhalb des familiären Kontextes verbunden ist (Faltermaier/Hübner, 2016). Ist dieser gesundheitsunterstützende Umgang nicht nur auf das Umfeld, sondern vor allem auch auf sich selbst bezogen, so ist er als weibliche Ressource zu vermerken.

Für die sozialen Ressourcen ist die Eingebundenheit in soziale Netzwerke und die zur Verfügung stehende soziale Unterstützung in Belastungssituationen von Bedeutung (Faltermaier, 2007; Hartung, 2011). Männer betonen zwar die Wichtigkeit der Familie für ihre Gesundheit, Frauen gelten aber weiterhin als Gesundheitsmittler und -experten im familiären Rahmen (Faltemaier, 2004). Hieraus entsteht eine passende Verbindung, wenn deutlich wird, dass Männer über wesentlich kleine und häufig berufsbezogene Netzwerke verfügen, die wenig emotional ausgerichtet sind und sie sich vor allem auf soziale Unterstützung aus der Partnerschaft heraus stützen (Faltermaier, 2007). Dies macht Männer nach Faltermaier (2005a) besonders verwundbar, wenn eine solche Paarbeziehung scheitert, denn sie neigen in diesem Fall zu radikaleren Reaktionen. Auch ein Ende der Beziehung durch ein kritisches Lebensereignis wie Tod des Partners, führte laut Johnson et al. (2000) dazu, dass Männer einen riskanteren Lebensstil pflegten und ein erhöhtes Risiko für Herzkreislauferkrankungen zeigten. Diese Aussage basierte auf der Untersuchung der Autoren von Männern im Alter von 45 bis 64 Jahren. Somit bietet eine Paarbeziehung für Männer eine verlässliche, gesundheitliche Ressource, solange sie verfügbar und stabil vorhanden ist (Faltermaier, 2004). Männer sind in diesen Zusammenhängen vor allem auf der annehmenden Seite und Frauen sind als Gebende zu betrachten. Die enge Verbindung des weiblichen Geschlechts zu Vertrauen, Zuneigung und Reziprozität in Bindungen bezeichnet Faltermaier (2004) als gesundheitliche

Ressource auf der weiblichen Seite, solange sie selbst auch auf diese Werte bauen können und nicht ausschließlich in die Geberrolle geraten. Bleiben Männer dem Autor zufolge jedoch auf der Nehmerseite und haben Schwierigkeiten im Ausdruck von Emotionen beispielsweise in den Bereichen Expressivität oder Empathie, so fehlt nicht nur auf der weiblichen Seite eine Rückkopplung für die eigene Gesunderhaltung, sondern Männer gefährden langfristig die sie gesunderhaltende Beziehung. Hartung (2011) fasste unter dem Begriff Sozialkapital quantitative und qualitative Aspekte sozialer Beziehungen zusammen. Auf der quantitativen Ebene siedelte die Autorin die Größe und Dichte des sozialen Netzwerks an und auf der qualitativen Ebene kognitive Dimensionen wie Vertrauen, Reziprozität, gemeinsame Werte und Normen in sozialen Beziehungen. Frauen wären im Sinne des Sozialkapitals durch größere, dichtere Netzwerke mit stärkeren emotionalen Komponenten gesundheitlich besser geschützt.

Faltermaier (2017) ordnet die sozio-kulturellen Ressourcen als über das Individuum und seine Lebenswelt hinausgehend ein, welche in der gesellschaftlichen und kulturellen Umwelt verwurzelt sind. Der Einfluss des Einzelnen auf diese Ressourcen ist beschränkt, aber sie wirken umso stärker, wenn sie vorhanden sind. Sie haben zudem Einfluss auf das Subjekt selbst, indem sie die geschlechtsspezifische Sozialisation (s. Abschnitt 4.2) und die Entwicklung der Geschlechterrolle und Identität prägen. Die kulturelle Stabilität eines Systems und die kollektiven Überzeugungen, bezogen auf die eigene Existenz, bilden hierfür die Basis (Faltermaier, 2017). Somit erscheint es unerlässlich, die sozio-kulturellen Ressourcen in die Betrachtung des Individuums, aber auch des Geschlechts einzubeziehen.

Der Blick auf die Geschlechter zeigt, dass Frauen mehr Beschwerden äußern, sich einen schlechteren gesundheitlichen Zustand zuschreiben, mehr präventive Angebote in Anspruch nehmen, aber auch mehr Medikamente verschrieben kommen und weiterhin häufiger wegen seelischer Leiden behandelt werden. Sie weisen insgesamt eine intensivere Auseinandersetzung mit gesundheitsbezogenen Fragestellungen auf. Sie sind präventiven Maßnahmen gegenüber positiver eingestellt und nehmen mehr Angebote des medizinischen Gesundheitssystems, psychosoziale Hilfe und Vorsorgeangebote in Anspruch (Altgeld, 2016; Faltermaier/Hübner, 2016). Sie sind im präventiven Bereich wesentlich aktiver als Männer, was sich in einer stärkeren Inanspruchnahme der Krebsvorsorge und der Präventionskurse der Krankenkassen niederschlägt (Jordan/Lippe, 2013; Starker/Saß, 2013). Dinges (2006) sieht das Verhalten der Männer im Zusammenhang mit ihrem höheren beruflichen Ausgesetztsein und ihrem Wunsch nach Autonomie, der im Widerspruch frühzeitig Hilfesuchverhalten steht. Gleichzeitig schätzen Männer ihre Gesundheit wesentlich optimistischer ein mit einer instrumentellen Sicht auf den eigenen Körper, wodurch sie weniger bereit sind, sich als körperlich eingeschränkt zu bezeichnen (DAK, 2008). Dies setzt sich in einer geringeren Bereitschaft, Vorsorgeangebote wahrzunehmen fort, da sie sich nicht angesprochen fühlen, und es wird ein gesundheitsriskanterer Lebensstil gepflegt. Die subjektiven Gesundheits- und Krankheitstheorien sowie -konzepte sind für Männer und Frauen gut erforscht. Bei Frauen sind die subjektiven Gesundheitskonzepte ausdifferenzierter und betonen stärker das psychische Wohlbefinden (z.B. Ausgeglichenheit, Lebensfreude) (Blaxter, 1995; Schulze/Welters, 1998). Männer hingegen sahen Gesundheit eher als leistungsbezogen an (Blaxter, 1995; Faltermaier, 2017). Darüber hinaus unterscheiden sich die Gesundheitskonzepte von Frauen und Männern nicht grundlegend. Beide sind überwiegend positiv.

In Hinblick auf die gesund verbrachten Lebensjahre bedeutet dies für Frauen eine durchschnittlich längere Lebenszeit, jedoch nicht frei von Beschwerden. Bezogen auf die

Krankheitskosten pro Kopf im Jahr 2008 wies bereits Bardehle (2010) darauf hin, dass die Kosten bei den Frauen im Geschlechtervergleich höher lagen (2.740 € ♂/3.440 € ♀), was die Autorin auf die grundsätzlich höhere Lebenserwartung, geburtshilfebedingte Leistungen, eine höhere Inanspruchnahme und höhere Pflegekosten zurückführte. Die Schwerpunkte des Handelns von Frauen liegen im Alltag auf gesunder Ernährung und psychosozialen Aspekten (Faltermaier et al., 1998). Bei Männern liegen sie dagegen mehr auf Bewegung (Krug et al., 2013). Des Weiteren verfügen Frauen über ein ausgeprägtes Gefühl für ihre subjektive Gesundheit und über größeres Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Frauen kümmern sich immer noch häufiger um den Gesundheitszustand von Familienmitgliedern und übernehmen bei schweren Krankheiten meist die Pflege und Versorgung von nahestehenden Personen. Die geschlechtsspezifische Betrachtung zeigt somit, dass beide Geschlechter Risiken und Ressourcen aufweisen, die sich im Zusammenspiel zwischen den Geschlechtern positiv auswirken können. Faltermaier (2017) warnte vor einer Überakzentuierung der Kategorie des sozialen Geschlechts. Aus seiner Sicht sollte die Heterogenität innerhalb eines Geschlechtes ebenfalls Berücksichtigung finden. Die vorliegende Untersuchung nimmt das männliche Geschlecht in den Blick und vor diesem Hintergrund wird die männliche Geschlechtsrolle im nächsten Abschnitt eingehend betrachtet.

4.2 Die männliche Geschlechtsrolle und Gesundheit

Der Geschlechtervergleich (s. Abschnitt 4.1) weist darauf hin, dass Männer weniger gesund leben, einen Hang zu einem riskanteren Lebensstil haben, körperlich anspruchsvollere Berufe ausüben, sie mit risikobehafteten Sportarten kombinieren und über ein weniger ausgeprägtes Gesundheitsbewusstsein verfügen als Frauen (Faltermaier, 2008; Lademann/Kolip, 2008; RKI, 2014). Würde ein solch gesundheitsgefährdendes Verhalten als anthrophologische Konstante angesehen, so wären gesundheitsförderliche Angebote und Vorsorgemaßnahmen laut Dinges (2006) kein sinnvoller Ansatz. Der Hinweis in Abschnitt 4.1, dass sich die gesundheitliche Lage der Männer vor allem auf das männliche Verhalten zurückführen lässt, eröffnet die Frage, inwieweit ein solches Verhalten mit den Rollenerwartungen an das männliche Geschlecht verbunden ist. Faltermaier/Hübner (2016) sehen das Verhalten der Männer bezüglich ihrer Gesundheit in hohem Maße durch normative Erwartungen geprägt, wodurch die Betrachtung der männlichen Geschlechtsrolle wichtig erscheint, um das gesundheitsbezogene Handeln der Männer besser zu verstehen. Faltermaier (2004) wies darauf hin, dass die Gesundheit von Männern über die traditionelle, männliche Rolle und ihre Identität zu erklären ist. Die Geschlechtsrollenidentität selbst ist als Zuschreibung des Einzelnen von männlichen und weiblichen Eigenschaften anzusehen (Alfermann/Stiller, 2001).

Der Identitätsbegriff selbst wurde weitreichend erforscht und bleibt dennoch in seiner Komplexität der Sicht der jeweiligen Fachrichtung vorbehalten und unterliegt laut Faltermaier et al. (2014) einer gewissen definitorischen Unschärfe. Bohleber (2017) wies darauf hin, dass die Beschäftigung mit dem Identitätsbegriff immer zum Übergang zwischen soziologischer und psychologischer Forschung führt. Der begrenzte Rahmen der vorliegenden Dissertationsschrift mit ihrem Fokus auf die männliche Geschlechtsrolle führt an dieser Stelle dazu, dass ein komprimierter Blick auf das Identitätskonstrukt geliefert wird. Weiterführend sind hierzu die Arbeiten von Erikson, 1959/2017, Dammasch et al., 2009, Faltermaier et al., 2014, Höfer, 2006, Keupp/Höfer, 2009, Fuhrer/Martin, 2005 und Whitbourne/Weinstock, 1982 zu benennen.

Die Definition des Psychoanalytikers Erik H. Erikson (1959/2017) wird häufig aus psychologischer Perspektive angeführt, welche den Begriff Identität über die Wahrnehmung von Gleichheit und Kontinuität aus der Eigen- und Fremdperspektive definiert. Whitbourne/Weinstock (1982) beschreiben hiermit im Einklang Identität als Gesamtheit der Qualitäten, derer sich eine erwachsene Person bewusst ist, und die Erkenntnis, über welchen Anteil andere Personen im eigenen Umfeld verfügen. Dabei bewegt sich die Person zwischen gesellschaftlichen Erwartungen einerseits und der psychischen Einzigartigkeit des Einzelnen andererseits (Bohleber, 2017). Die Geschlechtsrollenidentität wird Athenstaedt (1999) zufolge über das *Selbstkonzept* herausgebildet, das der Einzelne in Bezug auf die Ausfüllung der an ihn gerichteten Rollenerwartungen konstruiert. Whitbourne/Weinstock (1982) ordnen hierunter folgende identitätsbezogene Faktoren ein: Aussehen und Erscheinung, Fähigkeiten, Ziele, Wünsche, Motive, Überzeugungen, Einstellungen, Werte und Rollenerwartungen. Vor diesem Hintergrund wird deutlich, warum die eigene Rolle nicht ohne eine Identitätsverständnis einzuordnen ist. Identität selbst wird von Faltermaier et al. (2014) als Reflexionsprozess auf die eigene Person in ihrer Gesamtheit und den wahrgenommenen Kern der Persönlichkeit beschrieben. Die Autoren unterscheiden hierbei drei Ebenen der Auseinandersetzung. Kognitiv wird dem Konstrukt des Selbstkonzepts entsprechend das Bild aus der Eigenperspektive beleuchtet und emotional im Sinne des Selbstwertgefühls hinterfragt, ob das Selbst positiv oder negativ wahrgenommen wird. Das Selbst wird von Greve (2007) als dynamisches System mit den auf die eigene Person bezogenen Überzeugungs- und Erinnerungsinhalten einerseits und den mit diesen Inhalten operierenden Prozessen und Mechanismen andererseits definiert. Siegler et al. (2016) definieren es vergleichbar als ein Konzeptsystem, das aus den Gedanken und Einstellungen über sich selbst besteht. Auf der dritten Ebene siedeln Faltermaier et al. (2014) die motivationale Auseinandersetzung an, die im Sinne des Konzeptes der Kontrollüberzeugungen überprüft, inwieweit die Person selbst in der Lage ist, Dinge zu beeinflussen. Ebenso beschreiben die Autoren eine körperbezogene Ebene der Identität in Form des Körperkonzepts bzw. des Körperselbst, welches eine mehr oder weniger bewusste Wahrnehmung des eigenen Körpers beschreibt. Des Weiteren sehen die Autoren die identitätsbezogene Auseinandersetzung mit der Wahrnehmung der eigenen Person im sozialen Umfeld und der an sie gerichteten Erwartungen durch Bezugspersonen oder Institutionen als zentral an, wie sie in der soziologischen Forschung von George H. Mead (1934/2017) eingeführt wurde. Somit lässt sich nach Whitebourne/Weinstock (1982) Identität als Selbstattribution zahlreicher persönlicher und sozialer Qualitäten zusammenfassen. Der Formungsprozess läuft Dammasch et al. (2009) zufolge über komplexe Kanäle.

In dieser Hinsicht hat Identität eine organisierende Funktion im Leben eines erwachsenen Menschen und steht gleichzeitig für den Entwicklungsprozess der Integration (Whitebourne/Weinstock, 1982). Die Verbindung des Körperbilds mit den Repräsentanzen der Objekterfahrungen spielt bei der Entwicklung der eigenen Geschlechtsidentität eine wesentliche Rolle (Dammasch et al., 2009). Wird das eigene Handeln im Lebensalltag in unterschiedlichen Situationen und verschiedenen Rollen z.B. als Freund, Vater, Lebenspartner beurteilt und vom Einzelnen selbst als konsistent erlebt, so beschreiben Faltermaier et al. (2014) dies als Handeln als identische Person. Bründel/Hurrelmann (1999) beschreiben die soziale Rolle als die normativen Verhaltensweisen, die an den Inhaber der Rolle von relevanten Bezugspersonen herangetragen werden. Abele (1997) sieht hierunter sowohl Aspekte des Verhalten von Männern und Frauen gefasst als auch individuelle und gesellschaftliche Erwartungen, wie sich derjenige bzw. diejenige zu verhalten hat. Waldon (1997) weist auf die

Bandbreite der Geschlechtsrolle hin, die sowohl die soziale Rolle, das Verhalten, die Einstellungen und psychologische Charakteriska umfasst. Die männliche Geschlechtsrolle ist eingebunden in den Lebensalltag. Sie ist als der Teil männlicher Identität anzusehen, der durch die gesellschaftlichen Erfordernisse und die Sozialisation des Mannes geprägt wird. Dabei beeinflussen die Vorstellungen von der männlichen Geschlechtsrolle sowohl die eigene Bewertung als auch die Beurteilung anderer Personen (Deaux/Lafrance, 1998). Sieverding (2004) unterteilt Geschlechtsrollen in zwei Ebenen: (a) das Rollenverhalten, (b) die Rollenattribute. (a) Das Rollenverhalten umfasst der Autorin zufolge das System von geltenden Regeln des Verhaltens und die hieran geknüpften Aufgaben im sozialen Umfeld. (b) Die Rollenattribute beschreiben Sieverding zufolge (2004) die normativen Erwartungen an psychologische Charakteristika, verbunden mit dem biologischen Geschlecht. Das Annehmen der Geschlechtsrollenidentität wird von Bründel/Hurrelmann (1999) als sozialer Prozess beschrieben, der sich aus der Interaktion mit den männlichen und weiblichen Angehörigen speist. Das Beobachten, Übernehmen, Üben und Stabilisieren des Wissens über Geschlechtsstereotype, geschlechtstypische Einstellungen und die Praxis geschlechtsspezifischer Verhaltensweisen sind den Autoren nach Teil des Einfindens in die männliche Geschlechtsrolle. Wenn Menschen generell eine neue Rolle annehmen, müssen sie alle dafür notwendigen Fähigkeiten, Werte und Handlungsweisen erlernen (Faltermaier et al. 2014). Dieser Prozess ist Teil der Sozialisation, unter der Faltermaier et al. (2014) den fortwährenden Einfluss der sozial geprägten Umwelt auf die Entwicklung einer Person über die gesamte Lebensspanne hinweg versteht.

Bereits in der Kindheit wird der Zugang zur eigenen Geschlechtsrolle durch den Einfluss der nahen Bezugspersonen gelegt, jeweils mit einer weiblichen bzw. männlichen Ausrichtung, wobei die gesellschaftlich zugeschriebenen Attribute und Tätigkeiten dem anderen Geschlecht unzugänglich sind (Pross, 1978). Aber erst in der Jugend erfolgt die Auseinandersetzung mit dem geschlechtstypischen Körperbild, das es anzunehmen und mit den geschlechtstypischen Einstellungen in Übereinstimmung zu bringen gilt (Bründel/Hurrelmann, 1999). Im Erwachsenenalter sind Elternschaft und Arbeitsteilung im familiären Rahmen Themen, die zu einer Verstärkung des geschlechtsspezifischen Verhaltens mit auseinandergehenden Anforderungen führen können, ebenso wie der Eintritt in ein höheres Alter zu einer Verringerung der trennenden Merkmale betragen kann (Gloger-Tippelt, 1993). Das, was in einer Kultur oder Region als typisch männliches bzw. weibliches Verhalten angesehen wird, sind allgemeine Annahmen über die Eigenschaften der Geschlechter und werden unter den Begriff Geschlechterstereotype gefasst (Bründel/Hurrelmann, 1999). Sie bündeln die gesellschaftlichen Erwartungen an das jeweilige Geschlecht über die Vereinheitlichung und Normierung von Eigenschaften. Kasten (2003) beschreibt die Liste der Stereotype als geradezu beliebig erweiterbar. Aus diesem Grund an dieser Stelle nur einige Beispiele für weibliche Stereotype: attraktiv, einfühlsam, familienorientiert, schutzbedürftig, launisch. Im Gegensatz hierzu werden den Männern Stereotype der Stärke im Sinne traditioneller Männlichkeit zugeschrieben: aktiv, entscheidungsstark, unabhängig, aggressiv, überlegen (Kasten, 2003). Diese stereotype Form der Einordnung kann sowohl positiv als auch negativ für den beruflichen Weg und die Teilhabe an gesellschaftlichen Prozessen wirken. Frauen besetzten und besetzen weiterhin stärker soziale Berufsgruppen und Männer sind stärker im naturwissenschaftlichen und technischen Bereich vertreten (Kasten, 2003). Im Jahr 2017 wurde nur jeder vierte Studienplatz in den sogenannten MINT-Fächern, die für die Fachbereiche Mathematik, Ingenieurswesen, Naturwissenschaften und Technik stehen, an eine Frau vergeben (OECD, 2017).

Im US-amerikanischen Raum wurde bereits in den siebziger Jahren das Thema Männlichkeit und Maskulinität z.B. über die Studie von Pleck/Sawyer (1974) in den Blick genommen, die das traditionelle Männerbild hinterfragte und die aus der männlichen Geschlechtsrolle erwachsenden, gesellschaftlichen Erwartungen wie *no sissy stuff, self reliance or control* hervorhoben. Diese Forschung führte dazu, dass erstmals der Rollendruck und nicht Abweichungen von den gesellschaftlichen Erwartungen als nicht annehmbar definiert wurden. Hieraus erwuchs nach Steffen (2002) ein zunehmendes Interesse im anglo-amerikanischen Raum am Thema Männlichkeit und Maskulinität. Zwei Entwicklungsrichtungen zeichneten sich ab. Der eher gesellschaftswissenschaftliche Ansatz stellte die Vormachtstellung des Mannes infrage, wohingegen der zweite Ansatz in Richtung einer neuen, antisexistischen, profeministischen Männerbewegung deutete mit dem Blick auf die Vielfalt im Erleben der Männer (Steffen, 2002). Lenz (2007) betont, dass *Men's Studies* bereits in den neunziger Jahren Bestandteil traditioneller Disziplinen wie Soziologie, Psycholgie oder Englische Literatur an US-amerikanischen Hochschulen waren. In den Folgejahren wurde die angemessene Bezeichnung für die Richtung einer Männerforschung im britischen, australischen und US-amerkanischen Raum gesucht ebenso wie ihre Einordnung im Geschlechterverhältnis (Lenz, 2007). Der Autor beschreibt diese Suche als eine Verzahnung von Männerbewegung und -forschung, wobei er im britischen und australischen Raum eine stärkere Verankerung in der sozialistischen Denktradition sah (s. Connell, 2005; Rutherford, 1992). Brzoska (1996) bezeichnete diesen Prozess als symptomatisch für die Entwicklung einer Männerforschung im deutschsprachigen Raum mit einer Suche nach einem neuen Männerbild. In den Niederlanden und Skandinavien sahen Brzoska/Hafner (1987) bereits in den achziger Jahren Ansätze einer Männerforschung, basierend auf dem Geschlechter- und Gleichtstellungsdiskurs.

Im deutschsprachigen Raum wurde erstmals in den neunziger Jahren im Rahmen einer Maskulinitätsforschung ein problematisches Männerbild und der Geschlechtsrollenstress von Männern erörtert (s. Böhnisch, 2004; Hollstein, 2001; Lenz, 2007; Steffen, 2002). Hieraus entwickelte sich eine medizinpsychologische Sicht auf den Mann (s. Brähler/Kupfer, 2001; Jacobi, 2003), ergänzt um eine soziologische, psychologische, gesundheitswissenschaftliche Sichtweise, z.T. basierend auf der Frauen- bzw. Genderforschung (s. Faltermaier, 2004; Klotz, 1998; Sieverding, 1988, 1992). Letztere bereitete den Weg von einer biologisch geprägten Vorstellung der Zweigeschlechtlichkeit hin zur mehrdimensionalen Annahme, dass Personen unabhängig vom biologischen Geschlecht feminine und maskuline Anteile mit relativen Unterschieden und graduellen Abstufungen entwickeln können (Kasten, 2003). Die Einordnung von Männern und Frauen wurde nach dem biologischen Geschlecht mit der Zuordnung typischer Eigenschaften bereits in den siebziger Jahren beispielsweise von Spence et al. (1975) und Bem (1976) infrage gestellt, da die Erfassung in Form von Polen auf einer Dimension im sozialwissenschaftlichen Bereich als nicht weitreichend genug angesehen wurde. Sie mündete in der Annahme, dass sich männliche instrumentelle Eigenschaften und weibliche expressive Eigenschaften über eine sogenannte M-Skala und F-Skala als unabhängige Dimensionen erfassen lassen (Sieverding, 1988). Über Erhebungen der Selbstkonzepte beispielsweise über das Bem Sex Role Inventory von Bem (1976) bzw. den Personal Attributes Questionnaire von Spence et al. (1975) konnten die Charakteristika von vier Geschlechtsrollentypen als Basis einer Geschlechtsrollenorientierung herausgearbeitet werden (s. Abb. 12).

Mummendy (2006) fasste generalisiert unter den Begriff *Selbstkonzept* die Gesamtheit der auf die eigene Person bezogenen Beurteilungen bzw. Einstellungen über sich selbst, und auch Siegler et al. (2016) sahen das Selbst, wie bereits oben dargestellt, in einem Konzeptsystem

organisiert. Athenstaedt (1999) sah das *Selbstkonzept* ein wenig enger gefasst über die Geschlechtsrolleneinstellung und geschlechtstypische Einstellungen und Verhaltensweisen, wobei die Autorin darauf hinwies, dass diese Konstruktbeschreibung nicht als erschöpfend angesehen werden sollte und die zum Teil synonyme Verwendung von Begriffen in Betracht zu ziehen ist. Andere Begriffe für die Annahme einer kognitiven Repräsentation des Selbst waren Bengel/Belz-Merk (1997) zufolge *Selbststruktur, Selbstschema* bzw. *internes Selbstmodell,* wobei die Autoren das *Selbstkonzept* als generalisierte Repräsentation und die Selbstschemata als zusammengehörige Repräsentationen beschrieben. Repräsentationen bilden, den Autoren folgend, die kleinste Einheit, die über Subschemata und Schemata das übergeordnete Selbstkonzept bilden. Das generalisierte Selbstkonzept entwickelt sich entlang körper-, leistungsbezogener, emotionaler und sozialer Aspekte (Daig, 2006). Diese Vorstellung einer multidimensionalen Struktur des Selbstkonzeptes ging auf Shavelson et al. (1976) und ihre Systematisierung in Form eines theoretischen Rahmenmodells zurück. Die Autoren unterteilten das Selbstkonzept in einen leistungsbezogenen und einen nicht leistungsbezogenen Anteil. Letztgenannter wird durch das körperliche, emotionale und soziale Selbstkonzept gebildet (Shavelson et al., 1976).

Das hierunter eingeordnete Körperkonzept entsteht Daig (2006) zufolge aus gesundheitsbezogenen Erfahrungen und dem äußeren Erscheinungsbild. Es bildet einen zentralen Bestandteil des generalisierten Konzepts, da es Einfluss auf das Selbstwertgefühl und die Selbstdarstellung nimmt. Ein verkörpertes Wissen wirkt nach Ehrlich (2006) in diesem Fall häufig in nicht reflektierter Form, sondern vielfach vorreflexiv und kann dennoch wie in Routinen situationsadäquat verwendet werden. Das leistungsbezogene Selbstkonzept wird über beruflichen, sportlichen (Miss-)erfolg und künsterliche Tätigkeiten geformt (Daig, 2006). Das soziale Umfeld über Familienangehörige, Kollegen, Vorgesetzte, Freunde und Bekannte tragen zur Entwicklung des sozialen und emotionalen Selbtkonzepts als untergeordnetes Schema bei. Die Repräsenationen und Schemata werden über die Selbstzuschreibung bestimmter Eigenschaften geformt, und nach Mummendy (2006) wirken sie in dieser Verbindung persönlichkeitsbildend. Sie wirken identitätsstiftend und nehmen über die Zuschreibung einer Vorstellung von sich selbst Einfluss auf das Einfinden in der eigenen Geschlechtsrolle. Diese Entwicklung beginnt in frühester Kindheit mit einem unterschiedlich hohen Grad an Bewusstheit und Stabilität (Bengel/Belz-Merk, 1997; Mummendy, 1983). Mummendy (1983) zufolge gibt es charakteristische Veränderungen im Selbstkonzept in verschiedenen Lebensphasen. So sei die Selbstzuschreibung hinsichtlich der Kategorien wie Dominanz, Führungsqualität und Leistungsfähigkeit im jüngeren und mittleren Erwachsenenalter ansteigend im Gegensatz zum höheren Erwachsenenalter (Mummendy, 1983). Es handelt sich bei diesen Zuschreibungen um die subjektive Sicht auf die eigenen geistigen und körperlichen Merkmale (Daig, 2006). Diese selbstbezogenen Kognitionen und Konzepte beeinflussen die Auseinandersetzung mit der eigenen Person und der Umwelt in der Form, dass sie dazu beitragen, die Anzahl von Interpretations- und Handlungsmöglichkeiten zu reduzieren (Staudinger et al., 2010). Cranach/Bangerter (2000) sahen das Selbstkonzept insofern mit dem Handeln verbunden, als dass die Identität als einheitstiftendes Prinzip die Entwicklung kohärenter Handlungssysteme fördere, deren Teil das Wissen um die eigene Person und die Beurteilung des Selbst ist. Dieses Wissen um sich selbst kann sich sowohl bewusst als auch nicht bewusst entfalten (Cranach/Bangerter, 2000). Die Geschlechtsrollentypen bilden den geschlechtsspezifischen Anteil des Selbstkonzepts einer Person ab (s. Tab. 5). Sie liefern die dimensionale Struktur des Geschlechtsrollenselbstkonzeptes und formen die Geschlechtsrollenorientierung (Linde, 2007).

Die Geschlechtsrolleneinordnung orientierte sich an der Achse instrumentell-adaptativ versus expressiv-integrativ und folgte laut Meuser (2010) somit einem elementaren Muster der Differenzierung sozialer Systeme. Der Autor ordnete instrumentelle Rollen der Verwirklichung von Systemzielen und expressive Rollen der Integration einer Gruppe zu.

	Expressivität: niedrig	**Expressivität: hoch**
Instrumentalität: hoch	Maskulin: überwiegend maskuline Eigenschaften	Androgyn: maskuline und feminine Eigenschaften stark ausgeprägt
Instrumentalität: niedrig	Undifferenziert: weder maskuline noch feminine Eigenschaften stark ausgeprägt	Feminin: überwiegend feminine Eigenschaften

Tab. 5: Charakteristika von Geschlechtsrollentypen (modifiziert nach Kasten, 2003, 33; Sieverding, 1988, 104)

Das traditionelle Verständnis von Mann und Frau wurde über die Geschlechtsrollen-orientierung aufgebrochen (Sieverding/Alfermann, 1992). Es wurde das traditionelle Rollenverständnis des Mannes infrage gestellt mit seiner Betonung von Führung, Ehrgeiz, Wettkampf, Status, Besitz, Härte, emotionalem Stoizismus (Levant/Pollack, 1995; Sieverding, 1992). Daig (2006) zufolge spiegelte sich dieses Bild in der Selbstinzenzierung des traditionellen Mannes über die Attribute Selbstsicherheit, Wille, Leistung, Dominanz, (Auto-) aggression, Zielorientierung, Fitness, Wettkampfeifer, sexueller Aktivität, Furchtlosigkeit und einer gewissen Unverwundbarkeit wider. Hollstein (1994) zufolge galt es für den maskulinen Mann, sich von weiblicher Schwachheit abzugrenzen. Doch mit der zunehmenden Entwicklung einer Geschlechterforschung, der Flexibilisierung der Arbeitswelt und der Aufhebung des Normalarbeitsverhältnisses verschob sich das traditionelle Männerbild in Richtung einer Geschlechtsrollenorientierung, und es wurden Themen wie Aggression, Gewalt, Homophobie, Frauenfeindlichkeit oder die Vernachlässigung der eigenen Gesundheit wurden zunehmend in den Blick genommen (Bauer/Luedtke, 2008a; Levant/Pollack, 1995; Badura et al., 2012). Das männliche und weibliche Geschlecht wurde über soziale Parameter eingeordnet z.B. über das Selbstkonzept mit dem Ausmaß an expressiven bzw. instrumentellen Eigenschaften einer Person (Sieverding/Alfermann, 1992). Die Geschlechtsrollenorientierung bot mehr Varianten der Einordnung. Doch für Männer mit maskulinen Merkmalen wurde laut Kasten (2003) auch in diesem Modell schneller eine gewisse Dominanz im Verhalten angenommen, ebenso wie feminine Eigenschaften die Vorannahmen einer homosexuellen Neigung begünstigten. Zudem erhielten Typen mit ausgeprägten Männlichkeitsmerkmalen (androgyn, maskulin) bessere Zuschreibungen im Bereich psychischer Gesundheit (Kasten, 2003). Diese Aussage steht im Einklang mit den epidemiologischen Erkenntnissen, die in Abschnitt 4.1 dargestellt wurden.

Auf dem Weg zum Erwerb der Geschlechtsrolle sehen Bründel/Hurrelmann (1999) es für Jungen und Mädchen als wesentlich an zu erfassen, welche Erwartungen an sie gerichtet werden, um anschließend potenzielle Spielräume in einer Geschlechtsrolle nutzen zu können. Dies tun sie durch das Erfassen der Perspektive anderer Personen auf sich selbst und das kontinuierliche Training der Selbstwahrnehmung. Die Familie bildet den Ausgangspunkt für die Prägung eines geschlechtstypischen Verhaltens (Bründel/Hurrelmann, 1999). Mädchen bleiben länger im familiären Schutz und werden vorsichtiger aus ihm entlassen als Jungen. Dinges (2006) griff dies in seiner Aussage auf, dass gefährliche und gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen im jungen Erwachsenenalter von Männern, geradezu ein Teil männlicher Sozialisation seien. Er machte dies am Beispiel des Rauchens fest, dass seit dem 19. Jahrhundert als Privileg der Männer galt und in den Weltkriegen sogar noch stärker mit der

Männerrolle in Verbindung gebracht wurde. Erst in den sechziger Jahren wurde das Rauchen in der Öffentlichkeit auch bei Frauen akzeptiert (Dinges, 2006). Gleiches gilt dem Autor zufolge für das Trinken hochprozentigen Alkohols aus dieser historischen Perspektive und verweise darauf, dass gesundheitsriskantes Verhalten lange Zeit mit Männlichkeit verbunden wurde. Bründel/Hurrelmann (1999) verwiesen des Weiteren darauf, dass in der Entwicklung zum Mann häufig ein emotionales Identifikationsangebot fehle und das mediale Angebot mit der Betonung des *starken Mannes* wenig differenzierte Formen von Männlichkeit aufzeige.

Im Bereich Männlichkeit und Stärke wurden Connells (2005) Arbeiten zur hegemonialen Männlichkeit als richtungsweisend angesehen, da sie erstmals einen konzeptionellen Rahmen innerhalb der Gruppe von Männern boten und Lee/Owens (2002) zufolge gleichzeitig für die traditionelle, patriarchale Sichtweise auf Männlichkeit und männliche Verhaltensweisen standen. Lee/Owens (2002) sahen sie als einflussreiche und dennoch restriktive Form an, da sich weiterhin die gesellschaftlich akzeptierte Auffassung von *echter Männlichkeit* hinter ihr verbarg. Charakteristika eines richtigen Mannes in diesem Sinne waren Durchsetzungsfähigkeit, Konkurrenzstreben, Härte, Stärke, Emotionsarmut, Aggression und Leistungsstreben (Bründel/Hurrelmann, 1999, Lee/Owens, 2002). Hegemoniale Männlichkeit ließ sich in diesem Zusammenhang als kulturelles Ordnungsmuster verstehen, an dem Männer gemessen werden (Kuhlmann, 2016). Der Autorin zufolge überlagert es sich mit sozialen, kulturellen und ethnischen Ressourcen der Machtkonfiguration und nimmt in diesem variablen Zusammenspiel spezifische Formen an. Hegemoniale Männlichkeit im Sinne Connells (2006) entwickelte sich im Kontrast zu einer patriarchalischen Männlichkeit, die sich mit der Trennung des Wohn- und Arbeitsbereichs im 18. und 19. Jahrhundert und der daraus resultierenden Trennung von Familie und Arbeitswelt neu ordnete (Böhnisch, 2004). Die hieraus entstehende Form der Kleinfamilie band die Frau verstärkt an die Privatsphäre und war ausgerichtet auf die Wiederherstellung der Arbeitskraft des Mannes für die industrielle Produktion (Böhnisch, 2004).

Es entstand ein männlich-patriarchalisches Prinzip ökonomischer außerhäuslicher Macht im Gegensatz zu einer gesellschaftlich minderwertig angesehenen Reproduktionssphäre im Privaten (Böhnisch, 2004). Im Zeitalter der Dominanz des Industriesektors erschien dies als tragfähige Aufteilung, doch im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts geriet sie mit dem ersten Modernisierungsschub in Richtung des Dienstleistungssektors und einer neuen Wirtschafts-, Sozial- und Familienordnung an ihre Grenzen (Böhnisch, 2002). Arbeitsteilige Produktionsprozesse verlangten dem Autor zufolge nach der Auflösung starrer Geschlechterrollen und einer Anpassung eines ständisch-patriarchalen Sozialsystems. Führungs- und Organisationsstrukturen änderten sich ebenso wie die Formen und Vorstellungen von Familien und Zusammenleben. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts geriet die herrschende patriarchale Männlichkeit in die Kritik mit einer einhergehenden Suche nach einer neuen Form von Männlichkeit (Böhnisch, 2002). Es wurde von einer Entmannung durch die industriellen Maschinen gesprochen ebenso wie der Pädagoge und Philosoph Ludwig Gurlitt (1911, zitiert nach Böhnisch, 2004) dazu riet, sich von den äußeren Abhängigkeiten zu lösen und zu sich als Mann zu kommen, als Ideal wurde der *innere Ritter* aber auch der *englische Gentleman* angeführt. Die Modernisierung des Mannseins mit einer Lösung von dem traditionellen, patriarchalen Männerbild gestaltete sich dem Autor nach bereits zu diesem Zeitpunkt als schwierig, bildeten aber den Vorläufer von Botschaften der neunziger Jahrein, in denen auf den *inneren Krieger* oder auch den *wilden Mann* im Sinnen von Männlichkeit abgehoben wurde (Böhnisch, 2004).

Die emanzipative Frauenbewegung mit der Entstrukturierung des Patriarchats und der Modernisierung der Geschlechterverhältnisse mit einem ersten Höhepunkt in den 20er Jahre zielte darauf ab, weibliche Prinzipien stärker in den öffentlichen Raum zu bringen (Böhnisch, 2004). Dem Autor zufolge wurden unter dem Einfluss der US-Ökonomie aus Arbeitern und Angestellten Konsumenten mit zunehmend differenzierten Lebensstilen und pluralistischen Geschlechterverhältnissen, denen statische Vorstellungen von Geschlecht nicht mehr gerecht wurden. Frauen veränderten ihre bislang familiengebundene Rolle hin zu einer modernen weiblichen Geschlechtsrolle, die mit der zunehmenden Stärke des Dienstleistungssektors und über die Frauenbewegung stärker in den öffentlichen Raum vordrang. Und dennoch wurde in dieser Zeit das connellsche Paradigma Ende der achtziger Jahre als Interpretation der modernen Geschlechtergesellschaft geprägt (Böhnisch, 2004). Vor dem Hintergrund einer konkurrenzorientierten Argumentation wurde in diesem der Aufrechterhaltung von Machtverhältnissen nachgegangen, auf deren Basis die Entwicklung verschiedener Formen von Männlichkeit erklärt wurden (Nideröst, 2007). Das Konzept hegemonialer Männlichkeit thematisierte zum einen Dominanzverhältnisse zwischen Männern und zum anderen eine Geschlechterkonstellation, in der der Mann gesellschaftlich die Dominanz über die Frau aufrechterhält und die oben genannten Charakteristika als kulturelle Leitbilder von Männlichkeit weiterhin gelten (Meuser, 2008; Nideröst, 2007). Nach Connell (2006) sind die Geschlechterverhältnisse gesellschaftlich auf der Ebene der politischen Machtkonstellationen, den Arbeitshierarchien und den emotionalen Beziehungen im Rahmen der sozial-strukturellen Verhältnisse verankert. Die Änderung der Rahmenbedingungen führte Connell (2006) zufolge zur Entwicklung von einer patriarchalen Männlichkeit zu einem flexiblen Dominanzkontext in Form hegemonialer Männlichkeit, die in gegebenen Geschlechterverhältnissen die bestimmende Position einnimmt, wobei sie jederzeit infrage gestellt werden kann. In dieser Form beschreibt das *Konzept hegemonialer Männlichkeit* Dinges (2005) zufolge eine Herrschaftsnorm und Umsetzungsformen, auf bewusster, unbewusster Ebene und in Routineabläufen. In diesem Sinne ist hegemoniale Männlichkeit an dominante, einflussreiche Männer geknüpft, die der Mehrheit der Männer als identitätsstiftendes Orientierungsmuster dienen (Böhnisch, 2004). Diesem Konzept zufolge müssen Männer mit anderen Männern konkurrieren, um ihre Überlegenheit zu demonstrieren, ebenso wie sie über hervorstechende bzw. beneidenswerte Eigenschaften verfügen müssen (Lee/Owens, 2002). Connell (2006) bezeichnet diese bewusst oder unbewusst vorhandene Einstellung als sogenannte *patriarchale Dividende* des Mannes, die beispielsweise eingesetzt wird, um ein Gefühl von Unterlegenheit zu kompensieren. Dies macht sie zu einem *richtigen Mann* im Sinne der gesellschaftlich akzeptierten Geschlechtsrolle. Hegemoniale Männlichkeit kann hierbei ohne physische oder psychische Gewalt auskommen, da sie in legitimierte Herrschaftsverhältnisse eingebunden ist, wobei ihre Existenz weiterhin auf soziale Ungleichheit hinweist, die nach Böhnisch (2004) ebenso wie männliche Dominanz nicht leicht abzubauen ist.

Das Konzept der hegemonialen Männlichkeit stand mit seiner Ausrichtung an den Dominanzverhältnissen im Kontrast zu den Forderungen einer starken Frauenbewegung nach ausgeglichenen Geschlechterverhältnissen, differenzierten *neuen* Männlichkeiten und durchlässigen Geschlechtsrollen. Die implizite Forderung, das weibliche Prinzip der Fürsorge stärker in den öffentlichen Bereich zu tragen, war hiermit verbunden und trug laut Böhnisch (2004) dazu bei, dass eine *gewisse Doppelgesichtigkeit* in der Frage des gesellschaftlichen Wandels der Geschlechter herrscht. In den Alltagsbereichen entwickelte sich eine Egalisierung der Geschlechter, eingebettet in die sozialstaatlichen Strukturen. Doch der ökonomisch-technologische Bereich forderte im Kontrast hierzu neue hegemoniale Männlichkeiten auf der

Basis des Prinzips der Externalisierung (Connell, 2005). Hierbei spiele es weniger eine Rolle, ob diese letztlich von Männern oder Frauen übernommen werden, sondern vielmehr, dass Externalisierung als Ausdruck männlichen Denkens und Handelns gilt, welches weiterhin die gesellschaftliche Wahrnehmung von Erfolg präge (Böhnisch, 2004). Die Mehrheit der Männer orientiere sich nach Böhnisch (2004) weiterhin am Normalarbeitsverhältnis, obwohl dies heute nicht mehr den Regelfall darstellt. Zemann (1997) stellte im Zusammenhang zu Dominanz und männlichen Identitäten die Frage, warum sie sich so widerständig gegen gesellschaftliche Veränderungen zeigten und kam zu dem Schluss, dass Männer sowohl selbst Dominanzverhältnisse herstellen als auch von ihnen selbst dominiert werden. Denn auch heute hat das männliche Geschlecht nur bedingt die Möglichkeit, sich aus der lebenslangen Verfügbarkeit im beruflichen Bereich zurückzuziehen. Auch wenn die Spielräume innerhalb einer Geschlechtsrolle heute als wesentlich flexibler anzusehen sind, bleiben gewisse geschlechtsspezifische Verhaltensweisen mit hegemonialen Bezügen erhalten. Courtenay (2000) sieht aus den sozialen und institutionellen Strukturen hervorgehend gesundheitliche Risiken für das männliche Geschlecht.

Connells (2006) Konzept der hegemonialen Männlichkeit beschreibt einen wesentlichen Anteil männlicher Identität über die Beleuchtung männlicher Dominanzverhältnisse, findet aber laut Böhnisch (2004) seine Grenze am Punkt männlicher Verfügbarkeit für und ihrer Abhängigkeit vom beruflichen Bereich. Meuser (2010) sieht an dieser Stelle eine Verbindung zum von Bourdieu geprägten Habituskonzept, wobei stärker die Geschlechterdifferenzierung betont wird. Allerdings ist der Habitus nach Meuser (2010) nicht speziell mit der Annahme einer Geschlechtsrolle verbunden, sondern ihm wohnt inne, dass alles Handeln nach einem bestimmten erzeugenden Prinzip entsteht. Soziale Rollen sind an bestimmte Positionen und Situationen gebunden, verbunden mit gesellschaftlichen Erwartungen, von denen sich eine Person distanzieren kann, im Gegensatz zu einem *habituellen, fleischlichen Gedächtnis* (Meuser, 2010). Die hegemoniale Maskulinität wird von Meuser (2010) als Kernstück des männlichen Habitus beschrieben, generiert aus einem *Doing gender* oder *Doing masculinity*. Der männliche Habitus tritt dem Autor zufolge in Form der Verantwortungsübernahme für die Familie, Übernahme der Beschützerrolle, übersteigerter Maskulinität z.B. in Form der Machorolle, aber auch in Form physischer Gewalt zutage (Meuser, 2010). An das Handeln der Männer wird vor allem vom eigenen Geschlecht die männliche Maskulinität als Maßstab genutzt, an den es sich zu halten gilt (Meuser, 2010). Der männliche Habitus mit seinem Wettbewerbscharakter erscheint in diesem Zusammenhang auf den ersten Blick ein trennender Faktor zu sein, doch Meuser (2008) sieht Wettbewerb unter Männern gleichzeitig als Mittel männlicher Solidarität mit einem Gegen- und Miteinander zur gleichen Zeit an.

Böhnisch (2004) beschreibt Männlichkeit, von Bourdieus Verständnis ausgehend, als Habitualisierungsprozess der männlichen Persönlichkeitsentwicklung und Lebensgestaltung im gesellschaftlichen Kontext. Dieser Prozess ist der Sozialisation gleichzusetzen, da er als Ergebnis sozialer Erfahrungen in Form von Konditionierungen anzusehen ist (Baumgart, 2000, zitiert nach Böhnisch, 2004). An seinem Endpunkt bildet sich der Habitus heraus, der von Bourdieu selbst als zweite Natur einer Person bezeichnet wird oder auch eine Art verwandelte gesellschaftliche Notwendigkeit, ausgedrückt über Motorik und Körperlichkeit, mit einer prinzipiell vorhandenen Wandlungsfähigkeit (Böhnisch, 2004).

Der Autor weist auf ein Verständnis von Körperlichkeit hin, dass die rein physische Wahrnehmung mit einer Innen- und Außenwahrnehmung übersteigt. Brandes (2003) sieht bei Männern eine Neigung, den eigenen Körper aus der Außenperspektive wahrzunehmen, und bei Frauen herrscht eine Betonung der Innenperspektive vor. Seiner Meinung nach führt dies

dazu, dass Männer sich keine Gedanken um ihren Körper machen, solange er aus der Außensicht als funktionsfähig gilt. Diese unterschiedliche Betrachtungsweise des Körpers werde durch leibnahe Lernprozesse vor einem bestimmten gesellschaftlichen Blick auf Männlich- und Weiblichkeit herausgebildet (Brandes, 2003). Hieraus leitet der Autor ab, dass dieses Selbstverständnis bzw. die Geschlechtsidentität zwar körperlich begründet sei, aber nicht biologisch, sondern vielmehr sozial. Dies fußt seiner Meinung nach auf der Herausbildung geschlechtstypischer Habitusmuster, die sich nicht nur unterschiedliche Körperhaltungen und das Verhältnis zum eigenen Körper umfassen, sondern bis in die Denk- und Gefühlsmuster hineinreichen. Brandes (2003) sieht in Verbindung des Weiblichen mit der Fürsorge für alles Körperliche und der generellen Pflege des Körpers und des Männlichen mit einer generellen Rücksichtslosigkeit gegenüber dem Körper und einer Opferbereitschaft, gepaart mit Disziplin, die Ausbildung dieser Habitusmuster gegen körperliche Bedürfnisse. In diesem Zusammenhang betont Brandes (2003), dass in den meisten bekannten Gesellschaften der männliche Habitus im Sinne von Attraktivität mit Leistung, Erfolg, Überlegenheit und Macht verbunden sei. Dies führt seiner Meinung nach dazu, dass Männer den eigenen Körper verstärkt instrumentell als Mittel zum Zweck bzw. im Sinne einer funktionsfähigen Maschine beschreiben. Hieraus leitet Brandes (2003) ab, dass Männer sich nicht zum Selbstzweck um ihren Körper bzw. ihre Gesundheit kümmern, sondern um einer klaren Anforderung zu genügen. D.h. in diesem Sinne erwarten Männer von ihrem Körper, dass dieser gut funktioniert und aushält, was vom ihm gefordert wird. Aus einer solchen Sicht auf den eigenen Körper entsteht Brandes (2003) zufolge nicht selten das Gefühl, über eine unzuverlässige Maschine zu verfügen, wenn sich Defizite im Bereich geistiger oder körperlicher Leistungsfähigkeit zeigen.

Der männliche Habitus mit der hegemonialen Männlichkeit als Kernstück und damit einem latenten oder auch offenen Dominanzstreben hat im Gegensatz zur Verkörperung nach außen eine wenig integrierte Innenseite (Böhnisch, 2004). Denn der nach außen gerichtete Fokus führt zu Externalisierung und Abspaltung von Gefühlen, um männliche Schwäche, ein ökonomisch-gesellschaftliches Ausgesetztsein und eine generelle Verfügbarkeit in einem leistungsgeprägten Berufsumfeld zu verdecken (Böhnisch, 2004). Dinges (2006) stellt dem lebenslangen, beruflichen Ausgesetztsein des Mannes den Gesundheitsgewinn der Frauen gegenüber, der sich seiner Meinung nach aus dem nicht gegebenen Zugang zu Spitzenpositionen ergab. Dieser wäre allerdings in ein Verhältnis zu dem ökonomischen Vorteil zu setzen, den Männer aus dem besseren Gehalt dieser Positionen ziehen. Denn die hieraus gewonnene Sicherheit beschrieb Falteramaier (2005a, 2017) als materielle Ressource der Männer.

Böhnisch (2004) sieht im Spannungsfeld zwischen Dominanz und Verfügbarkeit, aber auch Externalisierung, Abspaltung und dem Wunsch der Integration von Gefühlen die Ambivalenz männlicher Sozialisation und Lebensbewältigungsstrategien. Dieses Verständnis bildet einen zentralen Teil der männlichen Identität und der männlichen Geschlechtsrolle ab und wirkt auf das Lebensthema jedes Menschen, dass quer zu allen Bereichen liegt, die Gesundheit der Männer.

4.2.1 Männergesundheit

Eingangs beschrieben weist der Geschlechtervergleich darauf hin, dass Männer weniger gesundheitsbewusst leben. Laut Brandes (2003) handelt es sich hierbei um eine generelle Neigung von Männern zu einem riskanten, gefahrvollen Lebensstil. Dem Autor zufolge beginnt dies mit der Vorliebe von Männern für risikoreiche Sportarten, setzt sich im Straßenverkehr

fort und schließt mit einem extensiven, rücksichtslosen Berufs- bzw. auch Privatleben. In Verbindung hiermit steht nach Brandes (2003) auch der Genuss von Alltagsdrogen wie Alkohol und Nikotin bis hin zu harten Drogen, ebenso wie eine fett- und fleischlastige Ernährungsweise. Nach Alter und Milieu betrachtet, sieht Brandes (2003) bei jüngeren Männern ein riskantes Verhalten im Straßenverkehr, im mittleren Alter eine Selbstüberschätzung im Beruf und bei älteren Männern die Spätfolgen von Alkohol, Nikotin und einer einseitigen Ernährung im Fokus. Meuser (2008) beschreibt ebenfalls ein wettbewerbsartig organisiertes Risikohandeln im Jugendalter, das sich in postadoleszenten männlichen Subkulturen über den Einsatz des Körpers in Wettbewerben fortsetzt. Aus einem Gefühl von körperlicher Kraft und Stärke ziehen Männer in sozialen Interaktionen ein gewisses Gefühl von Überlegenheit, das sie zum Einsatz körperlicher Gewalt verleiten kann (Faltermaier, 2017). Dieses Machtgefühl körperlicher Überlegenheit ist häufig eine Illusion, führt aber vielfach dazu, dass sich Männer dennoch auf diese Form der Konfliktlösung verlassen (Faltermaier, 2017). Der gesunde Körper bildet in diesem Zusammenhang eine wesentliche Basis der Selbstkonzeption und Selbstwahrnehmung (Saltonstall, 1993). Männer und Frauen verbinden beispielsweise eine Darstellung ihrer Gesundheitskonzepte grundsätzlich mit der eigenen Wahrnehmung ihres Körpers (Saltonstall, 1993). Faltermaier betont des Weiteren, dass das Körperkonzept den Umgang mit Gesundheit prägt ebenso wie ein aktives bzw. weniger aktives Gesundheitshandeln (Faltermaier, 1994). Gleichzeitig spiegelt sich in ihrer Darstellung des eigenen Körpers die eigene Geschlechtlichkeit wider. Laut Saltonstall (1993) definieren sich Männer häufiger über physische Leistungsfähigkeit und eine ausgeprägte Muskulatur, wohingegen Frauen sich selbst körperlich entlang der vorhandenen Agilität und eines gesunden Hauttons beschreiben. Der Autorin zufolge nutzen Männer vermehrt Worte, die Kontrolle über ihren eigenen Körper und ein Festhalten an einem gesunden Zustand ausdrücken. Es zeigt sich ein verstärkt instrumentelles Verhältnis zum eigenen, männlichen Körper, das ihn als Objekt ansieht (Brandes, 2003; Saltonstall, 1993). Balke (2011) unterstreicht dies in der Darstellung des männlichen Körpers als ein Distinktionsmerkmal im sozialen Raum und das Potenzial, sich über einen gesunden Körper aufzuwerten. Er sieht die betriebenen Körperpraxen im Fitness- und Ernährungsbereich als Mittel der Selbstoptimierung an, wozu der Körper gerade zur *Werkstatt des männlichen Selbst* werde. In diesem Zusammenhang werden Funktionalität und Erfolg auf den erfolgeich geformten Körper und Leib übertragen, die der Außenwelt präsentiert werden (Balke, 2011). Der Körper hat zudem widerstandsfähig und robust gegen äußere Einflüsse zu sein, was eine gewisse Unbefangenheit gegenüber riskanten Verhaltensweisen erklären könnte. Im Gegensatz hierzu findet sich in den Beschreibungen von Frauen die Darstellung des eigenen Körpers als eine Form eigenständiger Subjektivität mit einem eigenen Impuls (Saltonstall, 1993). Diese Formulierungen weisen stärker auf die Vorstellung eines Körperbewusstseins hin, welches Faltermaier (2000) über die Komponenten Wahrnehmung von körperlichen Empfindungen und der subjektiven Konstruktion des Körpers als Ganzes beschreibt. Hierin spiegelt sich die geschlechtsspezifische Prägung des Körperkonzepts und hiermit verbunden der Bezug zum eigenen Selbst und zur Gesundheit wider.

In der Mittel- und Oberschicht steht Brandes (2003) zufolge der berufliche Erfolg stärker im Mittelpunkt, wohingegen in Arbeitermilieus der Ausdruck körperlicher Kraft betont wird. Meuser (2008) beschreibt in diesem Zusammenhang die Betrachtung des Binnenverhältnisses des Geschlechts als wesentlich. Faltermaier (2004) wies bereits darauf hin, dass Geschlechtlichkeit und Gesundheit vor allem über die Differenzen zwischen Männern und Frauen konstruiert wurde und es wichtig sei, ebenfalls die gesundheitlichen Bedingungen innerhalb

eines Geschlechts in den Blick zu nehmen. Denn laut Faltermaier (2017) seien weiterhin gerade die Männer eine wichtige Zielgruppe durch ihre geringe Bereitschaft, Gesundheitsvorsorge zu betreiben, gepaart mit einem wenig gesundheitsförderlichen Lebensstil.

Faltermaier (2017) knüpft in der Betrachtung der psychosozialen Risiken von Männern an das oben benannte leistungsgeprägte Berufsumfeld an. Nicht zuletzt vor diesem Hintergrund betonen Männer die Ebene der eigenen Leistungsfähigkeit verstärkt und definieren sich häufiger als Frauen über die Abwesenheit von Krankheit (Nideröst, 2007). Die bereits dargestellte Neigung von Männern, den eigenen Gesundheitszustand optimistischer einzuschätzen, als er medizinisch ist und Beschwerden herunterzuspielen, führt weiterhin dazu, dass Männer weniger zum Arzt gehen als Frauen. Verbunden mit Dauerbelastungen im beruflichen Alltag, denen sich Männer nicht entziehen können, entfaltet die männliche Gesundheitsrolle eine negative Wirkung auf ihre Gesundheit (Böhnisch, 2004; Bründel/Hurrelmann, 1999; Faltermaier, 2004). Balke (2011) unterstrich in diesem Zusammenhang, dass vor allem das soziale Geschlecht auf die Gesundheit von Männern wirke und einen großen Teil der gesundheitlichen Besonderheiten von Männern erklären könne, mit welchem Brandes (2003) bereits einen gesundheitlich riskanten, gesellschaftlich erwarteten Lebensstil verband. Ein sich selbst permanent Überfordern, eigene Grenzen ignorieren, Stärke (körperlich, mental, sozial) nach außen demonstrieren bei gleichzeitigem Zurückstellen von Gefühlen, Dauerbelastungen abwehren bzw. über Alltagsdrogen kompensieren, um keiner professionellen Unterstützung zu bedürfen, ist die Folge (Faltermaier, 2006b). Brandes (2003) wies bereits darauf hin, dass Männern bewusst sei, dass ihr Verhalten gesundheitsschädlich ist, sie aber dennoch nicht bereit seien, es zu verändern, solange die dargestellte gesellschaftliche Erwartung mit einer idealtypischen Männlichkeit verbunden sei. Gleichzeitig wies Wartenburg (2011) darauf hin, dass Gesundheitsaufklärung vor allem an Frauen gerichtet sei und Männer sich nicht angesprochen fühlten. Erste Ansätze, die sich mit einer Gesundheitskommunikation für Männer befassten, sahen Botschaften mit technischen Lösungen, konkreten Zielen, messbaren Erfolgen und einem gewissen Wettbewerbscharakter unter der Ausblendung psychischer Ursachen und dem Herunterspielen realter Krankheitsverläufe als männeraffin an (Hahne, 2011; Sommer, 2010).

Und so stellen Männer vielfach den Leistungsanspruch vor die eigene Gesundheit. Nehmen Männer körperliche Beschwerden nicht zum Anlass, sich rechtzeitig in ärztliche Behandlung zu begeben, so wächst die Wahrscheinlichkeit lebensbedrohlicher Schäden (Brandes, 2003). Zudem reagieren Männer Dinges (2006) zufolge auf Herausforderungen an die eigene Geschlechtsrolle häufig mit einer Verstärkung gesundheitsschädlicher Verhaltensweisen wie z.B. Alkoholkonsum (Dinges, 2006). Des Weiteren sieht der Autor Schwierigkeiten beim männlichen Geschlecht, sich mit dem Wandel von der eigenen Rolle als Haupt- bzw. Alleinernährer zu arrangieren.

Aber auch historische Änderungen in der Veränderung von öffentlichen Diskursen beeinflussen die Wahrnehmung der männlichen Geschlechtsrolle heute. So hat die Veränderung der gesellschaftlichen Haltung um 1900 zum Thema Alkohol mit einer Entwicklung vom Nahrungs- zum Genussmittel dazu geführt, dass ein männliches Vieltrinken nun als pathologisch angesehen wurde (Hoffmann, 2006). Auch für das Rauchen zeigt sich eine vergleichbare Entwicklung, allerdings erst seit Mitte des letzten Jahrhunderts. Im Gegensatz zum weiblichen Geschlecht mit Veränderungen aus der emanzipativen Bewegung heraus, tat sich das männliche Geschlecht mit einer Weiterentwicklung des Männerbildes schwer (Brandes, 2000).

Dies wiederum ist der männlichen Sozialisation in diese Geschlechtsrolle geschuldet, die Stärke, Härte, Risiko- und Leistungsbereitschaft, Konkurrenz und Funktionsfähigkeit des Körpers derart stark betont (Faltermaier, 2006b). Brandes (2000) weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass das Männerbild stark milieuabhängig sei. Traditionelle Männlichkeiten, die sich in ihrem Habitus nicht auf die Flexibilisierung der Geschlechterdiskurse und Veränderung der Rollenverteilung einstellen konnten, bewegten sich in Richtung gesellschaftlicher Bereiche mit hoher Unbeweglichkeit und einer gewissen Resistenz gegenüber strukturellen Anpassungen wie Milieus mit einer Nähe zur Macht oder klassische Arbeitermilieus (Balke, 2011). Besonders stark vom Wandel betroffen seien männliche Rollen der Mittelschicht (Brandes, 2000). Balke (2011) betonte, dass die Vielfalt von Möglichkeiten des Mannseins mit ihrer Entwicklung zwischen Tradition und Moderne im Vergleich zu traditionellen Männlichkeiten im Blick zu behalten sei. Schon Hagemann-White (1984, zitiert nach Nideröst, 2007) wies darauf hin, dass es viel zu kurz greife, von der Gesundheit der Männer oder der Frauen zu sprechen, da damit von der Annahme einer Homogenität nach innen und Heterogenität nach außen ausgegangen werde, die nicht existiere. Aus diesem Grund erscheint es wichtig, die gesundheitlichen Belange verschiedener Männlichkeiten innerhalb des Geschlechts eingehend zu betrachten.

Laut Faltermaier (2006b) sei aus der männlichen Geschlechtsrolle allerdings nicht zu schließen, dass Männer über weniger ausgeprägte Gesundheitsvorstellungen verfügen als Frauen. Es findet bei Männern jedoch eine stärkere Betonung von körperlichen Dimensionen und Leistungsfähigkeit bei einer geringer ausgeprägten Risikowahrnehmung statt (Faltermaier, 2006b). Zudem betonte Balke (2011) in seiner qualitativen Studie basierende auf Experteninterviews, dass Männer psychische Belastungen weniger äußerten als Frauen bzw. mehr Zeit brauchten, was von den Experten auf ein Abspalten bzw. ein verstärktes Rationalisieren von Emotionen zurückgeführt wurde.

Hierin liegen gleichzeitig positive Komponenten, wie die Darstellung männlicher Ressourcen bereits zeigte, denn ein ausgeprägtes Selbstwertgefühl, die Sicherheit einer gewissen körperlichen Stärke und Widerstandskraft sowie die eigene Zuschreibung ausgeprägter Bewältigungskompetenzen sowohl psychischer als auch sozialer Belastungen können ein gewisses Gegengewicht bilden. Dabei bildet die Familie und eine Partnerschaft eine wesentliche Komponente der emotionalen Unterstützung, die zu einem gesundheitlich positiven Lebensstil motivieren kann (Faltermaier, 2006b). Aber auch erlebte Entscheidungs- und Kontrollmöglichkeiten bis hin zu gesellschaftlicher Macht sieht Faltermaier (2006b) als Unterstützungsmerkmal männlicher Gesundheit an. Diese Komponenten sind vor allem im beruflichen Umfeld von Männern mit der weiteren Komponente des Wettbewerbs zu finden. Meuser (2008) sieht eine Verlagerung riskanter Wettbewerbsspiele männlicher Jugendlicher in andere soziale Räume z.B. des Erwerbslebens erwachsener Männer. Er führt Macht- und Positionskämpfe, die zumeist unter gültigen Regeln geführt werden, als einen Hinweis dieser Verschiebung an. Vor diesem Hintergrund wird im nächsten Abschnitt die männliche Gesundheit im beruflichen Kontext in den Blick genommen.

4.2.2 Männer und der berufliche Kontext

Für die Konstruktion von Männlichkeit wird von Baur/Luedtke (2008b) die Erwerbsarbeit als wesentlich angesehen, ausgehend von dem normativen Ideal des 19. Jahrhunderts der Selbstverwirklichung des Mannes im Konkurrenzerleben und in seiner Durchsetzungsfähigkeit gegenüber der sozialen und natürlichen Umwelt. Die Gestaltungsmacht dieses

Männerbildes, unter den Typus *Karrieremann* oder *Manager* gefasst, beruhte den Autoren zufolge auf der Zuschreibung von Erfolg, Selbstverleugnung, harter Arbeit, aber auch technischer Kompetenz, Vernunft und körperlicher Fitness. Neben diesem Verständnis existierte das Bild des Arbeitsmannes, der sich über Selbstproduktion bzw. -behauptung in und durch die Erwerbsarbeit definierte über das normative Idealbild des leistungsbereiten Vollzeitbeschäftigten (Döge, 2000). Beide Formen, wobei erstere der Konstruktion hegemonialer Männlichkeit (s. Abschnitt 4.2) entspricht, dienten Baur/Luedtke, 2008b zufolge als Mittel der Hierarchiebildung im eigenen und zum weiblichen Geschlecht. Buschmeyer (2008) wies darauf hin, dass Arbeitszeitreduzierungen in Verbindung mit diesem Ideal bei Männern die Sorge von Stigmatisierungen, Sanktionen, aber auch von Arbeitsverlust weckte. Baur/Luedtke (2008b) bezeichnen den Arbeitsverlust gerade für den Arbeitsmann als problematisch, weil ihm die zentrale Rolle und die wesentliche Basis zur Identitätsbildung entzogen wird. Gleichzeitig nimmt die starke Fokussierung des Arbeitsmannes auf die Berufswelt Einfluss auf die anderen Lebensbereiche des Mannes.

Der Entwurf der Kleinfamilie mit der Trennung des privaten und beruflichen Umfelds im Zuge der Industrialisierung seit 1850 ließ den Mann als Alleinernährer aus dem häuslichen Bereich heraustreten (Baur/Luedtke, 2008b; Dinges, 2007). Die Phase der Hochindustrialisierung brachte männliche Arbeiter in großer Zahl in gesundheitsgefährdende Tätigkeiten in Form von wohnortferner Ganztagstätigkeit, anlegt als Lebenszeitarbeitsverhältnis (Dinges, 2007). Döge (2000) bezeichnet diese Form der Erwerbsarbeit als *gesellschaftliche Form männlicher Fürsorge* für die eigene Familie. Auch im zweiten Drittel des 20. Jahrhunderts wurden gesundheitsgefährdende Tätigkeiten vorwiegend von Männern ausgeführt, wohingegen die berufstätige Frau mit einem relativ stabilen Anteil von 36 % über die Zeit eher sitzende, schreibende und verwaltende Tätigkeiten ausführt (Dinges, 2007). Diese Lage zuungunsten der Männer wurde dem Autor zufolge ergänzt um den Militärdienst und das hohe Sterberisiko in den beiden Weltkriegen, bedingt durch Kampfhandlungen und Gefangenschaft. Die Gesundheitsrisiken der Arbeitswelt begannen erst mit dem Wiederaufbau und der Technisierung auf körperlicher Ebene zu sinken. Trotz des Wandels der Arbeitswelt in Richtung Dienstleistung und Digitalisierung sind Frauen weiterhin häufiger in Teilzeitarbeitsverhältnissen beschäftigt als Männer (Dinges, 2007; Afflerbach/Gläsener, 2016). Die Rolle des Familienernährers obliegt dem RKI (2014) zufolge bis heute dem Mann. Die Vollzeitberufstätigkeit des Mannes hatte jedoch nicht nur gesundheitsgefährdende Aspekte. Hoffmann (2007) zufolge wurden die Kontakte am Arbeitsplatz von Männern selbst als Ressource benannt, indem Arbeitskollegen gelegentlich als Gesundheitsberater genutzt werden. Zudem nahm der Arbeitsplatz nach der Trennung von Arbeit und Wohnen zunehmend eine wichtige Rolle für die Zufriedenheit und die Gesundheit der Männer ein (Dinges, 2007). Diese in der Industrialisierung angelegte Entwicklung des männlichen Normalarbeitsverhältnisses in Vollzeit als Leitidee erschwert eine gesundheitsförderliche Ausrichtung der beruflichen Arbeitsbedingungen von Männern, die ein Abweichen von einer Ganztags-berufstätigkeit erörtern (Dinges, 2007). Denn gerade der Verlust des Arbeitsplatzes ist für Männer mit gesundheitlichen Risiken verbunden, da sie sich besonders stark mit dem Lebensbereich Arbeit identifzieren (Baur/Luedtke, 2008b; Buschmeyer, 2008; RKI, 2014). Finanzielle Einschränkungen, Verluste von sozialen Kontakten und soziale Stigmatisierung bzw. die Befürchtung vor den Konsequenzen von (Langzeit-)arbeitslosigkeit können Einfluss auf gesundheitsbezogene Verhaltensweisen wie Bewegung, Ernährung oder Suchtmittelkonsum nehmen (Siegrist, 2010). Gleichzeitig können die Minderung des Selbstvertrauens und Selbstwertgefühls als psychische Folgen von Arbeitslosigkeit Faktoren der eigenen Widerstandsfähigkeit wie Motivation und

Zukunftsorienierung dahingehend beeinflussen, dass das Risiko für Depressionen, Unfälle und Suizide steigt (RKI, 2014; Siegrist, 2010).

Vor diesem Hintergrund war die Veränderung von einer Normalerwerbsbiografie mit durchgängiger Erwerbstätigkeit seit Mitte der siebziger Jahre für das männliche Verhältnis zur eigenen Berufstätigkeit als schwierig zu bezeichnen (Baur/Luedtke, 2008b). Denn vor allem Männer waren in den neunziger Jahren vom Abbau des sekundären, industriellen Sektors betroffen, wohingegen Frauen vom Ausbau des tertiären Sektors profitierten (Baur/Luedtke, 2008b). Scholz (2008) zufolge führte die Veränderung bisher bekannter Arbeitsbedingungen dazu, dass Männer mit Arbeitsplatzverlust, Berufswechsel, Umschulungen, Weiterbildungen und Neuorientierungen im Studium umzugehen haben, diese aber im Entwurf der eigenen Berufsidentität nicht als biografische Brüche thematisiert werden. Männer nehmen der Autorin zufolge auch bei vorhandenen Brüchen in der Biografie lediglich Bezug auf die aktuelle berufliche Tätigkeit.

Mit diesem Wandel geriet die seit der Industrialisierung existierende Rollenaufteilung der Familie zwischen Privathaushalt und Beruf in Bewegung, nicht zuletzt mit dem sich seit den siebziger Jahren wandelnden Frauenbild (s. Kapitel 4). Die Individualisierung des Mannes mit der Fokussierung auf Erwerbsarbeit wurde ebenso infrage gestellt wie bessere Verdienst- und Auftstiegsoptionen (Baur/Luedtke, 2008b). Diese Thematisierung ist bis heute aktuell, da Frauen bis zur Familiengründung karrierebezogen als gleichberechtigt angesehen werden, aber Kinder weiterhin vielfach zu einem Abstieg bzw. Ausstieg aus der Karriere führen können, wie ihn schon Grunow (2006) beschrieb. Dies ist dadurch gekennzeichnet, dass Frauen ihre berufliche Tätigkeit auf dem Weg zur Mutterrolle reduzieren und Männer vermehrt in Beruf und Karriere investieren (RKI, 2014). Somit wird die Flexibilisierung einer traditionellen Rollenverteilung durch biologische Gegebenheiten begrenzt, auch wenn sich das Modell des Alleinverdieners im Laufe des 20. Jahrhunderts in Richtung eines Doppelverdienerhaushaltes verschoben hat (RKI, 2014). Dies mag eine Begründung dafür sein, weshalb Männer auch im neuen Jahrtausend weiterhin beruflichen Erfolg als besonders wichtig einstufen (Bauer/Lamnek, 2006).

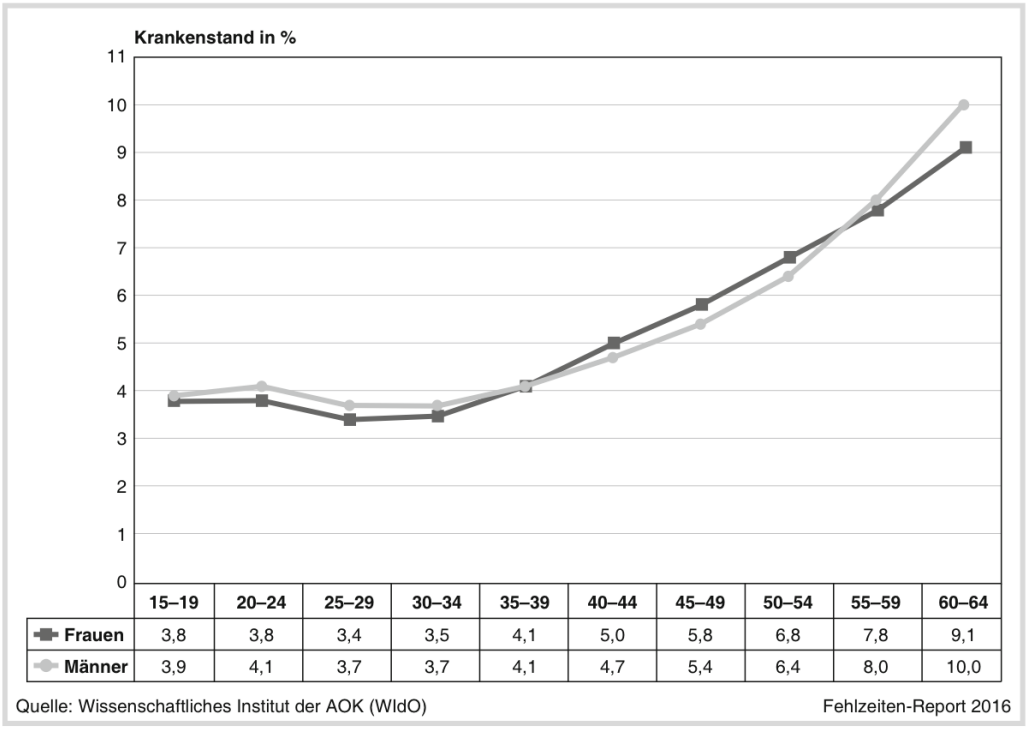
Die geschlechtsspezifische Segregation des Arbeitsmarktes führt somit zu besonderen Einflüssen auf die Gesundheit der Männer. Denn gerade in einem Alter ab 30 Jahren ist die Erwerbsbeteiligung deutlich höher als die des weiblichen Geschlechts (RKI, 2014). In der Altersgruppe der 35-40-jährigen Männer sind es 90,1 %, wohingegen nur ca. drei Viertel der Frauen erwerbstätig und verheiratete Väter besonders häufig in Vollzeit tätig sind (RKI, 2014). Ab einem Alter von 40 Jahren gleicht sich diese Differenz leicht an, bleibt aber bis zum Eintritt ins Rentenalter erhalten (RKI, 2014). Zudem ist das Spektrum der Berufe von Männern deutlich breiter. Laut des RKI (2014) waren die meisten Männer im Jahr 2012 im Bergbau, dem Baugewerbe und dem verarbeitenden Gewerbe tätig, wohingegen Frauen stärker im Bereich der öffentlichen und privaten Dienstleistungen, des Handels und des Gastgewerbes vertreten waren. In der Altersgruppe von 27-59 Jahren üben Männer stärker administrative Tätigkeiten und Aufgaben im Bereich der MINT-Fächer (Mathematik, Informatik, Naturwissenschaft, Technik) aus (RKI, 2014). Frauen sind häufiger in Teilzeitbeschäftigung im Bereich personenbezogener Dienstleistungen im Sozial- und Gesundheitssektor zu finden (RKI, 2014). Es lässt sich festhalten, dass Männer in der reproduktiven Phase auch heute noch die Rolle des Alleinernähers einnehmen (RKI, 2014).

Vor diesem Hintergrund orientiert sich die Berufswahl von Männern an der Möglichkeit, eine Familie zu ernähren, wohingegen Frauen auf die Vereinbarkeit von Beruf und Familie achten

(RKI, 2014). Die begrenzte Möglichkeit die Rollenverteilung zwischen den Geschlechtern aufzulösen, liefert eine Begründung dafür, dass das durchschnittliche Bruttoerwerbseinkommen von Männern weiterhin um ein Viertel höher angesiedelt ist als das der Frauen (RKI, 2014). Doch durchschnittlich 7 % der Gehaltsdifferenz lassen sich laut RKI (2014) nicht durch die vertikale und horizontale Segregation des Arbeitsmarktes begründen, wobei allerdings Effekte durch familiärbedingte Erwerbsunterbrechungen nicht berücksichtigt wurden.

Männer üben bis heute seltener als Frauen haushaltsnahe Tätigkeiten aus, und auch in der Kinderbetreuung herrscht weiterhin eine überwiegend traditionelle Arbeitsteilung, wohingegen Männer stärker mit handwerklichen Aufgaben betraut sind (RKI, 2014). Dies deckt sich mit der Aussage von Hoff et al. (2005), dass Männer die Lebensbereiche häufiger segementieren, indem sie den Beruf gegenüber dem Privatleben Priorität einräumen. Laut RKI (2014) zeigt sich zwar eine Modernisierung der Einstellung bezüglich einer traditionellen Rollenverteilung, aber dies schlägt sich noch nicht in der realen Umsetzung nieder.

Bis heute sind Männer im Vergleich zum weiblichen Geschlecht stärker körperlich belastenden Tätigkeiten ausgesetzt. Dennoch zeigten die Fehlzeiten, auf Basis der AOK-Mitglieder erhoben, im Jahr 2015 kaum Unterschiede zwischen den Geschlechtern mit einem um 0,1 Prozentpunkte höheren Krankenstand bei Frauen (♀ 5,3 %, ♂ 5,2 %) (s. Abb. 12).



	15–19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44	45–49	50–54	55–59	60–64
Frauen	3,8	3,8	3,4	3,5	4,1	5,0	5,8	6,8	7,8	9,1
Männer	3,9	4,1	3,7	3,7	4,1	4,7	5,4	6,4	8,0	10,0

Abb. 12: Krankenstand in % (Meyer/Meschede, 2016, 256)

Frauen sind mit einer Arbeitsunfähigkeitsquote von 56,8 % etwas häufiger, aber kürzer krank als Männer mit 11,6 Tagen je Fall (♂ 53,4 %; 11,7 Tage je Fall) (Meyer/Meschede, 2016). Zudem ist ein sozialer Gradient laut RKI (2014) erkennbar, der zeigt, dass Männer unterer Lohngruppen 1,8-fach höhere Belastungen haben im Vergleich zu hohen Einkommensgruppen. Für psychische Belastungen zeigt sich eine etwas geringere Exposition beim männlichen als beim weiblichen Geschlecht (RKI, 2014). Die häufigsten Belastungen auf psychischer Ebene werden von beiden Geschlechtern auf Termin- und Leistungsdruck ebenso wie parallellaufende Arbeitsanforderungen zurückgeführt (RKI, 2014). Wahrgenommene Handlungsspielräume und andere Entfaltungsmöglichkeiten können laut RKI (2014) psychosoziale

Belastungen kompensieren, wobei Frauen über bessere Bewältigungsmöglichkeiten zu verfügen scheinen. Hierbei sind wiederum Männer niedriger Lohngruppen mit einem 1,3-fach höheren Wert häufiger als die Männer hoher Einkommensgruppen betroffen (RKI, 2014).

Da gerade Männer der Teilhabe am Berufsleben und einem angemessenen beruflichen Status einen hohen Stellenwert beimessen, wird ein enger Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit bzw. Krankheit für das männliche Geschlecht gesehen (RKI, 2014; Siegrist, 2010). Die normativen Erwartungen an das Verhalten von Männern spielen bis heute eine zentrale Rolle für die Erfüllung der beruflichen Rolle und entfalten gleichzeitig eine Wirkung auf die Gestaltung des männlichen Selbstbildes (Linde, 2007). Erwerbslosigkeit stellt besonders für den eher traditionell orientierten Mann eine psychische Belastung dar, der Berufstätigkeit als seinen zentralen Lebensbereich definiert, aus dem er Bestätigung und Stabilität zieht (RKI, 2014). Aber auch Männer mit einer weniger traditionellen Orientierung stimmen laut Lehner (2004) mit einem Anteil um 70 % der Aussage zu, dass die Erwerbsarbeit zentral für das männliche Selbstwertgefühl ist. Belastungen sind in diesem Zusammenhang im Sinne des Belastungs-Beanspruchungs-Konzepts von Rohmert/Rutenfranz (1975) bzw. Rohmert (1984) als gesundheitlich positiv, neutral oder negativ wirkend zu verstehen. Hieraus ergibt sich, dass eine Arbeitsbelastung nicht zwangsläufig negativ auf den Organismus wirkt, sondern erst, wenn sie die individuelle Leistungsfähigkeit des Einzelnen übersteigt. Eine traditionelle männliche Geschlechtsrolle des Mannes kann in diesem Zusammenhang den Handlungsspielraum und die Sicht auf die eigene Person soweit begrenzen, dass sich eine gesundheitlich negative Wirkung entfaltet. Bereits Lehner (2004) wies darauf hin, dass Männer aus einer männlichen Grundhaltung heraus ihrer Gesundheit weniger Beachtung schenken als Frauen (♀ 44 %, ♂ 32 %) und es einen Zusammenhang zwischen Gesundheit und Leistungsdruck gibt. Diesen nehmen dem Autor zufolge Männer in ihrer Rolle stärker wahr, und dies wirkt bis in das Themenfeld beruflicher Erfolg bzw. Erwerbslosigkeit hinein. Im Jahr 2012 waren laut (RKI, 2014) 1,55 Mio. Männer und 1,35 Mio. Frauen saisonbereinigt arbeitslos, wobei die Entwicklung der letzten Jahre zeigt, dass sich die Arbeitlosenquote zwischen den Geschlechtern anglichen hat, nachdem die der Frauen zuvor etwas höher lag (1995: ♀ 10,6 %, ♂ 8,5 %; 2012: ♀ 6,8 %, ♂ 6,9 %). Die Fokussierung auf die berufliche Tätigkeit gerade in bestimmten Lebensphasen, um der Rolle als Familienernährer gerecht zu werden, verbunden mit einer Tendenz gesundheitsriskante Bewältigungsformen zu präferieren, machen Arbeitslosigkeit gerade für das männliche Geschlecht zu einem gesundheitsrelevanten Thema. Dies wird laut RKI (2014) durch Ergebnisse unterstrichen, die darauf hinweisen, dass allein eine höhere Wochenarbeitszeit und ein höheres Erwerbseinkommen der Partnerin zu einer Verunsicherung führen können. Es kann sogar zu Einbußen der Lebensqualität, Zufriedenheit und Gesundheit kommen, wenn Männer statt in einer traditionellen Rollenverteilung in einem egalitären System leben (Schoor/Seyda, 2011; Spruijt/Duindam, 2003).

Wie Eichhorst et al. (2016) im Fehlzeitenreport 2016 anmerkten, unterliegt die Arbeitswelt einem stetigen Wandel, der derzeit durch die vier Faktoren Globalisierung, demografischer Wandel, technologischer Fortschritt und institutionelle Veränderungen kennzeichnet ist. Diese Faktoren tragen dazu bei, dass neben dem unbefristeten Vollzeiterwerbsverhältnis mit einem Anteil von rund 40 % flexible bzw. atypische Arbeitsverhältnisse zunehmen (Eichhorst et al., 2016). D.h. sozialversicherungspflichtige Teilzeitarbeit, Zeitarbeit, befristete Arbeitsverhältnisse und Minijobs nehmen den Autoren zufolge zu. Diese Formen sind durch abweichende Arbeitszeitmodelle, geringere Bestandssicherung oder auch dem kompletten Verzicht auf abhängige Beschäftigung geprägt (Eichhorst et al., 2016). Auf diesem Wege wird die Verantwortung für das Arbeitsergebnis stärker an das Individuum bzw. an Teams

zurückgegeben, wohingegen die klassische Organisationsstruktur zunehmend weniger Gewicht hat (Eichorst et al., 2016). Die Autoren sehen die Erweiterung der Handlungsspielräume als Gewinn an, allerdings bei gleichzeitig ansteigendem Anspruch an den Mitarbeiter, woraus sich Gesundheitsrisiken ergeben können. Für das männliche Geschlecht bedeuten die vier Faktoren einerseits, dass Handlungs- und Entscheidungsspielräume über die Zunahme eines sogenannten Mitunternehmertums, wie Eichhorst et al. (2016) es beschreiben, nicht mehr verstärkt hohen Führungspositionen vorbehalten bleiben. Andererseits beinhalten abweichende Arbeitsmodelle eine gewisse Form von Unsicherheit, die eine Abweichung von der traditionellen Rollenverteilung bedeuten bzw. sich auf die Planung einer eigenen Familie auswirken können. Bevorzugen Männer jedoch die traditionelle Rollenverteilung, so legen die oben darstellten Erkenntnisse nahe, dass es negative Auswirkungen auf die Gesundheit geben kann.

Einen Überblick, wie sich die berufliche Tätigkeit auf die Geschlechter auswirkt, lieferte der Fehlzeitenreport 2007 (Fischer/Hüther, 2008). Fischer/Hüther (2008) haben Langzeitstudien in Europa zu den arbeitsbedingten Belastungen der Geschlechter verglichen. Die Forschung zu Arbeitsbelastungen weist den Autoren zufolge vor allem darauf hin, dass Arbeitssituationen als besonders schwierig wahrgenommen werden, in denen hohe Anforderungen und geringe Kontrollmöglichkeiten zusammenkommen. Solche Kombinationen sind vor allem in Arbeitszusammenhängen anzutreffen, die vielfältigen Einflüssen ausgesetzt sind und gleichzeitig verschiedenen Abhängigkeiten unterliegen. In Unternehmen sind dies häufig Positionen auf mittleren Hierarchieebenen mit Erwartungen und Anforderungen einer über- und einer untergeordneten Ebene (Walgenbach, 1994). Hinzu kommen laut Walgenbach (1994) die sich durch Kundenbeziehungen ergebenden Abhängigkeiten als ein nur anteilig kontrollierbarer Faktor. Diese Positionen wurden in den neunziger Jahren hinsichtlich ihres Nutzen und ihrer Wichtigkeit im Zuge der sogenannten *lean organization* hinterfragt (Siemann, 2012). Zwei Sichtweisen wurden in diesem Zusammenhang diskutiert, die sich darin unterschieden, welche Wichtigkeit und Funktionalität sie dem mittleren Management beimaßen. Als Vertreter der Ansicht, dass das mittlere Management mehr als nur die Um- und Durchsetzungsebene des Topmanagements sein sollte, wies Bonsiep (2002) auf das Potenzial an Flexibilität, Innovation und Wissen dieser Managementebene hin. Peters (1995) als ein Vertreter der Gegenansicht sah Unternehmen mit modernen Organisationsformen durch eine ausgeprägte mittlere Führungsebene gehemmt und im Vergleich zu Unternehmen mit flachen, schlanken Hierarchien in ihrer Entwicklung gebremst. Die Diskussion über den Mehrwert bzw. die Daseinsberechtigung des mittleren Managements existiert in Zeiten einer flexiblen, modernen Arbeitswelt laut Siemann (2012) in dieser Form nicht mehr. Es werden der Autorin zufolge vielmehr die Anforderungen diskutiert, die an die mittlere Führungsebene gestellt werden. Denn moderne Arbeitswelten sind Peters (2011) zufolge durch eine indirekte Steuerung gekennzeichnet, die Belege für die persönliche Arbeitsleistung entlang von Kennziffern fordert und auf diese Weise die betriebswirtschaftliche Verantwortung auf die Einzelperson überträgt. Somit wird der abhängig Beschäftigte zum selbstständigen Unternehmer in der eigenen Organisation mit der hieran gebundenen Leistungsdynamik (Peters, 2011). Unter indirekter Steuerung werden Beschäftigte an ihrem Erfolg und der Ergebniserzielung gemessen, obwohl sie weisungsgebunden sind (Krause et al. 2012). Dies gilt auch für die *Sandwich-Ebenen* des unteren und mittleren Managements, was in den Anforderungen an den Einzelnen deutlich wird.

Die zentrale Anforderung an Positionen des mittleren Managements ist das Sicherstellen eines reibungslosen Ablaufes der Arbeitsprozesse in der eigenen Abteilung, um die gesteckten

Abteilungsziele zu erreichen (Walgenbach, 1994). Die Erwartung, dass der Beschäftigte im mittleren Management situationsabhängig auf fachliche, administrative und management-bezogene Fähigkeiten zurückgreift, macht diese Positionen geradezu zu Pufferfunktionen (Walgenbach, 1994). Mitarbeiter auf diesen Ebenen sehen die generalisierte Erwartung von Vorgesetzten an sich gerichtet, die Arbeitsprozesse am Laufen zu halten, mit einem möglichst geringen Aufkommen an Problemen, die durch ihre Person verursacht werden (Walgenbach, 1994). Der mittlere Manager bewegt sich dabei in einem sehr engen Gestaltungsspielraum der eigenen Arbeit, oft mit knappen Personalressourcen bzw. personellen Wahlmöglichkeiten und hohen Kundenanforderungen (Walgenbach, 1994). Huy (2001) ordnet dem mittleren Management auf dieser Ebene vier Rollen zu. Der *Entrepreneur* verfügt dem Autor zufolge über die Fähigkeit, Probleme frühzeitig zu erkennen und gleichzeitig den Überblick zu behalten und neue Chancen zu sehen. Der *Communicator* kann Menschen begeistern und mitziehen, nicht zuletzt durch eine hohe Glaubwürdigkeit und gute Vernetzung. Der *Therapist* hält Mitarbeiter produktiv durch eine individuelle Unterstützung bei Problemen und die Berücksichtigung der emotionalen Bedürfnislage. Der *Tightrope Artist* hält die Balance zwischen radikalem Wandel und Kontinuität. Er hält das Tagesgeschäft am Laufen, indem er Chaos aber auch Stillstand vermeidet. Huy (2001) entwarf diese Rollen in Hinblick auf Veränderungsprozesse in Unternehmen und die dafür benötigten Kompetenzen. Langer (2009) sieht folgende Funktionen des mittleren Managments: (1) Planungs- und Vermittlungsfunktion, (2) Puffer-funktion, (3) Wissensingenieure, (4) Netzwerkfunktion.

Als Planer und Vermittler (1) erfüllt der mittlere Manager laut Langer (2009) die festgelegten Vorgaben des Top-Managements und überträgt sie ins operative Tagesgeschäft. Er bildet den Knotenpunkt zwischen der Unternehmensführung und der Basis, indem er die Umsetzung der gestellten Ziele sichert. In seiner Pufferfunktion (2) sorgt er für den reibungslosen Ablauf der eigenen und der angrenzenden Arbeitsprozesse. Hierfür puffert der mittlere Manager fachliche und soziale Störungen auf horizontaler und vertikaler Ebene (Langer, 2009). Hanneberg (2005) verwendete in diesem Zusammenhang die Bezeichnung Sandwich-Position, da sich mittlere Manager Freiräume nach oben und Unterordnung nach unten möglichst kosten-sparend und risikoarm erarbeiten müssten. In ihrer Funktion als Wissensingenieure (3) greifen mittlere Manager Langer (2009) zufolge auf das langjährig erworbene Fach- und Erfahrungswissen zurück, das sie im Laufe eines zumeist traditionellen Karriereweges erworben haben. Dies führt zu Erfolgen in komplexen Entscheidungssituationen und macht sie zu erprobten Problemlösern. Als Netzwerker (4) sind sie zu bezeichnen, da sie Beziehungen zu externen und internen Personen aufbauen, die für das Unternehmen relevant sind. Der mittlere Manager baut hierfür in zahlreichen Verhandlungssituationen eine Vertrauensbasis auf und trägt über die Bildung gewinnbringender Ressourcen zum Unternehmenserfolg bei (Langer, 2009). Die nachfolgende Abb. 13 verdeutlicht die Vielfalt der Anforderungen an Positionen des mittleren Managements und ordnet dem mittleren Management eine weitaus größere Vielzahl von Rollen zu, zwischen denen zu wechseln ist und die virtuos auszufüllen sind. Hierbei bewegt sich der mittlere Manager in vier Quadranten, die sich von flexibel bis kontrollierende sowie zwischen extern und intern bewegen.

Die flexiblen und nach außen gerichteten Rollen des Innovators und Brokers sind darauf ausgerichtet, Wandel zu initiieren bei gleichzeitiger Herausbildung einer einflussreichen Position am Markt. Die extern und kontrollierend ausgerichteten Rollen des Direktors und des Produzenten sind stärker auf das Schaffen eines produktiven Arbeitsumfeldes mit klar definierten Zielen gerichtet. Intern kontrollierend übt der mittlere Manager als Monitor und Koordinator seine Überwachungs- und Managementfunktionen aus. Als Facilitator und Mentor

bringt er, flexibel und intern gerichtet, seine Fähigkeiten im Bereich Mitarbeiterführung ein, indem er sie fördert, fordert und unterstützt.

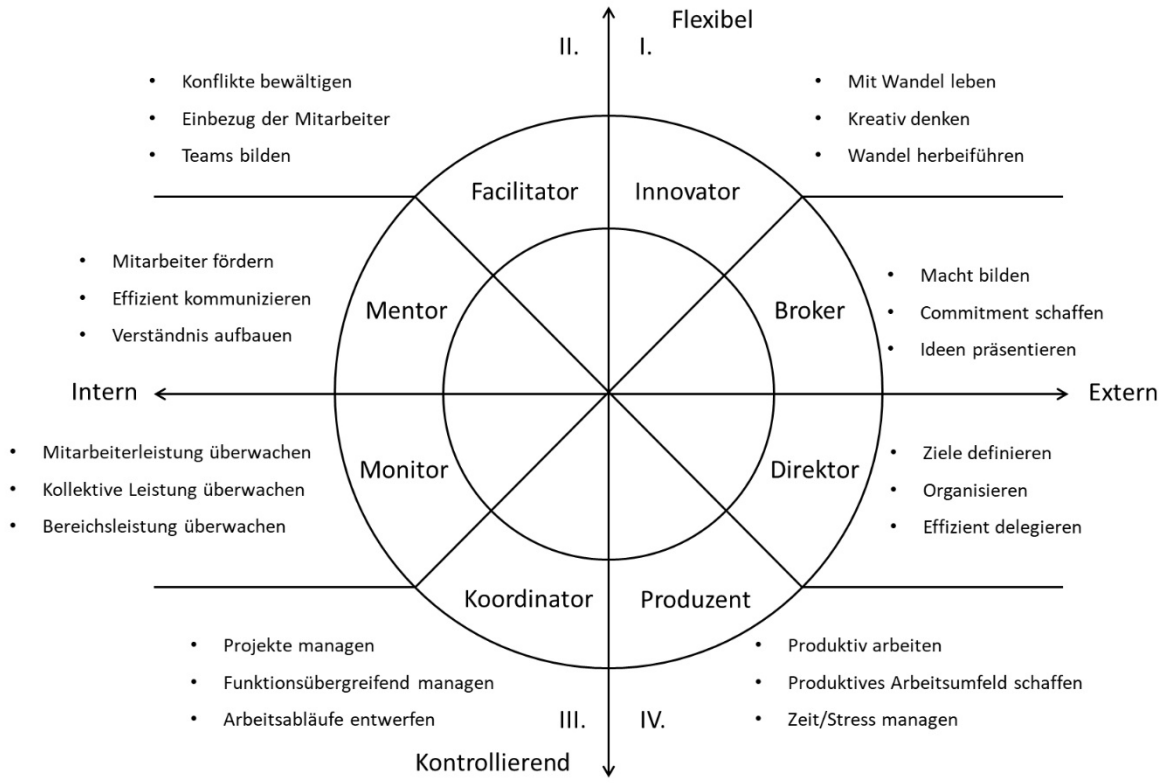


Abb. 13: Aufgaben und Rollen des mittleren Managements (Langer, 2009, 14)

Langer (2009) sah eine wesentlich größere Vielfalt an Rollen als bereits dargestellt, die das mittlere Management zu erfüllen hat. Die vorliegende Untersuchung schließt sich dieser Bandbreite an Aufgaben und Rollen an. Die hiermit verbundenen Erwartungen an das Verhalten in Positionen des mittleren Managements führen, einhergehend mit einer gewissen Rollenambiguität, zu einem starken Zeitdruck und Rollenkonflikten (Langer, 2009; Walgenbach, 1994). Doch die Hauptanforderung an diese Positionen, reibungslose Abläufe zu schaffen, mündet trotz dieser Bedingungen in den Anspruch, sowohl dem Zeitdruck standzuhalten als auch die Rollenkonflikte gekonnt zu managen und der Vielzahl der Anforderungen über ein hohes, wöchentliches Arbeitspensum gerecht zu werden (Langer, 2009; Walgenbach, 1994). Doch bereits Chenhall/Brownell (1988) wiesen bereits darauf hin, dass eine Rollenambiguität die Unzufriedenheit mit der beruflichen Tätigkeit fördere, wodurch die Produktivität gesenkt und Spannungen gefördert werden.

Pangert/Schüpach (2011) untersuchten im Rahmen des Pargema-Projektes die Arbeitsbedingungen und die Gesundheit von 221 unteren und mittleren Führungskräften. Der Großteil der befragten Führungskräfte befand sich im mittleren Erwachsenenalter (69 %), auf der mittleren Führungsebene (71 %) und gehörte dem männlichen Geschlecht (78 %) an. Die Führungskräfte gaben in dieser Untersuchung einen sehr geringen Krankenstand mit durchschnittlich 4,8 Tagen in den letzten zwölf Monaten an (Pangert/Schüpach, 2011). Eine Betrachtung des Präsentismus, das Anwesendsein am Arbeitsplatz trotz Erkrankung, mit einer Angabe von durchschnittlich 8,3 Tagen in den letzten zwölf Monaten bei einer breiten Streuung ordnet die Aussage der Führungskräfte jedoch anders ein (Pangert/Schüpach, 2011). Somit sind die befragten Führungskräfte den Autoren zufolge nicht weniger krank, sondern häufiger trotz Krankheit am Arbeitsplatz anwesend. Auch die Skalenwerte (Skala 1 [trifft überhaupt

nicht zu]-7 [trifft fast völlig zu]) der kognitiv und emotional wahrgenommenen Beanspruchungen am Arbeitsplatz (Mittelwert: 3,5) zeigen sich den Autoren zufolge signifikant erhöht ($p < .05$) im Vergleich zu einer Normalstichprobe (Mittelwert: 3,1). Diese Aussagen weisen laut Pangert/Schüpach (2011) darauf hin, dass sich die Führungskräfte zu kurz bzw. nicht ausreichend bei Erkrankungen erholen, was die Gefahr von Folgeerkrankungen erhöht.

Als Stressoren gaben die Führungskräfte vordringlich Zeitdruck, wie bereits von Walgenbach (1994) dargestellt, aber auch Arbeitsunterbrechungen, Unsicherheit, arbeitsorganisatorische Probleme, emotionale Dissonanz, soziale Stressoren und kognitive Widersprüche in der Tätigkeit an (Pangert/Schüpach, 2011). Die vorangegangene Betrachtung der Aufgaben und Rollen (Abb. 14) des mittleren Managements lässt die erhobenen Stressoren schlüssig erscheinen. Bei den Ressourcen werden den Autoren zufolge der Handlungs-, Entscheidungs-, Gestaltungsspielraum und die soziale Unterstützung durch Vorgesetzte, Kollegen und Mitarbeiter hervorgehoben. Pangert/Schüpach (2011) zufolge sind die benannten Stressoren, aber auch erhobene Ressourcen über unterschiedliche Branchen stabil. Im Bereich der Stressoren stechen vor allem der Zeitdruck und die Arbeitsunterbrechungen hervor. Der Tätigkeitsspielraum und die soziale Unterstützung, besonders durch Mitarbeiter, werden den Autoren zufolge auf Seiten der Ressourcen betont.

Des Weiteren wiesen Pangert/Schüpach (2011) in der Untersuchung darauf hin, dass sich die Sandwich-Position durch geringere Spielräume in ihrer Tätigkeit etwas stärker gesundheitlich auf der unteren Managementebene auswirkt als auf der mittleren Führungsebene. Der Annahme, dass sich Sandwich-Positionen auf die Gesundheit von Arbeitnehmern auswirken, folgt auch die vorliegende Untersuchung, ergänzt um die Verbindung zum männlichen Geschlecht. Im Einklang mit den Erkenntnissen von Pangert/Schüpach (2011) wurden in die vorliegende Untersuchung berufstätige Männer der unteren und mittleren Führungsebene einbezogen. Pangert/Schüpach (2011) hatten einen etwas höheren Anteil von Männern im mittleren Erwachsenenalter unter den Befragten ihrer Untersuchung. Für die vorliegende Untersuchung wurde ebenfalls die Gruppe der Männer im mittleren Erwachsenenalter gewählt. Im Abschnitt 4.2.3 wird auf das mittlere Lebensalter von Männern und die Auswahl für diese Untersuchung näher eingegangen.

4.2.3 Das mittlere Erwachsenenalter der Männer

Das mittlere Erwachsenenalter von Männern, weit gefasst als das Alter zwischen 40 und 60 Jahren, rückte in den siebziger Jahren verstärkt in das Forschungsinteresse der Entwicklungspsychologie auf Basis der Annahme, dass Männer ebenfalls eine vergleichbare Form der sogenannnten *Mitlife Crisis* durchlebten wie sie bei Frauen beschrieben wurde (Faltermaier et al., 2014). Es wurde davon ausgegangen, dass besonders für Männer die fünfte Lebensphase durch die Reflexion und das Infragestellen des bisherigen Lebens geprägt sei (Faltermaier et al., 2014). Brim (1976) fasste dieses Erleben in folgende sieben Erklärungsansätze einer *Mitlife Crisis* zusammen, die seiner Meinung nach für beide Geschlechter gültig seien: (1) Veränderung der hormonellen Lage, (2) Korrekturbedürftigkeit langfristiger Lebensziele, (3) Auftauchen vernachlässigter Lebensziele, (4) Scheitern an Entwicklungsaufgaben wie Generativität bzw. Produktivität, (5) die erste Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit, (6) kritische Veränderungen der Familienbeziehungen und (7) einschneidende Lebensereignisse mit Umstrukturierungen als Konsequenz.

Im Gegensatz hierzu entwarf Levinson (1979) speziell für Männer ein Stufenmodell des mittleren Lebensalters auf Basis seiner Interviewstudie an 40 gebildeteten Männern zwischen

35 und 45 Jahren. Hervorzuheben an dieser Untersuchung ist der Abgleich der Interviews mit literarisch niedergelegten Biografien anderer Männer. Das Modell selbst zeigt potenzielle Veränderungsprozesse in einem bis dahin als statisch angenommenem, mittleren Lebensabschnitt auf, wobei allerdings differenzielle Entwicklungsaspekte vernachlässigt wurden. Der Autor beschreibt in seinem Stufenmodell vier Zeitperioden, die von den Männern durchlaufen werden. Im Alter von 40 bis 45 Jahren wird der Übergang in die Lebensmitte vollzogen, in welcher die bisherige Lebensstruktur in Frage gestellt werde (Levinson, 1979). Dieser Abschnitt ist laut Levinson (1979) von einem neuen Selbstverständnis der Männer, zwischen vielfältigen Polaritäten wie z. B. Alter und Jugend, aber auch Verbundenheit und Abkapselung geprägt. Das Alter zwischen 45 und 50 Jahren ist durch den Eintritt in das mittlere Erwachsenenalter kennzeichnet, der das Erproben der neuen Wege beinhaltet (Levinson, 1979). Im Übergang zu den Fünfzigerjahren (50-55 Jahre) finden weitere Veränderungen der Lebensstruktur statt, bis sie als passend erlebt wird. Auf dem Höhepunkt des mittleren Erwachsenenalters (55-60 Jahre) kristallisiert sich laut Levinson (1979) eine Stabilisierung der Lebensstruktur bis zum Abschluss dieser Lebensphase heraus. In seiner Untersuchung zeigten sich dem Autor zufolge in 80 % seiner analysierten Fälle krisenhafte Situationen.

Aus heutiger Perspektive wird diese Studie aufgrund der geringen Datenbasis ebenso wie die US-amerikanische Forschung dieser Jahre kritisch betrachtet, da ein Kohorteneffekt mit in den 30er Jahren geborenen Probanden dem Krisenerleben zugrunde liegen kann. Gerade diese Generation lebte in einem Zeitalter vieler Krisen, die als prägend angesehen werden können (Faltermaier et al., 2014). Wethington (2000) ermittelte in ihrer Studie an über 700 Amerikanern im Alter von 28 bis 78 Jahren, dass zwar 90 % das Konzept *Midlife Crisis* bekannt waren, aber nur ein Viertel der Befragten gab an, eine solche Krise zu durchleben bzw. durchlebt zu haben. Als Auslöser wurden jedoch vor allem kritische Lebensereignisse benannt und nicht das Alter (Wethington, 2000). Faltermaier et al. (2014) plädieren vor diesem Hintergrund dafür, das mittlere Erwachsenenalter nicht als generell krisenbehaftet anzusehen, sondern eine differenzielle Perspektive zu bevorzugen, die sowohl Person als auch Lebensbedingungen berücksichtigt.

Fügemann et al. (2008) plädierten ebenfalls dafür, das mittlere Lebensalter des Mannes eher als eine stabile Lebensphase aufzufassen, da wenig auf eine hormonell gesteuerte *Mitlife Crisis* hindeutete. Den Autoren zufolge sei eher davon auszugehen, dass die sogenannten *Wechseljahre des Mannes* eine geringe Relevanz im mittleren Erwachsenenalter für das männliche Geschlecht haben. Es gab vielmehr den Hinweis darauf, dass Männer sich in dieser Lebensphase an dem Verhalten einer jüngeren Generation orientierten und sich den Veränderungen des Älterwerdens nicht stellen wollten (Fügemann et al., 2008). Dies passt vor allem zu einem sich erneuernden gesellschaftlichen Bild der älteren Generation als lebensbejahend, aktiv und agil (Fügemann et al., 2008) und ist somit nicht unbedingt dem männlichen Geschlecht allein zu zuordnen.

Es gab insgesamt keine konsistenten Hinweise auf ein durch hormonelle Veränderungen eingeleitetes Phänomen der *Mitlife Crisis* bei Männern (Fügemann, 2008; Fügemann, et al. 2008; Kaczmararek/Skrzypczak, 2002; Linde, 2007; Solstad/Garde, 1992), was die Erforschung der spezifischen Entwicklungsaufgaben in diesem Lebensabschnitt sinnhaft erscheinen lässt (Faltermaier et al., 2014). Denn gerade die Lebensphase zwischen 40 und 55 Jahren ist durch berufliche und familiäre Themen geprägt, die eine Sensibilisierung bzw. eine Neubewertung von gesetzten Zielen verlangt. Brunstein et al. (2007) beschrieben die Veränderung und Anpassung von Lebenszielen als wesentlichen Entwicklungsprozess über die Lebenspanne. Durch eine determinierende Tendenz, die Ziele auf das eigene Handeln ausüben

können, die dem Einzelnen nicht bewusst sein muss (Brunstein et al., 2007), können die selbst gesteckten Ziele im mittleren Lebensabschnitt eine spezifische Wirkung entfalten. Den Autoren zufolge verändert sich über die Lebensspanne hinweg die Form der Ziele. Herrschten in jüngeren Jahren positiv definierte Annäherungsziele vor, so nehmen im Laufe des Lebens eher Vermeidungsziele zu, die mit der Regulation negativer Affekte verbunden sind (Brunstein et al., 2007). Diese Tendenz sei darauf zurückzuführen, dass im Altersgang die Erkenntnis wachse, dass nicht jedes Lebensziel zu verwirklichen ist und das Leben eine gewisse Qualität habe, trotz *kritischer Lebensereignisse* wie dem Verlust des Arbeitsplatzes, dem Scheitern einer Partnerschaft oder dem Auftreten einer schwerwiegenden Erkrankung. Filipp (2007) bezeichnet jede Form von Ereignissen als kritisch, die Zäsuren im Lebenslauf markieren und dadurch zu einem relativen Ungleichgewicht führen, das einer Bewältigung der Situation bedarf. Faltermaier et al. (2014) beschrieben als kritische Lebensereignisse für das mittlere Erwachsenenalter den Schulabschluss der Kinder, die Menopause, den Auszug der Kinder und Großelternschaft. Für diese Zäsuren sehen Brunstein et al. (2007) den Umgang mit gescheiterten Zielen für diesen Lebensabschnitt als wesentlich an. Hierfür ist es den Autoren zufolge notwendig, das Repertoire zielführender Strategien, erworben in früheren Lebensphasen, um loslösende Strategien zu erweitern.

Auf diese Weise sind Lebensziele ein motivierendes Element der Entwicklung im Jugend- und Erwachsenenalter, werden aber gleichzeitig durch normative und soziokulturelle Anforderungen begrenzt (Brunstein et al., 2007). Bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen dominierten den Autoren zufolge Themen wie Berufswahl, Ausbildung, Familiengründung und Selbstentwicklung. Im mittleren Alter nehmen Fragen der Entwicklung im Beruf und der Erziehung der eigenen Kinder zu (Brunstein et al., 2007). Mit zunehmendem Alter werden Gesundheit, Freizeitgestaltung und die Suche nach dem Sinn des Lebens zu zentralen Themen (Brunstein et al., 2007). Diese Zielsetzungen stehen im Einklang mit den beispielsweise von Havighurst (1956) und Erikson (1959/2017) beschriebenen psychosozialen Entwicklungsaufgaben der Altersgruppe. Für diesen Abschnitt ist nach Erikson (1959/2017) das Thema Generativität zentral, womit er die Elternschaft und die Sicherung der materiellen Verhältnisse verbindet. Die Generativität steht in Eriksons Konstruktion auf dieser Entwicklungsstufe der Selbst-Absorption entgegen (Freund/Baltes, 2005). Dem ehemaligen Physiker und Chemiker Havighurst zufolge ist es wichtig, die Einflussfaktoren Gesellschaft, Biologie und Persönlichkeit auf jeder der unidirektional angelegten, aufeinander aufbauenden Entwicklungsstufen zu beachten (Freund/Baltes, 2005). Hiermit sieht er folgende Entwicklungsaufgaben für die Lebensmitte verbunden: (1) physiologische Veränderungen akzeptieren und Anpassungen vornehmen, (2) Leistungen im Beruf erreichen, (3) Beziehungen zu den eigenen Eltern, zum eigenen Partner pflegen und die eigenen Kinder befähigen, (4) Verantwortung im sozialen und gesellschaftlichen Bereich übernehmen und (5) die eigenen Freizeitinteressen bzw. Hobbies aufbauen (Freund/Baltes, 2005). Sowohl Erikson als auch Havighurst sehen das Merkmal *Sorgetragen* für diese Periode als zentrale Entwicklungsaufgabe. McAdams (2001) wies in diesem Bezug darauf hin, dass Generativität von der Zeitperspektive her auf die nachfolgende Generation mit einer gewissen Zukunftsperspektive und der Vermittlung tradierter Werte mit einem Vergangenheitsbezug verweist. Hierüber verknüpft Generativität Vergangenheits- und Zukunftsperspektive im mittleren Erwachsenenalter miteinander. Gerade die Neubewertung früherer Lebensphasen ist in diesem Zusammenhang zu sehen.

Nurmi (1991) zufolge zeigte sich dies auch in einer zeitlichen Abfolge vom Berufseintritt bis zur Familiengründung und bis zur langfristigen Sicherung der materiellen Bedingungen. Nach Gloger-Tippelt (1993) ist das mittlere Lebensalter durch die Lebensereignisse Elternschaft

(jüngeres, mittleres Erwachsenenalter) und Ruhestand (höheres Erwachsenenalter) geprägt. Die Elternschaft führt zu einer Verschiebung der Rollenaufteilung in traditionelle Verhältnisse zurück. Der Mann übernehme wieder traditionell instrumentelle Aufgaben in Form der Sicherung des Familieneinkommens über seine Erwerbstätigkeit als Alleinverdiener (Linde, 2007). Frauen haben wieder traditionelle Aufgaben wie die Versorgung der Kinder und haushaltsnahe Tätigkeiten (Linde, 2007). Der spezifische Lebenskontext des Einzelnen auch im mittleren Erwachsenenalter wird Brunstein et al. (2007) zufolge im Rahmen dieser gesellschaftlichen Erwartungen und normativen Entwicklungsaufgaben gebildet. Die Zunahme der Vermeidungsziele über die Lebensspanne ist laut Nurmi (1992) darauf zurückzuführen, dass Lebensziele im Alterungsprozess als immer weniger beeinflussbar erlebt werden. Dies geht jedoch nicht mit der Abnahme von Zufriedenheit und Wohlbefinden einher, sondern wird durch das Streben ersetzt, Interessen und Kompetenzen zu erhalten (Brunstein et al. 2007). Diese Erhaltungsziele bedürfen den Autoren zufolge der Fähigkeit des Einzelnen, sich von belastenden Zielsetzungen zu lösen, welche im Erwachsenenalter zunimmt. Auch Sheldon/ Kasser (2001) wiesen darauf hin, dass Erwachsene ab dem mittleren Erwachsenenalter ihre Ziele stärker auf die eigenen Bedürfnisse abstimmten und das Streben nach Intimität, Generativität und Ich-Integrität zunehme.

Linde (2007) wies in ihrer Untersuchung im Rahmen des Gesamtprojektes *der Mann in der Lebensmitte* darauf hin, dass es keine Unterschiede bzgl. des verhaltensbezogenen Geschlechtsrollenselbstbildes zwischen Männern zu Beginn und zum Ende des mittleren Erwachsenenalters gebe. Es zeigte sich der Autorin zufolge allerdings ein besonders maskulines Geschlechtsrollenselbstbild bei Eintritt in das mittlere Erwachsenenalter mit einer Abschwächung zum Abschluss der Phase. Die Autorin betonte, dass das Geschlechtsrollenselbstbild die berufliche Zufriedenheit, aber auch das Beschwerdeerleben nicht beeinflusse.

Faltermaier et al. (2014) beschrieben das mittlere Erwachsenenalter als Periode, die nicht in besonderem Maße durch gesundheitliche Beeinträchtigungen geprägt sei. Dennoch wies die Gesundheitsberichterstattung des Bundes zur Gesundheit in Deutschland darauf hin, dass ab der mittleren Lebensphase die Selbsteinschätzung der Gesundheit zunehmend schlechter ausfalle (RKI, 2015). Dies mag nicht zuletzt damit zusammenhängen, dass in dieser Periode bei relativ wenigen gesundheitlichen Einschränkungen erste Anzeichen des Alterns spürbar werden. Gesundheitsrisiken wie Herz-Kreislauferkrankungen, psychische Erkrankungen, aber auch Übergewicht haben für diese Altersgruppe laut Faltermaier et al., (2014) ebenfalls zugenommen und könnten sich bemerkbar machen. Gleichzeitig ist die Bereitschaft, Vorsorgeuntersuchungen wahrzunehmen, in diesem Lebensabschnitt wenig ausgeprägt (Faltermaier et al., 2017). Berufsbezogen betrachtet werde im mittleren Erwachsenenalter laut Fügemann et al. (2008) vor allem Zeitdruck als belastenden Faktor erlebt, der durch hohe Anforderungen bei mehrdeutigen Informationen und zu geringer kollegialer Anerkennung entsteht. Zum Ende des mittleren Erwachsenenalters werden häufiger Konflikte durch die Festgelegtheit der Tätigkeit ausgelöst, wobei die Arbeitssituation und Kollegen als belastende Faktoren angegeben werden (Fügemann et al., 2008). Dies ist jedoch nicht mit dem Maß an Zufriedenheit und empfundenem Glück verbunden, denn dies ist zu Beginn des mittleren Erwachsenenalters weniger ausgeprägt und steigt mit dem Auslaufen dieser Altersphase an (Faltermaier et al., 2014). Trotz des Anstiegs zum Ende dieser Periode handele es sich laut Faltermaier et al. (2014) nicht um eine positive Perspektive, sondern vielmehr um gering ausgeprägte negative Gefühle wie Einsamkeit, Depressivität oder Langeweile. Im Gesundheitsbewusstsein gab es den Autoren zufolge jedoch eine deutliche Zunahme in der deutschen Bevölkerung in den letzten Jahrzehnten, was sich in der mittleren Lebensphase in positiv formulierten

Gesundheitskonzepten widerspiegele wie z.B. einer positiven Leistungsfähigkeit bzw. einem angenehmen Befinden. Im mittleren Erwachsenenalter gaben vor allem Männer an, zufriedener und glücklicher zu sein, im frühen Erwachsenenalter wurde dies eher von Frauen ausgedrückt (Faltermaier et al., 2014), was Plagnol/Easterlin (2008) auf die Zielerfüllung in der jeweiligen Lebensperiode zurückführten. Die Autoren sahen hierfür die Erfüllung familiärer Erwartungen im frühen Erwachsenenalter für Frauen und das Erreichen beruflicher Ziele für Männer im mittleren Erwachsenenalter als ausschlaggebend an.

Es sind Wechselwirkungen zwischen dem Alter, der beruflichen Rolle und der Geschlechtsrolle erkennbar. Eine besonders hoch ausgeprägte Maskulinität in der Geschlechtsrollenorientierung führt Linde (2007) zufolge zu einer hohen Leistungs- und Wettbewerbsmotivation. Gesundheitsbezogen unterstich Dinges (2007) in diesem Zusammenhang, dass Männer je nach Lebensphase unterschiedliche Verhaltensweisen zeigten. Nach Dinges (2007) sind risikoreiche Verhaltensweisen zwischen Pubertät und Paarbildung vor der Haushaltsgründung häufiger zu beobachten als in anderen Lebensphasen. Um die Lebensmitte herum, nach dem Einfinden in die Erwachsenenrolle mit der Paarbildung, sei das riskante Verhalten nur noch bei einem geringen Teil der Männer zu finden, aber es könnten sich gesundheitliche Folgen als Relikte vorangegangener Lebensphasen zeigen (Dinges, 2007; RKI, 2014). Linde (2007) zufolge kann die Veränderung der Zielsetzung im Altersgang zu einer Veränderung dysfunktioneller Bewältigungsmuster führen, was Dinges (2007) zufolge häufig zu spät ist, um gesundheitlichen Einschränkungen vorzubeugen.

Der familiäre Lebensbereichs im mittleren Erwachsenenalter ist durch einen wesentlichen Einschnitt gekennzeichnet, dem Auszug der Kinder mit einer Umstellung der Lebensgemeinschaft auf ein nachelterliches Leben (Faltermaier et al., 2014). Die Annahme, dass es sich hierbei um ein negativ empfundenes Ereignis mit der Bezeichnung *Empty nest syndrom* verbunden handelt, konnte nicht bestätigt werden. Die Umfeldfaktoren geben den Autoren zufolge den Ausschlag, ob die Veränderungen als positiv bzw. belastend wahr-genommen werden. Vor allem für Mütter, die bei guter Gesundheit und generell zufrieden waren, zeigte sich der Übergang als wenig belastend (Faltermaier et al., 2014). Wird dieser Entwicklungsschritt den Autoren zufolge heute nicht mehr als problembezogen eingestuft, so gewinnt die Pflege älterer Angehöriger zunehmend an Gewicht. Die Pflegetätigkeit entfällt vor allem auf Frauen (Faltermaier et al., 2014), woraus sich psychische Belastungen für die gesamte Familie ergeben können, da Zeitkapazitäten gebunden werden, die nicht mehr den Familiengliedern zur Verfügung stehen.

Im beruflichen Bereich sind Hoff (2005) zufolge generell Veränderungen in der Arbeitswelt von Normalarbeitsverhältnissen und kontinuierlichen Berufsbiografien im mittleren Erwachsenenalter hin zu einer flexibleren, beschleunigten Arbeitswelt bestimmend (s. Abschnitt 4.2.2). Für das männliche Geschlecht wurde diese Phase lange als Höhepunkt der Karriere beschrieben (Faltermaier et al., 2014). Diese Darstellung blendete den Autoren zufolge Geschlechtsunterschiede und den einfachen Arbeiter aus, der gerade diese Jahre unter immer schneller obsolet werdenden Berufsqualifikationen als Stagnation und Endpunkt erleben kann. Eine immer flexibler werdende Arbeitswelt mit einem zunehmend digitalisierten Dienstleistungssektor verlangt Beweglichkeit und Leistungserhalt bis in die letzten Berufsjahre hinein. Sich dieser Herausforderung zu stellen, beginnt bereits im mittleren Erwachsenenalter, der Leistungserhalt sogar bereits im frühen Erwachsenenalter. Allerdings stellt Kohli (1982, zitiert nach Faltermaier et al., 2014) zufolge der durchschnittliche Arbeitnehmer in der Lebensmitte fest, dass seine berufliche Entwicklung irreversibel ist. Gerade in dieser Altersphase kann eine kritische Bilanzierung, eine Auseinandersetzung mit den eigenen

Grenzen bis hin zu Abbauprozessen und Stigmatisierungen stattfinden (Faltermaier et al., 2014).

Diese Erkenntnisse deuten darauf hin, dass sich im mittleren Erwachsenenalter über die Reflektion der bisherigen Lebensstruktur mehr oder minder starke Umstrukturierungen ereignen können, nicht zuletzt vor dem Hintergrund, dass gewisse Lebensziele als nicht erreichbar erlebt werden bzw. sie grundsätzlich infrage gestellt werden. Das kann z.B. vom Einzelnen verlangen, die Fähigkeit zu entwickeln, aus Annäherungszielen anderer Phasen Erhaltungsziele zu machen, aus denen ebenfalls eine gewisse Zufriedenheit gezogen werden kann. D.h. es ist nicht von einer generellen *Midlife Crisis* des Mannes auszugehen, sondern die Neubewertung von Themen kann zu einer Anpassung von Vorstellungen, Einstellungen bzw. Verhaltensweisen in dieser Periode führen. Vor diesem Hintergrund kann es in diesem Lebensabschnitt zu einer Sensibilisierung für das Thema Gesundheit kommen, wenn beispielsweise erste altersbezogene Anzeichen spürbar werden und der Wunsch nach dem Erhalt der eigenen Jugendlichkeit wächst. Unter der Annahme einer besonderen Offenheit für das Thema Gesundheit im mittleren Erwachsenenalter wurde für das vorliegende Untersuchungsvorhaben der Altersabschnitt zwischen 45 und 55 Jahren gewählt.

4.2.4 Zusammenfassung – Männergesundheit

Das männliche Geschlecht wurde im Zuge der politischen Frauenbewegung in gesundheitlichen Studien als das bevorzugte Geschlecht kritisiert. Dabei wurde außer Acht gelassen, dass in diesen Studien keine differenzierte, gesundheitsbezogene Betrachtung beider Geschlechter vorlag. Sie waren vielmehr als *genderless* zu bezeichnen. Die feministische Bewegung erwirkte eine Stärkung der Forschungsperspektive für Frauen, doch das männliche Geschlecht bzw. die geschlechtsspezifische Forschungsperspektive blieb in diesem Zuge weiterhin unberücksichtigt.

Auch der Entwurf des sozial und kulturell entworfenen Genderbegriffs, der die Geschlechtszugehörigkeit als Ergebnis sozialer Konstruktionsprozesse auffasste, brachte keine Änderung in der geschlechtsspezifischen Forschung. Es führte zwar dazu, dass das Geschlecht als gesundheitsrelevanter Faktor anerkannt und erhoben wurde, doch es fand keine theoretische Einbindung statt. Kuhlmann/Kolip (2005) sahen in diesem Zusammenhang die Bedeutung des Geschlechts auf programmatischer Ebene, kritisierten aber den fehlenden Einfluss bis auf die Umsetzungsebene. So blieb die Differenzierung der Merkmale von männlich und weiblich auch auf der gesundheitsbezogenen Ebene aufgrund des Faktors Komplexität aus. *Multi-Level-Governance*-Ansätze könnten Kuhlmann/Annandale (2015) zufolge genutzt werden, um die Genderkategorie mit ihren Interaktionseffekten umfassend zu erheben und das *Gender-Mainstreaming*-Konzept stärker zu unterfüttern. Die zukünftige Forschung sollte sich laut Kuhlmann (2016) weniger auf Geschlechtsunterschiede als vielmehr geschlechtsspezifisch auf Handlungsmuster, Körperprozesse und die Versorgungslage stützen.

Die Männergesundheitsforschung findet laut Kolip/Hurrelmann (2016) über die Veröffentlichung des ersten Berichtes zur gesundheitlichen Lage von Männern in Deutschland, erstellt durch das Robert-Koch-Institut, Anschluss an die Berichterstattung im Bereich der Frauengesundheitsforschung. Der Bericht nahm das männliche Geschlecht in seinem Lebenskontext und seiner gesundheitlichen Lage in den Blick, was zur zentralen Forderung einer männerspezifisch ausgerichteten Prävention und Gesundheitsförderung führte, der sich die vorliegende Untersuchung anschließen kann. Faltermaier/Hübner (2016) betonten die Möglichkeit, den gesundheitswissenschaftlichen Hintergrund, kombiniert mit einer dynamischen

Perspektive über den Lebenslauf, für ein geschlechtersensibles Vorgehen zu nutzen. Die vorliegende Untersuchung fußt auf einem kontextbezogenen, gesundheitswissenschaftlich fundierten Vorgehen mit einer saltogenetischen Basis. Die Betrachtung erfolgt männerspezifisch mit dem Fokus auf das gesundheitsbezogene Handeln.

Epidemiologisch zeigen sich weiterhin eine kürzere Lebenserwartung und eine Übersterblichkeit der Männer. Diese ist tendenziell sinkend und laut Dinges (2006) nicht auf biologische Geschlechtsunterschiede zurückzuführen, sondern vielmehr auf ein gesundheitlich riskantes Verhalten der Männer, was Luy (2012 a, b) in seiner Klosterstudie unterstrich. Das RKI (2015) betonte konkret den Zusammenhang zwischen Lungenkrebs, Alkoholkonsum, Herzkreislauferkrankungen und den Risikofaktoren eines ungesunden Lebensstils wie Rauchen, Alkoholkonsum, Bewegungsmangel und einer ungesunden Ernährung. Im Falle des Tabakkonsums gilt es vor allem alle Bildungsschichten zu erreichen, im Falle des Alkoholkonsums besonders Männer im jüngeren Erwachsenenalter anzusprechen. Auch beim Konsum illegaler Drogen gilt es vor allem die männliche Bevölkerung präventiv zu erreichen, auch wenn die Zahl der Drogentoten seit dem Jahr 2000 kontinuierlich sank. Zudem zeigte Mensink (2004) auf, dass Männer sich fleisch- und fettlastiger ernährten bei einem höheren Alkohol- und Nikotinkonsum. Dieses Verhalten ist auch nicht über eine höhere Bewegungsaktivität zu kompensieren, da Männer in diesem Bereich riskante Sportarten bevorzugen und die Aktivität grundsätzlich mit zunehmendem Alter abnimmt.

In den letzten zehn Jahren geht die gesundheitliche Lage der Männer mit einer Erhöhung der berufsbezogenen Fehlzeiten einher, die nicht zuletzt auf einen Anstieg der Diagnosen einer psychischen Erkrankung zurückgeführt wird. Hierbei ist allerdings zu berücksichtigen, dass es sich letztendlich um eine Verbesserung der Versorgungslage in diesem Bereich handeln kann, worauf dem RKI (2015) zufolge auch rückläufige Suizidraten hinzuweisen scheinen.

Ungefähr zwei Drittel der Männer schätzten ihre Gesundheit als gut oder sogar sehr gut ein. Diese Selbsteinschätzung findet sich allerdings nicht in der Ausstattung des männlichen Geschlechts mit Ressourcen wider. Im Gegensatz zu Frauen scheinen Männer ihrem Körper weniger Aufmerksamkeit zu schenken, hören weniger auf Signale des Körpers und haben insgesamt eine geringere Motivation, sich gesund zu verhalten, was sich z.B. in einer geringeren Teilnahmequote an Präventionskursen der Krankenkassen niederschlägt. Das bedeutet nicht, dass Gesundheit für Männer keine Relevanz hat, nur wird sie vor allem leistungsbezogen und den Körper instrumentalisierend verstanden. Diese Sichtweise verschafft den Männern im Bereich der personalen Ressourcen eine gute Ausstattung über potenziell vorhandene Attribute wie einen ausgebildeten Optimismus, ein ausgeprägtes Selbstwertgefühl, eine internale Kontrollüberzeugung, eine ausgereifte Selbstsicherheit, ein Unabhängigkeitsstreben, ein gutes Durchhaltevermögen bzw. eine stabile Ich-Identität. Auch eine gute Ausstattung mit materiellen Ressourcen kommt vielen Männern zugute. Auf der Ebene der sozialen Ressourcen beziehen Männer besondere Stärke aus stabilen Partnerschaften, wobei die sozialen Netzwerke des männlichen Geschlechts jedoch meist weniger dicht und kleiner sind. Somit scheint das männliche Geschlecht über alle Dimensionen der Widerstandsressourcen hinweg quantitativ weniger gut ausgestattet zu sein. Dies lässt jedoch keine Schlüsse auf die qualitative Komponente der vorhandenen Ressourcen jedes einzelnen Mannes zu, die immer mit einzubeziehen ist.

Die Forschung zum männlichen Geschlecht warf vor dem Hintergrund einer traditionellen Geschlechtsrolle eines als maskulin angenommenen Mannes ein problematisches Männerbild auf mit einer gewissen Form von Geschlechtsrollenstress. Über das Konzept der Geschlechts-

rollenorientierung, das Geschlechtlichkeit in mehreren Ausprägungen in das Selbstkonzept integrierte, wurde die stereotype Zuordnung der Geschlechter letztendlich aufgebrochen und ein traditionell maskulines Rollenverhalten infrage gestellt. Dieses traditionell männliche Verhalten beinhaltete die Betonung von Merkmalen wie Härte, Leistung, Wille, Selbstsicherheit, Dominanz, Zielorientierung, Wettkampf, Furchtlosigkeit und Unverwund-barkeit. Bründel/Hurrelmann (1999) sahen die Sozialisation in der familiären Umgebung als ausschlaggebend für ein geschlechtstypisches Verhalten an. Und auch Böhnisch (2004) beschrieb Männlichkeit aus Bourdieus Verständnis heraus als Habitualisierungsprozess in die männliche Persönlichkeit hinein mit einer anhängigen Lebensgestaltung. Die Ausprägungs-formen werden in heutiger Zeit immer vielfältiger.

Ein Blick auf das maskuline Männerbild führt zu einer stärkeren Außenperspektive auf den eigenen Körper. Dies spiegelt die bereits erwähnte Instrumentalisierung des männlichen Körpers wider, einhergehend mit einer gewissen Opferbereitschaft und Rücksichtslosigkeit gegenüber körperlichen Bedürfnissen gegenüber. Böhnisch (2004) fasst die Ambivalenz männlicher Sozialisation über ein Spannungsfeld zwischen Dominanz und Verfügbarkeit, Externalisierung, Abspaltung und dem Wunsch nach der Integration von Gefühlen prägnant zusammen.

Dies ist auch im zentralen Lebensthema Gesundheit wiederzufinden. Der gesunde Körper spielt eine wesentliche Rolle für das männliche Selbstkonzept und die Selbstwahrnehmung. Der Umgang mit der eigenen Gesundheit wie auch das Gesundheitshandeln der Männer ist geprägt von der Annahme eines gesunden Körpers als Grundvoraussetzung. Das eigene Körperbild wird häufig über die Fokussierung auf die physische Leistungsfähigkeit bzw. das Zurschaustellen einer ausgeprägten Muskulatur abgebildet und damit gleichzeitig zum Ausdruck der eigenen Geschlechtlichkeit genutzt. Auf diese Weise objektivieren maskuline bzw. traditionell orientierte Männer ihren Körper und haben ein instrumentelles Körperverständnis. Über einen gesunden, leistungsfähigen Körper kann eine Aufwertung stattfinden, was eine männliche Körperpraxis der Selbstoptimierung im Fitness- und Ernährungsbereich erklärt. Gleichzeitig hat der eigene Körper widerstandsfähig zu sein gegenüber äußeren Einflüsse. Hieraus ließe sich möglicherweise eine gewisse Unbefangenheit des männlichen Geschlechts gegenüber riskanten Verhaltensweisen erklären, da nicht selten Robustheit einem gesunden Körper gleichgesetzt wird, was sich als gesundheitsschädliche Relikte aus früheren Lebensphasen niederschlagen kann.

Dieses männliche Körperbild und ein riskanter Lebensstil mit einer kontinuierlichen Selbstüberforderung, gekennzeichnet durch das Ignorieren eigener Grenzen und Demonstrieren von Stärke auf allen Ebenen unter der Zurückdrängung der eigenen Gefühle, legte den Schluss nahe, dass die männliche Geschlechtsrolle eine negative Wirkung auf die Gesundheit der Männer entfaltet. Wartenburg (2011) wies darauf hin, dass Gesundheitsaufklärung vor allem an Frauen gerichtet sei. Erste Ansätze einer männerspezifischen Ansprache im präventiven Bereich werden bereits sichtbar, und das vorliegende Untersuchungsvorhaben zielt darauf ab, einen Betrag hinsichtlich dieser Forderung zu leisten.

Der berufliche Bereich mit dem Fokus auf Leistung spielt eine wesentliche Rolle für die Konstruktion von Männlichkeit. Döge (2000) zufolge lassen sich der *Karrieremann* und der *Arbeitsmann* grob abgrenzen (s. Abschnitt 4.2.2). Lange Zeit verstanden sich Männer beider Typen als Alleinernährer der Familie, was durch die Auflösung des Normalarbeitsverhältnisses und die Flexibilisierung der Arbeit zunehmend infrage gestellt wird. Es wird von den Männern verlangt, das eigene berufliche und männliche Selbst neu zu definieren. Männer sind zwar bis

heute häufiger Vollzeit beschäftigt vor allem in der Phase der Familiengründung und üben körperlich belastendere Tätigkeiten als Frauen aus, aber eine durchgängige Berufsbiografie ohne Einschnitte wird immer seltener. Gerade im Bereich des mittleren Managements wird die Flexibilität verlangt, sich den Veränderungen der Arbeitswelt anzupassen und sich gegebenenfalls mehrmals im Arbeitsleben neu zu orientieren. Vor diesem Hintergrund wurden für diese Untersuchung Führungskräfte in sogenannten Sandwich-Positionen ausgewählt, um ihre gesundheitliche Lage im Besonderen zu betrachten.

Entgegen der langjährigen Annahme, die ihren Ursprung in den siebziger Jahren hatte, dass Männer eine hormonell gesteuerte *Midlife Crisis* durchlebten, ließ sich dennoch nachweisen, dass das mittlere Erwachsenenalter durch Einschnitte geprägt sein kann, die zur Reflektion des bisherigen Lebenslaufs führen können. Auch das Wahrnehmen erster Alterungserscheinungen, der Verlust von Leistungsvermögen, zunehmende Beschwerden, die Notwendigkeit, sich von beruflichen Karrierevorstellungen verabschieden zu müssen, oder eine gewisse Stagnation im Beruf und eine Veränderung der Familienverhältnisse in dieser Lebensphase können zu mehr oder minder starken Umstrukturierungen führen. Diese sind nicht zwingend als krisenhaft anzusehen, und es ist Faltermaier et al. (2014) zufolge immer die Einzelperson in ihrem Lebensalltag zu betrachten. Auch werden von Faltermaier et al. (2014) keine besonderen gesundheitlichen Belastungen im Vergleich zu anderen Lebensphasen gesehen. Und dennoch können gerade die Reflektionsprozesse dieser Periode zu einer gewissen Offenheit bzw. Sensibilisierung für das Thema Gesundheit beim männlichen Geschlecht führen. Aus diesem Grund wurde die vorliegende Untersuchung auf das mittlere Erwachsenenalter (45-55 Jahre) begrenzt.

Der Blick auf die Gesundheit der Geschlechter und im Besonderen auf die der Männer weist auf einen männerspezifischen Forschungsbedarf hin, der weniger auf eine Abgrenzung zum weiblichen Geschlecht fokussiert ist, sondern vielmehr auf die Bedürfnisse des männlichen Geschlechts selbst gerichtet ist. Die männliche Geschlechtsrolle mit einer gewissen Leistungsorientierung lässt gerade den beruflichen Bereich als wichtigen Bezugspunkt für ein Untersuchungsvorhaben erscheinen. Da Gesundheit vor dem Hintergrund eines instrumentellen Körperbildes vieler traditionell orientierter Männer bis zum mittleren Lebensalter eine untergeordnete Rolle spielen kann, wurde das mittlere Erwachsenenalter, verbunden mit der Berufstätigkeit, für diese Untersuchung ausgewählt. In dieser Altersphase und Konstellation lässt sich eine gewisse Offenheit für das Thema Gesundheit annehmen und für dieses Untersuchungsvorhaben nutzen. Im folgenden Kapitel 5 wird das Untersuchungsvorhaben eingehend erläutert.

5 Methode: Qualitative Gesundheitsforschung

Die theoretische Einbettung unterstreicht den Forschungsbedarf im Bereich Männergesundheit, für dieses Untersuchungsvorhaben, spezifiziert auf das Gesundheitshandelns von Männern. Diese Ebene des subjektiven Handelns ist eng verbunden mit den subjektiven Gesundheitsvorstellungen, die der Einzelne von seiner Gesundheit hat. Aus diesem Grund werden im Rahmen der vorliegenden Untersuchung sowohl kognitive Aspekte als auch das Handeln für die eigene Gesundheit berücksichtigt und gegebenenfalls in Verbindung zueinander gesetzt.

Die Orientierung des Forschungsinteresses an den Gesundheitsvorstellungen und dem Gesundheitshandeln ist, wie bereits in (s. Abschnitt 3.1, 3.2.2) dargestellt, untrennbar mit dem

Alltag des Individuums und einer konsequenten Orientierung an seinen Vorstellungen verbunden. Diese sollte sich in der Wahl der Erhebungsmethoden wiederfinden, um dem Gegenstand angemessen Rechnung zu tragen. Quantitative Verfahren, abgeleitet aus einer naturwissenschaftlichen Denktradition, streben größtmögliche Exaktheit und Präzision mit der Zielsetzung an, eine numerische Generalisierung unabhängig vom konkreten Fall zu erreichen (Sedlmeier/Renkewitz, 2008; Flick, 2004). Qualitative Verfahren bieten sowohl eine flexible Offenheit im Forschungsprozess als auch einen starken Kontextbezug, wodurch sich die Möglichkeit eröffnet, neue Erkenntnisse aus dem Subjektbezug heraus zu erfassen. (Sedlmeier/Renkewitz, 2008; Lamnek, 2005). Für die vorliegende Untersuchung sollte das verwendete Verfahren durch möglichst große Offenheit geprägt sein, um dem Einzelnen Raum zu geben, eigene Schwerpunkte zu setzen und persönliche Bezüge herzustellen. Vor diesem Hintergrund erscheint die Wahl einer qualitativen Methode im Sinne der *Qualitativen Sozialforschung* (Lamnek, 2005) angemessen. Verfahren der qualitativen Sozialforschung sind mit ihrem zumeist induktiven Vorgehen auf die Differenziertheit und Komplexität des Forschungsgegenstandes mit der Zielsetzung gerichtet, Neues im Forschungsmaterial zu entdecken und hieraus empirisch begründete Theorien zu entwickeln (Flick, 2004). Die vorliegende Untersuchung zielt auf die differenzierte Erfassung des Gesundheitshandelns von Männern im mittleren Erwachsenenalter ab, ausgehend von ihren subjektiven Gesundheitsvorstellungen. Der Einzelne rückt mit seinen persönlichen Schwerpunkten in den Mittelpunkt und kann diese als Experte seines Gesundheitshandelns und seiner persönlichen Gesundheitsvorstellungen darstellen. Nach Franke (2010) werden im Bereich der Laientheorien vor allem Interviewverfahren angewendet, da diese besonders geeignet erscheinen, bisher verborgene gesundheitsbezogene Inhalte zu erheben. Die narrativen Aussagen der Männer sind eingebunden in ihren lebensweltlichen Kontext und sozialen Hintergrund. Um die lebensweltlichen und sozialen Zusammenhänge möglichst differenziert zu erfassen, wurde eine an das vorliegende Untersuchungsinteresse angepasste Erhebungsmethode gewählt, die erzählgenerierende Elemente mit gegenstandsbezogenen Elementen im Sinne der Problemzentrierung (Witzel, 1989, 1996, 2000; Kühn/Witzel, 2000) beinhaltet. Die Datenerhebung erfolgte über ein themenzentriertes Leitfadeninterview mit erzählgenerierenden, narrativen Einstiegsfragen. Die Auswertung erfolgte in fünf Phasen im Sinne einer kontrollierten Interpretation der erhobenen Daten. Auf die vollständige Transkription der Daten folgte eine detaillierte Betrachtung der Einzelfälle, geknüpft an den Aufbau eines Kategoriensystems, gefolgt von einer Phase der übergreifenden Betrachtung der Fälle mit dem Ziel der Kontrastierung und der sich anschließenden theoretischen Generalisierung über eine Abbildung in Form von Idealtypen. Das bis dahin grob skizzierte Vorgehen wird nachfolgend über eine detaillierte Darstellung des methodischen Vorgehens, ausgehend von der Zusammensetzung der Untersuchungsgruppe bis hin zum typengenerierenden Verfahren, konkretisiert.

5.1 Fragestellungen

Im Mittelpunkt dieser Untersuchung stand der Blick auf das Gesundheitshandeln von Männern im mittleren Erwachsenenalter. Diesem komplexen subjektbezogenen Thema wurde sich über ein qualitatives methodisches Vorgehen mit folgenden Forschungsfragen genähert, die zum einen die kognitive Ebene der Gesundheitsvorstellungen und zum anderen das in den narrativen Aussagen dargestellte Gesundheitshandeln in den Blick nahmen.

In einem ersten Schritt wurden die Gesundheitsvorstellungen der Männer entlang der Gesundheitskonzepte und Gesundheitstheorien in Kombination mit der Frage erfasst, ob Männer

dieser Altersgruppe eine Sensibilisierung für Gesundheit zeigen, indem sie Gesundheit einen gewissen Wert im Lebensalltag zugeschreiben:

- Über welche Gesundheitskonzepte verfügen Männer im mittleren Lebensalter?
- Welche Gesundheitstheorien zeigen Männer im mittleren Lebensalter?
- Über welche generelle Gesundheitsmotivation verfügen Männer im mittleren Lebensalter?

Von den Gesundheitsvorstellungen ausgehend wurde den Fragen nachgegangen, ob sich diese Vorstellungen und die beigemessene Wertigkeit in jeglicher Form in einem narrativ dargestellten Gesundheitshandeln niederschlagen.

- Zeigen Männer dieser Altersgruppe in ihren narrativen Darstellungen einen speziellen Zugang zu Gesundheit von den Vorstellungen bis zum Gesundheitshandeln?
- Welche Form des Gesundheitshandelns zeigen Männer im mittleren Lebensalter?
- Welche Hindernisse sehen Männer dieser Altersgruppe für die Umsetzung eines Gesundheitshandelns?
- Wo sehen Männer im mittleren Erwachsenenalter in die Zukunft gerichtet Entwicklungsmöglichkeiten für ihr Gesundheitshandeln?

Diese Fragestellungen zielen darauf ab, ein Gesundheitshandeln von Männern im mittleren Lebensalter, ausgehend von ihren Gesundheitsvorstellungen differenziert zu erfassen und hierüber Ansatzpunkte für die Erweiterung bzw. Veränderung eines eigenen Gesundheitshandelns darzustellen.

5.2 Feldzugang

Vor einem Zugang zum Feld hat sich der Forscher folgende grundlegende Frage zu stellen: Wie gelingt es ihm, einen optimalen Zugang zum Forschungsfeld zu gestalten und potenzielle Interviewpartner zur Mitwirkung zu bewegen (Wolff, 2005)? Konkretisiert auf diese Untersuchung bedeutete dies: Welche Art der Kontaktaufnahme zu potenziellen Interviewpartnern in Unternehmen erschien geeignet?

Eine geeignete Wahl, um in einem Unternehmen zu agieren, wäre der Zugang über die Unternehmensleitung. Da es sich jedoch um ein sehr persönliches Thema handelt, erschien eine offizielle Anfrage von der übergeordneten Ebenen nicht geeignet, da dieser Weg zu einer Verunsicherung der Mitarbeiter führen kann. Da nicht die Auswahl eines spezifischen Unternehmens ausschlaggebend war, sondern das Geschlecht und die Position des Interviewpartners, wurde die Entscheidung für einen Quereinstieg in verschiedene Unternehmen über informelle Kontakte getroffen. Die Merkmale potenzieller Interviewpartner wurden an eine Unternehmensberatung, das gesundheitsbetriebliche System eines Unternehmens und private Kontaktpersonen gegeben mit der Bitte, Mitarbeiter, Kollegen und Kontaktpersonen in den Unternehmen, um die Teilnahme an der Befragung zu ersuchen. Um möglichst umfassend über das Forschungsvorhaben zu informieren, wurde an die Kontaktpersonen ein Flyer mit den wichtigsten Eckdaten gegeben. Wie bereits in den Kriterien dargestellt, wurde auch hier das Thema Gesundheit in den Mittelpunkt gestellt, um den Fokus auf Gesundheit zu verdeutlichen und Verunsicherungen durch Thematisierung des Geschlechts zu vermeiden.

Die Operationalisierung für das Kriterium *berufliche Position* wurde von den Kontaktpersonen als verständlich aufgefasst. Sie führte in der Auswahl zu einer größeren Bandbreite der gewählten Positionen. In der Untersuchungsgruppe finden sich Positionen des unteren bis

mittleren Managements. Die Einstufung erfolgte durch die Kontaktperson anhand von Gehaltsstufe bzw. Mitarbeiterverantwortung. Alle Probanden wurden von den Kontaktpersonen anhand der Kriterien *hoher Arbeitsumfang* und *eingeschränkter, zeitlicher Dispositionsspielraum* ausgewählt. Die Auswertung des dem Interview vorgeschalteten Kurzfragebogens (s. Abschnitt 5.4.1) belegte, dass alle Probanden die gewünschten Kriterien erfüllten. Die überwiegende Zahl der Rückmeldungen mit dem Interesse an einer Interviewteilnahme kam aus Richtung des betrieblichen Gesundheitssystems und der privaten Kontaktpersonen. Auf die indirekte Kontaktaufnahme folgte nun der erste direkte telefonische Kontakt durch den jeweiligen Interviewer. Der Anruf wurde genutzt, um das Forschungsinteresse nochmals zu verdeutlichen, das Vorhandensein der notwendigen Kriterien nochmals zu prüfen, offene Fragen des Interviewpartners zu klären und anschließend die Rahmenbedingungen für das Interview festzulegen. Auf die Kontaktaufnahme folgte überwiegend eine direkte Zusage zu einem Gesprächstermin. Gab es diese nicht direkt, so wurden die Rahmenbedingungen und Inhalte des Projektes vom Interviewer konkretisiert, und darauf hin fiel die Entscheidung für eine Teilnahme. Über den Quereinstieg und die Staffelung der Kontaktaufnahme wurde die Freiwilligkeit der Teilnahme unterstützt. Der Großteil der zu Befragenden gab als Teilnahmemotiv ein persönliches Interesse am Thema Gesundheit und den im Flyer vermittelten Informationen zur subjektiven Sichtweise auf Gesundheit an. Als nicht themenbezogenes Motiv wurde vielfach die Kontaktperson als entscheidender Faktor genannt. Der Quereinstieg über eine indirekte Kontaktaufnahme mit Informationsmaterial, gefolgt von einem Telefongespräch und einer E-Mail, wurde von allen Probanden positiv angenommen. Von Beginn an konnte eine Vertrauensbasis hergestellt werden, und es fühlten sich auch Personen angesprochen, für die das Thema bisher nicht im Fokus des Interesses stand. Dieses schrittweise Vorgehen benötigte einen weit höheren zeitlichen Aufwand als eine Befragung, was jedoch gemessen am Nutzen für eine positive Ausgangslage für die Interviews als angemessen erschien.

Der Gewinnung von zu Befragenden wurde eine bewusste Auswahl im Sinne des Theoretical Sampling zugrunde gelegt, da die Zielsetzung eine theoretische Generalisierung über Idealtypen war und nicht eine numerische Generalisierung (Lamnek, 2005; Flick, 2004; Flick et al., 2005). Die theoretische Auswahl im Vorwege der Datenerhebung wird an festgelegten Kriterien vorgenommen, die entweder die Funktion haben, kontrastierend zu wirken oder durch eine Konstanthaltung zu Homogenität in der Untersuchungsgruppe führen. Auf diese Weise wird gewährleistet, dass die Zellen der Samplingstruktur ausreichend besetzt sind (Flick, 2004). Für die Wahl der vorliegenden Stichprobe wurden die Merkmale Geschlecht, Alter, berufliche Position und Berufstätigkeit konstant gehalten. Insgesamt wurden 30 berufstätige Männer im mittleren Erwachsenenalter in Positionen des unteren bis mittleren Managements befragt, die zum Zeitpunkt der Befragung arbeitsfähig und relativ gesund waren.

Die Entscheidung für das männliche Geschlecht fiel vor dem Hintergrund folgender bereits ausgeführter Annahmen, die den Forschungsbedarf im Bereich Männergesundheit unterstreichen. Das männliche Geschlecht zeigt sich als besonders gesundheitsgefährdet (Sieverding, 2004), kombiniert mit einem im Geschlechtervergleich weniger ausgeprägten Engagement für die eigene Gesunderhaltung, was sich in einer Vermeidung bzw. späten Inanspruchnahme medizinisch-professioneller Hilfssysteme und einer geringen Teilnehmerzahl an gesundheitsfördernden und präventiven Maßnahmen manifestiert (Kolip/Altgeld, 2006; Dinges, 2006; Eickenberg, 2003; Brandes, 2003). Das Vermeiden der professionellen Systeme kompensieren Männer nach Zemp-Stutz (2004) über den Rückgriff auf die informellen Strukturen des Laiengesundheitssystems. An diese Erkenntnisse anknüpfend wurde auf ein

Design verzichtet, dass den Geschlechtervergleich in den Mittelpunkt stellt, um sich auf eine differenzierte Betrachtung der Bedingungen für Gesundheit innerhalb einer speziellen Gruppe von Männern zu fokussieren (Faltermaier, 2004). Aus dieser Haltung heraus war Gesundheit in allen Lebensbereichen das zentrale Thema der Datenerhebung. Die explizite Betrachtung der männlichen Geschlechtsrolle erfolgte in der Auswertungsphase immer den Bezug zur eigenen Gesundheit herstellend.

Neben dem Kriterium *männliches Geschlecht* wurde das *Alter* ausgewählt, da in der mittleren Altersphase, wie bereits in (s. Abschnitt 4.2.3) dargestellt, eine potenzielle Offenheit der Männer für das Thema Gesundheit angenommen wird. Für diese Studie wurde eine Begrenzung auf die Altersgruppe 45-55 Jahre mit einem Jahr Variationsspielraum vorgenommen, da in dieser Lebensphase Umschwünge, Veränderungen und Umbrüche auf der lebensweltlichen, aber auch der gesundheitlichen Ebene eine Rolle spielen, die eine Sensibilisierung für das Thema Gesundheit besonders begünstigen können. Gleichzeitig spielt für diese Altersgruppe die eigene Arbeits- und Leistungsfähigkeit überwiegend eine zentrale Rolle.

Als weiteres Kriterium wurde die berufliche Position in die Auswahl einbezogen. Wie bereits in Abschnitt 4.2.2 dargestellt, werden Positionen des unteren und mittleren Managements im Rahmen der modernen Arbeitswelt vor allem bezüglich der Vielzahl ihrer Anforderungen in den Blick genommen. Diese Positionen sind gekennzeichnet durch eine hohe Arbeitsmenge, wechselnde Rollenanforderungen, Zeitdruck und Arbeitsunterbrechungen. Der Spielraum für eigene Schwerpunktsetzungen, z.B. in Bezug auf die Gesundheit, ist im Rahmen der vielfältigen Erwartungen nur begrenzt möglich, da sich mittlere Positionen an der Forderungen der oberen und unteren Ebene auszurichten haben. Umso entscheidender ist es, das Gesundheitshandeln in diesen Positionen eingehend zu betrachten, da sie die immer breiter werdende Basis eines Unternehmens bilden. Eine eindeutige Abgrenzung mittlerer Managementpositionen anhand festgelegter Kriterien gestaltete sich jedoch schwierig. Aus diesem Grund wurde der Begriff für eine Auswahl durch Kontaktpersonen operationalisiert. Es sollten Personen für die Untersuchung ausgewählt werden, die entweder Mitarbeiter führen oder ein eigenes Budget verwalten, bei gleichzeitiger Weisungsgebundenheit durch eine Top-Managementebene. Das heißt, sie stehen zwischen einer übergeordneten und untergeordneten Ebene und sind durch unterschiedliche Abhängigkeiten mit diesen verbunden.

Für die vorliegende Untersuchung wurden gezielt Männer gesucht, die zum Zeitpunkt der Befragung arbeitsfähig waren und täglich ihrer beruflichen Tätigkeit nachgingen. Aus betrieblicher Sicht wurden diese Mitarbeiter als relativ gesund eingestuft, da sie in der Lage waren, den beruflichen Anforderungen nachzukommen. Diese Einstufung wurde vor dem Hintergrund produktiver Interessen getroffen, denn nicht die Gesundheit als Allgemeinwert war hier von Belang, sondern vor allem gekoppelt an die Produktivkraft des Einzelnen, die im Gesamtzusammenhang das Bestehen des Unternehmens am Markt gewährleistete (Faltermaier, 2005a, Moll et al., 2000). Somit wird die relative Gesundheit bei der Auswahl am Grobkriterium Arbeitsfähigkeit gemessen. Diese gesundheitliche Einstufung muss weder mit der medizinisch-psychologischen Einschätzung eines Experten noch mit der subjektiven Wahrnehmung überstimmen. Diese Grobeinstufung wird im Verlauf der Untersuchung genutzt, um die dahinterliegende persönliche Einschätzung genauer zu betrachten.

5.3 Die Untersuchungsgruppe

Die Zusammensetzung der Untersuchungsgruppe, ausgewählt anhand der dargestellten Kriterien über die gestufte Kontaktaufnahme, lässt sich wie folgt abbilden. Die Interviewpartner waren im mittleren Erwachsenenalter (45-56 Jahre). Der oben benannte Variationsspielraum wurde nur in Bezug auf die Obergrenze relevant. Jede Altersgruppe war durch mindestens eine Person vertreten (s. Abb. 14). Die am stärksten besetzte Gruppe bildete die Gruppe der 55-jährigen mit fünf Repräsentanten, die am schwächsten besetzte die Gruppe der 46- und 48-jährigen.

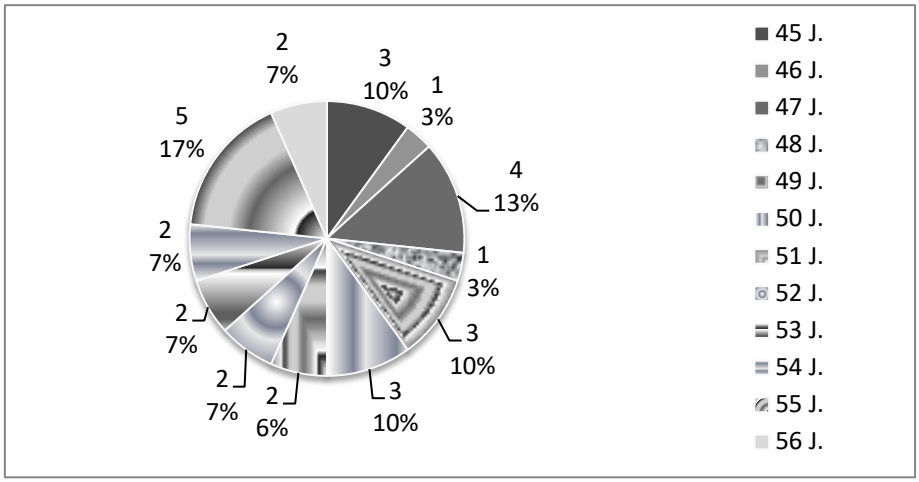


Abb. 14: Altersverteilung der Befragten (n=30; Eigene Darstellung)

Die Mehrheit der Probanden verfügte über einen mittleren bis höheren Schulabschluss, wobei sich die Abschlüsse nahezu gleichmäßig auf Abitur bzw. Fach- oder Realschulabschluss verteilten (s. Abb. 15). Acht Probanden mit einem höheren Schulabschluss gaben darüber hinaus an, über einen Hochschulabschluss zu verfügen. Insgesamt 20 der Interviewpartner waren in einem Unternehmen des produzierenden Gewerbes tätig und zehn in einem Dienstleistungsunternehmen im norddeutschen Raum. Auf eine differenzierte Darstellung der Betriebe wurde hier verzichtet, um die Anonymität der Probanden aufgrund der Begrenztheit der Untersuchungsgruppe durch die gewählte Form der qualitativen Untersuchung zu gewährleisten. Zum Zeitpunkt der Befragung waren 29 der Befragten vollzeitberufstätig in einer abhängigen Beschäftigung mit Ausnahme eines gerade frühverrenteten Probanden.

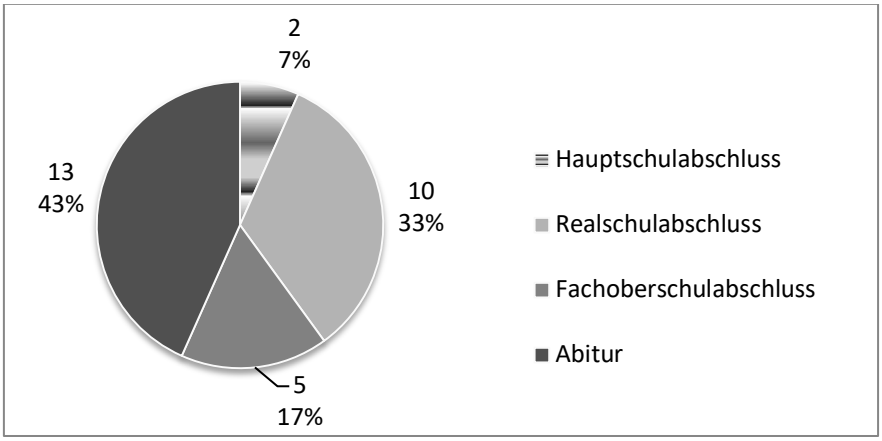


Abb. 15: Verteilung der Schulabschlüsse (n=30; Eigene Darstellung)

Insgesamt 23 der Interviewpartner (77 %) gaben an, zwischen 41 und 60 Stunden pro Woche zu arbeiten, eine Überschreitung dieses Zeitaufwands war seltener als eine Unterschreitung. Somit positionierte sich damit die Mehrheit der Probanden in einem mittleren Bereich des Zeitaufwandes. Im Interview selbst wurde diese Angabe nochmals für eine Nachfrage aufgegriffen. Insgesamt 29 der Probanden lebten in einer Partnerschaft bzw. gaben an verheiratet zu sein mit Ausnahme eines Probanden, der zum Erhebungszeitpunkt in Trennung lebte. Von den Interviewpartnern gaben 27 an (90 %), Kinder zu haben. Zwei Drittel der Probanden gaben an, zwei bzw. ein Kind zu haben (s. Abb. 16). Die Alterspanne der Kinder reichte von unter einem Jahr bis zu 38 Jahren.

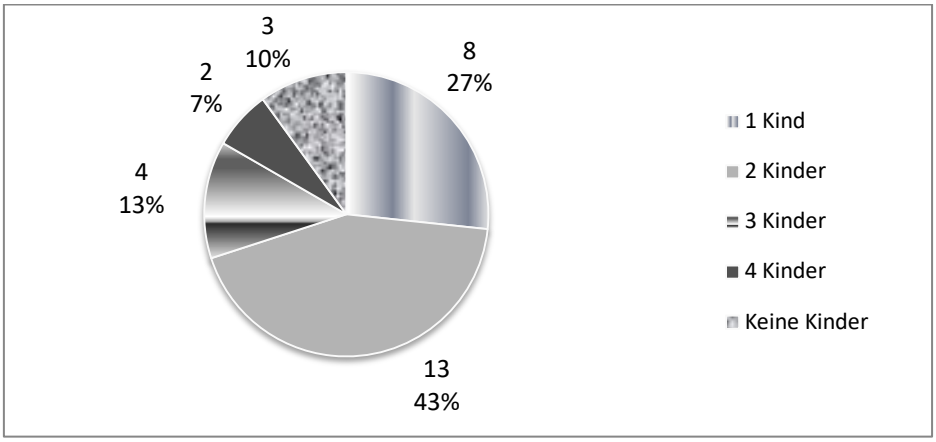


Abb. 16: Anzahl der Kinder (n=30; Eigene Darstellung)

Zwei Drittel der Männer ordneten ihren subjektiven Gesundheitszustand zwischen *sehr gut und gut* ein (s. Abb. 17), was eine äußerst optimistische Selbsteinschätzung widerspiegelt und einem typischen Bild des männlichen Antwortverhaltens auf diese Frage entspricht.

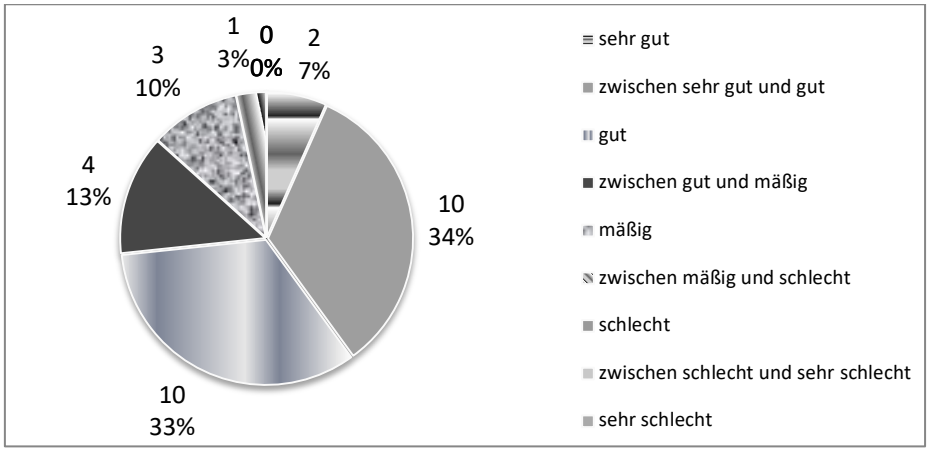


Abb. 17: Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes (n=30; Eigene Darstellung)

Die beiden Negativkategorien *schlecht* und *sehr schlecht* blieben hingegen völlig unbesetzt. Die Angaben zum Gesundheitszustand wurden im Interviewverlauf aufgegriffen und nochmals hinterfragt.

Stichprobe: Männer im mittleren Erwachsenenalter (n=30)		
Alter (Jahre)	∅	50,7 Jahre
	Range	45-56 Jahre
Familienstand (Anzahl)	Partnerschaft/Ehe	29
	In Trennung	1

Kinder (Anzahl)		27
Bildungsabschluss (Anzahl)	Abitur (Hochschulabschluss)	13 (13)
	Fachoberschule	5
	Realschule	10
	Hauptschule	2
Gewerbe (Anzahl)	Produzierendes Unternehmen	20
	Dienstleistungsunternehmen	10
Arbeitsstunden pro Woche (Anzahl)	21-40 Stunden	5
	41-60 Stunden	23
	< 60 Stunden	2
Partner berufstätig (n=16)	Hauptberuflich	11
Partner nicht berufstätig (n=14)	Nebenberuflich	4
	Selbstständig	1

Tab. 6: Untersuchungsgruppe im Überblick (Eigene Darstellung)

Die Darstellung zeigt eine Untersuchungsgruppe von 30 Männern, die alle zugrunde gelegten Kriterien erfüllen (s. Tab. 6). Der Variationsspielraum von einem Jahr bei dem Kriterium Alter wurde nach oben hin ausgeschöpft und erwies sich somit als sinnvoll. Die Gruppe erwies sich in ihrer Verteilung als relativ homogen, sodass eine theoretische Generalisierung über eine Typenbildung, unter Beachtung der spezifischen Auswahlkriterien, möglich erscheint.

5.4 Datenerhebung

Zeitgleich mit dem Auswahlprozess wurde das Design der Untersuchung für die Datenerhebung gestaltet. Der Phase der Interviewführung ging die Entwicklung und Überprüfung des Interviewleitfadens voraus, ebenso wie die Auswahl und Einarbeitung der Interviewer. Nachfolgend werden die einzelnen Schritte detailliert dargestellt.

5.4.1 Interviewleitfaden

Die Leitfadengestaltung erfolgte vor dem Hintergrund des ausgestalteten theoretischen Hintergrunds. Alltags- und Subjektbezug legten ein qualitatives Vorgehen nahe, da hierüber eine größtmögliche Offenheit gegenüber dem Forschungsgegenstand gewährleistet werden kann. Dieser Themenzugang wirkt auf die Haltung des Interviewers. Seine Haltung zum Interviewpartner wird in Abschnitt 5.4.2 eingehend darstellt. Das Subjekt in den Fokus zu rücken, erfordert von einem Datenerhebungsinstrument Flexibilität und Offenheit für persönliche Bezüge. Mit Blick auf die zentrale Stellung des Subjekts im Forschungsprozess wurde für die vorliegende Untersuchung ein interviewbasiertes Vorgehen gewählt. Unterstützend wurden über einen Fragebogen die soziodemografischen Angaben ebenso wie der selbst eingeschätzte Gesundheitszustand erhoben (s. Anh. Abb. VI). Diese Angaben wurden direkt für die individualisierte Gestaltung des Interviews genutzt. Das Interview selbst wurde auf Basis eines Interviewleitfadens durchgeführt, der sowohl der Offenheit gegenüber dem Interviewpartner als auch dem Themenbezug des Forschungsinteresses Rechnung trägt. Es wurden Narrationsstimuli eingesetzt, um eigene Schwerpunktsetzungen zu fördern und die Erzählelemente anschließend über ein problemzentriertes Vorgehen in den Forschungsbezug einzubinden (Witzke, 2010; Kühn/Witzel, 2000; Witzel, 2000). Die erzählgenerierenden Fragen bilden den Themenzugang (Lamnek, 2005). Der Gesprächspartner wird angeregt, sich

auf das Thema einzulassen und erstmals eigene Zusammenhänge darzustellen. In diesem Sinne ordnet sich das Vorgehen in die Tradition des Ansatzes der *Grounded Theory* (Glaser/Strauss, 1998) ein. Diese Phase bildet den Ausgangspunkt der Problemzentrierung nach Witzel (2000) und eröffnet die biografische Perspektive für das Untersuchungsinteresse. An die Phase der allgemeinen Sondierung über narrative Einstiegsfragen wurde für die vorliegende Untersuchung eine Konkretisierung des Themenbezugs über einen flexiblen Einsatz spezifisch sondierender Fragen zum jeweiligen Themenbereich angeschlossen. Zielsetzung dieses Vorgehens war, weitere Informationen über die Bedeutung von Gesundheit in biografischer Sicht zu erhalten und gleichzeitig theoretisch bedeutsame Aspekte wie gesundheitsbezogene Vorstellungen und Aktivitäten zu erfassen.

Der Leitfaden (s. Anh. Abb. VII) wurde speziell auf die Belange der gesundheitlichen Themenstellung auf Basis des theoretischen Rahmens und den Erkenntnissen aus der Studie von Faltermaier et al. (1998) zugeschnitten. Die männliche Geschlechtsrolle wurde bewusst im Hintergrund mitgeführt, um stereotype Antworten in Bezug auf die Geschlechtsrolle zu vermeiden und gleichzeitig einen möglichst geringen Einfluss in diese Richtung auf die Interviewpartner zu nehmen. Auf diese Weise soll über die Auswertung herausgearbeitet werden, inwieweit Geschlechtsrollenspezifika eine Rolle spielen.

Eine Annäherung an das Thema Gesundheit erfolgte über die einzelnen Lebensbereiche, da es quer zu allen lebensweltlichen Strukturierungen liegt (Kraus, 2000). Der biografische Einstieg über eine sehr allgemein gehaltene Frage zum Thema Gesundheit wurde an den zentralen Lebensbereich *Beruf* geknüpft. Der berufliche Kontext wurde ebenfalls durch eine generalisierte Frage eingeleitet, um anschließend wiederum einen Bezug zum Thema Gesundheit herzustellen. Diesem Bereich wurde der zweite große Lebensbereich *Privatleben* zur Seite gestellt. Da dieser als ein sensibler Bereich wahrgenommen werden kann, wurde dem Interviewpartner die Möglichkeit gegeben, über eine gezielte Wortwahl des Interviewers, eigenständig Schwerpunkte zu setzen. Statt Privatleben wurden vielfach die Begriffe *Freizeit, Familie und Freunde* eingesetzt, um dem Gesprächspartner diesen Spielraum zu eröffnen. Ebenso wie im erzählgenerierenden Prozess eröffnet auch hier die eigenständige Schwerpunktsetzung in diesem Lebensbereich neue Perspektiven auf Gesundheit. Eine generalisierende Phase verband das Thema Gesundheit über beide Lebensbereiche miteinander. Diese Phase wurde vom Interviewer genutzt, um Bereiche noch einmal in Bezug auf Gesundheit aufzugreifen, zu vertiefen und miteinander zu verbinden. Hieran schlossen sich eine allgemeine und eine konkretisierende Abfrage der Beschwerden und Krankheiten an.

Wie bereits im gesamten Interview wurde hier besonders darauf geachtet, dass die Fragen ebenso wie die Nachfragen vom Gesprächspartner nicht als unnatürlich wahrgenommen wurden, sondern sich möglichst homogen in den Gesprächsfluss einfügten und damit den dialogischen Ablauf nicht unterbrachen. Die flexibel einsetzbare Struktur des Leitfadens war in diesem Zusammenhang als Hilfsmittel des Interviewers angelegt. Um dem Gesprächsfluss Rechnung zu tragen, lag es in seinem Ermessen, Fragen an anderer Stelle einzubringen, zu ergänzen oder wegzulassen, wenn diese bereits umfassend beantwortet wurden bzw. den Gesprächsfluss an dieser Stelle zum Erliegen gebracht hätten. Folgende Struktur stand dem Interviewer für die Gestaltung der Interviews zur Verfügung (s. Tab. 7).

Thema	Behandelte Themen	Exemplarische Fragestellung
Narrativer Einstieg	Gesundheit im biografischen Bezug	*Welche Rolle hat Gesundheit bisher in Ihrem Leben gespielt und welche spielt sie heute?*

Beruf	Berufliche Tätigkeit, Herausforderungs- und Belastungsbereiche, Verbindung zu Gesundheit, Belastungen/Ressourcen, Gesundheitshandeln	*Bitte beschreiben Sie Ihre berufliche Tätigkeit…* *Welche Verbindung sehen Sie hier zu Ihrer Gesundheit?*
Privatleben	Darstellung privater Zusammenhänge, Rolle in diesen Zusammenhängen, Verbindung zu Gesundheit, Belastungen Ressourcen, Gesundheitshandeln	*Welche verschiedenen Aufgaben (Rollen) haben Sie in diesen Bereichen? Und wie würden Sie sie beschreiben?* *Welche positiven Seiten hat Ihr Privatleben, Ihre Freizeitaktivitäten für Sie?*
Gesundheit	Subjektiver Gesundheitszustand, Gesundheitsvorstellungen, Gesundheitseinschnitte, Zukunftsperspektive	*Sie haben angegeben, dass Sie Ihren Gesundheitszustand als … einschätzen? Woran machen Sie das fest?*
Beschwerden	Beschwerden/Krankheit	*Gab es für Sie Phasen Ihres Lebens, in denen Ihre Gesundheit beeinträchtigt war?*
Gesundheitshandeln	Veränderungen des Gesundheitshandelns, Gesundheitshandlungshemmnisse, Gesundheitsprogramm	*Wenn Sie zurückschauen, gab es Veränderungen und in Ihren Aktivitäten für Ihre Gesundheit?*

Tab. 7: Flexibel einsetzbare Leitfadenstruktur (Eigene Darstellung)

Nach der Ausgestaltung wurde der Leitfaden über die Vorstellung in einem wissenschaftlichen Kolloquium inhaltlich geprüft und in vier Interviews mit Experten verschiedener Fachrichtungen praktisch getestet. Es wurde ein Interview mit einem Gesundheitspsychologen geführt, der den Leitfaden auf die Umsetzung der gesundheitlichen Fragestellung prüfte. Zwei weitere Interviews mit Führungskräften überprüften die Angemessenheit der Bezüge zu den Lebensbereichen in Verbindung mit dem Gesundheitsthema. Abschließend wurde ein Interview mit einem Sprachwissenschaftler geführt, der die sprachliche Ausgestaltung auf die Eignung für diese zugrunde gelegte Fragestellung und ihr flüssiges dialogisches Ineinandergreifen prüfte. Alle Experten gaben gleichzeitig Rückmeldung zur Wahrnehmung der Interviewerhaltung, um eine dem sensiblen Thema angemessene Haltung zu kultivieren.

5.4.2 Interviewer

Die Interviews mit fachrichtungsbezogenen Experten bestärkten darin, eine möglichst natürliche, dialogische Gesprächssituation in einem für den Interviewpartner angenehmen Rahmen zu gestalten. Ziel des Interviewers musste es sein, ein kommunikativ möglichst fließendes Gespräch im Sinne einer alltagsnahen Kommunikation zum Thema Gesundheitshandeln zu führen. Dies setzt ein hohes Maß an Vertrauen in einer Situation voraus, in der sich Interviewer und Gesprächspartner erstmals treffen. Da Vertrauen nicht vom Interviewer vorausgesetzt werden kann, ist es seine Aufgabe, dieses im Gespräch aufzubauen. Eine Veränderung der Positionen zwischen den beiden Gesprächspartnern, indem der Interviewer als Experte für das Thema in den Hintergrund tritt und seinen Interviewpartner als Experte von Gesundheit in seinem eigenen Lebensalltag wahrnimmt, soll eine vertrauensvolle Basis schaffen (Bolam et al., 2003). Denn dieser Perspektivwechsel steht der häufig vorzufindenden Praxis im professionellen Gesundheitssystem entgegen, da wir es hier vielfach mit Gesundheitsexperten zu tun haben, die Entscheidungen in Bezug auf Gesundheit für uns

treffen. Der alltagsnahe Gesprächsstil soll darüber hinaus dazu beitragen, dass der Interviewpartner in die Laienperspektive von Gesundheit wechselt und seine alltäglichen Bezüge zu diesem Thema herstellt.

Aus Sicht des Interviewers war es essenziell, dass er nicht nur den Interviewpartner als Experten der eigenen Gesundheitszusammenhänge wahrnimmt, sondern gleichzeitig eine moralisierende Haltung, die häufig mit Gesundheitsthemen verknüpft ist, abzulegen. Gleiches gilt auch für implizit mitgeführte Themen der männlichen Geschlechtsrolle, d.h. der Interviewer sollte dem Interviewpartner ebenfalls mit größtmöglicher Offenheit gegenübertreten, die eine alltagsnahe Perspektive auf das Thema unterstützt. Dies bedeutete für den Interviewer vor allem die eingehende Vorbereitung auf die Interviewsituation, indem er die Interviewstruktur auswendig wiedergeben konnte und über Probeinterviews, die ihm Sicherheit im Umgang mit dem Interviewpartner geben.

Die Relevanz der männlichen Geschlechtsrolle für diese Untersuchung bestimmte die Wahl der Interviewer. Mit der männlichen Geschlechtsrolle wird vielfach eine Verschlossenheit in Bezug auf private Themen und für das Gesundheitsthema sogar ein gewisses Desinteresse angenommen (Derlega/Berg, 1987; Lehner, 2004). Die Annahme einer Sensibilisierung für das Thema Gesundheit mit der Wahrnehmung des eigenen Alterungsprozesses wurde an dieser Stelle als öffnender Faktor genutzt, indem Probanden im mittleren Erwachsenenalter ausgewählt wurden. Bezüglich des Verhaltens von Männern in konstruierten Gesprächssituationen kamen Derlega et al. (1993) zu der Erkenntnis, dass sich Männer in einem Gespräch mit dem anderen Geschlecht offener zeigten als in einer gleichgeschlechtlichen Situation. Einschränkend muss angemerkt werden, dass die Autoren dies auf ein erstes Aufeinandertreffen beider Gesprächspartner bezogen, in welchem sie ein besonderes Öffnen des männlichen Geschlechts ausmachten, wenn das Gegenüber als potenzieller Partner wahrgenommen wurde. Da dies auf eine professionelle Interviewsituation somit nicht übertragbar ist und die Aussage einer gewissen männlichen Verschlossenheit zum Zeitpunkt der Untersuchung weiterhin im Raum stand, wurde die Auswahl der Interviewer nach dem Prinzip größtmöglicher Offenheit getroffen. Es wurde eine weibliche Interviewerin ausgewählt, die jünger als die anvisierte Altersgruppe war, und ein männlicher Interviewer, der sich in der Altersphase der Interviewpartner befand. Dieser Entscheidung lag das Interesse zugrunde, Männern möglichst viel Raum zu geben, sich zu öffnen und sich gegebenenfalls den Interviewer aussuchen zu können. Beide Interviewer verfügten über fachspezifisches Wissen im Themenfeld Gesundheit. Nach der Terminierung wurden zwei Drittel der Interviews der Interviews von der weiblichen Interviewerin geführt. Die Wahrnehmung des Interviewers ging in der Auswertung über das direkt nach dem Interview verfasste Protokoll ein. Beide Interviewer waren an der Ausgestaltung bzw. Prüfung des Leitfadens beteiligt und mit dessen Struktur eingehend vertraut. Die Interviewer tauschten sich zu Vorerfahrungen und Interviewablauf aus, um grundsätzlich ein einheitliches Vorgehen festzulegen, um für die Datenauswertung eine gewisse Vergleichbarkeit zu gewährleisten.

Auch unter optimalen Bedingungen handelte es sich bei der Interviewsituation weiterhin um eine künstlich gestaltete Situation (Breuer, 2000), sodass ein offener Gesprächsstil nicht mit jedem Probanden gepflegt werden kann. Dies wurde in die kritische Reflexion des Forschungsprozesses einbezogen.

5.4.3 Interviewdurchführung

Die Interviews wurden im Zeitraum Januar bis Mai 2007 durchgeführt. Der Ablauf wurde entlang der vier Erhebungsinstrumente des problemzentrierten Interviews strukturiert (Witzel, 2000). Für das Forschungsinteresse wurden relevante soziodemografische Daten mit der Zusicherung der Anonymisierung und eine subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes in einem Kurzfragebogen erhoben. Vom Interviewer wurden sie dem Gesprächsfluss angepasst in die Interviewdurchführung einbezogen. Vor der Durchführung des Interviews wurde das Einverständnis des Gesprächspartners zur Aufzeichnung mit einem digitalen Tonbandgerät eingeholt mit dem Hinweis darauf, dass diese jederzeit auf Wunsch des Probanden unterbrochen werden kann. Die Aufzeichnung erlaubt im Gegensatz zu Gesprächsprotokollen die authentische und präzise Erfassung des Kommunikationsprozesses (Witzel, 2000). Direkt im Anschluss an die Durchführung fasste der Interviewer seine gewonnenen Eindrücke, die selbst nicht Thema des Interviews waren, in einem Postskriptum zusammen. Hier wurden die Form der Kontaktaufnahme, das Interviewverhalten, die Interaktion im Interview und der persönliche Eindruck festgehalten, um die Situation jederzeit für die Auswertung rekonstruieren und unterstützend einsetzen zu können.

Die Festlegung des Gesprächsortes erfolgte in Abstimmung mit dem Interviewpartner. Die Mehrheit der Gespräche fand im Unternehmen in einem separaten Büro oder einem Besprechungsraum statt. Dies vermittelte gleichzeitig einen groben Eindruck des Arbeitsumfeldes. Bei der Gestaltung aller Interviewsituationen wurde darauf geachtet, dass sich der zu Befragende in einem ihm angenehmen Umfeld befand und einen möglichst geringen Zeit- und Organisationsaufwand hatte. Drei Interviewsituationen stellten eine Besonderheit dar. Zwei Interviews fanden im privaten Rahmen statt, und in einem Gespräch war eine weitere Person anwesend. Die Interviewdurchführung bewegte sich in einem Rahmen 30 bis 90 Minuten.

5.5 Datenauswertung

Folgende Phasen der Datenauswertung lassen sich, der Empfehlung Lamneks (2005) folgend, abgrenzen: Transkription, Einzelfallinterpretation, vergleichende Interpretation und Generalisierung. Die Auswertung der vorliegenden Untersuchung wurde nach diesem Vorbild in drei große Phasen unterteilt: die Datentranskription, die Einzelfallanalyse mit dem Ziel der Strukturierung über die Entwicklung eines Kategoriensystems, die Komprimierung von Einzelfällen, gefolgt von einer theoretischen Generalisierung über die Bildung von Typen des Gesundheitshandelns im Sinne von Kluge (1999, 2000). Die Auswertung bewegte sich von der Umsetzung des gesprochenen Wortes in Schriftform über eine allgemeine Sichtung aller 30 Interviews im Team bis hin zu einer Systematisierung der Interviews in Form einer Kategorisierung (s. Abb. 18). Aus dieser Kategorisierung aller Fälle wurden Einzelfälle ausgewählt, die einen speziellen Gesundheitszugang erkennen ließen. Diese Erarbeitung erfolgte über die Zusammenfassung und Komprimierung aller 30 Interviews. Die neun ausgewählten Einzelfälle wurden unter Berücksichtigung der gebildeten Kategorien eingehend analysiert. Die Erkenntnisse aus dieser zweiten Auswertungsphase flossen in die Gestaltung der Typen des Gesundheitshandelns ein. Diese Typen berücksichtigen das narrativ dargestellte gesundheitsbezogene Handeln der interviewten Männer.

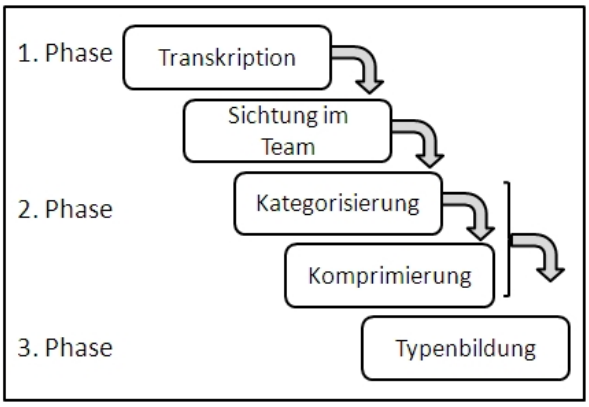


Abb. 18: Phasen der Datenauswertung (Eigene Darstellung)

In die Analyse des Gesundheitshandelns fließen die Gesundheitsvorstellungen der Männer ein, die Gesundheitszugänge ebenso wie das geschlechtsbezogene Handeln der Männer ein. Die kognitive Ebene wird dabei über die Gesundheitsvorstellungen in Form der subjektiven Gesundheitskonzepte, subjektiven Gesundheitstheorien und der generellen Gesundheitsmotivation abgebildet, um ausgehend hiervon die narrative Darstellung des Gesundheitshandelns zu analysieren. Wurde ein Geschlechtsbezug in der Erfassung noch indirekt über die Wahl der Zielgruppe konstruiert, so wird er in die Auswertung direkt einbezogen, wenn die Erzählgeschichte zum Thema Gesundheit eine Verbindung zum Geschlecht erkennen lässt. Die einzelnen Blöcke mit den vollzogenen Schritten werden nachfolgend eingehend betrachtet.

5.5.1 Transkription

Für die Übertragung der Interviews aus der Audio- in die Schriftform (s. Abb. 19) wurden in einem ersten Schritt Regeln für das Vorgehen erstellt. Diese sollten eine möglichst einheitliche Transkription gewährleisten, um erste Fallvergleiche und eine sinnverstehende Interpretation zu ermöglichen. Es wurde eine möglichst wortgetreue Umsetzung angestrebt, die sprachliche Besonderheiten und Fehler berücksichtigte. Nonverbale Aspekte wie Lachen, Räuspern aber auch Pausen wurden vermerkt. Die Interpunktion bewegte sich möglichst nah am gesprochenen Text unter Berücksichtigung grammatikalischer Kriterien. Die Übertragung in Schriftform erfolgte mit Hilfe des Transkriptionsprogramms F2. Sowohl die Transkription als auch die abschließende Korrektur der Texte wurde ausschließlich von einem der Interviewer vorgenommen, gekoppelt an eine direkte Anonymisierung der Daten, sodass ausschließlich eine Person Zugang zu den personenbezogenen Daten der Interviewpartner hatte. Die Audioversion der Interviews und die Anonymisierungsdateien wurden nach der Übertragung auf einer externen Festplatte in einem Tresor verwahrt. Als Ergebnis der Transkription und Anonymisierung lagen die Texte als Dateien im rtf-Format vor und ließen sich in dieser Form in das Auswertungsprogramm Maxqda einbinden. Darüber hinaus wurden alle Informationen des demografischen Fragebogens ebenso wie das Postskriptum des Interviewers in Maxqda eingepflegt. Diese eingebundenen Informationen bildeten die Basis für nachfolgende Auswertungsschritte.

5.5.2 Sichtung der Interviews im Team

Die zweite Phase der Auswertung wurde durch das Sichten der Interviews eingeleitet. Das Textmaterial wurde nach der Einbindung in Maxqda eingehend gesichtet und Fälle in

anonymisierter Form in ein Auswertungsteam eingebracht. Das Team setzte sich aus den beiden gesundheitswissenschaftlich qualifizierten Interviewern (s. Abschnitt 5.4.2) und einer weiteren weiblichen, ebenfalls gesundheitswissenschaftlich qualifizierten Person zusammen. Die beiden weiblichen Teammitglieder waren im frühen Erwachsenenalter und das männliche Teammitglied im mittleren Erwachsenenalter. Es wurde eine ungerade Zahl von drei Personen gewählt, um im Diskussionsprozess jeweils zu eindeutigen Entscheidungen zu kommen. Insgesamt wurden fünf Interviews intensiv im Team bearbeitet. Es wurde jeweils ein Interview für jede Sitzung ausgewählt und im Einzelnen interpretativ erarbeitet, indem erste Eindrücke festgehalten und im Team reflektiert wurden (Faltermaier, 1994). Diese Sitzungen dienten dem ersten, analytischen Zugang zu den Erzählgeschichten der Männer, welcher über die Eindrücke der verschiedenen Teammitglieder durch größtmögliche Offenheit geprägt werden sollte. Mit dem Ziel lebensweltliche Sinnstrukturen ebenso wie Darstellungen und Interpretationen alltäglichen Handelns in ihren Grundstrukturen zu erfassen (Ecarius/Schäffer, 2010), wurden hier die Feinheiten der eingebrachten Interviews herausgearbeitet, um zu einer ersten Strukturierung zu gelangen, die als Unterstützung für die nächsten Schritte der Kategorisierung und Komprimierung genutzt wurden.

5.5.3 Kategorisierung der Interviews

Aus den Auswertungssitzungen gingen erste Vorschläge für eine Themenstruktur hervor, die in die Kategorisierung der Interviews einfloss. Ziel dieses Abschnitts war die vollständige Strukturierung des Originalmaterials bis hin zur Gestaltung eines Kategoriensystems. Hierfür wurden relevante Vergleichsdimensionen bestimmt, denen sukzessive Textabschnitte der transkribierten Interviews zugeordnet wurden. Die Bestimmung der Kategorien erfolgte über ein deduktiv-induktives Vorgehen im Sinne Lamneks (2005), das den Informationsgewinn aus dem Material heraus mit theoretischem Vorwissen verknüpfte, d.h. es wurden erste Kategorien entlang der Themen des Leitfadens (s. Anh. Abb. VII) gebildet, um diese während der Zuordnung von Textstellen aus dem Material heraus zu ergänzen. Somit wurden zentrale Themen deduktiv als Basisschematisierung angelegt, um anschließend relevante Textabschnitte zu dekontextualisieren und den Kategorien zuzuordnen (Kuckartz, 2007). Induktiv wurde das Basissystem bei der Zuordnung sukzessive um Kategorien bzw. Subkategorien ergänzt. Beide Schritte erfolgten im Auswertungsprogramm Maxqda für qualitative Forschungsfragen. Es wurden vier Oberkategorien und zwei organisationale Kategorien angelegt. Erstere bildeten die inhaltlichen Oberthemen ab, und letztere dienten zur Erfassung von Randinformationen wie der geäußerten Wahrnehmung des Interviewers und nicht zuzuordnende Textstellen. In der Phase der Zuordnung wurde die Schematisierung um induktiv generierte Kategorien ergänzt, deren Benennung bis zur vollständigen Ausgestaltung des Systems teils überarbeitet wurde. Von zentraler Bedeutung war es in diesem Zusammenhang, das gesamte Material einzubeziehen. Jeder Originaltext floss in die Untersuchung ein. Abgebildet wurden die Dimensionen über Merkmale, die die Inhalte angemessen strukturieren und abgrenzen, um als Basis für die komprimierte Darstellung der Interviews zu fungieren.

5.5.4 Einzelfallanalysen der Interviews

Auf die Kategorisierung folgte die Ausarbeitung einer Zusammenfassung der Interviews entlang der Kategorien. Sie enthält alle Angaben des demografischen Fragebogens, das Gedächtnisprotokoll des Interviewers, eine Abbildung der narrativ dargestellten

Ereignisfolgen, Aussagen zu *Gesundheit, Beruf*, *Männlichkeit* und *Privatleben* in zusammengefasster Form ebenso wie die narrativen Angaben zum sozialen Umfeld. Diese komprimierten Fallrekonstruktionen wurden in einem nächsten Schritt genutzt, um über die Thematisierung von Gesundheit der Männer Schwerpunktthemen in den einzelnen Interviews herauszufiltern. Diese dritte Stufe ist als weitere Zwischenstufe zu einer theoretischen Generalisierung in Form von Typen zu verstehen (Gerhardt, 1995). Sie dient der Erfassung von Gemeinsamkeiten und der Kontrastierung der Interviews in einer übergreifenden Betrachtung (Gerhardt, 1995; Kluge 1999, 2000). Bei der Komprimierung jedes Interviews wurde geprüft, ob es eine spezifische Form der Thematisierung von Gesundheit gab, die sich durch die gesamte Erzählgeschichte zog. Aus den zusammengefassten und kategorisierten Interviews wurden Einzelfälle ausgewählt, die sich durch verbindende bzw. kontrastierende Elemente auszeichneten. Acht Fälle wurden in dieser Betrachtung der Schwerpunktthemen von Gesundheit ausgewählt, die sich auf fünf Themenfelder aufteilten (s. Abschnitt 6.2). Drei dieser Felder enthalten jeweils zwei Interviews, die wesentliche Facetten einer Themensetzung markieren. Zwei Felder umfassen jeweils ein Interview, dass die Schwerpunktsetzung beschreibt. Nach der Phase der Dekontextualisierung ging es an dieser Stelle darum, die komplexen Zusammenhänge der Interviews, die ein verbindendes bzw. abgrenzendes Element darstellen, zu erfassen (Kuckartz, 2007). Verbindende bzw. abgrenzende Faktoren wurden jeweils von der kognitiven bis zur Ebene der Umsetzung in ein Handeln beschrieben und dienten als Basis für eine nachgelagerte Generalisierung auf der Ebene des Gesundheitshandelns. Durch die differenzierte Darstellung eröffneten die Komprimierungen einen speziellen Blick auf das Interviewmaterial. Dieser Schritt zielte darauf ab, die Komplexität einer Schwerpunktsetzung für das Thema Gesundheit in seiner Einbindung in den Lebensalltag zu herauszuarbeiten, um anschließend in der Typenbildung das Augenmerk ganz auf das Gesundheitshandeln zu richten.

5.5.5 Typenbildung

Die sich anschließende dritte Phase war auf die Gruppierung der Fälle gerichtet (s. Abb. 19). In diesem letzten Schritt erfolgte die Typenbildung entlang des Gesundheitshandelns im Sinne Kluges (1999). Inhaltliche Zusammenhänge bildeten die Basis für den jeweiligen Handelnstypus und dienten der Zuordnung der Einzelfälle. Fälle, die nicht ohne Weiteres zuzuordnen waren, wurden als sich widersprechende bzw. abweichende Fälle erfasst und analysiert, um sie anschließend einzugliedern bzw. gesondert in der Systematisierung zu erfassen. Das Gesundheitshandeln wurde übergreifend analysiert, entlang von Vergleichsdimensionen überprüft und eingeordnet (Kluge, 1999). Der einzelne Typus repräsentiert die ihm zugeordneten Fälle mit ihren Gemeinsamkeiten. Die auf diesem Wege generierte Typologie zeichnet sich durch möglichst trennscharfe Unterscheidungsmerkmale zwischen den Gruppen (externe Heterogenität) und einen hohen Anteil gemeinsamer Bezüge innerhalb der Gruppen (interne Homogenität) aus (Tippelt, 2010). Für die vorliegende Untersuchung bildete das Gesundheitshandeln der Männer den Orientierungspunkt, rekonstruiert über eine kombinierte Typenform aus Ideal- und Realtypus, wobei das deduktiv-induktive Vorgehen aus der Kategorisierungsphase aufgegriffen wurde.

Der Idealtypus stellt Weber (2005) zufolge eine Reinform eines Typus dar, indem er der Erkenntnis dienende Inhalte wiedergibt, die in der Realität in dieser Form nicht vorkommen müssen (Kreitz, 2010). Weber (2005) zufolge ist der Idealtypus ein auf deduktivem Wege gedanklich entworfenes Konstrukt, das mit seinem abstrakten, universellen Charakter genutzt

werden kann, um reale Phänomene mit ihm zu vergleichen. Der Realtypus hingegen bildet empirische Befunde der Wirklichkeit ab. Damit bindet er sich an die spezifischen Gegebenheiten von Raum und Zeit einer bestimmten, realen Situation (Tippelt, 2010). Er kann sowohl quantitativ über Cluster-, Faktoren-und Diskriminanzanalysen ermittelt werden als auch über die Rekonstruktion inhaltlicher Zusammenhänge durch interpretative Verfahren (Tippelt, 2010). Beiden gemeinsam ist ihre Funktion als logisches, begriffliches, empirisches Mittel, das idealerweise ohne eine wertende Stellungnahme auskommt (Tippelt, 2010). Diese Beschreibungen suggerieren, dass es eine klare Abgrenzung zwischen beiden Formen gibt und somit eine eindeutige Entscheidung für einen Typus getroffen werden muss. Die Forschungspraxis widerlegt dies Kluge (1999) zufolge jedoch, da hier Real- und Idealtypen kaum auseinanderzuhalten sind, da sie meist sowohl empirische als auch heuristische Anteile enthalten. Idealerweise geht die Entwicklung der Realtypen von der Rekonstruktion des Einzelfalles über die Erarbeitung von Vergleichsdimensionen zur Typenbildung durch die Charakterisierung inhaltlicher Sinnzusammenhänge aus (Tippelt, 2010). Geht allerdings in die Erarbeitung der Vergleichsdimensionen der theoretische Rahmen mit seinen Erkenntnissen ein und wird die Verdichtung zum finalen Typus gedanklich konstruierend erreicht, so wird ein heuristischer Anteil in die Typenbildung integriert. Damit handelt es sich jedoch nicht mehr um einen reinen Realtypus, sondern die Heuristik kombiniert ihn mit Eigenschaften des Idealtypus. Eine eindeutige Trennung zwischen dem empirisch verankerten Realtypus, der induktiv konstruiert wird, und dem heuristischen Idealtypus, gewonnen über deduktive Ableitung, ist in diesem Falle nur schwer vorzunehmen (Tippelt, 2010). Aus diesem Grund fiel die Entscheidung für die vorliegende Untersuchung ebenso wie in der Interviewrekonstruktion für ein deduktiv-induktives Vorgehen und damit für eine Mischung aus Real- und Idealtypus im Sinne der dargestellten Verknüpfung. Diese für die vorliegende Untersuchung interpretativ herausgearbeiteten Typen wurden anhand kategorialer Kriterien und inhaltlicher Zusammenhänge charakterisiert. Inhaltlich wurde eine Erfassung der komplexen Zusammenhänge des Gesundheitshandelns der festgelegten Untersuchungsgruppe in Verbindung mit ihren subjektiven Gesundheitsvorstellungen angestrebt. Als für diese Themenstellung entscheidende Kriterien wurden aus dem theoretischen Rahmen die Vergleichsdimensionen *Gesundheitshandeln, Subjektive Gesundheitsvorstellungen* mit den Anteilen *Inhaltliche Konzepte von Gesundheit* und *Subjektive Gesundheitstheorien* erarbeitet. Diese Dimensionen waren an die männliche Sozialisation der Probanden gebunden, in Verbindung stehend mit der Lebensphase des mittleren Erwachsenenalters im beruflichen Kontext. Sie bildeten das gedankliche Grundgerüst für die Typenbildung.

Für eine strukturierte Einordnung der erarbeiteten Typen erschien Tippelts (2010) Typologie-Würfel geeignet (s. Abb. 19). Dieser bildet ihre spezifische Struktur auf vier Dimensionen ab: Ebene, Prozesse, Ziel und Zeit. Die vorliegende Untersuchung war im Sinne des Modells auf der Mikroebene einzuordnen, da sie sich auf das Gesundheitshandeln und die Gesundheitsvorstellungen des Einzelnen bezog und damit einen eindeutigen Subjektbezug aufwies. Auf der Prozessebene wurde ein deduktiv-induktives Verfahren gewählt, wodurch die Untersuchung in dieser Dimension unter gemischt einzuordnen ist. Bei der Zielsetzung wurden ebenfalls zwei Elemente miteinander verbunden, da hier ein verstehend-explikativer Zugang zur Wirklichkeit gewählt wurde. In die zeitliche Dimension flossen sowohl biografische Aspekte als auch Einstellungsaspekte unter der Annahme in die Erhebung ein, dass Gesundheitsthemen in allen Entwicklungsphasen quer zu den Lebensbereichen liegen. Dennoch handelt es sich in diesem Fall um eine Querschnitterhebung, da es sich um ein einmaliges Interview zu einem festgelegten Zeitpunkt handelte.

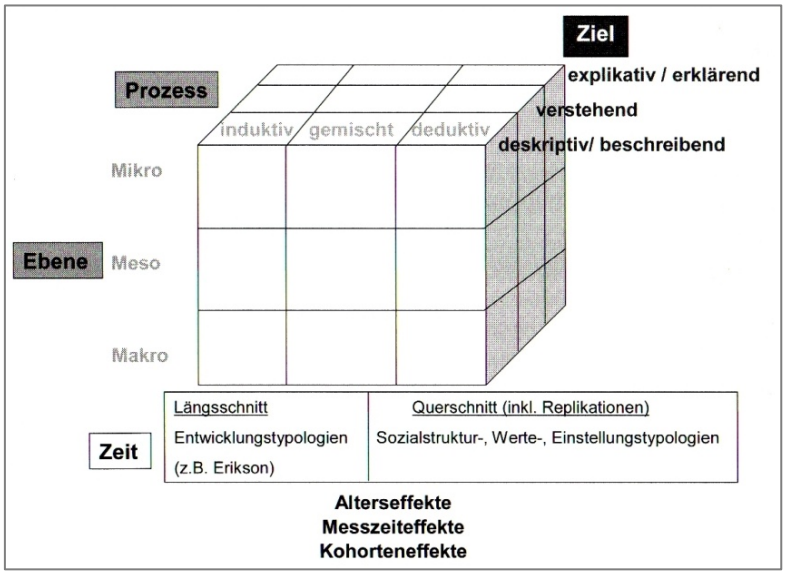


Abb. 19: Allgemeine Merkmale von Typologien (Tippelt, 2010, 124)

Die Einordnung des Forschungsprojektes anhand des Typologien-Würfels wurde eine Überprüfung der entwickelten Typen über eine externe, kommunikative Validierung genutzt. Das Vorgehen und die Typologie wurden mithilfe des Modells zwei Personen offengelegt. Es wurden zwei Personen mit einem wissenschaftlichen Hintergrund gewählt, um die Gestaltung der Typen hinsichtlich der Punkte Nachvollziehbarkeit und Abgrenzbarkeit zu prüfen. Jede Person wurde gebeten, die einzelnen Schritte der Typengestaltung nachzuvollziehen, sie auf ihre Konsistenz prüfen und kritisch zu beleuchten. Anhand dieser Reflektionen wurden einzelne Schritte der Verdichtung expliziert und gegebenenfalls angepasst.

Die Güte der Ergebnisse wird entlang der Gütekriterien qualitativer Sozialforschung überprüft. Sie wurden als Entsprechung zu den drei Gütekriterien Objektivität, Reliabilität und Validität quantitativer Forschung angelegt, sind jedoch untersuchungsspezifisch an Fragesstellung, Untersuchungsgegenstand und die Methode anzupassen (Steinke, 2005). Den Ausführungen Steinkes (2005) folgend, wurde die Kriterien *Intersubjektive Nachvollziehbarkeit*, *Glaubwürdigkeit* und *Verallgemeinerbarkeit* für die Überprüfung der Güte der Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung genutzt. Das Kriterium der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit überprüft, inwieweit der Forschungsprozess umfassend dokumentiert und in allen Details expliziert wurde von der Erhebung bis zum Auswertungsprozess (Steinke, 2005). Gleichzeitig wird über die Auswertung der Einzelfallanalysen in einem Forschungsteam und die Verwendung explizierender Textstellen intersubjektive Intersubjektivität hergestellt (Steinke, 2005). Das Kriterium der Glaubwürdigkeit nach Lamnek (2005) sichert über den Einsatz von Vorgehensweisen wie Pretestungen, die Erstellung von Postskripts, eine gezielte Interviewerauswahl bzw. Interviewerschulung oder auch eine kommunikative Validierung die Qualität der Ergebnisse. Die benannten Beispiele werden für die vorliegende Untersuchung genutzt, um dem Gütekriterium Glaubwürdigkeit Rechnung zu tragen. Eine qualitative Studie kann das Gütekriterium Verallgemeinerbarkeit nicht in Form einer numerischen Generalisierung erfüllen (Lamnek, 2005), aber in Form einer theoretischen Verallgemeinerung über wissenschaftlich rekonstruierte Idealtypen, die kommunikativ validiert werden. Die Reflektion der qualitativen Gütekriterien wird für die vorliegende Untersuchung in der Diskussion ausgeführt.

Die umfassende Darstellung aller Designdetails illustriert das interpretative Vorgehen im Forschungsprozess. Die methodische Zielsetzung der Untersuchung war die Analyse katego-

risierter Einzelfälle mit einer theoretischen Generalisierung über die Generierung von Typen bei einer möglichst ausgeprägten Nähe zum Forschungsgegenstand. Um die Qualität der Typenbildung zu überprüfen, wurde eine interpretative Evaluierung vorgenommen. Die Auswertung wird im Folgenden anhand ausgewählter Interviewquellen mit Belegstellen eingehend dargestellt.

6 Ergebnisse

Die Ergebnisse werden entlang der im methodischen Teil dargestellten zweiten und dritten Phase der Auswertung (s. Abschnitt 5.5) beschrieben. Ausgehend von der Kategorisierung als Strukturierungsinstrument werden sowohl die deduktiv am Leitfaden orientierten als auch die induktiv aus dem Interviewmaterial herausgelösten Kategorien beschrieben (s. Abschnitt 6.1). Der nächste Abschnitt umfasst die Darstellung ausgewählter Interviews entlang der zugehörigen Kategorien und erarbeiteter Zusammenfassungen. Es handelt sich um Interviews, die Besonderheiten in ihrem Zugang zum Thema Gesundheit aufweisen. Diese sind über den gesamten Interviewverlauf erkennbar und schlagen sich letztendlich im Gesundheitshandeln nieder (s. Abschnitt 6.2.). An diese Betrachtung der Einzelfälle schließt sich die Darstellung der generalisierten Typen des Gesundheitshandelns an (s. Abschnitt 6.3). Es wird spezifisch das Gesundheitshandeln der Männer in den Blick genommen und entlang der Interviews kontrastiert und verallgemeinert. Verbunden mit der Typenbildung sind die Zuordnung der Einzelinterviews zu den Typen und die Überprüfung der Passung der jeweiligen Merkmale eines Typus zum realen Interview. In jedem Abschnitt erfolgt der Beleg über ausgewählte Textstellen.

6.1 Kategorisierung: Darstellung der Ergebnisse

Die Beschreibung folgt der Struktur des Kategorienbaums (s. Anh. Abb. IX), dessen Grobstruktur deduktiv dem Leitfaden entlehnt und anschließend über die sukzessive Bearbeitung des Interviewmaterials ausgestaltet wurde. Als deduktive Kategorien wurden aus dem Leitfaden folgende Oberkategorien abgeleitet: *Gesundheitsvorstellungen*, *Gesundheitshandeln*, *Männliche Geschlechtsrolle*, *Gesundheitliche Kontextinformationen.* Diese Oberkategorien wurden während der Zuordnung relevanter Textstellen in Subkategorien untergliedert, wenn diese für die Bearbeitung der Fragestellung relevant waren.

Jedes Interview wurde eingehend betrachtet und den Kategorien zugeordnet. In dieser Entwicklung konnten neben den inhaltlichen Kategorien zwei organisatorische Kategorien gebildet werden, die zum einen die *Wahrnehmung des Interviewers* erfasste und zum anderen Textstellen über die Kategorie *Nullgehalt*, deren Nutzen für die Beantwortung der übergeordneten Fragestellung in der Interpretation nicht direkt erkennbar war, um diese dennoch nicht aus dem Blick zu verlieren. Die erste Kategorie floss in die Zusammenfassung der Interviews für die Einzelfallanalysen ein. Die Nullgehaltkategorie wurde nach der Zuordnung aller Interviews noch einmal auf relevante Informationen überprüft. Nachfolgend werden die Oberkategorien mit den gebildeten Subkategorien eingehend betrachtet. Für die Verdeutlichung der Zusammenhänge werden Ankerbeispiele und Übersichtsdarstellungen verwendet. Eine Übersicht enthält sowohl die Anzahl der Nennungen als auch die Interviews im Überblick, die der Kategorie zugeordnet sind.

6.1.1 Subjektive Gesundheitsvorstellungen

Als erste Oberkategorie wurde *Subjektive Gesundheitsvorstellungen* angelegt (s. Anh. Abb. X). Hierunter sind Textstellen eingeordnet, die Aussagen über die gesundheitsbezogenen Überzeugungen, Überlegungen und Ideen des Interviewpartners enthielten. Sie bildeten den Ausgangspunkt der Strukturierung, da solche Vorstellungen von Gesundheit bereits auf dieser Ebene gewissermaßen handlungsleitend und zukunftsrelevant für eine Umsetzung sind, wie folgende Äußerung von Herrn Z.G. direkt zu Beginn des Interviews abbildet:

I: (…) Und die erste Frage is eigentlich die, wie- welche Rolle hat Gesundheit bisher in Ihrem Leben gespielt? Hat die irgendeine Rolle gespielt bisher?
B: Keine entscheidende Rolle.
I: Keine entscheidende Rolle. Ja.
B: Gesundheitlich- allgemeiner Gesundheit fühl ich mich sehr fit (I: Ja.). Diese altersbedingten (I: Mm.)- das kommt jetzt (I: Wehwehchen. Ja.) mal'n bisschen- mal. Man muss'n bisschen was dafür tun (I: Mm. Mm.). Also auch'n klein bisschen Bewegung, 'n bisschen Sport treiben (I: Mmhm.) und die grundsätzliche Einstellung da oben is wichtig (I: Ja.). Also nich nur sagen, ich bin jetzt 54 oder werd 55 (I: Mm. Mm.). Ach, mir geht's schlecht (I: Mm.). Ich fühl mich so gut, wie ich mich fühle, ja (I: Ja.). Das da Wehwehchen auftauchen (I: Mm.), dass kommt. Das is nich mehr mit- wie mit 30 (I: Mm.). Die Belastung is nich mehr da, das stimmt (I: Mm. Mm.). Aber man brauch- man schaltet'n Gang zurück (I: Mm.), aber man kann's trotzdem alles. (I: Ja, ja.). Das is also so meine grundsätzliche Einstellung (I: Ja, ja.) und nich im Kopf, ich werd älter, ich kann nich mehr (I: Mm.). Das is verkehrt (I: Ja. War-). Dafür ein bisschen tun ernährungsmäßig, Sport'n bisschen treiben (I: Mm. Mm.). **(28, Z.G., Abs: 1-4)**

Die Überzeugungen, Überlegungen und Ideen lassen sich in drei große Subkategorien einordnen, die aufgrund der Fragestellungen in allen Interview wiederzufinden sind. Unter die Subkategorie *Subjektiven Gesundheitskonzepte* wurden alle Textstellen eingeordnet, die narrative Darstellungen über das Gesundheitsverständnis, die Bestimmung bzw. Definition von Gesundheit enthielten. Die zweite Subkategorie wird ausgebend von den *subjektiven Gesundheitstheorien* gebildet, die Aussagen über die positiv bzw. negativ wahrgenommenen Einflüsse auf die eigene Gesundheit abbilden. Die Subkategorie *Generelle Gesundheitsmotivation* wurde neben die beiden bereits genannten gestellt, um Aussagen über den Stellenwert von Gesundheit für die Interviewpartner zu erfassen. Sie zielte darauf ab, eine potenzielle Sensibilisierung für Gesundheit auf Ebene der Gesundheitsvorstellungen abzu-bilden. In dieser Kombination beinhaltet die Oberkategorie *Gesundheitsvorstellungen* narrative Aussagen, die die interviewten Männer kognitiv zur Erläuterung ihrer Gesundheitsbezüge nutzen. Nachfolgend werden die benannten Subkategorien der subjektiven Gesundheits-vorstellungen mit ihren Ausprägungen eingehend betrachtet.

6.1.1.1 Die subjektiven Gesundheitskonzepte

Die Kategorie der subjektiven Konzepte lässt sich in den inhaltlichen Bereich und die dynamische Vorstellung des Konzeptes unterteilen. Die inhaltliche Subkategorie zeigte eine sehr differenzierte Aufschlüsselung der Konzepte. Auf der dynamischen Ebene hingegen dominierte vor allem eine, ausschließlich ergänzt um eine weitere Subkategorie. Inhaltlich ließen sich fünf Subkategorien mit weiteren Unterkategorien strukturieren. In der Zuordnung zu den Kategorien zeichneten sich negativ und positiv geprägte Definitionen von Gesundheit ab. Wurde Gesundheit entlang negativer Definitionen beschrieben, so wurde besonders häufig die Subkategorie *Fehlen von Beschwerden bzw. gesundheitlichen Problemen* benannt. Diese umfasst Gesundheit als ein Freisein von Beschwerden, Schmerzen und gesundheitlichen Problemen. Das bedeutet, dass ein Gesundheitsverlust wahrgenommen wird, sobald Be-

schwerden bzw. gesundheitliche Einschränkungen vorliegen. Insgesamt 21 der interviewten Männer gaben an, Gesundheit in diesem Sinne zu verstehen wie beispielsweise Herr A.V.:

I: Was is Gesundheit für Sie ganz persönlich?
B: Gesundheit für mich ganz persönlich..das Freisein von Beschwerden...Das Freisein also von Einschränkungen, Schmerzen..und (tief ein- und ausatmend) so die Funktionsfähigkeit des Kopfes (I: Mmhm. Mm.).
I: Und was trägt dazu bei, dass Sie sich gesund fühlen?
B: (5 Sek. Pause) Ja, dass ich eben keine großen Einschränkungen habe körperlich. Und dass ich- dass mein Kopf auch noch relativ normal funktioniert mit leichten altersbedingten Einschränkungen (I: Mmhm.) so. Ja.. Ja (I: Mmhm.). **(21, A.V., Abs.: 116-119)**

Neben dem *Freisein von Beschwerden* benannten 13 Männer in ihren Erzählungen die *Abwesenheit von Krankheit* als ihre Definition von Gesundheit. Als gesund beschrieben sich diese Männer, wenn keine Krankheit diagnostiziert wurden bzw. die medizinischen Werte innerhalb der Norm lagen. Gesundheit wird in dieser Konzeption über eine Abgrenzung von Krankheit abgebildet, wie die Äußerung von Herrn T.Y. zeigt:

I: Sie haben für Ihren Gesundheitszustand haben Sie sehr gut angegeben (B sich räuspernd). Was steht für Sie dahinter? Was macht dieses sehr gut für Sie aus?
B: Also dass ich einfach frei von Krankheiten bin (I: Mmhm.). Und dass ich einfach glaube, gemessen an der Zeit, die ich investieren kann, und- fit bin (I: Mmhm.). Das, das macht für mich das sehr gut aus (I: Mmhm.), ja (I: Mm.), genau. **(13, T.Y., Abs.: 96-97)**

Vielfach wurden die beiden benannten Subkategorien in einer Aussage als ein Fehlen von Krankheit und Beschwerden kombiniert. Aber auch nicht positive und negative Konzeptanteile wurden in einer Aussage nebeneinander gestellt. So verbindet Herr A.V. das *Freisein von Beschwerden* in einem Absatz mit der *psychischen Leistungsfähigkeit* im Sinne einer Funktionsfähigkeit des Kopfes. Und auch Herr T.Y. beschreibt Gesundheit als ein *Freisein von Krankheit* und direkt im Anschluss als körperliche Fitness. Die Kombination positiver und negativer Anteile ist in den Interviews weitaus häufiger vorzufinden, als ein selektiv einseitiges Gesundheitskonzept. Aus diesem Grund sind Mehrfachaufführungen in den Übersichten gängig. Die kombinierten Beschreibungen von Gesundheit zeigen, dass nur wenige der befragten Männer über ein einseitig negatives Gesundheitskonzept verfügen. Die Zuordnung für die negativ geprägten Subkategorien ist in Tab. 8 dargestellt:

Subkategorien	**Anzahl**	**Interviewnummer**
Freisein von Beschwerden und gesundheitlichen Problemen	38	2, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 15, 17, 18, 20, 21, 24, 25, 26, 27, 28, 30
Abwesenheit von Krankheit	20	1, 7, 9, 13, 15, 16, 17, 21, 22, 23, 26, 27, 29

Tab. 8: Übersicht der negativ geprägten Subkategorien der Gesundheitskonzepte (Eigene Darstellung)

Die inhaltlichen Subkategorien *Freisein von Beschwerden* und *körperliche Leistungsfähigkeit* wurden in einem Fall mit der dynamischen Beschreibung von Gesundheit im Sinne eines *Schalters* verbunden:

I: Und wo glauben Sie sind die entscheidenden Faktoren, die Ihre Gesundheit erhalten können oder gefährden können?
B: ...Mm. Gefährden? Wüsste ich keinen, sag ich mal. Ich hab also keine Risikoprobleme bei uns in der Familie, sag ich mal. Gut, meine Mutter hat Bluthochdruck. Das hab ich wiederum nicht. Also von daher bin ich da weniger gefährdet. Und .. ja. Und positiv, denk ich schon, durch Bewegung und so weiter, denk ich schon, dass man das also positiv beeinflussen kann (I: Ja.). Man ist zwar vor nix gefeit (I: Mm. Ja.). Man kann sich auch beim Tennis mal nach'm Ball f- bücken, fällt um, ist tot (I: Mmhm.)
I: Ham Sie das schon erlebt oder wie, dass jemand-
B: Ja, ja (simlutan) (I: Ja. Mm.). Sportlich, fitter Typ (I: Mmhm.), bückt sich, fällt um, ist hin.. (I: Mmhm. Na ja,

man kann ja-). Also von daher, ich weiß, dass- (I: in den Körper nicht reingucken, ne. Also-) Nein. Also ich denk mal, also ich hab so keine Beschwerden (I: Mm.) und f- bin nicht irgendwie, wat weiß ich, müde, schlapp oder dergleichen. Also ich denk schon, dass ich von daher körperlich eigentlich fit bin. **(30, H.C., Abs.: 205-208)**

Besonders interessant ist an dieser Aussage, dass Herr H.C. das Eintreten eines plötzlichen Todes als vollständiges Fehlen von Gesundheit bezeichnet, um sich selbst hiervon abzugrenzen, indem er seine körperliche Fitness ohne körperliche Beschwerden betont. Herrn H.C. nutzt die Modellvorstellung des *Schalters* auf dynamischer Ebene, um sich selbst von fehlender Gesundheit zu distanzieren.

Die Betonung der eigenen *körperlichen Leistungsfähigkeit* wird besonders häufig von den befragten Männern angegeben, gefolgt von der Kombination aus *psychischer und physischer Leistungsfähigkeit*. Die *Psychische Leistungsfähigkeit* wird in fünf Interviews losgelöst von der körperlichen Fitness benannt. Herr P.W. beschreibt beispielsweise die Wahrnehmung einer nachlassenden geistigen Leistungsfähigkeit:

I: Ham- ham Sie aber dann mal gespürt, dass es auf Ihre Gesundheit einen Einfluss hatte? Denn Sie sagten, damals mit 30 da gab's nur- also da gab's kein Limit, da war die Aktivität ganz stark (B: Ja.). Und dann sagten, halt das 46 dann wieder als Einstieg hier. Gab es da Phasen, wo Sie gesundheitlich das gemerkt haben? Körperlich oder auch einfach vom Kopf her? Ham Sie da- ham Sie da Einschränkungen gemerkt, wo Sie gesehen hat, das is- wirkt sich auf mich aus?
B: Ja. Also es gibt schon ma- oder es gab ma Phasen, wo man schon sagte, die Leistungsfähigkeit lässt nach (I: Mmhm.), nicht. Also, ich sag ma, Leistungsfähigkeit (Klappern einer Tasse), vielleicht auch Aufnahmefähigkeit (I: Mm.), die Schnelligkeit auch (I: Mm.) Fähigkeit, die nachlässt. **(11, P.W., Abs.: 41-42)**

Seine geistige Leistungsfähigkeit scheint für Herrn P.W. erst in den Fokus gerückt zu sein, als eine Minderung spürbar wurde. Er sieht seine Dozententätigkeit aber als Training an, sich geistig leistungsfähig zu halten. Der soziale Vergleich mit der jüngeren Generation fordert ihn. Herr O.J. sieht an dieser Stelle eine positive Verbindung zwischen seinem Beruf und seiner geistigen Leistungsfähigkeit. Er hat das Gefühl, durch seine Tätigkeit, verglichen mit seiner Frau, weniger vergesslich zu sein:

I: Also entspannen, abschalten jetzt (B: Ja.). Mmhm. Und wenn Sie jetzt, wenn Sie jetzt drüber nachdenken, gibt es auch gesundheitlich positive Seiten Ihres Berufes? Sie haben vorhin schon gesagt, Sie- es ist jeden Tag was Neues. Es bleibt spannend.
B: Ja, nich (simultan) - ich bin immer, ich bin geistig, glaub ich, bleibt man fit dabei. Das merkt man auch (I: Mmhm.). Man wird nich vergesslich. Also ich- find ich jedenfalls (I: Ja.). Meine Frau is'n paar Jahr älter, die is manchmal vergesslicher wie ich. Also, also ich muss an viele Sachen denken (I: Mm.). **(2, O.J., Abs.: 57-60)**

Herr O.J. gesteht zwar im Verlauf des Interviews ein, dass er sich heute einen Zettel schreiben muss, um sich alle Dinge merken zu können, aber die Anforderungen seien auch im Laufe der Jahre gestiegen. Dass ihn der Beruf geistig fit hält, ist für ihn allerdings nur eine Randerscheinung. In der Benennung beider Anteile von Leistungsfähigkeit wird häufig eine globale Form verwendet, wie in diesem Zitat von Herrn Z.G.:

I: Gut. Wenn Sie jetzt Ihre Gesundheit einschätzen, woran machen Sie das fest, dass Sie jetzt sagen gut?
B: (tief einatmend) Schwierige Frage (I: Ich weiß.) (B Lacher). An sich ahuh (nachdenklicher Laut) an meiner geistigen, körperlichen Leistungsfähigkeit eigentlich (I: Mmhm.). Und nach meinem emotio- ja. Nach Gefühl (I: Mm.). Nach meinem eigenem Ermessen (I: Ja.). Gefühlsmäßigen Ermessen. **(28, Z.G., Abs.: 307-308)**

Erst im weiteren Verlauf zieht Herr Z.G. eine Verbindung zwischen dem Älterwerden, einer sinkenden körperlichen Leistungsfähigkeit und der Notwendigkeit, etwas dagegen tun bzw. diesen Prozess ausgleichen zu müssen. Es ist ihm dabei wichtig zu betonen, dass es dabei darum geht, wie er sich körperlich und geistig fühle. Herr Z.U. sieht Gesundheit als positiv über

eine Zufriedenheit und Leistungsfähigkeit auf körperlicher und geistiger Ebene definiert. Er betont, dass Gesundheit für ihn über Leistung gemessen wird:

I: Was würden Sie persönlich unter Gesundheit verstehen?
B: Ja, unter Gesundheit? Unter Gesundheit würd ich verstehen im positiven Sinne eben einen Zustand, der, ja, körperlich und geistigen Zufriedenheit und des- des Ausgleichs und einer guten auch körperlich und geistigen Leistungsfähigkeit. Würd ich auch immer Gesundheit mit Leistung mitmessen wollen. Weil- weil wenn man gesund ist, ist man eben auch leistungsfähig im positiven Sinn. Wobei ich mit Leistung jetzt nicht Arbeitsleistung oder sonst was, sondern so auch psychische Zustände, die es einem erlauben, wie ich vorhin beschrieben habe, eben auch positiv auf Sachen einwirken zu können (I: Mmhm.). Geistig und körperlich, ne (I: Mm.). **(17, Z.U., Abs.: 87-88)**

Für ihn ist Gesundheit eine Grundvoraussetzung, um überhaupt leistungsfähig sein zu können. Erst wenn sowohl auf der psychischen als auf der physischen Ebene alles in Ordnung ist, bestehe die Möglichkeit, Dinge positiv zu beeinflussen. Erst eine gesunde Basis führt für ihn zu einer hohen Leistungsfähigkeit. Im Umkehrschluss spricht für ihn eine gute Leistungsfähigkeit für eine gute Gesundheit.

Die körperliche Leistungsfähigkeit erscheint als dominante Subkategorie wie die Übersicht zeigt (s. Tab. 9). Die Benennung dieser Subkategorie erfolgt aber in keinem Interview als direkte Antwort auf die Frage, wie Gesundheit definiert wird.

Subkategorien	**Anzahl**	**Interviewnummer**
Körperliche Leistungsfähigkeit	40	2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 25, 26, 28, 29
Geistige Leistungsfähigkeit	5	2, 9, 11, 21
Geistige und körperliche Leistungsfähigkeit	9	7, 13, 17, 18, 19, 25, 28

Tab. 9: Übersicht der Subkategorien der Leistungsfähigkeit (Eigene Darstellung)

Das Thema Leistungsfähigkeit als Definition von Gesundheit fließt vielmehr über die Thematik Wahrnehmung von Alterserscheinungen bzw. über einen sozialen Vergleich in die Darstellungen mit ein. Herr N.U. benennt den Wunsch nach dem Erhalt der eigenen Leistungsfähigkeit beispielsweise in der Beschreibung seiner Vision:

I: Wo sehen Sie sich (undeutlich)- Entschuldigung- (belächelnd) wo sehen Sie sich in fünf Jahren mit Ihrer Gesundheit? Sie ham vorhin schon mal gesagt, wenn Sie sich das jetzt angucken, dann würden Sie sich in dieser Richtung sehen. Wo würden Sie sagen, wo stehen Sie dann? Wie stellen Sie sich das vor?
B: Poh, also ich hoffe mal, dass ich an der- dass meine- meine Leist- meine körperliche Leistungsfähigkeit wird mit Sicherheit zurückgehen (I: Mmhm.). So is das ja einfach biologisch auch (I: Mmhm.) vorbestimmt. Aber ich hoffe, dass ich immer, wenn ich- also mich in- wenn ich nach links und rechts gucke, dann möcht ich eigentlich doch immer gerne im oberen Mittelfeld sein (I: Mm. Mmhm.). Nich, das- das is eigentlich das, was ich anstrebe (I: Mm. Mmhm.). **(3, N.U., Abs.: 87-88)**

Da körperliche Fitness vor allem im Zusammenhang mit dem Altersgang bzw. einer wahrgenommenen Minderung beschrieben wird, ließe sich vermuten, dass die körperliche Leistungsfähigkeit im Vergleich zu den negativen Subkategorien von Gesundheit eine untergeordnete Rolle spielt. Die Vielzahl der Benennungen und der Interviews zeichnen jedoch ein anderes Bild. Körperliche Leistungsfähigkeit scheint eng mit den negativen Subkategorien verwoben und häufig für die befragten Männer eine Maßeinheit zu sein. Sich im sozialen Vergleich als leistungsfähig zu definieren, scheint gerade für diese Altersgruppe relevant zu sein. Fit sein, fitter werden zu wollen bzw. zu bleiben spielt in der überwiegenden Zahl der Interviews eine Rolle, immer im Abgleich zu den wahrgenommenen Einschränkungen in dieser Lebensphase. Somit lässt sich für die Kategorie *Leistungsfähigkeit* festhalten, dass sie sich durch die überwiegende Anzahl der Darstellungen der befragten Männer zieht. Die Sub-

kategorien der Leistungsfähigkeit sind unter den positiven Konzeptanteil *Aktionspotenzial* zu fassen.

Zu diesem zählen ebenfalls die Subkategorien *Reservoir an Energie und Kraft* und die *Generelle Handlungsfähigkeit*. Die erstbenannte Kategorie ist nur einmal in Verbindung mit der Kategorie Wohlbefinden vertreten. Herr T.Y. beschreibt den Umstand, dass er bisher kaum krank war, als ein Gefühl des Wohlbefindens und etwas, das ihm Energie verleiht:

I: Ich möchte mit Ihnen heute über das Thema Gesundheit sprechen (B: Mmhm.). Das ist ein Thema des Alltags. Wir gehen davon aus, dass jeder eine sehr persönliche Sicht auf Gesundheit hat. Und deswegen möchte ich Sie fragen, was hat Gesundheit für eine Rolle bisher rückblickend in Ihrem Leben bis heute gespielt?
B: Es hat eine große Rolle gespielt. Es fängt damit an, dass ich eigentlich kaum krank war (I: Mmhm.). Und ich hatte ne Blinddarmoperation und mal'n Schnupfen und ne Grippe, aber das war's auch. Und es ist mir einfach'n großes Gefühl von Wohlbefinden und Energie verleiht (I: Mmhm.). Insofern hat's für mich'n ganz hohen Stellenwert (I: Mm.) und ich versuche einiges zu tun, dass es so bleibt (I: Mmhm.). **(13, T.Y., Abs.: 1-2)**

Herr T.Y. bewertet dieses Reservoir an Energie als etwas Besonderes, das er erhalten will. Hierfür ist er bereit, in den Erhalt dieses aktuellen Zustandes zu investieren. In keinem anderen Interview wird Gesundheit so deutlich als gewisse Fülle an Energie bzw. Kraft beschrieben. Die generelle Handlungsfähigkeit findet hingegen häufiger Erwähnung. Herr T.A. beschreibt diese Subkategorie als einen Erhalt der Handlungsfreiheit, jedoch ohne ein Abdriften in die Extreme:

I: Ok. Und wenn- wenn- wenn Sie jetzt gut sagen, dann sagen Sie nicht sehr gut und sagen auch nicht mäßig. Das heißt also, es gibt- wenn- Gab's Phasen in Ihrem Leben, wo Sie das als sehr gut einschätzt hätten?.. Oder würden Sie sagen, das war immer schon so ungefähr in diesem-
B: Also ich mein, ich- ich neige da nicht so zu den Extremen (I: Mm. Ja.) immer. Ich versuche mehr Handlungsfreiheit zu beiden Seiten [...](lächelnd) (I: Ja, ja. Ja. Ok.). Wenn ich sehr gut gesagt hätte, hätten Sie gesagt, das kann also gar nicht mehr besser werden (lächelnd).
I: Ja, also von daher haben Sie noch Luft nach oben?
B: Genau. Ich hab Luft zu beiden Seiten (belächelnd). (beide lachen) **(27, T.A., Abs.: 269-272)**

Vor diesem Hintergrund steigt Herr T.A. auf die Formulierung des Interviewers auch nicht ein, dass noch Luft nach oben sei, sondern passt sie in der Formulierung *Luft zu beiden Seiten* an die Definition einer generellen Handlungsfähigkeit an, die sich im Mittelfeld bewegt. In anderen Interviews (s. Tab. 10) kehrt dieses Verständnis über den Wunsch, aktiv sein zu können und relativ gesund zu bleiben, wieder.

Subkategorien	**Anzahl**	**Interviewnummer**
Reservoir an Energie und Kraft	1	13
Generelle Handlungsfähigkeit	5	2, 3, 19, 27

Tab. 10: Übersicht der Subkategorien weiterer Subkategorien des Aktionspotenzials (Eigene Darstellung)

Die nächste inhaltlich geprägte Subkategorie der subjektiven Gesundheitskonzepte ist das Wohlbefinden. In der Übersicht (s. Tab. 11) sind die hierunter eingeordneten Subkategorien aufgeführt.

Subkategorien	**Anzahl**	**Interviewnummer**
Wohlbefinden	22	8, 9, 12, 13, 14, 15, 18, 19, 20, 21, 25, 29
Wohlbefinden - psychisch und körperlich	2	25
Psychisches Wohlbefinden	1	15
Psychisches Wohlbefinden - Harmonie	5	7, 8, 12, 15, 25
Psychisches Wohlbefinden - Zufriedenheit	15	8, 10, 11, 17, 26, 27, 29, 30
Psychisches Wohlbefinden - Lebensfreude	3	7, 12, 22

Körperliches Wohlbefinden	12	4, 8, 19, 25, 26, 27, 29, 30
Gleichgewicht, Balance	11	3, 5, 12, 19, 22, 25

Tab. 11: Übersicht der Subkategorien des Wohlbefindens (Eigene Darstellung)

Das Wohlbefinden umfasst die psychischen und körperlichen Anteile des Wohlbefindens, Harmonie, Zufriedenheit, Lebensfreude und die Vorstellung von Gesundheit als eine Art Balance. Es gibt aber auch die Subkategorie *Wohlbefinden* selbst, die alle Textstellen umfasst, in denen Wohlbefinden ganz generell benannt wird, wie es Herr B.I. im Folgenden verwendet:

I: Auf den Gesundheitszustand noch mal bezogen. Machen Sie das eher an- an Werten fest oder würden Sie das eher am eigenen Wohlbefinden festmachen?
B: An a- meinem eigenen Wohlbefinden (I: Mmhm. Mm.). **(20, B.I., Abs.: 92-93)**

Diese allgemeine Verwendung findet sich vielfach ohne weitere Konkretisierung in den Interviews wieder. Die kombinierte Form aus psychischem und körperlichem Wohlbefinden wird im Interview von Herrn B.W. vergleichbar generalisiert verwendet:

I: Ok. Und wenn Sie jetzt an Gesundheit denken, wann- was is für Sie eigentlich Gesundheit? Das is ja für manche Menschen ganz Unterschiedliches. Aber wenn Sie jetzt sich einschätzen, dann denkt man ja auch br- ganz was Bestimmtes. Und was is für Sie Gesundheit?
B: Also für mich is Gesundheit körperliches und geistiges Wohlbefinden (I: Mm.). Und das is für mich, sag ich mal, die Möglichkeit, mich zu bewegen (I: Mm.)... **(25, B.W., Abs.: 80-81)**

Aus dieser Darstellung geht nicht hervor, ob es keiner weiteren Konkretisierung des Begriffes bedarf oder ob der Begriff Wohlbefinden auf einer Wissensbasis mit einer positiven Gesundheitsdefinition verknüpft wird. Wäre Letzteres der Fall, so wäre der Gehalt einer solchen Aussage zu hinterfragen. An diesem Punkt ist die Überprüfbarkeit des Gehaltes der Aussagen begrenzt, muss aber im Blick auf das gesamte Interview kritisch hinterfragt werden. Im Rahmen dieser Interviewreihe lag ausschließlich beim Interview Nr. 13 die Annahme nahe, dass die Person bewusst eine Konkretisierung der Begriffe vermied und auf der Ebene der professionellen Begriffe verblieb, weniger aus Unkenntnis als vielmehr als Maßnahme der Distanzierung zum Interviewer. Es handelt sich ausschließlich um eine Annahme auf Basis der Antwortentiefe. Herr G.N. nutzt im Gegensatz hierzu den Begriff psychisches Wohlbefinden nicht, umschreibt es aber umfassend in seiner Darstellung, indem er beispielsweise den Begriff Harmonie verwendet:

I: Also um das Einsetzen zu können und umsetzen zu können (B: Ja. Ja. Ja.). Mmhm. Mmhm. Mmhm. Ich hab jetzt einmal so alles rundum behandelt. Gibt es etwas, was ich nicht erwähnt habe, wo Sie sagen, den Bereich ham Sie überhaupt nicht bedacht- beleuchtet, das würd ich gerne ergänzen?
B: Na ja, ich denke zur per- zur persönlichen Gesundheit oder zum Empfinden- zum- zum Sich-Wohlfühlen (I: Mm.), was ja auch ein Teil der Gesundheit ist (I: Mm.), gehört natürlich auch das familiäre Umfeld (I: Mm.). So. Und da gehört natürlich auch dazu, dass man sich zunächst mal im engsten Familienkreis wohlfühlt (I: Mm.). Dass das da überwiegend han- harmonisch zugeht. Und auf der andern Seite gehört es genauso dazu, dass man sich im beruflichen Umfeld was die me- zwischenmenschlichen Beziehungen angeht, wohlfühlt (I: Mmhm. Mmhm.). So (I: Mm.). Das is beides gegeben (I: Mm.). Und ich glaube, dass das eine große Rolle spielt- für mich spielt es zumindest eine große Rolle (I: Mm.). Ich.. werde auf Dauer nicht glücklich, wenn ich nur mit Menschen zu tun habe, die mir ablehnend gegenüberstehen (I: Mmhm. Mm. Mm. Mmhm.). So. Anerkennung braucht jeder irgendwo (I: Ja.) und Respekt (I: Mm.), Wertschätzung (I: Mmhm. Mm.), solche Dinge (I: Mmhm.). Und das zu erfahren, das aufzunehmen von anderen Menschen ist zumindest für die psychische Seite der Gesundheit von großer Bedeutung (I: Ja.). **(15, G.N., Abs.: 101-102)**

Die Beschreibung des psychischen Wohlbefindens und der Subkategorie Harmonie in dieser Tiefe wird in diesem Zitat besonders gut dargestellt. Der Begriff Zufriedenheit wird deutlich

häufiger verwendet. Herr M.H. beginnt in seiner Darstellung der Gesundheitskonzepte aus der negativen Perspektive und endet bei einem Gefühl von Leichtigkeit und Zufriedenheit:

I: Was is für Sie Gesundheit persönlich?
B: (7 Sek. Pause) Eigentlich, dass ich mich gut fühle (I: Mmhm.). Dass ich mich gut fühle, dass ich mich fit fühle, dass ich keine Einschränkungen habe (I: Mmhm.), körperliche Einschränkungen (I: Mm.).
I: Wie fühlt sich das an, wenn Sie sich gut fühlen?
B: Leicht (I: Mmhm.). Einfach leicht. Zufrieden (I: Mmhm.). Eher mal'n Lächeln als runterhängende Lippen (I: Mm. Mmhm.) und so dieses, ne (I: Mmhm.). **(10, M.H., Abs.: 97-100)**

Hieraus geht deutlich hervor, wie eng die positiven und die negativen Anteile der Gesundheitskonzepte miteinander verwoben sein können. In die Darstellung der privaten Situation von Herrn E.J. fließen die positiven Anteile der Balance und die Lebensfreude zusammen:

I: Ja, genau, ja. Ja, würden Sie sagen, dass jetzt Ihre private Situation etwas mit Gesundheit zu tun hat?
B:.. Das, das ein natürlich eine Definition. Aber ich meine, also wir, wir haben jedenfalls ein, eine familienmäßige Einstellung (I: Mm.), dass wir wollen gern fit sein. Wir wollen nicht übergewicht- was sagt man- (I: Übergewichtig, ja.), übergewichtig sein. Mein Kinder haben immer Sport gemacht (I: Mm. Mm.). Viel Sport (I: Mmhm.). Ich mach das und mein Frau das (I: Mmhm. Mmhm.). Das ist nicht übertrieben, dass wir sind so, dass wir.. Das ist so, was sagt man, allgemein.. (I: Mmhm.). Das ist nicht, das ist nicht so, dass wir nicht Alk- Alkohol trinken können (I: Mm.) und so. Aber, aber das ein, ein, das ist ein, ein Balance zwischen ein gutes Leben zu haben (I: Mm. Mm.) und auch ein, ein bisschen Freude zu haben (I: Mm. Ja.). 'n guter Rotwein (I: Ja, ja, ja.), gutes Essen und so (I: Ja, ja.). **(22, E.J., Abs.: 127-128)**

In dieser Darstellung werden die beiden Anteile mit dem Wunsch, als ganze Familie fit zu bleiben, in Verbindung gebracht. Auch die Beschreibung des körperlichen Wohlbefindens bleibt vielfach eng mit dem Fitness- bzw. Leistungsgedanken verwoben, wie die Aussage von Herrn B.W. verdeutlicht:

I: […] Und meine erste Frage ist die, wenn Sie mal'n bisschen zurückblicken auf Ihr Leben, welche Rolle hat bisher Gesundheit für Sie im Leben gespielt?
B: Also Gesundheit hat für mich ne sehr große Rolle gespielt, weil für mich ganz einfach körperliches Wohlbefinden auch ne sehr große Rolle spielt (I: Mm.). Ich hab also Zeit meines Lebens Sport gemacht zum Teil bis Anfang der dreiß- der dreißiger Jahre- des dreißigsten Lebensalters Leistungssport auch gemacht (I: Mmhm.), speziell im Bereich Fußball (I: Mmhm.). **(25, B.W., Abs.: 2-3)**

Die bisher dargestellten Kategorien entsprechen bisherigen Erkenntnissen zu den subjektiven Gesundheitskonzepten. Eine Definition des Gesundheitsbegriffs sticht über alle Interviews hinweg heraus. Sie wird unter die Subkategorie Gesundheit als Lebenssäule gefasst und von Herrn W.R. wie folgt definiert, obwohl ihm durchaus bewusst ist, dass sein Lebensstil dem nicht gerecht wird:

I: Was is Gesundheit für Sie persönlich? Also das heißt, was ist- was ist Gesundheit für Sie und was nicht?
B: Gesundheit is für mich- is ne Lebenssäule eigentlich in der Form. Das is ne Basis, wenn die nich da is, is'n Stück Lebensqualität verloren gegangen (I: Mmhm.) in irgendeiner Form (I: Mmhm.). Gesundheit is eigentlich nich das, was ich mach (I: Mmhm.). Das is im Grunde genommen nich gesund (I: Mmhm.). **(5, W.R., Abs.: 81-82)**

Mit diesen inhaltlich definierten Gesundheitskonzepten sind zwei dynamische Definitionen verbunden, die sich in den Interviews der Befragten nachvollziehen lassen. Zum einen finden sich die Vorstellung eines Schaltermodells und zum anderen die Wahrnehmung von Gesundheit als eine Form von Batterie wieder, die sich auf lange Sicht entladen wird. Das Batteriemodell überwiegt, wie die Übersicht in Tab. 12 zeigt:

Subkategorien	Anzahl	Interviewnummer
Schalter	1	30
Batterie	24	3, 8, 11, 17, 18, 19, 21, 22, 25, 26, 28, 30

Tab. 12: Übersicht der dynamischen Subkategorien des subjektiven Gesundheitshandelns (Eigene Darstellung)

Auch für die dynamischen Konzeptanteile gilt, dass es nicht ausschließlich eine separate Vorstellung geben muss, sondern eine Kombination mit den oben benannten inhaltlichen Komponenten in zahlreichen Variationen gibt. Die Kombinationen sind entlang der Übersichten nachvollziehbar. Im nächsten Abschnitt werden die wahrgenommenen Einflüsse auf die eigene Gesundheit über die Subkategorie der subjektiven Gesundheitstheorien eingehender betrachtet.

6.1.1.2 Die subjektiven Gesundheitstheorien

Die *Subjektiven Gesundheitstheorien* werden nach den *Subjektiven Gesundheitskonzepten* in der Oberkategorie *Subjektive Gesundheitsvorstellungen* eingeordnet. Die subjektiven Gesundheitsvorstellungen umfassen alle Zitate der Interviewpartner, in denen Vorstellungen über die positiven bzw. negativen Einflüsse auf die eigene Gesundheit beschrieben werden. Es ist zumindest eine implizite Argumentationsstruktur in diesen Theorien enthalten, und sie werden als eine funktionale Einheit von Kognitionen der Selbst- und Weltsicht dargestellt. Von der Aufmachung her weisen sie gewisse Züge wissenschaftlicher Theorien auf. Das macht den Darstellenden zum Experten seiner Lebensumstände. Sie dienen der Einordnung und nachträglichen Rationalisierung von Situationen ebenso wie der Prognose zukünftiger Ereignisse. Damit können sie eine gewisse Orientierung in der Welt bieten und eine handlungssteuernde Wirkung entfalten. Auf der Basis subjektiver Theorien Handlungsempfehlungen zu entwerfen, wird dadurch erleichtert.

Auch für die subjektiven Gesundheitstheorien gibt es die Einordnung auf einer inhaltlichen und einer dynamischen Basis. Inhaltlich lassen sich vier Subkategorien abbilden und dynamisch sechs Subkategorien erfassen (s. Tab. 13 und Tab. 14). Der inhaltliche Aspekt erfasst die Einflussbereiche, die eine Person auf die eigene Gesundheit sieht. Die dynamische Ebene bildet Einflussprozesse ab, die eine Person wahrnimmt. Beide Anteile der Subjektiven Theorien können sowohl positive als auch negative Aspekte beinhalten. Da es sich um eine Laienkonstruktion handelt, sind diese nicht immer frei von widersprüchlichen Aussagen. Dennoch wurden sie wertfrei zu- und eingeordnet, da die subjektive Perspektive für die Kategorisierung ausschlaggebend war.

Subkategorien	Anzahl	Interviewnummer
Disposition/Konstitution	20	1, 6, 11, 12, 13, 15, 16, 22, 24, 26, 27, 28, 30
Lebensweise/Verhalten	60	2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 27, 28, 30
Soziale/Ökologische Gesundheitstheorie	15	3, 8, 18, 20, 21, 22, 28, 29, 30
Alter/Schicksal	21	2, 3, 5, 7, 8, 11, 13, 14, 17, 18, 20, 21, 22, 25

Tab. 13: Übersicht der Subkategorien der inhaltlich geprägten Gesundheitstheorien (Eigene Darstellung)

Die Kategorie *Disposition und Konstitution* beinhaltet theoretische Laienkonstruktionen zur körperlichen und psychischen Konstitution z.B. in einer Konstruktion der persönlichen Schwächen, aber auch einer Einordnung der wahrgenommenen psychischen Stärke. Herr N.J. ordnet seine persönliche Konstitution auf Basis der Robustheit seiner Familie und Vorfahren wie folgt ein:

I: Und was trägt dazu bei, dass Sie sich gesund fühlen?
B: Ich denk mir, das is so irgendwie angelegt in den Genen (I: Mmhm. Mm.).
I: Also da- da gibt es keinen äußeren Einfluss, den Sie sehen, dass Sie sagen dann, ja, das trägt dazu bei, sondern Sie denken-
B: Würd ich so nich sehen (I: Mmhm. Mmhm.). Ich denk mir, wir sind alle recht alt geworden wenigsten die- die Weiblichen aus der Familie. Mein Vater is nich so alt geworden, aber die ganze andere Truppe is um die neunzig geworden (I: Mmhm.). Ich denk mir, von denen hab ich was abgekriegt (I: Mmhm.). Hoff ich wenigstens (belächelnd) (I: Mmhm. Mmhm.). **(6, N.J., Abs.: 183-186)**

Herr N.J. drückt in den letzten beiden Sätzen seine Überzeugung aus, dass er die Veranlagung, alt zu werden, von der Familie seiner Mutter geerbt habe, um sie im nächsten Satz direkt in eine Hoffnung umzuformulieren. D.h. er wiegt sich in dieser Hinsicht nicht vollständig in Sicherheit, sondern hofft, dass seine Gesundheitstheorie zutrifft. Bei dieser Form der Theorien handelt es sich überwiegend um eine passive Konstruktion von der eine Person ausgeht, sie zu haben. Die nächste Kategorie *Lebensweise und Verhalten* ist mit 60 Zitationsstellen die dominante Subkategorie im inhaltlichen Bereich. Sie beinhaltet alle theoretischen Konstruktionen zum gesundheitsbezogenen Tun, Erleben und dem eigenen Verhalten. Herr C.X. beschreibt seine Lebensweise im nachfolgenden Zitat als gesundheitsförderlich mit der Option, im Bereich Ernährung noch mehr für sich zu tun:

I: Also das heißt also auch, es- es gibt nicht etwas, wo Sie sagen, also in nächsten 5 Jahren also hab ich das als Projekt. Das werd ich irgendwie versuchen dann irgendwie möglichst zu realisieren oder so, weil ich es bisher noch nicht geschafft, weil ich bisher nicht die Zeit hatte oder die Motivation hatte und so weiter?
B: Also ich glaube, so wie ich im Moment lebe, bin ich auf'm ganz guten Weg. Und wenn ich das durchhalte und vielleicht 'n bisschen mit der Ernährung noch 'n bisschen (I: Mm.) besser hinkriege (I: Ja.), dann glaub ich, is das ok (I: Ja. Mmhm.). Und dann glaube ich, ist das o.k. und ist das auch ganz (I: Ja.) gesundheitsförderlich (I: Ja. Ja.), was ich so mache (I: Mm.). **(26, C.X., Abs.: 247-248)**

Für Herrn C.X. gilt es, nur seine Theorie einer guten Lebensweise durchzuhalten, sieht sich in dieser Hinsicht aber schon auf einem guten Weg. Vor diesem Hintergrund hat er keinen darüber hinausreichenden Fünfjahresplan, sondern beschreibt dies theoretisch und praktisch als seinen Weg.

Die nächste Subkategorie umfasst *Soziale und ökologische Gesundheitstheorien*. Diese können sich auf den beruflichen oder familiären Bereich beziehen sowie auf der ökologischen Ebene zwischen naturalistischen und industriellen Aspekten bewegen. Insgesamt 15 Textstellen konnten dieser Subkategorie zugeordnet werden. Herr Z.G. betont z.B. im Rahmen seines Interviews, wie wichtig ihm ein geregeltes Umfeld mit tragfähigen menschlichen Beziehungen ist:

I: Wir sind auch gleich fertig. Jetzt hab ich Sie schon lange-
B: Ich hab sie jetzt beiseite gepackt (I: Ja, ja. Ja.). Das war auch wieder (I: Ja.) (I: Ja, ja. Ja.). Das - Aber es ist heute ruhig. Irgendwie liegt das an Ihnen (I: Ja, ja. (belächelnd). Nein, aber noch mal (I: Ja. Mm.). Das is das eben, was ich nich möchte. Ich brauch- brauch- brauch'n geregeltes Umfeld (I: Mm.) auch menschliche Beziehungen müssen geregelt sein (I: Ja. Ja. Ja. Das is-). Ansonsten mag ich nich. Das belastet mich. **(28, Z.G., Abs.: 334-335)**

Er beschreibt diese als starke Komponente seines Lebens, die er nicht missen möchte. Die letzte Subkategorie wird durch *Alter und Schicksal* besetzt. Sie ist mit 21 Textstellen vertreten und umfasst alle Aussagen, die den Altersgang bzw. Erfahrungen mit dem Alter und dem Thema Schicksal in eine theoretische Form bringen, wie beispielsweise Herr K.F., der in seinem Leben die Erfahrung gemacht hat, dass Gesundheit nur bis zu einem gewissen Maße beeinflussbar und Schicksal ein nicht kalkulierbarer Faktor ist:

I: Also machen Sie das von Ihrer Leistungsfähigkeit abhängig in dem Moment oder sind es auch Werte, die Sie damit verbinden, oder is es das subjektive Empfinden, was Sie- woran Sie das messen?
B: Ich glaube (simultan), körperlich für 49, (I: Ja.) noch fit zu sein (I: Mmhm. Mm.) (3x auf Holz geklopft) (belächelnd) und hoffe auch, dass es so bleibt. Ja, es gibt (I: Ja.) eben- es gibt ja manchmal auch viele Schicksalsschläge, die man denn auch im unmittelbaren Freundeskreis hört (I: Mm.). Das heißt, ich hab jetzt so'n Fall. 47 von heute auf morgen Krebs (I: Mm.). Überlebenschance 30 Prozent (I: Mmhm. Gab es denn für Sie-). Auch v- vernünftig gelebt. Also das is nicht (I: Ja.)- manchmal- das kennen Sie ja auch- kommen diese- die Dinge angeflogen und keiner weiß warum (I: Mmhm. Mm.). **(18, K.F., Abs.: 95-96)**

Dennoch scheint es für Herrn K.F. sinnvoll zu sein, etwas für die eigene Gesundheit zu tun. Denn trotz der Wahrnehmung eines von extern wirkendem Schicksal beschreibt er den Faktor Lebensweise als für sich relevant. Dies sind die Einflussbereiche, die sich über alle Interviews hinweg abgrenzen lassen. Mit dieser inhaltlichen Kategorisierung verbunden, lassen sich die in (Tab. 14) dargestellten Einflussprozesse dynamisch geprägter Gesundheitstheorien abgrenzen.

Subkategorien	**Anzahl**	**Interviewnummer**
Anpassungstheorie	30	3, 4, 6, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 21, 23, 25, 28, 29
Risikotheorie	116	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 28, 29, 30
Normorientierung	18	2, 3, 8, 9, 12, 13, 16, 20, 26, 27
Ressourcentheorie	115	1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30
Ausgleichs-/Balancetheorie	43	1, 3, 4, 5, 11, 13, 15, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 28, 30
Schicksalstheorie	2	18, 30

Tab. 14: Übersicht der Subkategorien der dynamisch geprägten Gesundheitstheorien (Eigene Darstellung)

Die *Anpassungstheorie* lässt sich in 30 Textstellen nachweisen. Sie ist inhaltlich eng verbunden mit der Kategorie Alter und Schicksal. So beschreibt Herr A.V. all die Dinge, die er aufgrund eines wahrnehmbaren Alterungsprozesses bzw. altersbedingter Einschränkungen bereits angepasst hat:

I: Und das war- es war über das gesamte Leben so gesehen? Und wenn Sie jetzt heute Ihre Gesundheit betrachten, wie würden Sie die sehen?
B: Die Gesundheit ist altersgemäß in einem guten Bereich. Also ich- ich hab schon- ich hab schon altersbedingte Einschränkungen (I: Mmhm.) durch die Wirbelsäule zum Beispiel im Bandscheibenbereich (I: Mmhm.). Ich hab da aber auch so viel getan aktiv, dass das ziemlich gut kompensiert wird und ich damit gut zurechtkomme (I: Mm. Mmhm.). Und, gut, ich hab Schwierigkeiten mit'n Ohren gehabt. Hab ich mal, *(Jahreszahl 1)* war das, einen kleinen, leichten Tinnitus bekommen. Aber das hat sich auch soweit reguliert, dass ich damit gut zurechtkomme (I: Mmhm.). **(21, A.V., Abs.: 3-4)**

In den Textstellen zeigen die Interviewpartner eine gewisse Bewusstheit dafür, dass es nicht zielführend, aber vielfach auch gar nicht notwendig ist, mit der jüngeren Generation mithalten zu wollen. Die Erkenntnis, seinen eigenen Weg im Altersgang finden zu müssen, ist ebenfalls vertreten, aber die Umsetzung und die Akzeptanz variiert. D.h. in einigen Fällen handelt es sich um ein theoretisches Konstrukt, aber Herr A.V. passt sich bereits den Gegebenheiten des Alterns an.

Die Subkategorie *Risikotheorie* hat den größten Umfang. Sie umfasst sowohl die Konstrukte, die die Wahrnehmung eines Risikos für sich selbst beinhalten, aber auch die Verleugnung eines

Risikos für sich selbst aus einer risikoträchtigen Verhaltensweise. So sieht Herr S.Z. keinerlei Problem darin, dass er sich nach dem Sport immer ein Bier gönnt:

Gibt's etwas, wo Sie sagen, dass mach ich jetzt bewusst für meine Gesundheit oder um mich- meine Gesundheit zu erhalten?
B: Nee, so bewusst nich... Ich trink auch Alkohol, also ich (belächelnd) halt mich da nich zurück (I: Ja. Ja, ja. Ja.).
I: Aber is das dann so, dass Sie sagen, also Alkohol in bestimmten Mengen, oder?
B: Im Sommer 'n bisschen mehr, da gibt's bei uns fast jeden Tag'n Bier (I: Ja. Ja.). Im Winter gar nich (I: Ja.).
I: Aber das sehen auch nicht irgendwo als Problem, oder so was?
B: Oder nach dem Sport gibt's immer'n Bier, ne.
I: Ja, ja. Das, das gehört fast schon dazu, ne?
B: Aber das seh ich nich, dass das'n Problem is, oder (I: Ja. Ja.). **(23, S.Z., Abs.: 194-204)**

Vollständig sicher scheint sich Herr S.Z. jedoch in seiner Konstruktion nicht zu sein, denn er schließt seine letzte Aussage mit einem *oder*, um sich möglicherweise eine Bestätigung des Interviewers einzuholen. Somit ist zu hinterfragen, ob bei Herrn S.Z. nicht doch eine gewisse Bewusstheit für die Risikoträchtigkeit seines Verhaltens vorhanden ist und er es über seine Konstruktion sogar für sich legitimiert. Die Negation des Risikos ist über alle Textstellen hinweg seltener zu finden, als die Darstellung der einwirkenden Risiken. Beiden Darstellungen gemein ist jedoch, dass die Wahrnehmung eines Risikos nicht zwingend in ein präventives Gesundheitshandeln mündet.

Die Subkategorie der *Normorientierung* umfasst eine theoretische Konstruktion, die an einer gewissen Form von Normalmaß bzw. der Einordnung auf einem mittleren Level im sozialen Vergleich orientiert ist. Herr O.J. betont über das gesamte Interview hinweg, wie wichtig es ihm ist, normal leben zu können, ohne in die Extreme abzudriften, wie diese Textstelle verdeutlicht:

I: [...] Was is für Sie Gesundheit und was ist Gesundheit für Sie nicht?
B: Gesundheit is für mich, dass ich im normalen Leben, sag ich mal, (3 Sek. Pause) mich normal bewegen kann und, und nich irgendwo eingeschränkt bin. Und Gesundheit heißt für mich nicht also mit Gewalt, sag ich mal, Muskeln aufzubauen, wie einige Leute das eben in Fitnessstudios machen, sondern einfach- ich fahr einfach auch normal auf'm Fahrrad durch die Botanik, sag ich mal, und sitz nich irgendwo in irgendwo so nem Studio und radel' da meine Kilometer ab. **(2, O.J., Abs.: 3-4)**

Er drückt diesen Wunsch, sich in einem normalen Rahmen zu bewegen, über ein Radeln in der Natur im Abgleich zu einem verbissenen Training im Fitnessstudio bzw. einem Fahren auf dem Ergometer, aus. Der Anspruch, sich im sozialen Abgleich auf einer mittleren Ebene zu bewegen, eint alle Textstellen dieser Subkategorie.

Die *Ressourcentheorien* stellen die zweitgrößte Subkategorie dar. Die Qualität der Ressourcen zeigt eine große Bandbreite. Sie erstrecken sich über alle von Antonovsky (s. Abschnitt 2.2.1) beschriebenen Kategorien hinweg. Herr C.X. beschreibt beispielsweise seine Arbeit mit einer jüngeren Generation als Ressource, die dazu führt, dass er sich jung fühlt:

I: [...] Gibt's andererseits etwas, wo Sie sagen, das beeinflusst meine Gesundheit positiv in Ihrer Arbeit?
B: Ja, ich bleib jung (beide belächelnd).
I: Jung, weil Sie mit jungen Leuten zu tun haben?
B: Ja, genau. Also das (I: Ja.)- das merkt man also (I: Ja, ja.). Dadurch dass man ständig den ganzen Tag mit jungen Leuten zu tun hat (I: Mm. Mm.). Man hat so'n bisschen das Ohr an den jungen Leuten (I: Mm. Mm.). Man weiß, was "In" und was Sache ist (I: Mm.) und irgendwie, ja, bleibt man dadurch auch'n bisschen jung, sag ich mal (I: Ja.). Ich fühl mich überhaupt nicht wie 55, sondern (I: Mm. Mm.) deutlich jünger (I: Mmhm.). Und das schreib ich schon zum Teil der Tatsache zu, dass ich eben zum Großteil mit jungen Leuten zu tun hab (I: Ja.). Das- (I: Das kann ich gut nachvoll-) ich seh das sehr positiv (I: Ja.). **(26, C.X., Abs.: 77-80)**

Er beschreibt die Tatsache, dass er überwiegend mit jungen Menschen zu tun hat, als positiv wirksam für sich. Auch die familiären Beziehungen oder eine gesundheitsfördernde Verhaltensweise, aber auch der Spaß am eigenen Beruf werden häufig als unterstützender Faktor beschrieben.

Die *Ausgleichs- und Balancetheorien* reihen sich als Subkategorie hinter den Risiko- und Ressourcentheorien ein. Hierunter wurden alle Textstellen eingeordnet, die ein theoretisches Konstrukt im Sinne eines Gleichwichts bzw. des Ausgleichs beschrieben. Wie es beispielsweise Herr N.U. für das regelmäßige Laufen im nachfolgenden Zitat darstellt:

I: Wa- was- was machen Sie in dem Moment? Also wie- wie gehen Sie damit um rein-
B: Ich laufe viel (I: Ja.). Ich bin also jetzt seit einem Jahr lauf ich regelmäßig dreimal die Woche etwa ne Dreiviertelstunde. Und das bekommt mir gut (I: Mmhm.).
I: Also das macht den Kopf dann wieder frei und dann-
B: Ja, ja. Das is eigentlich ganz gut. Im Sommer mach ich auch- ich- wie gesagt ich fahr viel Fahrrad (I: Mm) und bin viel auf'm Wasser unterwegs so (I: Mmhm. Mm.). Das is eigentlich'n ganz guter Ausgleich (I: Mm.). **(3, N.U., Abs.: 19-22)**

Für Herrn N.U. ist es jedoch nicht nur das Laufen, was für den Ausgleich sorgt, sondern auch andere Aktivitäten, wie das Radfahren im Sommer an der frischen Luft, haben die gleiche Qualität. Sich immer wieder in eine gewisse Balance zu bringen bzw. sie zwischen den unterschiedlichen Lebensbereichen herzustellen, spielt in der theoretischen Konstruktion eines Gleichgewichts jeweils eine gewisse Rolle. Der Ausgleich ist immer darauf fokussiert, etwas negativ bzw. potenziell negativ Wirkendes auszugleichen. Die Balance ist mehr darauf gerichtet, eine gewisse Form von Einklang zu erreichen.

Die *Schicksalstheorien* sind mit zwei Textstellen besetzt und eng verbunden mit dem Bereich Alter und Schicksal. Sie sind dadurch gekennzeichnet, dass es wenig Einfluss auf einwirkende Prozesse gibt. Sie sind vielmehr extern gegeben und werden als spontan und unkontrollierbar erlebt, wie es Herr H.C. in diesem Zitat beschreibt:

I: Und wo glauben Sie sind die entscheidenden Faktoren, die Ihre Gesundheit erhalten können oder gefährden können?
B: ...Mm. Gefährden? Wüsste ich keinen, sag ich mal. Ich hab also keine Risikoprobleme bei uns in der Familie, sag ich mal. Gut, meine Mutter hat Bluthochdruck. Das hab ich wiederum nicht. Also von daher bin ich da weniger gefährdet. Und .. ja. Und positiv, denk ich schon, durch Bewegung und so weiter, denk ich schon, dass man das also positiv beeinflussen kann (I: Ja.). Man ist zwar vor nix gefeit (I: Mm. Ja.). Man kann sich auch beim Tennis mal nach'm Ball f- bücken, fällt um, ist tot (I: Mmhm.)
I: Ham Sie das schon erlebt oder wie, dass jemand-
B: Ja, ja (simlutan) (I: Ja. Mm.). Sportlich, fitter Typ (I: Mmhm.), bückt sich, fällt um, ist hin.. (I: Mmhm. Na ja, man kann ja-). Also von daher, ich weiß, dass- (I: in den Körper nicht reingucken, ne. Also-) Nein. Also ich denk mal, also ich hab so keine Beschwerden (I: Mm.) und f- bin nicht irgendwie, wat weiß ich, müde, schlapp oder dergleichen. Also ich denk schon, dass ich von daher körperlich eigentlich fit bin. **(30, H.C., Abs.: 205-208)**

Das Erlebnis, dass eine Person während der sportlichen Betätigung einfach tot umfällt, führt bei Herrn H.C. zur Relativierung seiner Darstellung, körperlich fit zu sein, durch Ergänzung des Wortes *eigentlich*. Dieses als unkontrollierbar erlebte Ereignis führt jedoch auch in diesem Falle nicht dazu, dass Herr H.C. seine Bemühungen einschränkt, sportlich, fit und agil zu sein. Es wird vielmehr als eine letzte, nicht rational erklärbare bzw. steuerbare Komponente im eigenen Bestreben, körperlich gesund zu bleiben, angesehen.

Über alle Interviews hinweg zeigt sich, dass die Themen Altern und Erhalt der Jugendlichkeit sowohl auf der inhaltlichen als auf der dynamischen Ebene in den Theorien der interviewten Männer eine große Rolle spielen. Sie werden nur durch die theoretischen Konstruktionen zu riskanter bzw. gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen übertroffen. Dies mag mit einem

Bewusstsein zusammenhängen, dass diese Themen eng mit Gesundheit verbunden sind bzw. mit dem eigenen Bewusstsein für die Relevanz dieser Themen. Insgesamt geben die theoretischen Konstruktionen von Gesundheit einen Hinweis darauf, dass die interviewten Männer eine gewisse Sensibilität für ihre Gesundheit besitzen und ihnen ihr Tun bzw. ein Unterlassen für diese bewusst ist. Die nächste Kategorie *Generelle Gesundheitsmotivation* unterstreicht diese Tendenz.

6.1.1.3 Generelle Gesundheitsmotivation

Die Kategorie *Generelle Gesundheitsmotivation* subsummiert alle Textstellen, die eine Sensibilisierung der interviewten Männer für Gesundheit erkennen lassen. Eine solche Wahrnehmung kann an kritische Lebensereignisse oder auch Einstellungsänderungen geknüpft sein, aber auch eine generelle Sensibilität für das Thema Gesundheit allgemein ist anzutreffen. Die generelle Gesundheitsmotivation gibt Aufschluss darüber, welchen Stellenwert Gesundheit auf der kognitiven Ebene für das Individuum hat und ob dieser Stellenwert zur Motivation beiträgt, etwas für die eigene Gesundheit zu tun. Allerdings bleibt sie ein kognitives Konstrukt, das ausschließlich als Indiz zu werten ist, was dazu führen kann, dass das Gesundheitshandeln deutlich von der generellen Gesundheitsmotivation abweichen kann. In jedem der geführten Interviews sind Textstellen mit Inhalten zur generellen Gesundheitsmotivation vorhanden (s. Tab. 15). Die Gesundheitsmotivation variiert von *nicht vorhanden* über *irgendwie dazwischen* bis zu *sie spielt eine große Rolle*. In insgesamt 18 Interviews wird angegeben, dass Gesundheit eine gewisse Rolle im eigenen Leben spielt. Sechs Interviewpartner billigen der eigenen Gesundheit sogar eine sehr wichtige Rolle zu. Nur drei der interviewten Männer äußern, dass sie nie ein Thema war.

Kategorie	Anzahl	Interviewnummer
Generelle Gesundheitsmotivation	121	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30

Tab. 15: Übersicht der Kategorie Generelle Gesundheitsmotivation (Eigene Darstellung)

Wenn eine gesundheitsbezogene Sensibilisierung vorliegt, so wird sie häufig an einen Einschnitt im Leben geknüpft, wie ihn Herr T.A. in dieser Textstelle beschreibt:

I: […] Was hat bisher, bis heute Gesundheit für ne Rolle für Sie gespielt?
B: Sie war da!
I: Sie war da? (B: Ja.) Gegeben? (B: Ja.) Ja.
B: Und man weiß Sie erst zu schätzen, wenn irgendwas passiert ist … (I: Ja. Mmhm.).
I: Das heißt also- hat Sie jetzt für Sie ne größere Rolle gespielt, oder?
B: Ja, ich bin einmal schwer erkrankt (I: Mm.). Und dann stellte man sich in der Tat die Frage, sagen wir mal, was hast du richtig, was hast du falsch gemacht? Und endet es jetzt plötzlich hier? Ich hatte mal Krebs (I: Mmhm.). Das ist also, Gott sei Dank, erfolgreich behandelt worden (I: Mm.). Und trotzdem stellt man sich die Frage, was ist jetzt los und was soll ich jetzt ändern (I: Ja. Mm.)? Und man ist aber sehr schnell doch dann bei dem Punkt, dass man eigentlich selbst gar nicht weiß, was man ändern soll (I: Mmhm. Mm.). **(27, T.A., Abs.: 1-6)**

Erst eine schwere Krankheit hat Herrn T.A. dazu veranlasst, seine Sicht auf die eigene Gesundheit zu hinterfragen. Aber angesichts seiner Erkrankung stellte er für sich persönlich fest, dass er nicht weiß, was er ändern sollte. Somit wurde die Aufmerksamkeit durch das kritische Lebensereignis Krankheit kurzfristig auf den Umgang mit der eigenen Gesundheit gelegt, verblieb aber auf der kognitiven Ebene und zeigte keine Auswirkungen auf das eigene

Handeln. Herr C.X. gibt ebenfalls an, dass Gesundheit bislang keine große Rolle für ihn gespielt hat, aber im Gegensatz zu Herrn T.A. hat er seinen Lebensstil durch spürbar werdende Alterserscheinungen angepasst:

I: […] Wenn Sie jetzt an Ihr Leben bisher denken, hat Gesundheit da irgendwo ne Rolle gespielt oder welche Rolle hat sie gespielt für Sie im Leben?
B: Das hat die Rolle gespielt, dass ich, Gott sei Dank, nahezu immer gesund war (I: Ja. Ja.) und bin und eigentlich nie etwas Nennenswertes zu beklagen hatte (I: Ja. Ja.)… Und so gesehen braucht ich mir darüber noch nicht so schrecklich viele Gedanken machen (I: Ja. Ja. Ja.)…
I: Also das war für Sie kein- kein Thema bisher?
B:...In den letzten Jahren etwas mehr (I: Ja. Ja. Ja.) mit zunehmendem Alter macht man sich halt schon Gedanken (I: Ja. Ja. Ja.), ob man da 'n bisschen tun kann (I: Mm.), was ändern kann (I: Mm.). Hab ich auch gemacht. Ich mach Sport (I: Ja.) und (..?) (I: Ja.). Hab die Ernährung so'n bisschen umgestellt (I: Ja.). **(26, C.X., Abs.: 1-4)**

Die Textstelle verdeutlicht, dass es sich bei Herrn T.A. nicht um einen großen Einschnitt handelte, der sogar zu Anpassungen im Verhalten führte, sondern um einen eher schleichenden Prozess, der Dinge spürbar machte. Im Gegensatz zu Herrn T.A. hat Herr C.X. diese Veränderungen nicht nur wahrgenommen, sondern laut seiner Darstellung sogar Anpassungen seiner Verhaltensweisen vorgenommen. Diese beiden Textstellen verdeutlichen, dass externe Einflüsse eine Rolle für die Sensibilisierung spielen, auch wenn sie nur von kurzer Dauer ist. In der überwiegenden Zahl der Interviews wird auf die direkte Frage, inwiefern Gesundheit eine Rolle gespielt hat, angegeben, dass sie keine bzw. keine große Rolle gespielt hat. Einschnitte und Veränderungen durch Einflüsse werden erst später thematisiert. Herr T.Y. stellt mit seiner Äußerung, die von großer Bewusstheit zeugt, eine Ausnahme dar:

I: […] Und deswegen möchte ich Sie fragen, was hat Gesundheit für eine Rolle bisher rückblickend in Ihrem Leben bis heute gespielt?
B: Es hat eine große Rolle gespielt. Es fängt damit an, dass ich eigentlich kaum krank war (I: Mmhm.). Und ich hatte ne Blinddarmoperation und mal'n Schnupfen und ne Grippe, aber das war's auch. Und es ist mir einfach'n großes Gefühl von Wohlbefinden und Energie verleiht (I: Mmhm.). Insofern hat's für mich'n ganz hohen Stellenwert (I: Mm.) und ich versuche einiges zu tun, dass es so bleibt (I: Mmhm.). **(13, T.Y., Abs.: 1-2)**

Die aus der Äußerung hervorgehende Bewusstheit für die eigene Gesundheit von Herrn T.Y. durchzog das gesamte Interview. Sehr bewusst gewählte Formulierungen verdeutlichen, einen hohen Grad an Sensibilisierung für das Thema Gesundheit, die bis in das *Gesundheitshandeln* hineinreicht. Der nächste Abschnitt widmet sich dem Gesundheitshandeln, das als Oberkategorie auf die subjektiven Gesundheitsvorstellungen folgt.

6.1.2 Gesundheitshandeln

Die Oberkategorie *Gesundheitshandeln* umfasst alle Textstellen, in denen ein bewusstes, absichtsvolles und zielgerichtetes Handeln für die eigene Gesundheit beschrieben wird (s. Anh. Abb. XI). Über die subjektive Bewertung des Interviewpartners wurde ein solches Gesundheitshandeln als bedeutungsvoll definiert und mit einem Gesundheitsbezug versehen. Im Zuge der Sichtung der Interviews traten Textstellen hervor, die ein gesundheitsbezogenes Handeln beschrieben, denen jedoch der subjektive Gesundheitsbezug durch den Interviewpartner fehlte. Dieses gesundheitsbezogene Handeln erhielt im Kontext des Alltagshandelns unter Berücksichtigung lebensweltlicher und biografischer Zusammenhänge eine eindeutige Zuordnung. Die Sichtung der Interviews allerdings zu einer induktiven Differenzierung, aus der die in Tab. 16 dargestellten Subkategorien hervorgingen.

Subkategorien	Anzahl	Interviewnummer
Explizites Gesundheitshandeln - individuell	135	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30
Explizites Gesundheitshandeln - sozial	37	1, 2, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 19, 20, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 30
Implizites Gesundheitshandeln - individuell	46	3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 16, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 26, 27, 28, 29, 30
Implizites Gesundheitshandeln - sozial	44	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 26, 30

Tab. 16: Übersicht der Subkategorien der inhaltlich geprägten Gesundheitstheorien (Eigene Darstellung)

Die Unterteilung in diese Subkategorien, explizites bzw. implizites Gesundheitshandeln, ist darauf zurückzuführen, dass mehrere Textstellen verdeutlichten, dass ein Gesundheitshandeln nicht immer mit einem Gesundheitsbezug versehen wird bzw. dieser auch auf Nachfrage nicht herzustellen ist. Somit wären diese Textstellen nach dem bisherigen Begriffsverständnis nicht unter das Gesundheitshandeln einzuordnen, wie die Aussage von Herrn O.J. verdeutlicht:

I: Ist das etwas, was Sie für Ihre Gesundheit tun?
B: Nö.
I: In Ihrer Freizeit? Also Sie sehen dann keinen?
B: Das hat mit- nee, das hat mit Gesundheit gar nichts zu tun (simultan). Das is einfach nur'n Ausgleich. Also ich kann mich dabei entspannen (I: Ja.). Das is so ne Arbeitsteilung, ne. Wenn ich mal so'n Wochenende was koch, was will ich'n sagen Nachmittag. Dann verschwind um 2 in der Küche und komm um 5 wieder raus (I: Mmhm.). Und meine Frau macht dann irgendwas anderes (I: Mm.). Und dann gehen wir uns nich gegenseitig auf'n Keks und nerven uns nich, aber wir sind zusammen nachher fertig, ne.
I: Also die- das Kochen is dann Entspannen?
B: Das entspan- entspannt mich, ja. Ich hab in der Küche'n Fernseher, 'n Radio (I: Mmhm.). Dann setz ich mich dahin, guck fernsehen, köchel da rum (I: Mmhm.). Ab und zu nehm ich auch was aus'n Topf, bring meiner Frau das und sag: "Probier mal." Bravo und bin wieder weg (I: Mmhm.). Ja, das mach ich dann, ja.. **(2, O.J., Abs.: 107-112)**

Herr O.J. verneint den Gesundheitsbezug deutlich, nimmt sein Handeln aber als einen Ausgleich wahr, den er sogar als entspannend wahrnimmt. An dieser Stelle findet eine Vermischung des Gesundheitshandelns, geprägt aus subjektiver Sicht, und des Gesundheitsverhaltens, geprägt aus objektiver Sicht, statt. Objektiv betrachtet handelt Herr O.J. gesundheitsfördernd, lehnt diesen Bezug aber aus subjektiver Perspektive ab, d.h. er kann oder möchte diesen Zusammenhang nicht bewusst herstellen. Nichtsdestotrotz ist dieser Aspekt objektiv aus der Gesundheitsexpertenperspektive betrachtet in seinem Handeln implizit enthalten. Vor diesem Hintergrund wurde eine Untergliederung der Kategorie in ein explizites und ein implizites Gesundheitshandeln vorgenommen. Unter dem impliziten Gesundheitshandeln wurden alle Textstellen subsummiert, in denen die Benennung bzw. Annahme eines Gesundheitsbezugs fehlte. Die Einschätzung des Gesundheitsexperten erscheint an dieser Stelle sinnvoll, da der Interviewpartner den potenziellen Nutzen für seine Gesundheit im eigenen Handeln nicht erkennt bzw. benennt. Dieser fehlende Bezug mag darauf zurückzuführen sein, dass das gesundheitsbezogene Verhalten mit dem Alltagshandeln verwoben ist und ihm deshalb kein Gewicht gegeben wird. Im Falle von Herrn O.J. mag auch die Orientierung an einem normalen Maß an Gesundheit die Begründung für eine fehlende Benennung sein (s. Abschnitt 6.2.2).

Das explizite Gesundheitshandeln auf individueller und auf sozialer Ebene setzt hingegen den bewusst vom Subjekt herstellten Gesundheitsbezug voraus, wie die Äußerung von Herrn H.C. zeigt:

I: […] Gibt's da noch irgendwas?
B: Ja, ich versuch hier dem Makel des Alkoholismus zu entfliehen (lächelnd). Deshalb faste ich, sag ich mal, in Anführungsstrichen immer so (I: Mm.) vier, fünf Monate so (I: Mmhm.). Wo ich sag, wat weiß ich, Anfang des Jahres ist immer nicht so viel los. Und versuche ich halt, ich trink, was weiß ich, jetzt für vier, fünf Monate keinen Alkohol oder dergleichen. Solche Dinge mache ich auch mal (I: Ja.). Oder faste mal so richtig heilfasten mal so ein, zwei Wochen (I: Also im Frühjahr, oder?). Im Frühjahr (I: Ja.) mal so. Ja, ja. (I: Mm. Ja.). Wenn mir mal danach is (I: Ja.) und wenn ich Lust dazu habe (I: Mm.). Also ich mach das nie, wenn ich keinen Bock dazu hab (I: Mm. Ja.).
I: Und was ist so Ihr Motiv, dass Sie das machen, also mal-?
B: Nee, einmal nur zu sehen, ob's auch ohne geht, weil der Grad (I: Mm.), sag ich mal, (I: Mm.) relativ eng is immer (I: Mm. Mm.). Und weil ich mir dann sage, mh, es geht ja auch ohne (I: Mmhm.).
[…]
I: Wie viel Alkohol trinken Sie denn jetzt, wenn Sie jetzt- Trinken Sie regelmäßig zum Essen Alkohol, oder?
B: Also ich denk mal, ich trinke am Tag so anderthalb Liter Wein (I: Mm.), sag ich mal so. Mm.
[…]
I: Aber Sie ham das Gefühl, dass das irgendwie so ok ist? Ich mein, Sie kommen ja aus einem-
B: Ich find's ok. Ja (I: Ja, ja?). Ich find 's ok.
I: Ja, und Sie haben aber auch die- das Gefühl, Sie haben die Kontrolle, weil Sie auch sagen, also das sind dann bewusst auch so diese Mechanismen, dass Sie halt sagen, ich versuch jetzt mal 'n paar Monate ohne auszukommen.
B: Ja, ich sag mal, ich trink jetzt vier Wochen gar nix so (I: Mm. Ja.). Mittendrin im Jahr oder so (I: Mm.). **(30, H.C., Abs.: 153-174)**

Diese Textstelle zeigt, dass Herr H.C. sein Trinkverhalten als *ok* definiert, sich des Risikos einer Alkoholabhängigkeit aber dennoch soweit bewusst ist, dass er in gewissen Abständen keinen Alkohol trinkt, um zu überprüfen, ob er auch ohne regelmäßigen Alkoholkonsum auskommt. Seine Formulierungen spielen das eigene Verhalten herunter, und erst auf Nachfrage gibt er die Trinkmenge an, die er wiederum auf eine weitere Nachfrage als in Ordnung einstuft. Das Gesundheitshandeln von Herrn H.C. ist als präventiv einzustufen und zeigt gleichzeitig, dass Herr H.C. sein Trinkverhalten nicht als so risikoreich einstuft, wie es ihm aus ärztlicher Sicht bereits vermittelt wurde.

Über diese Unterscheidung in explizit und implizit hinausgehend wurde für beide Kategorien eine Unterteilung in ein individuelles bzw. soziales Gesundheitshandeln vorgenommen, um herauszuarbeiten, ob das Handeln eigenständig oder in Anbindung an andere Personen umgesetzt wird. So ist das explizite Gesundheitshandeln von Herrn M.H. im Bereich Ernährung familiär eingebunden und vom Gedanken geprägt, mit dieser Umstellung den Kindern im besten Falle etwas Gutes zu tun:

I: Und Sie haben vorhin gesagt, im Bereich Ernährung sich bewusst ernähren, das is auch heute'n Thema. War das bei Ihnen schon immer so oder hat sich das auch verändert?
B: Also es war immer'n bisschen da. Aber es sich eigentlich so die letzten 10 Jahre verändert (I: Mmhm.). In den letzten 10 Jahren is es'n bisschen doller geworden. Da haben wir einfach mehr drauf geachtet, dass wir, ja also, einfach gut essen, ne (I: Mm.). Also viele Bioprodukte und so was. Weil man irgendwie merkt auch, also gerade mit Kindern. Man hat das Gefühl mit Kindern, man selber für sich hat das Gefühl, das is eigentlich egal (I: Mmhm.). Man tut das, weil es is'n guter Geschmack, der dabei is (I: Mm.). Es schmeckt einfach anders und man hat'n gutes Gefühl dabei. Aber Tests haben ja nachgewiesen, dass das für die Lebenserwartung und für die Gesundheit eigentlich keine Rolle spielt (I: Mm.). Aber ich bin trotzdem der Überzeugung, egal was man testet, dass man den Kindern damit was Gutes mit auf'n Weg gibt (I: Mmhm.). So und deswegen haben wir das irgendwann mal eingeführt, als die Kinder dann da waren und, und man selber hat einfach'n gutes Gefühl dabei (I: Mmhm.). Und isst mit'm, mit'm andern Appetit (I: Mmhm.). Einfach besser eben (I: Mmhm.). **(10, M.H., Abs.: 145-146)**

Die Darstellung von Herrn M.H. verdeutlicht, dass ihm die widersprüchlichen Aussagen in Bezug auf den Gesundheitsgewinn dazu bekannt sind, aber dennoch das gute Gefühl beim

Essen überwiegt. Dieses positive Gefühl mag in diesem Fall zusätzlich dadurch getragen werden, dass die gesamte Familie diese Ernährungsform mitträgt.

Die beiden dominanten Subkategorien des Gesundheitshandelns sind die des individuellen, expliziten Gesundheitshandelns mit 135 Textstellen und die des sozialen, impliziten Gesundheitshandelns mit 44 Textstellen. Dies mag darauf zurückzuführen sein, dass ein nicht bewusst wahrgenommener Gesundheitsgewinn im sozialen Miteinander häufiger vorkommen kann und dass eine bewusste Zuordnung des Gesundheitshandelns auf die eigene Person bezogen abgefragt wird.

Als weitere Subkategorie der Oberkategorie *Gesundheitshandeln* wurde die *Gesundheitsvision* angelegt. Sie ist mit 79 Textstellen in allen Interviews zu finden, da der jeweilige Interviewpartner direkt nach seiner Zukunftsvision für sich und seine Gesundheit gefragt wird (s. Abb. 17).

Subkategorien	**Anzahl**	**Interviewnummer**
Gesundheitsvision	79	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30

Tab. 17: Übersicht der Subkategorie Gesundheitsvision (Eigene Darstellung)

Diese Subkategorie erfasst alle Textstellen, die Handlungsvorsätze der Interviewpartner beinhalten. So sieht Herr S.Z. beispielsweise für sich in den nächsten Jahren altersbedingte Anpassungen im Sportbereich, um weiterhin Sport treiben zu können, aber dann dem eigenen Altersniveau entsprechend:

I: Ich mein, wenn Sie jetzt in die Zukunft gucken, wenn Sie jetzt fünf Jahre in die Zukunft denken (B: Mm.). Können Sie sich vorstellen, dass sich da was verändert?
B: Ja. Ich denk schon beim Sport, dass das noch schwieriger wird (I: Mm.), da so mitzuhalten (I: Mm.) .. mit den Jungen. Also denn müsste man vielleicht mal 'n was anderes machen.. eine andere Sportart [...] (I: Ja.).
I: Also Sie können sich vorstellen, dass wenn Sie dann irgendwie merken, dass geht da doch nicht mehr so, dass man so mithalten, dass Sie dann etwas anders machen?
B: Ja. Oder eben keinen Wettkampfsport mehr (I: Ja.). Man kann ja auch so'n- gibt ja so Volleyball-Cliquen, oder so (I: Ja.), gibt es auch (I: Ja.). Und da gibt es dann eben keinen Wettkampf mehr. Da geht man hin, um sich halt einmal in der Woche zu bewegen. **(23, S.Z., Abs.: 205-208)**

Formulierungen, wie *vielleicht mal was anderes machen* bzw. oder *eben keinen Wettkampfsport mehr*, geben einen Hinweis darauf, dass Herrn S.Z. diese Veränderung nicht leichtfallen wird und damit seine Vision von einer abnehmenden Leistungsfähigkeit im körperlichen Bereich für ihn derzeit nicht positiv besetzt ist. Die Vision, *Dinge altersbedingt anzupassen* bzw. *der Wunsch, dass sich die aktuelle Situation nicht verschlechtert,* prägt die überwiegende Anzahl der Interviews. So bringt Herr L.G. Letzteres wie folgt auf den Punkt:

I: Wenn Sie selber sagen sollten, wo würden Sie's- wo würden Sie sich in 5 Jahren mit Ihrer Gesundheit sehen? Also Sie können auch gerne aufteilen in ideal und real, aber wo würden Sie sich in 5 Jahren sehen?
B: Na, ich kann das ja nun, wenn ich in die Zukunft blicke, real ja gar nicht sagen (beide belächelnd). Also ich denke, in den nächsten 5 Jahren bleibt das alles, so wie es is (I: Mmhm. Mm.). Also gut (I: Mmhm.). **(14, L.G., Abs.: 205-208)**

Herr L.G. unterstreicht in seiner Aussage das Moment der Ungewissheit bei einem Blick in die Zukunft und legt sich im nächsten Satz dennoch darauf fest, dass alles auf dem heutigen Stand erhalten bleiben soll.

Die nächste Subkategorie der *Gesundheitshandelnshemmnisse* ist etwas weniger vertreten als die Gesundheitsvision (s. Tab. 18). Die schließt alle Textstellen ein, die reflektierte Begründungen der Interviewpartner enthalten, warum ein Gesundheitshandeln nicht möglich ist.

Subkategorien	Anzahl	Interviewnummer
Gesundheitshandelnshemmnisse	54	2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 25, 27, 28, 29

Tab. 18: Übersicht der Subkategorie Gesundheitshandelnshemmnisse (Eigene Darstellung)

So beschreibt Herr R.Y. beispielsweise eine Hemmschwelle, die ihn daran hindert, sein Lauftraining wieder aufzunehmen:

I: Wenn Sie sagen, Sie haben in diesem Zeitraum oder in d- bei und durch dieses Laufen die kreativsten Ideen bekommen. Gibt es denn Punkte heute, wo Sie sagen, das vermissen Sie? Würden Sie- hätten Sie das gerne noch mal wieder aufgegriffen oder is das so, dass Sie-
B: Also ich- ich würd es gerne tun. Aber wie gesagt es is eben diese- die Hemmschwelle. Es mag das Alter sein. Es- es kann sein, sag ich mal, dass man heute nicht mehr die- die Fähigkeit- die Zeit so einzu- einzuteilen (I: Mm.), oder es kann ebent auch einfach das Thema Bequemlichkeit sein (I: Mmhm.). Bei mir is das wahrscheinlich das Letztere jetzt (I belächelnd). **(19, R.Y., Abs.: 67-68)**

Er ist bemüht, durch diverse Gründe dieser Hemmschwelle Gewicht zu verleihen, beendet seine Darstellung allerdings mit dem offenen Eingeständnis, dass es bei ihm wahrscheinlich an der Bequemlichkeit liegt. Dieses ehrliche Bekenntnis zu den wahren Gründen, warum nicht mehr in die eigene Gesundheit investiert wird, prägt häufig die Darstellung der Gesundheitshandelnshemmnisse. D.h. die Interviewpartner sind sich durchaus bewusst, dass Handlungspotenzial vorhanden ist, aber Zeit bzw. auch einfach der Wille fehlt, etwas daran zu ändern. Die zeitliche Eingebundenheit in Beruf und Familie wird am häufigsten als externer Faktor benannt. Die Gesundheitshandelnshemmnisse schließen die Oberkategorie des Gesundheitshandelns ab. Nachfolgend wird in den Ausführungen die Oberkategorie *Männliche Geschlechtsrolle* dargestellt.

6.1.3 Männliche Geschlechtsrolle

Die männliche Geschlechtsrolle wurde im Leitfaden nicht direkt thematisiert, jedoch über die Auswahl der Untersuchungsgruppe und den Bereich *Familie und Freizeit* mitgeführt. Vor diesem Hintergrund konnte die Oberkategorie *Männliche Geschlechtsrolle* gebildet werden (s. Anh. Abb. XII-XIV). Unter dieser Oberkategorie sind alle Textstellen zusammengefasst, die Aussagen zur Geschlechtsrolle des Mannes enthalten. Als relevante Kategorien wurden *das leistungsbezogene Selbstkonzept*, *das Körperkonzept, das emotionale Selbstkonzept* und *das soziale Selbstkonzept* angelegt, die nachfolgend eingehend beschrieben werden. Das soziale Selbstkonzept schließt die sich selbst zugeschriebenen Rollen der Männer mit ein.

6.1.3.1 Leistungsbezogenes Selbstkonzept

Die Kategorie des *Leistungsbezogenes Selbstkonzeptes* schließt alle Textstellen der interviewten Männer ein, die das eigene Selbst unter leistungsbezogenen Aspekten abbilden (s. Anh. Abb. XIII). Die Bandbreite der zugeordneten Aussagen reicht von der Beschreibung persönlicher Stärken und Schwächen bis hin zu einer Einordnung unter spezifischen Eigenschaften, die in Tab. 19 dargestellt sind. Die Subkategorien *Stärken* und *Schwächen* wurden über eine Fragestellung in der Sektion *Beruf* des Leitfadens direkt angesprochen.

Subkategorien	Anzahl	Interviewnummer
Stärken	20	1, 4, 5, 8, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 22, 23, 25, 27, 28, 30
Schwächen	20	1, 2, 4, 5, 8, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19
Herausforderung	2	27
Herausforderung - Berufliche Herausforderung	15	1, 4, 5, 7, 9, 11, 16, 20, 25
Herausforderung - Geistige Herausforderung	1	11
Verantwortung	16	2, 3, 5, 6, 7, 10, 11, 23, 24, 27, 28
Leistungsanspruch	15	1, 6, 9, 13, 17, 21, 28
Führungsschwierigkeiten	8	2, 14, 27
Selbstaufwertung	2	2
Routine	1	2
Disziplin	7	12, 13, 18, 20, 26, 30
Anerkennung	4	2, 4, 9
Ausdauer	3	11, 13
Ehrgeiz	3	7, 11

Tab. 19: Übersicht der Subkategorien des leistungsbezogenen Selbstkonzeptes (Eigene Darstellung)

Es wird deutlich, dass die Subkategorien Stärken, Schwächen, Berufliche Herausforderung und Verantwortung am stärksten ausgeprägt sind. Die Besetzung der ersten beiden Subkategorien mag darauf zurückzuführen sein, dass sie ohne direkte Benennung der Begriffe, wie im nachfolgenden Zitat dargestellt, abgefragt werden. In dieser Textstelle hebt Herr T.A. sein ganzheitliches Denken als besondere Stärke hervor:

I: Is klar. Ich mein, so ein- im Projekt, in solchen Projekten is man sehr aufeinander angewiesen (B: Ja. Ja) und is auch 'n kleiner- kleine Gruppe. Und wenn da irgendwo die soziale Chemie nicht stimmt (B: Genau.), dann is das 'n Problem. Was würden Sie sagen, können Sie beruflich besonders gut? Also was sehen Sie, was- was-
B: Ganzheitliches Denken, hoff ich (I: Ja. (lächelnd)). Sag ich jetzt mal. Eben nicht diese Suboptimiererei, (I: Ja.) sondern den ganzheitlichen Ansatz zu tragen. (I: Ja. Also auch-) Und das is auch der Reiz dieses Projektes. **(27, T.A., Abs.: 65-66)**

Er grenzt sich in seiner Aussage von einem Verständnis der Suboptimierung ab, die für ihn im Gegensatz zum ganzheitlichen Ansatz übertrieben zu sein scheint. Sich einer ganzheitlichen Sichtweise zu verschreiben, macht ihn seiner Meinung nach besonders gut in seiner täglichen Arbeit. Die Stärken werden in den meisten Interviews sehr direkt benannt, was im Falle der Schwächen seltener der Fall ist. Die nachfolgende Aussage von Herrn G.N. bildet in dieser Hinsicht in ihrer Offenheit eine Ausnahme:

I: Und wo würden Sie für sich persönlich gerne mehr machen, wenn Sie das könnten- wenn Sie- wenn Sie denn in einem Bereich, den Sie (...)-
B: Wo würd ich mehr machen? Ich würde- ich bin nicht unbedingt derjenige, der offen auf völlig Fremde zugeht. Also es fällt mir sicherlich schwerer neue Kunden- Nicht-Kunden anzusprechen (I: Mmhm.) als mich mit etablierten Adressen zu unterhalten (I: Ja. Mmhm.). **(15, G.N., Abs.: 17-18)**

Herr G.N. bekennt sich sehr deutlich dazu, dass ihm Neukundengespräche mit einer fremden Person schwer fallen. Er reflektiert für sich, dass er in diesem Bereich Verbesserungspotenzial hat. Inwieweit er bereit ist, an dieser Stelle Veränderungen anzugehen, geht aus der Textstelle nicht hervor, da Herr G.N. die Beantwortung der Frage mit diesem Satz abschließt. Über alle Interviews hinweg werden vor allem der administrative Bereich bzw. die Routinetätigkeiten als Dinge benannt, die den interviewten Männern schwerer fallen. Im Bereich der Stärken gibt es größere Variationen, aber die Verbindung zum eigenen Team bzw. zu den eigenen Mitarbeitern ist ein Faktor, der die Interviews an dieser Stelle eint.

Die Subkategorie *Herausforderung* ist nochmals in die berufliche und geistige Herausforderung unterteilt, wovon erstere stärker besetzt ist. Die berufliche Herausforderung, festgemacht an einer Aufgabenvielfalt, beschreibt Herr P.W. als etwas, was er mit Freude und Spaß verbindet:

I: Also die Aufgabenvielfalt (B: Ja.), wenn die an einem Tag zusammen kommt (B: Ja.), is es eher Spaß (B: Ja.) und Freude (B: Genau.) und- und- und eine Herausforderung (B: Ja.) und keine Belastung (B: Ja.)?
B: Es g- is also keine Belastung, sondern is eher Spaß und Freude. Und dieser Herausforderung stell ich mich auch lieber (I: Mmhm.), als wenn ich jetzt, auf Deutsch gesagt, warten würde, und is- ich bin auch nich der Typ- ich kann auch nich warten. **(11, P.W., Abs.: 29-30)**

Herr P.W. verdeutlicht, dass er die Aufgabenvielfalt nicht als belastend wahrnimmt, denn in Kombination mit dem emotionalen Anteil seines Selbstkonzepts der Ungeduld wird sie für ihn zu einer Herausforderung, die er braucht. Die Subkategorie *Ungeduld* im Bereich des emotionalen Selbstkonzepts ist insgesamt mit drei Textstellen besetzt (s. Abschnitt 6.1.3.3). Die Subkategorie *Geistige Herausforderung* wird über eine sehr ausführliche Aussage von Herrn P.W. besetzt. In dieser hebt er hervor, dass eine Tätigkeit als Dozent und der damit verbundene Umgang mit jungen Menschen ihn geistig herausfordert und mental fit hält. Es sieht für sich den positiven Effekt aus dieser Tätigkeit, dass er thematisch am Ball und geistig flexibel bleibt.

Die Subkategorie *Verantwortung* umfasst alle Textstellen, in denen die interviewten Männer Äußerungen bezüglich der von ihnen wahrgenommene Verantwortung tätigen. Diese kann sich sowohl im beruflichen als auch im familiären Bereich bewegen. So beschreibt Herr N.J. beispielsweise die berufliche Erwartung an ihn, die mit seiner beruflichen Verantwortung einhergeht, dass das Tagesgeschäft reibungslos läuft:

I: Und- und wenn Sie sagen flexibel, das heißt also, Sie entscheiden, wann Sie anfangen? Oder is das- is das-
B: Ich entscheide, wann ich anfang. Und ich entscheide, wann ich geh (I: Mmhm.). Und das is immer das Problem (I: Mmhm. Also das is das-). Das Gehen (I: Das Gehen?). Das Gehen.
I: Also weil dann das Verantwortungsgefühl in dem Moment haben und dann hierbleiben oder noch was anfällt? Oder woran- oder woran machen Sie das fest, dass Sie sagen, das Gehen wir dann schwierig?
B: Weil man einiges sieht, was läuft. Und da hat man dann'n schlechtes Gefühl, wenn man nach Hause gehen würde (I: Mmhm.) würde (I: Mm.) dann. Dann würde das am nächsten Morgen genauso sein (I: Mmhm.) **(6, N.J., Abs.: 33-36)**

Es wird deutlich, dass Herrn N.J. sich der Freiheit bei seiner Zeiteinteilung deutlich bewusst ist. Er sieht aber gleichzeitig, dass die hinzugewonnene Verantwortung dazu führt, dass die Freiheit, einfach zu gehen, begrenzt ist. Er nimmt für sich die Verpflichtung wahr, dass die Tätigkeiten in seinem Bereich ordnungsgemäß funktionieren, und dadurch fällt es ihm schwer zu gehen, wenn etwas nicht optimal läuft. Somit geht für Herrn N.J. mit der Verantwortung im beruflichen Bereich, eine gewisse Leistung abzuliefern, eine Begrenzung seiner neu erworbenen Freiheitsgrade einher. Die meisten Männer beschreiben Freiheitsgrade, aber auch die Abhängigkeiten von einer Leistungserbringung im beruflichen Bereich und damit beide Seiten ihrer verantwortungsvollen Tätigkeit. Zudem wird in anderen Interviews sowohl die wahrgenommene Verantwortung für die untergebenen Mitarbeiter, als auch eine familiäre Verantwortung z.B. als Alleinverdiener beschrieben. Allen interviewten Männern gemein ist, dass sie sich der ihnen übertragenen Verantwortung verpflichtet fühlen. Dies wird durch die Subkategorie *Leistungsanspruch* zusätzlich unterstrichen, da diese Textstellen enthält, in denen der persönliche Leistungsanspruch zum Ausdruck kommt, wie nachfolgend im Zitat von Herrn G.B. sichtbar wird:

I: Würden, würden Sie darin auch ein- oder haben- sehen Sie darin heute auch ein Risiko Ihrer, Ihrer beruflichen Tätigkeit?

B: Ich glaube nich, wissen Sie, ich sag's ma so, würde man immer im Bereich dessen, was man kann, agieren, dann würde man nie zu einer höheren Leistung kommen (I: Mmhm.). Ich glaub, dann würde man verblöden. Also das is zu anspruchslos. Also insofern in gewisserweise sozusagen an der Grenze dessen, was man kann, zu arbeiten, is, glaub ich, wenn es nich übertrieben häufig is, gesund, so möcht ich mal sagen, ja. Von daher ist das in Ordnung, was ich da beschreibe. **(1, G.B., Abs.: 17-18)**

Er sieht das Austesten der eigenen Grenzen als gesund an, um sich in Richtung höherer Leistungen zu bewegen und legitimiert damit den eigenen Leistungsanspruch für sich. Nicht in jedem Interview wird der Leistungsanspruch als selbst auferlegt beschrieben, sondern auch sehr zwiespältig betrachtet, wenn er von außen gegeben ist. In solchen Fällen wird der Leistungsanspruch auch mit belastenden Momenten in Verbindung gebracht. Er kann aber auch in Form einer Erwartungshaltung auf die Leistung der Mitarbeiter gerichtet sein, welche die Mitarbeiter zu erfüllen haben.

Passend hierzu sind in der Subkategorie *Führungsschwierigkeiten* Textstellen zu finden, in denen die Schwierigkeiten, mit Ungereimtheiten im eigenen Team umzugehen, beschrieben werden, wie von Herrn T.A. dargestellt:

I: Ja, was Sie vorher gesprochen haben, das es ja manchmal 'n Problem is, dass im Team, ja, was unterschwellig mal sein kann (B: Ja.). Das kann sich ja durchaus zu ner Belastung auch für das Team (I: Ja klar. Ja.) oder für den Einzelnen auch auswachsen. Ja, also, ja (B: Ja. Absolut, absolut.). Würden Sie daran durchaus m- mögliche Risiken auch sehen? Also auf dieser psychologischen Ebene -?
B: Ja, also die (simultan)- Ja klar. Also das geht irgendwann auf'n Magen (I: Ja. Ja.). So was kann auch den Magen gehen (I: Ja. Ja.). Wenn irgendjemand im Team, sagen wir mal, ganz anders spielt als der Rest (I: Mm.). Und man ihn aber vielleicht fachlich sogar braucht (I: Mmhm.), aber er von der Seite vielleicht gar nicht so rein passt oder rein will (I: Mm.), dann kann das ne Belastung für alle sein (I: Ja. (einatmend)). Und als Teamverantwortlicher nimmt man natürlich speziell solche Belastungen auf sich (I: Ja, ja. Also da-). Sonst würde man da ne dicke Haut haben und wäre gleich- gleich nicht mehr der Richtige an der Stelle (I: Ja.). **(27, T.A., Abs.: 99-100)**

Er schildert die Probleme, ein Teammitglied zu integrieren, als belastendes Ereignis und sieht für sich an dieser Stelle eine Begrenzung als Verantwortlicher für sein Team, die ihm auf den Magen schlägt. In einem anderen Interview werden von Herrn L.G. Anlaufschwierigkeiten mit dem weiblichen Personal nach Übernahme der Führungsposition beschrieben, die sich aber mit der Zeit auflösten. Aber auch eine fehlende Zuhörfähigkeit wird von Interviewpartner Herrn O.J. als Schwäche eingeräumt, die Schwierigkeiten verursacht hat. Herr O.J. ist insgesamt bezüglich seiner Leitungstätigkeit sehr kritisch mit sich selbst. So räumt er ein, dass es ihn Zeit gekostet hat, mit der ihm übertragenen Führungsverantwortung umzugehen und beschreibt den Umgang mit einigen Informationen sogar als belastend.

Andererseits beschreibt Herr O.J. in der Subkategorie *Selbstaufwertung* ein beinahe wettbewerbsorientiertes Verhalten bezüglich körperlicher Leistungsfähigkeit gegenüber seiner Frau. Er betont im nachfolgenden Zitat, dass seine Frau bei den intensiveren Bewegungseinheiten zuschaut bzw. beim intensiven Bergauffahren mit dem Fahrrad nicht mehr hinterher kommt:

B: […] Abreagieren tu ich mich dann vormittags, wenn ich dann mal'n paar Abfahrten mach, ne (I: Mm.). Da guckt meine Frau dann zu.
I: Is das, is das Radfahren, wenn, wenn Sie sagen abreagieren beim Ski fahren, is das Radfahren auch so, ja, abreagieren dann (B: Auch.) in dem Moment? Auch!
B: Vor allem wenn's berghoch geht und meine Frau kommt nich hinterher (I belächelnd). Und ich hechel da mit- pft, pft, pft. Dann sagt sie immer: "Ja, du hast ja 21 Gänge." Ich hab 24 Gänge. "Und ich hab nur 7", sagt sie. Daran liegt das. Ich sag, gut, sag ich, ne (I belächelnd). **(2, O.J., Abs.: 141-144)**

Herr O.J. wertet sich selbst und seine Leistung in den Formulierungen auf, indem er seine Frau

als körperlich nicht gleichwertig ausdauernd beschreibt. Gleichzeitig beschreibt Herr O.J. *Routine* als wichtigen Faktor für sich, um gesundheitsbezogen aktiv zu sein. Allein sieht er sich nicht dazu in der Lage, die Disziplin aufzubringen, Aktivitäten aufrecht zu erhalten. Diese Darstellung von Herrn O.J. bildet die Basis der Subkategorie *Routine*.

Die Subkategorie *Disziplin* schließt Textstellen ein, in denen die interviewten Männer ihre von Disziplin geprägten Maßnahmen beschreiben, wie z.B. Herr K.F. in Bezug auf sein Gewicht:

I: Gibt es- gibt es Dinge, die Sie bewusst für Ihre Gesundheit in Ihrer Freizeit tun, die sich im Laufe Ihres Lebens vielleicht entwickelt haben, die sich vielleicht im Laufe der Jahre verändert haben, für die Sie sich dann entschieden haben, weil Sie sagten, es is ein wichtiges Thema gewesen? Hat sich da- gab es da Veränderungen, wo Sie was haben?
B: Nee (simultan), eigentlich nich (sehr leise). Hab immer versucht, Sport zu machen (I: Mmhm.). Man muss natürlich auch viel Sport machen teilweise, um das Gewicht wieder runterzubringen (I: Mmhm.). **(18, K.F., Abs.: 85-86)**

In anderen Fällen, wie bei Herrn B.I., wird deutlich, dass es sich um eine Form von Disziplin handelt, die z.B. im Urlaub auch Ausnahmen zulässt. Dann werden nach dem Urlaub die überschüssigen Pfunde wieder reguliert. Herr C.X. räumt bezüglich seiner Disziplin ein, dass sich eine Ernährungsumstellung körperlich gut anfühlt, sie aber optisch nach außen wenig sichtbar ist, was jedoch nicht dazu führt, dass er sie schleifen lässt. Das Wohlgefühl durch seine Ernährungsumstellung veranlasst ihn dazu, diese beizubehalten.

Die Subkategorie *Anerkennung* subsummiert Zitate, die Angaben der interviewten Männer zum Erhalt von Anerkennung beinhalten, wie es Herr F.M. beschreibt:

I: Sie sagen, das macht Ihnen Spaß. Was fällt Ihnen- gefällt Ihnen denn ganz besonders gut an Ihrer beruflichen Tätigkeit?
B: Der Kontakt mit den Kunden (I: Mm.). Auch letztendlich die Bestätigung. Du kriegst ja heute- heutzutage kaum noch Bestätigung jetzt von deinen eigenen Vorgesetzten- von deinem eigenen Apparat. Das is ja out. Das hat es früher mal gegeben. Irgendwie ham die Leute das verlernt. Mag sein, dass das'n Zeitgeist ist (I: Mmhm.). Und ich bekomme also sehr viel Anerkennung- oder wenn du dann halt wie in dem Beispiel jetzt tatsächlich Freitagabend um halb 6.00 da noch zum Kunden fährst (I: Mmhm.), dann is der dir tierisch dankbar, dass du da irgendwas für ihn tun kannst oder willst. Und das macht unheimlich viel Spaß (I: Mmhm.). **(4, F.M., Abs.: 11-12)**

Er betont mehrfach im Interview, dass Anerkennung durch Vorgesetzte nicht mehr als normale Erfahrung im beruflichen Alltag anzusehen ist und er sich aus diesem Grund die Anerkennung seiner Leistung über positive Kundenkontakte verschafft. In dieser Subkategorie gibt es Textstellen, die Anerkennung im beruflichen Bereich und im privaten Bereich aufgreifen. Allen Fällen ist gemein, dass die persönliche Anerkennung für die eigene Person gesucht wird.

Ausdauer bildet eine weitere Subkategorie und schließt alle Äußerungen ein, in denen die interviewten Männer Bezug auf ihre Ausdauerfähigkeit nehmen. So beschreibt sich Herr T.Y. im nachfolgenden Zitat sowohl im sportlichen Bereich als auch auf geistiger Ebene als ausdauernd bzw. hartnäckig:

I: Wo sehen Sie einen Zusammenhang Ihrer beruflichen Tätigkeit zu Ihrer Gesundheit?
B: Also ich seh's ganz klar in dem Bereich, dass ich ein sehr hohes Maß an Ausdauer hab (I: Mm.). Und ich glaube, dass- wenn ich mal schaue für welche Sportarten mich das- ich mich interessiere, dann würd ich das einfach so beschreiben, das, was ich mir mal einmal wirklich in Kopf gesetzt habe, das geb ich auch so schnell nich wieder auf. **(13, T.Y., Abs.: 31-32)**

In einer weiteren Zitationsstelle wird von Herrn P.W. beschrieben, dass Hartnäckigkeit für seine berufliche Tätigkeit ein wichtiger Faktor ist, um Kundengeschäfte abzuschließen und

sieht sich selbst dort als besonders ausdauernd an. Die letzte leistungsbezogene Subkategorie wird unter *Ehrgeiz* abgebildet und ist durch drei Textstellen belegt. Sie beinhaltet Aussagen, in denen direkt bzw. indirekt der eigene Ehrgeiz beschrieben wird, Dinge zu erreichen oder zu erhalten, wie es Herr O.V. im Folgenden direkt ausführt:

B: […] Denn ich war mein Leben lang auch immer sehr, sehr ehrgeizig (I: Mmhm.), doch einiges aus meinem Leben zu machen. Und um beruflich doch meinen Weg zu gehen. Weil ich eben nicht studiert hatte (I: Mmhm.). […] **(7, O.V., Abs.: 40)**

Im Gegensatz zu Herrn O.V. greift Herr P.W. Ehrgeiz in dem Anspruch an sich selbst auf, seine geistige Leistungsfähigkeit in seiner Dozententätigkeit auf einem hohen Niveau zu halten und seiner Aussage, einfach gerne morgens früh im Büro zu sein. Er beschreibt beides nicht unter dem Wort Ehrgeiz, sondern legt diesen Maßstab indirekt für sich an. Sie rundet das leistungsbezogene Selbstkonzept ab. Insgesamt variiert es von übergeordneten Begriffen zu direkt zugeschriebenen Eigenschaften bzw. Vorstellungen von sich selbst. Besonders die Subkategorie *Stärken* zeigt, dass sich die interviewten Männer dort leicht wiederfinden. Die Darstellung der anderen Subkategorien hat gezeigt, dass es dort eine große Variation gibt und einige sehr selektiv besetzt sind. Auch in der nachfolgenden Darstellung des *Körperkonzepts* zeigt sich, dass nicht jeder Interviewpartner eine bewusste Äußerung bezüglich seines körperlichen Selbstkonzeptes macht.

6.1.3.2 Körperkonzept

Die Kategorie *Körperkonzept* erfasst alle Aussagen der interviewten Männer zu den Erfahrungen, Wahrnehmungen und Bedeutungsbezügen zum eigenen Körper bzw. dem eigenen Erscheinungsbild (s. Anh. Abb. XIII). Insgesamt 50 Textstellen werden dieser Kategorie direkt zugeordnet und 24 der Subkategorie *Reguliertes Körperbild (s. Tab. 20)*.

Kategorie	**Anzahl**	**Interviewnummer**
Körperkonzept	50	1, 2, 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 25
Subkategorie	**Anzahl**	**Interviewnummer**
Körperkonzept – Reguliertes Körperbild	24	2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 16, 17, 18, 20, 22, 24, 25, 26, 28, 29

Tab. 20: Übersicht der Subkategorie Körperkonzept (Eigene Darstellung)

So betont Herr A.V. beispielsweise, wie wichtig ihm ein funktionsfähiger Körper ist und zeigt damit, dass sein Körperkonzept ein instrumentelles Verständnis bestimmt:

I: Was würden Sie sagen, steht hinter dem Gesundheitsstand, den Sie ein- ja, ein bisschen besser als gut angegeben haben? Was steht für Sie dahinter?
B: Was für mich dahintersteht? Also frei von Beschwerden (I: Mmhm.). Sodass die Dinge. doch im Wesentlichen so funktionieren, wie sie funktionieren sollen (I: Mmhm.) also der Körper (I: Mmhm.). Gibt sicherlich'n pa- gibt auch da'n paar Punkte, die.. die ich ändern könnte, die ich auch ändern könnte. Aber da hab ich keinen Leidensdruck. Also das muss nich unbedingt sein (I: Mmhm.). **(21, A.V., Abs.: 110-111)**

Der Körper wird von der Mehrheit der interviewten Männer als ein Instrument betrachtet, das Leistung zu erbringen hat. Nicht zuletzt vor diesem Hintergrund wird in der überwiegenden Zahl der Interviews erwähnt, was es bedeutet, im Altersgang an Leistung zu verlieren. An diesem Verständnis setzt die Subkategorie *Reguliertes Körperbild* an. Sie subsummiert alle Textstellen, die mit dem Wunsch nach Kontrolle über den eigenen Körper bzw. die tatsächlich

ausgeübte Kontrolle über den eigenen Körper durchzogen sind, wie die nachfolgende Äußerung von Herrn C.X. verdeutlicht:

I: Ja, ja. Und auch deswegen, weil Sie gemerkt haben, des ist irgendwie nicht so- das geht Ihnen nicht so gut dabei oder weil Sie irgendwie vom Gewicht her irgendwie sagten, das- das wird zuviel (B: Mm.) oder was- was war der Grund dafür?
B: Ja, das Gewicht spielt ne Rolle (belächelnd) (I: Ja.). Das war also eine Grenze (I: Mm.), wo ich gesagt hab: "Nee, jetzt geht's (I: Ja.) nicht weiter (I: Ja.), jetzt musst du was tun (I: Mm.)." Und .. ja, ich fühl mich jetzt wohler (I: Mm.) und ich will- will's auch noch weiter machen (I: Mmhm.). Ach, ich spiel Tennis, Tischtennis (I: Ja. Ja.), komm gerade vom Skifahren (I: Sicher). Ich mach ziemlich viel, Fahrrad fahren.. (I: Ja. Ja.). **(26, C.X., Abs.: 89-90)**

Aus dieser Äußerung geht hervor, dass Herr C.X. eine gewisse Grenze des Körpergewichts erreicht hatte, die er heute mit Unwohlsein verbindet. Sie führte dazu, dass er Veränderungen im Essverhalten vornahm, sodass sich sein Gewicht nach unten regulierte. Gleichzeitig beschreibt sich Herr C.X. als sehr sportlich, sodass es ihm mit diesem Programm leichter fallen dürfte, seine Gewichtsreduktion zu halten. Diese Anpassung des Körperbildes bedarf einer gewissen Disziplin und eines regulativen Einschreitens, was die Einordnung unter das regulierte Körperbild bedingt. Diese Konstruktionen des Körperkonzeptes sind mit einer klaren Vorstellung der eigenen Äußerlichkeit verbunden, die zu begrenzenden Maßnahmen führt, wenn sich das äußere Erscheinungsbild verändert.

Insgesamt zeigt sich eine wenig ausgeprägte Bandbreite in der Kategorie *Körperkonzept*. Bei den interviewten Männern herrscht ein instrumentelles Bild des eigenen Körpers vor. Die Kategorie *Soziale Rollen* weist eine wesentlich größere Differenziertheit auf, wie der nachfolgende Abschnitt 6.1.3.3 abbildet.

6.1.3.3 Emotionales Selbstkonzept

Unter dem *emotionalen Selbstkonzept* (s. Anh. Abb. XIII) werden Textstellen subsummiert, die Aussagen mit emotionalen Zuschreibungen zur eigenen Person bzw. Äußerungen zur eigenen Orientierung im Leben enthalten, die einer gewissen emotionalen Prägung unterliegen (s. Tab. 21). Die Kategorie *Lebensorientierung* enthält emotional gefärbte Beschreibungen der eigenen Ausrichtung im alltäglichen Leben. Mit 87 Zitaten stellt sie die größte Subkategorie im emotionalen Selbstkonzept dar. Sie weist eine sehr große Bandbreite auf, die von einer Orientierung an Normalität, über ein Wertlegen auf den eigenen Status, einer Lustorientierung, einer Hier-und-Jetzt-Orientierung, dem Fokus auf die eigene Work-Life-Balance, einer Sicherheits-orientierung bis hin zu einer Berufsfokussierung reicht, die das berufliche Leben als wesentlichen Inhalt definiert.

Subkategorien	**Anzahl**	**Interviewnummer**
Lebensorientierung	87	1, 2, 3, 4, 5, 9, 11, 12, 13, 17, 18, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 30
Bescheidenheit	1	1
Selbstinszenierung	2	1
Gelassenheit	5	4, 13, 14, 17
Fürsorge	10	2, 3, 4, 5, 7, 10, 11, 14
Reflexionsfähigkeit	5	14
Sturheit	1	27
Dankbarkeit	1	21
Ungeduld	2	11, 19

Tab. 21: Übersicht der Subkategorien des emotionalen Selbstkonzeptes (Eigene Darstellung)

So beschreibt Herr K.F. seine Lebensorientierung in Form einer Work-Life-Balance entlang des Wortes *ausgeglichen*:

I: Und was würden Sie dafür tun, um das so zu erhalten? Was- was glauben Sie, was müssten Sie-
B: Ausgeglichenes Leben, unverändert Sport treiben (I: Mm.). Ausgeglichenes Privatleben (I: Mm.). Und ich glaube, man muss aufpassen, dass man im- beim beruflichen Einsatz die Schraube nicht überdreht (I: Mmhm. Mm.). **(18, K.F., Abs.: 117-118)**

Die Betonung des Wunsches nach Ausgeglichenheit über die Lebensbereiche, aber zwischen den Formen seines Gesundheitshandelns lässt das Thema *Work-Life-Balance* mit einer emotionalen Verbindung zum Selbst zu einer Lebensorientierung werden. Vergleichbares lässt sich für andere Schwerpunkte der Lebensorientierung festhalten, die oben bereits aufgeführt wurden. Neben diese Subkategorien treten weitere Begrifflichkeiten, die dem Selbst zugeschriebene Emotionen enthalten. Sie variieren stark und stehen für sich allein. In diesem Feld lassen sich folgende Subkategorien abgrenzen: *Bescheidenheit, Selbstinszenierung, Gelassenheit, Fürsorge, Ängstlichkeit, Reflexionsfähigkeit, Sturheit, Dankbarkeit und Ungeduld*. Die Subkategorie *Bescheidenheit* ist mit nur einer Textstelle vertreten. Herr G.B. beschreibt sich als im Herzen bescheiden, was allerdings seinem im Interview beschriebenen Lebensstil nicht entspricht:

I: […] Finden Sie noch andere positive Seiten, die Ihrer Gesundheit zuträglich waren in Ihrem Beruf?
B: Im Beruf? […] Also das hab ich nich als- also ich find das is- auch wollen mal Einkommen, wenn man das so sagen darf. Das war immer so, dass wir gut davon leben konnten (I: Mm.). Und hatten da nich die Sorgen. […] Also, was ich- weil das da reinspielt, aber auf jeden Fall ich das- und außerdem bin ich, wissen Sie, so komisch, wie's klingt, im Grunde meines Herzens ganz bescheiden, ja. Ich bin so'n, ich bin so ne schizophrene Kombination von Lustübertreibung, aber in Wirk- Wirklichkeit bin ich bescheiden, ja. […] **(1, G.B., Abs.: 21-22)**

Seine Lebensorientierung ist als lustbetont zu bezeichnen und dennoch beschreibt er sich als bescheiden, da er seiner Aussage zufolge beide Varianten leben könnte. Gleichzeitig wird die Subkategorie *Selbstinszenierung* von Herrn G.B. besetzt, da nicht immer eindeutig klar ist, ob jede Aussage authentisch ist oder ob er sich in ihnen im vorteilhaften Licht erscheinen lassen will. Er beschreibt dies in eigenen Worten, dass er sich nicht so *selbstherrlich* darstellen möchte.

Die Subkategorie *Gelassenheit* ist mit fünf Textstellen etwas stärker besetzt, die von vier Interviews bestritten werden. Sie ist in allen Fällen mit einer gewissen erlebten Lebens-erfahrung verbunden, wie Herr T.Y. in folgender Äußerung darstellt:

I: Also das-
B: Ja, da kommt einfach so'n Maß an Gelassenheit dazu (I: Mmhm.), was ich über die Zeit hinweg gelernt hab. Irgendwie hab ich festgestellt, die Werk- die Welt sorgt so'n bisschen für sich selber (I: Mm.). Man muss ihr nur, nur Gelegenheit dazu lassen (I: Ja.). Ja, ja ich hab überhaupt keine Erklärung dafür, aber es, es funktioniert aus meiner Sicht (I: Mmhm.). Ja, ich muss mich nich um alles kümmern (I: Mmhm.). **(13, T.Y., Abs.: 47-48)**

Gelassenheit als eine positive Erfahrung aus Erlebnissen bzw. einfach durch den Altersgang zieht sich durch alle Textstellen und macht sie zu einer wertvollen Erfahrung für alle Männer. Die nächste Subkategorie *Fürsorge* ist noch stärker mit zehn Textstellen in neun Interviews besetzt. Sie beinhaltet Zitationsstellen, die Äußerungen bezüglich des Sich Kümmerns um andere Personen enthalten, unabhängig davon, ob dieses Sich Kümmern auf der beruflichen oder der privaten Ebene stattfindet. Herr M.H. beschreibt die Fürsorge für seine Mitarbeiter über ein Geben und Nehmen, dass ihn verpflchtet, Verantwortung für die Belange und die berufliche Förderung seiner Mitarbeiter zu übernehmen:

I: Und wo würden Sie sagen, in welchem Bereich sind Sie besonders gut und was macht Ihnen besonders viel Spaß?
B: Das is immer das... das is immer die Zusammenarbeit mit anderen Menschen (I: Mm.). Wo es drum geht, wo's um dieses ständige Geben und Nehmen geht, ne (I: Mmhm.). Wo es drum geht, Leuten Ziele zu vermitteln, über die Ziele zu sprechen. Wo es drum geht, Leuten- Leute zu versetzen, zu verändern, reinzuholen, rauszubringen. Das gehört alles mit dazu. Das is eigentlich das, wo ich am meisten Freude dran habe (I: Mmhm.). **(10, M.H., Abs.: 19-20)**

In dieser Äußerung beschreibt Herr M.H. die Fürsorge für seine Mitarbeiter als etwas Wichtiges, was seinerseits mit Freude verbunden ist. Andere Interviewpartner, wie beispielsweise Herr P.W., ordnen das Thema Fürsorge ein wenig stärker dem privaten Bereich zu. In allen Fällen bezieht sich die Fürsorge auf Dritte und nicht auf die eigene Person.

Das Thema *Reflexionsfähigkeit* ist ebenfalls mit fünf Textstellen gut besetzt. Wohingegen *Sturheit* und *Dankbarkeit* nur jeweils mit einer Zitationsstelle besetzt sind. *Ungeduld* als letzte Subkategorie ist wiederum mit drei Stellen belegt.

Die *Reflexionsfähigkeit* bezieht Äußerungen mit ein, in denen die interviewten Männer sich bewusst mit einem Thema auseinandersetzen bzw. sich auseinandergesetzt haben. So beschreibt Herr L.G. in der nachfolgenden Zitationsstelle, die Bewusstheit, die aus einer bestimmten gesundheitlichen Lage entstanden ist:

I: Und das war rückblickend auch schon so oder gab es Phasen, da ham Sie sich keine Gedanken gemacht?
B: […] Also richtig Angst um meine- meine Gesundheit hatt ich so bis dato einmal (I: Mmhm.). Und zwar- das is so gewesen, dass ich, während des Studiums fing das an, so extreme Schmerzattacken im Gesicht hatte (I: Mm.). […] Wenn jetzt diese- diese- damals diese Vorläufer annähernd wieder irgendwie auftauchen (I: Mm.), denn geht das natürlich sofort zurück auf diese Zeit denn auch nächstes Mal. Na, also d- es is nich- es is nich so, dass ich nu dann wirklich Angst bekomme (I: Mm.). Aber ich werde daran erinnert (I: Mm.). Und- und hole mir das wieder ins Bewusstsein zurück (I: Mmhm.). Und das hat mich schon lange Zeit ziemlich beschäftigt (I: Mm.). **(14, L.G., Abs.: 3-4)**

Dieser Schmerz ist heute kein Dauerzustand mehr, aber er macht sich die Erfahrungen der damaligen Zeit immer wieder bewusst, wenn sich die Schmerzvorläufer zeigen. Sich selbst reflektierend zu betrachten, zieht sich durch das Interview von Herrn L.G., wird aber nicht direkt als Reflexionsfähigkeit bezeichnet. Herr T.A. benennt hingegen die Zuschreibung von *Sturheit* in seiner Äußerung ganz direkt:

I: Wie ist Ihre Tendenz, darauf zu reagieren, wenn Sie so was spüren?
B: Ich versuche, die Sachen direkt anzusprechen (I: Mmhm.). Aber ich gebe zu, dass ich meine Linie beibehalte (I: Mmhm.)..
I: Was heißt Ihre Linie?
B: Die Linie ist, da is 'n ganz klares Ziel für dieses Projekt (I: Mm.) und wenn irgendjemand nicht richtig reinpasst oder richtig rein will (I: Mm. Mm.), dann werd ich die Konsequenzen daraus ziehen und sagen: "Dann musst du dir was andres suchen."
I: Also absolute Priorität hat das Ziel?
B: Man kann dann sagen, ich bin stur (I: Mm.).. Das war die direkte Ausdrucksweise dann (I: Ja (belächelnd)). **(27, T.A., Abs.: 101-106)**

Er selbst sieht es als Stringenz an, wohingegen andere Personen ihn als stur bezeichnen. Herr A.V. beschreibt *Dankbarkeit* direkt in seiner Äußerung im sozialen Abgleich zu anderen Personen, denen es schlechter geht als ihm selbst:

I: Und Sie ham v- vorhin gesagt, Sie sind mit Ihrem Arbeitsfeld sehr zufrieden. Trägt das auch dazu bei, dass Sie- dass Sie vielleicht da gesundheitlich positive Seiten wahrnehmen und Sie gesagt haben, im Moment möchten Sie gar nich wechseln vom Inhalt her.
B: […] Da kann ich nur- das Einzige vielleicht nur, dass ich- dass- dass ich dann immer Dankbarkeit- Dankbarkeit sehe, wenn ich also- mit- mit vielen andren Menschen zu tun habe, denen's wesentlich schlechter geht (I:

Mm.). Nicht (I: Mm.). Dass ich mir dann- dann immer bewusst mache, wie gut's mir eigentlich geht, ja (I: Mm.). **(21, A.V., Abs.: 70-71)**

Für ihn ist nicht die Zufriedenheit mit seiner beruflichen Situation ausschlaggebend, sondern er stellt vielmehr Dankbarkeit in den Fokus, da er sich einer guten Lebenslage befindet. Diese macht er sich immer wieder bewusst. Im Kontrast hierzu beinhaltet die Subkategorie Ungeduld Textstellen, in denen sich die Männer als ungeduldig beschreiben, wie es Herr R.Y. in dieser Äußerung darstellt:

B: […] Dadurch, sag ich mal, sind bei der einzelnen Prozessabwicklung relativ wenig- viele Mitarbeiter eingebunden hier, und ist mal- jedes Mal störend, weil der- die Zeitdauer für den Prozess manches Mal relativ lange ist hier (I: Mm.). Und da ich vom Grundsatz her'n relativ ungeduldiger Mensch bin, stören mich solche Prozesse (I: Mmhm. Mm.). **(19, R.Y., Abs.: 11-12)**

Herrn R.Y. ist es wichtig, dass die Prozesse laufen, und als ungeduldigen Menschen stört es ihn, wenn unnötige Zeit bei der Prozessabwicklung verstreicht, weil nicht alle Beteiligten einbezogen wurden. Allen Zuordnungen zum emotionalen Selbstkonzept ist gemein, dass sich die Männer direkt oder indirekt gewisse Eigenschaften zuschreiben. Die einzige Ausnahme bildet die Lebensorientierung. Sie zieht sich durch das gesamte Interview und taucht wesentlich häufiger indirekt auf, als dass sie direkt benannt wird, so zum Beispiel bei der Betonung einer Normalität von Herrn O.J. Vergleichbare Zuschreibungen durch die Männer setzen sich auch im folgenden Abschnitt zum sozialen Selbstkonzept fort.

6.1.3.4 Das soziale Selbstkonzept - geknüpft an die sozialen Rollen

Die Kategorie *Soziales Selbstkonzept* enthält Äußerungen aus den Interviews der Männer, in denen sie sich direkt bzw. in ihrer Beschreibung einer sozialen Rolle zuordnen und Aussagen, die ihr Sozialverhalten beschreiben (s. Anh. Abb. XIV). Unter die Subkategorie *Sozialverhalten* ließen sich 69 Aussagen einordnen (s. Tab. 22), in denen das eigene Sozialverhalten beschrieben bzw. umschrieben wird, wie in der Darstellung von Herrn H.C. für den Bewegungsbereich ersichtlich:

I: Und dass Sie jetzt sp- sehr viel Sport machen hat auch etwas damit zu tun, dass Sie das kompensieren wollen, diesen Bewegungsmangel?
B: Ja, zum einen das und weil's mir Spaß macht (I: Ja.). Und weil ich gern mit Leuten zusammen bin (I: Ja.). Also ich bin ja nicht so der Einzelsportarttyp (I: Ja. Mm.). Sondern ich bin eigentlich eher so Mannschaftssportler (I: Mm. Mm.). Also ich geh auch Radfahren mittwochs da in dieser- da gibt es hier so ne Gemeinschaft, die trifft sich Mittwochsabends- macht da so ne *(Region 1)* - so ne *(Ort 1)* -Runde. Und da fahr ich auch mit (I: Mm.). Aber ich bin net so der Einzelsportler (I: Mm. Mm.). Also- also Marathon oder (I: Mm.) durch die Gegend laufen (I: Mm.), das nicht mein Ding (I: Ja.). Also ich muss schon irgendwas in der Gruppe tun. **(30, H.C., Abs.: 55-56)**

In seiner Aussage unterscheidet Herr H.C. zwischen Einzelsportarttypen und Mannschaftssportlern. Er selbst ordnet sich Sportarten zu, die in Gemeinschaft betrieben werden, da er das Gemeinschaftsgefühl bevorzugt. Die Darstellung eines verstärkten Bezuges zu Menschen und die Bevorzugung von Gemeinschaft durchzieht das gesamte Interview von Herrn H.C. und ist in vergleichbarer Form auch in anderen Interviews zu finden. Sich selbst in sozialen Verbindungen darzustellen, zieht sich durch die Textstellen der Subkategorie *Sozialverhalten*. Familiäre Beziehungen spielen in diesem Zusammenhang eine besondere Rolle.

Subkategorien	**Anzahl**	**Interviewnummer**
Sozialverhalten	49	1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 27, 28, 30

Rollenschwierigkeiten	2	2
Berufliche Rolle	102	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30
Private Rolle	96	1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 30
Übergreifende Rolle	9	9, 11, 22, 25, 30
Rollenaufteilung	42	1, 2, 3, 4, 5, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 29, 30

Tab. 22: Übersicht der Subkategorien des sozialen Selbstkonzeptes (Eigene Darstellung)

Des Weiteren wurden die *sozialen Rollen* der Männer erfasst, die von ihnen direkt beschrieben wurden bzw. sichtbar aus den Erzählungen hervorgingen bis hin zur Rollenverteilung im häuslichen Bereich. Es wurde eine Kategorie *Rollenschwierigkeiten* gebildet, da Herr O.J. in seinem Interview vielfach thematisiert, dass er Schwierigkeiten hatte, sich in seine Führungsposition einzufinden. Heute hat er eine Lösung für sich gefunden, obwohl es ihm weiterhin schwerfällt, negative Informationen, die seine Mitarbeiter betreffen, für sich zu behalten. Er bezeichnet seine Mitarbeiter in diesem Zusammenhang als Kollegen, was darauf schließen lässt, dass er sich weiterhin auf einer Ebene mit seinen Mitarbeitern sieht und weniger als Vorgesetzter. Ihm ist bewusst, dass seine Vorgesetztenrolle eine gewisse Abgrenzung verlangt, jedoch fällt sie ihm nicht leicht.

Die Subkategorie *Berufliche Rolle* ist mit einer großen Bandbreite von Zuschreibungen besetzt, die sich in 103 Textstellen niederschlagen. Sie werden an dieser Stelle tabellarisch aufgeführt, aber nur die beiden am stärksten ausgeprägten Rollen werden genauer behandelt (s. Tab. 23).

Subkategorien	**Anzahl**	**Interviewnummer**	**Inhaltliche Beschreibung**
Macher	1	22	Selbstdarstellung als Umsetzer im berufliche Bereich
Dozent	2	11	Selbstdarstellung als dozierende Lehrperson
Pionier	3	9, 22, 27	Selbstdarstellung als Ideengeber und Vorreiter
Buchhaltertyp	1	30	Selbstdarstellung als strukturiert und akribisch arbeitender Buchhaltertyp
Ausbilder	1	26	Selbstdarstellung als befähigender Ausbilder
Perfektionist	1	28	Selbstdarstellung als Perfektionist
Produktionsverant-wortlicher	7	2, 22, 23, 24,	Selbstdarstellung als für die Produktionsleistung verantwortliche Person
Unternehmens-repräsentant	3	12	Selbstdarstellung als Repräsentant des Unternehmens
Vermittler	3	12, 15, 30	Darstellung der eigenen Vermittlerrolle
Einzelkämpfer	4	9, 15, 19, 21	Selbstdarstellung als Einzelkämpfer in der beruflichen Tätigkeit
Wissenschaftler	1	20	Selbstdarstellung als Wissenschaftler in einem früheren Lebensabschnitt
Allrounder	7	1, 12, 16, 20, 21, 27,	Selbstdarstellung als Allroundtalent im beruflichen und biografischen Kontext
Helfer	5	1, 3, 16, 20, 26	Selbstdarstellung als unterstützende Person
Führungskraft	34	2, 3, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 20, 22, 23, 24, 25, 27, 28, 29, 30	Selbstdarstellung als verantwortliche Führungskraft

Handelsreisender	1	12	Selbstdarstellung als Handelsreisender, einordnet unter dem Wort *Handlungsreisender*
Leistungsträger	7	1, 10, 11, 20, 22	Selbstdarstellung als Leistungsträger
Alleinunterhalter	1	1	Selbstdarstellung als Alleinunterhalter bzw. Conférencier
Entscheidungsträger	21	1, 3, 5, 6, 10, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 27, 30	Darstellung der eigenen Person als Entscheidungsträger im beruflichen Kontext

Tab. 23: Übersicht der beruflichen Rollen (Eigene Darstellung)

Die Subkategorien *Führungskraft* und *Entscheidungsträger* sind im beruflichen Bereich besonders ausgeprägt. Hinter der Selbstdarstellung als verantwortungsvolle Führungskraft steht in allen Interviews die Übernahme der Verantwortung für die anvertrauten Mitarbeiter. Herr B.W. beschreibt dies entlang folgender prozentualer Aufteilung:

B: […] Das nimmt 30 % meiner Zeit ein (I: Mm.). Ungefähr 30 % meiner Zeit nimmt dann entsprechend ein, die Mitarbeiter hier entsprechend zu führen und zu begleiten (I: Mmhm.). 20 % sag ich dann einfach mal, is dann im Prinzip Koordination, Abstimmung, Geschäftspolitik und 20 % is dann leider das, was ich am wenigsten mag, Verwaltung, Strategie- also reine, reine theoretische Arbeit dann. **(25, B.W., Abs.: 9)**

In dieser Äußerung setzt er die Kundenbetreuung vom Aufwand mit der Begleitung und Steuerung der Mitarbeiter gleich. Den meisten Männern ist die Wichtigkeit ihrer Vorgesetztenrolle bewusst, auch wenn sie nicht immer so deutlich über eine prozentuale Verteilung sichtbar wird. Herr O.J. beschreibt in der bereits darstellten Subkategorie Rollenschwierigkeiten die Probleme, die sich ergeben können, wenn man in eine Leitungsposition hineinwächst. Die zweite Subkategorie *Entscheidungsträger* ist mit 21 Textstellen etwas schwächer besetzt. Sie spiegelt in ihrer Stärke allerdings wider, dass sich die Männer ihrer Führungsaufgaben, zu denen das Treffen von Entscheidungen zählt, deutlich bewusst sind. Herr A.V. ist einer der Männer, die sich in ihrer Entscheidungsverantwortung anteilig als Einzelkämpfer sehen:

I: Also Art- ne Art Einzelkämpfer in diesem Fall?
B: Also- also jeder- jeder hat seine Sachen, die er bearbeiten muss. Und natürlich findet eine gewisse Zusammenarbeit statt. Aber das is also mehr im Rahmen eines Austausches (I: Mm.). Dass ich zum Beispiel ma zu Kollegen hingehen kann und Sachen beraten kann. Dass ich Fragen stellen kann. Dass- oder auch dass ich mich abstimmen muss mit meiner Kollegin bei Urlaubsvertretung. Aber grundsätzlich bin ich für die Entscheidung- für die Sachbearbeitung- für die Entscheidung hier allein verantwortlich (I: Mmhm.) und unterschreibe auch alleine (I: Mmhm.). **(21, A.V., Abs.: 48-49)**

Es gibt zwar einen Austausch mit Kollegen, aber in letzter Instanz trägt er die volle Verantwortung für seine Entscheidungen, auch in Form seiner Unterschrift. So weitreichend ist die Entscheidungsfunktion nicht bei jedem der Männer erkennbar, aber alle spüren die Verantwortung, die sie tragen und nehmen diese nach eigenen Angaben auch wahr.

Im Bereich der privaten Rollen sind die Subkategorien *Vater* und *Helfer* am stärksten besetzt (s. Tab. 24). In insgesamt 16 Interviews wird die Vaterrolle thematisiert. Die Helferrolle wird hingegen nur in sieben Interviews erwähnt.

Subkategorien	**Anzahl**	**Interviewnummer**	**Inhaltliche Beschreibung**
Macher	1	5, 22	Selbstdarstellung als Umsetzer im Privatleben
Leidenschaftlicher Reiter	1	11	Selbstdarstellung als passionierter Reiter
Interessen-unterstützer	3	11, 24	Darstellung der eignen Person über die Unterstützung der Interessen Dritter

Gärtner	4	10, 23, 26, 28	Selbstzuschreibung der Rolle des Gärtners
Hausmeister	1	10	Selbstzuschreibung der Rolle des Hausmeisters
Koch	6	2, 6, 9,26, 30	Selbstzuschreibung der Rolle des Kochs
Geselliger Typ	3	23, 26, 30	Beschreibung der eigenen Person als gesellig
Feuermitglied	1	23	Beschreibung der eignen Person über die Zugehörigkeit zur Feuerwehr
Öffentliches Amt	2	19, 23	Selbstdarstellung über die Bekleidung eines öffentlichen Amtes
Jugendtrainer	1	23	Wahrnehmen der Rolle des Jugendtrainers
Mannschaftssportler	1	23	Einordnung als Mannschaftssportler
Musikfan	2	2, 28	Selbstdarstellung als Musikfan
Vertrauensvoller Freund	1	7	Beschreibung der eigenen Person als vertrauensvoller Freund
Alleinverdiener	1	5	Selbstzuschreibung der Rolle des Alleinverdieners
Zuhörer	1	3	Darstellung der eigenen Person als guter Zuhörer
Hausmann	5	2, 4, 5, 17, 30	Selbstzuschreibung der Rolle des Hausmanns
Tierliebhaber	4	13	Selbstdarstellung als Tierliebhaber
Ehemann	4	13, 24	Benennung der Rolle des Ehemanns
Handwerker	4	14, 15, 23, 27	Darstellung der eigenen Person als Handwerker
Helfer	12	1, 4, 6, 7, 19, 24, 25	Beschreibung der eigenen Person als Helfer im privaten Bereich
Lutheraner	1	1	Selbstdarstellung als gläubiges Mitglied der evangelisch-lutherischen Kirche
Vater	25	4, 7, 8, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 20, 21, 22, 23, 24, 25	Selbstzuschreibung der Rolle des Vaters
Vereinsmitglied	11	2, 9, 19, 20, 21, 22, 23, 26	Beschreibung der eigenen Person über die Mitgliedschaft in einem Verein

Tab. 24: Übersicht der privaten Rollen (Eigene Darstellung)

Die Vaterrolle wird sowohl direkt wie in der nachfolgenden Aussage von Herrn D.K., aber auch indirekt über Tätigkeiten erwähnt, die diese Männer für die Kinder übernehmen:

I: Ihre- Ihre, ja, berufliche Rolle is ja sehr klar definiert. Welche Aufgaben oder vielleicht sogar Rollen würden Sie in Ihrer Freizeit oder in Ihrer privaten Situation- welche Rollen können Sie da nennen? […]
B: (belächelnd) Nein, ich glaube nicht (I: Nee?). Gar nich. Also dadurch, dass ich relativ wenig zu Hause bin, hab ich das Glück, dass- dass meine Frau eigentlich den Haushalt zu Hause (I: Mmhm.) managt und schmeißt (I: Mmhm.). Da hab ich ne Erfahrung gemacht, als ich *(Jahreszahl 3)* die Familie in *(Wohnort von Herrn D.K.)* zusammengezogen habe. […] Und, ja, bei manchen Dingen hab ich gemeint, da müsst ich auch als Vater mal was dazu sagen (I: Mmhm.) und das war nich so fruchtend (belächelnd). Das hat dann doch also für erhebliche Irritationen gesorgt nich nur seitens meiner Töchter, sondern auch seitens meiner Frau (I: Mm.). […] So, und (leises Klappern im Hintergrund) gut mittlerweile kann ich da sehr gut mit umgehen. Halt ich mich raus. Und find das toll, wenn man mich da trotzdem fragt (belächelnd). […] Also das- das is schon- schon ok so. **(12, D.K., Abs.: 56-57)**

Herr D.K. hat für sich die Erfahrung gemacht, dass es für ihn als Vater nach einer längeren Trennungsphase von seiner Familie besser ist, sich aus familiären Entscheidungen herauszuhalten. Positiv bewertet er, wenn in wichtigen Punkten nach seiner Meinung gefragt wird. Diese Erfahrung stammt aus der Zeit, als die Familie nach der beruflichen Tätigkeit an einem anderen Standort wieder an einem gemeinsamen Wohnort lebte. Er kehrte zurück und ver-

suchte, sich an familiären Entscheidungen zu beteiligen, was als Einmischung wahrgenommen wurde. Deshalb hält er sich heute in seiner Vaterrolle zurück bis seine Familie in entscheidenden Fragen auf ihn zugeht. So bildet die Vaterrolle an dieser Stelle einen Kontrast zur Rolle der verantwortungsvollen Führungskraft im beruflichen Alltag, mit der Herr D.K. heute gut zurechtzukommen scheint.

In der *Helferrolle* beschreiben sich die Männer im privaten Bereich in einer unterstützenden und befähigenden Funktion. Im privaten Bereich ist sie wesentlich stärker an persönliche Beziehungen geknüpft. Herr G.B. versteht sich als stark unterstützend auch über den Bereich der eigenen Familie hinaus. Er geht in der nachfolgenden Äußerung dabei sehr stark mit selbst ins Gericht.

B: […] Also die Rolle, die ich da einnehme- aber das ist nich- das is weder altruistisch [selbstlos] noch is es sozusagen sonst was oder keine Märtyrertum. Ich mach das einfach gerne. Also wenn ich, wenn ich merken kann, ich kann helfen, ich kann den Leuten sozusagen Mut machen oder so oder gut zureden oder, oder- **(1, G.B., Abs.: 32)**

Es ist ihm wichtig zu betonen, dass es sich um einfache Hilfestellung handelt und nicht um altruistische Motive. Dass Herr G.B. Altruismus mit Märtyrertum gleichsetzt, wäre an dieser Stelle zu hinterfragen, da seine Darstellung im letzten Satz seiner Aussage, durchaus als altruistisch gewertet werden könnte. Umso interessanter erscheint es, dass es ihm wichtig erscheint, sich von einer solchen Einschätzung abzugrenzen. Diese Verbindung des Helfers mit einem sogenannten *Helfersyndrom* stellt eine Ausnahme dar. In den anderen Interviews überwiegt die Wahrnehmung anderen Menschen unterstützend unter die Arme zu greifen.

Einige Rollen werden von den Männern als übergreifend dargestellt (s. Tab. 25). Diese Darstellungen sind deutlich seltener als die Trennung zwischen den Lebensbereichen, was auch auf die Form der Interviewführung zurückzuführen sein mag, da die Lebensbereiche getrennt abgefragt werden.

Subkategorien	Anzahl	Interviewnummer	Inhaltliche Beschreibung
Erfolgsmodell	2	22	Darstellung der eigenen Person als Erfolgsmodell
Kämpfer	1	9	Selbstzuschreibung der Kämpferrolle
Aktive Typ	3	25, 30	Beschreibung der eigenen Person als aktiv
Offensive Typ	3	11, 30	Selbstdarstellung als offensiver Typ

Tab. 25: Übersicht der übergreifenden Rollen (Eigene Darstellung)

Die Beschreibungen der eigenen Person als aktiv bzw. offensiv überwiegen. Bei Herrn H.C. zieht sich die Selbstdarstellung als aktive Person durch das Interview. An der nachfolgenden Stelle bestätigt er auf die Nachfrage des Interviewers direkt, dass körperliche Arbeit und damit Aktivsein einen höheren Wert für ihn hat:

I: Das machen Sie dann auch ganz gerne, weil das etwas Aktives ist (B: Ja.) und körperlich auch anstrengender (B: Ja.) is, ja?
B: Ich hab ja nie gedacht, dass ich mal irgendwie Bürofuzzi oder so was werde mal. **(30, H.C., Abs.: 13-14)**

Er setzt seine überwiegend sitzende Tätigkeit in der Wahl des Wortes *Bürofuzzi* herab und wertet damit indirekt eine aktive, körperliche Arbeit auf. Herr B.W. beschreibt sich ebenfalls als aktiv, betont aber, vor allem in der Verbindung mit zunehmendem Alter auf die Dosierung im Bewegungsbereich achten zu müssen.

Hinsichtlich seiner *offensiven Rolle* spricht Herr H.C. konflikthafte Punkte direkt an, wie nachfolgend beschrieben:

I: Ich mein, ein anderes Feld, das vielleicht auch noch mal problematisch sein kann, das sind so soziale Konflikte. […] Spielt das ne Rolle bei- bei Ihnen?
B: … Nee, weil ich geh die- auf die Leute zu. Spreche sie direkt an und räum eigentlich die Dinge, die da im Unklaren sind, eigentlich aus, sag ich mal. Klar gibt es- es gibt Konflikte, Reibungspunkte, aber das ist-, ich geh net mit Magenschmerzen nach Hause. **(30, H.C., Abs.: 83-84)**

Im Verlaufe des Interviews relativiert Herr H.C. dieses offensive Verhalten für den privaten Bereich, indem er differenziert, ob sich ein Ansprechen bzw. klärendes Gespräch mit dem Gegenüber lohnt. An dieser Stelle macht er in Bezug auf seine Verwandtschaft eine Ausnahme, da sich eine Klärung aufgrund von Distanz und Verhärtung seiner Meinung nach nicht lohnt. Somit handelt es sich bei beiden nicht um absolut gesetzte Rollen, sondern sowohl das Alter bzw. spezielle Familienverhältnisse nehmen Einfluss.

Auch die Subkategorie der *Rollenverteilung*, die mit 43 Textstellen besetzt und direkt abgefragt wird, nehmen berufliche, familiäre und persönliche Verhältnisse Einfluss. Wenn der Beruf es verlangt bzw. es eine Einigung zwischen den Lebenspartnern gibt, wird eine traditionelle Rollenverteilung gelebt. Aber gerade Vorlieben, wie eine Leidenschaft für das Kochen, können traditionelle Vorstellungen, wie z.B. Herr O.J. es zeigt, aufheben. Aus dem Kochen kann aber auch eine Form von Gemeinschaftserlebnis entstehen, wie es Herr H.C. an dieser Stelle beschreibt:

I: Ham Sie irgendwo (B sich räuspernd) in Ihrer Haushalt also auch regel- gewisse Pflichten, wo Sie dann ne gewisse Arbeitsteilung mit Ihrer Frau machen? Oder wie ist das bei Ihnen so geregelt?
B: Ja. Also ich regele eigentlich alles, sag ich mal (I: Ja.). Weil ich koche gerne (I: Ah ja. Mm.). Also wenn ich von der Arbeit komm, wird da noch'n bisschen was zubereitet (I: Mmhm.). Das machen wir denn meist gemeinsam (I: Mm.), sag ich mal. Also werden die Vorbereitungen getroffen (I: Mm.) und dann stehen wir da gemeinsam in der Küche und bruzzeln uns da einen zusammen. Genau. Ich bekoch auch gern meine Freunde. Und.. , ja, Haushalt, klar, hat man auch (I: Mm.). Fensterputzen, blablabla. Was da alles halt zugehört (I: Ja.). Ich bin so der hausmännische Typ auch.. **(30, H.C., Abs.: 109-110)**

Es ist ihm wichtig zu betonen, dass er sich selbst als Hausmann sieht und sich nach der Arbeit im Haushalt einbringt. Es wird aber auch die Aufteilung beschrieben, dass sich die Frau um den häuslichen Bereich kümmert und der Mann um den Außenbereich bzw. die handwerklichen Tätigkeiten. Dies entspricht einer traditionellen Arbeitsaufteilung. Wenn der Mann besonders stark beruflich eingebunden ist bzw. viel reisen muss, entwickelt sich häufig zwischen den Lebenspartnern eine klassische Aufteilung. Ist die Frau selbst berufstätig, sind die Kinder aus dem Haus und sind berufliche Einflüsse nicht gegeben, so variiert die Aufteilung stärker.

Über das gesamte Konstrukt Selbstkonzept hinweg lässt sich festhalten, dass die Männer sich als erfolgreich, leistungsorientiert, aber auch helfend und unterstützend darstellen. Die Bereiche, in denen sie sich selbst als erfolgreich beschreiben, überwiegen im Vergleich zu der Darstellung von Schwächen bzw. Schwierigkeiten.

In dem folgenden Abschnitt wird abschließend auf die Kategorie der *Gesundheitlichen Kontextinformationen* eingegangen.

6.1.4 Gesundheitliche Kontextinformationen

Der letzte Block im Kategorienbaum wurde unter die Oberkategorie *Gesundheitliche Kontextinformationen* gefasst (s. Anh. Abb. XII). Hierunter fallen alle Subkategorien, die gesundheitsbezogene Zusatzinformationen für die Beantwortung der Fragestellungen des vorliegenden Untersuchungsvorhabens beinhalten (s. Tab. 26).

Subkategorien	Anzahl	Interviewnummer
Gesundheitsschwerpunkt	49	2, 3, 4, 5, 7, 8, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 25, 26, 27, 30
Gesundheitszustand	28	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30
Belastungen	143	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30
Beschwerden/Krankheit	85	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30
Coping	86	1, 2, 3, 4, 5, 6 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30

Tab. 26: Übersicht der Subkategorie Gesundheitliche Kontextinformationen (Eigene Darstellung)

So wurden unter die Subkategorie *Gesundheitsschwerpunkt* Textabschnitte eingeordnet, in denen der Interviewpartner Hinweise darauf gab, welcher Gesundheitsbereich für ihn Priorität hat, z.B. Bewegung, Ernährung, aber auch Lebenslust oder Lebensfreude bzw. das vollständige Freisein von Krankheit oder die Bedeutung der Familie. So zeigt Herr B.W über seine Darstellung, dass sein Fokus auf dem Bereich Bewegung liegt:

B: Also Gesundheit hat für mich ne sehr große Rolle gespielt, weil für mich ganz einfach körperliches Wohlbefinden auch ne sehr große Rolle spielt (I: Mm.). Ich hab also Zeit meines Lebens Sport gemacht zum Teil bis Anfang der dreiß- der dreißiger Jahre- des dreißigsten Lebensalters Leistungssport auch gemacht (I: Mmhm.), speziell im Bereich Fußball (I: Mmhm.). **(25, B.W., Abs.: 3)**

Dieser Bewegungsschwerpunkt zieht sich durch das gesamte Interview von Herrn B.W und ist damit ein entscheidender Punkt für die Zuordnung von Äußerungen zu dieser Subkategorie. Die jeweiligen Schwerpunkte flossen in die Zusammenfassungen der Interviews für die Einzelfallanalysen ein und wurden an dieser Stelle als Kontextinformation genutzt.

In gleicher Form wurde die Subkategorie *Gesundheitszustand* verwendet. Hier finden sich Aussagen der Männer zu ihrem Gesundheitszustand. Dieser wurde über die Skalierung *sehr gut* bis *sehr schlecht* bereits in der demografischen Abfrage erfasst, um über den Leitfaden die Gründe für die jeweilige Einordnung zu ermitteln. Die nachfolgende Textstelle im Interview von Herrn K.F. zeigt dies beispielhaft:

I: Sie haben für Ihren Gesundheitszustand ham Sie gut angegeben. Was steht für Sie dahinter? Was steht hinter dem gut? Was is das- also warum sagen Sie der is gut und vielleicht nich sehr gut oder auch nich mäßig? Wie- wie setzt sich das für Sie zusammen?
B: (4 Sek. Pause) Gut, weil ich glaube, noch sehr viel machen zu können (I: Mmhm.). Mit 49 is es aber Sicherheit nich mehr sehr gut (I: Mmhm.), weil man Dinge mit 30 problemlos hat machen können, die man heute mit 49 nicht mehr machen kann (I: Mmhm.). Aber als befriedigend oder schlecht, was da auch immer is, würd ich's auch nich- bezeichnen. **(18, K.F., Abs.: 93-94)**

Diese Äußerung von Herrn K.F. macht deutlich, dass sich es sich um eine bewusste Einordnung mit Bezug zum eigenen Alter handelt. Diese Bewusstheit bei der Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes findet sich in der überwiegenden Zahl der Interviews. In 28 der 30 Interviews werden die Angaben zum eigenen Gesundheitszustand aufgegriffen. Keiner der Interviewpartner korrigiert seine Einschätzung, sondern sie wird bekräftigt. Die

überwiegende Anzahl der Selbsteinschätzungen 22 von 28 Einschätzungen für den Gesundheitszustand liegen im oberen Drittel der Skala wie Abb. 20 zeigt:

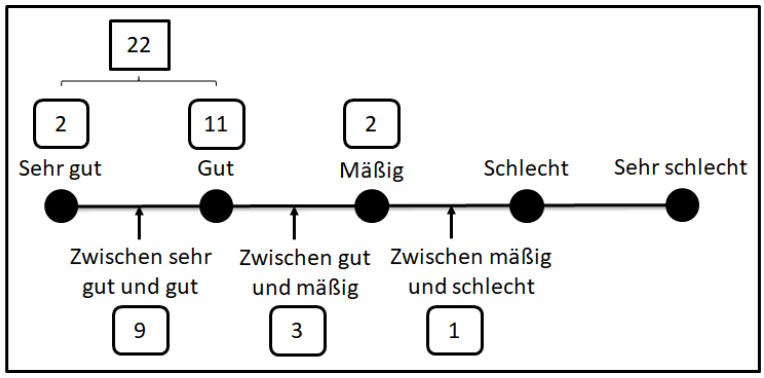


Abb. 20: Darstellung der Subkategorie Gesundheitszustand entlang der Skala (n=28; Eigene Darstellung)

Diese Einordnung entspricht der Darstellung in Abb. 17. Die Einordnung *gut* wird besonders häufig vorgenommen. Bei einer Einordnung *zwischen sehr gut und gut* wird darauf hingewiesen, dass eine gewisse Demut bezüglich der Einordnung des eigenen Gesundheitszustandes nicht schade. Keiner der Männer siedelt den eigenen Gesundheitszustand im unteren Bereich an. Die schlechteste Bewertung eines Interviewpartners liegt bei *etwas weniger als mäßig*. Werden schlechtere Bewertungen vorgenommen, so werden sie auf gesundheitliche Einschränkungen bzw. das Praktizieren gesundheitsriskanter Verhaltensweisen zurückgeführt.

Die nächsten vier Subkategorien *Belastungen*, *Beschwerden/Krankheiten* und *Coping* wurden unter die gesundheitlichen Kontextinformationen eingeordnet, obwohl sie pathogenetisch ausgerichtet sind. Sie wurden ebenfalls für die Auswertung der Einzelfallanalysen verwendet. Die Kategorie Belastungen wurde in zwei weitere Subkategorien unterteilt, die in der Tab. 27 aufgeführt sind.

Subkategorien	**Anzahl**	**Interviewnummer**
Implizite Belastungen	23	2, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 14, 15, 17, 24, 27, 29, 30
Wahrgenommene Belastungen	120	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 29, 30

Tab. 27: Übersicht der Subkategorien der Belastungen (Eigene Darstellung)

Unter den impliziten Belastungen finden sich alle Aussagen, die Belastungen beschrieben, ohne dass diese direkt angesprochen wurden. Eine objektive Betrachtung liefert jedoch durchaus Hinweise, dass es sich um einen belastenden Moment handeln könnte, wie die Äußerung von Herrn D.K. zeigt:

I: […] Sie- Sie ham vorhin schon gesagt, dass- dass diese Trennung (Klappern einer Tasse) zwischen- oder die Fahrt zur Familie und dann die Aufteilung mit der Arbeit, dass- dass manchmal dazu führt, dass Sie sehr viel dann im Lauf (Klappern einer Tasse) Woche arbeiten (Klappern einer Tasse). Ist das für Sie eine Belastung? Nehmen Sie das als (B sich räuspernd) Belastung wahr?
B: .. Nein.. Vielleicht in dem Moment, wenn ich zur Ruhe komme (I: Mmhm.). **(12, D.K., Abs.: 25-26)**

Herr D.K. erlebt seine Reisetätigkeit als nicht belastend, obwohl er einschränkend einräumt, dass es spürbar werden könnte, wenn er zur Ruhe kommt. Der Hinweis, dass der Körper Signale in einer Phase der Ruhe sendet, gibt einen Hinweis darauf, dass die Belastung nicht unmittelbar wahrgenommen wird, sondern erst zeitlich versetzt und es sich somit um eine

implizite Belastung handelt. Sie wird nicht direkt einer Situation zugeordnet. In insgesamt 23 Zitaten ließen sich vergleichbare Phänomene einer fehlenden Zuordnung bzw. der Verneinung einer Belastung finden. In der nächsten Subkategorie wird die Belastung bewusst wahrgenommen und geäußert wie Herr C.X. es darstellt:

I: […]Wo sind die Belastungen auch in diesem Beruf?
B:. .. Belastungen sind, wenn junge Leute nicht wollen (I: Mm.). Das heißt also, wenn die Bereitschaft nicht da ist zu lernen (I: Mmhm.). Wenn Sie, .. ja, wenn sich die Probleme (I: Mm.), die Probleme (I: Mm.), die Problemfälle in der Ausbildung. Das ist auch gleichzeitig die Belastung für mich (I: Mmhm.). Da denkt man abends noch drüber nach (I: Mmhm.). Da denkt man am Wochenende drüber nach. **(26, C.X., Abs.: 45-46)**

Er betont die Lernunwilligkeit seiner Auszubildenden sowie Probleme, die sich daraus ergeben. Diese nimmt er mit nach Hause und ordnet sie bewusst als Belastung ein. Diese subjektive Wahrnehmung für Belastungen zieht sich mit 120 Textstellen durch alle Interviews. *Beschwerden bzw. Krankheiten* werden im Gegensatz hierzu nur 85 Mal thematisiert. Herr A.H. spricht beispielsweise seine Kopfschmerzprobleme an, mit denen er sogar seinen Schichtdienst bestritten hat:

I: Gibt es sonst etwas, was gesundheitlich in Ihrem Leben ne Rolle gespielt hat?
B: Ich hab- mein- mein größtes Problem is- ich hab viel Kopfschmerzen (I: Mmhm.). Gut, im Moment wieder 'n bisschen weniger, aber zeitweise viel gehabt. Und hab also auch Schichtarbeit gemacht hier mit- (I: Mmhm.) mit Kopfschmerzen (I: Mm.). **(24, A.H., Abs.: 45-46)**

Hierbei handelt es sich nicht um momentane Beschwerden, sondern um eine Thematik, die ihn sein Leben lang begleitet. Doch scheint es sich seiner Aussage zufolge nicht um Migräne zu handeln, sondern um sogenannte Spannungskopfschmerzen, die er als familiäre Veranlagung einordnet. Trotz der geringeren Anzahl an Textstellen finden sich Darstellungen zu Beschwerden und Erkrankungen in jedem Interview, was wiederum auf die direkte Abfrage zurückgeführt werden kann. Auch die Subkategorie *Coping*, die die Bewältigungsstrategien der interviewten Männer erfasst, ist mit 86 Zitaten sehr gut belegt. Die Copingstrategien sind breit gefächert, obwohl es auch typische Ansätze wie den Abbau von Belastungen durch Sport gibt. Dies beschreibt Herr E.J. in der nachfolgenden Äußerung über die Beruhigung seiner Gedanken durch das Laufen:

I: Und Sie können das auch ’n Stück, wie Sie sagen, durch Ihr Laufen auch, durch Ihren Sport auch etwas abbauen, oder (B: Ja, ja.)? Mm. Das ist im Grunde Ihre Strategie, um das abzubauen (B: Ja, ja.), wenn Sie mal Belastungen haben?
B: Also.. das, das ist ein Methode, die ich habe gefunden, womit ich ein bisschen also- wenn wirklich- wirk- wenn das Brand ansagt (I: Mm.), und ich komm zu Hause, dann nehme ich meine Schuhe und dann lauf ich (I: Mm.). Und dann hab ich normalerweise alle Gedanken ist (I: Mm.), fertig gemacht, und dann können wir von vorne anfange (I: Ja, ja.). **(22, E.J., Abs.: 87-88)**

Auf diese Weise hat der Ausdauersport für ihn in stressigen Phasen eine entlastende Funktion. Anspannung abzubauen ist ein wichtiges Thema im Bereich der Bewältigungsstrategien. Herr A.V. sieht es für sich als Übungsfeld, Angespanntheit und Aufgeregtheit gar nicht mehr zu zulassen. Er versucht sich verstärkt in Gelassenheit zu üben. Manche Männer versuchen stressige Phasen zu kompensieren, indem sie ihre Arbeitszeit ausweiten. Solange sich daraus keine Kollisionen mit dem Privatleben ergeben, erscheint ihnen diese Strategie als geeignetes Mittel, um diese Phasen zu kompensieren. Die Bandbreite der Copingstrategien wurde ebenfalls in die Interviewzusammenfassungen aufgenommen, um sie für die Einzelfallanalysen zu nutzen.

Die Subkategorie *Betrieblichen Gesundheitsförderungsmaßnahmen* bildet den Abschluss dieses Blockes. Sie umfasst alle Aussagen zu den Maßnahmen des Arbeitgebers zur Förderung der

Gesundheit seiner Mitarbeiter, die von den Männern geäußert werden. Die Angebote der Arbeitgeber sind sehr unterschiedlich aufgestellt. Einige Männer berichten von einem Massageangebot, andere von Betriebssportgruppen und wiederum andere von einzelnen Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung wie Yoga oder autogenes Training. Aber es gibt auch den Extremfall wie ihn Herr A.V. beschreibt:

I: Gibt es etwas, was- ja, was das (Berufliche Einrichtung a) für Ihre Gesundheit- für Sie tut?
B: Nein.
I: Keinerlei Angebote? Nichts. Auch unter Kollegen wird da dann nichts gemacht?
B: Nein, da gibt's keine Angebote (I: Mmhm.) **(21, A.V., Abs.: 74-77)**

Die überwiegende Anzahl der Männer berichtet von irgendeiner Form gesundheitsfördernder Angebot, jedoch wird ein systematisch aufgebautes Betriebliches Gesundheitsmanagement von keinem der Männer beschrieben. Die Informationen zu den Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung wurden ebenfalls als Kontextinformationen für die Analyse der Einzelfälle genutzt. Zu diesen Informationen kamen zwei formale Kategorien hinzu, von denen eine ebenfalls für die Einzelfallanalyse verwendet wurde. Im nächsten Abschnitt werden sie genauer beschrieben.

6.1.5 Formale Kategorien

Im Zuge der Kategorisierung wurden zwei formale Kategorien gebildet, die aus der Tab. 28 zu entnehmen sind (s. Anh. Abb. XII).

Subkategorien	Anzahl	Interviewnummer
Interviewerwahrnehmung	2	1, 14
Nullgehalt	64	1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30

Tab. 28: Übersicht der organisatorischen Kategorien (Eigene Darstellung)

Die *Interviewerwahrnehmung* enthält Textpassagen, in denen der Interviewer bzw. die Interviewerin ihren persönlichen Eindruck äußert. Gepaart mit dem direkt nach einem Interview angefertigten Eindruck des Interviewers, fließt diese Kategorie in die Zusammenfassungen für die Einzelfallanalysen ein (s. Abschnitt 6.2).

Die zweite Kategorie *Nullgehalt* umfasst alle Textbereiche, die keiner Kategorie zu zuordnen sind. Sie wurde gebildet, um nach Abschluss der Kategorisierung nochmals zu überprüfen, ob die Äußerungen noch einzuordnen sind. Insgesamt 64 Textstellen sind auch nach Abschluss der Kategorisierung für die Beantwortung der Fragestellung des Untersuchungsvorhabens nicht verwendbar. An die Darstellung der Kategorisierung schließt sich nachfolgend die Darstellung der Einzelfallanalysen mit der Betrachtung des Zugangs der Männer zum Thema Gesundheit an.

6.2 Einzelfallanalysen: Zugang zu Gesundheit

Für die Einzelfallanalysen erfolgte eine Komprimierung der Interviews. Diese Kurzfassungen liefern einen strukturierten Überblick über das jeweilige Interview und bieten einen ersten Einblick, welchen Zugang der Interviewpartner zum Thema Gesundheit wählte. Für alle 30 Interviews wurden Kurzfassungen erstellt, jedoch werden nur acht Interviews beispielhaft für die Darstellung der Gesundheitszugänge ausgewählt. Sie zeigen unterschiedliche Wege, sich dem Thema Gesundheit zu nähern (s. Abb. 21). Ihre Betrachtung bildet die Basis für die

Gestaltung der Typen des Gesundheitshandelns (s. Abschnitt 6.3). Die ersten beiden Interviews von Herrn T.Y. und Herrn B.W. wurden ausgewählt, da sie jeweils für einen Zugang zum Thema Gesundheit über den Schwerpunkt Leistungsfähigkeit stehen. Dies haben beide Interviews gemeinsam, wobei sie sich in der Form des Zugangs unterscheiden. Herr T.Y. zeigt ein Leistungsstreben, das durch ein hohes Maß an Angespanntheit geprägt ist. Herr B.W. strebt ebenfalls nach Leistung, dies aber bereits mit einer gewissen Entspanntheit und mit der Zukunftsperspektive, diese auszubauen. Das dritte Interview, geführt mit Herrn O.J., grenzt sich gegen eine absolute Leistungsorientierung ab. Herrn O.J. ist es wesentlich wichtiger, *normal zu sein* und sich an gesellschaftlichen Normen zu orientieren, die nicht in Extreme abdriften.

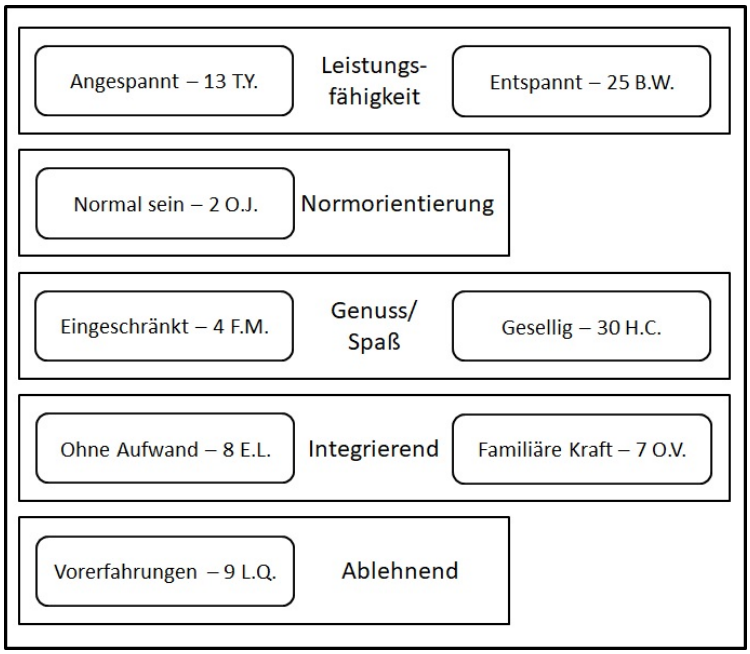


Abb. 21: Auswahl der Einzelfallanalysen (Eigene Darstellung)

An dieser Stelle ist der Blick auf einen angenommenen Normalzustand gerichtet, der verhindert, in Leistungs- bzw. Risikoextreme zu fallen. Dies drückt Herr O.J. über eine Orientierung an einem guten Mittelmaß aus. Die nächste Form des Gesundheitszugangs, mit den Interviews von Herrn F.M. und Herrn H.C. besetzt, grenzt sich von der vorherigen durch eine Orientierung an Genuss und Spaß ab. Die Haltung von Herrn F.M. lässt sich mit dem Begriff *eingeschränkt* beschreiben, denn er verbindet mit dem Thema Genuss vor allem das Überschreiten von Gesundheitsvorgaben. Herr H.C. hingegen verbindet mit Gesundheit ein genussvolles, geselliges Leben. Beide machen sich Gedanken darüber, welche Außenwirkung ihr Verhalten erzeugt. Die Männer der nächsten Zugangsform richten den Blick wesentlich mehr auf die eigene Person. Herr E.L. beschreibt Gesundheit als ohne großen Aufwand in den Lebensalltag integriert. Bei Herrn O.V. wird das Gesundheitshandeln vor allem durch die Familie getragen und so in den Alltag eingebunden. Herr L.Q. nimmt in der letzten Zugangsform eine Gegenposition zur Integration von Gesundheit in das eigene Leben ein. Er lehnt für sich die Beschäftigung mit dem Thema Gesundheit ab. Dabei wurde diese Position besonders auf die eigene Person gerichtet sehr provokativ angesprochen und für andere Personen im Umfeld durchaus als positiv angesehen. Dem Interviewer gegenüber begründet er die persönliche Sichtweise mit gewissen Vorerfahrungen, die seine heutige Haltung geprägt haben.

Der nachfolgende Abschnitt beginnt mit der Darstellung der Einzelfallanalysen von Herrn T.Y. und Herrn. B.W., in denen der Fokus auf Leistung hervortritt.

6.2.1 Gesundheit thematisiert aus der Leistungsperspektive

Sowohl Herr T.Y. als auch Herr B.W. betonen die Bedeutung der Leistungsfähigkeit, jedoch tauchen in den meisten der 30 Interviews Beschreibungen der Männer auf, leistungsfähig sein bzw. eine gewisse Leistung erbringen zu wollen. Herr T.Y. und Herr B.W. wurden aufgrund ihrer unterschiedlichen Zugangsformen ausgewählt. Wie bereits erwähnt, steht Herr T.Y. für eine gewisse Angespanntheit, während Herr B.W. kognitiv bereits eine gewisse Entspanntheit im Umgang mit Leistung zeigt. Das zeigt sich bei Herrn B.W. darin, dass ihm Leistung wichtig ist, aber Erfahrungen im Leben dazu geführt haben einzusehen, dass eine Reduktion seines Leistungsstrebens für die Gesundheit förderlich ist. Seine Narrative zeigt, dass sich diese Erkenntnis bislang vor allem auf der kognitiven Ebene bewegt, die Umsetzung jedoch noch aussteht. Herr T.Y. zeigt in seinen Beschreibungen ebenfalls ein gut ausgebildetes Wissen zum Thema Gesundheit. Allerdings tritt bei ihm wesentlich deutlicher hervor, wie das Leistungsstreben mit dem Thema Gesundheit konkurriert, was sich in einer gewissen Angespanntheit bei Herrn T.Y. niederschlägt. Herr B.W. scheint sich auf dem Weg zu befinden, seine abnehmende Leistungsfähigkeit zu akzeptieren und entspannter zu sehen.

Herr T.Y. betont im nachfolgenden Zitat seine Ausdauer sowohl beruflich als auch sportlich. Er verbindet diese Ausdauer mit kognitiven Fähigkeiten, die ihn angegangene Dinge hartnäckig verfolgen lässt:

I: Wo sehen Sie einen Zusammenhang Ihrer beruflichen Tätigkeit zu Ihrer Gesundheit?
B: Also ich seh's ganz klar in dem Bereich, dass ich ein sehr hohes Maß an Ausdauer hab (I: Mm.). Und ich glaube, dass- wenn ich mal schaue für welche Sportarten mich das- ich mich interessiere, dann würd ich das einfach so beschreiben, das, was ich mir mal einmal wirklich in Kopf gesetzt habe, das geb ich auch so schnell nich wieder auf. (I: Also-) Und da, da seh ich einfach jetzt deutliche Parallelen (I: Mmhm.).
I: Also die Leistungsfähigkeit auch aus Ihren sportlichen Tätigkeiten, die schlägt sich da nieder (B: Ja, ja, ja, ja. (simultan)).
B: Einfach'n hohes Maß an Ausdauer, sicherlich gehört auch Entschlossenheit dazu und dann einfach auch so schnell nich aufzugeben (I: Mmhm.). **(13, T.Y., Abs. 31-34)**

Er fasst seine Haltung unter dem Begriff Entschlossenheit zusammen, die ihm seiner Meinung nach auf beiden Ebenen nützlich ist. Herr B.W. blickt hingegen weniger auf das Maß an Ausdauer, was er sportlich erbringen kann, sondern nimmt bereits Beschwerden wahr, die er auf eine Überlastung zurückführt:

I: […] Wie gehen Sie- gibt es da momentan für Sie Beschwerden, die häufiger auftreten, die Ihnen vielleicht auch etwas Sorgen machen oder- und wie gehen Sie damit um, mit Beschwerden, wenn Sie welche haben?
B: Ich hab Beschwerden, die zum Teil aus- aus sportlicher Überbelastung (I: Mm.), zum Teil auch aus sportlichem Überehrgeiz dann (I: Mm.) entsprechend heraus resultieren dann. Ich gehe damit relativ- da ich sportlich ehrgeizig bin, geh ich damit relativ schlecht um (I: Mm.). Sag ich Ihnen auch ganz offen und ehrlich. Ma- man erwartet natürlich, dass ein möglichst schneller, rascher und hundertprozentiger Heilungsprozess dann letztendlich einsetzt. Wobei bei mir eigentlich schon die Erkenntnis wächst (I: Mm.). Das glaub also ganz bestimmt, dass man die Dosierung ganz einfach zurückschrauben sollte. **(25, B.W., Abs. 90-91)**

Herr B.W. zeigt deutlich, dass es ihm schwerfällt, sein Leistungsstreben zurückzuschrauben. Aber der letzte Satz weist bereits auf ein zunehmendes Bewusstsein hin, dass Veränderungen empfehlenswert wären. Beide Männer beschreiben in ihren Interviews orthopädische Probleme, aber nur Herr B.W. führt sie auf das leistungsorientierte Laufpensum zurück. Er bezeichnet es gar als gesundheitsriskant und ist sich klar, dass eine Veränderung nötig wäre. Die Wortwahl *eigentlich, wächst, ganz bestimmt, man* und *sollte* zeigt allerdings, dass er sich auf der kognitiven Ebene bewegt, d.h. auch bei einem wachsenden Bewusstsein gibt Herr B.W. genauso wie Herr T.Y. dem Leistungsstreben den Vorzug. Herr T.Y. scheint auch altersbedingte

Veränderungen wahrzunehmen. Sie fließen über die Beschreibung ein, dass er mit zunehmendem Alter spürbar mehr Pausen benötigt, die er sich dann auch zwangsweise nimmt:

I: Und das Ganze noch mal zum Beispiel auf Ernährung oder auf Entspannung bezogen, gab es da Dinge, die Sie da verändert haben?
B: Also ich hab irgendwann aufgehört, Fleisch zu essen. Sicherlich hier und da mal'n Ausrutscher (I: Mmhm.). Das machen wir nich mehr. Und ich merke einfach, dass, das hat dann vielleicht auch so mit'm Lebensalter zu tun, dass Entspannung zunehmend wichtiger wird (I: Mmhm.). Ich merke einfach, dass ich mehr Pausen brauche (I: Mm. Mmhm.), ja. Das is es.
I: Und die nehmen Sie sich dann?
B: Ja, die nehm ich mir (I: Mmhm. Mm.). Zwangsweise (I: Mmhm.) (B belächelnd). **(13, T.Y., Abs. 116-119)**

Diese Äußerung legt die Vermutung nahe, dass auch Herrn T.Y. bewusst ist, dass sich seine Leistungsfähigkeit nicht ausschließlich über Entschlossenheit steuern lässt. Allerdings scheint er noch nicht bereit zu sein, dies zu akzeptieren. Die Erwähnung des Mottos *Man kann ab dem vierzigsten Lebensjahr 20 Jahre durch Sport gewinnen* nach Beendigung der digitalen Aufnahme sowie die Interviewerwahrnehmung unterstreichen dies, denn die Interviewerin nimmt ihn als überaus kontrolliert, distanziert und besonders auf seine leistungsfähige Außenwirkung bedacht wahr. Allerdings beschreibt Herr T.Y. selbst, dass er die eigene Gesundheit nur noch als bedingt kontrollierbar erlebt, beeinflusst durch eine Erkrankung seiner Frau. Diese Erfahrung stand nicht im Einklang mit seinen bisherigen Vorstellung von Gesundheit, die von der Möglichkeit zur persönlichen Einflussnahme und dem Vertrauen auf die eigene Stärke geprägt waren. Dennoch scheint dieser Einschnitt seine Leistungsorientierung nicht soweit beeinflusst zu haben, dass sich nachhaltige Konsequenzen im Gesundheitshandeln zeigen. Im Interview zeigt es sich in einer Dominanz des Themas Leistung, indem beispiels-weise Entspannungstechniken nur im Nebensatz erwähnt werden und eher etwas für die Zukunft zu sein scheinen. Dies führt er vor allem auf die Konkurrenz zu seinem Triathlontraining zurück, das für ihn *„besser als jede Droge“* (13, T.Y., Abs. 103) sei. Auch hier spielt Leistung über die Formulierung *„einfach…das Gefühl ausprobiert zu haben, was man kann“* (13, T.Y., Abs. 103) eine wichtige Rolle.

Der Blick auf die Gesundheitskonzepte von Herrn T.Y. zeigt eine Negativperspektive in Form eines Fehlens von körperlichen und geistigen Störungen mit dem Wunsch danach *„einfach in jeder Hinsicht unbeschwert leben zu können“* (13, T.Y., Abs. 99). Er stellt allerdings eine Verbindung zum Erhalt der eigenen körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit her, die er auf der Ebene der Gesundheitstheorien mit seiner Disposition bzw. Konstitution über die Beschreibung seiner Ausdauerfähigkeit in Verbindung bringt. Herr B.W. betont hingegen ein körperliches und geistiges Wohlbefinden geknüpft an körperliche Leistungsfähigkeit. Es ist ihm wichtig, auch im Altersgang in Bewegung zu bleiben und fit zu sein. Die nachlassende Leistungsfähigkeit im Alter beschäftigt ihn, und er fokussiert sich vor allem auf die Ausgleichs-theorie, wie die folgende Äußerung zeigt:

I: Ist Gesundheit für Sie bisher ein hoher Wert gewesen (B: Ja.) im Leben? (B: Ja.) Ja. Also hat sich da etwas verändert in den letzten Jahren oder Jahrzehnten? […]
B: Also junger Erwachsener war- war es auch so. War es allerdings anders so (I: Mm.). Da war die körperliche Leistungsfähigkeit eigentlich ja, im Grunde genommen logischerweise vorgegeben (I: Ja.). Jetzt mit zunehmendem Alter, wo man natürlich letztendlich merkt, dass die- dass die Leistungsfähigkeit entsprechend nachlässt, is es für mich letztendlich schon wichtig als Ausgleich- man nim- man nimmt ja vieles bewusster war (I: Mm.)- als Ausgleich eben auch neben der vorwiegend Tätigkeit in geschlossenen Räumen und am Schreibtisch auch Bewegung zu haben (I: Mm.), weil logischerweise Bewegung auch entsprechend Fitness bedeutet (I: Ja.), und Gesundheit bedeutet (I: Ja.). **(25, B.W., Abs. 6-7)**

Der Sport dient Herrn B.W. als Stressabbau und dem Erhalt seiner geistigen Leistungsfähigkeit, die er durch körperliche Fitness bedingt sieht. Zudem möchte er nicht, dass sich die sitzende berufliche Tätigkeit in seinem Erscheinungsbild über einen *Wohlstandsbauch* zeigt. Allerdings ist er bereit, seine Leistungsorientierung in den nächsten Jahren angemessen zu verändern, um sein *Wohlgefühl* zu erhalten und eine gewisse Lebensbalance zu erreichen. Es ist ihm bewusst, dass er hierfür Akzeptanz und die Bereitschaft der Anpassung auf der praktischen Ebene entwickeln muss. Herr T.Y. beschreibt ebenfalls eine Gesundheitstheorie des körperlichen und geistigen Ausgleichs. Den Begriff Balance verwendet er in Verbindung mit extern wirkenden Kräften, die außerhalb seines Einflussbereiches liegen und eigenständig ordnend wirken:

I: Nein, nein, nicht psychosomatische Beschwerden (simultan), sondern wenn, wenn dann sich Dinge häufen und diese Herausforderung vielleicht dann einfach zu einem falschen Zeitpunkt kommt, dass Sie dann einfach vielleicht merken, jetzt is es'n bisschen viel- also das könnte sich ja als Belastung dann vielleicht auf einem Punkt äußern, die vergeht vielleicht wieder schnell, aber das nehmen Sie so weiter. Das is alles oder das es sehr positiv besetzt is?
B: Ja, ich mein, nich zu Anfang. Manchmal denkt man auch, jetzt, jetzt reicht's wirklich, ja (I: Mm.), um es mal platt auszudrücken (I: Mmhm. Mm.). Aber ich hab die Erfahrung gemacht, das sortiert sich dann ja irgendwie irgendwann wieder (I: Mm. Mmhm.).
I: Also das-
B: Ja, da kommt einfach so'n Maß an Gelassenheit dazu (I: Mmhm.), was ich über die Zeit hinweg gelernt hab. Irgendwie hab ich festgestellt, die Werk- die Welt sorgt so'n bisschen für sich selber (I: Mm.). Man muss ihr nur, nur Gelegenheit dazu lassen (I: Ja.). Ja, ja ich hab überhaupt keine Erklärung dafür, aber es, es funktioniert aus meiner Sicht (I: Mmhm.). Ja, ich muss mich nich um alles kümmern (I: Mmhm.). **(13, T.Y., Abs. 44-48)**

Herr T.Y. zieht Gelassenheit aus der Vorstellung einer sich selbst regulierenden Ordnung, die es nicht nötig macht, dass er immer eingreift und dennoch die Dinge ausbalanciert. Das entlastet ihn in hoch belastenden Phasen. Diese Äußerung deutet an, dass Herr T.Y. Erfahrung mit persönlichen Leistungsgrenzen hat und er auf die Selbstregulationskräfte der Umwelt vertraut, wenn diese erreicht sind. Er spricht von Gelassenheit und beschreibt das Phänomen des Loslassens, aber es wird deutlich, dass Kontrolle und Leistungsfokussierung ihm eher entspricht.

Für beide Interviewpartner ist der Wert von Gesundheit an die eigene körperliche Verfassung geknüpft. Sie haben beide ein instrumentelles, körperliches Selbstkonzept, das durch die Wahrnehmung von altersbedingten Einschränkungen beeinflusst wird, vor allem bei Herrn B.W. Er ist jetzt schon bereit, sich gedanklich darauf einzulassen, was das für sein Verständnis von Leistungsfähigkeit bedeutet. Herr T.Y. ist seinen Erzählungen nach bereit, altersbedingte Anpassungen vorzunehmen, aber nur *zwangsweise*. Die Akzeptanz auf kognitiver Ebene steht bei Herrn T.Y. noch aus, was möglicherweise auch an der sehr optimistischen Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes mit *sehr gut* festzumachen ist:

I: Sie haben für Ihren Gesundheitszustand haben Sie sehr gut angegeben (B sich räuspernd). Was steht für Sie dahinter? Was macht dieses sehr gut für Sie aus?
B: Also dass ich einfach frei von Krankheiten bin (I: Mmhm.). Und dass ich einfach glaube, gemessen an der Zeit, die ich investieren kann, und- fit bin (I: Mmhm.). Das, das macht für mich das sehr gut aus (I: Mmhm.), ja (I: Mm.), genau. **(13, T.Y., Abs. 96-97)**

Herr T.Y. hat eine medizinische Sichtweise auf Gesundheit und wendet ein ökonomisches Prinzip als Maßeinheit für seine körperliche Leistungsfähigkeit an, denn es liegen keinerlei Erkrankungen vor, und er sei fit, bezogen auf die Zeit, die er für Trainingsphasen einsetzen könne. Auf dieser Kombination fußt seine Bewertung. Herr B.W. ordnet sich hingegen bei *gut oder etwas besser als gut* ein und beschreibt dies folgendermaßen:

B: Gut, das subjektive Empfinden- ich war heute gerade bei Orthopäden, weil ich im Moment nicht- nicht laufen kann. Da fühlt man sich natürlich dann zum Teil zurückgeworfen (I belächelnd: Ja.), aber das is es

natürlich in- in ner- in ner Längfristbetrachtung und in der Schwere des Problems, was da ist, natürlich nicht. Also ich würde schon sagen: gut (I: Mmhm.). Also gut, irgendwo so etwas besser als gut. **(25, B.W., Abs. 80)**

Herr B.W. verbindet diese Bewertung mit der Beschreibung seiner orthopädischen Einschränkung, die ihn daran hindert, seine läuferischen Ziele zu erreichen. Er hebt seine Bewertung ein wenig mit seiner Einschätzung an, dass es sich ausschließlich um eine zeitlich begrenzte Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit handelt. Beide beginnen ihre Bewertung über eine Einschätzung ihrer gesundheitlichen Lage aus medizinischer Sicht, um dann Bezug auf ihre Leistungsfähigkeit zu nehmen. Herr T.Y. bewertet sie auf Basis der zur Verfügung stehenden Zeit, und Herr B.W. schwächt seine körperliche Einschränkung ab, indem er sie als nicht langfristig beschreibt. Die geistige Ebene findet sich bei beiden Bewertungen nicht wieder und unterstreicht damit das instrumentelle Körperkonzept. Eine gewisse Bewusstheit für die abnehmende Leistungsfähigkeit ist bei beiden vorhanden, aber das Gesundheitshandeln zeigt, dass eine Leistungsorientierung weiterhin dominiert.

I: Und das war rückblickend schon so und hat sich so durchgezogen. Und was tun Sie dafür, dass es bleibt?
B: Also ich treibe regelmäßig Sport (I: Mmhm.). Ich hab in meiner Jugend viel Sport gemacht, ich hab im Studium viel Sport gemacht. Dann hab ich'n paar Jahre einfach ausgesetzt und dann hab ich wieder angefangen zu joggen. Und über'n Kollegen kam ich zum Marathon laufen und weil's immer'n Traum von mir war Triathlon zu machen, hab ich das angefangen und mit dem Wechsel zu *(Arbeitgeber von Herrn T.Y.)* ist das'n bisschen zurückgegangen, weil mir die Zeit fehlt. Aber ich hab jetzt wieder angefangen regelmäßig zu schwimmen und Rad zu fahren und insofern versuch ich das zu integrieren (I: Mm.) in den Alltag, was schwer is, aber ich denk, wir kommen noch dazu (I: Mmhm.). **(13, T.Y., Abs. 3-5)**

Sport spielte für Herrn T.Y. sein Leben lang eine Rolle, auch wenn die Ausübung phasenweise zurückging. Die Beschreibung seines Gesundheitshandelns ist zu Beginn des Gesprächs überwiegend auf Bewegung bezogen von Alltagsbewegungen bis hin zu seinen sportlichen Ausdaueraktivitäten. Über Formulierungen wie *Treppe laufen statt Fahrstuhl nutzen* und *das persönliche Gespräch mit den Kollegen bevorzugen* zeigt er sein Bemühen, Bewegung in seinen sitzenden Berufsalltag zu integrieren. Er ist bemüht, sein Sportpensum mit dem Arbeitsalltag zu kombinieren, indem er zweimal pro Woche vor Arbeitsbeginn Schwimmeinheiten absolviert und einmal in der Woche nach der Arbeit im Fitnessstudio trainiert. Seine sportlichen Aktivitäten betreibt er für sich allein und sieht für sich eine gesundheitspositive und entspannende Wirkung durch moderaten Ausdauersport. Andere Dinge, die ihm Entspannung bringen wie *Pausen machen, Musik hören, autogenes Training* und *das Gehen mit dem Hund* erwähnt er vor allem in Aufzählungen, was diese durch die Beschreibung hinter das Thema Leistungsfähigkeit zurückfallen lässt. Nur die gemeinsam mit seiner Frau praktizierte vegetarische Ernährung erwähnt er nochmals mit dem Hinweis, das diese sein Wohlbefinden steigere, weil eine fleischhaltige Ernährung ihn müder mache, wodurch er wiederum einen Bezug zu seiner Leistungsfähigkeit herstellt. Er weist zwar in Bezug auf seine vegetarische Ernährung auf Ausrutscher hin, führt sie allerdings anschließend nicht weiter aus. An die Darstellung seiner gesunden Ernährung schließt er die Dinge an, die er im Bereich Entspannung nutzt. Beim ersten Mal in Form einer Aufzählung, und beim zweiten Mal erfolgt wiederum der Hinweis, im Alter mehr Pausen zu benötigen. Es ist zu hinterfragen, ob er entspannende Einflüsse beschreibt, weil sie zum Thema Gesundheit gehören. Ein Blick auf das Interview zeigt, dass sie für Herrn T.Y. eine Rolle spielen, wenn sie einen Bezug zu seinem Leistungsstreben haben, ansonsten werden sie in den Äußerungen nicht weiter ausgeführt.

Auch Herr B.W. beginnt die Beschreibung seines Gesundheitshandelns mit der Bewegung, allerdings betont er, dass körperliche und geistige Fitness eine Verbindung für ihn haben:

I: […] Und meine erste Frage ist die, wenn Sie mal'n bisschen zurückblicken auf Ihr Leben, welche Rolle hat

bisher Gesundheit für Sie im Leben gespielt?
B: Also Gesundheit hat für mich ne sehr große Rolle gespielt, weil für mich ganz einfach körperliches Wohlbefinden auch ne sehr große Rolle spielt (I: Mm.). Ich hab also Zeit meines Lebens Sport gemacht zum Teil bis Anfang der dreiß- der dreißiger Jahre- des dreißigsten Lebensalters Leistungssport auch gemacht (I: Mmhm.), speziell im Bereich Fußball (I: Mmhm.). Hab dann'n paar Jahre etwas weniger gemacht. Hab dann aber so, dass is ja relativ häufig bei Männern über 40, sag ich ganz einfach mal, zumindest is das mein Erkenntnisstand, dass sie sich dem Sport wieder mehr widmen, weil auf- im Grunde genommen irgendeine körperliche Fitness auch für mich unmittelbar verbunden damit auch geistige Fitness bedeutet (I: Mm.). Hab mich- engagiere also so seit gut sechs, sieben Jahre, also sprich Ende 30, Anfang 40 wieder mehr (I: Mmhm. Mmhm. Ja.).
I: Also das heißt, es gab bestimmte Zeit, wo dann etwas mehr wieder für Ihre Gesundheit getan haben (B: Ja.) über diese.. Fitness (B: Ja, ja, ja.)
B: Ja, und auch jetzt noch mache, ne. **(25, B.W., Abs. 2-5)**

Herr B.W. betreibt sein Lauftraining dreimal die Woche und geht im Winter ins Fitnessstudio, was zurzeit des Interviews durch eine kleine, orthopädische Einschränkung jedoch nicht möglich ist. Er betrachtet diese Einschränkung als vorübergehend und verbindet damit die Erkenntnis, dass er zukünftig mehr auf die Dosierung der sportlichen Belastung achten will. Neben dieser Einschränkung beschreibt er sein Vorsorgeverhalten als Gesundheitshandeln. Seit zehn Jahren geht er jedes zweite Jahr zum Check beim Internisten und zweimal pro Jahr zum Zahnarzt. Privat achtet er auf sein Essverhalten, weil er kein Übergewicht mag. Das heißt, er trinkt alkoholische Getränke in Maßen, achtet auf die Kalorien und ein gesundes Essverhalten. Hierunter versteht er: Fisch, Salat und wenig Fleisch aus Massentierhaltung und wenig frittierte Nahrungsmittel. Er betont, dass er diese Art zu essen nicht kategorisch betreibt z.B. im Sinne einer rein vegetarischen bzw. biologischen Ernährung, aber sehr wohl darauf achtet, dass er abends eher Joghurt mit Früchten isst. In die Beschreibung seiner Freizeitaktivitäten lässt er einfließen, dass er gerne mal für sich persönlich ein gutes Buch liest (25, B.W., Abs. 57). Herr B.W. stellt in seinen Ausführungen keine Verbindung zwischen seinem Handeln und der Gesundheit her, der Interviewer erwähnt jedoch in seiner Frage noch einmal die Sportaffinität von Herrn B.W., was ebenso steuernd gewirkt haben könnte, wie der generelle Fokus auf das Thema Gesundheit in dem Interviewleitfaden.

Neben einem individuellen Gesundheitshandeln erwähnt er sozial angebundene gesundheitsbezogene Aktivitäten, wie das bewusst eingeführte Abendessen mit der Familie, gemeinsame Aktivitäten mit der Familie bzw. seiner Frau Sie reichen von Theaterbesuchen über das Spazierengehen bis hin zum Besuch von Handballspielen, aber auch klar abgegrenzte Wochenarbeitszeiten gehören für ihn dazu. Er gibt an, durch diese klare Trennung zwischen Berufs- und Privatleben gut abschalten zu können, auch wenn er diese konsequente Abgrenzung erst seit Kurzem eingeführt habe. Er geht in seinem Beruf auf und kann sich nichts anderes vorstellen, auch wenn es manchmal stressig wird. Die Herausforderungen in seiner Tätigkeit machen ihm Spaß, und er sieht eine positive Verbindung zu seiner Gesundheit, völlig unabhängig von der psychischen Beanspruchung oder zeitlichen Belastung.

Sowohl Herr B.W. als auch Herr T.Y. geben Zeitmangel als Hemmnis für einen Ausbau des Gesundheitshandeln an. Das Training passt bei beiden gerade so in den Alltag hinein und lässt wenig Spielraum für weitere Aktivitäten mit einem Fokus auf das Wohlbefinden. Beide äußern, dass ihnen bewusst ist, dass eine Orientierung am Wohlbefinden weg von einem Leistungsstreben gut wäre, wie Herr B.W. in seiner Gesundheitsvision ausführt:

B: Ja. Das is eher das, was Sie angedeutet haben, dass Sie sagen, also mit zunehmendem Alter, muss ich vielleicht weniger leistungsorientiert bewegen und Sport betreiben (B: Ja.), sondern stärker (B: Ja.) an meine Grenzen auch denken und entsprechend dosierter, wohlbefindensorientierter (B: Ja.) tätig werden **(25, B.W., Abs. 104)**.

Auch Herr T.Y äußert für seine Handlungsziele einen Zwiespalt zwischen der Leistungsorientierung und dem Bewusstsein, dass ein Herunterfahren notwendig sei, und dennoch liegen seine Prioritäten derzeit im sportlichen Leistungsbereich und noch nicht beim Tai-Chi. Beide beschreiben in ihren Zukunftsvisionen, dass eine altersbedingte Anpassung von Leistung, z.B. eine bessere Dosierung und Entspannungstechniken, notwendig sein wird. Aber beide sehen diese Veränderung erst in der Zukunft.

Beide Männer stehen in ihrer Leistungsorientierung für eine typisch männliche Haltung. Sie haben ein instrumentelles Körperkonzept, was nicht zuletzt durch die Betonung der Wiederherstellbarkeit körperlicher Fitness unterstrichen wird. Herr T.Y. wirkt kontrolliert und selbstreguliert, wohingegen Herr B.W. bereits eine gewisse Bewusstheit und Akzeptanz auf kognitiver Ebene für die abnehmende Leistungsfähigkeit im Altersgang zeigt. An den Stellen, an denen Herr T.Y. noch die ideale Passung zwischen Beruf und Leistungssport anstrebt, scheint Herr B.W. bereits an einer Reduktion seines Leistungsanspruches an sich selbst zu arbeiten, indem er versucht Berufs- und Privatleben klar abzugrenzen. Die Vision zeigt jedoch, dass beide eine Anpassung ihres Leistungsstrebens erst in den nächsten Jahren auf sich zukommen sehen. Somit ist eine gewisse Bewusstheit für eine Abnahme der Leistungsfähigkeit im Altersgang bei beiden vorhanden, aber bei Herrn B.W. zeigt sie sich in einer Akzeptanz auf kognitiver Ebene und bei Herrn T.Y. über erzwungene Anpassungen im Handeln. Die Leistungsorientierung bleibt in beiden Interviews präsent, was sie gegen den nächsten Einzelfall von Herrn N.U. abgrenzt. Im Interview von Herrn N.U. dominiert die Orientierung an gesellschaftlichen Normen, worauf im nächsten Abschnitt eingegangen wird.

6.2.2 Gesundheit orientiert an gesellschaftlichen Normen

In Abgrenzung zur Leistungsorientierung beschreibt Herr O.J., eine Orientierung an gesellschaftlichen Normen bzw. betont normal sein zu wollen. Aussagen wie diese durchziehen das gesamte Interview. In der nachfolgenden Aussage bringt Herr O.J. es allumfassend in Bezug zu seiner Gesundheitsvision:

I: Also positiv in die Zukunft sehen?
B: Ja, ich leb so weiter wie jetzt? Und das fand nu ja recht normal (I: Mmhm.). Ich hau nich über die Stränge und- egal was es is. Und mein schon, dass es also noch 10 Jahre noch so gehen kann (I: Mm.) und noch länger (I: Mmhm.). Weiß ich nich (I: Mmhm.). **(2, O.J., Abs. 195-196)**

Sich innerhalb der Normen zu bewegen, bzw. in der Wortwahl von Herrn O.J. *nicht über die Stränge zu hauen*, kommt deutlich zum Ausdruck. Diese Form des Lebens scheint ihm so viel Sicherheit zu vermitteln, dass er sich an dieser Stelle zutraut zu prognostizieren, es könnte die nächsten zehn Jahre und darüber hinaus so weitergehen. Dies lässt erkennen, wie wichtig es Herrn O.J. ist, Normalität zu demonstrieren. Leistungsfähigkeit bleibt dennoch eine Komponente, die sich in dieser Aussage andeutet. Umso interessanter ist es zu erfahren, warum der Ausdruck einer Normorientierung Herrn O.J. so zentral ist, obwohl sich Ehrgeiz und Leistungsstreben dahinter verbergen. Die nachfolgende Äußerung gegen Ende des Interviews gibt Hinweise:

B: Ja, ich müsste mit vielleicht einen- einen mit- mit- mitroutinieren. Meine Frau vielleicht, aber die läuft so langsam, ich- so langsam kann ich dann immer nich (I: Mmhm.). Ja, dann haben wir früher immer Waldläufe gemacht- is noch gar nich so lange her. Immer so'n "Trimm-Dich"-Pfad immer ohne die Übungen einfach nur gelaufen (I: Mm.). Ich bin da immer ziemlich, ziemlich ehrgeizig mitunter. Dann hab ich ne Stoppuhr mit und- Schwachsinn normalerweise. […] Ich muss irgendjemand haben- vielleicht'n Kumpel, dann muss ich mal einen motivieren oder zwei, dass sie mal mitlaufen (I: Mmhm.). Das wär was für mich (I: Mmhm.). **(2, O.J., Abs. 216)**

Er bezeichnet seinen eigenen Ehrgeiz, sichtbar in der mitgeführten Stoppuhr, als *Schwachsinn*, gibt aber zu, dass er durchaus ehrgeizig sein kann. Dies widerspricht seiner Darstellung eines moderaten Lebensstils, der ihn auf ein langes Leben hoffen lässt. Allerdings entkräftet dieser Bruch den Wunsch nach einem normorientierten Leben nicht, sondern zeigt nur auf, dass nicht jede Lebensorientierung konsequent und durchgängig gelebt werden kann, wie Herr B.W. bereits im vorherigen Abschnitt 6.2.1 andeutete.

Herr O.J. ist heute 56 Jahre alt und hatte das Glück, in seinem Leben keine großen gesundheitsbezogenen Einschnitte erlebt zu haben. Altersbedingte Veränderungen nimmt er als gegeben hin und hat in diesem Zuge vor allem seine sportlichen Interessen angepasst. Früher war er im Motorsport aktiv und betreibt dies heute nur noch als *Passivsportart*, wie er es beschreibt. Auch hat er im Alter von 38 für sich beschlossen, das Fußballspielen aufzugeben, da er sich nicht mehr im Training quälen wollte. Er spürte, dass seine Leistungsfähigkeit nachließ, also stellte er es ein. Heute radelt er gerne mit seiner Frau durch die *Botanik*, wie er es in eigenen Worten nennt. Die Wortwahl vermittelt der Interviewerin, dass es ihm wiederum darum geht, die Normalität dieser Radtouren hervorzuheben, wofür der Intervieweinstieg bereits die Grundlage gelegt hat:

I: Was is für Sie Gesundheit und was ist Gesundheit für Sie nicht?
B: Gesundheit is für mich, dass ich im normalen Leben, sag ich mal, (3 Sek. Pause) mich normal bewegen kann und, und nich irgendwo eingeschränkt bin. Und Gesundheit heißt für mich nicht also mit Gewalt, sag ich mal, Muskeln aufzubauen, wie einige Leute das eben in Fitnessstudios machen, sondern einfach- ich fahr einfach auch normal auf'm Fahrrad durch die Botanik, sag ich mal, und sitz nich irgendwo in irgendwo so nem Studio und radel' da meine Kilometer ab. **(2, O.J., Abs. 3-4)**

Allerdings findet sich an dieser Stelle wiederum ein Bruch zur Normalität in seinen Darstellungen. Es ist ihm wichtig zu betonen, dass seine sportlichen Aktivitäten keine Gewaltakte in einem unnatürlichen Umfeld wie z.B. einem Fitnessstudio sind, sondern in der freien Natur ohne Übertreibung stattfinden. Nach der als entspannend dargestellten Wirkung seiner sportlichen Betätigungen mischt sich jedoch wieder der später angesprochene Ehrgeiz hinein, wie dieses Zitat zeigt:

I: Ja. Und Langlauf hat das dann auch wieder ne entspannende Wirkung?
B: Total. […] Dann fahren Sie da durch die Gegend, dann das is kein Hecheln, Rumhecheln, sondern einfach nur so, wie so ne Art Skiwandern. Na gut, manchmal auch'n bisschen schneller, aber- (I: Mm.) Is ganz in Ruhe, sutsche [norddt.: locker] durch die Gegend, Botanik da (I: Mm.). Abreagieren tu ich mich dann vormittags, wenn ich dann mal'n paar Abfahrten mach, ne (I: Mm.). Da guckt meine Frau dann zu.
I: Is das, is das Radfahren, wenn, wenn Sie sagen abreagieren beim Ski fahren, is das Radfahren auch so, ja, abreagieren dann (B: Auch.) in dem Moment? Auch!
B: Vor allem wenn's berghoch geht und meine Frau kommt nich hinterher (I belächelnd). Und ich hechel da mit- pft, pft, pft. Dann sagt sie immer: "Ja, du hast ja 21 Gänge." Ich hab 24 Gänge. "Und ich hab nur 7", sagt sie. Daran liegt das. Ich sag, gut, sag ich, ne (I belächelnd). **(2, O.J., Abs. 141-144)**

Er ist darum bemüht zu vermitteln, wie gemütlich das Skiwandern abläuft, vermittelt aber gleichzeitig, dass er doch Anstrengung braucht, ob in Form des Abfahrtskilaufens oder dem strammen Hinaufradeln von Anstiegen bei den gemeinsamen Radtouren mit seiner Frau. Seine Narrative enthält gleichzeitig eine gewisse Demonstration von männlicher Stärke und einer gewissen weiblichen Schwäche, indem er seine Frau als *hinterherhechelnd* beschreibt. Beim Abfahrtski sitzt sie sogar am Rand, und auch ihr Argument für das langsamere Tempo bei den Anstiegen wird über seine Formulierung bagatellisiert. Somit scheint es Herrn O.J. wichtig, eine gewisse Form von körperlicher Überlegenheit in seinen sportlichen Betätigungen auszudrücken, gemessen im Vergleich zur körperlichen Leistungsfähigkeit seiner Frau. Dies unterstreicht den Bruch in seiner dargestellten Normorientierung.

Auch seine generelle Gesundheitsmotivation beinhaltet zudem das Bedürfnis der Vermittlung von Normalität. Er gibt an, dass Gesundheit für ihn immer eine *recht* große Rolle gespielt hat, obwohl er selbst nicht von Erkrankungen betroffen war. Er hat diese *aus zweiter Hand* durch den Tod eines Arbeitskollegen erlebt, schätzt das Risiko für sich selbst, Gleiches zu erleiden, aber als gering ein, da er selbst normal lebt, auch wenn er zugibt, dass er sicher etwas weniger essen könne. Im gleichen Satz definiert er die konsumierte Menge als im Rahmen, womit er sich wiederum als *normal* einstuft. Die subjektive Einschätzung seines Gesundheitszustandes passt dazu, den er unter *gut* einordnet. Er führt diese Bewertung auf die objektive Einschätzung seines Arztes zurück, der seine Werte als *normal* bzw. *ok* einstuft. Seine Beschreibung macht deutlich, dass er regelmäßige Vorsorge betreibt und die objektive Einschätzung des Arztes für ihn Priorität hat. Hieran knüpft er seine eigene Einschätzung an, die er mit der Äußerung *Man muss nicht immer- sehr gut muss nicht sein. Aber gut ist auch gut* (9, O.J., Abs. 152) noch einmal verstärkt. An dieser Stelle ist hinzuzufügen, dass Herr O.J. das Thema *Vereinbarung von Vorsorgeuntersuchungen* an seine Frau ausgelagert hat. Sie macht für ihn alle zwei Jahre die entsprechenden Termine, die er wahrnimmt. Somit ist sein Gesundheitshandeln hinsichtlich der Vorsorge gewissermaßen fremdgesteuert und entspricht einer traditionellen Rollenaufteilung zwischen Mann und Frau, indem seine Frau mit ihrer Fürsorge anteilig Verantwortung für seine Gesundheit übernimmt.

Das subjektive Gesundheitskonzept von Herrn O.J. fällt in den Bereich Aktionspotenzial, da er sich als immer *noch recht fit* (9, O.J., Abs. 2) auf der körperlichen Ebene fühlt. Für die Einschätzung seiner geistigen Leistungsfähigkeit nutzt er wiederum den sozialen Abgleich zu seiner Frau, die er als weniger geistig agil beschreibt. Hinzu kommt für ihn, über die Formulierung *nich irgendwo eingeschränkt sein* (9, O.J., Abs. 4), das Verständnis von Gesundheit über ein Fehlen von Erkrankungen bzw. Beschwerden. Somit gründet sich sein Gesundheitskonzept auf einem leistungsbezogenen und negativen Anteil in der Darstellung. Seine Gesundheitstheorien orientieren sich hingegen am Faktor Normalität in Formulierungen wie *normal leben* oder *normal bewegen*, die sich durch das gesamte Interview ziehen. Auch in der Darstellung der moderaten Formen von Bewegung findet sich diese Orientierung wieder, ergänzt durch Ablehnung von radikalen Umstellungen im Ernährungsbereich, die er für die eigene Gesundheit nicht zuträglich hält:

B: War so- ich hab ja nun nich so'n Leben so'n, so'n Lebens-, sagen wir mal so, so ne Umstellung, dass ich also, sagen wir mal, meine Gesundheit bewusst ruinier. So is es ja nich (I: Mm.). Man muss manchmal- kann manchmal'n bisschen weniger Essen. Das is klar, aber man hat immer noch'n Gewicht- Ich mein, ich wich- ich bin 1,86 groß und wieg 90 Kilo, ich mein (I: Mmhm.). Das halt ich immer noch für fast normal, also (I: Mm.), für normal, ne. Und deswegen also bin, bin ich so, und- Ja, natürlich man kann auch mal auf was verzichten, dass weiß ich auch, aber- (I: Mmhm.) **(2, O.J., Abs. 190)**

Herrn O.J. ist durchaus bewusst, dass in diesem Bereich Optimierungspotenzial läge, da sich das Körpergewicht nach seiner Einschätzung jedoch im Normbereich bewegt, sieht er für sich keinen Handlungsbedarf. Andererseits grenzt er sich deutlich von Trägheit und Bequemlichkeit ab. Gegenmittel, um seinem *innerlichen Schweinehund* nicht zum Opfer zu fallen, sind in Gange zu bleiben und nicht zu sehr runterzufahren z.B. durch das Radfahren. Das *Radeln* lässt ihn besser schlafen, und er fühlt sich dadurch befreit. Gleiches schafft er über das Skiwandern und Abfahrtskilaufen. Insgesamt beschreibt er seine persönlichen Ressourcen darüber, dass er keinen Stress und einen sicheren Job hat. Darüber hinaus sei zu Hause alles in Ordnung.

Im Job sieht Herr O.J. zugleich auch belastende Momente, die ihn zu der Aussage veranlassen, *dass man durchhalten muss* (2, O.J., Abs. 26). Um mit diesen Momenten gesund umzugehen,

sieht er es als legitim an, mit zunehmendem Alter einen Gang runterzuschalten und auch mal zu delegieren, statt alle Tätigkeiten selbst auszuführen. Dauerdruck und Bereitschaftsdienste beschreibt er ganz konkret als belastend, letztere vor allem, weil sie die Grenze zu seinem Privatleben überschreiten. Zudem gibt es Arbeitsthemen, die ihn gedanklich beschäftigen, wobei er es trotzdem schafft, diese während der täglichen Autofahrt nach Hause beiseite zu legen. Er beschreibt diese halbe Stunde als Auszeit, um seine Gedanken zur Ruhe zu bringen. Rückblickend betrachtet war seine frühere Arbeitstätigkeit auf körperlicher Ebene anspruchsvoller, heute hat sich dies durch seine Führungsverantwortung auf die geistige Ebene verlagert. Er sieht diese sogar als risikobesetzt für seine Gesundheit an, versucht aber durch bewusstes Entspannen, Bewegung und das Treffen von Freunden zu kompensieren. Diese Maßnahmen müssen sich allerdings normal ins alltägliche Leben einfügen. An dieser Stelle zeigt sich wieder der Anspruch an eine gewisse Form von Normalität, auch in der Passung von Copingstrategie und Alltag.

Riskante Verhaltensweisen wie den aktiven Rennsport und das Rauchen hat Herr O.J. abgebaut. Mit 40 hat er von heute auf morgen mit dem Rauchen aufgehört und nicht wieder begonnen, wie dieses Zitat beschreibt:

B: […] Am *(Datum)* hab ich aufgehört zu rauchen (I: Mmhm.). War von heute auf morgen.
I: Und mit welcher Begründung war-
B: Begründung ich hatte etwas zu hohen Blutdruck (I: Mmhm.). Der war nich, nich bedenkenswert, aber der war zu hoch (I: Mm.). […] Und denn hab ich auch aufgehört zu rauchen von heute auf morgen, wirklich, von heute auf morgen (I: Mm.). Ich hab nie wieder eine angefasst (I: Mmhm.) bis heute nich. […] Und dann hat sich der Blutdruck auch normalisiert (I: Mmhm.). Und ich hab seitdem eigentlich keine Probleme damit (I: Mmhm.). **(2, O.J., Abs. 172-174)**

Ausschlaggebend für das Aufgeben des Rauchens war sein Blutdruck. Sein konsequentes Handeln führte zur Normalisierung des Blutdrucks und beschert ihm bis heute *eigentlich* keine weiteren Probleme. Diese einschränkende Formulierung lässt vermuten, dass Herrn O.J. bewusst ist, dass sein Ernährungsverhalten nicht als ideal zu bezeichnen ist. Diese Wahrnehmung scheint mit einer Besonderheit im Bereich seines Gesundheitshandelns zusammenzuhängen. Herr O.J. ist leidenschaftlicher Koch. Er betont die entspannende Wirkung und die soziale Komponente des Kochens. Als er mit 23 seine Frau kennenlernte, stellte er schnell fest, dass Kochen nicht zu ihren Leidenschaften zählte, so hat er dies seitdem zu seinem Fachgebiet erklärt. Dies reicht soweit, dass seine Frau während der Kochphasen, die Küche nicht betreten darf, er sie zwischendurch aber immer wieder beteiligt, indem er sie probieren lässt. An diesem Punkt findet ein Austausch zwischen Herrn O.J. und der Interviewerin statt, der zur Bildung der Subkategorie *Implizites Gesundheitshandeln* führte:

B: […] Das war vorher auch schon so, weil ich- ich koch also gerne (I: Mmhm.). Ich ess das auch selber, was ich koch (I belächelnd).
I: Ist das etwas, was Sie für Ihre Gesundheit tun?
B: Nö.
I: In Ihrer Freizeit? Also Sie sehen dann keinen?
B: Das hat mit- nee, das hat mit Gesundheit gar nichts zu tun (simultan). Das is einfach nur'n Ausgleich. Also ich kann mich dabei entspannen (I: Ja.). Das is so ne Arbeitsteilung, ne. Wenn ich mal so'n Wochenende was koch, was will ich'n sagen Nachmittag. Dann verschwind um 2 in der Küche und komm um 5 wieder raus (I: Mmhm.). Und meine Frau macht dann irgendwas anderes (I: Mm.). Und dann gehen wir uns nich gegenseitig auf'n Keks und nerven uns nich, aber wir sind zusammen nachher fertig, ne.
I: Also die- das Kochen is dann Entspannen?
B: Das entspan- entspannt mich, ja. Ich hab in der Küche'n Fernseher, 'n Radio (I: Mmhm.). Dann setz ich mich dahin, guck fernsehen, köchel da rum (I: Mmhm.). Ab und zu nehm ich auch was aus'n Topf, bring meiner Frau das und sag: "Probier mal." Bravo und bin wieder weg (I: Mmhm.). Ja, das mach ich dann, ja.. **(2, O.J., Abs. 106-112)**

Es ist anzunehmen, dass Herr O.J. auch an dieser Stelle die Normalität seines Tuns hervorheben möchte, andererseits aber keine Verbindung zwischen seiner Leidenschaft am Kochen und der eigenen Gesundheit herstellt. Ein Bezug zur Gesundheitsverträglichkeit der verwendeten Zutaten wird nicht hergestellt. Vielmehr könnte sich über die Interaktion mit seiner Frau, die entspannende Wirkung und den Ausgleich, die ihm das Kochen verschafft, eine gesundheitspositive Wirkung entfalten. Die Worte *Entspannung* und *Ausgleich* deuten darauf hin. Da Herr O.J. allerdings den Spaß am Kochen und die Arbeitsteilung im Vordergrund sieht, definiert er sein Tun nicht bewusst als Gesundheitshandeln. Dies bildet die inhaltliche Basis für Gestaltung der Subkategorie *Implizites Gesundheitshandeln*.

An dieser Stelle lässt sich eine Verbindung zwischen der Ablehnung eines Gesundheitsbezugs bei einer leidenschaftlich ausgeführten alltäglichen Tätigkeit und der männlichen Geschlechtsrolle herstellen. Herr O.J. zeigt über seine Sportarten den Wunsch nach einer gewissen moderaten Gelassenheit, aber auch der Darstellung seiner Männlichkeit im Abgleich zu seiner Frau, dass es ihm wichtig ist, männlich zu wirken. Dies wird dadurch unterstrichen, dass er emotional gefärbte Äußerungen dadurch eingrenzt, indem er sie mit einem sachlichen Abschluss beendet, wie die nachfolgende Aufzählung erkennen lässt:

B: […] Das Einzige, was ich noch vergessen hab, ich spiel leidenschaftlich gerne die Bassgitarre (I: Mmhm.). Das hab ich noch vergessen (I: Mmhm.). Wenn Sie bei mir in die Stube kommen, dann sehen ne alte Anlage aus den 60iger Jahren (I: Mmhm.), die meine Oma mir mal gekauft hat (I: Mmhm.). Die steht da heute noch (I: Mmhm.). Und auf die spiel ich auch also bestimmt zwei-, dreimal die Woche noch mindestens (I: Mmhm. Aber jetzt-). Ich hab da mal in ner Gruppe gespielt jahrelang. Ich war auch mal Soldat vorher, ich war *(Dienstgrad bei der Bundeswehr)* beim Bund (I: Mmhm.). […] Das is so der Werdegang so: Maschinenbaulehre (I: Ja.), Bundeswehr, *(Arbeitgeber von Herrn O.J.)* (I: Mmhm.). Das war mein Leben (I: Mmhm.) (belächelnd). **(2, O.J., Abs. 102)**

Er pointiert diese Form im letzten Satz und reduziert sein Leben damit für sich selbst auf das Wesentliche, was einem traditionell männlichen Bild entspricht. Der Umschwung von einem emotional geprägten Thema, das er nicht weiter ausführt, findet über die Darstellung seiner Zeit bei der Bundeswehr mit dem zugehörigen Dienstgrad statt. Mit seiner Männlichkeit scheint Herr O.J. gleichzeitig eine gewisse Form von Gelassenheit und Normorientierung zu verbinden, die er mit den oben genannten Aussagen unterstreicht. Andererseits bedarf er der Anerkennung seiner Frau, sowohl über die Leidenschaft des Kochens als auch über die gemeinsame sportliche Betätigung. Ob er sich eine vergleichbare Anerkennung über das Engagement in seiner Aktivität für den Motorsport holt, geht aus dem Interview nicht direkt hervor, wäre aber zu vermuten. Interessanterweise zeigt sich sein traditionell männliches Verhältnis zum Umgang mit Emotionen nicht nur über seine Formulierungen, sondern auch über die Darstellung seiner Schwäche.

Er sieht diese für sich selbst in der Schwierigkeit im Umgang mit den privaten Problemen seiner Mitarbeiter. Es ist ihm durchaus bewusst, dass er sich in seiner Führungsrolle von den Mitarbeitern abzugrenzen hat, übergeordnete Themen nicht ungefiltert weitergeben darf und in vielen Fällen Übermittler schlechter Botschaften ist, dennoch fühlt er sich bis heute eher als Kollege denn als Führungskraft. Das führt dazu, dass er Gedanken mit auf den Heimweg nimmt, die er verarbeiten muss. Er sieht einerseits seine Fürsorgepflicht für seine Mitarbeiter und hat andererseits für sich erkannt, dass es ihm schwerfällt, mit den Emotionen der Führungsverantwortung allein klarzukommen. Dies hat ihn dazu bewogen, von der klassischen Rollenaufteilung abzuweichen und sich in Gesprächen seiner Frau zu öffnen, um festzustellen, dass dieser Austausch für ihn tatsächlich kompensierend wirkt. Da das Paar keine Kinder hat, nimmt seine Frau eine ganz besondere Rolle für ihn ein. Sie ist Partnerin, Vertraute,

Konkurrentin und ausgleichender Faktor zugleich. Er beschreibt sie zwar als *träge*, was er zu gewissen Anteilen in ihrer Verwaltungstätigkeit begründet sieht, aber andererseits in ihrer Wirkung auch ausgleichend. Seine Formulierungen sind sowohl abwertend, wenn es um das Thema Leistungsfähigkeit geht, im Gegengewicht dazu jedoch aufwertend hinsichtlich Anerkennung oder Abbau von Belastungen. Es ist ihm durchaus bewusst, dass ihm die Ruhe in seinem Privatleben Kraft gibt, die Belastungen seines beruflichen Lebens zu kompensieren.

Zusammenfassend lässt sich für die Einzelfallanalyse von Herrn O.J. festhalten, dass dieser Fall für den Schwerpunkt Normorientierung steht und diesbezüglich dennoch nicht frei von Brüchen ist. Diese mögen in einer Orientierung an einer traditionell männlichen Rolle in Form seiner Leistungsorientierung liegen. Jedoch ist Herr O.J. in der Lage, gewisse Dissonanzen für sich selbst in einem konsistenten Bild zu integrieren, wodurch die Normorientierung in der Darstellung der ausschlaggebende Faktor bleibt. Darüber hinaus trägt dieser Fall zur Bildung der Subkategorie des impliziten Gesundheitshandelns bei. Die deutliche Verneinung einer Verbindung zwischen dem Hobby Kochen und der eigenen Gesundheit begründet dies. Es sei an dieser Stelle nochmals darauf hingewiesen, dass es nicht um ein gesundheitsförderliches Kochen im herkömmlichen Sinne geht, sondern dass Herr O.J. es selbst in den Zusammenhang von Ausgleich und Entspannung stellt und dennoch den Bezug zu Gesundheit ausschließt. Hier spielen die Begriffe Leidenschaft und Spaß eine gewisse Rolle, die dazu geführt haben könnten, dass eine Verbindung nicht bewusst gesehen wird. Die nun folgenden Einzelfälle von Herrn F.M. und Herrn H.C. beinhalten eine Genussorientierung, wenn auch mit recht unterschiedlichen Vorzeichen.

6.2.3 Gesundheit orientiert an Genuss und Spaß

Von der Einzelfallanalyse der Orientierung an gesellschaftlichen Normen grenzen sich die Interviews von Herrn F.M. und Herrn H.C. in sehr unterschiedlicher Weise ab. Beide Männer haben eine Vorliebe für ein genussvolles Leben, die bei Herrn H.C. soweit reicht, dass er angibt, sein gesamtes Leben sei spaßorientiert ausgerichtet:

I: Und dass Sie das- ich mein, in jun- jungen Jahren, da macht man das ja meistens, weil's einem Spaß macht. Da denkt man nich irgendwie vielleicht groß an Gesundheit. Aber war für die- für Sie der Gesundheitsgedanke auch schon entwickelt?
B: Nee, weil's mir Spaß (simultan) macht. Ich mach nur Dinge (I: Ja. Ja.), die mir Spaß machen (I: Ja. Ja. Ok.).
I: Und Sie haben's jetzt nicht bewusst in irgendeiner Weise gemacht oder aufrechterhalten, weil Sie sagen, das tut auch meiner Gesundheit gut?
B: Nee (I: Nee.). Ich brauch nur 'n Ausgleich, sag ich mal, für meine Tätigkeit (I: Ja.). **(30, H.C., Abs. 11-14)**

Diese betonte Spaßorientierung wiederholt Herr H.C. im Interview mehrfach in unterschiedlichen Zusammenhängen. Herr F.M. zeigt weniger eine Spaß- als eine Genussorientierung, die allerdings durch seine Diabetes-Erkrankung seit vier bis fünf Jahren eingeschränkt ist. So erlebt Herr F.M. das Thema Gesundheit als regulierenden Faktor, der auf seine Genussorientierung wirkt. Er beschreibt Phasen, in denen er über die Stränge schlägt, mit einer negativen Wirkung auf seine Blutzuckerwerte:

I: […] Und Sie ham für Ihren Gesundheitszustand ein bisschen- bisschen weniger als mäßig angegeben (I: Mmhm.). Ich würde Sie einmal bitten zu sagen, warum Sie genau an dieser Stelle das Kreuz gesetzt haben und was dahintersteht […]?
B: Ja, dahinter- ich hab- wie gesagt ich bin Diabetiker (I: Mm.). Und ich habe, na ja, so f- ebenfalls ab Mitte Dezember- du bist permanent eingeladen- du wirst von Kunden eingeladen. Du hast Weihnachtsfeiern (I: Mm.). Du hast selber Weihnachten und so weiter. Das heißt, meine Werte waren über- zum Jahresultimo Scheiße auf Deutsch gesagt. Und es dauert immer ne ganze Weile, bis du das wieder so- du kannst

runterspritzen, das is kein Problem (I: Mm.). Du kannst dich auch wieder richtig ernähren. Das is auch kein Problem. Und deswegen da bin ich auf'n guten Weg. […] Ich bin noch nich ganz wieder in der optimalen Range. Und deswegen hab ich eben halt das Kreuz da gesetzt, weil ich muss da noch was tun. […] **(4, F.M., Abs. 88-89)**

Herr F.M. ist sich einerseits durchaus bewusst, dass dieses Verhalten seinem Körper nicht gut tut, wie die Einschätzung seines Gesundheitszustandes belegt. Andererseits zeigen seine Formulierungen jedoch, dass er sein Verhalten aktuell als unproblematisch einstuft, selbst wenn dies ein *Runterspritzen* bedeutet, um seinen Zustand zu stabilisieren. Dies macht deutlich, dass es Herrn F.M. noch schwerfällt, die auf seine Genussorientierung wirkende Einschränkung zu akzeptieren.

Die dargestellten Zugänge, repräsentiert durch Herrn H.C. und Herrn F.M., stehen für eine genuss- bzw. spaßgeprägte Gesundheitsorientierung. Beiden ist gemein, dass der Genuss bzw. Spaß der Gesundheit vorgezogen wird. Lässt sich beides jedoch kombinieren, wie z.B. bei sozialen Anlässen, so nehmen beide Männer positive Effekte aus dieser Kombination gerne an. Allerdings wird eine Verbindung zur Gesundheit nicht immer bewusst gesehen, sondern verbirgt sich implizit hinter einer Spaßorientierung, wie das oben ausgewählte Zitat von Herrn H.C. unterstreicht.

Die Gesundheitskonzepte beider Männer haben das Fehlen von Störungen und Beschwerden gemeinsam. Dies sind aber nicht die dominierenden Merkmale beider Konzepte. Das Gesundheitskonzept von Herrn F.M. ist durch das Thema Leistungsfähigkeit und Fitness geprägt. Er macht deutlich, dass der Alterungsprozess und eine damit verbundene nachlassende Leistungsfähigkeit für ihn spürbar ist beispielsweise bei einem Weihnachtsspaziergang, an dessen Ende er selbst schweißgebadet ist. Zudem sieht er seine Erkrankung als Warnsignal seines Körpers an, das Thema Gesundheit bewusst und allgegenwärtig zu leben. Herr H.C. erlebt Erkrankungen seiner Beschreibung nach wesentlich stärker aus zweiter Hand, sodass Krankheit für ihn aktuell keine Rolle spielt. Dies mag erklären, warum Herr H.C. die Komponenten Zufriedenheit und körperliches Wohlbefinden in seinem Gesundheitskonzept betont. Zufriedenheit bezieht er dabei auf *Partner, mit dem Umfeld (simultan), mit Freunden (I: Ja. Ja. Mm. Ja.)* (30, H.C., Abs. 142). Diese soziale Lebensstilkomponente zieht sich ebenfalls durch das gesamte Interview von Herrn H.C. Sie wird besonders stark in der Darstellung des eigenen privaten Umfeldes unterstrichen:

I: […] Haben Sie viele Freunde auch noch oder ne größere Verwandtschaft?
B: Ja, Freunde hab ich so viele. Ich kann jedes Jahr'n Stadtfest feiern, wenn ich will (I lächlend). Ja, ja (I: Ja.). Also das kommt einmal sicherlich, weil ich auch so 'n Typ bin (I: Mm.), der halt gern ges- 'n geselliger Typ. **(30, H.C., Abs. 105-106)**

Seine Übertreibung rückt ihn selbst in das Licht eines sozial angebundenen, stark vernetzten Mannes. Sich selbst als herausragend und besonders darzustellen, ist eine weitere Komponente, die im Verlauf des gesamten Interviews von Herrn H.C. durchgängig zu finden ist. Die Selbstdarstellung von Herrn F.M. fällt wesentlich moderater aus, was ein weiteres Unterscheidungsmerkmal zwischen beiden Einzelfällen ist. Herr H.C. ordnet sich im Bereich der subjektiven Gesundheitstheorien im sozialen Vergleich als Mann mit einer besonders guten Konstitution ein, die seiner Aussage zufolge potenziell auf eine genetische Disposition zurückzuführen sei. Dennoch sieht er für sich selbst die Notwendigkeit, seine überwiegend sitzende Tätigkeit durch Bewegung auszugleichen, z.B. durch sportliche Aktivitäten oder durch Tätigkeiten im Haushalt. An dieser Stelle neigt Herr H.C. zu einer weiteren Übertreibung, denn

in diesem Zitat stellt er sich als Hausmann dar, der den überwiegenden Anteil der alltäglichen Aufgaben im Haushalt trotz Vollzeitberufstätigkeit übernimmt:

I: Ham Sie irgendwo (B sich räuspernd) in Ihrer Haushalt also auch regel- gewisse Pflichten, wo Sie dann ne gewisse Arbeitsteilung mit Ihrer Frau machen? Oder wie ist das bei Ihnen so geregelt?
B: Ja. Also ich regele eigentlich alles, sag ich mal (I: Ja.). Weil ich koche gerne (I: Ah ja. Mm.). Also wenn ich von der Arbeit komm, wird da noch'n bisschen was zubereitet (I: Mmhm.). Das machen wir denn meist gemeinsam (I: Mm.), sag ich mal. Also werden die Vorbereitungen getroffen (I: Mm.) und dann stehen wir da gemeinsam in der Küche und bruzzeln uns da einen zusammen. Genau. Ich bekoch auch gern meine Freunde. Und.. , ja, Haushalt, klar, hat man auch (I: Mm.). Fensterputzen, blablabla. Was da alles halt zugehört (I: Ja.). Ich bin so der hausmännische Typ auch..
I: Ah ja. Aber das machen Sie auch ganz gerne, ne? (B: Ja.) Ja.
B: Und dann eben alles, was um's Haus herum is (I: Mm.). Reparaturarbeiten (I: Mm.), Renovierungsarbeiten (I: Mm.). Also das sehe ich auch für mich so irgendwie, ja, die Entlastung zu der (I: Mm.) körperlichen Untätigkeit im Büro (I: Mm. Ja.). **(30, H.C., Abs. 109-112)**

Es handelt sich zwar um gemeinsame Tätigkeiten, aber es wird deutlich, dass er sich als der aktive Part sieht, was ebenfalls für den handwerklichen Bereich gilt. Seine Frau hat in der Beschreibung eine zurückgenommene Rolle, was sich im weiteren Interviewverlauf über die Formulierungen bestätigt. Herr H.C. zeigt durchgehend ein starkes Bedürfnis sich aufzuwerten, was nahelegt, seine Selbstdarstellungen zurückhaltend zu interpretieren. Dies wird zusätzlich durch Formulierungen wie *Also ich hab ja dieses Burnout-Syndrom (I: Ja.) oder was da immer so ist (I: Ja, ja. Ja, ja.)* (30, H.C., 46) unterstrichen. Sie fließen nebenbei ein und werden nicht weiter für die eigene Person konkretisiert, sondern direkt auf andere Mitarbeiter bezogen, mit denen er zu tun hat und die unter diesem Phänomen leiden. Dies lässt den Rückschluss zu, dass Herr H.C. Negatives randständig darstellt und positive Komponenten besonders hervorhebt.

Herr F.M. beschreibt in seinen Gesundheitstheorien ebenfalls Bewegung als Ausgleich zu seiner sitzenden Tätigkeit und die Rückkehr zum vorgeschriebenen Diätplan nach einer Phase übermäßigen Essens als positiv. Allerdings ist sein Verhalten um die Weihnachtszeit mit der negativen Wirkung auf die Blutzuckerwerte gleichzeitig als subjektive Risikotheorie einzuordnen. Darüber hinaus verfügt er über eine sehr differenzierte Anpassungstheorie, die er mit den Worten *ich hab- ich glaube, fast jede Situation schon ma erlebt* (4, F.M., Abs. 35) unterstreicht. Diese Lebenserfahrung gibt ihm eine gewisse Gelassenheit und wirkt positiv auf seine innere Ruhe. Sie macht ihn handlungsfähiger, lässt ihn abgeklärt wirken und senkt gleichzeitig seine subjektiv wahrgenommenen Belastungen, wie Herr F.M. es beschreibt. Somit verbindet Herr F.M. mit dem Altersgang nicht nur eine sinkende Leistungsfähigkeit, sondern sieht ebenfalls die positive Seite einer Zunahme an Lebenserfahrung und Gelassenheit für die Bewältigung von Belastungen.

Herr F.M. zeigt ebenso wie Herr H.C. eine große Bandbreite im Gesundheitshandeln. Bei beiden Männern sind sowohl explizite als auch implizite Anteile erkennbar. So beschreibt Herr F.M. die Faktoren Abwechslung und Flexibilität seines Berufsalltages als Herausforderung, die ihm Spaß macht. Er ordnet diese Äußerung nicht direkt der Gesundheit zu, obwohl die Komponente Spaß ebenso wie die Herausforderung für einen positiven Effekt auf die Gesundheit sorgen kann. Gleiches gilt für seine Darstellung der Anerkennung und Bestätigung, die er aus seinen Kundenkontakten erhält, die er mit diesen Worten zusammenfasst:

B: Ja, also das mach wie gesagt unheimlich viel Spaß. Ich hatte ja gesagt, ich sauge also 90% meines Honigs, was (I: Mm.) Bestätigung anbelangt, sauge von meinen Kundenkontakten (I: Mm.) aus meinen Kundenkontakten. **(4, F.M., Abs. 61)**

Er setzt diese Worte weniger ins Verhältnis zu seiner Gesundheit als vielmehr zum aktuellen Trend im Bereich des Führungsverhaltens. Denn aus seiner Sicht muss er sich Lob und

Anerkennung heute ausschließlich über seine Kundenkontakte holen, da Vorgesetzte diese nicht mehr als Führungsinstrument einsetzen. Trotz des fehlenden Bezugs ließ sich diese Beschreibung der Subkategorie *des Impliziten Gesundheitshandelns* zuordnen. Des Weiteren wurden das 1,5-stündige Tanzen in einer Tanzgruppe jeden Freitag, um seiner Frau nahe zu sein, der tägliche Hundespaziergang und die Koi-Zucht in Verbindung mit Gartenarbeit dort eingeordnet. Einen ganz bewussten Gesundheitsbezug stellt Herr F.M. hingegen für sein regelmäßiges Nutzen von Treppen, das Radfahren im Sommer, die Nutzung des Hometrainers im Winter und ein zweimaliges Fitnesstraining pro Woche her. Diese Aktivitäten führt er jeweils allein aus. Mit seiner Frau gemeinsam geht er dreimal pro Woche in einer Gruppe eine Stunde spazieren. *Der innere Schweinehund* bekommt seiner Meinung nach keine Chance, sich durchzusetzen, weil man sich abmelden muss, wenn es zeitlich nicht passt. In der gesamten Familie wurde das *Kaltduschen* im Winter als Gesundheitshandeln etabliert, nachdem alle durch eine Schwächung des Immunsystems einen Winter lang gesundheitlich beeinträchtigt waren. Seitdem hat sich das winterliche Ritual als familiäre Tradition etabliert. Im Gegensatz zu diesem ausgeprägten Gesundheitshandeln beschreibt Herr F.M. nur wenige Beschwerden, z.B. Schlaflosigkeit bei Vollmond oder Verspannungen, die aus seiner Sicht jedoch kein großes Problem darstellen. Als Erkrankung benennt er seine Diabeteserkrankung mit potenziellen Folgen, darüber hinaus jedoch keine weiteren Beschwerden.

Herr H.C. zeichnet an dieser Stelle ein kontroverses Bild. Er spricht von Sportverletzungen, die er als nicht außergewöhnlich für seine Sportarten beschreibt. Ernsthaft krank sei er jedoch in den letzten 30 Jahren nicht gewesen, abgesehen von einem Schnupfen. Allerdings lässt er in einem Nebensatz des Interviews einfließen, dass er unter einem Burnout leide. An dieser Stelle fehlt eine Konkretisierung, und er kehrt zu dieser Aussage auch später nicht zurück. Umso stärker führt er sein Gesundheitshandeln aus. Bewusst ordnet er seine relativ gesunde Ernährung und die sportliche Aktivität als gesund ein. Früher hat er Handball als Leistungssport betrieben und dies heute durch Tennis ersetzt. Spaß spielt auch für sportliche Betätigungen eine wichtige Rolle und nicht die gesundheitlichen Motive, obwohl er die Notwendigkeit des Ausgleichs in dem eingangs dargestellten Zitat zugibt. Allerdings merkt Herr H.C. im weiteren Verlauf des Interviews wiederum bewusst an, dass Tennis spielen, Klettern, Radfahren in einer sportlichen Radsportgemeinschaft, das Tanzen und das gelegentliche Spazierengehen mit seiner Frau mit seiner Gesundheit zu verbinden ist. Er beschreibt sich selbst eher als Mannschaftssportler denn als *Einzelsportarttyp* (30, H.C., Abs. 56). Seine Leidenschaft des Kochens bringt er in erster Instanz wieder mit dem Thema Spaß in Verbindung, denn er kocht gerne mit seiner Frau und für Freunde. Er hat das Kochen zu seinem Bereich erklärt, da seiner Frau das Kochen nicht so wichtig ist. Er geht hingegen einmal im Monat zum Kochkurs und ist darüber auch zu einer fettärmeren Zubereitungsform und dem Einkauf von überwiegend regionalen Produkten gekommen. Dies ist allerdings eher ein Produkt des geselligen Zusammenseins in seinem Kochkurs. Herr H.C. formuliert als weiteres Gesundheitshandeln sein Weintrinken, das er für sich selbst als ok einordnet und doch gleichzeitig in seinen Formulierungen unter ein Risikoverhalten einordnet. Es wird deutlich, dass ihm das Risiko durch den Konsum deutlich bewusst zu sein scheint, wenn er formuliert, dass er *versuch[t] dem Makel des Alkoholismus zu entfliehen (lächelnd)* (30, H.C., Abs. 154). Und doch wandelt er seine Darstellung in Richtung eines Gesundheitshandelns ab, indem er sein Handeln als für sich selbst als angemessen definiert, wie das nachfolgende Zitat zeigt:

I: Wie viel Alkohol trinken Sie denn jetzt, wenn Sie jetzt- Trinken Sie regelmäßig zum Essen Alkohol, oder?
B: Also ich denk mal, ich trinke am Tag so anderthalb Liter Wein (I: Mm.), sag ich mal so. Mm.
I: Also das zum Essen (B: Ja.) oder auch am Abend so ?
B: Nein, nein, so zum Essen halt (I: Ja. Ja. Ja.). Und dann halt vielleicht, wenn man mal gemütlich beisammen

sitzt dann (I: Ja. Ja.). Ja.
I: Aber Sie ham das Gefühl, dass das irgendwie so ok ist? Ich mein, Sie kommen ja aus einem-
B: Ich find's ok. Ja (I: Ja, ja?). Ich find 's ok. **(30, H.C., Abs. 167-172)**

Es verdeutlicht, dass er das Risiko für sich als reduziert ansieht. Allerdings formuliert er an anderer Stelle, dass ihm bewusst ist, dass es trügerisch sei, sich in Sicherheit zu wiegen, da er bereits andere Personen z.B. in seinem familiären Umfeld hat abrutschen sehen. Trotz allem ändert es die Sicht auf sein eigenes Trinkverhalten nicht grundsätzlich, sondern führt ausschließlich dazu, dass er seinen Konsum ein paar Mal im Jahr bzw. kurz vor einer Tour in die Berge für einige Wochen einschränkt. Er stellt dem Interviewer sein Verhältnis zum Getränk Wein über einen Vergleich sehr eindeutig in folgender Formulierung dar: *Ja, das ist für mich (simultan) wie für Sie (I: Ja, ja.) Leitungswasser oder so (I: Ja.)* (30, H.C., 178). Hieraus lässt sich der kognitiv dissonante Zugang zum eigenen Trinkverhalten ablesen, der es gleichzeitig zum Gesundheitshandeln und zum Risikoverhalten für Herrn H.C. macht.

Wie eingangs dargestellt, ordnet Herr F.M. seinen Gesundheitszustand als *etwas weniger als mäßig* ein, was er auf den derzeitigen Umgang mit seiner Zuckerkrankheit zurückführt. Herr H.C. neigt auch an dieser Stelle zur optimistischen Übertreibung, da er seinen Gesundheitszustand als *sehr gut* einschätzt. Seine Begründung für diese Einschätzung ist, dass er keine Beschwerden habe und so gut wie nie zum Arzt gehe. So könne er seinen Zustand nur an der Sehkraft, dem Blutdruck und dem selbst wahrgenommenen körperlichen Wohlbefinden einordnen, und das sei für ihn alles in Ordnung.

Im Bereich der Belastungen sieht Herr H.C. sein Arbeitspensum von bis zu 16 Stunden pro Tag, wenn Termindruck auftritt. Er relativiert diese Aussage jedoch direkt im Anschluss anteilig, indem er angibt, dass er diese Phasen so hinnehme, da ihm seine Arbeit Spaß macht und er diese Situationen mit einer gewissen Leichtigkeit angeht:

I: Ja, das gibt's denke ich (B: Ja, ja.) jetzt in Ihrem Bereich, dass-
B: Ist ja überall so. Klar (I: Ja. Mm. Ja. Ja.). Aber ich geh da relativ, ja, easy mit um, sag ich mal.
I: Was ist Ihr Stil damit umzugehen, wenn Sie so ne Belastung haben?
B: Ich nutz dann halt den Tag länger aus. Das is so mein Stil, denk ich.
I: Ja. Sie bleiben dann lieber länger (B: Länger. Ja.) a- als das irgendwie so mehr zusammen -
B: Also das da irgendwie zu (simultan) Stress und sagen (I: Ja. Mm.), ich muss jetzt hier, wie so 'm- bis zum Ende meiner Arbeitszeit fertig werden (I: Mm.). Also ich sag, dann bleib ich halt, wat weiß ich, drei, vier Stunden länger (I: Mm. Ja.)…
I: Und Ihre Familie akzeptiert das dann? Oder is das dann-
B: Die Familie akzeptiert das, ja (I: Ja. Ja.). Mittlerweile akzeptiert sie das (beide lächeln). Ja, ich mein, sie akzeptiert es ja schon (I: Mm.), ich sag mal, die letzten 20 Jahre (I: Ja, ja.). Ja, ja. **(30, H.C., Abs. 73-80)**

Er nutzt diese Bewältigungsstrategie seit 20 Jahren. Auf die Nachfrage des Interviewers, ob seine Familie die Mehrarbeit akzeptiert, gibt er an, dass es *mittlerweile* so ist. Diese Aussage wird von beiden belächelt, was darauf schließen lässt, dass es sich um ein bekanntes Phänomen der Konkurrenz zweier Lebensbereiche handelt und einen gesellschaftlich akzeptierten Umgang mit diesem. Herr F.M. beschreibt die Möglichkeit, durch Zeitdruck nur noch reagieren, aber nicht mehr agieren zu können, als etwas, was früher dazu geführt hat, dass er Probleme mit nach Hause nahm. Seine Form der Bewältigung war es, diese mit seiner Familie zu besprechen. Heute hilft ihm die bereits beschriebene Gelassenheit dabei, sodass er nur noch die ganz schweren Probleme mit Hause nimmt, was ihn dann ein bis zweimal im Monat schlecht schlafen lässt. Ansonsten nimmt Herr F.M. seine sitzende Position als belastend wahr, die seiner Meinung nach für den Hexenschuss und einen Bandscheibenvorfall verantwortlich ist. Allerdings gibt er in anderen Phasen des Interviews durchaus zu, dass 20 kg Übergewicht

sicherlich nicht der Gesundheit zuträglich sind. Herr H.C. beschreibt neben beruflichen Arbeitsspitzen familiäre Konflikte als belastend. Diese bezieht er auf seine Eltern, seine Schwestern und die Geschwister seiner Frau. Er benennt diese Konflikte, um sie direkt im Anschluss als *nicht entscheidend* einzuordnen, da, wie er es formuliert, *man* sich ja nicht jeden Tag sieht. Mit dieser Formulierung distanziert er sich von den Konflikten. Er führt aus, dass er bemüht ist, die auftretenden Konflikte *zu nivellieren*, was ihm nicht immer gelinge. Er führt dies auf ein ausgeprägtes Schwarz-Weiß-Denken der anderen zurück, wodurch er ein kurzes Zusammensein für ein bis zwei Tage als einzige Lösung sieht. Dies ist allerdings nicht sein bevorzugter Konfliktlösungsstil. Es liegt Herrn H.C. wesentlich mehr, Konflikte direkt anzusprechen und aus der Welt zu räumen.

Im Bereich des Risikoverhaltens zeigen beide Männer ausgeprägte Tendenzen, die in Verbindung zu ihrer Genuss- bzw. Spaßorientierung stehen. Herr F.M. isst sehr gerne und genießt Geschäftsessen bzw. die Völlerei in der Weihnachtszeit. Er hat bereits mehrere Versuche gestartet, sein Übergewicht durch Diäten in den Griff zu bekommen. Doch Geschäfts- oder Festessen bringen ihn immer wieder aus dem Tritt, was zu einem schlechten Gewissen führt, bislang jedoch noch keine nachhaltige Verhaltensänderung bewirkt hat trotz der Diabeteserkrankung. Die Genussorientierung steht an diesem Punkt mit seiner Gesundheit in Konflikt. Gleiches zeigt Herr H.C. in Bezug auf sein Trinkverhalten. Er ist sich bewusst, dass er sich riskant verhält, aber seine Definition ordnet es als subjektiv angemessen ein. Mit dem Bewusstsein, dass diese subjektive Einordnung nicht stimmig sein könnte, verordnet er sich regelmäßig eine gewisse Phase der Alkoholabstinenz, ebenso wie er seine sitzende Tätigkeit durch regelmäßiges Aufstehen zu kompensieren versucht. Bezogen auf sein Trinkverhalten handelt es sich jedoch eher um kurze Pausen von ein bis drei Wochen.

Dies mag damit zusammenhängen, dass Herr H.C. ein äußerst geselliger Typ zu sein scheint, wie die bereits dargestellte Aussage bezogen auf den Freundeskreis verdeutlicht. Er organisiert und beteiligt sich gerne an sozialen Zusammenkünften. Herr F.M. hat eine selbstständig berufstätige Frau, mit der er sich zeitlich abstimmen muss, um die Terminpläne zusammenzubringen. Aber er hat über das regelmäßige Tanzen und Spazierengehen gemeinsame, soziale Momente mit ihr geschaffen. Mit diesem Gesundheitszugang scheinen beide Männer gut in ihrem Privatleben vernetzt zu sein. Beide zeigen sich als familienbezogen und geben an, ihr Gesundheitshandeln regelmäßig mit ihren Frauen gemeinsam zu bestreiten.

Herr F.M. definiert für sich als Gesundheitsvision eine Verbesserung seiner Diabeteswerte und eine Gewichtsreduktion. Er hat den Wunsch, dass es ihm so gut geht wie aktuell zum Zeitpunkt des Interviews. Er sieht seinen *inneren Schweinehund* als Hindernis an. Herr H.C. zeigt sich deutlich optimistischer. Er geht im ersten Moment davon aus, dass er all das, was er heute macht, auch in den nächsten Jahren noch machen kann. In einem zweiten Schritt denkt er über Alternativen nach, die für ihn auch akzeptabel wären, wie beispielsweise Bergwandern statt Klettern, aber auch Schwimmen oder Aqua-Jogging. Herr H.C. sieht für sich dort keine Einschränkungen, da es ihm nicht schwerfalle zu akzeptieren, dass er ein Alter erreicht habe, *wo' eben'n bisschen langsamer dreht* (30, H.C., Abs. 228).

Für diese beiden Einzelfälle lässt sich festhalten, dass sie gegensätzliche Zugänge zum Thema Genuss- und Spaßorientierung abbilden. Für Herrn F.M. ist es durch seine Erkrankung nur noch bedingt möglich, seine Genussorientierung zu leben. Wenn er sich dieser hingibt, plagt ihn das schlechte Gewissen, da es sich negativ auf seine Gesundheit auswirkt. Herr H.C. hat diese Einschränkung nicht und misst sein Lebensgefühl weiterhin daran, ob ihm die Dinge Spaß machen. Allerdings ist bei Herrn H.C. eine gewisse optimistische Übertreibung zu beobachten,

denn das Verhalten und seine Risikowahrnehmung weisen darauf hin, dass ihm durchaus die Notwendigkeit bewusst ist, sowohl sein Alter als auch die Gesundheit zukünftig mehr zu berücksichtigen. Für Herrn F.M. zeigt sich diese Notwendigkeit noch stärker, doch er scheint diese noch nicht zu akzeptieren, sodass er sie in gewissen Phasen ignoriert. Herr H.C. tut dies vor allem im Bereich des Trinkverhaltens, das er für sich selbst über seine Familientradition dem Interviewer gegenüber legitimiert. Mit diesem Zugang zu Gesundheit fällt es beiden Männern schwer, durchgängig gesund zu leben, was sich in den dargestellten konflikthaften Punkten zeigt. Im Gegensatz hierzu findet in den beiden nachfolgend dargestellten Einzelfällen eine Integration von Gesundheit in den Lebensalltag statt.

6.2.4 Gesundheit in den Alltag integriert

Die nächsten beiden Einzelfälle von Herrn E.L. und Herrn O.V. verdeutlichen den Stellenwert der Integration von Gesundheit in den Lebensalltag. Der Zugang von Herrn E.L. zum Thema Gesundheit steht für eine unaufwändige Einbindung von Gesundheit in den Lebensalltag, der er selbst in seinen Formulierungen kein großes Gewicht gibt. Dies führt zu der Einordnung unter *Integration ohne Aufwand*. Herr O.V. hat das Thema Gesundheit ebenfalls in den Alltag integriert, er nutzt dabei aber wesentlich mehr den familiären Verbund. Bereits seine Eltern haben ihr Verständnis von Gesundheit erfolgreich ins Familienleben integriert. Er setzt diese Orientierung in seiner eigenen Familie fort, wie seine Bewertung direkt zu Beginn des Interviews erkennen lässt:

I: […] Ich wüsste gerne zum Einstieg von Ihnen, was für eine Rolle hat Gesundheit bisher in Ihrem Leben bis heute gespielt?
B: Eine sehr wichtige Rolle. Ich hab mich- ich hab immer sehr großen Wert da draufgelegt, dass ich mich gesund ernähre. Ich hab Wert da draufgelegt, dass ich regelmäßig Sport betreibe. Und das sind eigentlich so die- die Schwerpunkte (I: Mmhm.). Also einen relativ hohen Stellenwert (I: Mmhm.). **(7, O.V., Abs. 1-2)**

Eine solche Bewertung ist nicht zwingend damit verbunden, dass sich der hohe Stellenwert von Gesundheit im Gesundheitshandeln niederschlägt. Bei Herrn O.V. scheint diese subjektive Bewertung jedoch das gesundheitsbezogene Handeln zu spiegeln, was die Einschätzung zulässt, dass er das Thema Gesundheit erfolgreich in seinen Lebensalltag integriert hat. Herr E.L. ordnet der Gesundheit hingegen keine Hauptrolle zu, und erst mit dem Älterwerden hat er begonnen, sich mit ihr zu befassen – etwa ab dem Alter von 30 Jahren. Diese Beschreibung ist durchzogen von der Verwendung des Wortes *man*, was sprachwissenschaftlich für eine Distanzierung von der eigenen Person mit einem Appell an die Gruppenidentität steht. Den Anstoß, Gesundheit bewusst wahrzunehmen, gab seine Frau mit dem Hinweis, dass er zugenommen habe. Dieser Anlass führte dazu, dass er seine Ernährung auf eine leichtere Kost umstellte, z.B. mehr Salat als Fleisch oder hin und wieder ein vegetarisches Gericht. Er stellt für die Umstellung seines Handelns einen bewussten Bezug zu seiner Gesundheit her. Darüber hinaus überlegt er sich bei jeder Fahrt, die erforderlich ist, ob er ein Auto benötigt oder diese Strecke mit dem Fahrrad zurücklegen kann. Diese Besonderheit führt Herr E.L. im Zusammenhang mit seiner beruflichen Tätigkeit noch weiter aus. Des Weiteren gibt er an, auch privat seine Gesundheit im Blick zu haben, indem er sehr bemüht ist, sich nicht gesundheitsschädlich zu verhalten.

Die subjektiven Gesundheitskonzepte von Herrn E.L. sind durch die Begriffe Wohlbefinden und Zufriedenheit geprägt. Er bestimmt sein Wohlbefinden über eine Zufriedenheit im Beruf, die wiederum auf Psyche und Gesundheit wirkt. Erst wenn es ihm in seiner beruflichen Tätigkeit gutgehe seien die Voraussetzungen erfüllt, um mental gesund zu bleiben. Er erweitert diese

Einschätzung an anderer Stelle auf ein Wohlfühlen und Zufriedensein mit dem eigenen Leben sowie der körperlichen Lage im weitesten Sinne, spricht aber auch davon, Spaß in Beruf und Freizeit zu haben. Seiner Meinung nach sind diese Bedingungen jedoch viel komplexer, als es von außen erscheint. Herr O.V. fasst seine subjektiven Gesundheitskonzepte wesentlich kürzer zusammen. Er benennt die Harmonie in Familie und Freundeskreis ebenso wie die Definition von Gesundheit als Teil einer Lebensweise, die auf persönlicher Überzeugung beruhe und weniger eine Art von Verpflichtung sei. Positive Wirkungen entstehen dann fast von alleine:

B: […] Also Gesundheit ist für mich ein Aspekt, von dem ich persönlich davon überzeugt sein muss, dass er wichtig, dass er einen ja auch Spaß und Freude in seinem Freizeit- und Berufsleben- leben mitbringt, wenn man da Wert drauflegt (I: Mm.) Dass man alle Aktivitäten, die man betreiben möchte, auch betreiben kann. Aber seh's auch nicht so als stringent und verpflichtet mit an, sondern es kommt von ganz alleine (I: Mm.). **(7, O.V., Abs. 1-2)**

Herr O.V. schließt hier auch Verhalten ein, dass er selbst als gesundheitsschädigend einordnet wie sein *Zigarillorauchen*. Er definiert dies jedoch für sich als eine gewisse Leichtigkeit im Umgang mit der eigenen Gesundheit. Da er auch manchmal etwas Ungesundes tut, wird Gesundheit für ihn weniger zur Verpflichtung als Teil seines Lebens.

Im Bereich der subjektiven Gesundheitstheorien findet sich bei Herrn O.V. die Überzeugung wieder, dass Gesundheit ein fester Bestandteil ist. Er bezieht seinen Ausgleich für körperliche Belastung aus regelmäßigem Joggen und braucht keine Anregungen vom Arbeitgeber, um gesund zu leben. Er handelt in seinen Aktivitäten, die er für seine Gesundheit ausübt, aus voller Überzeugung. Die subjektiven Gesundheitstheorien von Herrn E.L. setzten ebenfalls auf der Ebene des Ausgleichs, aber auch der Balance an. Zudem spielt die Wahrnehmung des Alterungsprozesses eine gewisse Rolle, wie bereits zu Beginn dargestellt wurde. Alle Anteile der subjektiven Theorien sind bei Herrn E.L. miteinander verbunden. Ab dem Alter von 30 Jahren kompensiert er die nachlassende körperliche Leistungsfähigkeit über Aktivitäten, wie die Ernährungsanpassung und der noch bewussteren Nutzung von Bewegung über das Transportmittel Fahrrad. Er balanciert über die Kombination von Transport und Sport, den positiven Effekt auf Körper und Geist aus, den er dabei empfindet. Diese Theorie entspricht Herrn E.L., da er sich gegen eine Übertreibung in der Einflussnahme auf die eigene Gesundheit und für eine Ausgeglichenheit im Gesundheitshandeln ausspricht. Einzelne Aktivitäten, die extrem betrieben werden, hält er für ungeeignet. Diese Bandbreite zeigt Herr E.L. in seinem Gesundheitshandeln. Es reicht von Businessyoga über die Nutzung des Fahrrads als zentrales Fortbewegungsmittel, Volkstanz, Kegeln, Jogging bzw. Skigymnastik zum Konditionsaufbau bis zu selbst organisierten Trekkingtouren im Ausland. Zudem geht er einmal im Jahr mit Freunden auf den Brocken im Harz. Dabei wird eine Strecke von 30 Kilometern am Stück zurückgelegt. Für seine geistige Gesundheit geht er gerne mit Freunden oder seiner Familie los bzw. verbringt einen gemeinsamen Urlaub oder auch nur eine schöne Radtour. Er verbindet seine Trekkingtouren zwar nicht bewusst in seinen Formulierungen mit dem Thema Gesundheit, erwähnt jedoch, noch jahrelang von den Touren zu zehren. Darüber hinaus gibt er an, ganz bewusst nicht zu rauchen, um seine Gesundheit nicht zu gefährden. In seiner Jugend hat er Rudern als Leistungssport betrieben, bis sich der Zeitaufwand auf seine schulischen Leistungen auswirkte. Heute achtet er darauf, im Sommer seine Mittagspause draußen in der Sonne in einem nahegelegenen Café zu verbringen, um zwischendurch zu entspannen und an der frischen Luft zu sein:

B: Im Sommer kann ich eben auch nich drinsitzen, sondern da geh ich raus (I: Mmhm. Mmhm.). Auch hier so in der Mittagspause. Muss ich auch noch mal ne Anekdote erzählen. Es gibt hier dieses kleine Café in der *(Straßenname)* (I: Mmhm.), ich weiß nich, ob Sie das kennen (I: Ja.). Is gegenüber da (I: Mm.) von- von- von

dieser Polizeiwache (I: Mm.). Und das is im Sommer für mich so immer da die Krönung des Tages, wenn das Wetter gut is, da mittags dann hinzutigern (I: Mmhm.), Schuhe ausziehen (I: Mm.) (belächelnd), Brille abnehmen, schönen Cappuccino, 'n leckeres Brötchen. Und da ham die Liegestühle. Und dann einfach da mal so, ne halbe Stunde in der Sonne zu sitzen und die Augen zu zumachen (I: Mm.). Das is so richtig nett (I: Mm.). Hat zwar nich viel mit Bewegung zu tun, aber ich denk, dass mir das relativ guttut, weil ich tagan- kann da eigentlich an der frischen Luft ganz gut abspannen (I: Mmhm.). **(8, E.L., Abs. 120)**

Diese Bandbreite des Gesundheitshandelns verdeutlicht, wie vielfältig Herr E.L. Gesundheit in seinen Lebensalltag integriert hat. Dabei zeigt er verschiedene Elemente der bereits in den vorangegangenen Abschnitten dargestellten Zugänge zu Gesundheit. Dies unterstreicht gleichzeitig die Vielfalt der Ansätze, die er bis ins Gesundheitshandeln einbindet. Allerdings ist Herrn E.L. bewusst, dass es noch Optimierungsmöglichkeiten gibt, wie er im Interviewverlauf in seiner Gesundheitsvision darstellt. Die Bandbreite des Gesundheitshandelns von Herrn O.V. ist etwas geringer und bewegt sich überwiegend auf der bewussten Ebene mit einem klaren Bezug zu Gesundheit. Joggen ist für ihn seine Methode, beruflich belastende Dinge körperlich zu verarbeiten. Er ist vor sieben Jahren seinen ersten Halbmarathon gelaufen und zwei Jahre später die volle Marathondistanz. Heute betreibt er das Laufen nur noch als Freizeitaktivität zum mentalen Ausgleich. Wenn er gemeinsam mit seinem Sohn läuft, tauschen sich die beiden miteinander aus. Früher hat er Tennis und Badminton mit seiner Frau, aber auch zum Teil mit seinen Kollegen gespielt. Er betreibt täglich zehn Minuten Morgengymnastik, um in den Tag zu starten. Eine regelmäßige Vorsorge und die Pflege seines Impfpasses gehören für ihn ebenso dazu, wie die verstärkte Nutzung von homöopathischen Mitteln als mildere Variante zur herkömmlichen Medizin. Auch das gemeinsam eingenommene Frühstück am Wochenende, für das sich die Familie viel Zeit nimmt, gehört für ihn zum Gesundheitshandeln und es wird genutzt, um offen über Probleme zu sprechen. Regelmäßige familiäre Treffen stärken zusätzlich die vertrauensvollen Bande zwischen den Mitgliedern. Herr O.V. zählt auch das gemeinsame Musizieren in der Familie zum Gesundheitshandeln. Die Musikalität seiner Familie beschreibt er wie folgt:

B: Ja, das- und das Schöne is eben auch zusammen, dass wir auch zusammen ähnliche Interessen haben hier bei uns in der Familie. Also wir ham auch von Anfang an Wert draufgelegt, dass unsre Kinder musikalisch erzogen werden (I: Mmhm.). Unse Tochter spielt Konzertflöte, unser Sohn spielt Konzertakkordeon, hat sehr, sehr zeitig das gelernt. Ham über viele Jahre Unterricht bekommen (I: Mmhm.). Spielen ausgezeichnet. Undsodass man auch eben dann (I: Mm.) sporadisch zusammen musizieren konnte. Und da auch gleiche Interessen hat. **(7, O.V., Abs. 40)**

Als persönliche Ressourcen gibt Herr O.V. seine Freiheit und Flexibilität in seiner beruflichen Tätigkeit an, die er für sich nutzen konnte, da seine Frau ihm familiär den Rücken freigehalten hat. Die Freude an seiner Arbeit hatte eine gesundheitspositive Wirkung auf ihn, selbst wenn es Probleme gab, war diese Verbindung für ihn immer stimmig. Das kollegiale Miteinander und das gesunde Kantinenessen beschreibt er als gesundheitspositiv. Die tragfähigen Familienbeziehungen, sein musikalisches Interesse und Sport sieht er ebenfalls als Faktoren, die seine Gesundheit unterstützen. Als einzige Belastungen gibt er Probleme mit den Mitarbeitern und die Pflegebedürftigkeit seiner Mutter an. Die Probleme spricht er mit dem jeweiligen Mitarbeiter bei gemeinsamen Mahlzeiten an, und für Letzteres erfuhr er eine Entlastung nach dem Einleben seiner Mutter in die neue Pflegesituation. Beruflich kann er keine gesundheitsgefährdenden Punkte für sich festmachen. Im eigenen Verhalten identifiziert er die Momente für sich, in denen er sich ungesund verhält, wie übermäßiges Essen bei sozialen Zusammenkünften oder das sporadische Rauchen von Zigarillos. Er achtet allerdings strikt darauf, dass er das Rauchen nicht ausweitet. Sollte sich dies irgendwann bei seinem Lauftraining bemerkbar machen, so würde er das Rauchen sofort aufgeben. In der Familie seiner Frau wird grund-

sätzlich kein Alkohol getrunken oder geraucht. Der Verzicht bei diesen Besuchen fällt ihm nicht schwer.

Herr E.L. gibt weitaus weniger Ressourcen und deutlich mehr belastende Faktoren an. Als Ressource benennt er den Spaß an seiner beruflichen Tätigkeit, der ihn auch in stressigen Phasen gesund hält. Zudem erlebt er das Familienleben, wenn es harmonisch ist, als positiv für die mentale Gesundheit. Allerdings hat er die Pubertät seiner Kinder ausschließlich als anstrengend erlebt. Als belastend erfährt er den Druck von Kundenseite in seinem Beruf, wodurch er in stressigen Phasen abends erschöpft ist. Hält dies an, so spürt er das Nachlassen seiner Belastbarkeit sowohl körperlich als auch geistig. Er nimmt die Stressbelastung in seiner beruflichen Tätigkeit so deutlich wahr, dass er sogar annimmt, dass hieran zukünftig durchaus ein Herzinfarkt geknüpft sein könnte. Diese eindeutige Verbindung führt allerdings nicht zu einer grundsätzlichen Anpassung seiner Arbeitsbedingungen, sondern er sieht für sich selbst ausschließlich die Möglichkeit, die Arbeitsmenge in diesen Phasen einfach zu bewältigen und bei Kopfschmerzen vermehrt zu Kopfschmerztabletten zu greifen. Private Pflichtbesuche in der Freizeit können ebenfalls anstrengend sein. Zudem leidet seine Tochter unter einer Essstörung, die ihn mental belastet und von der er versucht, sich *loszueisen bzw. rational zu distanzieren*, um nicht in eine Co-Abhängigkeit hineinzugeraten. In dieser Situation helfe ihm das Businessyoga, sich zu entspannen und besser zu schlafen. Er setzt sich ganz bewusst mit Stressreduktionstechniken auseinander, da ihm zunehmend bewusst wird, dass er seine Belastungen kompensieren muss. Auf der familiären Ebene ist er bemüht, jedem mehr Entscheidungsfreiheit zuzugestehen, z.B. in Sachen Urlaubsgestaltung und dadurch zu seiner persönlichen Gesunderhaltung beizutragen. Auch wenn Herr E.L. weitaus weniger die Ressourcenseite betont, zeigen seine Bemühungen, sich aktiv mit seinen Belastungen auseinandersetzen, wie sehr er darum bemüht ist, Gesundheit in seinem Leben zu betonen und einzubinden. Dies schlägt sich auch in der Einordnung seines Gesundheitszustandes unter *gut* nieder. Seine Begründung lautet, dass er wenig Negatives wie Gebrechen, Migräne-Anfälle bzw. körperliche Aussetzer erlebe und gesundheitlich insgesamt ganz zufrieden sei. Könnte er sich als körperlich *topfit* bezeichnen, indem er z.B. mehr Krafttraining und mehr für seine Dehnfähigkeit machen würde, so hätte er *sehr gut* angekreuzt.

Herr O.V. bewertet seinen Gesundheitszustand etwas optimistischer mit *etwas besser als gut*. Dies führt er darauf zurück, dass er in den letzten Jahrzehnten selten krank gewesen ist und noch nie im Krankenhaus war. Zudem fühle er sich körperlich und geistig fit, wäre jedoch vorsichtig, sich noch besser einzuschätzen. Ein *sehr gut* würde aus seiner Sicht Einzigartigkeit bedeuten, bezüglich einer solchen Einschätzung zeigt er sich jedoch zurückhaltend. In den letzten 38 Jahren sei er bis auf eine Erkältung höchstens zwei bis drei Wochen krank gewesen. Es seien ausschließlich orthopädische Probleme durch ein Übertraining für einen Marathonlauf aufgetreten. Der Arzt riet ihm damals zu einer Operation seines Knies, er versuchte es aber mit Schuheinlagen und einer chiropraktischen Behandlung. So konnte er ein Jahr später zum nächsten Marathonlauf antreten. Seit dieser Erfahrung steht er medizinischen Einschätzungen skeptischer gegenüber. Herr O.V. wünscht sich in fünf Jahren gesundheitlich in der gleichen Verfassung zu sein, wie zum Zeitpunkt des Interviews. Er setzt sich als Ziel, seine Gesundheit möglichst lange positiv zu beeinflussen, soweit es sein persönlicher Einfluss ermöglicht. So sorgt er beispielsweise dafür, dass sich sein Gewicht reguliert, wenn er in einem Urlaub zugenommen hat.

Herr E.L. gibt ebenfalls an, dass er Krankheiten vor allem aus Erfahrungen Dritter kennt, die einen Schlaganfall oder einen Herzinfarkt erleiden. Das macht ihm selbst aber immer wieder bewusst, wie schnell sich das Leben verändern kann. Mit 20 Jahren litt er selbst unter

schwersten Migräneanfällen, die sich mit zunehmendem Alter abschwächten und aktuell nur noch etwa einmal pro Jahr auftreten. Als Behandlung nehme er dann eine Aspirin-Tablette und komme damit gut zurecht. Ansonsten erwähnt er keine körperlichen Beschwerden, außer dass er auf Schuheinlagen aufgrund von aufeinander reibende Nerven angewiesen sei. Er habe zudem eine starke Sehschwäche, die ihn allerdings nicht soweit beeinträchtigt, dass er sie durch eine Laserbehandlung beheben lassen wolle. Ab und zu mache sich der Rücken bei seiner sitzenden Tätigkeit bemerkbar. Seine Vision ist, die Rücken- und Bauchmuskulatur etwas mehr zu trainieren. Auch zeigen ihm die Krankheitserlebnisse in seinem sozialen Umfeld, dass er im sportlichen Bereich durchaus mehr in die Gesundheit investieren könnte. Momentan sieht er hier jedoch keine Option, sodass er vor allem versucht, seine konditionell gute Verfassung zu erhalten. Zukünftig will er weiterhin einmal jährlich mit seinen Freunden den Brocken im Harz besteigen können und gesundheitlich dort stehen, wo er sich aktuell sieht. Um dies zu erreichen, strebt er an, sich weiterhin gesund zu ernähren und etwas Abwechslung in seine sportlichen Aktivitäten zu bringen. Allerdings sieht er den monatlichen Beitrag für ein Fitnessstudio angesichts der Größe seiner Familie und den entsprechenden Ausgaben derzeit als Hinderungsgrund an. Er räumt allerdings ein, dass es sich bei dieser Begründung vor allem um Bequemlichkeit handelt, da seine zeitlichen Prioritäten derzeit anders gesetzt sind. Was er allerdings als realistisch beschreibt, ist die Ausweitung seines Lauftrainings auf eine Zehn-Kilometer-Distanz. An dieser Stelle achtet er darauf, sportlich nicht zu übertreiben, was möglicherweise auf seine beschriebene Beeinträchtigung der Füße durch die Reibung der Nervenenden zurückzuführen ist.

In seinen Darstellungen beschreibt Herr E.L. seine Leidenschaft für warme und sonnige Länder und gibt an, *nich so der große Wintermensch* (8, E.L., Abs. 116) zu sein. Dies schlägt sich in den Trekkingtouren in warmen Ländern nieder und einem besseren Körpergefühl, dass er verspürt, wenn er im Winter dort aus dem Flugzeug steigt und ihm bereits der erste Atemzug guttut. Seine verschiedenen Aktivitäten führen dazu, dass er mit seinem körperlichen Zustand zufrieden ist. Herr O.V. nimmt auf seinen Körper wesentlich weniger Bezug. Er gibt ausschließlich an, dass es ihm wichtig ist, ein Gleichgewicht zwischen Kopf und Körper herzustellen. Er beschreibt sich selbst als sehr ehrgeizig, da er beruflichen Erfolg erzielen wollte, auch ohne Studium. Gefragt nach seinen Rollen, stellt er sich selbst als Problemlöser in schwierigen Situationen dar. Darüber hinaus sieht er sich selbst als Ruhepol im Abgleich zur Spontanität seiner Frau. Herr E.L. sieht für sich selbst ausschließlich die Vaterrolle. Diese verbindet er mit seiner Zuständigkeit für die Fahrdienste zu den Sportaktivitäten seiner vier Kinder. Seine Frau und er teilen sich die familiären Aufgaben gerecht auf, obwohl die Verantwortung für den Haushalt durch ihre Halbtagstätigkeit bei ihr liegt. Herr O.V. sieht die familiären Aufgaben vor allem bei seiner Frau, wie er durch die Formulierung unterstreicht, sie habe ihm den Rücken in diesem Bereich freigehalten. Allerdings habe er seiner Frau in der schwierigen pubertären Phase seiner Tochter viel abgenommen, was bis heute zu einem besonders engen Verhältnis zu seiner Tochter geführt hat. Da er nun im Vorruhestand ist, hat er mehr Zeit, sich im Haushalt und auch in der Pflege seiner Mutter zu engagieren.

Beruflich trug Herr O.V. Führungsverantwortung für bis zu 11 Mitarbeiter in einem Spezialbereich. Er hat seinen Beruf nicht als belastend erlebt, ebenso wenig wie seine Vertrauensarbeitszeit, die dazu führte, dass er länger arbeitete. Seiner Beschreibung nach gab es keinen Bereich, der ihm nicht gefallen habe. Fachlichkeit und Führungskompetenz standen für ihn gleichwertig nebeneinander. Er erlebte eine Fusion zweier Standorte und wurde zum stellvertretenden Leiter für seinen Spezialbereich ernannt. Den Umgang mit den Kollegen des anderen Standorts erlebte er persönlich als weniger offen und freundschaftlich als der Umgang

mit seinen Kollegen am eigenen Standort. Nach dem Verlust seiner Leitungsfunktion entschied sich Herr O.V., in den Vorruhestand zu gehen, den er ein Jahr vor Durchführung des Interviews antrat. Im privaten Bereich war seine Frau stets sein Rückhalt, was zu einem harmonischen Familienleben beitrug. Bereits seine Eltern legten großen Wert auf das Familienleben, Gesundheit und eine ausgewogene Ernährung. Sie brachten Herrn O.V. in diesem Zusammenhang bei, großen Wert auf gemeinsame Mahlzeiten zu legen. Er bezeichnet seinen familiären Zusammenhalt und seinen Freundeskreis als besonders, wobei er zwischen Freunden und Bekannten unterscheidet. Sein Vorruhestand verschafft ihm mehr Zeit für seine persönlichen Interessen wie Musik, Sprachen erlernen, Lesen, Sport, Kultur und familiäre Aktivitäten. Nun habe er auch tagsüber Zeit für Telefonate mit seinen Kindern. Er versuche alles, bis zur Rückkehr seiner Frau von der Arbeit in seinem Arbeitszimmer zu erledigen, um danach die Zeit mit ihr gemeinsam verbringen zu können. Herr O.V. scheint mit dem Ausstieg aus seiner beruflichen Tätigkeit keine Schwierigkeiten zu haben, sondern dies als Freiheit zu begreifen, sich seinen persönlichen Interessen widmen zu können.

Herr E.L. ist hingegen noch beruflich aktiv mit einer Fünftagewoche, die bis zu 46 Arbeitsstunden umfasst. Er ist Teil eines achtköpfigen Teams, das Kundenwünsche bedient. Er erlebt seine Tätigkeit als spannend, lebendig und überraschend. Dies ist auch der Anteil des beruflichen Alltags, der ihm sehr liegt, wohingegen ihm das Organisatorische, wie z.B. Aktenpflege, wesentlich schwerer fällt. Seine berufliche Tätigkeit ist für ihn gesundheitspositiv, was er wie folgt beschreibt:

I: Und- und welche gesundheitlich positiven Seiten (Klappern auf dem Tisch) würden Sie mit Ihrem Beruf in Zusammenhang bringen?
B: Ja, gesundheitlich positiv. Einmal solange er Spaß bringt, geht's mir relativ gut noch zumindest bis dann die Gebrach- Gebrechen irgendwann einsetzen. **(8, E.L., Abs. 47-48)**

Auch an dieser Stelle spielt Spaß als ein Faktor, der gesundheitliche Risiken der beruflichen Tätigkeit abpuffern kann, eine zentrale Rolle. Er erlebt Belastungen und Herausforderungen im Beruf wie eine *Sinuskurve* (8, E.L., Abs. 26). Unterstützung von Arbeitgeberseite gibt es nur in der Form, dass die Mitarbeiter die Freiheit haben, Gesundheitsmaßnahmen aus eigenem Antrieb zu organisieren. Herr E.L. gibt an, über relativ wenig Freizeit zu verfügen. Sein Privatleben ist vor allem auf das Wochenende begrenzt und wird vor allem durch die sportlichen Aktivitäten der Kinder bestimmt. Aber auch ein familiärer Stadtbummel, Freunde treffen, Volkstanz oder ab und zu Kegeln ist Teil seiner Freizeitaktivitäten. Der verbindende Faktor zwischen seinem Berufs- und Privatleben ist das Fahrrad als Transportmittel, wie bereits erwähnt. Er hat dies bereits mit 20 Jahren für sich etabliert, wie er nachfolgend darstellt:

I: Und kam dann der Punkt, wo Sie sagten, ab 30 ham Sie dann damit wieder (B belächelnd) angefangen oder war das vorher- war das vo- also war zum Beispiel das Fahrradfahren vorher Teil Ihres Lebens?
B: Das war schon immer. Das war schon immer so, ja (I: Ja.). Das ging eigentlich los, als ich zu Hause ausgezogen bin (I: Mmhm.) so mit 20 ungefähr (I: Mmhm.). Da hat ich kein Auto und hab dann- ich bin in *(Stadtteil 2)* aufgewachsen, hab dann hier in der Innenstadt in der *(Straßenname)* gewohnt (I: Mmhm.). Und hab dann diese Fahrten halt mit'm Fahrrad gemacht (I: Mmhm.). Das fing aber auch an, weil ich immer etwas geldknapp war (I: Mmhm.). Erst bin ich getrampt (I: Mm.), um das Busgeld zu sparen (I: Mmhm.) und dann hab ich mir irgendwann gesagt, ey, trampen da stehst du manchmal 20 Minuten sinnlos rum. Kannst du gleich das Fahrrad nehmen. Bist du schneller und nich abhängig. Also auch diese Unabhängigkeit (I: Mm. Mmhm.) irgendwie vom Mitgenommenwerden. Aber auch die Unabhängigkeit vom Busfahrplan. Dass man eben- dass ich halt bestimmen kann, wann ich fahr (I: Mm. Mmhm.). Und wie gesagt, das is für mich wirklich ne ideale Kombination (I: Mm.). **(8, E.L., Abs. 153-154)**

Ausgehend von dieser Routine, hat er sich mit zunehmendem Alter bewusst Gedanken darüber

gemacht, welche Strecken er mit dem Fahrrad bewältigen kann, statt das Auto zu nutzen, um genügend körperliche Betätigung zu haben. Über diese Kombination zwischen Notwendigkeit und Bewegung versucht er, Bewegung bewusst in seinen Alltag zu integrieren, was im Rahmen seiner beruflichen Tätigkeit eine Ausnahme darstellt und eine gewisse Organisation von ihm verlangt. Allerdings deutet seine Darstellung darauf hin, dass er dies für sich als Herausforderung annimmt.

Beide Einzelfälle zeigen die Integration von Gesundheit auf vielfältigen Ebenen in den Lebensalltag. Die komplexen Verbindungen und ausgleichenden Verhältnisse zwischen Belastungen und Ressourcen werden in beiden Interviews deutlich. Anteile bereits in anderen Abschnitten darstellte Zugänge fließen in diese vielfältigen Kombinationen ein, es gibt aber auch völlig neue Verbindungen. Beiden Ansätzen gemein ist eine gewisse Leichtigkeit in der Beschreibung der Integration von Gesundheit in den Alltag, d.h. heißt nicht, dass Herr E.L. und Herr O.V. keine belastenden Faktoren wahrnehmen, jedoch führt die Vielfalt ihrer Ansätze dazu, dass sie zum Zeitpunkt der Interviews einen positiven Umgang für sich selbst mit diesen Herausforderungen etabliert haben. Das Gegenstück hierzu bildet der Einzelfall von Herrn L.Q., in dem sich eine deutliche Ablehnung des Themas Gesundheit zeigt.

6.2.5 Gesundheit thematisiert über Ablehnung

Mit der Analyse des Interviews von Herrn L.Q. wird der letzte Einzelfall dargestellt. Er grenzt sich von der Integration der Gesundheit in den Lebensalltag der beiden vorangegangenen Fälle durch eine ablehnende Haltung zum Thema Gesundheit ab. Diese Ablehnung bezieht sich bei Herrn L.Q. vor allem auf die eigene Lebensweise und wird bis in das Antwortverhalten deutlich:

I: In welchem Bereich würden Sie sagen von sich selber in Ihrer beruflichen Tätigkeit und wo würden Sie sagen, da würd ich gerne'n bisschen mehr machen?
B: Ich versteh die Frage nich in dem Zusammenhang- können Sie vielleicht noch mal ganz kurz erläutern, wie die Zielsetzung dieses Interviews ist?
I: Die Zielsetzung ist, dass ich-
B: Weil, ich hab das Wort Gesundheit verstanden, und das würd ich nu ma-
[…]
B: Wollen Sie noch mal versuchen dann die Frage noch mal?
I: Ja. Wo- wo würden Sie sagen, in welchem Bereich sind Sie besonders gut und wo würden Sie sagen, würd ich gerne für mich selber etwas mehr machen in meinem beruflichen Bereich?
B: Das möcht ich nich beantworten, weil das seh ich nicht als- auch trotz die Erklärung, für dem ich mich bedanke (I: Ja. Ja.), seh ich nicht die unmittelbare B- über meine berufliche Erfolg oder Misserfolg (I: Mmhm.) oder meine persönliche Fähigkeiten zu sprechen (I: Ok.). Seh ich nicht als Teil (I: Ok.) des Interviews. **(9, L.Q., Abs. 17-24)**

Diese kritische Haltung prägt das Interview nach einer schwierigen Kontaktaufnahme. Außerhalb des Interviews stellt Herr L.Q. dar, mit Psychologen keine guten Vorerfahrungen gemacht zu haben und auch die Krankengeschichte seiner Frau, die im Interview selbst keine Erwähnung findet, trägt zu seiner Haltung bei. Seinen eigenen Lebensstil stuft er als ungesund ein und macht auf die eigene Person bezogen sehr deutlich, dass er kein Interesse daran hatte, seinen Lebensstil zu verändern:

I: […] Und ich würde Sie gerne zum Einstieg, was für eine Rolle hat Gesundheit bisher in Ihrem Leben gespielt bis heute für Sie?
B: Also eigentlich is es- hat es keine Rolle für mich, außer dass es nicht klappt (I: Mmhm.). Das heißt eine passive Rolle. Für mich in letzter Zeit hab ich einige Gesundheitsprobleme. Viel größer für mich ist- ist die Gesundheit in Umfeld (I: Mm.), sprich von die Familie (I: Mmhm.). Dazu hab ich einiges, leider Gottes, an Erfahrung (I: Mmhm.). Für mich persönlich- ich hab nie die Bedürfnis gehabt, besonders gut so zu leben (I:

Mmhm. Mmhm.). **(9, L.Q., Abs. 1-2)**

An dieser Stelle deutet er an, dass es in seinem privaten Umfeld familiäre Probleme gibt, geht aber nicht konkreter darauf ein. Gleichzeitig deutet er an, in der letzten Zeit unter gesundheitlichen Problemen gelitten zu haben, was jedoch nicht dazu führte, dass Gesundheit für ihn an Bedeutung gewinnt. Sie spielte bisher keine Rolle, und er weist ihr weiterhin eine passive Rolle zu. Diese Aussage bezieht er vor allem auf die eigene Person, denn die gesundheitliche Lage im familiären Umfeld ist ihm wesentlich wichtiger. Dennoch konstatiert er, sich manchmal gesünder zu fühlen, als er eigentlich ist. Deshalb bezeichnet er sich selbst als jemanden, der Gesundheit eigentlich nicht wahr- bzw. ernstnimmt. Dies geht beispielsweise aus seinem Umgang mit Erkrankungen hervor. Er beschreibt es als sinnvoll, Krankheiten einfach auszukurieren, nimmt für sich selbst aber sofort eine Einschränkung vor, da er sich nicht daran halte. Allerdings wurde ihm gerade in letzter Zeit bewusst vor Augen geführt, dass an der Aussage *Zeit heilt* sowohl auf körperlicher als auch auf geistiger Ebene im Umgang mit Enttäuschungen und Problemen etwas Wahres dran sei.

Seine Angaben zur eigenen Gesundheit sind vor allem zu Beginn mit sarkastischen Bemerkungen unterlegt. So bezeichnet sich Herr L.Q. als eine Person, die kein Fitnessexperte sei, denn er tue nichts außer sitzen und gehen. Es ist ihm durchaus bewusst, dass er sein Gewicht reduzieren müsste, wenn jedoch dieser medizinische Ratschlag erteilt wird, dann stimmt er einfach zu, allerdings ohne Konsequenzen für sein eigenes Verhalten. Wenn ihn jemand auf seinen zu hohen Body-Maß-Index anspricht, dann gibt er jeweils an, schwere Knochen zu haben. Der Zugang zum Thema Gesundheit ist für Herrn L.Q. negativ besetzt, was sich auch in seinem Gesundheitskonzept widerspiegelt. Für ihn bedeutet Gesundheit, nicht krank zu sein. Diese Orientierung setzt sich in den Gesundheitstheorien fort, in denen er die Abnutzung im Alter als maßgebend beschreibt. Zudem sieht er keinen aktiven Einfluss, sondern vertraut auf die Wirkung der Zeit, körperliche und geistige Probleme bzw. Enttäuschungen zu nivellieren.

Trotz dieser negativen Haltung zur eigenen Gesundheit, definiert Herr L.Q. die Ressource *Gebrauchtwerden* für sich, wie er in diesem Zitat darstellt:

B: […] Also es ist für mich schon- schon wichtig und Gesundheit wichtig, dass ich das Gefühl hab, dass ich gebraucht werde, dass ich was Sinnvolles (I: Ja.), Wichtiges für das Unternehmen dann tue (I: Mmhm.). […] **(9, L.Q., Abs. 101)**

Er bezieht diese Bemerkung auf seine berufliche Tätigkeit und unterstreicht, wie wichtig ihm die Sinnhaftigkeit seiner Arbeit ist. Übereinstimmend damit wertet er die Belastungen in seiner Darstellung ab. Er nimmt berufliche Belastungen punktuell durchaus wahr, jedoch werden sie über die Rückkehr zur Normalanforderung wieder reduziert. In seiner Freizeit setzt er sich gleichzeitig selbst unter Zeitdruck, indem er sich zu viel vornimmt. Durch entspannte Zeitphasen, die er auf der Couch verbringt, gleicht er dies aber wieder aus. Risiken sieht er für sich selbst vor allem in seinem Gesundheitsverhalten, das er als ungesund darstellt. Zudem sei seine Reisetätigkeit körperlich nicht gesundheitsförderlich, obwohl der Erfolg ihm geistig bzw. seelisch guttue. Doch hat eine relativ große Operation in der letzten Zeit zu Fehlzeiten geführt, wodurch er ihm wichtige Dienstreisen nicht antreten konnte. Das hat ihm deutlich vor Augen geführt, was es heißt, nicht gesund zu sein. Er gibt an, bereits Dinge überlebt zu haben, die nicht jeder überlebt hätte. Er hat dadurch in den vergangenen zwei bis drei Jahren gelernt, Prioritäten zu setzen, da ihm die Wahrnehmung von Dienstreisen und der berufliche Erfolg wichtig seien. An dieser Stelle geht er mit seiner Aussage und sich selbst kritisch ins Gericht, da er zwar gerade sehr klug darüber spreche, es dennoch nächste Woche bzw. nächstes Jahr

genauso weitermachen würde. Diese Formulierung entsteht vor dem Hintergrund, dass er Gesundheit grundsätzlich nicht im Blick hat.

Trotz dieser ablehnenden Haltung gegenüber Gesundheit, zeigt Herr L.Q. verschiedene Formen des Gesundheitshandelns. Im beruflichen Bereich bezieht er dieses Handeln nicht bewusst auf seine Gesundheit, implizit sind jedoch positive Aspekte enthalten. So sieht er eine positive Wirkung der beruflichen Herausforderungen auf seine Stimmung, die dazu führt, dass er sich insgesamt wohler fühle. Allerdings formuliert er der Interviewerin gegenüber die Frage, ob es sich um einen gesundheitspositiven Aspekt handele, denn dieses Wohlgefühl mache ihn ja nicht automatisch schlanker. An dieser Stelle nimmt er wiederum Bezug zur Vorgabe aus medizinischer Richtung, sein Gewicht zu reduzieren. Vor diesem Hintergrund sieht er in seiner Leidenschaft für Steak und ein gutes Glas Rotwein eine ungesunde Facette, obwohl beides sein *Wohlgefühl* hebt. Den impliziten Anteil dieses Wohlgefühls kann er nicht bemessen und nimmt aus diesem Grund verstärkt den negativen Aspekt des Ernährungsverhaltens wahr. Als bewusstes Gesundheitshandeln benennt er seinen zehnminütigen Spaziergang an der frischen Luft in seiner Mittagspause, Radfahren an der frischen Luft in der Freizeit und regelmäßige Hundespaziergänge. Zudem geht er schwimmen und regelmäßig in die Sauna. Herr L.Q. spricht zum Zeitpunkt des Interviews davon, nach einem gesundheitlichen Einschnitt abends weniger essen zu wollen und dadurch etwas Gewicht zu verlieren. Allerdings stehe ihm bei der Umsetzung die Tatsache im Wege, dass er bezüglich seines bisherigen Lebensstils keinerlei schlechtes Gewissen habe. Sein Gesundheitshandeln ergebe sich vor allem aus dem Umstand, dass er arbeits- und leistungsfähig bleiben möchte und somit bereit sei, alles gesundheitlich soweit voranzutreiben, dieses Ziel zu erreichen, wenn auch Gesundheit ansonsten nicht wichtig ist. Den beruflichen Erfolg, den er in seiner Darstellung mit Dienstreisen verbindet, sei gut für das eigene Selbstwertgefühl und motiviere ihn, gesundheitlich etwas zu tun. Er merkt an, dass er in Vorbereitung auf das Interview viermal den Heimtrainer benutzt habe. Früher sei er wesentlich sportlicher gewesen, z.B. sei er Ski gefahren oder habe Tennis gespielt. Heute mache ihm die moderate Bewegung an der frischen Luft in der Natur Spaß, z.B. mit dem Hund. Diese Veränderung mag nicht zuletzt auf die Notwendigkeit zurückzuführen sein, seine Mannschaftssportart durch eine Rückenverletzung aufgeben zu müssen, wie er in dieser Textstelle beschreibt:

B: [...] Ich musste letztendlich meinen Sport aufgeben, weil ich ein gewisse Verletzung hatte im Rücken (I: Mm.). Weil ich hab *(Mannschaftssportart)* gespielt. Also insofern musst ich schon (I: Mmhm.) ziemlich kräftig- das is auch mein Figur- ich bin so (I: Mmhm.)- so ein Kampftier sozusagen, ja, sportlich beziehungsweise auch im Berufsleben auch (I: Mmhm.). Das hat mich schon- und der Grund war auch nichts. Also- weil es war mein eigene Schwäche, weil ich so- nich genug trainiert hab, (I: Mm.) gespielt hab ohne trainieren. Das is so (I: Mmhm.). Und zweite Punkte ich hab letztendlich den *(Mannschaftssportart)* aufgegeben, weil ich zu häufig krank war. Und dann ich kam immer wieder mit gebogenen Rücken (I: Mmhm.). Insofern hab ich's dann aufgegeben. Das war auch gesundheitlich auch notwendig, aber (I: Mm.) **(9, L.Q., Abs. 103)**

Er beschreibt auch an dieser Stelle, dass seine Gesundheit nicht relevant genug war, als dass er ausreichend trainiert hätte, bevor er zu dem Spiel angetreten sei. Hier gesteht er sogar eine Schwäche ein. Er bezeichnet sich vielmehr auf sportlicher und beruflicher Ebene als Kampftier, was er wiederum in Zusammenhang mit seiner Figur bringt. Über diese Bezeichnung mildert er seine Schwäche etwas ab, da es sich um Härte gegen die eigene Person handelt, eine männliche Eigenschaft, die mit Leistung und Leistungsfähigkeit verbunden ist. Diese Selbstdarstellung passt zur Ausblendung gesundheitlicher Belange. Er unterstreicht dies, indem er angibt, dass er seinen Geist als wesentlich stärker wahrnimmt als einen Körper.

In seiner beruflichen Tätigkeit durchläuft er Phasen, die er im In- und Ausland verbringt. Er

bekleidet eine Funktion, die Pioniergeist braucht und ihn mit gewissen Sonderaufgaben zum Einzelkämpfer macht. Er hat selbstbestimmte Arbeitszeiten und viele neue Herausforderungen, die ihn anspornen und den gewissen Reiz seiner Tätigkeit ausmachen. Für den Zusammenhang zwischen seinem Beruf und seiner Gesundheit nimmt er eine rein quantitative Aufteilung vor – ein Drittel Schlaf, 50 % Beruf, der Rest sei Freizeit. Diese Formulierung steht im Einklang mit der traditionell männlichen Persönlichkeit. Physisch sieht er keine gesundheitspositiven Effekte, obwohl er sich von seinem Unternehmen auf der gesundheitlichen Ebene gut versorgt sieht. Allerdings ist es ihm auch wichtig zu betonen, dass er es nicht akzeptieren würde, wenn von Unternehmensseite Einfluss auf sein Essverhalten ausgeübt würde.

Freizeit bedeutet für Herrn L.Q. primär Familie, auch wenn die Personen nicht an einem Ort leben. Er erwähnt nur, dass er einen Sohn habe, ansonsten macht er keine weiteren Angaben und unterstreicht so seine ablehnende Haltung. Früher übernahm er verschiedene Verpflichtungen im Sportverein, heute muss er jedoch familiären Verpflichtungen nachkommen. An dieser Stelle revidiert Herr L.Q. seine quantitative Einteilung und benennt: Arbeit, Schlafen, andere Verpflichtungen und Freizeit. Die Verpflichtungen sind an die gesundheitliche Lage in seiner Familie gebunden, die er nicht weiter ausführt. Sie führt allerdings dazu, dass Reisen zum Vergnügen nicht möglich sind. Umso mehr freut er sich auf seine Dienstreisen, obwohl er stets den Wunsch verspürt nach Hause zurückzukehren, sobald er im Flugzeug sitzt. Herr L.Q. fasst seine Ausführungen im privaten Bereich noch kürzer als im beruflichen Bereich. Er achtet sehr darauf, wenige persönliche Details preiszugeben.

Nach seiner Vision in Bezug auf die eigene Gesundheit gefragt, gibt Herr L.Q. an, den Vorsatz gefasst zu haben, die nächsten zwei Wochen die Treppe zum Büro zu nehmen. Allerdings scheint er diesen Vorsatz bereits mehrfach gefasst zu haben, denn er gibt an, dass bis jetzt immer etwas dazwischen kam. In fünf Jahren sieht er sich relativ zum Alter jedoch in einer gesünderen Verfassung als zum Zeitpunkt des Interviews. Danach gefragt, was er dafür tun würde, gibt er an, weniger essen und trinken zu wollen, bei mehr Bewegung.

Nach Hinderungsgründen einer derzeitigen Umsetzung seiner Vision gefragt, gibt er Schnupfen, Insektenstiche, eine Dienstreise oder Urlaub an. Für ihn wäre es schon ein Erfolg, drei Monate lang gesund zu leben, da er dieses noch nie geschafft hat. Die Angabe des Insektensticheshönnte an dieser Stelle wiederum sarkastisch gemeint sein, wird aber nach Interviewabschluss konkretisiert. Es handelt sich um eine reale Erfahrung, die Herr L.Q. nicht weiter im Interview ausführen möchte. Darüber hinaus gibt er an, dass ihn Bewegung, aber auch der Gang in die Sauna Überwindung koste. Deshalb sei es für ihn besonders wichtig, dass es sich um eine für ihn persönlich vernünftige Bewegungsform an der frischen Luft handele, die er entspannt ausüben könne.

Herr L.Q. zeigt sich im gesamten Interview zurückhaltend und kontrolliert. Zu Beginn ist er abweisend und provozierend, was sich im Verlauf abmildert. Die Kontrolle über seine Angaben legt er bis zum Ende nicht ab. Sein Zugang zu Gesundheit ist von einer deutlichen Ablehnung geprägt, die einerseits mit gewissen Erwartungen an das Interview verbunden sein mag und andererseits auf den Lebenserfahrungen von Herrn L.Q. beruht. Insgesamt führt diese Kombination dazu, dass Herr L.Q. sich dem Thema Gesundheit unwillig bzw. ablehnend nähert.

Im nächsten Abschnitt werden die verschiedenen Zugänge zu Gesundheit durch Einzelfallanalysen im Überblick betrachtet, um schließlich daran, die Typen des Gesundheitshandelns abzuleiten.

6.2.6 Zusammenfassung - Darstellung der Einzelfallanalysen

Die dargestellten Einzelfallanalysen bilden die unterschiedlichen Zugänge zum Thema Gesundheit ab (s. Abb. 22). Die beiden Analysen im Bereich Leistungsfähigkeit zeigen den hohen Anspruch beider Männer an sich selbst auf. Vor diesem Hintergrund verknüpfen sie ihr Streben nach Leistung mit der eigenen Gesundheit. Im Falle von Herrn T.Y. dominiert das Leistungsstreben die Narrative zur Gesundheit. Im Einzelfall von Herrn B.W. zeigen sich erste Verschiebungen in der Erzählung in Richtung einer Umkehrung dieses Verhältnisses. Allerdings zeigen sich diese nicht durchgängig, sodass die Dominanz der Leistungsfähigkeit erhalten bleibt, auch wenn eine gewisse Entspannung in Bezug auf den persönlichen Leistungsanspruch erkennbar wird. Im Gegensatz hierzu orientiert sich der Einzelfall von Herrn O.J. im Bereich der Normorientierung an der Einhaltung eines normalen Maßes, bezogen auf die eigene Gesundheit. Dieser Zugang zur eigenen Gesundheit grenzt sich in den Formulierungen von einem Leistungsstreben ab und definiert für sich einen gesellschaftlich anerkannten Normbereich als Maßstab.

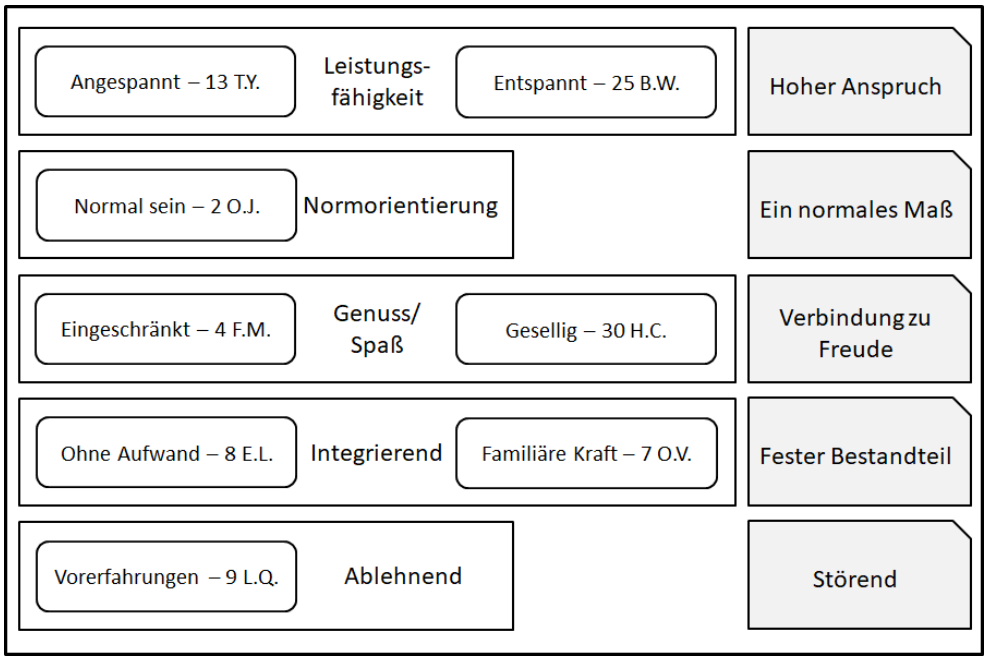


Abb. 22: Zentrale Merkmale der Einzelfallanalysen (Eigene Darstellung)

Der nächste Zugang, abgebildet über zwei Einzelfälle, kann ebenso wie das Leistungsstreben in Konkurrenz zu einem gesundheitsbezogenen Verhalten treten. Der Einzelfall von Herrn F.M. verdeutlicht diesen konflikthaften Zugang zur eigenen Gesundheit. Sein Lebensstil, vor allem im Ernährungsbereich, war bis zu seiner Erkrankung von Genuss geprägt und erfährt durch die verlangte Verhaltensänderung eine Beschränkung. Somit steht seine Genussorientierung durch Auflagen aus dem Gesundheitsbereich in Konkurrenz zu einer verlangten Regulierung. So treffen Genuss und Gesundheit konflikthaft aufeinander. Der Einzelfall von Herrn H.C. zeigt auf, dass unter nicht vorliegenden Einschränkungen Spaß und Gesundheit mit dem Ziel, mehr Lebensfreude zu gewinnen, zusammenpassen. Die Formulierungen von Herrn H.C. verdeutlichen, dass der Spaß und die Lebensfreude für ihn der Gesundheit übergeordnet sind. Fügt sich Gesundheit für ihn passend in dieses Raster ein, so wird sie zu einer ergänzenden Komponente.

Die nächsten beiden Einzelfälle bilden einen integrierenden Zugang zu Gesundheit ab. Gesundheit ist sowohl für Herrn E.L. als auch für Herrn O.V. als fester Bestandteil im Leben

etabliert. Der Einzelfall von Herrn E.L. zeigt ein Integrieren ohne zusätzlichen Aufwand im Gesundheitshandeln. Herr O.V. nutzt hingegen die Kraft, die ihm seine familiäre Situation gibt, um Gesundheit für sich zu einem festen Bestandteil seines Alltags werden zu lassen. Über solch eine familiäre Situation scheint Herr L.Q. auch zu verfügen, aber sie scheint keine Wirkung auf seine Gesundheit zu entfalten. Im Gegenteil, sie scheint belastende Faktoren zu enthalten, die Herr L.Q. im Interview jedoch nicht thematisieren möchte. In diesem letzten Einzelfall wird eine ablehnende Haltung dem Thema Gesundheit und der Vermutung gegenüber deutlich, welche Ansprüche diesbezüglich an ihn gerichtet sein könnten. Er konkretisiert dies über die Darstellung ärztlicher Ratschläge, die er bereits erhalten hat. Diese ablehnende Haltung bezieht er vor allem auf sich selbst und begründet sie damit, dass jede Einschränkung seiner Gesundheit von ihm als störend wahrgenommen wird. An dieser Stelle schließt sich der Kreis zum Anspruch an die eigene Leistungsfähigkeit.

In der Analyse der Einzelfälle wurde immer vom dominierenden Aspekt im Zugang zur eigenen Gesundheit ausgegangen. Es wurden alle Anteile von der Gesundheitsorientierung bis zu den Kontextinformationen gleichwertig in die Analyse einbezogen. Es finden sich die gebildeten Kategorien in den Einzelfallanalysen wieder. Der nun folgende Abschnitt richtet den Fokus auf das Gesundheitshandeln, das als zentrales Merkmal genutzt wird, um aus den Einzelfallanalysen auf einer übergeordneten Ebene wissenschaftliche Idealtypen zu kondensieren.

6.3 Typologie des Gesundheitshandelns

Die Einzelfallanalysen verdeutlichen in den Interviews differenzierte Zugänge der Männer zum Thema Gesundheit. Von dieser grundlegenden Analyse ausgehend, wird nun eine Verdichtung der Erkenntnisse zu wissenschaftlichen Idealtypen vorgenommen. Die Typologie wird auf Basis des Gesundheitshandelns mit dem Ziel konstruiert, auf einer Metaebene über den Einzelfall hinausreichende Zusammenhänge zu erlangen. Für diese Verdichtung spielt es eine Rolle, inwieweit die Gesundheitsorientierung der Männer bis in ein Gesundheitshandeln deutlich wird. Die Typen werden nach größtmöglichen Gemeinsamkeiten und einer Abgrenzung über Unterschiede zum nächsten Typus herausgebildet. Folgende fünf Idealtypen ließen sich abgrenzen (s. Abb. 23):

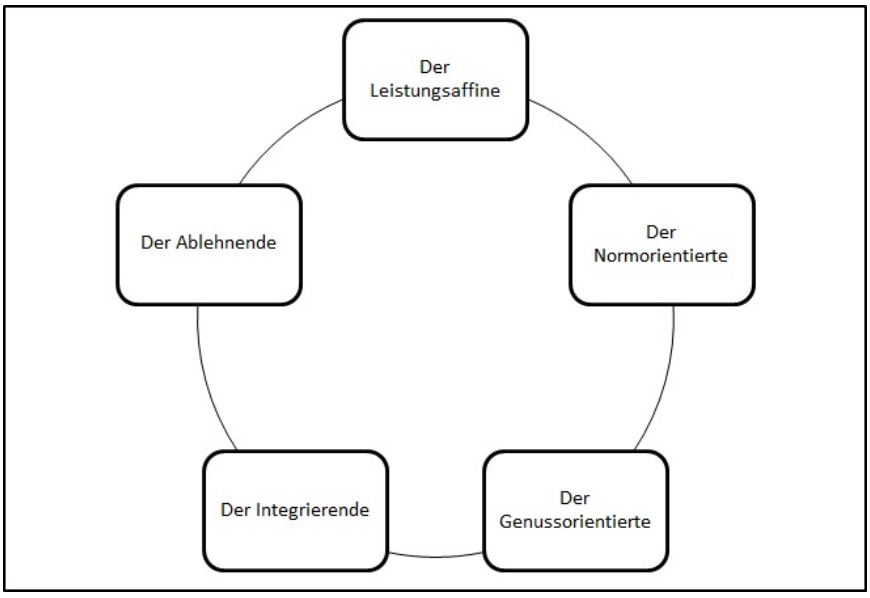


Abb. 23: Typen des Gesundheitshandelns (Eigene Darstellung)

Als Idealtypen kommen sie im Alltag nicht unbedingt auf dem abstrahierten Niveau in der beschriebenen Form vor. Sie sind als eine idealisierte Form der gewonnenen Erkenntnisse zu verstehen, die auf die Realität herunter zu brechen ist. In die fünf Idealtypen flossen die Erkenntnisse der Kategorisierung und der Einzelfallanalysen ein, um sie an dieser Stelle auf einer übergeordneten Ebene zu verdichten. Für die Typenbildung wurde jeweils geprüft, aus welcher Orientierung heraus ein Gesundheitshandeln stattfindet, mit welchen Gesundheitsvorstellungen sie verbunden sind und welche Ausprägung das Gesundheitshandeln selbst hat. Auf dieser Basis wurde eine Gruppierung der fünf Typen nach Gemeinsamkeiten und abgrenzenden Faktoren vorgenommen, die in den folgenden Abschnitten beschrieben werden. In einem letzten Schritt wurden alle Interviews sukzessive den Typen zugeordnet. Es gab Interviews mit verschiedenen Anteilen der Idealtypen, es wurde jedoch vom dominierenden Merkmal für das Gesundheitshandeln ausgegangen, sodass eine Zuordnung aller Interviews möglich war, auch wenn Mischkomponenten enthalten sind. Bei der Typenbildung bestätigte sich, dass die kognitiven Gesundheitsvorstellungen das Gesundheitshandeln prägen, sodass die Idealtypen abzuleiten sind, begründet aus den Einzelfallanalysen.

6.3.1 Der Leistungsaffine

Dem Idealtypus des Leistungsaffinen liegt ein eindeutiges Streben nach Leistung auf der kognitiven Ebene zugrunde. Das Gesundheitshandeln selbst fußt ebenfalls auf einem Leistungsmaßstab, an dem das eigene Tun laut Aussage im Interview gemessen wird. Die Gesundheitsvorstellungen des Typus sind auf den Erhalt der Leistungsfähigkeit gerichtet, was sich sowohl auf den beruflichen als auch den privaten Bereich beziehen kann. Die Leistungsfähigkeit misst dieser Typus im Vergleich zu anderen und ist darauf bedacht, in einem möglichst guten Lichte dazustehen. Dabei kann sein Fokus auf der geistigen Leistungsfähigkeit, aber auch auf der körperlichen Fitness liegen. Beides zeigt sich wiederum in seinem Gesundheitshandeln. Wird keine Differenzierung vorgenommen, so können beide Anteile gleichwertig über das Gesundheitshandeln abgebildet werden.

Dieser Typus sieht häufig die persönliche Notwendigkeit, sich im beruflichen Umfeld als leistungsfähig zu präsentieren, ein Streben, das sich bis in den privaten Bereich fortsetzen kann. Im Altersgang erlebt dieser Typus ein konkurrierendes Verhältnis zwischen dem eigenen Leistungsniveau und zunehmend auftretenden körperlichen Abbauerscheinungen. Es gilt, dieses für sich in Einklang zu bringen, was besonders diesem Typus äußerst schwerfällt. An dieser Stelle kann ein Bruch zwischen Gesundheitsvorstellungen und Gesundheitshandeln erkennbar sein, der je nach Reflexionsgrad sogar ganz direkt benannt wird.

Ein leistungsgeprägtes Gesundheitshandeln kann diesen Typus in Richtung seiner persönlichen Grenzen führen. Häufig werden diese erst nach dem Überschreiten als solche wahrgenommen, was nicht heißt, dass das eigene Gesundheitshandeln schlussfolgernd als gesundheitsnegativ eingeordnet bzw. eine Anpassung vorgenommen wird. Somit kann sich ein subjektiv definiertes Gesundheitshandeln des Leistungsaffinen aus objektiver Sicht durchaus im gesundheitsriskanten Bereich bewegen. Aus subjektiver Sicht wird es dennoch als Gesundheitshandeln eingeordnet. Das Leistungsstreben braucht Zeit, darauf ist im privaten Lebensbereich Rücksicht zu nehmen, da eine Leistungsorientierung vor allem auf das Individuum bezogen ist, selbst wenn sie im sozialen Abgleich geschieht.

Herr T.Y. ist ein typischer Vertreter der Leistungsaffinität. Ein weiteres Beispiel für diesen Typus ist Herr E.J., der ebenfalls diesem Typus vollständig zugeordnet werden kann (s. Ab-

schnitt 6.3.6). Die Leistungsorientierung geht aus dem gesamten Interview hervor, an manchen Stellen sogar mit einer gewissen Neigung zur Übertreibung wie diese Textstelle verdeutlicht:

I: Wenn Sie zurückblicken auf Ihr Leben, was hat Gesundheit da für ne Rolle gespielt?
B: Ja, ich, ich bin ein Sportler (I: Ja.). So ich habe immer auch Fußball gespielt und Tennis oder joggen oder was weiß ich (I: Mmhm.). Und meine ganze Familie, auch meine Frau ist Spo- Sportler (I: Ja.). Wir, wir meinen selbst auch, wir haben ein vernünftiges Leben also von Kost, also was wir essen (I: Mm.). Wir fahren Freitag zum La Center Sport in *(Insel 1)*. Das machen wir jedes Jahr (I: Mm.) und machen so ein, ein Woche Training (I: Mm.) oder Urlaub (I: Mmhm.) mit Aktivitäten (I: Mmhm.). So das bedeutet, wenn wir gehen in Urlaub, das immer Aktivitäten (I: Mmhm.). So von meiner Sicht ist Sport ein natürliche Teil (I: Mm.) von meinen Leben (I: Mmhm.). **(22, E.J., Abs. 1-2)**

Diese hier sichtbar werdende Form der Selbstdarstellung prägt das gesamte Interview. Auf den ersten Blick könnte es wie eine Integration des Themas in das eigene und das familiäre Leben erscheinen. Doch bereits in der darstellten Textstelle wird deutlich, dass es einen Maßstab gibt, an dem Herr E.J. Tätigkeiten bzw. Leistungen misst. So ist auch das familiäre Leben nicht nur von einer gesunden Ernährung, sondern vor allem von einem umfassenden Sportprogramm geprägt. Herr E.J. präsentiert sich selbst und seine Familie im Interview als gesundheitsbezogenes Erfolgskonzept. Hiermit drückt Herr E.J. wiederum einen Leistungsmaßstab aus, der sich hinter diesem entworfenen Bild verbirgt und ermöglicht so die Zuordnung zum leistungsaffinen Typus. Diese Interviews können dem *Leistungsaffinen* zugeordnet werden:

Typus	**Interviewnummer**
Der Leistungsaffine	1, 5, 11, 13, 16, 17, 22, 25, 26

Tab. 29: Gesamtübersicht für den leistungsaffinen Typus (Eigene Darstellung)

6.3.2 Der Normorientierte

Der normorientierte Idealtypus zeigt in seinem Zugang eine Gesundheitsorientierung, die nicht frei von Brüchen sein muss, wie in der Einzelfallanalyse von Herr O.J. (s. Abschnitt 6.2.2) deutlich wird. Dieser Typus ist mit dem Streben nach einem *Normalsein* verbunden bzw. der Orientierung an einem *Mittelmaß*, wie es Herr N.U. in diesem Zitat formuliert:

I: Ham- ham Sie das Gefühl, dass Sie- dass Sie durch Sport und Bewegung, die Sie dann- die Sie dann machen, dass Sie das dann dadurch auffangen oder- oder hat- oder hat das da- gibt's da keinen Zusammenhang?
B: Nee, da seh ich keinen Zu- also da- man kann- man kann nicht- man kann das Alter nicht auffangen (I: Mm.). Das- da- das sollte man auch nicht tun. Weil wenn man das tut (I: Mmhm.), dann- dann wird man irgendwie zu ner Mickey Maus, find ich nich, nich (I: Mmhm.). […] Aber ich fühl mich durch Sport nich- nich jünger und versuch mich immer gerne so in meiner- in meiner Altersklasse zu sehen (I: Mm.). Und- und wenn ich dann immer noch da im Mittelwert liege, dann bin ich zufrieden (I: Mmhm.), nich (I: Mm.). So- so seh ich das einfach. Also ich hab da keine Ambitionen. Ich- ich muss nich Marathon laufen, nich (I: Mm.), also so is nich. **(3, N.U., Abs. 75-76)**

Sich im Alter im Mittelfeld bzw. in einer späteren Aussage korrigiert auf im oberen Mittelfeld seiner Altersklasse zu bewegen, das ist für Herrn N.U. ausreichend. Er sieht den sozialen Abgleich für seine Altersklasse als das geeignete Maß an und damit Übertreibungen als nicht angemessen. Die Vermeidung von Extremen zeichnet diesen Typus aus. Es gibt eine Definition des *Normalseins*, an der das Gesundheitshandeln gemessen wird, worunter z.B. ein sich normal bewegen können gefasst wird. Der Wunsch, Dinge zu normalisieren, mag an dieser Stelle zu der Frage führen, muss an jeder Stelle eine Verbindung herstellt werden, wie z.B. zwischen einer mit Spaß oder Leidenschaft verbundenen Aktivität und Gesundheit? Herr O.J. zeigt beispielsweise, dass er ein Gesundheitshandeln nicht explizit konstruiert, um dem gesellschaftlichen Durchschnitt zu entsprechen bzw. aus männlicher Sicht einer Übertreibung

vorzubeugen. Denn ein künstlich konstruierter Gesundheitsbezug widerspricht gewissermaßen dem geradlinig normalisierenden Denken dieses Typus. Es ist gleichzeitig aber auch nicht typisch für ein geradliniges Denken im traditionell männlichen Sinne, was dem normorientierten Typus durchaus entspricht. Diese Konstellation prägte die Bildung der Subkategorie des *Impliziten Gesundheitshandelns,* wie die Einzelfallanalyse von Herrn O.J. in Abschnitt 6.2.2 herausstellte.

Gleichzeitig spielt für die Bildung dieses Typus die Lebensphase der interviewten Männer eine Rolle. Denn die Akzeptanz der abnehmenden Leistungsfähigkeit wie sie Herr N.U. oben beschreibt, beeinflusst die Orientierung am Mittelfeld in Abgrenzung zu einem Leistungsstreben. Herr N.U. zeigt im folgenden Zitat sehr deutlich, dass Leistung durchaus ein Thema für ihn war:

I: Wo sehen Sie sich (undeutlich)- Entschuldigung- (belächelnd) wo sehen Sie sich in fünf Jahren mit Ihrer Gesundheit? Sie ham vorhin schon mal gesagt, wenn Sie sich das jetzt angucken, dann würden Sie sich in dieser Richtung sehen. Wo würden Sie sagen, wo stehen Sie dann? Wie stellen Sie sich das vor?
B: Poh, also ich hoffe mal, dass ich an der- dass meine- meine Leist- meine körperliche Leistungsfähigkeit wird mit Sicherheit zurückgehen (I: Mmhm.). So is das ja einfach biologisch auch (I: Mmhm.) vorbestimmt. Aber ich hoffe, dass ich immer, wenn ich- also mich in- wenn ich nach links und rechts gucke, dann möcht ich eigentlich doch immer gerne im oberen Mittelfeld sein (I: Mm. Mmhm.). Nich, das- das is eigentlich das, was ich anstrebe (I: Mm. Mmhm.). **(3, N.U., Abs. 87-88)**

Viele der interviewten Männer sehen in dieser Altersphase die Notwendigkeit, sich mit der abnehmenden Leistungsfähigkeit auseinanderzusetzen. Diejenigen, bei denen eine gewisse Akzeptanz einsetzt, zeigen die Tendenz von Herrn N.U., sich in einem moderaten Mittelfeld einzuordnen. Sie sind sich bewusst, dass sie nicht mehr mit der Kraft der Jugend an die Dinge herangehen können, aber es wächst die Gelassenheit, dass ein normales Maß durchaus reicht. So kann der normorientierte Typus als Abgrenzung zur generellen Leistungsorientierung angesehen werden bzw. altersbedingten Veränderungen unterworfen sein. Folgende Interviews wurden dem normorientierten Typus zugeordnet:

Typus	Interviewnummer
Der Normorientierte	2, 3, 28

Tab. 30: Gesamtübersicht für den normorientierten Typus (Eigene Darstellung)

6.3.3 Der Genussorientierte

Dieser Idealtypus basiert auf einer Orientierung am Genuss bzw. Spaß. Das Gesundheitshandeln ist daran ausgerichtet, ob es Spaß bietet bzw. genussvoll ausgeführt werden kann. Die gesamte Lebensorientierung, die Gesundheit einschließend, wird davon bestimmt, ob sie Genussvolles bzw. Spaßorientiertes enthält. Das Wort *Spaß* wird in den Interviews besonders häufig verwendet, um einen solchen Zugang zu beschreiben, wie beispielsweise in diesem Zitat von Herrn G.B. bezogen auf die Inhalte seiner beruflichen Tätigkeit:

B: Was is da vernachlässigt worden, könnte man auch härter sagen, ja (leiser, murmelnder, nachdenklich). (6 Sek. Pause) Ich hätte das (belächelnd), was da fehlt, auch nich gerne wahrscheinlich gemacht. Also ich übertreib wahrscheinlich'n bisschen, mit dem was ich sage, weil, weil ich, ich- das was ich, woran ich Spaß habe, konnte ich in einer, jedenfalls so wie ich das erlebe, auskömmlichen Menge auch, auch tun, ja (I: Mm.). Ich hab mich da nich be- limitiert gefühlt, dass ich Machen- Sachen nicht, nicht hätte tun ma- können, die ich nich- die ich hätte machen wollen oder so, ja. **(1, G.B., Abs. 10)**

In der Reflexion wird ihm bewusst, dass Spaß in ausreichendem Maße in seiner beruflichen Tätigkeit für ihn enthalten war. Rückblickend betrachtet sieht er dies als Spielraum an, der ihm eine gewisse Freiheit verschafft hat. Spaß und Genuss können sich auf alle Lebensbereiche

erstrecken. Der Genuss kann z.B. über genussvolles Essen, Naturerfahrungen, entspannende Momente, aber auch soziale Erlebnisse konstruiert werden. Zudem steckt er für diesen Typus häufig als Spaß in Bewegungsaktivitäten. Hier kann dieser Einfluss so weit reichen, dass der Gesundheitsbezug in den Hintergrund tritt oder überhaupt nicht wahrgenommen wird, da der Spaßfaktor hohe Priorität hat. Dies schlägt sich wiederum in der Subkategorie *Implizites Gesundheitshandeln* nieder. Spaß überdeckt häufig einen erkennbar gesundheitsförderlichen Anteil in der Wahrnehmung. Genuss wird hingegen sehr bewusst wahrgenommen. Allerdings zeigt sich an dieser Stelle, dass der Genuss auch negativ konnotiert sein kann, wenn er z.B. mit übermäßigem Essen, exzessiver sportlicher Betätigung oder einem überbetonten Arbeitsverhalten verbunden ist. Aus einem genussvollen Verhalten kann sich somit ein übersteigertes Verhalten entwickeln. Das jahrelange Praktizieren eines solchen Gesundheitshandelns, das vom Subjekt als nicht riskant eingeordnet wird, kann diesen Typus zu einer Limitierung seiner Genuss- bzw. Spaßorientierung führen und wirkt sich direkt auf sein Gesundheitshandeln aus. War ihm eben noch nicht bewusst, dass sein Ernährungsverhalten in diesem Maße nicht genussvoll, sondern gesundheitsschädigend ist, so kann ihn eine objektive, medizinische Einschätzung dafür sensibilisieren. Diese Einordnung sollte Einfluss auf das Gesundheitshandeln haben, allerdings zeigt sich für diesen Typus häufig, wie prägend eine solche Lebensorientierung sein kann. Sie wird häufig als konflikthaft zu einem gesundheitsbezogenen Lebensstil gesehen, obwohl sich beide nicht ausschließen. An dieser Stelle spielt es eine entscheidende Rolle, auf welchen Bereich sich die Orientierung an Genuss bzw. Spaß bezieht. So zeigt die Einzelfallanalyse von Herrn F.M., dass gesunde Ernährung von ihm als beschränkend für seine Genussorientierung wahrgenommen wird, da ihm sein Arzt die Rückmeldung gegeben hat, sein Verhalten sei der Gesundheit abträglich:

B: Das sind keine (simultan) Beschwerden. Ich habe keine Beschwerden. Das sind alleine die Werte. Wenn ich jetzt zu- was ich wohl Anfang Februar machen werde, wieder zu meinem Arzt gehe. Dann haut er mir dann erst mal die Werte um die Ohren (I: Mmhm.), weil die Langzeitwerte sind für'n Eimer höchst wahrscheinlich (I: Mmhm.). Denn das dauert ja immer, ich weiß nich, 2, 3 Monate bis ich die wieder auf unter 7- normalisiert haben. Und im Moment dürften sie deutlich drüber liegen (I: Mm.). Und deswegen fühl ich mich auch nich gut dabei (I: Mmhm.). **(4, F.M., Abs. 91)**

In Erwartung dieser Nachricht zeigt Herr F.M. bereits im Interview ein schlechtes Gewissen, obwohl er angibt, keine weiteren Beschwerden zu haben. Er ist auch ca. fünf Jahre nach der Diabetes-Diagnose immer noch damit befasst, einen gesundheitsförderlichen Lebensstil zu etablieren. Soziale Anlässe in Verbindung mit seiner Genussorientierung machen es ihm jedoch schwer, sein Gesundheitshandeln zu verändern. Somit führt die Orientierung dieses Idealtypus an allem, was Freude macht, dazu, dass gesundheitsbezogene Inhalte im Alltagshandeln enthalten sein können, ohne bewusst wahrgenommen zu werden. Andererseits kann auch die Wahrnehmung für ein übermäßig ausgelebtes Verhalten reduziert sein, sodass es erst durch externe Einflüsse ins Bewusstsein gerückt wird und dann in Konflikt zur eigenen Orientierung treten kann. Die benannten Anteile dieses Idealtypus bieten Chancen und Risiken für den Einfluss auf ein Gesundheitshandeln. Diesem Typus sind folgende Interviews zuzuordnen:

Typus	**Interviewnummer**
Der Genussorientierte	1, 4, 10, 11, 15, 16, 18, 19, 20, 23, 27, 30

Tab. 31: Gesamtübersicht für den genussorientierten Typus (Eigene Darstellung)

6.3.4 Der Integrierende

Der integrierende Typus bindet die Gesundheit umfassend in sein Leben ein – so auch in sein Gesundheitshandeln. Der Einzelfall von Herrn E.L. in Abschnitt 6.2.4 stellt dar, wie sich Bewegung ökonomisch in den Arbeitsalltag integrieren lässt, obwohl es sich um eine untypische Fortbewegungsart für das Berufsbild von Herrn E.L. handelt. Er gibt jedoch an, die optimale Verbindung zwischen Sport und Transport für sich gefunden zu haben. Sein gesamtes Leben ist von Bewegung, Ernährung, Entspannung und sogar Naturerlebnissen durchzogen. Dennoch äußert Herr E.L. auf persönlicher Ebene, noch mehr für seine körperliche Fitness tun zu können:

B: Das Gesundheitsprogramm? (I: Mmhm.) Mmmm, müsste einmal weiter auf gut ausgewogene Ernährung aufbauen (I: Mmhm.). Dann auf vielleicht abwechslungsreicheren Sport. Wie gesagt es is ja'n bisschen einseitig nur immer Rad zu fahren. Und, gut, mit Yoga jetzt. Das bringt dann schon'n bisschen- bisschen mehr rein. Ja, optimal wäre natürlich- einfach mal ne Sportart, die- die- den- den- den ganzen Körper fordert (I: Mmhm. Mmhm.). **(8, E.L., Abs. 186)**

Der bewusste Wunsch nach mehr Ausgewogenheit auf der körperlichen Ebene wird wiederkehrend im Interview geäußert. Die zeitlichen und finanziellen Ansprüche des Familienlebens stehen der Umsetzung derzeit entgegen. Gleichzeitig ist Herrn E.L. die umfassende Integration seiner Aktivitäten nicht immer bewusst. Dies stellt für den Typus eher eine Ausnahme dar. Eine umfassende Integration von Gesundheit und die Umsetzung über eines Gesundheitshandelns sind meist bewusst und werden aktiv ausgeführt. Der Einzelfall von Herrn O.V. steht ebenfalls für eine vollständige Integration von Gesundheit. Herr O.V. integriert Gesundheit stark über den familiären Verbund. Bereits seine Eltern haben gesund gelebt und es an den Sohn weitergeben. Er selbst hat das Verständnis der Eltern in die eigene Familie weitergetragen. Gesundheit ist ein fester Bestandteil seines Lebens und wird in der gesamten Familie gemeinsam gelebt. Herr O.V. betont deutlich, *aus voller Überzeugung* gesund zu leben. Zudem betont er das Wohlgefühl im Familien- und Freundeskreis und die gesundheitspositiven Aktivitäten wie gemeinsames Musizieren in der Familie oder Joggen mit seinem Sohn. Herr O.V. zeigt eine große Bandbreite an explizitem Gesundheitshandeln, das exemplarisch für diesen Typus steht. Er beschreibt ein intensives Lauftraining, Morgengymnastik, gemeinsame Mahlzeiten, äußerst gesunde Ernährung ohne Alkohol während der Woche, familiäre Treffen zur Stärkung der vertrauensvollen Bande, Treffen mit Freunden, eine regelmäßige Vorsorge auf allen Ebenen und die verstärkte Verwendung von homöopathischen Mitteln. Dieser Typus setzt die subjektiven Gesundheitsvorstellungen vielfältig in einem expliziten Gesundheitshandeln um, das bewusst und zielgerichtet ist. Die eigene Gesundheit wird als positiv beeinflussbar erlebt und ist vollständig positiv besetzt wie bei Herrn O.V. durch die Konzeptanteile Zufriedenheit und Lebensfreude.

Dieser Typus ist nicht immer in vollständiger Ausprägung vorzufinden. Vielfach wird Gesundheit nur anteilig in den Lebensalltag integriert bzw. der Versuch einer Integration gestartet. Herr L.G. steht exemplarisch für eine anteilige Integration von Gesundheit in den Lebensalltag, nicht zuletzt da Herrn L.G. nicht alle gesundheitsbezogenen Aktivitäten bewusst sind, wie beispielsweise die Teilnahme an einem Männerkochkurs. Hinzu kommt, dass er vermittelt, bereits einige Anläufe bezüglich eines gesundheitsbezogenen Engagements gezeigt zu haben, ohne zu einer kontinuierlichen Umsetzung zu gelangen. D.h. das Gesundheitshandeln wird nur sporadisch ausgeübt bzw. existiert zum Teil ausschließlich auf der kognitiven Ebene als guter Vorsatz. Somit bleibt für diesen Typus in einer gemischten bzw. geringen Ausprägung ein großes Potenzial für eine kontinuierliche Umsetzung.

Ist das Gesundheitshandeln hingegen vollständig integriert, so ist das Gesundheitsthema mit allen Lebensbereichen verwoben und stellt keinen zusätzlichen Aufwand dar. Das Gesundheitshandeln weist somit eine gewisse Leichtigkeit in seiner Umsetzung auf. Es wird vielmehr der Eindruck vermittelt, dass etwas fehlen würde, wenn das Gesundheitshandeln nicht praktiziert werden könne. Gesundheit ist für diesen Typus positiv besetzt und wird als beeinflussbar erlebt. Auch der eigene Gesundheitszustand wird entsprechend eingeschätzt und für die Zukunft eine positive Perspektive gezeichnet. Folgende Interviews lassen sich dem integrierenden Typus zuordnen:

Typus	Interviewnummer
Der Integrierende	5, 6, 7, 8, 10, 12, 14, 17, 20, 21, 24, 26, 29

Tab. 32: Gesamtübersicht für den integrierenden Typus (Eigene Darstellung)

Wie bereits dargestellt lassen nicht alle Typen vollständig dem integrierenden Typus zuordnen. Auf diese gemischten Typen wird in Abschnitt 6.3.6 eingegangen.

6.3.5 Der Ablehnende

Der letzte Typus formuliert ein Verständnis des Gesundheitshandelns, das subjektiv als nicht vorhanden bzw. von Herrn L.Q. als nicht ausreichend eingeordnet wird. Der Einzelfall von Herrn L.Q. bildete die Grundlage für die Konstruktion dieses Typus. Die Formulierungen von Herrn L.Q. drücken Ablehnung gegenüber dem Thema Gesundheit aus, wie im Abschnitt 6.2.5 bereits dargestellt wurde. Es wird in den Aussagen ein Bild konstruiert, das den Anschein erweckt, als würde sich Herr L.Q. für die eigene Gesundheit nicht interessieren. Sein Interesse ist eher auf die Gesundheit der Familienmitglieder gerichtet. Er äußert sogar, dass ihm die eigene Gesundheit nie wichtig gewesen sei. Sein Gesundheitshandeln stellt jedoch einen Bruch zu dieser Aussage dar, indem er beispielsweise zugibt, sich auf das vorliegende Interview vorbereitet zu haben:

B: Das ist- das versuch ich zu tun. Aber auch eben auch Heimtrainer da (I: Ja.)- da lässt den Eindruck ich hab was gemacht (I: Mmhm. Mmhm.). Ich bin auch die Vorbereitung auf dieses Interview die letzten vier Abende auf den Heimtrainer gewesen (I: (belächelnd) Ja. Mmhm.). **(9, L.Q., Abs. 97)**

Gesundheit spielt seiner eigenen Aussage nach eine eher passive Rolle, gleichwohl hat er sich mittels Hometrainer aktiv auf das Interview vorbereitet. Dies verdeutlicht, dass dieser Typus nicht eine undifferenzierte Ablehnung zeigt, sondern die aktuelle Einstellung zu dem Thema Gesundheit von Vorerfahrungen geprägt ist. Im Falle von Herrn L.Q. handelte es sich um negative Erfahrungen, die seine Gesundheit einschränkten, sodass er nicht mehr in der Lage war, seinen beruflichen Verpflichtungen nachzugehen. Da die berufliche Tätigkeit für Herrn L.Q. eine zentrale Rolle in seinem Leben spielt, führten diese Beschränkungen zu einer ablehnenden Haltung gegenüber der eigenen Gesundheit. Hinzu kamen Empfehlungen der Ärzte, seine Verhaltensweisen in eine gesundheitsfördernde Richtung zu verändern. Diese Hinweise, mögen sie auch berechtigt sein, werden vom ablehnenden Typus als Eingriff in die Privatsphäre wahrgenommen, gegen die er sich abzugrenzen sucht. Er regiert häufig zynisch bis negierend auf derartige Aussagen. Es kann sogar zu einer Ablehnung gewisser Berufsgruppen führen, wie von Herrn L.Q. geäußert wird, der sich von der Interviewerin vorab belegen lässt, dass sie keine Psychologin ist. Zudem werden häufig Vorsorgeuntersuchungen nicht wahrgenommen bzw. erst im äußersten Notfall ein Arzt aufgesucht. Es gibt bei diesem Typus auch vorzeitige Todesfälle, die hätten vermieden werden können. Nicht nur eigene Erfahrungen prägen die ablehnende Haltung des Typus, sondern sie kann auch über

vermeintlich gut gemeinte Einflussnahme von Freunden oder des Lebenspartners entstehen. Ratschläge in einer unausgewogenen Menge bzw. die fehlende Akzeptanz für ein Verhalten dieses Typus können dazu führen, dass ein Interesse für Gesundheit von sich gewiesen wird bzw. aktiv ein gegenteiliges Verhalten an den Tag gelegt wird. Es zeichnet dieses Typus aus, dass er Gesundheit nicht ganz ernst nimmt oder verdrängt. Ihm kann dies durchaus bewusst sein, wie Herr L.Q. belegt, der seine Gesundheit im sozialen Vergleich zur Gesamtbevölkerung als mäßig einstuft. Er sieht sich selbst dort eher in der Mitte. Das Gesundheitskonzept dieses Typus ist entweder überaus negativ geprägt wie bei Herrn L.Q. oder übertrieben optimistisch. In den Gesundheitstheorien kann ebenfalls eine Einordnung vorliegen, die Gesundheit im positiven Sinne überbetont bzw. wie bei Herrn L.Q. auf die Wirkung eines externen Faktors hofft. Herr L.Q. vertraut darauf, dass die Zeit Probleme und Enttäuschungen heilt bzw. nivelliert. Gewissermaßen begibt er sich an diesem Punkt in eine passiv abwartende Rolle, wohingegen er sich ansonsten stets überaus aktiv und gestalterisch darstellt. Solche Brüche sind nicht selten beim ablehnenden Typus zu finden. Trotz einer ablehnenden Haltung gegenüber dem Thema Gesundheit weist dieser Typus Aspekte eines positiv besetzten Gesundheitshandelns auf. Allerdings handelt es sich selten um ein als typisch einzuordnendes Gesundheitsverhalten. Herr L.Q. nimmt beispielsweise die Herausforderungen seines Berufes als stimmungshebend wahr, kann aber selbst nicht einordnen, ob es sich um einen gesundheitsfördernden Aspekt handelt. Er bewegt sich gerne an der frischen Luft, ob in der Mittagspause oder beim Hundespaziergang. Er kocht gerne, auch wenn er seine Ernährungsweise als nicht besonders gesundheitsunterstützend beschreibt. Er versucht in seiner Freizeit Fahrrad zu fahren und hat immer eine Tasche mit Saunahandtüchern im Auto liegen. Auf der geistigen Ebene nimmt er seine Dienstreisen als positiv wahr, obwohl sie ihn auf der körperlichen Ebene durchaus stark beanspruchen. Er erlebt die Steigerung seiner Motivation und seines Selbstwertgefühls in diesem Zusammenhang als gesundheitspositiv. In seiner Vision zeigt dieser Typus entweder eine Verklärung seiner gesundheitlichen Lage, wie es Herr L.Q. tut oder eine gewisse Ignoranz, indem keine Vision benannt werden kann. Herr. L.Q. geht davon aus, dass er in fünf Jahren, relativ gesehen zu seinem Alter, gesünder sein wird als zum Zeitpunkt des Interviews. Allerdings gesteht er ein, dass es schon ein Erfolg wäre, drei Monate gesund zu leben. In vielen Fällen sieht es dieser Typus in keiner Weise als erstrebenswert an, gesund zu leben.

Im beruflichen Bereich sucht dieser Typus nach neuen Herausforderungen und fühlt sich gestört, wenn gesundheitliche Bedingungen einschränkend wirken. Er tritt kämpferisch auf und geht an seine Grenzen oder sogar zu Lasten der eigenen Gesundheit darüber hinaus. Im beruflichen Bereich tritt dieser Typus als entscheidungs- bzw. umsetzungsstark auf, spart allerdings den Gesundheitsbereich dabei aus. Auch im Privatbereich übernimmt der ablehnende Typus eine Menge Verantwortung, wobei auch an dieser Stelle die eigene Gesundheit ausgespart bleibt. Es wird eher Verantwortung für die Gesundheit von Familienmitgliedern oder sogar Dritten übernommen. Es kann für ihn zentral sein, dass er gebraucht wird, wie es Herr L.Q. beschreibt. Belastungen im beruflichen Bereich nimmt er als punktuell wahr bzw. deutet sie in Herausforderungen um. In seinem Umfeld nimmt er durchaus Belastungen als negativ wahr, allerdings nicht auf sich selbst bezogen. Sein gesundheitsriskantes Verhalten kann dem Typus durchaus bewusst sein, wie Herrn L.Q. sein ungesundes Essverhalten.

Häufig erlebt sich dieser Typus als stark und robust sowohl auf der körperlichen als auch auf der beruflichen Ebene. Herr L.Q. äußert für sich die Wahrnehmung, dass sein Geist stärker als sein Körper sei. Dies mag bei Herrn L.Q. darauf zurückzuführen sein, dass er bereits körper-

liche Einschnitte erfahren hat. Wie oben dargestellt, ist bei diesem Typus darauf zu achten, aus welcher Richtung auf das ablehnende Verhalten Einfluss geübt wird. Dem ablehnenden Typus können folgende Interviews zugeordnet werden:

Typus	Interviewnummer
Der Ablehnende	9, 23, 24

Tab. 33: Gesamtübersicht für den ablehnenden Typus (Eigene Darstellung)

6.3.6 Zusammenfassung – Typen des Gesundheitshandelns

Die Zuordnung im Rahmen der Typenbildung ist nicht durchweg vollständig ausgeprägt, sondern können, wie Anh. Tab. I verdeutlicht, auch in Abstufungen vorhanden sein. Für die voll-ständige Zuordnung zu einem Typus mussten sowohl die subjektiven Gesundheits-vorstellungen bis hin zum Gesundheitszugang, also die gesamte Gesundheitsorientierung, ebenso wie das Gesundheitshandeln diesem Typus zuzuordnen sein. Im Falle einer Einordnung als *überwiegend zugehörig* musste mehr als die Hälfte des Interviews diesem Typus zuzuschlagen sein, oder es zeigten sich Brüche bzw. Mischformen. Gleiches galt für ein *anteilig* zugeschriebenes Interview bis auf den Unterschied, dass bei dieser Prägung nur noch ein Drittel des Interviews eindeutig zuzuordnen ist.

Für den *Leistungsaffinen* ließen sich drei Interviews vollständig zuordnen (Anh. Tab. I). Zwei Einzelfälle ließen sich überwiegend zuordnen mit einer anteilig vorhandenen Kombination mit dem integrierenden Typus. Ein Interview konnte als Mischform zwischen anteilig leistungsaffin und integrierend zugeordnet werden. Zwei Interviews zeigten überwiegend Anteile des genussorientierten Typus und eine anteilig vorhandene Zuordnung zum *Leistungsaffinen*. Ein weiterer Einzelfall zeigte die gleiche Konstellation, allerdings jeweils nur anteilig ausgeprägt.

Der *Normorientierte* ist mit zwei Interviews besetzt, die vollständig zuzuordnen sind (Anh. Tab. I). Ein weiteres Interview ist diesem Typus überwiegend zuzuordnen. Mischtypen sind für diesen Typus nicht vorhanden.

Dem *genussorientierten Typus* sind fünf Interviews als *vollständig* zuzuordnen (Anh. Tab. I). Zwei Interviews sind etwas schwächer ausgeprägt, ohne einen Mischtypus zu bilden. Zwei weitere sind überwiegend dem *Genussorientierten* und anteilig dem *Leistungsaffinen* zuzuschreiben. Ein weiteres Interview ist anteilig in diesen beiden Typen verortet. Auch die Mischform anteilig genussorientiert und überwiegend integriert ist in einem Interview vertreten.

Der *Integrierende* weist vier vollständige Zuordnungen auf (Anh. Tab. I). Ein Interview ist diesem Typus überwiegend zuzuschreiben. Ausschließlich anteilig in Reinform sind insgesamt sechs Interviews hier verortet. Für den *Ablehnenden* ergibt sich ein Interview, das die Gestaltung des Typus federführend prägte. Ein weiteres Interview ist überwiegend und ein letztes anteilig dem ablehnenden Typus zuzuordnen.

Die zusammenfassende Darstellung verdeutlicht die differenzierte Verbindung zwischen den unterschiedlichen Typen. Die wissenschaftlichen Idealtypen lassen sich durchaus in den Interviews wiederfinden, doch geringer ausgeprägte bzw. kombinierte Formen prägen ebenso das Bild. Diese vorbereitende Darstellung dient der im nächsten Abschnitt folgenden Interpretation der hier beschriebenen Ergebnisse. Es wird eine Bewertung der angewandten

Forschungsmethodik, der Ergebnisse und der Limitation der vorliegenden Untersuchung vorgenommen, um hieraus ein Fazit abzuleiten und einen Ausblick zu bieten.

7 Diskussion

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung vor dem Hintergrund des dargestellten Forschungsstands diskutiert, um die Fragestellungen dieses Untersuchungsvorhabens zu beantworten. Die weiteren Ausführungen sind auf die Einordnung und Bewertung der in Kapitel 6 beschriebenen Ergebnisse und die Reflektion des methodischen Vorgehens ausgerichtet. Es wird sowohl auf gewonnene Erkenntnisse als auch auf Limitationen dieser Studie eingegangen. Das Kapitel schließt mit einem Fazit und dem wissenschaftlichen Ausblick.

Die vorliegende Untersuchung stellte die Erfassung von Gesundheitsvorstellungen von Männern im mittleren Lebensalter in Form von subjektiven Gesundheitskonzepten, subjektiven Gesundheitstheorien und der generellen Gesundheitsmotivation auf kognitiver Ebene in den Mittelpunkt. Von dieser kognitiven Dimension ausgehend wurde das Gesundheitshandeln der Männer in all seinen Facetten in den Blick genommen. Es wurde herausgearbeitet, ob sich ein Schwerpunkt im Gesundheitshandeln zeigte und in welcher Form das gesundheitsbezogene Handeln ausgeprägt war. Zudem wurde ermittelt, welche Hindernisse bzw. Hemmnisse die 30 befragten Männer für ihr Gesundheitshandeln sahen, um abschließend eine subjektive Vision für die Gesundheit zu erfassen.

Die Fragestellungen (s. 5.1) stellten somit die Erfassung des Gesundheitshandelns der interviewten Männer im mittleren Erwachsenenalter in ihrem beruflichen Umfeld in den Mittelpunkt. Die nachfolgende Bewertung nähert sich den gestellten Forschungsfragen, ebenfalls von der kognitiven Ebene ausgehend, über die kategoriale Auswertung bis zur Konstruktion einer Typologie des Gesundheitshandelns. Die Diskussion berücksichtigt vor allem die im theoretischen Teil (s. Kapitel 2-4) dargestellte Forschungslage, um die qualitativen Ergebnisse einzuordnen und Erkenntnisse abzugrenzen.

7.1 Diskussion der Ergebnisse

Die Diskussion der Untersuchungsergebnisse erfolgt entlang des Verlaufs der Auswertung und im Verhältnis zum Stand der theoretischen Forschung. Diese Abfolge fokussiert darauf, die subjektiven Gesundheitsvorstellungen in Verbindung bzw. Abgrenzung zu einem Gesundheitshandeln darzustellen und in den wissenschaftlichen Forschungskontext einzuordnen. Hierbei sind sowohl vergleichbare Ergebnisse als auch abweichende Erkenntnisse von Interesse. Zuerst wird in Abschnitt 7.1.1 die kognitive Ebene der subjektiven Gesundheitsvorstellungen über die Thematisierung von Gesundheit in den Blick genommen, um anschließend die Subkategorie des Impliziten Gesundheitshandelns (s. Abschnitt 7.1.2) eingehend zu betrachten. Die Diskussion der Ergebnisse schließt mit einer Einordung der Typenbildung.

7.1.1 Thematisierung von Gesundheit

Die dargestellten Ergebnisse der Männer im mittleren Erwachsenenalter weisen darauf hin, dass die Annahme, das männliche Geschlecht verfüge generell über einen riskanten, gefahrvolleren Lebensstil mit einer Tendenz zur Selbstüberschätzung im beruflichen Bereich

im mittleren Erwachsenenalter, nicht zu bestätigen ist (s. Abschnitt 4.2.1). Es lassen sich vielmehr differenzierte subjektive Gesundheitsvorstellungen wiederfinden, sowohl in der kategorialen Auswertung als auch in der Einzelfallanalyse. Auch die Zugänge zum Thema Gesundheit sprechen dafür, dass die Lebenswelt der Männer in mittleren Führungspositionen bzw. Sandwich-Positionen (s. Abschnitt 4.2.2) nicht ausschließlich einseitig vom Leistungsanspruch eines dominierenden, beruflichen Kontextes geprägt ist. Das Thema Gesundheit erhält von allen 30 Männern eine Bewertung, die von Negation bis hin zur Integration in das eigene Leben reicht. Dies lässt sich in den subjektiven Gesundheitsvorstellungen der interviewten Männer erkennen, herausgearbeitet über die subjektiven Gesundheitskonzepte, die subjektiven Gesundheitstheorien und die generelle Gesundheitsmotivation. Die subjektiven Gesundheitskonzepte der Männer im mittleren Erwachsenenalter reichen von einer ausschließlich negativ geprägten Definition der Gesundheit über das Fehlen von gesundheitlichen Beschwerden und Krankheiten bis hin zu einer positiven Definition über Leistungsfähigkeit bzw. Wohlbefinden. Bei den Interviewpartnern überwiegen die positiven Definitionen, was sich auch auf der dynamischen Ebene über eine Betonung des *Batteriemodells* im Abgleich zum *Schaltermodell* niederschlägt. Diese gewonnenen Erkenntnisse decken sich mit den Ergebnissen der quantitativen Studie von Blaxter (1995) und in Bezug zur Dimension des *seelischen Wohlbefindens* mit der Studie von Hitzblech (2005). Beide Studien bezogen sowohl männliche als auch weibliche Probanden ein. Die Aussagen von Hitzblech (2005) bezüglich der Geschlechterunterschiede, denen zufolge Männer Gesundheit eher alters-, schicksals- und erblich bedingt festmachen, konnten in diesem Sinne nicht belegt werden. Ein Fokus auf die persönlich wahrgenommene Leistungsfähigkeit stellte den Hauptfokus dar, was der Darstellung von Faltermaier (2005b) entspricht, der eine stärkere Betonung der Leistungsfähigkeit beim männlichen Geschlecht ausmachte. Die 30 Interviewpartner zeigten den wissenschaftlichen Erkenntnissen entsprechend differenzierte Gesundheitskonzepte mit positiven und negativen Anteilen: Dies deckt sich mit den Erkenntnissen von Frank et al. (1998) und Faltermaier (2005a). Faltermaier et al. (1998) definierten eine dynamische Ebene der subjektiven Gesundheitskonzepte in Form von Modellen, von denen sich in den Interviews dieses Untersuchungsvorhabens nur das Schalter- und das Batteriemodell nachweisen ließen.

In den subjektiven Gesundheitstheorien der interviewten Männer setzt sich die Differenziertheit der gesundheitsbezogenen Vorstellungen fort. Auf der inhaltlichen Ebene wird vor allem die eigene *Lebens- und Verhaltensweise*, gefolgt von der Subkategorie *Alter und Schicksal* erkennbar. Die Interviewpartner zeigen deutlich ein Verständnis dafür, dass ihr Verhalten die eigene Gesundheit beeinflusst. Erst danach folgen die spürbaren Einflüsse durch das Alter oder sogar das Schicksal. Der Fokus auf die eigene Lebensweise, gefolgt von der eigenen Verhaltensweise, deckt sich mit den Erkenntnissen von Belz-Merk (1995). Allerdings bezog sich diese Studie wiederum auf beide Geschlechter. Faltermaier (2005b) plädierte für die komplexe Konstruktion einer Laientheorie bei der Erfassung der inhaltlichen und dynamischen Ebene hinsichtlich der subjektiven Gesundheitstheorien. Es wurde die Ebene der Einflussbereiche und der Einflussprozesse (Faltermaier, 2005b) abgegrenzt. Die dynamische Ebene der subjektiven Theorien ist in der vorliegenden Untersuchung sogar noch stärker ausgeprägt als die inhaltliche Ebene. Die Aussagen zu den Risiko- und Ressourcentheorien dominieren die dynamische Ebene, gefolgt von den Ausgleichs- und Balancetheorien. Ersteres lässt sich anteilig darauf zurückführen, dass zwei Fragen des Leitfadens auf Risiken und Ressourcen fokussierten. In den Ressourcentheorien findet sich in Bezug auf die berufliche Tätigkeit eine Übereinstimmung mit Mullen (1992), in dessen Studie an schottischen Männern

der Arbeiterklasse die herausfordernde Komponente der eigenen Tätigkeit betont wurde. Diese lässt sich auch für die Interviewpartner dieser Untersuchung in einer Führungsposition festhalten. Im Bereich der negativen Einflussfaktoren werden ebenfalls, Mullen (1992) entsprechend, Arbeitsdruck und Arbeitsvolumen benannt, aber auch spezifische Risiken, die sich aus Restrukturierungsmaßnahmen ergeben. Die Einordnung der Gesundheitsprozesse in Form von Ausgleichs- und Balancetheorien ist den interviewten Männern jedoch vollständig selbst zuzuschreiben. Hinzu kam ein Fokus auf die sogenannte Anpassungstheorie, die altersbezogen zu interpretieren ist, wie in Abschnitt 6.1.1.2 dargestellt. Die interviewten Männer beschrieben notwendige Anpassungen, die sie im Altersgang vorzunehmen hatten. Allerdings waren diese Anpassungen nicht zwingend mit einem wahrgenommenen Verlust an Gesundheit und weniger mit dem Gedanken eines schicksalhaften Eintretens verbunden, sodass von einer subsummierenden Einordnung unter Faltermaiers (2005b) *Schicksalstheorie* Abstand genommen und die separate Subkategorie *Anpassungstheorie* favorisiert wurde. Der Altersgang mit seinen Veränderungen spielt für die Interviewpartner in den Narrativen eine Rolle, ist aber kein dominierender Faktor, sondern wird meist in Verbindung zum vorherrschenden gesundheitsbezogenen Schwerpunkt dargestellt. Aus diesem Grund scheint es angemessen, die subjektiven Gesundheitsvorstellungen mit der generellen Gesundheitsmotivation in Form der Zugänge der Männer in ihrer Komplexität einzuordnen.

Die generelle Gesundheitsmotivation wurde in dieser Untersuchung über die Frage, welche Rolle Gesundheit im Alltag spielt, und die Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes erfasst. Kuhlmann/Kolip (2016) wiesen darauf hin, dass die Angaben zum Gesundheitszustand innerhalb des Geschlechts stärker variieren als für spezifische gemischt geschlechtliche Gruppen. Maschewsky-Schneider et al. (1988) sahen hingegen eine Tendenz bei den Frauen, den eigenen Gesundheitszustand schlechter einzuschätzen als das männliche Geschlecht. Die vorliegenden Ergebnisse zeigen eine deutlich optimistische Einschätzung der interviewten Männer bezüglich ihres Gesundheitszustandes. Im Fragenbogen und in den Interviews gaben 22 Männer an, sich im Bereich der Bewertungen *gut* bzw. *sehr gut* zu bewegen (s. Abb. 17, 20). Keiner der Interviewpartner schätzte die eigene Gesundheit *schlecht* bzw. *sehr schlecht* ein. Wird allerdings nach der Rolle von Gesundheit im eigenen Leben gefragt, so zeigt sich ein etwas breiteres Bild. Insgesamt 18 Interviewpartner geben an, dass Gesundheit eine gewisse Rolle spielt. Jeweils sechs dieser Männer sehen Gesundheit als *relevant, wichtig* bzw. *sehr wichtig* an. Allerdings geben gleichzeitig 12 Interviewpartner an, dass sie eine *geringe* bis *überhaupt keine* Rolle spielt. Letzteres wird von insgesamt drei Männern konstatiert. Hitzblech (2005) beschreibt eine Zunahme der Wertigkeit von Gesundheit im Altersgang, die sich in den vorliegenden Interviews bestätigen lässt. Mehrere der interviewten Männer gaben sogar ein konkretes Alter an, ab dem Gesundheit begann, eine Rolle zu spielen. Für einige zeigte sich eine Sensibilisierung für Gesundheit mit abnehmender Leistungsfähigkeit bzw. durch konkrete gesundheitliche Einschnitte. Es handelt sich sowohl um eigene Erfahrungen als auch von anderen Personen im sozialen Umfeld. Die Ergebnisse belegen jedoch, dass sich hieraus nicht immer eine Sensibilisierung im positiven Sinne ergibt, sondern sich eine bisher passive Rolle von Gesundheit zu einer ablehnenden Haltung gegenüber diesem Thema zeigen kann.

Diese ablehnende Einstellung könnte die Basis eines reduzierten Vorsorgeverhaltens und einen wenig gesundheitsförderlichen Lebensstil sein, wie von Altgeld (2016), Faltermaier (2017) und Faltermaier/Hübner (2016) beschrieben. Eine generelle Ablehnung gegenüber Gesundheitsthemen würde auch erklären, warum sich Männer mit einem solchen Gesundheitszugang wenig präventiv verhalten. Die Einzelfallanalyse von Herrn L.Q. (s. Abschnitt 6.2.5) liefert jedoch ein differenziertes Bild. Es wird deutlich, dass die ablehnende Haltung negativen

Vorerfahrungen des Interviewpartners in Bezug auf die eigene Gesundheit und im familiären Umfeld entspringt. Es werden im gesamten Interview nur Andeutungen gemacht, um was es sich genau handelt, aber es wird betont, dass professionelle Empfehlungen in Bezug auf die eigene Gesundheit als wenig hilfreich erlebt werden. Der in der Narrative sichtbare Sarkasmus deutet vielmehr darauf hin, dass die Expertenhinweise als eine gewisse Begrenzung in der eigenen Entscheidungsfreiheit wahrgenommen werden. Diese Wahrnehmung deutet auf ein traditionell männliches Rollenverständnis im Zusammenhang mit einer ablehnenden Haltung hin (s. Abschnitt 4.2.1). Der berufliche Kontext dominiert den Lebensalltag der Männer mit dieser Haltung, und Gesundheit wird als nachrangig bzw. nicht relevant eingestuft. Das Körperkonzept ist von einem instrumentellen Verständnis geprägt, das Brandes (2003) beschreibt. Der Körper wird als funktionsfähig bzw. defekt und nicht einsatzbereit eingeschätzt, Leistung im beruflichen Bereich abliefern zu können. Es wird ersichtlich, dass ein Motiv, wie der Erhalt der beruflichen Leistungsfähigkeit, von Böhnisch (2004), Bründel/ Hurrelmann (1999) und Faltermaier (2017) als Risikofaktor der männlichen Geschlechtsrolle thematisiert, für die ablehnende Haltung eine größere Rolle spielt, als ein Gesundheitsmotiv. Dieser Zugang zu Gesundheit entspricht auf der kognitiven Ebene den bislang vorherrschenden Erkenntnissen zur Männergesundheit, die Männer als weniger gesundheitsbewusst mit einem riskanteren Umgang mit der eigenen Gesundheit erleben (s. 4.2.1). Doch die Einzelfallanalyse und die Typenbildung eröffnet den Blick darauf, dass die Vorerfahrungen, gepaart mit der männlichen Geschlechtsrolle, einen wesentlichen Einfluss auf das Einnehmen einer ablehnenden Haltung haben. Aus diesem Grund könnte eine Betrachtung der angedeuteten Interessen und der potenziell sichtbaren Motivation mit ihren dahinterliegenden Motivstrukturen einen wertvollen Ansatzpunkt bieten, sich einer ablehnenden Haltung in Bezug auf Gesundheit zu nähern.

Die Betonung von Leistungsfähigkeit, verbunden mit einem ausgeprägten Leistungsstreben, ging aus den vorliegenden Ergebnissen deutlich hervor und floss in die Einzelfallbetrachtungen ein. Der Zugang zu Gesundheit über Leistungsfähigkeit wird von Böhnisch (2004), Bründel/Hurrelmann (1999), aber auch von Faltermaier (2004) als Faktor beschrieben, der in Zusammenhang mit der männlichen Geschlechtsrolle eine negative Wirkung auf die Gesundheit entfalten kann. Faltermaier (2017) ordnet das leistungsgeprägte Berufsumfeld unter die psychosozialen Risikofaktoren ein. Mit der männlichen Geschlechtsrolle selbst verbunden sah Faltermaier (2006b) z.B. ein sich selbst Überfordern, eigene Grenzen ignorieren bzw. Stärke nach außen demonstrieren. Die subjektive Perspektive der interviewten Männer bestätigt diese Erkenntnisse anteilig, allerdings aufgrund des qualitativen Zugangs über die Leitfadeninterviews in einem differenzierten Spektrum. Der Gesundheitszugang über Leistungsfähigkeit ist eindeutig durch ein Leistungsstreben geprägt. Dieses erstreckt sich jedoch nicht nur auf den beruflichen Bereich, sondern auch auf alle anderen Lebensaspekte, somit auch auf das Thema Gesundheit, welches Faltermaier (1994) bereits als potenziell durch prioritäre Lebensziele überdeckt einordnet. In den Einzelfallanalysen zeigt sich, dass das Leistungsstreben die Gesundheit sowohl positiv als auch negativ beeinflussen kann. Findet auch hier die von Faltermaier (2006b) beschriebene Selbstüberforderung statt, so kann ein solches Verhalten Gesundheitsschäden verursachen. Der Bewegungs- und Ernährungsbereich eröffnet viele Ansatzpunkte für ein solches leistungsbetontes Verhalten, wie z.B. ein exzessives Lauf- bzw. Triathlontraining oder eine einseitige, aktuell als gesund definierte Ernährungsweise. Der Fokus darauf, möglichst viele Wettbewerbe zu bestreiten, kann zu Schwierigkeiten an den Gelenken führen, wie sie auch von den interviewten Männern beschrieben werden. Hier bestätigt sich die Erkenntnis von

Faltermaier (2006b), dass eigene Grenzen ignoriert werden. Doch trotz dieser Tendenz zeigen sich auch positive Ansätze zum Gesundheitszugang über Leistungsfähigkeit. Die Einzelfallanalyse von Herrn T.Y. mit dem Streben nach größtmöglichem Erfolg in allen Lebensbereichen und der Demonstration der eigenen Stärke in allem, was in Angriff genommen wird, führt dazu, dass sich dieser Interviewpartner in Richtung einer Integration von Gesundheit in das eigene Leben bewegt. Sie ist zwar zum Zeitpunkt des Interviews von einem hohen Maß an Kontrolle und Anspannung geprägt, ließe sich aber über die dargestellte Vision von Herrn T.Y. weiterentwickeln. Als Erkenntnis dieses Gesundheitszuganges lässt sich festhalten, dass sich hinter Leistungsfähigkeit, verbunden mit der männlichen Geschlechtsrolle, eine Willensstärke und eine Bereitschaft zur konsequenten Umsetzung von Inhalten verbergen, die gesundheitsförderlich genutzt werden können.

Wird Gesundheit vielfältig in das eigene Leben integriert, wie es bereits Faltermaier et al. (1998) beschrieben haben, so wird Gesundheit als zentraler Bestandteil des Lebens angesehen und in den Alltag eingeflochten. Bei den betrachteten Einzelfällen lag eine große Bewusstheit für das Gesundheitsförderliche im eigenen Handeln vor, die aber im Alltag den Stellenwert aller anderen als wichtig definierten Themen erhielt. In den Gesundheitsaktivitäten zeigt sich eine gewisse Leichtigkeit, die eine vollständige Integration mit sich bringt und im Einzelfall von Herrn E.L. auch ein Absinken der Wertigkeit des eigenen Tuns. So sieht Herr E.L. für sich den weiteren Bedarf, sich sportlich zu betätigen, obwohl er Bewegung bei einer sitzenden Tätigkeit bereits in seinen Alltag eingebunden hat. Dies mag der *Zielentbindung* des in Abb. 5 dargestellten HAPA-Modells nahestehen. Wird ein Gesundheitshandeln bzw. die Integration von Gesundheit zur Gewohnheit, so stellt sie auch bei diesem Gesundheitszugang kein prioritäres Ziel dar, sondern liegt quer zu allen Lebensbereichen und muss nicht bewusst angesteuert werden. Wird Gesundheit jedoch in den Interviews direkt angesprochen, so wird die überwiegende Anzahl der komplexen Verbindungen bewusst, zielgerichtet und mit bedeutungsvoll konstruiert. Sie ist im Falle eines solchen Gesundheitszuganges mit einer Sinnhaftigkeit versehen, die anderen zentralen Lebenszielen gleichzusetzen ist. Dies war ein abgrenzender Faktor gegenüber anderen Zugängen bis ins Gesundheitshandeln hinein.

So zeigte der Gesundheitszugang über eine Genuss- bzw. Spaßorientierung, dass gesundheitsfördernde Aspekte akzeptiert werden, solange sie der übergeordneten Orientierung nicht entgegenstehen. Die verstärkte Betonung dieser Aspekte findet sich bei Faltermaier et al. (1998) in der kontrastierenden Fallanalyse nicht als eigenständiges Merkmal, sondern eingebunden in die sozial normierte Lebensweise. Die Einzelfallanalysen der interviewten Männer zeigten jedoch, dass diese Orientierung die Gesundheitsvorstellungen, aber auch die Darstellung eines Gesundheitshandelns beeinflussten. Aus diesem Grund wurde dieser Zugang von einer Normorientierung getrennt und entlang von zwei kontrastierenden Einzelfällen eingehend betrachtet. Es zeigte sich einerseits das Konfliktpotenzial dieser Orientierung und andererseits das Potenzial einer solchen Betonung. Führt eine gesundheitliche Einschränkung, die als Verlust von Gesundheit erlebt wird, dazu, dass ein genussbetontes bzw. spaßorientiertes Verhalten nicht mehr ausgeübt werden kann bzw. von Gesundheitsexperten als gesundheitsschädigend eingeordnet wird, so konkurriert das als gesund definierte Verhalten mit der bisherigen Lebensweise. Dieser Konflikt kann sich über einen Bruch zwischen dem gesundheitsbezogenen Wissen, aber auch der subjektiven Gesundheitsvorstellungen und dem ausgeprägten Gesundheitsverhalten zeigen. Die Einzelfallanalysen lassen ein ausgeprägtes Gesundheitsbewusstsein erkennen, jedoch Hemmnisse in der Umsetzung beider Interviewpartner vermuten, da entweder der Wunsch nach Genuss überwog oder es den wahrgenommenen Spaßfaktor reduziert hätte. Das Potenzial dieses

Zugangs wird in Verbindung mit einer traditionell männlichen Geschlechtsrolle ersichtlich, der eine generell höhere Risikobereitschaft, wie Brandes (2003) sie beschreibt, und Spaß-orientierung zugeordnet wird, vor allem in jungen Jahren. Lässt sich Genuss mit gesundheitsfördernden Aspekten verbinden oder sich ein Kompromiss zwischen Genuss und Gesundheit aushandeln, so stellt dies einen potenziellen Ansatzpunkt dar, wobei gleiches für die Spaßorientierung gilt. Lassen sich die gesundheitspositiven Aspekte in einem spaß-orientierten Handeln betonen, so zeigt sich hier ein Ansatz, bei Männern mit diesem Zugang eine Ausweitung des Gesundheitshandelns zu erreichen, ohne dass es bewusst angesteuert wird.

Auch für einen normorientierten Zugang zu Gesundheit könnte sich dieser Ansatz über ein unterschwelliges Ansteuern eignen, denn die Einzelfallanalyse ließ eine deutliche Ablehnung der Überbetonung von Gesundheitsthemen erkennen. Auf allen Ebenen wurde die Einordnung auf einem mittleren Maß betont und leistungsbetonte Extreme abgelehnt. Dieser Zugang entspricht inhaltlich nicht der von Faltermaier et al. (1998) dargestellten sozial normierten Lebensweise, die wesentlich stärker durch Fremdsteuerung geprägt ist als im vorliegenden Fall. Die Abgrenzung zu einem stark leistungsbezogenen Lebensstil wird im Einzelfall von Herrn O.J. aktiv gestaltet, ebenso wie die Abgrenzung von einem Gesundheitsbezug in Handlungen, die diesen aufzeigen könnten. Es werden zwar Formulierungen verwendet, die die Konstruktion dieses Gesundheitsbezugs aus Expertensicht durchaus zuließen, aber Herrn O.J. ist es wichtig, es als normales Alltagshandeln darzustellen. Dieser Zugang zu Gesundheit scheint somit dadurch geprägt zu sein, sich von einer Orientierung an Leistung, in anderen Fällen auch von einer Konstruktion von Männlichkeit über ein Leistungsstreben abzugrenzen. Es wird im Gesundheitsbezug verstärkt darauf geachtet, ein Normalmaß einzuhalten. Dies begrenzt die Offenheit für die Erweiterung der Gesundheitsvorstellungen und vor allem des Gesundheitsverhaltens, es sei denn, sie bewegt sich in einem normalen Rahmen. An dieser Stelle bietet sich der zweite Ansatzpunkt bei einem normorientierten Zugang zu Gesundheit. Der erste potenzielle Ansatzpunkt wurde bereits eingangs angedeutet. Wird das Gesundheits-förderliche im Alltagshandeln angesteuert, ohne es bewusst zu betonen, so erhöht dies die Bereitschaft, sich innerhalb gesellschaftlicher Normen auf eine solche Anpassung einzulassen.

Dieser Ansatz steht einem von Faltermaier (1994) als bewusst, zielgerichtet, bedeutungsvoll definiertem expliziten Gesundheitshandeln zwar entgegen, entspricht jedoch gleichzeitig der Erkenntnis des Autors, dass Gesundheit eher eine Funktion der Voraussetzung für die Bewerk-stelligung eines Alltagshandelns hat (s. Abschnitt 3.2.2). Zentral erscheint für die Abgrenzung des Gesundheitsbezugs im Alltagshandeln, dass die Trennung zwischen der Darstellung des Gesundheitshandelns aus der Laienperspektive und die Einordnung eines Gesundheits-verhaltens aus Expertensicht aufgebrochen wird. Die Prägung der Subkategorie des Impliziten Gesundheitshandelns (s. Abschnitt 6.1.2) unterfüttert diesen Ansatz, der im nachfolgenden Abschnitt 7.1.2 im Abgleich zu den Ergebnissen eingeordnet wird.

7.1.2 Laien- und Expertenperspektive im impliziten Gesundheitshandeln

Der Gestaltung der Subkategorie des Impliziten Gesundheitshandelns lagen Aussagen der interviewten Männer zugrunde, die einen Gesundheitsbezug und damit die Einordnung unter ein explizites Gesundheitshandeln vermuten ließen. Die Männer selbst verwendeten Begriffe wie *Ausgleich, Entspannung* und *Zufriedenheit* in den Beschreibungen. Wurden sie allerdings bewusst auf den Bezug zur eigenen Gesundheit angesprochen, so wurde dieser verneint bzw. nicht gesehen. Für den Gesundheitsexperten, in diesem Fall der Interviewer, zeigten sich die

gesundheitsförderlichen Aspekte im beschriebenen Alltagshandeln deutlich. Dies regte jeweils die Nachfrage nach dem Gesundheitsbezug an. Der fehlende Bezug des Subjekts führte jedoch dazu, dass ein solches gesundheitsbezogenes Alltagshandeln im Zuge der Kategorisierung nicht unter ein bewusstes, zielgerichtetes und bedeutungsvolles Gesundheitshandeln einzuordnen war, wie es von Klesse et al. (1992) und Faltermaier (1994) beschrieben wird. Das Frageverhalten der Gesundheitsexperten und die verwendeten Worte zur Beschreibung der Wirkung eines solchen Alltagshandelns durch die Interviewpartner deuteten jedoch darauf hin, dass hinter dem fehlenden Bezug dennoch ein gesundheitsbezogenes Handeln liegt. Bereits Sonntag/Blättner (1998) merkten an, dass das Motiv hinter einem Gesundheitshandeln nicht gesundheitsorientiert sein muss und dass vor diesem Hintergrund der gesundheitspositive Effekt ins Zentrum rücken sollte. Gleichzeitig wird für die Abgrenzung von einem dominanten Gesundheitsverhaltensbegriff plädiert (Sonntag/Blättner, 1998).

Weichenrieder (2012) deutete auf implizite Strukturen für die subjektiven Gesundheitsvorstellungen hin, die eine intuitive Orientierung unterstützen können. Scheufelen (2008) nahm konkret Bezug auf die Definition des impliziten Wissens. Es beinhaltet Kenntnisse und Fähigkeiten, die nicht explizit formuliert oder erklärt werden können, aber in der Ausführung einer Handlung erkennbar sind. Diese Begriffsbestimmung von Scheufelen (2008) führte zu der Wahl des Begriffes *Implizites Gesundheitshandelns*. Neuweg (2004) ergänzte die Ausführungen zum impliziten Wissen um die Aussage, dass es häufig nicht vollständig bzw. angemessen sprachlich rekonstruiert werden kann, was die Wahl des Begriffes unterstreicht, da die interviewten Männer nicht in der Lage waren, ein implizites Gesundheitshandeln bewusst sprachlich zu verbalisieren. Für die Konstruktion des Begriffes wurde des Weiteren geprüft, welchen Grad der Bewusstheit die impliziten Repräsentationen erreichen können. Entlang der Einordnung der Wissensbestandteile nach Cranach/Bangerter (2000) wurde das implizite Gesundheitshandeln auf der unterbewussten Ebene angesiedelt, weil es sich kurzzeitig am Rande des Bewusstseins bewegt, aber häufig nicht in Worte gefasst werden kann, sich aber für Routinehandlungen als nützlich erweist. Im Falle des impliziten Gesundheitshandelns handelt es sich jedoch nicht um Routinehandlungen, sondern um ein Alltagshandeln, das Gesundheitsbezüge überdeckt.

In diesem Sinne ergänzt das implizite Gesundheitshandeln den bewussten, expliziten Begriff. Dieser wurde von Faltermaier (2005a) nach erweiterter Forschungstätigkeit zu diesem Begriff entlang folgender Merkmale präzisiert: Bewusstheit, Absicht, Zielgerichtetheit, Planung, subjektive Sinnzuschreibung, soziale Bedeutung. Die Definition prägte die Darstellung des expliziten Gesundheitshandelns in Abb. 24, in der das Gesundheitsverhalten als dessen Gegenstück konstruiert wird und das implizite Gesundheitshandeln als verbindende Komponente angelegt ist.

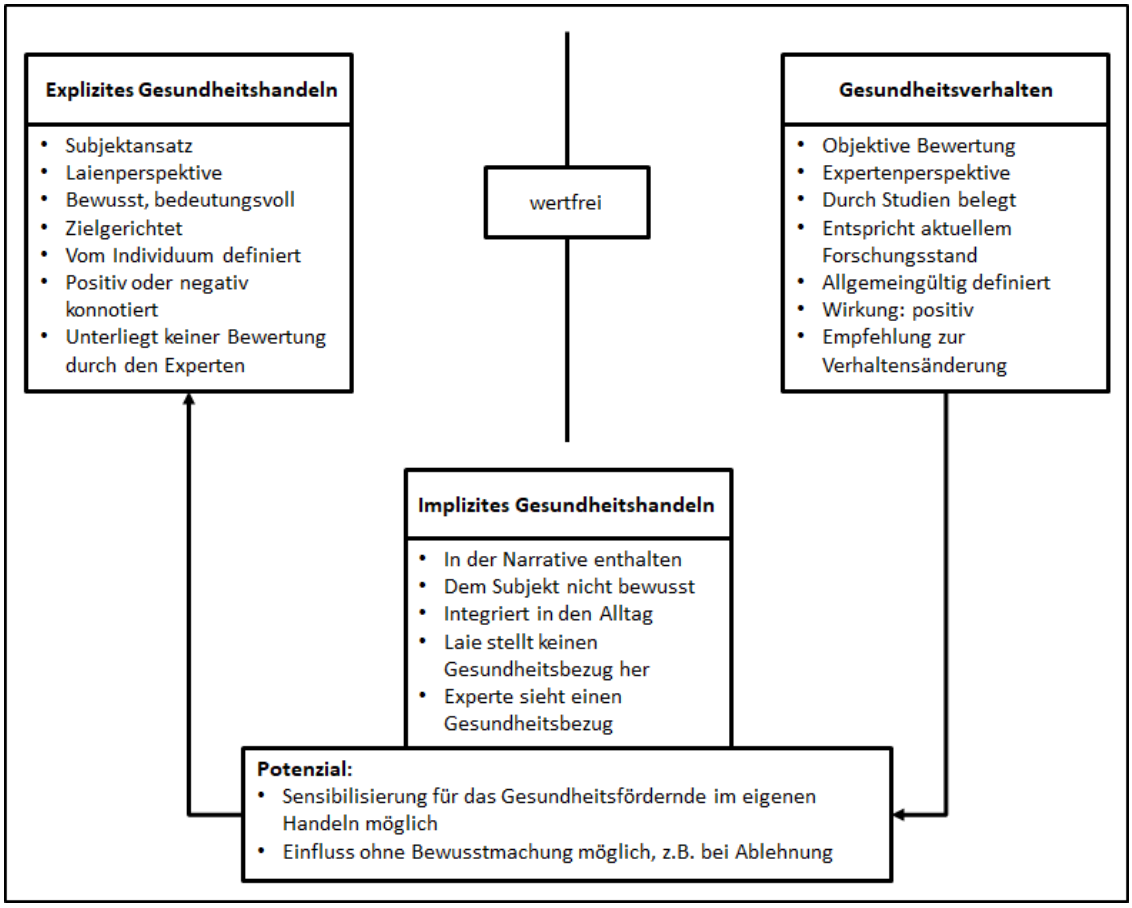


Abb. 24: Konstruktion der Subkategorie Implizites Gesundheitshandeln (Eigene Darstellung)

Das explizite Gesundheitshandeln fußt den Ausführungen Faltermaiers (1994) entsprechend auf dem Subjektansatz (s. Abb. 24), wie ihn Cranach/Bangerter (2000) über die Begriffe *naive Handlungstheorien* bzw. *subjektive Theorien* beschreiben. Es wird aus der Perspektive des Subjektes konstruiert, und der Laie wird in diesem Sinne zum Experten seines persönlichen, gesundheitsbezogenen Handelns, wie es Faltermaier (1994) beschrieb. In dieser Funktion definiert der Einzelne sein explizites Gesundheitshandeln, indem er ihm Bedeutung verleiht. Hierfür wird das explizite Gesundheitshandeln ins Bewusstsein gerückt und entlang anteilig bewusster Gesundheitsziele beschrieben. Die Einzelfalldarstellung von Herrn H.C. vermittelt, dass ein Gesundheitshandeln wie die kurze Phase der Alkoholabstinenz aus Expertenperspektive eine andere Bewertung bezüglich der präventiven Qualität einer solchen Maßnahme erhalten könnte, als den positiven Effekt, den Herr H.C. ihr zuschreibt. Doch ein solch explizites Gesundheitshandeln ist dem Subjektansatz verhaftet und somit vom Experten inhaltlich für das Erlangen eines umfassenderen Verständnisses zu hinterfragen, aber in seiner Konstruktion wertfrei anzunehmen. Andernfalls würde er sich auf die Seite des Gesundheitsverhaltens begeben, unter das Reuter/Schwarzer (2009) alle gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen fassten, die nach aktuellem Forschungsstand präventiv, erhaltend oder verbessernd auf den Gesundheitszustand einwirken. Somit handelt es sich um ein aus der Expertenperspektive konstruiertes, auf aktuellen Forschungsergebnissen basierendes Verhalten, das eine positive Wirkung auf die Gesundheit des Einzelnen entfalten soll. Es ist wissenschaftlich unterlegt und wird dem Einzelnen als Empfehlung zur gesundheitsbezogenen Verhaltensänderung entgegengebracht. Allerdings zeigt sich, dass ein ausgeprägtes Wissen oder auch Gesundheitsbewusstsein, über das z.B. die interviewten Männer verfügen, keinen Einfluss auf eine Umsetzung gesundheitsbezogener Verhaltensweisen haben muss.

Dieser Bruch zwischen der kognitiven Ebene und der Umsetzung eines Gesundheitsverhaltens im Zusammenhang mit den Gesundheitsverhaltensmodellen auch als Intentions-Verhaltens-Lücke bezeichnet (s. Scholz/Schwarzer, 2005), stellt eine Schwäche einer fundierten Empfehlung des Experten zur Verhaltensänderung dar. Der Subjektansatz überbrückte diese durch die Bewertung des Laien als Gesundheitsexperte. In der Konsequenz wurden Empfehlungen aus Expertensicht jedoch generell ausgeschlossen, da die aufgezeigte Lücke darauf hinwies, dass sie ihre Wirkung verfehlten.

Das implizite Gesundheitshandeln bietet hier einen Ansatzpunkt, die Perspektive des Experten mit der des Subjektes zu verbinden. Wie in Abb. 24 ersichtlich, führt die subjektive Konstruktion eines Gesundheitshandelns nicht in jedem Fall dazu, dass der Experte es als gesundheitspositiv wirkend einordnet. Eine Empfehlung erschiene aus Expertensicht durchaus sinnvoll, wird aber durch den Subjektansatz begrenzt. Die implizite Form des gesundheitsbezogenen Handelns bietet dem Experten eine Möglichkeit, direkte Empfehlungen auf ein widersprüchliches, explizites Gesundheitshandeln zu umgehen, denn es ist in die Erzählgeschichte des Subjektes eingebunden, ohne dass es ihm bewusst ist. Es ist zwar im Alltagshandeln eingebettet, aber für den Experten ersichtlich. Der Gesundheitsexperte hat nun zwei Optionen, das Gesundheitsförderliche im Alltagshandeln zu unterstützen. Es wird der gesundheitspositive Effekt im Sinne von Sonntag/Blättner (1998) betont, ohne dass ein gesundheitsorientiertes Motiv das Handeln bestimmen muss. Besteht eine Offenheit des Einzelnen gegenüber dem Thema Gesundheit, so kann der Experte für die gesundheits-positiven Aspekte im Alltagshandeln sensibilisieren und sie ins Bewusstsein heben. Gemeinsam können beide beteiligten Personen im Anschluss in Verhandlung treten, inwieweit ein solches Verhalten ausgebaut bzw. zusätzlich gesundheitsfördernd ausgebaut werden kann. Der Gesundheitsexperte sollte an dieser Stelle von unidirektionalen Empfehlungen Abstand nehmen und sich mit dem Laien in einen differenzierten Aushandlungsprozess begeben, um dem Subjektansatz mit der Berücksichtigung des Laien als Experten der eigenen Gesundheit Rechnung zu tragen.

Die zweite Option, unterstützend auf die Gesundheit des Laien einzuwirken, berücksichtigt eine generell ablehnende Haltung gegenüber dem Thema Gesundheit bzw. den Wunsch nach der Abgrenzung von leistungsorientierten Extremen. Dieser Ansatzpunkt nimmt den fehlenden Bezug zwischen Alltagshandeln und den enthaltenen gesundheitspositiven Aspekten in den Blick, indem der Gesundheitsexperte das Gesundheitsfördernde nicht über eine Sensibilisierung betont, sondern mit dem Laien direkt über einen Ausbau dieses Alltagshandelns verhandelt. Dabei fördert der Gesundheitsexperte ein alltägliches Handeln in dem Wissen, dass er damit die Gesundheit des Laien zu gewissen Anteilen unterstützt. Dieser Effekt kann im Vergleich zu einem strukturiert angelegten Gesundheitsverhalten wesentlich geringer ausfallen, da ein solches Handeln allerdings bereits Teil des Alltags ist, wird die Umsetzung weniger bzw. nicht infrage gestellt.

An dieser Stelle wird deutlich, dass ein implizites Gesundheitshandeln in seiner Konstruktion die von Reuter/Schwarzer (2005) beschriebene Intentions-Verhaltens-Lücke ebenso zu überbrücken vermag wie ein von Faltermaier (2005a) dargestelltes explizites Gesundheitshandeln. Letzteres eröffnete jedoch eine neue Wahrnehmung für das gesundheitsbezogene Wissen des Laien und die Stärke einer Konstruktion von Gesundheit aus subjektiver Sicht. Das implizite Gesundheitshandeln stellt nun eine verbindende Komponente zwischen der Experten- und Laienperspektive dar, die für eine Sensibilisierung bzw. für direkte Unterstützung gesundheitspositiver Aspekte im Alltagshandeln genutzt werden kann. In der Anwendung wird in beiden Fällen der Einsatz von Verhandlungstechniken für die Ausweitung gesundheits-

förderlicher Aspekte empfohlen, um dem Laien als Gesundheitsexperten im Sinne des Subjektansatzes Rechnung zu tragen.

Die Subkategorie des impliziten Gesundheitshandelns lag in den Interviews der vorliegenden Untersuchung in unterschiedlichen Ausprägungen vor. Sie wurde bereits in der Zusammenfassung der Interviews für die Einzelfallanalysen erfasst und in die Typenbildung einbezogen. In der nachfolgenden Diskussion der Typologie des Gesundheitshandelns wird sie als ein Ansatzpunkt des Zugangs zum Gesundheitshandeln berücksichtigt.

7.1.3 Einordnung der Typologie des Gesundheitshandelns

Entlang der Analyse des Interviewmaterials der Männer im mittleren Erwachsenenalter ließen sich fünf Typen des Gesundheitshandelns identifizieren (s. Abb. 25). Das Gesundheitshandeln floss unter Berücksichtigung der Gesundheitsvorstellungen und des persönlichen Zugangs zum Thema Gesundheit in die Typenbildung ein. Die männliche Geschlechtsrolle, das mittlere Erwachsenenalter (MEWA) und der berufliche Kontext prägen den Hintergrund der Typologie. Diese Konstruktion wird ins Verhältnis zum Forschungsstand des Gesundheitshandelns und den Erkenntnissen zur männlichen Geschlechtsrolle ebenso wie dem mittleren Erwachsenenalter gesetzt.

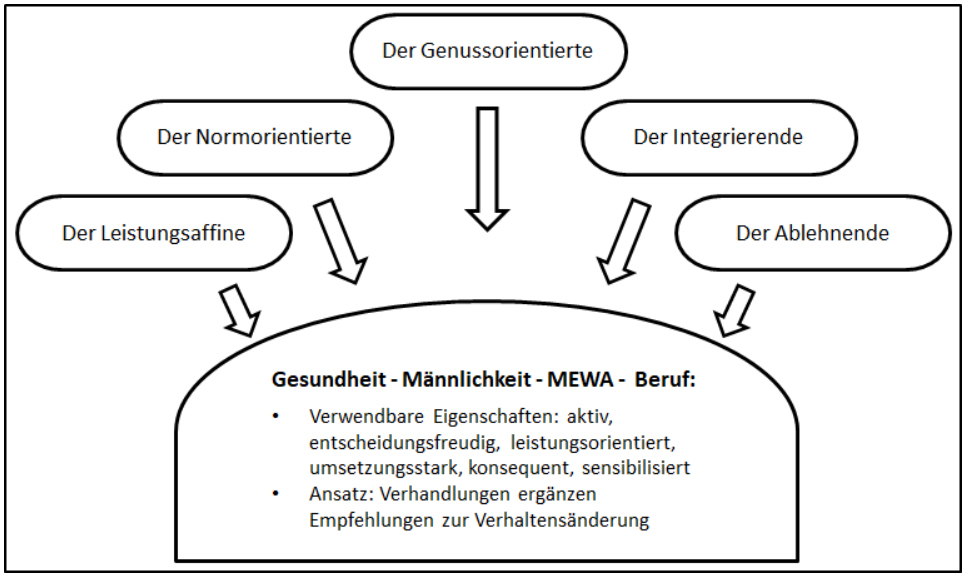


Abb. 25: Implikationen der Typenbildung des Gesundheitshandelns (Eigene Darstellung)

Der Idealtypus des *Leistungsaffinen* steht bisherigen Forschungserkenntnissen zum männlichen Geschlecht nahe, die eine traditionell männliche Geschlechtsrolle mit dem Streben nach Leistungsfähigkeit auf allen Ebenen verbindet (s. Daig, 2006; Lehner, 2004; Levant/Pollack, 1995; Sieverding, 1992). Die Konstruktion des *Leistungsaffinen* zeigt, dass Männer nicht nur auf der beruflichen Ebene nach Leistung und Erfolg streben, sondern sich, wie der Einzelfall von Herrn T.Y. zeigte, als umfassendes Erfolgsmodell darstellen. Hierin verbergen sich Chancen und Risiken für die Umsetzung eines Gesundheitshandelns. Wird Erfolg ausschließlich im beruflichen Bereich angestrebt (s. dazu Bauer/Lamnek, 2006), so kann ein Gesundheitshandeln in den Hintergrund rücken und zu einem riskanten Lebensstil ohne Vorsorgeverhalten führen, wie ihn bereits Faltermaier (1994) für die Berufsgruppe der Arbeiter festhielt. Bei einer Überbetonung von Leistungsfähigkeit im beruflichen Bereich werden gleichzeitig die traditionell männlichen Attribute der männlichen Geschlechtsrolle, wie Risiko- bzw. Leistungsfähigkeit, Konkurrenz- bzw. Wettbewerbsorientierung und Führungs-

stärke deutlich, wie sie beispielsweise Faltermaier (2006b), Levant/Pollack (1995) und Sierverding (1992) beschrieben, wirksam. Die gesundheitsbezogenen Chancen für den leistungsaffinen Typus liegen in einem erweiterten Blick auf alle Lebensbereiche. Überträgt er seine Leistungsaffinität auf andere Lebensbereiche, so kann sie sich in einem Leistungsstreben im Bewegungsbereich oder einem konsequent verfolgten Ernährungstrend niederschlagen, wie es die Darstellung von Herrn T.Y. andeutet. Gleichzeitig deutet sich an, dass der Reflexionsprozess im mittleren Erwachsenenalter ein ausschlaggebender Faktor für gesundheitsbezogene Veränderungen sein kann (s. Abschnitt 4.2.3). Der *Leistungsaffine* hat die Möglichkeit, sich altersbedingten Abbauprozessen auf unterschiedliche Weise zu nähern. Der eine arbeitet kompensierend an einem Leistungserhalt, und der andere ist bemüht, spürbare Entwicklungen nicht zu akzeptieren und das Leistungsstreben im Gesundheitsbereich auszuweiten. Eine Überkompensation kann auch in diesem Bereich zu einer Selbstüberforderung führen (s. Kapitel 4). Insgesamt überträgt der Leistungsaffine viele seiner beruflichen Eigenschaften auf den Gesundheitsbereich, worin, wie dargestellt, Chancen und Risiken für den Mann im mittleren Erwachsenenalter liegen. Die positiven Anteile einer Leistungsorientierung können für die Erweiterung des Gesundheitshandelns des Leistungsaffinen genutzt werden, wobei immer die Tendenz zur Übertreibung, gemischt mit einem hohen Maß an Konsequenz im Handeln, zu berücksichtigen ist. Wie jeder der folgenden Idealtypen verbindet der *Leistungsaffine* Stärken und Schwächen in seiner Gesundheitsorientierung und dem Gesundheitshandeln.

Der *Normorientierte* weist Anteile der von Faltermaier et al. (1998) beschriebenen sozial normierten Lebensweise auf. Er orientiert sich ebenfalls an einer gesellschaftlich akzeptierten Norm und den damit verbundenen Werten. Allerdings wies die von Faltermaier et al. (1998) beschriebene sozial normierte Lebensweise negativ geprägte Gesundheitsvorstellungen und ein von Lust- bzw. Unlust dominiertes Gesundheitshandeln auf. Hiervon hebt sich der normorientierte, männliche Idealtypus ab, da er vor allem nach einer Abgrenzung von den Attributen des *Leistungsaffinen* strebt. Er sucht in seinem Handeln nach dem Normalmaß und einer Abgrenzung von leistungsorientierten Extremen. Er verweigert sich konstruierten Bezügen zu Gesundheit und ist um ein gesundes Mittelmaß auch im Altersvergleich bemüht. Der Einzelfall von Herrn O.J. zeigte jedoch, dass seine Konstruktion nicht frei von Brüchen ist, da im Interview sein Hang zur Wettbewerbsorientierung an mehreren Punkten sichtbar wird. Die Chancen des Normorientierten liegen in seiner Sensibilisierung für das Thema Gesundheit, die auch hier mit dem Altersgang und der Lebensphase in Verbindung steht (s. Abschnitt 4.2.3). Seine Orientierung am gesunden Mittelmaß reduziert das Risiko der Selbstüberforderung, da er eine Tendenz in diese Richtung als ein Extrem bewerten und regulierend eingreifen würde. In der Bewusstheit für das eigene Gesundheitshandeln und dem Regulationsmechanismus liegt das Potenzial dieses Idealtypus. Die Fokussierung, sich von leistungsbezogenen Extremen abzugrenzen, wirkt gleichzeitig jedoch als limitierender Faktor. Werden aus Expertensicht Gesundheitsbezüge hergestellt, die dieser Idealtypus in seinem Alltagshandeln nicht sieht, so kann eine ablehnende Haltung gegenüber einem solch sensibilisierenden Zugang entstehen. Vor diesem Hintergrund erscheint es empfehlenswert, sich dem Alltagshandeln ohne eine vorausgehende Sensibilisierung für den Gesundheitsaspekt zu nähern. Wird das Gesundheitsförderliche indirekt über eine Ausweitung bzw. Veränderung des Alltagshandelns gefördert, so kann sich beim *Normorientierten* eine größere Offenheit zeigen, da er keine leistungsorientierten Extreme hiermit verbunden sieht. Somit kann sich eine Nutzung des *Impliziten Gesundheitshandelns* für diesen Idealtypus als gewinnbringend erweisen. Dieser Idealtypus ist wesentlich stärker als der Leistungsaffine darauf ausgerichtet, sich altersgerecht zu verhalten,

in einigen Interviews sogar als dem mittleren Erwachsenenalter gerecht benannt, was dem Verständnis von Fügemann et al. (2008) einer eher stabilen Lebensphase mit moderaten Veränderungen entspricht.

Der genuss- und spaßorientierte Idealtypus steht der traditionell männlichen Risikobereitschaft nahe (s. Abschnitt 4.2.1). Gleichzeitig lässt sich diese Orientierung im Gesundheitshandeln eine Nähe zur der sozial normierten Lebensweise Faltermaiers et al. (1998) erkennen. Allerdings zeigen sich keine weiteren Verbindungen zu dieser Lebensweise, da er als aktiv und entscheidungsfreudig einzuordnen ist. So grenzt sich der *Genussorientierte* beispielsweise gegen Empfehlungen von Gesundheitsexperten ab, die genuss- bzw. spaßbegrenzend wirken. Es zeigt sich gleichzeitig eine gewisse Nähe zum Bemühen, etwas vom Leben zu haben, das Faltermaier (1994) in der Konstruktion des riskanten Lebensstils ohne Vorsorgemaßnahmen beschreibt. Es verbergen sich durchaus riskante Verhaltensweisen im Gesundheitshandeln dieses Idealtypus, aber ein fehlendes Vorsorgeverhalten wird nicht sichtbar. Die Risiken für den *Genussorientierten* liegen vor allem darin, dass gesundheitliche Einschränkungen in Konkurrenz zum genuss- bzw. spaßorientierten Alltagshandeln treten können. Das Potenzial liegt hingegen wiederum in einer Förderung eines impliziten Gesundheitshandelns, da gerade dieser Idealtypus eine Offenheit für gesundheitsförderliche Anteile zeigt, die sich in Aktivitäten verbergen, die mit Leidenschaft und Interesse ausgeführt werden. Ist er allerdings gezwungen aus gesundheitlichen Gründen, die Aspekte Genuss und Spaß einzugrenzen, so kann es zu einer Bagatellisierung des Risikos, einer ablehnenden Haltung, zu Brüchen im Verhalten und einem schlechten Gewissen führen. Dieser Idealtypus erlebt sich selbst als stark und gestaltend im beruflichen Zusammenhang. Es ist ihm wichtig, das Leben genussvoll zu gestalten, und so werden direkte Empfehlungen zur Verhaltensänderung häufig als Begrenzung der eigenen Handlungsfähigkeit und nicht mit der männlichen Geschlechtsrolle vereinbar erlebt (s. Abschnitt 4.2). Ein Gesundheitshandeln wird vor allem dann vom Genussorientierten akzeptiert, wenn es selbst gestaltet ist oder implizit in einem spaßbetonten Alltagshandeln ohne zusätzlichen Aufwand mitläuft. Bei dem *Genussorientierten* bedarf es in hohem Maße eines Verhandlungsgeschicks, um zu verhindern, dass Anregungen zur Veränderung eines Gesundheitshandelns als übergriffig empfunden wird (s. Abb. 25).

Der integrierende Idealtypus steht dem stark ausgeprägten, integrierten Gesundheitshandeln von Faltermaier (1994) und dem in die Lebensweise integrierten Gesundheitshandeln von Faltermaier et al. (1998) nahe, ebenso wie der Integration des Gesundheitsverhaltens in den Alltag (s. Abschnitt 3.2.1). Der Integrierende hat sein Gesundheitshandeln umfassend in den Alltag eingebunden und geht diesem mit einer gewissen Leichtigkeit nach. Er musste nicht für das Thema Gesundheit sensibilisiert werden, auch wenn er im mittleren Erwachsenenalter Veränderungen verspüren mag. Er nutzt Gesundheit als basale, unterstützende Voraussetzung für das Erreichen seiner Lebensziele, wie es Schwarzer (2004) beschreibt, aber auch für sein Alltagshandeln, wie bei Faltermaier (1994) benannt. Er verfügt über ein ausgeprägtes, sehr differenziertes Gesundheitsbewusstsein, auf dem sein Gesundheitshandeln fußt. Dieser Idealtypus setzt sich mit dem salutogenetischen Gesundheitsverständnis im Sinne Antonovskys (1997) auseinander (s. Abschnitt 2.2.1) und bindet es in seinen Lebensalltag ein. Die männliche Tendenz zur Optimierung kann an dieser Stelle von Gesundheitsexperten genutzt werden. Gemeinsam kann die Ausgewogenheit der eigenen Laienkonstruktion des Gesundheitshandelns betrachtet und bewertet werden. Auch eine Sensibilisierung für implizit verborgene Aspekte ist möglich. Der *Integrierende* ist sein eigener Gesundheitsexperte, der jedoch offen für Anregungen ist. Da dieser Idealtypus über vielfältige, häufig biografisch dargestellte Erfahrungen mit der eigenen Gesundheit verfügt, kann sich eine Mischung zwischen

Empfehlung und Verhandlung als geeigneter Ansatz erweisen, da so das Laiengesundheitswissen des *Integrierenden* umfassend genutzt wird. Auf den ersten Blick scheint dieser Idealtypus wenig Bedarf für Veränderungen im Gesundheitshandeln zu haben, doch da Antonovsky (1997) darauf hinwies, dass Gesundheit als Heterostase zu verstehen ist, profitiert der *Integrierende* davon, die Ausgewogenheit im Gesundheitshandeln regelmäßig zu überprüfen. Darüber hinaus können die Veränderungen des Altersgangs (s. Abschnitt 4.2.3) bewusste Anpassungen eines bereits integrierten Gesundheitshandelns sinnvoll erscheinen lassen. Der *Integrierende* weist das größte Potenzial auf, kontinuierlich an einem Gleichgewicht in seinem Gesundheitshandeln zu arbeiten. Für den integrierenden Idealtypus beginnt dieser Prozess allerdings nicht erst mit einem gewissen Lebensabschnitt, sondern ist vielmehr als Lebensthema zu verstehen.

Der *Ablehnende* entspricht den Ausführungen zum männlichen Geschlecht und zur Gesundheit, in denen von einem reduzierten Gesundheitsbewusstsein und wenig präventiv ausgerichteten Lebensstil (RKI, 2014) ausgegangen wird (s. Abschnitt 4.2). Die Konstruktion dieses Idealtypus zeigte jedoch, dass sich hinter in einer sogar sprachlich ausgeprägten Ablehnung eine wesentlich differenzierte Haltung bei Männern auf der mittleren Führungsebene (s. Abschnitt 4.2.2) verbirgt, als der erste Eindruck vermuten lässt. Der Einzelfall von Herrn L.Q. steht hierfür exemplarisch. Negative Vorerfahrungen prägen generell den heutigen Umgang mit dem Thema Gesundheit. Sie entstammen persönlichen Erfahrungen mit Erkrankung ebenso wie mit Empfehlungen von Gesundheitsexperten. Dieser Idealtypus drückt seine ablehnende Haltung gegenüber Gesundheit als absolut aus. Doch das Gesundheitshandeln vermittelt einen anderen Eindruck. Es handelt sich verstärkt um Eigenkonstruktionen, die vielfach von einem Gesundheitsverhalten (s. Abschnitt 3.2.1) abweichen, doch trotz der ablehnenden Haltung wird etwas für die eigene Gesundheit getan. Es zeigt sich zu großen Teilen in einem impliziten Gesundheitshandeln, kann aber auch explizit existieren. Allerdings bewertet es der *Ablehnende* selbst als nicht ausreichend oder sogar als irrelevant. Hierbei spielt häufig die Verbindung zu anderen Lebenszielen eine Rolle, wie Schwarzer (2004) sie beschrieb. Im Einzelfall von Herrn L.Q. führte die Verbindung zu selbst gesteckten, beruflichen Zielen zu einer Abwertung des eigenen Gesundheitshandelns. Es hatte bislang nicht den gewünschten Effekt erzielt, womit eine Verbindung zur traditionell männlichen Geschlechtsrolle für diesen Idealtypus herzustellen ist (s. Abschnitt 4.2.1). Diese ist mit einem instrumentellen Körperkonzept verbunden, das den Körper entsprechend seiner Funktionalität für die Umsetzung der gesteckten Lebensziele bewertet. Wird die Funktionalität durch gesundheitsbezogene Verhaltensweisen unterstützt, so müssen sie sich auch als wirksam erweisen. Zeigt ein gesundheitsbezogenes Handeln nicht den gewünschten Effekt, so verliert es für den *Ablehnenden* den Wert bzw. wird grundsätzlich infrage gestellt. Die enge Verbindung der männlichen Geschlechtsrolle und der beruflichen Tätigkeit unterstellt häufig eine gewisse Effektorientierung, die gerade für den ablehnenden Idealtypus genutzt werden kann. Schafft es der Gesundheitsexperte, die ablehnende Barriere zu umgehen, indem er beispielsweise implizite Anteile im Gesundheitshandeln fördert, so kann er dem *Ablehnenden* die Erfahrung verschaffen, dass Gesundheit und die Verfolgung von Lebenszielen zusammenpassen. Ebenso wie beim Genussorientierten bedarf es eines ausgeprägten Verhandlungsgeschicks, wobei es besonders wichtig ist, dass der *Ablehnende* die Verhandlungen nicht als gesteuert bzw. manipulierend wahrnimmt. Dieses Risiko ist beim ablehnenden Idealtypus am größten und verlangt vom Gesundheitsexperten, die Laienperspektive vollständig anzuerkennen (s. auch Flick, 1998).

Die Betrachtung der Typologie des Gesundheitshandelns vor dem Hintergrund des dargestellten Forschungsstandes zeigt einige Parallelen zu bereits gewonnenen Erkenntnissen auf.

Gleichzeitig wurden Abgrenzungen zu bisherigen Forschungsergebnissen im Bereich der Gesundheitsvorstellungen und des Gesundheitshandelns deutlich (s. Faltermaier, 1994; Faltermaier et al., 1998; Schwarzer, 2004). Die Einordnung lässt gleichzeitig die komplexen Verbindungen zur männlichen Geschlechtsrolle, dem mittleren Erwachsenenalter, aber auch zu mittleren Führungspositionen erkennen. Jede Ausführung wies Ansatzpunkte auf, wo Entwicklungspotenzial für das Gesundheitshandeln des jeweiligen Idealtypus liegen könnte. Die Erkenntnisse aus den wissenschaftlich gebildeten Idealtypen könnten, wie in Abb. 25 dargestellt, genutzt werden. Greift man den Gedanken von Sonntag/Blättner (1998) auf, die gesundheitsförderliche Wirkung eines Gesundheitshandelns stärker ins Zentrum zu rücken, so könnten die positiven Aspekte in der Verbindung zwischen Gesundheit, Männlichkeit, dem mittleren Erwachsenenalter (MEWA) und dem beruflichen Umfeld verwendet werden. Gilt das männliche Geschlecht gerade im beruflichen Kontakt und auf der Führungsebene als aktiv, entscheidungsfreudig, leistungs- und umsetzungsorientiert und konsequent, so erscheint es doch erstaunlich, dass sich dies nicht immer in einem Gesundheitshandeln zeigt. Dies mag darauf zurückzuführen sein, dass Gesundheitskompetenzen seit der Zeit der Aufklärung stärker dem weiblichen Geschlecht zugeordnet wurden (s. Dinges, 2006). Dennoch bieten die darstellten Eigenschaften eine Basis einer Sensibilisierung für das Thema Gesundheit bzw. den Ausbau eines Gesundheitshandelns. Hinzu kommen die ersten spürbaren Erscheinungen im Alterungsprozess, die das mittlere Erwachsenenalter begleiten. In dieser Konstellation eröffnet sich ein Ansatzpunkt, mit Männern, je nach Bewusstseinsgrad, die eigenen Gesundheitsvorstellungen und das Gesundheitshandeln direkt zu thematisieren bzw. es implizit anzusteuern. Die Einordnung der Idealtypen deutet darauf hin, dass Verhandlungen ergänzend zu Expertenempfehlungen genutzt werden können. Sie bietet den Vorteil, dass zum einen der Expertenperspektive des Laien Rechnung getragen und gleichzeitig die Eigenverantwortung im Gesundheitshandeln betont wird. So bleibt die Handlungs-, Entscheidungs- und Umsetzungskompetenz auf Seiten des Mannes, und er erlebt sich als aktiv. Zudem stehen die Verhandlungstechniken seiner Tätigkeit als Führungskraft in einer flexiblen Arbeitswelt nahe, die eine höhere Entscheidungskompetenz auch auf der mittleren Ebene verlangt (s. Abschnitt 4.2.2). Das männliche Geschlecht zeigt eine Tendenz zur Autonomie und Unabhängigkeit, wie von Klesse et al. (1992) im Abgleich zum weiblichen Geschlecht beschrieben. Diese könnte in den Verhandlungen betont werden, denn es besteht die Tendenz für das männliche Geschlecht, sich in Bezug auf das Thema Gesundheit von anderen abhängig zu machen, ohne dies bewusst zu realisieren, besonders stark bei einer ablehnenden Haltung. Wird die Wahrnehmung von Gesundheit durch die Einbindung der Laienperspektive über verhandelbare Anteile für das männliche Geschlecht als selbst gestaltbar erlebt, so könnte sich die Perspektive auf das Verhältnis zwischen Männlichkeit und Gesundheit sowohl auf der Laien- als auch auf der Expertenebene für Männer im mittleren Erwachsenenalter verändern.

7.1.4 Das Gesundheitshandeln von Männern im mittleren Erwachsenenalter

Das Gesundheitshandeln der 30 interviewten Männer weist eine große Vielfalt und sehr persönliche Ansätze auf, vor allem im Bewegungsbereich. Der berufliche Bereich bestimmt das Leben der Männer, jedoch zeigt der integrierende Idealtypus, dass Gesundheit umfassend in den Alltag eingebunden werden kann. Selbst gewählte Konstruktionen wie die Kombination von Transport und Sport von Herrn E.L., aber auch die Trennung der Lebenswelten durch den Fokus auf den Reitsport im Privatleben von Herrn P.W. verdeutlichen, dass sich ein explizites Gesundheitshandeln nicht im Rahmen eines konventionell empfohlener Gesundheits-

verhaltens z.B. für Bewegung, Ernährung, Entspannung bzw. den Abbau eines Risikoverhaltens (Schwarzer, 2004) bewegen muss. Im expliziten Gesundheitshandeln der interviewten Männer werden wesentlich stärker die komplexen Verbindungen eines Gesundheitshandelns deutlich, wie sie Faltermaier (2017) beschreibt.

Die Freiheit, die der Subjektansatz den interviewten Männern bot, das Gesundheitshandeln darstellen zu können, ohne direkt einer Wertung zu unterliegen, mag die Bereitschaft der Männer erhöht haben, die ganz persönliche Konstruktion eines gesundheitsbezogenen Handelns darzustellen. Einige Männer, wie beispielsweise Herr F.M., gaben Hinweise darauf, dass sie sich darüber im Klaren seien, wie unklug es ist bzw. dass sie ein schlechtes Gewissen hätten, wenn sie gesundheitsbezogene Empfehlungen der Gesundheitsexperten nicht befolgten. Herr L.Q. geht in seiner ablehnenden Haltung einen Schritt weiter und stellt sich offensiv gegen die an ihn herangetragenen Empfehlungen. Er zweifelt ihren Nutzen nicht an, lehnt eine Umsetzung seinen Aussagen zufolge jedoch ab. Sein Gesundheitshandeln verdeutlicht allerdings, dass er gewisse Anteile wie das Spazierengehen umsetzt, auch wenn er nicht explizit darauf hinweist, dass er die Empfehlung, sich mehr zu bewegen, von einem Gesundheitsexperten erhalten hat. In der Reaktion der Männer lässt sich erkennen, dass es ihnen schwerfällt, aus der männlichen Geschlechtsrolle heraus Gesundheitsempfehlungen von Experten uneingeschränkt anzunehmen. Die traditionell männliche Geschlechtsrolle ist mit einer Tendenz zu Autonomie, Unabhängigkeit und Eigenständigkeit verbunden, die in Konkurrenz zur Erwartung der Experten stehen, Empfehlungen bzw. Anweisungen zur Verhaltensänderung zu befolgen (s. Abschnitt 4.2).

So ist grundsätzlich weniger von einem fehlenden Interesse der Männer am Thema Gesundheit, festgemacht an einem zurückhaltenden Präventions- bzw. fehlenden Vorsorgeverhalten (s. Jordan/Lippe, 2013; Starker/Saß, 2013), auszugehen, als vielmehr von einem mehr oder weniger bewussten Zwiespalt hinsichtlich des Themas Gesundheit. Ist anzunehmen, dass mit der traditionell männlichen Sozialisierung eine gewisse Risikobereitschaft und Härte gegenüber sich selbst, aber auch in Bezug auf den eigenen Körper, verbunden ist, so stehen die maßvollen, präventiven Ratschläge solchen Attributen der Männlichkeit entgegen. Im mittleren Lebensalter verlagert sich die Risikobereitschaft in Form einer Selbstüberschätzung und eines Ignorierens eigener Grenzen in das berufliche Umfeld, wie Brandes (2003) es beschreibt. Die Männer seien sich den gesundheitsschädigenden Anteilen ihrer Verhaltensweisen durchaus bewusst, aber nicht bereit sie zu verändern, solange dies die gesellschaftlichen Erwartungen an eine idealtypische Männlichkeit seien (Brandes, 2003). Dies steht im Einklang mit der Aussage Faltermaiers (2006b), dass trotz eines gesundheitsriskanten Verhaltens von Männern nicht davon auszugehen sei, dass ihre subjektiven Gesundheitsvorstellungen weniger differenziert ausfielen. Gerade für die hier vorliegende Untersuchungsgruppe im mittleren Erwachsenenalter bestätigte sich diese Annahme in Form ausgereifter, tiefgründiger Gesundheitsvorstellungen, die allerdings nicht in jeder Konstruktion den Gesundheitsempfehlungen entsprachen, wie das Gesundheitshandeln von Herrn H.C. verdeutlicht.

Die Narrativen der interviewten Männer deuten darauf hin, dass sie sich einen eigenen Weg im Umgang mit den Widersprüchlichkeiten zwischen der traditionell männlichen Geschlechtsrolle und dem Thema suchen. Eine Variante ist das offensive Ablehnen eines Expertenrates wie es Herr L.Q. thematisiert. Doch wie bereits dargestellt, scheint er dennoch Anteile der Empfehlungen in seinen Lebensalltag zu integrieren wie z.B. das Spazierengehen. In seinen Formulierungen wertet er diese Ansätze eines Gesundheitshandelns zwar ab, aber sie sprechen dafür, dass er die Expertenratschläge für sich persönlich selektiert und anteilig umsetzt, allerdings lediglich in einem für ihn nützlichen Rahmen. An dieser Stelle zeigt sich die

Effektorientierung einer idealtypischen Männlichkeit, die gleichzeitig mit der Forderung von Klesse et al. (1992) nach einer Fokussierung auf gesundheitspositiv wahrnehmbare Effekte in Einklang steht. So bedeutet eine offensive Ablehnung bei einem Mann im mittleren Erwachsenenalter in einer *Sandwich-Position* bzw. auf der mittleren Führungsebene nicht, dass nach einer persönlichen Bewertung nicht doch Anteile in ein Gesundheitshandeln integriert werden. Diese werden verbal zwar nicht dem Gesundheitsexperten zugeordnet, aber sie werden in Verbindung mit der traditionell männlichen Geschlechtsrolle konsequent umgesetzt. Dies ist ein Weg, die Widersprüchlichkeit zur männlichen Geschlechtsrolle im Gesundheitshandeln zu moderieren.

Ein anderer Weg ist die Personalisierung eines Gesundheitsverhaltens. Es wird eine Abgrenzung zu angemessenen Verhaltensweisen vorgenommen und ein Weg gesucht, das Gesundheitshandeln auf sich selbst bezogen anzupassen. Die Varianten von Herrn E.L. und Herrn P.W., aber auch von Herrn D.K. in Form seines täglichen, moderaten Lauftrainings direkt nach dem Aufstehen und die Einnahme eines Löffel Apfelessigs seit 20 Jahren sind persönlich vorgenommene Anpassungen, die von keinem der Männer als übermäßig gesundheitsbezogen dargestellt werden, sie sind vielmehr Teil ihres Lebens bzw. ihrer Männlichkeit. Diese Darstellungen des Gesundheitshandelns entbehren jeder Übertreibung, sind in ihrer personalisierten Form jedoch anregende Beispiele, wie sich Männlichkeit und Gesundheit konstruktiv in den eigenen Lebensstil integrieren lässt.

Ein weiterer Weg, gesundheitsbezogene Belange in das eigene Handeln zu integrieren, zeigt sich im *impliziten Gesundheitshandeln*. Mit dieser hintergründigen Form des Gesundheitshandelns haben Männer einen Weg gefunden, Interesse, Leidenschaft und Spaß an einer Sache mit gesundheitspositiven Inhalten zu verbinden. Dem impliziten Gesundheitshandeln fehlt der direkte, subjektive Gesundheitsbezug bzw. er wird von anderen Lebenszielen überdeckt, ergibt sich aber aus dem Handeln selbst. Es spielt keine Rolle, ob der Mann für das Thema Gesundheit sensibilisiert ist, und es sind vielfach auch riskante Inhalte in einem solchen Alltagshandeln wie z.B. einem leidenschaftlichen Fußballspiel vorhanden. Dennoch sind die Inhalte des impliziten Gesundheitshandelns objektiv als gesundheitspositiv einzuordnen, da sie entspannend wirken oder einen Ausgleich bieten, wie es Herr O.J. für seine Kochsessions beschreibt. Die Effektstärke ist in ihrer komplexen Einbindung schwierig messbar, aber sie bietet Ansatzpunkte, die, wie in 7.1.3 beschrieben, zur Gesundheitsförderung genutzt werden können. Eine Betonung des impliziten Gesundheitshandelns erleichtert den Männern im mittleren Erwachsenenalter die Moderation von Widersprüchen zur männlichen Geschlechtsrolle, da sie bereits Teil des Alltagshandelns sind.

Es lässt sich nicht bestätigen, dass Männer ein weniger ausgeprägtes Interesse am Thema Gesundheit erkennen lassen, wenngleich die epidemiologischen Erkenntnisse zum männlichen Geschlecht (s. Abschnitt 4.1) ein anderes Bild zeichnen. In der vorliegenden Untersuchung zeigen alle Männer im mittleren Erwachsenenalter ein Verständnis für das Thema Gesundheit mit einer mehr oder minder ausgeprägten Offenheit. Die Ergebnisdiskussion weist wesentlich stärker darauf hin, dass die Moderation der Widersprüche zwischen einer männlichen Geschlechtsrolle und gesundheitsbezogenen Themen in den Fokus gerückt werden sollte. Hierfür können vertraute Werkzeuge der Männer genutzt werden, wie z.B. Verhandlungs-techniken aus dem beruflichen Umfeldes. Im nun folgenden Abschnitt 7.2 werden das methodische Vorgehen im Rahmen dieser qualitativen Untersuchungen eingehend betrachtet und bewertet.

7.2 Reflektion des methodischen Vorgehens

Das vorliegende Forschungsvorhaben mit den dargestellten Ergebnissen ist darauf ausgerichtet, das Gesundheitshandeln von Männern im mittleren Erwachsenenalter eingehend zu betrachten. Es handelte sich um eine explorative Studie im Forschungsfeld der Männergesundheit auf der Basis von Leitfadeninterviews. Der Begriff des Gesundheitshandelns entspringt dem Subjektansatz und wird aus der Laienperspektive heraus konstruiert, was die Wahl eines gegenstandsbezogenen, qualitativen Forschungsansatzes neben dem explorativen Charakter des Untersuchungsvorhabens als geeignet erscheinen ließ (s. Kapitel 5). Darüber hinaus wird das männliche Geschlecht als schwer zugänglich für das Thema Gesundheit beschrieben, obwohl die Ausführungen Faltermaiers (2004) für ein ausgeprägtes Gesundheitsbewusstsein von Männern sprachen und bereits die Erkenntnisse Faltermaiers (1994) eine zunehmende Sensibilisierung im Altersgang erkennen lassen. Die differenzierten Erkenntnisse mit neuen Ansätzen für das Forschungsfeld der Männergesundheit auf qualitativer Ebene bestätigen in der Nachbetrachtung die Wahl dieses Ansatzes.

Die Auswahl des qualitativen Forschungsansatzes war geprägt durch die Annahme, dass es sich bei der Untersuchungsgruppe um eine schwer zugängliche Zielgruppe handele (s. Abschnitt 5.2), und war mitentscheidend für die Wahl des Samplingverfahrens. Als Auswahlverfahren kam das Theoretical Sampling im Sinne einer theoretischen Selektion entlang festgelegter Kriterien zum Einsatz. Für die vorliegende Untersuchung wurde der Zugang zum Forschungsfeld über Kontaktpersonen in verschiedenen Unternehmen mit Führungspersonen in *Sandwich-Positionen* gewählt. An diese Personen wurden die Kriterien für die Auswahl der Interviewpartner mit der Bitte herangetragen, diese konstant zu halten. Die vorgegebenen Kriterien waren das männliche Geschlecht, das mittlere Erwachsenenalter, die mittlere Führungsposition und die Berufstätigkeit. Rückblickend betrachtet gab es trotz dieser Kriterien leichte Varianten in der Selektion. So wurde die Angabe, dass die Altersspanne von 45 bis 55 Jahren in einem Spielraum von einem Jahr über- bzw. unterschritten werden könne, genutzt, was sich im vorgegebenen Rahmen bewegte. Das Kriterium Berufstätigkeit wurde durch den Einbezug eines frühverrenteten Mannes nicht eingehalten, da es sich aber um einen arbeitsfähigen, relativ gesunden Mann handelte, wurde er in die Untersuchungsgruppe einbezogen. Die letzte Variation zeigte sich beim Verständnis des Begriffes *Sandwich-Position* bzw. mittleres Management, da die Definition in den Unternehmen variierte. So beinhaltet die Untersuchungsgruppe Interviewpartner mit Führungsverantwortung in *Sandwich-Positionen*, die im wissenschaftlichen Verständnis der unteren Führungsebene zuordnen wären. Gleichzeitig gab es Interviewpartner, die vom Einkommensniveau aus der Unternehmensperspektive eindeutig auf der mittleren Führungsebene angesiedelt sind, aber keine Mitarbeiterverantwortung im klassischen Sinne mehr haben. Da sich bereits in der theoretischen Auseinandersetzung zeigte, dass die Definition mittleres Management als schwierig erachtet wird, wurde dieser Spielraum bei der Interviewpartnerselektion eingeräumt. In der kritischen Reflektion erwies sich dieses Vorgehen als unauffällig, da sich die Erkenntnisse für die gewählten Führungspositionen als konsistent und nachvollziehbar zeigten. Die Wahl der Kontaktpersonen erfolgte auf Basis der Kriterien *gut vernetzt im Unternehmen* und *keinerlei direkte Verbindung zur Unternehmensleitung*. Die Interviewpartner wurden gebeten, sich als Privatpersonen an der Untersuchung zu beteiligen, ohne dass die Erkenntnisse an die Unternehmensleitung weitergegeben werden. Dieser Quereinstieg in die Unternehmen erhöhte den Zuspruch und die Bereitschaft zur Teilnahme. Gleichzeitig bestand eine Abhängigkeit von dem Auswahlverfahren der Kontaktpersonen. Weitere unterschwellig

wirkende Kriterien in Bezug auf das Thema Gesundheit hätten Einfluss nehmen können, z.B. die Auswahl nach *besonders gesund* bzw. *besonders krank* oder *hätte eine Intervention zum Thema Gesundheit dringend nötig*. In der reflektierenden Betrachtungen der Untersuchungsgruppe kamen keine unterschwellig wirkenden Auswahlkriterien zum Tragen, und somit erwies sich die Wahl der Kontaktpersonen als geeignet. Über das theoretische Sampling wurden insgesamt 30 Interviewpartner ausgewählt. Es wurde ein Reserveinterview geführt mit einem ebenfalls frühverrenteten Interviewpartner, dessen Alter am oberen Rand der Spanne lag. Da gerade die höhere Altersgruppe etwas stärker besetzt war, wurde von der Einbindung dieses Interviews abgesehen. Die Bandbreite und Komplexität der gewonnenen Erkenntnisse spricht für die Wahl der Interviewanzahl, da jedes weitere Interview einen Erkenntnisgewinn bot und die Generalisierung auf der Ebene der wissenschaftlichen Idealtypen ermöglichte. Im Sinne einer quantitativen Auswertung und den dort angelegten Gütekriterien sind die Ergebnisse der 30 Interviews nicht als repräsentativ zu bezeichnen und können auf einer numerischen Ebene nicht verallgemeinert werden. Wird jedoch eine theoretische Generalisierung in Form von Idealtypen auf qualitativer Ebene angestrebt (s. Lamnek, 2005), so lässt sich die Verallgemeinerbarkeit als Gütekriterium qualitativer Forschung anlegen.

Das Erhebungsverfahrens, das durch größtmögliche Offenheit gekennzeichnet war, in Form eines themenzentrierten Leitfadeninterviews in der Tradition der *Grounded Theory* nach Glaser/Strauss (1998) wurde bewusst gewählt, um über erzählgenerierende Elemente die als schwer zugänglich beschriebene Zielgruppe zu erreichen. Kritisch beleuchtet, ist diese Wahl als geeignet für die männliche Zielgruppe zu bewerten, da sie die erzählgenerierende Funktion erfüllte und die Interviewpartner zu ausführlichen Narrativen anregte. Vor dem ersten Interview wurde die Qualität des Leitfadens durch drei Testinterviews überprüft. Es fanden drei vollständig durchgeführte Testinterviews zur Überprüfung des Leitfadens mit einem Gesundheitspsychologen, einem Sprachwissenschaftler und einem Führungskräftetrainer statt. Ziel war es, den Leitfaden inhaltlich und sprachlich darauf hin zu überprüfen, ob die Fragen zur Beantwortung der Forschungsfragen und der Hebung verborgener gesundheitsbezogener Inhalte beitragen, auf die Franke (2010) hinweist. Nach den Probeinterviews wurden Passagen im Leitfaden, den Anregungen der Experten entsprechend, angepasst. Die männliche Geschlechtsrolle wurde nicht explizit im Leitfaden thematisiert, da die Vermutung nahe lag, dass eine direkte Abfrage vor allem zu stereotypen Antworten führen und das Hauptthema Gesundheit in den Hintergrund rücken könnte. Der Annahme stereotyper Antworten lag zugrunde, dass viele Bestandteile der männlichen Geschlechtsrolle dem unterbewussten Wissen zuzuordnen sind. Reflektierend betrachtet erwies sich der indirekte Zugang zur männlichen Geschlechtsrolle als angemessen für die vorliegende Untersuchung. Unterbewusst wirksame Anteile wurden nicht nachträglich rationalisiert, und das Interview wurde nicht von der Diskussion über Männlichkeit dominiert, sondern Gesundheit stand im Mittelpunkt. Die dargestellten Erkenntnisse weisen zum einen darauf hin, dass die Wahl dieses Vorgehens gewinnbringend für die Beantwortung der Forschungsfragen war, und zum anderen erhöht es die Glaubwürdigkeit als ein Gütekriterium qualitativer Forschung. Die Ergänzung der Leitfadeninterviews um einen demografischen Kurzfragebogen und einen Posteindruck des Interviewers direkt nach der Durchführung, erwiesen sich als gewinnbringende, ergänzende Quelle von Informationen, was die Dokumentation der Ergebnisse unterstützte und zur Erhöhung der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit beitrug.

Der Ort der Interviewdurchführung konnte vom Gesprächspartner frei gewählt werden, um ihm einen Gestaltungsspielraum zu lassen und die Offenheit für das Thema zu erhöhen. In den

meisten Fällen wurde ein Büro- oder Konferenzraum gewählt, in Einzelfällen auch der private Kontext zu Hause. Die überwiegende Zahl der Interviews wurde ungestört und in geschützter Atmosphäre durchgeführt, nur in einem Fall war während des Interviews ein Kollege im Büro zugegen. Da dies vom Interviewpartner nicht als hemmend empfunden wurde und sich nicht in seiner Narrative niederschlug, wurde dieser besondere Umstand akzeptiert. Reflektierend betrachtet, führte der gegebene Spielraum zu einer vertrauensvollen Atmosphäre zwischen Interviewpartner und Interviewer und ist somit als die geeignete Wahl zu bezeichnen.

Die Interviewerauswahl bewegte sich entlang der Fragestellung, ob die Person ein Interview im dialogischen Charakter, möglichst nah an einem Alltagsgespräch orientiert, führen kann, und ob sie für die Offenheit der Zielgruppe zuträglich sein könnte. Derlega et al. (1993) konstatierten, dass sich Männer im Gespräch mit einem weiblichen Gegenüber offener zeigen. Diese größere Offenheit konnte in den vorliegenden Interviews nicht nachvollzogen werden. Zum einen zeigten die meisten der Interviewpartner eine große Offenheit in der Gesprächssituation und zum anderen verfügte vor allem der männliche Interviewer über eine langjährige Erfahrung, was zusätzlich unterstützend gewirkt haben kann. Die unterschiedliche Erfahrenheit der Interviewer wurde durch Übungsinterviews für die Interviewerin relativiert. Sie erhielt Rückmeldungen zu ihrem Verhalten in der Interviewsituation und übte sich in einer alltagsnahen Gesprächsführung. Positive Rückmeldungen zur Interviewdurchführung, die häufig nach Gesprächsabschluss der Interviewerin gegenüber geäußert wurden, wie z.B. von Herrn L.Q., unterstrichen den Nutzen dieses Vorgehens. Die Zuordnung der Interviewdurchführung zu gleichen Anteilen war aus zeitlichen Gründen nicht identisch. Die Interviewerin führte fünf Interviews mehr durch als der Interviewer. Da die Berücksichtigung der Interviewdurchführung vor allem bei einer fehlenden Offenheit relevant wäre, ist die Unausgewogenheit der Interviewdurchführung zwar kritisch anzumerken, spielt jedoch in der vorliegenden Untersuchung durch die gegebene Offenheit der männlichen Interviewpartner keine Rolle. Wesentlich höher ist die überwiegend vorherrschende Offenheit der Männer durch den gewählten Zugang zu bewerten, die selbst bei ablehnendem Verhalten im Interviewverlauf zunimmt, und das in Anbetracht einer künstlich gestalteten Interviewsituation.

Die Auswertung erfolgte gemäß den in Abschnitt 5.5 beschriebenen Phasen, die auf eine größtmögliche Transparenz in der Datenauswertung und die Erhöhung der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit abzielten. Zu diesem Zwecke wurde jeder Schritt von der Datenerhebung bis zur Auswertung dokumentiert. Den ersten Schritt bildete die Transkription entlang der hierfür genutzten Transkriptionsregeln (s. Anh. Abb. VIII) und einer Pseudonymisierung rückkoppelbarer Textstellen zur Einhaltung des Datenschutzes. Ein Ausschluss der Rückkoppelbarkeit wurde auch bei der Auswahl der Textstellen für die Ergebnisse berücksichtigt. Auf die Transkription der Texte folgte die Interpretation einzelner Interviews in einem Forscherteam von drei Gesundheitswissenschaftlern mit dem notwendigen thematischen Fachwissen. Eine der drei Personen war für die Transkription und Verschlüsselung der Interviews verantwortlich, sodass Verständnisfragen gegebenenfalls nachvollziehbar geklärt werden konnten. Aus der Diskussion der Einzelfälle ging die erste Abgrenzung kontrastierender Einzelfälle hervor. Im gleichen Zuge wurde eine Kategorisierung aller Interviews entlang eines deduktiv aus dem Leitfaden entworfenen Kategorienbaums vorgenommen. Die Interviews wurden sukzessive den Kategorien zugeordnet und der Kategorienbaum auf Vollständigkeit überprüft. Wurden induktive Subkategorien wie das *Implizite Gesundheitshandeln* gebildet, so wurden alle Interviews rückwirkend auf das Vorhandensein der gebildeten Kategorie überprüft. An dieser Stelle wurde die indirekt erhobene Thematik der männlichen Geschlechtsrolle über die Bildung der Kategorie *Männlichkeit* explizit aus dem Interviewmaterial heraus rekonstruiert.

In der Ergebnisdarstellung wird die Kategorienbildung über explizierende Textstellen nachvollziehbar dargestellt, unterstützt durch die Darstellung des Kategorienbaums im Anhang (s. Anh. IX-XIV). Zusätzlich wurde für jede Kategorie die Anzahl der zugeordneten Textstellen mit den zugehörigen Interviews abgebildet. So wird nachvollziehbar, ob eine Kategorie mit vielen Textstellen von nur einem Interviewpartner geprägt ist oder sich eine gewisse Anzahl von Personen dazu äußert. Neben der Kategorisierung erfolgte eine Zusammenfassung aller Einzelfälle mit einer Rekonstruktion biografischer Angaben und Ausführungen zum Netzwerk. In der Komprimierung der Interviews wurden Oberthemen möglichst wortwörtlich Aussagen in stichpunktartiger Form zuordnet. So erhielt die Forscherin einen Überblick über alle Einzelfälle.

Aus den komprimierten Einzelfällen wurden acht Einzelfälle ausgewählt, die stellvertretend für fünf Zugänge zu Gesundheit stehen. Die fünf Zugangsformen wurden entlang der Komprimierung und den gebildeten Kategorien dargestellt und expliziert. Für die Ergebnisdarstellung wurden wiederum explizierende Textstellen genutzt, unterstützt durch die Zusammenfassungen im Anhang der Studie (s. Anh. X-XXII). In diesen Einzelfallbetrachtungen wird der Gesundheitszugang von der kognitiven Ebene ausgehend dargestellt bis hin zum Gesundheitshandeln. Diese differenzierte Darstellungsform wird gewählt, um die intersubjektive Nachvollziehbarkeit zu erhöhen. Auch an dieser Stelle werden die Anzahl der Textstellen und die zugeordneten Interviews nachvollziehbar abgebildet, um zusätzliche Informationen über dieses Verhältnis zu erhalten. Da es sich bei der Erhebung um eine Gesprächssituation zu einem festgesetzten Zeitpunkt handelte, die nicht durch Beobachtungen des Gesundheitshandelns unterstützt wurde, diente der Auswertungsschritt über den Gesundheitszugang der Überprüfung, ob sich Brüche in den Erzählungen bzw. ob sich Kognitionen nicht durchgängig im Gesundheitshandeln zeigen. Von der Überlegung, Beobachtungen den Interviews voranzuschalten, wurde abgesehen, da jede Intervention eine Veränderung der Gesprächssituation erzeugt und davon ausgegangen wurde, dass es sich negativ auf die Offenheit der männlichen Interviewpartner hätte auswirken wirken können.

Die Gestaltung der wissenschaftlichen Idealtypen erfolgte auf Basis der kontrastierenden Betrachtung des Gesundheitshandelns. Die gewonnenen Erkenntnisse aus den Einzelfallanalysen ließen sich bis in das Gesundheitshandeln der Männer nachvollziehen und ließen so eine konsistente Typenbildung zu. Den abgegrenzten Typen wurden die einzelnen Interviews in Rein- bzw. in Mischformen zugeordnet, und sie wurden bildlich dargestellt (s. Anh. Tab. I). Die Konstruktion wurde zwei Forschern mit wissenschaftlichem Hintergrund für die kommunikative Validierung vorgelegt. Dieser Vorgang diente der Erhöhung der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit der Typenbildung entlang des Merkmals Gesundheitshandeln und auf Basis der kognitiven Anteile der subjektiven Konstruktion von Gesundheit. Die kommunikative Validierung der Idealtypen des Gesundheitshandelns erwies sich für die gewonnenen Erkenntnisse als gewinnbringend und erfüllte den Zweck einer Erhöhung der Nachvollziehbarkeit. Die Bildung der wissenschaftlichen Idealtypen hob die qualitativen Erkenntnisse auf eine übergeordnete Ebene, die einer theoretischen Generalisierung und der qualitativen Verallgemeinerbarkeit entspricht.

Das qualitative Vorgehen könnte als limitierender Faktor der vorliegenden Untersuchung betrachtet werden. Doch der explorative Charakter des Forschungsvorhabens unterstützt die Entscheidung für einen rein qualitativen Ansatz. Im Anschluss an diese Studie scheint eine Überprüfung der Ergebnisse auf einer breiten quantitativen Basis sinnvoll. Auch die Fokussierung ausschließlich auf das männliche Geschlecht und die Verallgemeinerbarbeit der gewonnenen Erkenntnisse könnte kritisch hinterfragt werden. Doch bereits Hagemann-White

(1984, zitiert nach Nideröst, 2007) merkte an, dass der Fokus auf Geschlechtervergleiche zur Annahme einer Homogenität innerhalb eines Geschlechts führt, die nicht als gegeben vorausgesetzt werden kann. Umso wichtiger ist es, verschiedene männliche Zielgruppen innerhalb des Geschlechts zu betrachten, um Heterogenitäten aufzudecken. Diese Anregung greift die vorliegende Untersuchung auf und hat die Zielgruppe der Männer im mittleren Lebensalter im beruflichen Kontext in den Blick genommen, was die kritische Anmerkung entkräftet. Des Weiteren könnte die indirekte Ansprache der männlichen Geschlechtsrolle kritisch angemerkt werden, doch die unterbewussten Anteile, gepaart mit einer nachträglichen Rekonstruktion über die Kategorisierung spricht für den gewählten Zugang. Die Erhebung über einmalig geführte Leitfadeninterviews kann ebenfalls kritisch betrachtet werden. Die männliche Zielgruppe, die als schwer zugänglich für das Thema Gesundheit beschrieben wurde, rechtfertigt die einmalige Interviewführung. Allerdings wurde in den Interviews mit dem gewählten Zugang eine große Offenheit dieser Männer im mittleren Erwachsenenalter festgestellt, so dass ein anderes Vorgehen über wiederholte Interviewführung bzw. eine Kopplung mit Beobachtungen überdenkenswert erscheint.

Zusammenfassend lässt sich in Bezug auf die Wahl des qualitativen Forschungsansatz und die Gütekriterien qualitativer Sozialforschung festhalten, dass sich der gewählte gegenstandsbezogene, von einer größtmöglichen Offenheit geprägte Ansatz für die Rekonstruktion der Idealtypen des Gesundheitshandelns als geeignet erwiesen hat. Dem Gütekriterium der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit wurde durch eine umfassende Dokumentation des Forschungsprozesses, die Leitfadenüberprüfung, die deduktiv-induktive Einordnung in ein Kategoriensystem, die Komprimierung aller Interviews, die Interpretation im Forscherteam, die kontrastierende Analyse von acht Einzelfällen, die Nutzung von explizierenden Textstellen in der Ergebnisdarstellung, die Abbildung von Textstellenanzahl, verbunden mit den zugeordneten Interviews, und die kommunikative Validierung der Typenbildung Rechnung getragen. Das qualitative Gütekriterium Glaubwürdigkeit wurde durch die Leitfadenüberprüfung, den Einsatz des Kurzfragebogens, das Interviewerpostskript, die gezielte Interviewerauswahl, die Angleichung der Interviewererfahrung über Übungsinterviews und durch die kommunikative Validierung der Typologie des Gesundheitshandelns unterstützt. Dem Gütekriterium Verallgemeinerbarkeit wurde auf qualitativer Ebene durch die systematische, theoretische Konstruktion der Idealtypen und durch die kommunikative Validierung der gebildeten Typen in der Diskussion mit zwei Forschern Rechnung getragen. Die hierüber gewonnenen Erkenntnisse und Ansatzpunkte sind in ihrer wissenschaftlichen Konstruktion als Anregung für die praktische Anwendung zu verstehen (s. Abschnitt 7.3). Verallgemeinerbar sind die Erkenntnisse ausschließlich auf Männer in der hier definierten Spannbreite des mittleren Erwachsenenalters, die in einer mittleren Führungsposition bzw. *Sandwich-Position* tätig sind. Die Berücksichtigung dieser Kriterien ist darauf gerichtet, den qualitativen Forschungsprozess möglichst transparent und nachvollziehbar darzustellen, um die Güte der Ergebnisse im wissenschaftlichen Forschungskontext auf qualitativer Ebene zu gewährleisten. Nachfolgend werden Ergebnisse und Diskussion im Fazit zusammengeführt, um Implikationen für Forschung und Praxis abzuleiten.

7.3 Fazit und Ausblick - Forschungs- und Praxisimplikationen

Die qualitative Erhebung des Gesundheitshandelns von Männern im mittleren Erwachsenenalter lieferte breitgefächerte Erkenntnisse zu den subjektiven Gesundheits-vorstellungen, den Gesundheitszugängen und der Gestaltung eines gesundheitsbezogenen Handelns der

Untersuchungsgruppe. Da der aktuelle Forschungsstand zur Männergesundheit eine fehlende Umsetzung gesundheitsbezogener Verhaltensweisen nachwies, die Ergebnisse subjektbezogener Forschung jedoch darauf hinwiesen, dass sich differenzierte, subjektive Gesundheitsvorstellungen für das männliche Geschlecht belegen ließen, erwies sich der Zugang zum Gesundheitshandeln von Männern über einen qualitativen Forschungsansatz als geeignet und ließ sich auch in der Reflexion als angemessen einordnen. Dieser Zugang zur Zielgruppe der Männer im mittleren Erwachsenenalter löste die gewünschte Offenheit für das Thema Gesundheit aus. In differenzierten Narrativen führten die Männer die Einbindung des Gesundheitshandelns in den Lebensalltag aus.

Es konnte die Bandbreite der subjektiven Gesundheitskonzepte und subjektiven Gesundheitskonzepte der interviewten Männer erhoben, kategorisiert und analysiert werden. Es zeigte sich, dass die Untersuchungsgruppe über eine Kombination verschiedener Konzeptanteile verfügte, die nicht immer frei von Brüchen ist. Negative und positive Definitionen von Gesundheit können gleichwertig nebeneinander existieren. Es war wesentlich seltener, dass nur ein Anteil der subjektiven Gesundheitskonzepte betont wurde. Die inhaltliche Bestimmung überwog im Vergleich einer Darstellung in Form einer dynamischen Modellvorstellung. Im Bereich der subjektiven Gesundheitstheorien war die dynamische Ebene in Form der Einflussprozesse wesentlich stärker ausgeprägt. Auch hier zeigte sich eine große Bandbreite in den männlichen Gesundheitsvorstellungen. Es gab eine Betonung der Eigenverantwortung im Bereich der Einflüsse, die auf die eigene Gesundheit gesehen wurde, in Form der Angaben zur persönlichen Lebensweise bzw. zu gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen. Auf der dynamischen Ebene trat qualitativ die Betonung der Ausgleichs-Balancetheorien ebenso der altersbezogenen Anpassungstheorien hervor. Dieser Schwerpunkt mag in Zusammenhang mit dem mittleren Erwachsenenalter und den spürbaren altersbedingten Veränderungen stehen, die von einigen Männern beschrieben wurden. Im Bereich der generellen Gesundheitsmotivation konnte die für Männer als typisch angenommene äußerst optimistische Selbsteinschätzung nachgezeichnet werden. Die Einschätzungen wurden jeweils hinterfragt und so konnten zum Teil differenzierte Selbstwahrnehmungen der Männer im mittleren Erwachsenenalter rekonstruiert werden. Diese Ergebnisse zu den subjektiven Gesundheitsvorstellungen trugen zur Beantwortung der Fragestellungen bei.

Für die Zugänge von Gesundheit konnten fünf Versionen identifiziert werden, die über Einzelfallanalysen sowohl die subjektiven Gesundheitsvorstellungen als auch das Gesundheitshandeln miteinbezogen. Es ließen sich typische männliche Zugänge über Leistungsfähigkeit identifizieren, aber auch ein ablehnender Zugang und eine Orientierung an Genuss bzw. Spaß. Der umfassend integrierende Zugang trug der Differenziertheit der subjektiven Gesundheitsvorstellungen der überwiegenden Anzahl der Männer Rechnung, wohingegen der normorientierte Zugang in Abgrenzung zu einer allgegenwärtigen Leistungsorientierung konstruiert wurde. Somit konnten Zugänge mit einer Nähe zur männlichen Geschlechtsrolle, mit dem beruflichen Kontext in Verbindung stehend, und gesundheitsbetonte Zugänge, die zum Teil einen Bezug zu altersbedingten Thematiken hatten, herausgearbeitet werden. Dieser Analyseschritt bereitete den Weg für die Überprüfung, ob sich eine Narrative als konsistent erwies und sich die subjektiven Gesundheitsvorstellungen auch in einem Gesundheitshandeln niederschlugen. Bei allen Männern prägten die Gesundheitsvorstellungen das dargestellte gesundheitsbezogene Handeln. Es konnten aber auch Hemmnisse identifiziert werden, die einer Umsetzung entgegenstanden ebenso wie visionäre Vorstellungen, deren Umsetzung noch aussteht.

Die Rekonstruktion des Gesundheitshandelns bestätigte überwiegend einen durchgängigen Bezug der gesundheitsbezogenen Vorstellungen zum Handeln. Gleichzeitig wurden gesundheitsbezogene Anteile in den Konstruktionen des Gesundheitshandelns aufgedeckt, denen ein expliziter Gesundheitsbezug fehlte. Begründungen hierfür konnten auf bewusster und unterbewusster Ebene liegen. In beiden Fällen zeigte sich, dass die Verwobenheit mit dem Alltagshandeln der ausschlaggebende Faktor war, wenn ein Bezug nicht hergestellt wurde. Dieser Anteil eines gesundheitsbezogenen Handelns wurde als implizites Gesundheitshandeln im Gegensatz zu einem explizit bewusst konstruierten Gesundheitshandeln rekonstruiert. Die Aufmerksamkeit wurde in der vorliegenden Untersuchung durch die Nachfragen des Interviewers auf diese Anteile gelenkt, die erkennen ließen, dass sie der Gesundheitsexperte als gesundheitspositiv einordnete. Dieser Ansatzpunkt wurde für die Rekonstruktion des impliziten Gesundheitshandelns genutzt, indem die Bewertung des Gesundheitsexperten der gesundheitspositiven Anteile in einem Alltagshandeln ein solches definiert. Über diese Einordnung wird eine Verbindung zwischen dem vom Experten definierten Gesundheitsverhalten und dem subjektiv konstruierten Gesundheitshandeln hergestellt. Hieraus ergeben sich Implikationen für zukünftige Forschungs- und Praxisansätze. In den wissenschaftlich rekonstruierten Idealtypen fanden sich zum einen Aspekte der Gesundheitszugänge wieder, und zum anderen bestätigte sich die Differenzierung des Gesundheitshandelns nach impliziten und expliziten Aspekten. Die Typenbildung stand der männlichen Geschlechtsrolle und dem mittleren Erwachsenenalter im beruflichen Kontext ebenso nahe, wie bereits die Gesundheitszugänge. Dies belegte, wie eng die subjektiven Gesundheitsvorstellungen mit dem Gesundheitshandeln verbunden waren.

Aus den gewonnenen Erkenntnissen dieser qualitativen Studie lassen sich Implikationen für zukünftige Forschungsvorhaben ableiten. Wie bereits dargestellt, fußte diese Untersuchung auf Leitfadeninterviews, deren Wahl dem explorativen Charakter dieser Studie und der männlichen Zielgruppe geschuldet war. Der qualitative Ansatz erwies sich in diesem Rahmen als geeignet, aber die gewonnenen Erkenntnisse zum impliziten Gesundheitshandeln und die gestaltete Typologie könnten in folgenden Untersuchungsvorhaben über quantitative Forschungsmethoden bzw. über Mixed-Methods-Ansätze auf einer numerischer Ebene eingehend betrachtet werden. Zudem könnte der Raum für weitere qualitative Analysen eröffnet werden, indem die dargestellten Ansätze aufgegriffen und in ein Untersuchungs-vorhaben eingebunden werden. Die Studienergebnisse zeigten, dass Männer aus dem Subjekt-ansatz heraus über eine gewisse Offenheit verfügen, über das Thema Gesundheit zu berichten. Diese könnte zukünftig genutzt werden, um die geforderte Betrachtung von ver-schiedenen Untersuchungsgruppen innerhalb des männlichen Geschlechts voranzutreiben und um die Forschungstätigkeit im Bereich der Männergesundheit auszuweiten. Andererseits wäre es von großem Interesse zu überprüfen, ob und welche Anteile eines impliziten Gesundheitshandeln bei einer weiblichen Zielgruppe erkennbar wären. Darüber hinaus wären die Betrachtung anderer Altersgruppen und eine Untersuchung aus Richtung des privaten Lebenskontextes von Interesse. Somit lassen sich aus der vorliegenden Untersuchung Forschungsimplikationen für den Bereich der Männer- und Frauengesundheitsforschung, aber auch für die geschlechtsunabhängige Forschung im Bereich des Gesundheitshandelns ableiten. Gleichzeitig eröffnet sie neue Perspektiven für eine alters- bzw. lebensweltbezogene Forschung, woraus sich Perspektiven für den entwicklungs-, gesundheits-, aber auch arbeits-psychologischen Bereich ergeben können.

Die epidemiologischen Angaben zum männlichen Geschlecht belegen, dass Handlungsbedarf besteht, Männer für gesundheitsfördernde Verhaltensweisen zu gewinnen. Wurde bislang ein fehlendes Interesse an diesen Themen angenommen, so zeigt diese Untersuchung, dass der

Zugang die ausschlaggebende Rolle spielen könnte. Erleben Männer gesundheitsbezogene Verhaltensempfehlungen als anweisend, so kann dies zu Konflikten mit der männlichen Geschlechtsrolle führen. Dies kann sich in Widerstand, aber auch in einem stillschweigenden Unterlassen zeigen, was sich in der Datenlage in einer geringen Beteiligung an Präventions- und Vorsorgemaßnahmen niederschlägt. Vor diesem Hintergrund sollten neue Zugangsmöglichkeiten getestet werden. So könnten beispielsweise Techniken aus dem beruflichen Bereich, der den männlichen Lebensalltag dominiert, entlehnt werden. Werden Verhandlungstechniken auch für gesundheitsbezogene Themen genutzt, so könnte es dazu führen, dass die Gesundheitsexperten Abstriche bei der Durchsetzung ihrer gesundheitsbezogenen Ziele zur Verhaltensänderung machen müssen, aber gleichzeitig die Chance auf eine Umsetzung erhöhen, weil die Männer sie im Zuge der Verhandlung als selbstgestaltet akzeptieren. Zeigt sich generell keine Offenheit für das Thema Gesundheit, so könnte die Möglichkeit genutzt werden, diese dennoch über die im Alltag verborgenen Anteile des Gesundheitshandelns zu fördern. Hierfür müsste der Gesundheitsexperte diese Anteile des impliziten Gesundheitshandelns erfassen und gezielt über eine Erweiterung des Alltagshandelns ansteuern. In beiden Fällen wären die gesundheitsbezogenen Effekte geringer einzustufen, als bei einem umfassend ausgearbeiteten Gesundheitsprogramm. Doch der Ansatz an den *kleinen gesundheitsbezogenen Stellschrauben* erweist sich dann als gewinnbringend, wenn sich in der Summe ein gesundheitspositiver Effekt durch eine konsequente Umsetzung zeigt.

8 Literatur

Abel, T. (1991). Measuring health lifestyles in a comparative analysis: theoretical issues and empirical findings. *Social Science and Medicine, 32* (8), 899-908.

Abel, T., Kolip, P. & Wydler, H. (2006). Sense of coherence und Salutogenese. In H. Wydler, P. Kolip & T. Abel (Hrsg.), *Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts*. 3. Aufl. (S. 197–202). Weinheim und München: Juventa.

Abel, T., Walter, E., Niemann, S. & Weitkunat, R. (1999). The Berne-Munich Lifestyle Panel: Background and baseline results from a longitudinal health lifestyle survey. *Sozial- und Präventivmedizin, 44,* 91-106.

Abele, A. (1997). Geschlechtsrollen, Geschlechtsrollenorientierungen und Geschlechtsstereotype im Wandel. In Eckhart Liebau (Hrsg.), *Das Generationenverhältnis. Über das Zusammenleben in Familie und Gesellschaft* (S. 123-139). Weinheim: Juventa.

Abraham, C. & Sheeran, P. (2007). The Health Belief Model. In M. Conner & P. Norman (Hrsg.), *Predicting Health Behaviour*. 2. Aufl. (S. 28–79). Berkshire: Open University Press.

Afflerbach, T. & Gläsener, K. M. (2016). New Ways of Working. Vertrauen und Selbstmanagement in einer digitalisierten Arbeitswelt. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & M. Meyer (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2016. Unternehmenskultur und Gesundheit - Herausforderungen und Chancen* (S. 171-182). Berlin, Heidelberg: Springer.

Alfermann, D. & Stiller, J. (2001). Geschlechtsrollenidentität und Kommunikation. In E. Brähler & J. Kupfer (Hrsg.), *Mann und Medizin* (S. 72-89). Göttingen [u.a.]: Hogrefe.

Altgeld, T. (2016). Geschlechteraspekte in der Prävention und Gesundheitsförderung. In P. Kolip & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Handbuch Geschlecht und Gesundheit. Männer und Frauen im Vergleich* (2. überarb/erw. Aufl., S. 300-324). Bern: Hogrefe.

Annandale, E. & Kuhlmann, E. (2012). Gender and healthcare: The future. In E. Kuhlmann & E. Annandale (Hrsg.), *The Palgrave Handbook of Gender and Healthcare* (2nd ed., S. 505-520). Basingstoke: Palgrave.

Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: DGVT (übers. Franke, A./Schulte, N.).

Athenstaedt, U. (1999). Geschlechtsrollenidentität als mehrfaktorielles Konzept. Ein kritischer Beitrag zur Androgynieforschung. In U. Bock & D. Alfermann (Hrsg.), *Querelles. Jahrbuch der Frauenforschung* (S. 183-199). Stuttgart: Metzler.

Babitsch, B., Ducki, A. & Maschewsky-Schneider, U. (2011). Geschlecht und Gesundheit. In K. Hurrelmann & O. Razum (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (5., vollst. überarb. Aufl., S. 639-657). Weinheim: Juventa.

Badura, B. & Strodtholz, P. (1998). Soziologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften. In K. Hurrelmann & U. Laaser (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (S. 145–174). Weinheim und München: Juventa.

Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J. & Meyer, M. (Hrsg.). (2012). *Fehlzeiten-Report 2012. Gesundheit in der flexiblen Arbeitswelt. Chancen nutzen - Risiken minimieren*. Berlin: Springer.

Balke, J. (2011). *Salutogenese genderspezifisch betrachtet. Inwieweit trägt der Sense of Coherence zur Gesundheit von Männern bei?* Masterarbeit. Berlin.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.

Bardehle, D. (2010). Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Männern. In D. Bardehle & M. Stiehler (Hrsg.), *Erster Deutscher Männergesundheitsbericht. Ein Pilotbericht* (S. 17–29). Zuckerschwerdt: Bobingen.

Baur, N. & Lamnek, S. (2006). Neue Manns-Bilder in der Soziologie. *Agora, 22* (2), 13-16.

Baur, N. & Luedtke, J. (2008a). Konstruktionsbereiche von Männlichkeit. Zum Stand der Männerforschung. In N. Baur & J. Luedtke (Hrsg.), *Die soziale Konstruktion von Männlichkeit. Hegemoniale und marginalisierte Männlichkeiten in Deutschland* (S. 7-29). Opladen: Budrich.

Baur, N. & Luedtke, J. (2008b). Männlichkeit und Erwerbsarbeit bei westdeutschen Männnern. In N. Baur & J. Luedtke (Hrsg.), *Die soziale Konstruktion von Männlichkeit. Hegemoniale und marginalisierte Männlichkeiten in Deutschland* (S. 81-104). Opladen: Budrich.

Becker, P. (2001). Modelle der Gesundheit: Ansätze der Gesundheitsförderung. In S. Höfling & O. Giesecke (Hrsg.), *Gesundheitsoffensive Prävention. Gesundheitsförderung und Prävention als unverzichtbare Bausteine effizienter Gesundheitspolitik* (S. 41–54). München: Atwerb-Verlag.

Belz-Merk, M. (1995). *Gesundheit ist alles und alles ist Gesundheit. Die Selbstkonzeptforschung zur Beschreibung und Erklärung subjektiver Vorstellungen von Gesundheit und Gesundheitsverhalten.* Frankfurt am Main: Lang.

Bem, S. L. (1976). Die Harten und die Zarten. *Psychologie Heute* (2), 54-59.

Bengel, J. (1992). Gesundheitsverhalten und Risikoverhalten. *Prävention und Gesundheitsförderung: Perspektiven für die psychosoziale Praxis,* 69-89.

Bengel, J. & Belz-Merk, M. (1997). Subjektive Gesundheitsvorstellungen. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch*. 2., überarb. und erw. Aufl. (S. 23–42). Göttingen: Hogrefe.

Bengel, J. & Faltermaier, T. (2000). Subjektive Konzepte und Vorstellungen von Gesundheit. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 8* (4), 133-136.

Bengel, J., Strittmatter, R. & Willmann, H. (2001). *Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese - Diskussionstand und Stellenwert* (erw. Neuaufl.). Köln: BZgA.

Berg, T. & Lucius-Hoene, G. (2000). Gesundheitsvorstellungen im biographischen Kontext: Deutungsmuster in Erzählungen der Gesundheitsbiographie. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 8* (4), 168-179.

Blättner, B. & Waller, H. (2011). *Gesundheitswissenschaften: Eine Einführung in die Grundlagen, Theorie und Anwendung* (5. vollständig überarb. und erw.). Stuttgart: Kohlhammer.

Blaxter, M. (1995). *Health and lifestyles* (Reprinted). London: Routledge.

Böhnisch, L. (2004). *Männliche Sozialisation. Eine Einführung*. Weinheim und München: Juventa.

Bohleber, W. (2009). Zur Bedeutung der neueren Säuglingsforschung für die psychoanalystische Theorie der Identität. In H. Keupp & R. Höfer (Hrsg.), *Identitätsarbeit heute. Klassische und aktuelle Perspektiven der Identitätsforschung* (Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft, Bd. 1299, [5. Aufl.], S. 93-119). Frankfurt a.M: Suhrkamp.

Bolam, B., Gleeson, K. & Murphy, S. (2003). "Lay Person" or "Health Expert"? Exploring Theoretical and Practical Aspects of Reflexivity in Qualitative Health Research. *FQS, Vol. 4* (No. 2), Art. 26. Verfügbar unter: http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/699/1515 [22.07.09].

Bonsiep, W. (2002). *Strategische Steuerung und die Rollen des mittleren Managements* (Schriftenreihe Strategisches Management, Bd. 3). Hamburg: Kovač.

Brähler, E. & Kupfer, J. (Hrsg.). (2001). *Mann und Medizin*. Göttingen [u.a.]: Hogrefe.

Brandes, H. (2000). Wie Männer sich selbst sehen. In M. Rosowski & A. Ruffing (Hrsg.), *MännerLeben im Wandel. Würdigung und praktische Umsetzung einer Männerstudie* (S. 86-110). Ostfildern: Schwabenverlag.

Brandes, H. (2003). Männlicher Habitus und Gesundheit. *Blickpunkt der Mann - Wissenschaftliches Journal für Männergesundheit, 1* (2), 10-13.

Breuer, F. (2000). Qualitative Methoden zur Untersuchung von Biographien, Interaktionen und lebensweltlichen Kontexten: Die Entwicklung eines Forschungsstils. *FQS, Vol. 1* (No. 2), Art. 3. Verfügbar unter: http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1072/2328 [22.07.09].

Brim, O. G. (1976). Theories of the male mid-life crisis. *The Counseling Psychologist, 6,* 2-9.

Brunstein, J. C., Maier, G. W. & Dargel, A. (2007). Selbst und Identität: Entwicklung als personale Konstruktion. In J. Brandtstädter & U. Lindenberger (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie der Lebensspanne* (Entwicklungspsychologie, S. 270-304). Stuttgart: Kohlhammer.

Brzoska, G. (1996). Männerpolitik und Männerbewegung. In H. Brandes & H. Bullinger (Hrsg.), *Handbuch Männerarbeit* (Therapie und Beratung, S. 74-89). Weinheim: Beltz.

Brzoska, G. & Hafner, G. (1987). Männerfragen im Patriarchat. In J. Ehrenforth & H. Ernst (Hrsg.), *Gegenstimmen. Männerlesebuch* (S. 109-123). Hamburg: Rowohlt.

Bründel, H. & Hurrelmann, K. (1999). *Konkurrenz, Karriere, Kollaps: Männerforschung und der Abschied vom Mythos Mann*. Stuttgart: Kohlhammer.

Busch, M. A., Maske, U.E., Ryl, L., Schlack, R. & Hapke, U. (2013). Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt, 56,* 733-739.

Buschmeyer, A. (2008). Männlichkeitskonstruktionen Teilzeit arbeitender Väter. In N. Baur & J. Luedtke (Hrsg.), *Die soziale Konstruktion von Männlichkeit. Hegemoniale und marginalisierte Männlichkeiten in Deutschland* (S. 123-140). Opladen: Budrich.

Butler, J. (1995). *Das Unbehagen der Geschlechter* (5. Aufl.). Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Calnan, M. (1987). *Health and illness: The lay perspective*. London: Travistock.

Calnan, M. (2004). "Lifestyle" and its social meaning. In M. Bury & J. Gabe (Hrsg.), *The sociology of health and illness. A reader* (S. 59–68). London: Routledge.

Chenhall, R. H. & Brownell, P. (1988). The effect of participative budgeting on job satisfaction and performance: role ambiguity as an intervening variable. *Accounting, Organizations and Society, 13* (3), 225-233.

Connell, R. W. (2005). *Masculinities* (2. Aufl.). Berkeley/Los Angeles: University of California Press.

Connell, R. W. (2006). *Der gemachte Mann* (3. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Conner, M. & Norman, P. (Hrsg.). (2007). *Predicting Health Behaviour* (2. Aufl.). Berkshire: Open University Press.

Courtenay, W. H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being. a theory of gender and health. *Social Science & Medicine, 50,* 1385-1401.

Cranach, M. von. (1994). Die Unterscheidung von Handlungstypen: Ein Vorschlag zru Weiterentwicklung der Handlungspsychologie. In B. Bergmann & P. Richter (Hrsg.), *Die Handlungsregulationstheorie. Von der Praxis einer Theorie* (S. 69–88). Göttingen: Hogrefe.

Cranach, M. von. (1997). Handlungstypen als soziale Prototypen: eine Rahmentheorie. In H. Mandl (Hrsg.), *Schwerpunktthema Wissen und Handeln. Bericht über den 40. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in München 1996* (S. 559–567). Göttingen: Hogrefe Verl. für Psychologie.

Cranach, M. von & Bangerter, A. (2000). Wissen und Handeln in systematischer Perspektive: Ein komplexes Problem. In H. Mandl & J. Gerstenmaier (Hrsg.), *Die Kluft zwischen Wissen und Handeln. Empirische und theoretische Lösungsansätze* (S. 221–245). Göttingen: Hogrefe.

Daig, I. (2006). *Male Gender Role Dysfunction. Selbstdarstellung, Geschlechtsrollenstress und Gesundheitsrisiko bei Männern im Altersvergleich,* Freie Universität Berlin. Berlin. Verfügbar unter: http://www.diss.fu-berlin.de/diss/servlets/MCRFileNodeServlet/FUDISS_derivate_000000002012/ [20.10.14].

DAK Forschung (DAK Forschung, Hrsg.). (2008). *DAK Gesundheitsreport 2008. Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Schwerpunktthema Mann und Gesundheit,* IGES Institut Gmbh. Verfügbar unter: http://www.dak.de/content/filesopen/Gesundheitsreport_2008.pdf [12.02.08].

Dammasch, F., Metzger, H.-G. & Teising, M. (Hrsg.). (2009). *Männliche Identität. Psychoanalytische Erkundungen*. Frankfurt am Main: Brandes & Apsel.

Deaux, K. & Lafrance, M. (1998). Gender. In G. Lindzey (Hrsg.), *The Handbook of Social Psychology* (4. Aufl., S. 788-827). New York: Random House.

Derlega, V. J. & Berg, J. H. (Hrsg.). (1987). *Self-disclosure: Theory, research, and therapy*. New York: Plenum Press.

Derlega, V. J., Metts, S., Petronio, S. & Margulis, S. T. (Hrsg.). (1993). *Self-disclosure*. Thousand Oaks/ London/ New Delhi: Sage; Sage Publications.

Destatis - Statistisches Bundesamt Pressestelle, Michael Cordes (Mitarbeiter). (2013a). *Gesundheitsausgaben im Jahr 2011 bei rund 294 Milliarden Euro,* Destatis - Statistisches Bundesamt Pressestelle. Verfügbar unter:https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2013/04/PD13_128_23611pdf.pdf?__blob=publicationFile [13.05.13].

Destatis - Statistisches Bundesamt. (2013b). *Lebenserwartung in Deutschland: Durchschnittliche und fernere Lebenserwartung nach ausgewählten Altersstufen*. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Sterbefaelle/Tabellen/LebenserwartungDeutschland.html [31.08.13].

Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (2012). *12. Ernährungsbericht 2012*. Bonn: DGE.

D'Houtaud, A. & Field, M. G. (1984). The image of health: Variations in perception by social class in a French population. *Sociology of Health & Illness, 6* (1), 30-60.

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung. (2016). *Drogen- und Suchtbericht 2016.* Verfügbar unter: http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Drogenbeauftragte/4_Presse/1_Pressemitteilungen/2016/2016_2/160928_Drogenbericht-2016_NEU_Sept.2016.pdf [14.08.2017].

Dinges, M. (2003). Männergesundheit in Deutschland. In G. H. Jacobi (Hrsg.), *Praxis der Männergesundheit* (S. 24-33). Stuttgart: Thieme.

Dinges, M. (2005). Hegemoniale Männlichkeit - ein Konzept auf dem Prüfstand. In M. Dinges (Hrsg.), *Männer, Macht, Körper. Hegemoniale Männlichkeiten vom Mittelalter bis heute* (S. 7-36). Frankfurt am Main/New York: Campus.

Dinges, M. (2006). Männergesundheit in historischer Perspektive: Die Gene erklären nur den kleineren Teil des Geschlechterunterschieds. *Blickpunkt der Mann - Wissenschaftliches Journal für Männergesundheit, 4* (1), 21-24.

Dinges, M. (2007). Historische Forschung und die aktuelle Diskussion zur Männergesundheit. In M. Stiehler & T. Klotz (Hrsg.), *Männerleben und Gesundheit. Eine interdisziplinäre, multiprofessionelle Einführung* (S. 24-35). Weinheim und München: Juventa.

Döge, P. (2000). Geschlechterdemokratie als Männlichkeitskritik. Männerforschung, Männerpolitik und der "neue Mann"*. Politik und Zeitgeschichte*, 31-32. Verfügbar unter: http://www.bpb.de/apuz/25500/geschlechterdemokratie-als-maennlichkeitskritik?p=all [15.11.17].

Döge, P. & Meuser, M. (2001). Geschlechterverhältnisse und Männlichkeit: Entwicklung und Perspektiven sozialwissenschaftlicher Männlichkeitsforschung. In P. Döge & M. Meuser (Hrsg.), *Männlichkeit und soziale Ordnung. Neuere Beiträge zur Geschlechterforschung* (S. 7–26). Opladen: Leske + Budrich.

Duetz, M., Abel, T., Siegenthaler, F. & Niemann, S. (2006). Zur Operationalisierung des Gesundheitsbegriffs in empirischen Studien zum Kohärenzgefühl. In H. Wydler, P. Kolip & T. Abel (Hrsg.), *Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts*. 3. Aufl. (S. 85–98). Weinheim und München: Juventa.

Ecarius, J. & Schäffer, B. (2010). Typenbildung und Typengenerierung. In J. Ecarius & B. Schäffer (Hrsg.), *Typenbildung und Theoriegenerierung. Methoden und Methodologien qualitativer Biographie- und Bildungsforschung* (S. 7–17). Opladen/Farmington Hills: Budrich Barbara.

Ehrlich, S. (2006). *Was bestimmt unsere gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen?* Berlin: Pro Business.

Ehrlich, S. (Universität Hamburg – Fakultät WISO, Hrsg.). (2009). *Gesundheitsverhalten, Gesundheitshandeln und die Theorie Bourdieus,* Zentrum für Ökonomische und Soziologische Studien. Discussion Papers. Verfügbar unter: http://www.wiso.uni-hamburg.de/fileadmin/sozialoekonomie/zoess/DP17.pdf [02.05.11].

Eichhorst, W., Tobsch, V. & Wehner, C. (2016). Neue Qualität der Arbeit? Zur Entwicklung von Arbeitskulturen und Fehlzeiten. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & M. Meyer (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2016. Unternehmenskultur und Gesundheit - Herausforderungen und Chancen* (S. 9-20). Berlin, Heidelberg: Springer.

Eickenberg, H.-U. (2003). Männergesundheit: Warum sterben Männer früher? *Blickpunkt der Mann - Wissenschaftliches Journal für Männergesundheit* (1), 7-13.

Erikson, E. H. (1959/2017). *Identität und Lebenszyklus. Drei Aufsätze* (28. Aufl.). Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Eriksson, M. (2007). *The evidence base of the salutogenic research as measured by Antonovsky's Sense of Coherence Scale* (2 Aufl.). Turku: Abo Akademis Tryckeri (Research Report).

Eriksson, M. & Lindström, B. (2005a). Salutogenesis. *Journal of Epidemiology and Community Health, 59* (6), 440-442.

Eriksson, M. & Lindström, B. (2005b). Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health, 59* (6), 460-466.

Eriksson, M. & Lindström, B. (2006). Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health, 60* (5), 376-381.

Evans-Prichard, E.E. (1976). *Witchcraft, oracles and magic among the Azande*. Oxford: Oxford University Press.

Faltermaier, T. (1994). *Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitshandeln: Über den Umgang mit Gesundheit im Alltag*. Weinheim: Beltz.

Faltermaier, T. (1998). Subjektive Konzepte und Theorien von Gesundheit: Begründung, Stand und Praxisrelevanz eines gesundheitswissenschaftlichen Forschungsfeldes. In U. Flick (Hrsg.), *Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit* (S. 70–87). Weinheim: Juventa.

Faltermaier, T. (2000). Subjekt und Gesundheit: Bedingungen des Gesundheitshandelns im Alltag. In Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. (Hrsg.), *Gesundheit: Strukturen und Handlungsfelder* (VIII 4, S. 1–20). Neuwied und Krieftel: Luchterhand.

Faltermaier, T. (2002). Gesundheitsvorstellungen und Laienkompetenz: Die Bedeutung des Subjekts für die Gesundheitspraxis. *Psychomed, 14* (3), 149-154.

Faltermaier, T. (2004). Männliche Identität und Gesundheit: Warum Gesundheit von Männern. In T. Altgeld (Hrsg.), *Männergesundheit. Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention*. 1. Aufl. (Juventa-Materialien, S. 11–34). Weinheim: Juventa.

Faltermaier, T. (2005a). *Gesundheitspsychologie.* Grundriss der Psychologie: Bd. 21. Stuttgart: Kohlhammer.

Faltermaier, T. (2005b). Subjektive Konzepte und Theorien von Gesundheit und Krankheit. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 31–53). Göttingen: Hogrefe.

Faltermaier, T. (2006a). Die Salutogenese als Forschungsprogramm und Praxisperspektive: Anmerkungen zu Stand, Problemen und Entwicklungschancen. In H. Wydler, P. Kolip & T. Abel (Hrsg.), *Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts*. 3. Aufl. (S. 185–196). Weinheim und München: Juventa.

Faltermaier, T. (2006b). *Männer, Gesundheit, Gesundheitsförderung: Eine vernachlässigte Perspektive.* Verfügbar unter: http://www.radix.ch/d/data/data_20.pdf [10.05.06].

Faltermaier, T. (2007). Gesundheit und Gesundheitshandeln von Männern im mittleren Erwachsenenalter aus salutogenetischer Perspektive. In M. Dinges (Hrsg.), *Männlichkeit und Gesundheit im historischen Wandel ca. 1800- ca. 2000* (S. 277-293). Stuttgart: Franz Steiner.

Faltermaier, T. (2008). Geschlechtsspezifische Dimensionen im Gesundheitsverständnis und Gesundheitsverhalten. In B. Badura, H. Schröder & C. Vetter (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2007. Arbeit, Geschlecht und Gesundheit* (S. 35-41). Heidelberg: Springer.

Faltermaier, T. (2009). Gesundheit: Körperliche, psychische und soziale Dimensionen. In J. Bengel & M. Jerusalem (Hrsg.), *Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie* (Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie, S. 46–60). Göttingen: Hogrefe.

Faltermaier, T. (2011). Männliche Identität und Gesundheit. Bedarf, theoretische Perspektiven und Ansätze für eine männerspezifische Gesundheitsförderung. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.), *Gesundheit von Jungen und Männern. Hintergründe, Zugangswege und Handlungsbedarfe für Prävention und Gesundheitsförderung* (Dokumentation des BZgA-Fachforums am 2. Oktober 2009). Köln: BZgA.

Faltermaier, T. (2017). *Gesundheitspsychologie* (Grundriss der Psychologie, 2. überarb./erw. Aufl). Stuttgart: Kohlhammer.

Faltermaier, T. & Hübner, I.-M. (2016). Psychosoziale Gesundheitstheorien aus Geschlecherperspektive. In P. Kolip & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Handbuch Geschlecht und Gesundheit. Männer und Frauen im Vergleich* (2. überarb/erw. Aufl., S. 45-57). Bern: Hogrefe.

Faltermaier, T. & Kühnlein, I. (2000). Subjektive Gesundheitskonzepte im Kontext: Dynamische Konstruktionen von Gesundheit in einer qualitativen Untersuchung von Berufstätigen. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 8* (4), 137-154.

Faltermaier, T. & Wihofszky, P. (2012). Partizipation in der Gesundheitsförderung: Salutognese - Subjekt - Lebenswelt. In R. Rosenbrock & S. Hartung (Hrsg.), *Handbuch Partizipation und Gesundheit*. 1. Aufl. (S. 102–113). Bern: Huber.

Faltermaier, T., Kühnlein, I. & Burda-Viering, M. (1998). *Gesundheit im Alltag: Laienkompetenz in Gesundheitshandeln und Gesundheitsförderung*. Weinheim: Juventa.

Faltermaier, T., Mayring, P., Saup, W. & Strehmel, P. (Hrsg.). (2014). *Entwicklungspsychologie des Erwachsenenalters* (3. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.

Filipp, S.-H. (2007). Kritische Lebensereignisse. In J. Brandtstädter & U. Lindenberger (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie der Lebensspanne* (Entwicklungspsychologie, S. 337-366). Stuttgart: Kohlhammer.

Filsinger, D. (2000). Wissenschaftliche Konzepte. In Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. (Hrsg.), *Gesundheit: Strukturen und Handlungsfelder* (S. VII 1-6). Neuwied und Krieftel: Luchterhand.

Fischer, J. E. & Hüther, G. (2008). Biologische Grundlagen der Genderdifferenz. In B. Badura, H. Schröder & C. Vetter (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2007. Arbeit, Geschlecht und Gesundheit* (S. 21-34). Heidelberg: Springer.

Flick, U. (1998). Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit: Überblick und Einleitung. In U. Flick (Hrsg.), *Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit* (S. 7–32). Weinheim: Juventa.

Flick, U. (2004). *Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung* (2 vollständig überarb./erw. Aufl.). Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt.

Flick, U., Kardorff, E. von & Steinke, I. (2005). Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. In U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. 4. Aufl. (S. 13–29). Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt.

Flick, U., Walter, U., Fischer, C., Neuber, A. & Schwartz, F. W. (2004). *Gesundheit als Leitidee?: Subjektive Gesundheitsvorstellungen von Ärzten und Pflegekräften*. Bern: Hans Huber.

Frank, U. (2000). Subjektive Gesundheitsvorstellungen und gesundheitsförderlicher Lebensstil von Herzinfarktpatienten und - patientinnen. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 8* (4), 155-167.

Frank, U., Belz-Merk, M., Bengel, J. & Strittmatter, R. (1998). Subjektive Gesundheitsvorstellungen gesunder Erwachsener. In U. Flick (Hrsg.), *Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit* (S. 57–69). Weinheim: Juventa.

Franke, A. (2005). *Das Modell der Salutogenese und seine Konsequenzen für die Gestaltung einer gesundheitsförderlichen Lebens- und Arbeitswelt*. Verfügbar unter: http://www.sgw.hs-magdeburg.de/herbstakademie/HA2005/workshops/protokoll/Modell-der-Salutogenese.doc [01.12.10].

Franke, A. (2010). *Modelle von Gesundheit und Krankheit* (2., überarb. und erw. Aufl.). Programmbereich Gesundheit. Bern: Huber.

Franke, A., Mohn, K., Sitzler, F., Welbrink, A. & Witte, M. (2001). *Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit bei Frauen: Risiken und Widerstandsfaktoren*. Weinheim: Juventa.

Freund, A. M. & Baltes, P. B. (2005). Entwicklungsaufgaben als Organisationsstrukturen von Entwicklung und Entwicklungsoptimierung. In S.-H. Filipp & U. M. Staudinger (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie des mittleren und höheren Erwachsenenalters* (S. 37-79). Göttingen: Hogrefe.

Fuhrer, U. (1984). *Mehrfachhandeln in dynamischen Umfeldern*. Göttingen: Hogrefe.

Fuhrer, U. & Martin, H. (2005). Entwicklung von Identität. In J. B. Asendorpf (Hrsg.), *Soziale, emotionale und Persönlichkeitsentwicklung* (S. 335-424). Göttingen: Hogrefe.

Gaertner, B., Freyer-Adam, J., Meyer, C. & John, U. (2015). Alkohol - Zahlen und Fakten zum Konsum. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 2015* (S. 39-71). Lengerich: Pabst.

Gerhard, U. (1998). Die Töchter der Emanzipation: Das Generationenproblem in der Frauenbewegung. In I. Mues (Hrsg.), *Was Frauen bewegt und was sie bewegen* (S. 71–89). Frankfurt am Main: Fischer.

Gerhardt, U. (1995). Typenbildung. In U. Flick, E. von Kardorff, H. Keupp, L. von Rosenstiel & S. Wolff (Hrsg.), *Handbuch qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen*. 2. Aufl. . Weinheim: Beltz Psychologie-Verl.-Union.

Gerlinger, T. & Schmucker, R. (2011). 20 Jahre Public Health: 20 Jahre Politik für eine gesunde Gesellschaft? In T. Schott & C. Hornberg (Hrsg.), *Die Gesellschaft und ihre Gesundheit* (S. 69–83). Wiesbaden: Springer.

Gerstenmaier, J. & Mandl, H. (1995). Wissenserwerb unter konstruktivistischer Perspektive. *Zeitschrift für Pädagogik, 41* (6), 867-888.

Gerstenmaier, J. & Mandl, H. (2000). Wissensanwendung im Handlungskontext: Die Bedeutung intentionaler und funktionaler Perspektiven für den Zusammenhang von Wissen und Handeln. In H. Mandl & J. Gerstenmaier (Hrsg.), *Die Kluft zwischen Wissen und Handeln. Empirische und theoretische Lösungsansätze* (S. 289–322). Göttingen: Hogrefe.

Geyer, S. (2006). Antonovsky's sense of coherence. ein gut geprüftes und empirisch bestätigtes Konzept? In H. Wydler, P. Kolip & T. Abel (Hrsg.), *Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts* (3. Aufl., S. 71-84). Weinheim und München: Juventa.

Glaeske, G., Gerdau-Heitmann, C. & Höfel, F., Schicktanz, C. (2012). Gender-specific drug prescription in Germany. Results from prescription analyses. In V. Regitz-Zagrosek (Hrsg.), *Sex and gender differences in pharmacology. Handbook of experimental pharmacology* (S. 149-167). Berlin: Springer.

Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1998). *Grounded Theory: Strategien qualitativer Forschung*. Bern/Göttingen/ Toronto/Seattle: Huber (übers. Paul, A. T & S. Kaufmann).

Gloger-Tippelt, G. (1993). Geschlechtertypisierung als Prozess der Lebensspanne. *Zeitschrift für Sozialisationsforschung und Erziehungssoziologie (ZSE), 13* (3), 258-275.

Grace, V. (2007). Beyond dualism in the life sciences. Implications for a feminist critique of gender-specific medicine. *Journal of Interdisciplinary Feminist Thought, 2,* 1-18.

Gredig, D., Parpan, A. & Nideröst, S. (2002). Somatische Kultur und HIV-Schutzstrategien heterosexueller Männer. *Soz Praventiv Med, 47* (6), 366-377.

Greve, W. (2007). Selbst und Identität im Lebenslauf. In J. Brandtstädter & U. Lindenberger (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie der Lebensspanne* (Entwicklungspsychologie, S. 305-336). Stuttgart: Kohlhammer.

Groeben, N., Wahl, D., Schlee, J. & Scheele, B. (Hrsg.). (1988). *Das Forschungsprogramm Subjektive Theorien: Eine Einführung in die Psychologie des reflexiven Subjekts*. Tübingen: Francke.

Grosz, E. (1994). *Volatile Bodies. Towards a Corporeal Feminism*. Bloomington: Indiana University Press.

Grunow, D. (2006). *Convergence, persistence and diversity in male and female careers*. Farmington Hills: Opladen.

Grunow, D., Breitkopf, H. D. H. E. R., Grunow-Lutter, V. & Paulus, W. (1983). *Gesundheitsselbsthilfe im Alltag: Ergebnisse einer repräsentativen Haushaltsbefragung über gesundheitsbezogene Selbsthilfeerfahrungen*. Stuttgart: Enke.

Hahn, D. (2008). Zweigeschlechtlichkeit und hierarchische Geschlechterordnung: Von der Kritik der Gesundheitsforschung zur Institutionalisierung der Chancengleichheit. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 1,* 61-69.

Hahne, D. (2011). Gesund essen - kein Thema für harte Jungs? *Ernähren im Fokus, 11* (1), 38-41.

Hanneberg, C. (2005). Build middle management capacity. *Consulting to managment, 16* (1), 32-37.

Hapke, U., Lippe, E. v. d. & Gaertner, B. (2013). Riskanter Alkoholkonsum und Rauschtrinken unter Berücksichtigung von Verletztungen und der Inanspruchnahme alkoholspezifischer medizinischer Beratung. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt*, 56. Verfügbar unter: http://edoc.rki.de/oa/articles/reUcYxhoIqx2/PDF/2761VkRLqtxBw.pdf [08.08.17].

Haraway, D. J. (1995). Die Biopolitik postmoderner Körper. In D. J. Haraway (Hrsg.), *Die Neuerfindung der Natur* (S. 160-199). Frankfurt am Main: Campus.

Hartmann, J. (2012). Improvisation im Rahmen des Zwangs. Gendertheoretische Herausforderungen der Schriften Judith Butlers für pädagogische Theorie und Praxis. In N. Ricken & N. Balzer (Hrsg.), *Judith Butler: Pädagogische Lektüren* (Pos. 1719-2021). Wiesbaden: Springer VS.

Hartung, S. (2011). Was hält uns gesund?: Gesundheitsressourcen: Von der Salutogenese zum Sozialkapital. In T. Schott & C. Hornberg (Hrsg.), *Die Gesellschaft und ihre Gesundheit* (S. 235–255). Wiesbaden: Springer.

Havighurst, R. J. (1956). Research on the developmental task concept. *The school review: A Journal of Secondary Education, 64* (5), 215-223.

Herzlich, C. (1981). *Health and illness. A social psycholog analysis: European monographs in social psychology* (3. Aufl.). London: Academic Press.

Hitzblech, T. (2005). *Gesund durch den Ruhestand: Subjektive Gesundheitsvorstellungen und ihre Bedeutung für das individuelle Gesundheitshandeln in der nachberuflichen Lebensphase*. Hamburg: Dr. Kovac (Dissertation).

Hitzler, R. & Eberle, T. S. (2005). Phänomenologische Lebensweltanalyse. In U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. 4. Aufl. (S. 109–117). Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt.

Höfer, R. (2006). Kohärenzgefühl und Identitätsentwicklung. Überlegungen zur Verknüpfung salutogenetischer und identitätstheoretischer Konzepte. In H. Wydler, P. Kolip & T. Abel (Hrsg.), *Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts* (3. Aufl., S. 57-70). Weinheim und München: Juventa.

Hoff, E.-H. (2005). Arbeit und berufliche Entwicklung. In S.-H. Filipp & U. M. Staudinger (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie des mittleren und höheren Erwachsenenalters* (S. 525-558). Göttingen: Hogrefe.

Hoff, E.-H., Grote, S., Dettmer, S., Hohner, H.-U. & Olos, L. (2005). Work-Life-Balance. Berufliche und private Lebensgestaltung von Frauen und Männern in hoch qualifizierten Berufen. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie, 49* (4), 196-207.

Hoffmann, S. (2006). Tagungsbericht: Männlichkeit und Gesundheit im historischen Wandel 1850-2000, Stuttgart 12.-14. Oktober 2005. *Blickpunkt der Mann - Wissenschaftliches Journal für Männergesundheit, 4* (1), 25-29.

Hoffmann, S. (2007). Erwerbsarbeit. Risiko und Ressource für die Gesundheit von Männern: Sechs Autobiographien aus dem 20. Jahrhundert. In M. Dinges (Hrsg.), *Männlichkeit und Gesundheit im historischen Wandel ca. 1800 – ca. 2000* (243-258). Stuttgart: Franz Steiner.

Hollmann, W. & Hettinger, T. (1980). *Sportmedizin: Arbeits- und Trainingsgrundlagen*. Stuttgart; New York: Schattauer.

Hollstein, W. (1994). Veränderung der Männlichkeit. *Imagination - Österreichische Gesellschaft für Angewandte Tiefenpsychologie, 161* (1), 31-38.

Hollstein, W. (2001). *Potent werden. Das Handbuch für Männer. Liebe, Arbeit, Freundschaft und der Sinn des Lebens*. Bern: Huber.

Huber, A. A. (Hrsg.). (2005). *Vom Wissen zum Handeln. Ansätze zur Überwindung der Theorie-Praxis-Kluft in Schule und Erwachsenenbildung*. Tübingen: Huber.

Hurrelmann, K. & Laaser, U. (1998). Entwicklung und Perspektiven der Gesundheitswissenschaften. In K. Hurrelmann & U. Laaser (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (S. 17–45). Weinheim und München: Juventa.

Huy, Q. N. (2001). In the praise of middle managers. *Harvard Business Review, 79* (8), 70-80.

Jacob, R., Eirmbter, W. & Hahn, A. (1999). Laienvorstellungen von Krankheit und Therapie: Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativbefragung. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 7* (3), 105-119.

Jacobi, G. H. (Hrsg.). (2003). *Praxis der Männergesundheit*. Stuttgart: Thieme.

John, U., Hanke, M., Meyer, C. & Freyer-Adam, J. (2017). Alkohol. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.), *DHS Jahrbuch Sucht 2017* (S. 35-50). Lengerich: Pabst.

Johnson, N.J., Backlund, E., Sorlie, P. D. & Loveless, C. A. (2000). Martial status and mortality. the national longitudinal mortality study. *Annals of Epidemiology, 10* (4), 224-238.

Jordan, S. & Lippe, E. v. d. (2013). Teilnahme an verhaltenspräventiven Maßnahmen. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt, 56,* 878-884.

Kaczmarek, M. & Skrzypczak, M. (2002). Do aging mal symptoms affect subjective feeling of well-being? *Variability and Evolution, 10,* 39-53.

Kasten, H. (2003). *Weiblich – Männlich. Geschlechterrollen durchschauen*. München: Reinhardt.

Kelly, G.A. (1955/2008). *The psychology of personal constructs*. New York: Trevor Butt.

Klein, A. (2007). *Gesundheitsverhalten. Ein Vergleich von öffentlicher und fachlicher Meinung*. Dissertation, Ernst-Moritz-Arndt Universität Greifswald. Greifswald.

Klein, S. L. (2004). Hormonal and immunological mechanisms mediating sex differences in parasite infections. *Parasite Immunology, 26,* 247-264.

Klesse, R., Sonntag, U., Brinkmann, M. & Maschewsky-Schneider, U. (1992). *Gesundheitshandeln von Frauen: Leben zwischen Selbst-Losigkeit und Selbst-Bewusstsein*. Frankfurt am Main: Campus.

Klinge, I. (2007a). Gender-basic: Promoting integration of sex and gender aspects in biomedical and health-related research. *Gender Medicine, 4 (Supplement B) Special Issue,* 59-193.

Klinge, I. (2007b). Bringing gender expertise to biomedical and health-related research. *Gender Medicine, 4 (Supplement B) Special Issue,* 59-63.

Klotz, T. (1998). *Der frühe Tod des starken Geschlechts*. Göttingen: Cuvillier.

Kluge, S. (1999). *Empirisch begründete Typenbildung: Zur Konstruktion von Typen und Typologien in der qualitativen Sozialforschung*. Opladen: Leske + Budrich.

Kluge, S. (2000). Empirisch begründete Typenbildung in der qualitativen Sozialforschung. *FQS, Vol. 1* (No. 1), Art. 14. Verfügbar unter: http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1124/2498 [13.05.09].

Knoll, N., Scholz, U. & Rieckmann, N. (2005). *Einführung in die Gesundheitspschologie*. München und Basel: Ernst Reinhardt.

Kolip, P. (2012). Frauen und Männer. In F. W. Schwartz, U. Walter, J. Siegrist & P. Kolip (Hrsg.), *Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen*. 3. Aufl. (S. 669–680). München: Urban; Urban & Fischer in Elsevier.

Kolip, P. & Altgeld, T. (2006). Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention: Ein Beitrag zur Qualitätsverbesserung im Gesundheitswesen. In P. Kolip & T. Altgeld (Hrsg.), *Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis* (S. 15–26). Weinheim und München: Juventa.

Kolip, P. & Hurrelmann, K. (2002). Geschlecht - Gesundheit - Krankheit: Eine Einführung. In K. Hurrelmann & P. Kolip (Hrsg.), *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich* (S. 13–31). Bern: Hans Huber.

Kolip, P. & Hurrelmann, K. (2016). Geschlecht und Gesundheit: eine Einführung. In P. Kolip & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Handbuch Geschlecht und Gesundheit. Männer und Frauen im Vergleich* (2. überarb/erw. Aufl., S. 8-18). Bern: Hogrefe.

Kolip, P., Wydler, H. & Abel, T. (2006). Gesundheit: Salutogenese und Kohärenzgefühl: Einleitung und Überblick. In H. Wydler, P. Kolip & T. Abel (Hrsg.), *Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie*

und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts. 3. Aufl. (S. 11–20). Weinheim und München: Juventa.

Koos, E. (1954). *The health of Regionville*. New York: Columbia University Press.

Krantz, G. & Östergren, P. (2004). Does it make sense in a coherent way? Determinants of sense of coherence in Swedish women 40 to 50 years of age: Determinants of sense of coherence in Swedish women 40 to 50 years of age. *International Journal of Behavioral Medicine, 11* (1), 18-26.

Kraus, W. (2000). Identitäten zum Reden bringen. Erfahrungen mit qualitativen Ansätzen in einer Längsschnittstudie. *FQS, Vol. 1* (No. 2), Art. 15. Verfügbar unter: http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1084/2366 [22.07.09].

Krause, A., Dorsemagen, C., Stadlinger, J. & Baeriswyl (2012). Indirekte Steuerung und interessierte Selbstgefährdung: Ergebnisse aus Befragungen und Fallstudien. Konsequenzen für das Betriebliche Gesundheitsmanagement. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & M. Meyer (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2012. Gesundheit in der flexiblen Arbeitswelt. Chancen nutzen - Risiken minimieren* (S. 191-202). Berlin: Springer.

Kreitz, R. (2010). Zur Beziehung von Fall und Typus. In J. Ecarius & B. Schäffer (Hrsg.), *Typenbildung und Theoriegenerierung. Methoden und Methodologien qualitativer Biographie- und Bildungsforschung* (S. 91–111). Opladen/Farmington Hills: Budrich Barbara.

Krug, S., Jordan, S., Mensink, G.B.M., Müters, S., Finger, J. D. & Lampert, T. (2013). Körperliche Aktivität. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt, 53,* 765-771.

Kuckartz, U. (2007). *Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten* (2. akt./erw. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Kühn, T. & Witzel, A. (2000). Der Gebrauch einer Textdatenbank im Auswertungsprozess problemzentrierter Interviews. *FQS, Vol. 1* (No. 3), Art. 18. Verfügbar unter: http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1035/2238 [25.05.09].

Kuhlmann, E. (1996). *Subjektive Gesundheitskonzepte: Eine empirische Studie mit Professorinnen und Professoren*. Lit: Münster.

Kuhlmann, E. (2009). From women's health to gender mainstreaming and back again: Linking feminist agendas and health policy. *Current Sociology, 57,* 135-154.

Kuhlmann, E. (2016). Gendertheorien. In P. Kolip & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Handbuch Geschlecht und Gesundheit. Männer und Frauen im Vergleich* (2. überarb/erw. Aufl., S. 20-33). Bern: Hogrefe.

Kuhlmann, E. & Annandale, E. (2015). Gender and healthcare policy. In E. Kuhlmann, I. L. Bourgeault, R. B. Blank & C. Wendt (Hrsg.), *The Palgrave International Handbook of Healthcare Policy and Governance* (S. 578-596). Basingstoke: Palgrave.

Kuhlmann, E. & Kolip, P. (1998). Subjektive Gesundheitskonzepte: Welche Rolle spielen Beruf und Geschlecht? *Gesundheitswissenschaften, 6* (1), 44-57.

Kuhlmann, E. & Kolip, P. (Hrsg.). (2005). *Gender & Public Health. Grundlegende Orientierungen für Forschung Praxis und Politik*. Weinheim und München: Juventa.

Kuntz, B., Zeiher, J. & Lampert, T. (2017). Tabak - Zahlen und Fakten zum Konsum. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.), *DHS Jahrbuch Sucht 2017* (S. 51-84). Lengerich: Pabst.

Labisch, A. (2000). "Gesundheit" im Wandel der Zeiten. Zur Geschichte und Theorie des Problems "Medizin in der Gesellschaft". In Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. (Hrsg.), *Gesundheit: Strukturen und Handlungsfelder* (I 1, S. 1–50). Neuwied und Krieftel: Luchterhand.

Labisch, A. & Woelk, W. (1998). Geschichte der Gesundheitswissenschaften. In K. Hurrelmann & U. Laaser (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (S. 49–89). Weinheim und München: Juventa.

Lademann, J. & Kolip, P. (2008). Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. In B. Badura, H. Schröder & C. Vetter (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2007. Arbeit, Geschlecht und Gesundheit* (S. 5-20). Heidelberg: Springer.

Lagro-Jannsen, T. (2012). Sex, gender and health. developments in medical research. In E. Kuhlmann & E. Annandale (Hrsg.), *The Palgrave Handbook of Gender and Healthcare* (2nd ed., S. 439-454). Basingstoke: Palgrave.

Langer, A. (2009). *Mittleres Management. Getriebene oder Treiber von wertorientierter Unternehmensführung?* Dresden: VDM.

Lehner, E. (2004). „Männer stellen Arbeit über die Gesundheit“: Männliche Lebensinszenierungen und Wunschrollenbilder. In T. Altgeld (Hrsg.), *Männergesundheit. Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention*. 1. Aufl. (Juventa-Materialien, S. 49–63). Weinheim: Juventa.

Lamnek, S. (2005). *Qualitative Sozialforschung: Ein Lehrbuch* (4. vollst. überarb. Aufl., [Nachdr.]. Weinheim: Beltz.

Lampert, T. & Kuntz, B. (2015). Tabak - Zahlen und Fakten zum Konsum. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 2015* (S. 72-101). Lengerich: Pabst.

Lampert, T., Lippe, E. v. d. & Müters, S. (Bundesgesundheitsblatt, Hrsg.). (2013). *Verbreitung des Rauchens in der Erwachsenenbevölkerung in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1).* 56. Verfügbar unter: https://edoc.rki.de/oa/articles/reOZq3ixOGRrQ/PDF/228PlqRb19pJAU.pdf [08.08.17].

Lange, C. & Kolip, P. (2016). Geschlechterunterschiede in Lebenserwartung, Mortalität und Morbidität. In P. Kolip & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Handbuch Geschlecht und Gesundheit. Männer und Frauen im Vergleich* (2. überarb/erw. Aufl., S. 136-151). Bern: Hogrefe.

Lee, C. & Owens, R. G. (2002). *The Psychology of Men's Health*. Buckingham: Open University Press.

Lehner, E. (2004). „Männer stellen Arbeit über die Gesundheit“. Männliche Lebensinszenierungen und Wunschrollenbilder. In T. Altgeld (Hrsg.), *Männergesundheit. Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention* (Juventa-Materialien, 1. Aufl., S. 49-63). Weinheim: Juventa.

Lenz, H.-J. (2007). Zwischen Men's Studies und männlicher Verletzungsoffenheit. Zur kurzen Geschichte der Männerforschung in Deutschland. *FZG–Freiburger Zeitschrift für GeschlechterStudien (budrich-journals.de)* (21), 41-77. Verfügbar unter: www.budrich-journals.de/index.php/fgs/article/download/3329/2856 [13.11.17].

Leppin, A. (1994). *Bedingungen des Gesundheitsverhaltens: Risikowahrnehmung und persönliche Ressourcen*. Weinheim und München: Juventa.

Levant, R. F. & Pollack, W. S. (Hrsg.). (1995). *A new psychology of men*. New York: Basic Books.

Levinson, D. J. (1979). *Das Leben des Mannes. Werdenkrisen, Wendepunkte, Entwicklungschancen*. Köln: Kiepenheuer & Witsch.

Linde, I. von der. (2007). *Männer in der Lebensmitte. Gesundheitsverhalten und berufliche Anforderungsbewältigung. Empirische Untersuchungen*. Dissertation. Hamburg: Dr. Kovac.

Lindström, B. & Eriksson, M. (2010). *The hitchhiker's guide to salutogensis: Salutogenic pathways to health promotion*. Helsinki.

Luy, M. (2012a). *Deutsch-österreichische Klosterstudie. Mortalitätsdifferenzen der Geschlechter.* Zugriff am. Verfügbar unter: http://www.klosterstudie.de/Klosterstudie_geschlechterdifferenzen.pdf [27.07.16].

Luy, M. (2012b). *Deutsch-österreichische Klosterstudie. Todesursachen der Klosterbevölkerung.* Verfügbar unter: http://www.klosterstudie.de/Klosterstudie_todesursachen.pdf [27.07.16].

Maihofer, A. (2006). Von der Frauen- und zur Geschlechterforschung: Ein bedeutsamer Perspektivenwechsel nebst aktuellen Herausforderungen an der Geschlechterforschung. In B. Aulenbacher, M. Bereswill, M. Löw, M. Meuser, G. Mordt, R. Schäfer et al. (Hrsg.), *FrauenMännerGeschlechterforschung. State of the Art* (S. 64–77). Münster: Westfälisches Dampfboot.

Mandl, H. (Hrsg.). (1997). *Schwerpunktthema Wissen und Handeln: Bericht über den 40. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in München 1996*. Göttingen: Hogrefe Verl. für Psychologie.

Mandl, H. & Gerstenmaier, J. (Hrsg.). (2000). *Die Kluft zwischen Wissen und Handeln: Empirische und theoretische Lösungsansätze*. Göttingen: Hogrefe.

Maschewsky-Schneider, U. (1986). Gesundheitshandeln und Lebensweisen von Frauen. *Frauenforschung, 4* (3), 83-96.

Maschewsky-Schneider, U., Greiser, E. & Helmert, U. (1988). Sind Frauen gesünder als Männer? Zur gesundheitlichen Lage der Frauen in der Bundesrepublik Deutschland. *Präventivmedizin, 33,* 173-180.

Maschewsky-Schneider, U., Sonntag, U., Klesse, R. & Brinkmann, M. (1992). Gesundheit für Frauen = Frauengesundheit? In P. Paulus (Hrsg.), *Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektiven für die psychosoziale Praxis* (S. 151-162). Köln: GwG-Verlag.

McAdams, D. P. (2001). Generativity in midlife. In M. E. Lachman (Hrsg.), *Handbook of the midlife development* (S. 395-443). New York: Wiley.

Mead, G. H. (1934/2017). *Geist, Identität und Gesellschaft. Aus der Sicht des Sozialbehaviorismus* (Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft, Bd. 28, 18. Aufl.). Frankfurt a.M: Suhrkamp.

Mensink, G. (2004). Essen Männer anders? In T. Altgeld (Hrsg.), *Männergesundheit. Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention* (Juventa-Materialien, 1. Aufl., S. 155-170). Weinheim: Juventa.

Mensink, G.B.M., Truthmann, J., Rabenberg, M., Heidemann, C., Haftenberger, M., Schienkiewitz, A. et al. (2013). Obst- und Gemüsekonsum in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt, 56,* 779-785.

Merbach, M. & Brähler, E. (2004). Daten zu Krankheiten und Sterblichkeit von Jungen und Männern. In T. Altgeld (Hrsg.), *Männergesundheit. Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention* (Juventa-Materialien, 1. Aufl., S. 67-84). Weinheim: Juventa.

Merbach, M. & Brähler, E. (2016). Geschlechterunterschiede bei psychischen Störungen. In P. Kolip & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Handbuch Geschlecht und Gesundheit. Männer und Frauen im Vergleich* (2. überarb/erw. Aufl., S. 240-251). Bern: Hogrefe.

Meuser, M. (2008). Ernste Spiele. Zur Konstruktion von Männlichkeit im Wettbewerb der Männer. In N. Baur & J. Luedtke (Hrsg.), *Die soziale Konstruktion von Männlichkeit. Hegemoniale und marginalisierte Männlichkeiten in Deutschland* (S. 33-44). Opladen: Budrich.

Meuser, M. (2010). *Geschlecht und Männlichkeit. Soziologische Theorie und kulturelle Deutungsmuster* (3. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Meyer, M. & Meschede, M. (2016). Krankheitsbedingte Fehlzeiten iin der deutschen Wirtschaft im Jahr 2015. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & M. Meyer (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2016. Unternehmenskultur und Gesundheit - Herausforderungen und Chancen* (S. 251-306). Berlin, Heidelberg: Springer.

Moll, K., Schmauder, M. & Kleindienst, C. (2000). Betrieb. In Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. (Hrsg.), *Gesundheit: Strukturen und Handlungsfelder* (S. VI 5). Neuwied und Krieftel: Luchterhand.

Moscovici, S. (1984). The phenomenon of social representations. In R. M. Farr & S. Moscovici (Hrsg.), *Social representations* (S. 3–69). Cambridge: Cambridge University Press.

Mullen, K. (1992). A question of balance: Health behaviour and work context among male Glaswegians. *Sociology of Health & Illness, 14* (1), 73-97.

Mummendey, H. D. (1983). Selbstkonzept. In D. Frey & G. Greif (Hrsg.), *Sozialpsychologie* (S. 281-285). München: Urban & Schwarzenberg.

Mummendey, H. D. (2006). *Psychologie des "Selbst". Theorien, Methoden und Ergebnisse der Selbstkonzeptforschung*. Göttingen: Hogrefe.

Mutzeck, W. (2002). Ressourcen Erschließende Beratung (REB) unter Verwendung Subjektiver Theorien. In W. Mutzeck, J. Schlee & D. Wahl (Hrsg.), *Psychologie der Veränderung. Subjektive Theorien als Zentrum nachhaltiger Modifikationsprozesse*. Dr. nach Typoskript. (Beltz Wissenschaft, S. 22–38). Weinheim: Beltz.

Naidoo, J. & Willis, J. (2010). *Lehrbuch der Gesundheitsförderung* (2 Aufl.). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Neuweg, G. H. (2004). *Könnerschaft und implizites Wissen: Zur lehr-lerntheoretischen Bedeutung der Erkenntnis- und Wissenstheorie Michael Polanyis* (3. Aufl.). Waxmann: Münster.

Nideröst, S. (2007). *Männer, Körper und Gesundheit. Somatische Kultur und soziale Milieus bei Männern* (Studien zur Gesundheits- und Pflegewissenschaft). Bern: Huber.

Nilsson, B., Holmgren, L., Segmayr, B. & Westman, G. (2003). Sense of coherence - stability over time a relation to health, disease, and psychosozial changes in a general population. a longitudinal study. *Scandinavian Journal of Public Health, 31* (4), 297-304.

Norman, P. & Conner, M. (2007). Predicting and Changing Health Behaviour: Future Directions. In M. Conner & P. Norman (Hrsg.), *Predicting Health Behaviour*. 2. Aufl. (S. 324–360). Berkshire: Open University Press.

Nurmi, J.-E. (1991). How do adolescents see their future? A review of the development of future orientation and planning. *Developmental Review* (11), 1-59.

Nurmi, J.-E. (1992). Age differences in adult life goals, concerns, and their temporal extension: A life course approach to future-oriented motivation. *International Journal of Behavioral Development* (15), 487-508.

OECD (2017). *Bildung auf einen Blick 2017. OECD-Indikatoren.* Verfügbar unter: https://www.bmbf.de/files/deutsch%20-%20final.pdf [13.09.17].

Pabst, A., Kraus, L., Gomes de Mates, E. & Piontek, D. (2013). Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. *Sucht, 59* (6), 321-331. Verfügbar unter: http://econtent.hogrefe.com/doi/full/10.1024/0939-5911.a000275 [15.08.17].

Pfaff, H., Ernstmann, N., Driller, E., Jung, J., Karbach, U., Kowalski, C. et al. (2011). Elemente einer Theorie der sozialen Gesundheit. In T. Schott & C. Hornberg (Hrsg.), *Die Gesellschaft und ihre Gesundheit* (S. 39-68). Wiesbaden: Springer.

Pangert, B. & Schüpbach, H. (2011). Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Führungskräften auf mittlerer und unterer Hierarchieebene. In B. Badura, A. Ducki, J. Klose & K. Macco (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2011* (S. 71-80). Berlin: Springer.

Payne, S. (2001). Smoke like a man, die like a man? A review of the relationship between gender, sex and lung cancer. *Social Science & Medicine, 53* (8), 1067-1080.

Peters, K. (2011). Indirekte Steuerung und interessierte Selbstgefährdung. Eine 180-Grad-Wende bei der betrieblichen Gesundheitsförderung. In N. Kratzer (Hrsg.), *Arbeit und Gesundheit im Konflikt. Analysen und Ansätze für ein partizipatives Gesundheitsmanagement* (S. 105-122). Berlin: Edition Sigma.

Peters, T. J. (1995). *Das Tom-Peters-Seminar. Management in chaotischen Zeiten*. Frankfurt: Campus-Verl.

Pfaff, H., Ernstmann, N., Driller, E., Jung, J., Karbach, U., Kowalski, C. et al. (2011). Elemente einer Theorie der sozialen Gesundheit. In T. Schott & C. Hornberg (Hrsg.), *Die Gesellschaft und ihre Gesundheit* (S. 39–68). Wiesbaden: Springer.

Pierret, J. (1988). What social groups think they can do about health. In R. Anderson, J. Davies & I. Kickbusch (Hrsg.), *Health behaviour research and health promotion* (S. 45–52). Oxford: Oxford University Press.

Piontek, D., Orth, B. & Kraus, L. (2017). Illegale Drogen - Zahlen und Fakten zum Konsum. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.), *DHS Jahrbuch Sucht 2017* (S. 107-112). Lengerich: Pabst.

Plagnol, A. C. & Easterlin, R. A. Aspirations, attainments, and satisfaction. Life cycle differences between American women and men. *Journal of Happiness Studies, 9,* 601-619.

Plaß, D., Fischer, F., Vinnemeier, A.-L. & Krämer, A. (2016). Geschlechterunterschiede bei Infektionskrankheiten. In P. Kolip & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Handbuch Geschlecht und Gesundheit. Männer und Frauen im Vergleich* (2. überarb/erw. Aufl., S. 170-181). Bern: Hogrefe.

Pleck, J. H. & Sawyer, J. (Hrsg.). (1974). *Men and Masculinity*. New York: Engelwood Cliffs.

Poppius, E. (2007). *The sense of coherence and health: The effects of the sense of coherence on risk of coronary heart disease, cancer, injuries and all-cause mortality*. Dissertation. Tampere. Verfügbar unter: http://urn.fi/urn:isbn:978-951-44-7009-7 [15.01.13].

Pross, H. (1978). *Die Männer - Eine repräsentative Untersuchung über die Selbstbilder von Männern und ihre Bilder von der Frau*. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt.

Radley, A. (1998). *Making sense of illness: The social psychology of health and disease* (Reprinted.). London: Sage.

Reuter, T. & Schwarzer, R. (2009). Verhalten und Gesundheit. In J. Bengel & M. Jerusalem (Hrsg.), *Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie* (Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie, S. 34–45). Göttingen: Hogrefe.

Ridder, P. (1985). Laienprozesse im Gesundheitssystem. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie, 33* (2), 139-151.

Rivers, W.H. (1924/2001). *Medicine, magic, and religion*. New York: Routledge.

Robert Koch Institut (RKI), Statistisches Bundesamt (Destatis). (2005). *Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter.* Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/mittleres_lebensalter.pdf?__blob=publicationFile [08.02.2006].

Robert Koch Institut (RKI), Statistisches Bundesamt (Destatis). (2006). *Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit in Deutschland.* Verfügbar unter: http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/gesundheitsbericht.pdf?__blob=publicationFile [31.08.13].

Robert Koch Institut (RKI). (2014). *Beiträge zur Berichterstattung des Bundes. Gesundheitliche Lage de Männer in Deutschland*. Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/maennergesundheit.pdf?__blob=publicationFile [18.01.2016].

Robert Koch Institut (RKI), Statistisches Bundesamt (Destatis). (2015). *Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit in Deutschland.* Verfügbar unter: http://www.gbe-bund.de/pdf/GESBER2015.pdf [22.04.2016].

Rohmert, W. (1984). Das Belastungs-Beanspruchungs-Konzept. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft, 38* (4), 193-200.

Rosenstock, I. (1966). Why people use health services. *Milbank Memorial Fund, 44,* 94-127.

Rutenfranz, J. & Rohmert, W. (1975). *Arbeitswissenschaftliche Beurteilung der Belastung und Beanspruchung an unterschiedlichen industriellen Arbeitsplätzen*. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung.

Rutherford, J. (1992). *Men's silences. Predicaments in masculinity* (Male orders). London: Routledge.

Sagy, S. & Antonovsky, H. (2000). The development of the sense of coherence: a retropektive study of early life experiences in the family. *The international journal of aging and human development, 51* (2), 155-166.

Saltonstall, R. (1993). Healthy bodies, social bodies. Men's and women's concepts and practices of health in everyday life. *Social Science and Medicine, 36* (1), 7-14.

Scheibler-Meissner, P. (2004). *Soziale Repräsentationen von Gesundheit und Krankheit im europäischen Vergleich*. Frankfurt am Main: Peter Lang.

Scheufelen, R. (2008). *Diagnose subjektiver Theorien als Grundlage der Strategieentwicklung*. Pro Business: Berlin.

Schnabel, P.-E. (2007). *Gesundheit fördern und Krankheit prävenieren: Besonderheiten, Leistungen und Potentiale aktueller Konzepte vorbeugenden Versorgungshandelns*. Weinheim und München: Juventa.

Schneider, C. M. (2006). Philosophische Überlegungen zu Aaron Antonovskys Konzept der Salutogenese. In H. Wydler, P. Kolip & T. Abel (Hrsg.), *Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts*. 3. Aufl. (S. 21–42). Weinheim und München: Juventa.

Scholz, S. (2008). Männlichkeit und Erwerbstätigkeit bei ostdeutschen Männern. In N. Baur & J. Luedtke (Hrsg.), *Die soziale Konstruktion von Männlichkeit. Hegemoniale und marginalisierte Männlichkeiten in Deutschland* (S. 105-122). Opladen: Budrich.

Scholz, U. & Schwarzer, R. (2005). Modelle der Gesundheitsverhaltensänderung. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 389–405). Göttingen: Hogrefe.

Schoor, B. van, Seyda, S. (Roman Herzog Institut, Hrsg.). (2011). *Die individuelle Perspektive. Die Zufriedenheit von Männern und Frauen mit Familie und Beruf. Wie viel Familie verträgt die moderne*

Gesellschaft? Verfügbar unter: https://www.romanherzoginstitut.de/publikationen/detail/wie-viel-familie-vertraegt-die-moderne-gesellschaft.html [05.12.17].

Schütz, A. (1974/2004). *Der sinnhafte Aufbau der sozialen Welt*. Konstanz: UVK.

Schulze, C. & Welters, L. (1998). Geschlechts- und altersspezifisches Gesundheitsverständnis. In U. Flick (Hrsg.), *Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit* (S. 88-104). Weinheim: Juventa.

Schwartz, F. W., Siegrist, J. & Troschke, J. von. (1998). Wer ist gesund? Wer ist krank? Wie gesund bzw. krank sind Bevölkerungen? In F. W. Schwartz, Badura B., Leidl R., Raspe H. & Siegrist J. (Hrsg.), *Das Public Health Buch. Gesundheit uns Gesundheitswesen* (S. 8–31). München: Urban & Schwarzenberg.

Schwarzer, R. (2004). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Einführung in die Gesundheitspsychologie* (3., überarb. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

Schwarzer, R. (Hrsg.). (2005). *Gesundheitspsychologie*. Göttingen: Hogrefe.

Schwarz-Govaers, R. (2005). Wissen und Handeln in der Berufsbildung von Pflegekräften. In A. A. Huber (Hrsg.), *Vom Wissen zum Handeln. Ansätze zur Überwindung der Theorie-Praxis-Kluft in Schule und Erwachsenenbildung*. 1. Aufl. (S. 21–34). Tübingen: Huber.

Sedlmeier, P. & Renkewitz, F. (2008). *Forschungsmethoden und Statistik in der Psychologie*. München: Pearson; Pearson Studium.

Sharman, Z. & Johnson, J. (2012). Towards the inclusion of gender and sex in health research and funding. An institutional perspective. *Social Science & Medicine, 74* (11), 1812-1816.

Shavelson, R. J., Hubner, J. J. & Stanton, G. C. (1976). Self-concept. Review of Educational Research. Validation of construct interpretations, *46,* 407-441.

Sheldon, K. M. & Kasser, T. Getting older, getting better? Personal strivings and personality development across life-course. *Developmental Psychology, 2001* (37), 491-501.

Siegler, R., Eisenberg, N., DeLoache, J. & Saffran, J. (2016). *Entwicklungspsychologie im Kindes- und Jugendalter* (4. Aufl.). Berlin, Heidelberg: Springer.

Siegrist, J. (2010). Gesundheitsrisiken aus der Arbeitswelt und gesundheitsrelevante Verhaltensweise. In D. Bardehle & M. Stiehler (Hrsg.), *Erster Deutscher Männergesundheitsbericht. Ein Pilotbericht* (S. 72-86). Zuckerschwerdt: Bobingen.

Siemann, A. (2012). *Die Rolle des mittleren Managements. Führung, Hierarchie und Veränderung*. Wiesbaden: Springer Gabler.

Sieverding, M. (1988, Mai). *Was ist dran an der These der "androgynen Revolution"? Erwartungen an Idealpartner und Partnerschaft bei Berliner Studenten und Studentinnen*. Berliner Wissenschaftlerinnen stellen sich vor, Berlin. Verfügbar unter: http://www.mvbz.fu-berlin.de/service/mediathek/pdf-sammlungen/berliner_wissenschaftlerinnen_1988-1999/pdf/Nr_02_Sieverding_1988.pdf [14.09.17].

Sieverding, M. (1992). Weiblichkeit - Männlichkeit und psychische Gesundheit. In E. Brähler (Hrsg.), *Weiblichkeit, Männlichkeit und Gesundheit. Medizinpsychologische und psychosomatische Untersuchungen* (S. 33-63). Opladen: Westdeutscher Verlag.

Sieverding, M. (2004). Achtung! Die männliche Rolle gefährdet Ihre Gesundheit! *Psychomed, 16* (1), 25-30. Verfügbar unter: http://www.rki.de/cln_006/nn_226928/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/Tagungen/GenderMainstream/Materialien/psychomed,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/psychomed [06.02.06].

Sieverding, M. (2005). Geschlecht und Gesundheit. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 55-70). Göttingen: Hogrefe.

Sieverding, M. & Alfermann, D. (1992). Geschlechtsrollen und Geschlechtsstereotype. Instrumentelles (maskulines) und expressives (feminines) Selbstkonzept: ihre Bedeutung für die Geschlechtsrollenforschung. *Zeitschrift für Sozialpsychologie* (23), 6-15.

Sniehotta, F. & Schwarzer, R. (2003). Modellierung der Gesundheitsverhaltensänderung. In M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.), *Psychologische Gesundheitsförderung. Diagnostik und Prävention* (S. 677–694). Göttingen: Hogrefe.

Solstad, K. & Garde, K. (1992). Middle-aged Danish men's ideas of a male climacteric - and of the female climacteric. *Maturitas, 15,* 7-16.

Sommer, F. (2010). Wie überzeugt man Männer, gesünder zu leben? *Psychologie Heute,* 54-55.

Sonntag, U. & Blättner, B. (1998). Gesundheitshandlen von Frauen und Männern: Eine Literaturrecherche. In GesundheitsAkademie & Landesinstitut für Schule und Weiterbildung NRW (Hrsg.), *Die Gesundheit der Männer ist das Glück der Frauen?* (S. 149–238). Frankfurt am Main: Mabuse.

Spence, J. T., Helmreich, R. & Stapp, J. (1975). Ratings of self and peers on sex role attributes and their relation to self-esteem and conceptions of masculinity and femininity. *Journal of Personality and Social Psychology, 32* (1), 29-39.

Spruijt E., Duindam, V. (2003). Das Wohlbefinden der Väter und die Wochenarbeitszeit der Mütter. *Zeitschrift für Familienforschung, 15* (2), 105-119.

Starker, A. & Saß, A.-C. (2013). Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 56* (5-6), 858-867.

Staudinger, U. M., Freund, A., Linden, M. & Maas, I. (2010). Selbst, Persönlichkeit und Lebensgestaltung: Psychologische Widerstandsfähigkeit und Vulnerabilität. In U. v. Lindenberger, J. Smith, K. U. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie* (3., erw. Aufl., S. 345-374). Berlin: Akademie Verlag.

Steffen, T. (2002). Masculinities/Maskulinitäten. Gender Studies and its Mal(e)Contents. In T. Steffen (Hrsg.), *Masculinities- Maskulinitäten. Mythos - Realität - Repräsentation - Rollendruck* (S. 270-287). Stuttgart/ Weimar: Metzler.

Stein, B. (2011). Salutogenese - ein Konzept gesunder Lebensführung? In H.-W. Hoefert (Hrsg.), *Gesunde Lebensführung. Kritische Analyse eines populären Konzepts* (S. 73–84). Bern: Huber.

Steinke, I. (2005). Gütekriterien qualitativer Forschung. In U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (4. Aufl., S. 319-331). Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt.

Strittmatter, R. (1995). *Alltagswissen von Gesundheit und gesundheitliche Perspektivfaktoren*. Frankfurt am Main: Lang.

Surtees, P., Wainwright, N., Luben, R., Khaw, K.-T. & Day, N. (2003). Sense of Coherence and Mortality in Men and Women in the EPIC-Norfolk United Kingdom Perspektive Cohort Study. *American Journal of Epidemiology, 158,* 1202-1209.

Sutton, S. (2007). Stage Theories of Health Behaviour. In M. Conner & P. Norman (Hrsg.), *Predicting Health Behaviour*. 2. Aufl. (S. 223–275). Berkshire: Open University Press.

Teubner, U. & Wetterer, A. (1999). Soziale Konstruktion transparent gemacht. Eine Einleitung. In J. Lorber (Hrsg.), *Gender-Paradoxien* (S. 9-29). Opladen: Leske + Budrich.

Tietze, K. W. & Bartholomeyczik, S. (1993). Epidemiologie von Gesundheit und Krankheit. In K. Hurrelmann & U. Laaser (Hrsg.), *Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis* (S. 137–154). Weinheim und Basel: Beltz.

Tippelt, R. (2010). Idealtypen konstruieren und Realtypen verstehen: Merkmale einer Typenbildung. In J. Ecarius & B. Schäffer (Hrsg.), *Typenbildung und Theoriegenerierung. Methoden und Methodologien qualitativer Biographie- und Bildungsforschung* (S. 115–126). Opladen/Farmington Hills: Budrich Barbara.

Tolhurst, R., Leach, B., Price, J., Robinson, J., Ettore, E., Scott-Samuel, A. et al. (2012). Intersectionality an gender mainstreaming in international health. *Social Science & Medicine, 74,* 1825-1832.

Troschke, J. von. (1998). Gesundheits- und Krankheitsverhalten. In K. Hurrelmann & U. Laaser (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (S. 371–394). Weinheim und München: Juventa.

Verbrugge, L. M. (1985). Gender and health. An debate on hypotheses and evidence. *Journal of Health and Social Behavior, 26,* 156-182.

Vester, M., Oertzen, P., Geiling, H., Hermann, T. & Müller, D. (2001). *Soziale Milieus im gesellschaftlichen Strukturwandel: Zwischen Integration und Ausgrenzung*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Vogt, I. (1998). Psychologische Grundlage der Gesundheitswissenschaften. In K. Hurrelmann & U. Laaser (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (S. 117–144). Weinheim und München: Juventa.

Waldron (1997). Changing Gender Roles and Gender Differences in Health Behavior. In D. S. Gochman (Hrsg.), *Handbook of health behavior research. Personal and Social Determinants* (Bd. 1, S. 303-328). New York: Plenum Press.

Walgenbach, P. (1994). *Mittleres Management. Aufgaben - Funktionen - Arbeitsverhalten*. Wiesbaden: Gabler.

Waller, H. (2006). *Gesundheitswissenschaften: Eine Einführung in Grundlagen und Praxis* (4. überarb./erw. Aufl). Stuttgart: Kohlhammer.

Wartenberg, S. (2011). Männer als "Gesundheitsidioten"? Erster Männergesundheitsbericht. *Ernährung im Fokus, 11* (1), 18-19.

Weber, M. (2005). *Wirtschaft und Gesellschaft: Grundriss der verstehenden Soziologie*. Neu Isenburg: Melzer.

Weichenrieder, M. (2012). *Gesundheitsvorstellungen und Gesundheitshandeln: Eine empirische Erhebung bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eines Automobilkonzerns* (1. Aufl.). : Bd. 58. Göttingen: Cuvillier (Dissertation).

Weinstein, N. (1980). Unrealistic optimism about future life events. *Journal of Personality and Social Psychology, 39,* 806-820.

Welbrink, A. & Franke, A. (2006). Zwischen Genuss und Sucht: das Salutogenesemodell in der Suchtforschung. In H. Wydler, P. Kolip & T. Abel (Hrsg.), *Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts*. 3. Aufl. (S. 43–57). Weinheim und München: Juventa.

West, C. & Zimmermann, D. (1991). Doing gender. In J. Lorber & S. A. Farrell (Hrsg.), *The Social Construction of Gender* (S. 13-37). Newbury Park: Sage.

Wethington, E. (2000). Expecting stress: Americans and the "midlife crisis". *Motivation and Emotion, 24,* 85-103.

Whitbourne, S. & Weinstock, C. S. (Hrsg.). (1982). *Die mittlere Lebensspanne*. München: Urban-Schwarzenberg.

Wiedemann, A., Marcher, A., Wegner-Siegmundt, C., Di Giulio, P. & Luy, M. (Wittgenstein Centre for Demography and Global Human Capital & Vienna Institute of Demography/ Austrian Academy of Sciences, Hrsg.). (2014). *Der Gesundheits-Survey der Klosterstudie. Daten- und Methodenbericht zu Welle 1.* Forschungsbericht Nr. 37. Verfügbar unter: http://www.oeaw.ac.at/fileadmin/subsites/Institute/VID/PDF/FB37.pdf [27.07.16].

Winter, M. (2012). Geschlechterunterschiede in der Medizin: Frauen, Männer und Gesundheit. In E. Brähler, B. Strauß, N. Birbaumer, D. Frey, J. Kuhl, W. Schneider et al. (Hrsg.), *Grundlagen der medizinischen Psychologie* (S. 431-460). Göttingen: Hogrefe.

Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B. et al. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European neuropsychopharmacology: the journal of the European College of Neuropsychopharmacology, 21* (9), 655-679.

Wittig, U. (2008). *Was bedeutet für Sie Gesundheit? Die Vorstellungen von Gesundheit bei SpätaussiedlerInnen*. Dissertation, Universität Leipzig. Leipzig

Witzel, A. (1989). Das problemzentrierte Interview. In G. Jüttemann (Hrsg.), *Qualitative Forschung in der Psychologie. Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder* (S. 227–257). Heidelberg: Asanger.

Witzel, A. (1996). Auswertung problemzentrierter Interviews.: Grundlagen und Erfahrungen. In R. Strobl & A. Böttger (Hrsg.), *Wahre Geschichten? Zu Theorie und Praxis qualitativer Interviews*. 1. Aufl. (S. 49–76). Baden-Baden: Nomos.

Witzel, A. (2000). Das problemzentrierte Interview. *FQS, Vol. 1* (No. 1), Art. 22. Verfügbar unter: http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1132/2520 [22.07.09].

Witzke, M. (2010). Konstruktivistische Implikationen von Theoriegenerierung mit Blick auf Typenbildung am Beispiel des MoKKiE-Projektes. In J. Ecarius & B. Schäffer (Hrsg.), *Typenbildung und Theoriegenerierung. Methoden und Methodologien qualitativer Biographie- und Bildungsforschung* (S. 233–247). Opladen/Farmington Hills: Budrich Barbara.

Wolff, S. (2005). Wege ins Feld und ihre Varianten. In U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. 4. Aufl. (S. 334–349). Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt.

World Health Organisation. (1948). *Constitution of the World Health Organisation*. Verfügbar unter: http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf [22.11.11].

World Health Organisation. (1998). *Health Promotion Glossary*. Verfügbar unter: http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf [10.09.12].

Zemann, A. (1997). Richtige Männer. Eine Analyse männlicher Identitäten im Lichte der Theorie Bourdieus. *Psychologie und Gesellschaftskritik, 21* (3/4), 53-76. Verfügbar unter: http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168- ssoar-19637 [15.11.17].

Zemp-Stutz, E. (2004). Einleitung. In P. Camenzind & C. Meier (Hrsg.), *Gesundheitskosten und Geschlecht. Eine genderbezogene Datenanalyse für die Schweiz* (S. 21–31). Bern: Huber.

Ziegelmann, J., Lippke, S. & Schwarzer, R. (2006). Adoption and maintenance of physical activity: Planning interventions in young, middle-aged, and older adults. *Psychology & Health, 21* (145-163).

9 Anhang

Anhang: Abbildungsverzeichnis

Abb. I:	*Subjektive Gesundheitstheorien (Faltermaier et al., 1998, 100)*	*ii*
Abb. II:	*Die drei häufigsten Todesursachen von Männern im Jahr 2012 nach Altersgruppen (RKI, 2014)*	*iii*
Abb. III:	*Die drei häufigsten Todesursachen von Frauen im Jahr 2012 nach Altersgruppen (RKI, 2014)*	*iii*
Abb. IV:	*Entwicklung der todesursachenspezifischen Sterblichkeit ab 45 Jahren männliche Allgemeinbevölkerung zu Mönchen, Sterbefälle je 100.000 Personen (altersstandardisiert), 1955-1995 (Luy, 2012b)*	*iv*
Abb. V:	*Entwicklung der todesursachenspezifischen Sterblichkeit ab 45 Jahren weibliche Allgemeinbevölkerung zu Nonnen, Sterbefälle je 100.000 Personen (altersstandardisiert), 1955-1995 (Luy, 2012b)*	*iv*
Abb. VI:	*Fragebogen – Persönliche Angaben (Eigene Darstellung)*	*v*
Abb. VII:	*Leitfaden (modifiziert nach Faltermaier et al., 1998)*	*ix*
Abb. VIII:	*Transkriptionsregeln - Abteilung Gesundheitsbildung und Gesundheitspsychologie (Europa Universität Flensburg)*	*x*
Abb. IX:	*Kategorienbaum erstellt in Maxqda 11 (Eigene Darstellung)*	*xi*
Abb. X:	*Kategorie Gesundheitsvorstellungen mit Subkategorien (Eigene Darstellung)*	*xii*
Abb. XI:	*Kategorie Gesundheitshandeln mit Subkategorien (Eigene Darstellung)*	*xiii*
Abb. XII:	*Kategorie Männliche Geschlechtsrolle, Gesundheitliche Kontextinformationen, Interviewerwahrnehmung und Nullgehalt (Eigene Darstellung)*	*xiii*
Abb. XIII:	*Kategorie Leistungsbezogenes Selbstkonzept, Körperkonzept und Emotionales Selbstkonzept mit Subkategorien (Eigene Darstellung)*	*xiv*
Abb. XIV:	*Kategorie Soziales Selbstkonzept mit Subkategorien (Eigene Darstellung)*	*xv*

Anhang: Tabellenverzeichnis

Tab. I:	*Ausprägungen der Typen (Eigene Darstellung)*	*xvi*

Einflussprozesse (negativ/positiv)	Einflussbereiche (negativ/positiv)							
	Konstitution/Disposition		**Lebensweise**		**Umwelt**		**Alter/Schicksal**	
	Körperlich: Stärken, Schwächen	Psychisch: Persönlichkeit, Stärke, Kohärenzgefühl	Handeln: Ernährung, Bewegung, Genussmittel, Entspannen	Erleben: Stress, Ärger, Ruhe, Erfolge, Herausforderung	Sozial: Arbeit, Familie, Experten	Ökologisch: Industrie, Natur, Umweltnoxen	Alter: Biologischer Altersabbau	Schicksal: Zufall, Vorbestimmung
a. Belastungen/Risiken/Noxen gefährden Gesundheit:								
a 1:Externe Risiken								
a 2:Risikofaktoren/-verhalten								
b. Schwächung/Stärkung externer, interner Ressourcen								
c. Ausgleich Risiken/ Herstellung Gleichgewicht:								
c1: Ausgleich von Risiken								
c2: Harmonie (körperlich/ psychisch/sozial)								
d. Schicksalhaftes Eintreten von Krankheit								

Abb. XXVI: Subjektive Gesundheitstheorien (Faltermaier et al., 1998, 100)

Männer				
Alters-gruppe (Jahre)	ICD-10	Anzahl Sterbefälle je 100.000 Einwohner	Anzahl absolut	Anteil (%)
15–24				
	T07 Nicht näher bezeichnete multiple Verletzungen	5,9	274	14,1
	T71 Erstickung	4,2	194	10,0
	S06 Intrakranielle Verletzung	4,1	189	9,7
25–34				
	T71 Erstickung	6,8	347	11,4
	T07 Nicht näher bezeichnete multiple Verletzungen	4,7	240	7,9
	R99 Sonstige ungenau oder nicht näher bezeichneten Todesursachen	3,4	171	5,6
35–44				
	T71 Erstickung	8,5	472	6,8
	I21 Akuter Myokardinfarkt	7,0	392	5,6
	R99 Sonstige ungenau oder nicht näher bezeichnete Todesursachen	6,8	380	5,5
45–54				
	I21 Akuter Myokardinfarkt	29,8	2.067	8,2
	C34 Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	29,2	2.028	8,1
	K70 Alkoholische Leberkrankheit	20,7	1.436	5,7
55–64				
	C34 Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	114,7	5.993	11,9
	I21 Akuter Myokardinfarkt	76,8	4.012	8,0
	I25 Chronische ischämische Herzkrankheit	45,4	2.373	4,7
>= 65				
	I25 Chronische ischämische Herzkrankheit	435,2	31.732	9,7
	I21 Akuter Myokardinfarkt	307,6	22.427	6,9
	C34 Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	294,4	21.467	6,6

Abb. XXVII: Die drei häufigsten Todesursachen von Männern im Jahr 2012 nach Altersgruppen (RKI, 2014, 17)

Frauen				
Alters-gruppe (Jahre)	ICD-10	Anzahl Sterbefälle je 100.000 Einwohner	Anzahl absolut	Anteil (%)
15–24				
	S06 Intrakranielle Verletzung	1,6	71	9,2
	T07 Nicht näher bezeichnete multiple Verletzungen	1,6	69	8,9
	T71 Erstickung	0,9	39	5,0
25–34				
	C50 Bösartige Neubildung der Brustdrüse	1,5	74	5,6
	R99 Sonstige ungenau oder nicht näher bezeichneten Todesursachen	1,3	65	4,9
	T07 Nicht näher bezeichnete multiple Verletzungen	1,1	55	4,1
35–44				
	C50 Bösartige Neubildung der Brustdrüse	10,3	552	14,5
	C34 Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	3,3	176	4,6
	R99 Sonstige ungenau oder nicht näher bezeichneten Todesursachen	2,7	147	3,9
45–54				
	C50 Bösartige Neubildung der Brustdrüse	25,8	1.731	12,7
	C34 Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	21,2	1.423	10,4
	K70 Alkoholische Leberkrankheit	8,1	545	4,0
55–64				
	C34 Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	60,0	3.214	12,0
	C50 Bösartige Neubildung der Brustdrüse	52,4	2.804	10,5
	I21 Akuter Myokardinfarkt	20,8	1.115	4,2
>= 65				
	I25 Chronische ischämische Herzkrankheit	372,8	35.962	8,9
	I50 Herzinsuffizienz	314,5	30.340	7,5
	I21 Akuter Myokardinfarkt	227,4	21.937	5,4

Abb. XXVIII: Die drei häufigsten Todesursachen von Frauen im Jahr 2012 nach Altersgruppen (RKI, 2014, 18)

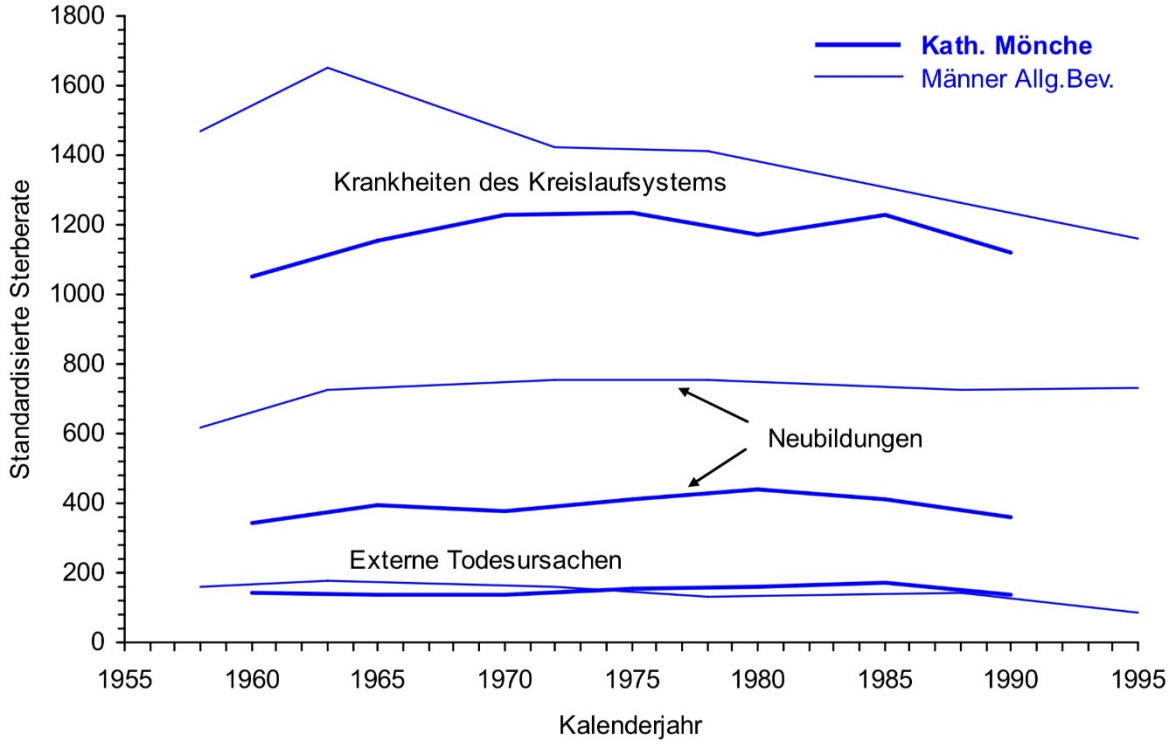


Abb. IV: Entwicklung der todesursachenspezifischen Sterblichkeit ab 45 Jahren männliche Allgemeinbevölkerung zu Mönchen, Sterbefälle je 100.000 Personen (altersstandardisiert), 1955-1995 (Luy, 2012b, 5)

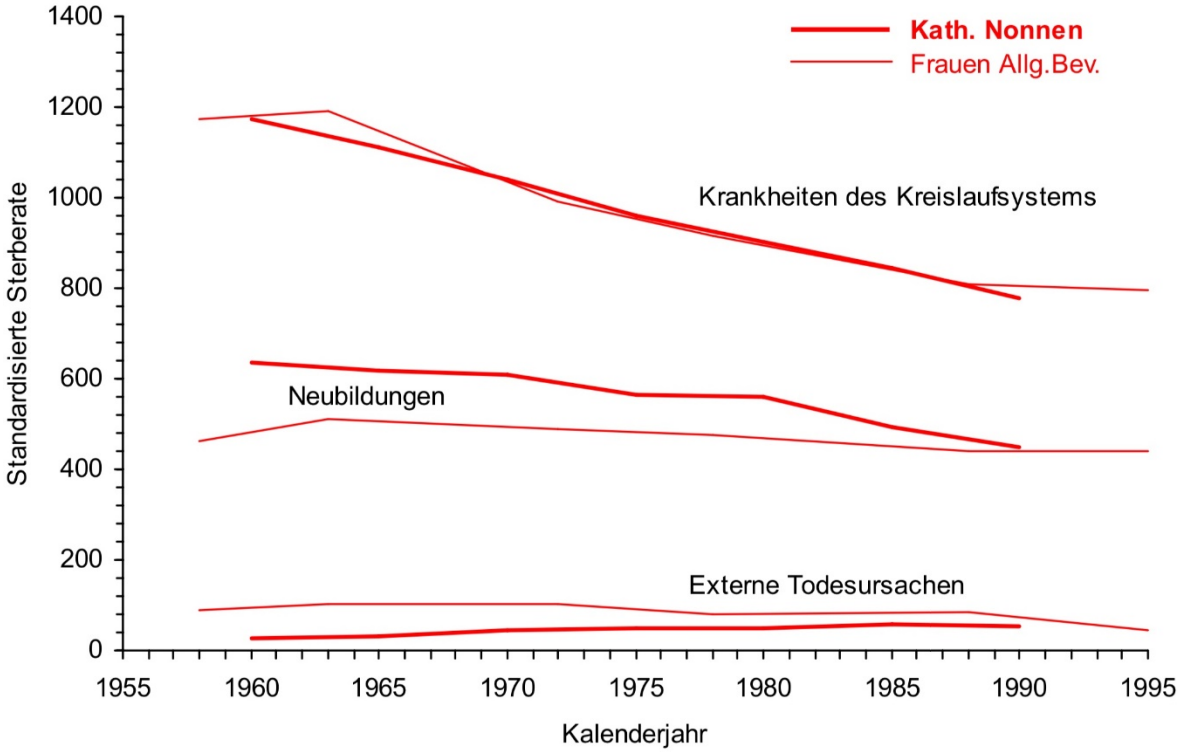


Abb. V: Entwicklung der todesursachenspezifischen Sterblichkeit ab 45 Jahren weibliche Allgemeinbevölkerung zu Nonnen, Sterbefälle je 100.000 Personen (altersstandardisiert), 1955-1995 (Luy, 2012b, 5)

Persönliche Angaben

Ort, Datum: Interview-Nr.: Interviewdauer: Interviewer:

Name:	**Bitte nennen Sie Ihren Familienstand.** ☐ Partnerschaft/Verheiratet ☐ Geschieden ☐ Ledig ☐ Verwitwet
Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich	**Ist Ihr Partner/In berufstätig?** ☐ Ja ☐ Nein
Wie alt sind Sie?	**Wie ist Ihre Partner/In beschäftigt?** ☐ Hauptberufliche Tätigkeit ganztags ☐ Hauptberufliche Tätigkeit halbtags ☐ Nebenberufliche Tätigkeit
Welchen Schulabschluss haben Sie? ☐ Hauptschule ☐ Fachoberschule ☐ Realschule ☐ Abitur	**Haben Sie Kinder?**
Haben Sie einen Hochschulabschluss? ☐ Ja Abschluss:_____ ☐ Nein	**Wie viele Kinder haben Sie?**
In welchem Unternehmen sind Sie tätig?	**Wie alt sind Ihre Kinder?**
Bitte geben Sie Ihren Beruf und Ihre Position im Unternehmen an.	**Wie schätzen Sie Ihren Gesundheitszustand ein?** ***Sehr gut mäßig schlecht sehr schlecht gut***
Bitte schätzen Sie Ihre Arbeitsstunden pro Woche ein. ☐ weniger als 20 ☐ 41 bis 60 ☐ 21 bis 40 ☐ mehr als 61	

Abb. XXIX: Fragebogen – Persönliche Angaben (Eigene Darstellung)

Leitfaden „Gesundheitshandeln von Männern in Unternehmen“

1. Anmerkungen zum Interviewleitfaden

An dieser Stelle werden die Vorüberlegungen dargestellt, die die Grundlage für die Auswertung und Interpretation der Interviews bilden. Sie werden im Interview nicht direkt angesprochen, bilden aber das gedankliche Gerüst, an dem sich der Interviewer bei der Durchführung orientiert.

Wir sehen unsere Interviewpartner als Experten ihrer eigenen Gesundheit und den damit verbundenen Aktivitäten.

Da wir die Annahme zugrunde legen, dass unsere Interviewpartner ihre eigenen Gesundheitsexperten sind, haben wir keine festgelegte Vorstellung davon, wie ein Gesundheitshandeln auszusehen hat. Vielmehr möchten wir die Gesundheitskonzepte, das Gesundheitshandeln der Interviewpartner möglichst eingehend erfassen.

Wir erfassen das Gesundheitskonzept auf allen Ebenen sowohl körperlich, seelisch, geistig als auch sozial.
Für die Erfassung der Gesundheitsvorstellungen und des Gesundheitshandelns schließen wir sowohl kognitive Bewertungen, Emotionen als auch motivationale Faktoren mit ein.
Wir wählen einen biografischen Einstieg, um die Interviewpartner frei erzählen zu lassen. Auf diese Weise erhalten die Interviewpartner die Möglichkeit individuelle Schwerpunkte zu setzen und eigene Verknüpfungen herzustellen. Hierauf aufbauend formuliert der Interviewer präzisierende und ergänzende Nachfragen. Verständnisfragen werden immer sofort gestellt, Nachfragen erst, wenn der Proband fertig gesprochen hat.

Der Interviewleitfaden enthält ausformulierte Fragen zu verschiedenen Themenbereichen. Werden Themen im Erzählfluss vom Interviewpartner bereits zu einem früheren Zeitpunkt beantwortet, kann der Interviewer diese Punkte auslassen bzw. Nachfragen stellen, falls wichtige Aspekte zu dem Thema fehlen.
Wird eine Erzählung vom Interviewpartner sehr allgemein gehalten, ist es wichtig, konkrete Beispiele zu erfragen.

Das Interview ist in 5 Phasen zum Thema Gesundheit eingeteilt. In den ersten beiden Phasen wird ein Bezug zu speziellen Lebensbereichen des Interviewpartners hergestellt, um hier einen Anknüpfungspunkt für das Thema Gesundheit zu finden. Hieran schließt sich eine Phase an, in der allgemein Bezug auf Gesundheit genommen wird, gefolgt von einer Phase, die sich mit Krankheiten und Beschwerden befasst. Abgeschlossen wird das Interview mit einer Phase, die direkt Bezug auf das Gesundheitshandeln nimmt und konkrete Ansatzpunkte neuer Handlungsmöglichkeiten erfragt.

Implizit im Interview enthalten ist das Thema Männergesundheit. Um der Abfrage von reinen Meinungen der Interviewpartner zu verhindern, haben wir uns entschieden, das Thema nur indirekt anzusprechen und eine konkrete Ansprache der männlichen Identität und des männlichen Selbstbildes auf konkrete Fragen zu beschränken. Wir wollen vielmehr über die biografische Perspektive und gezielte Nachfragen das männliche Selbstbild im Auswertungsprozess herausarbeiten.
Da wir davon ausgehen, dass in der Lebensphase des mittleren Erwachsenenalters eine erhöhte Sensibilität für das Thema Gesundheit bei Männern vorliegen könnte, z.B. durch eine sich häufende Zahl von Lebensereignissen, legen wir ein besonderes Augenmerk auf Umbrüche und Veränderungen, die vom Interviewpartner angesprochen werden.

Gleichzeitig achten wir darauf Widersprüche und Ungereimtheiten in der Erzählung des Interviewpartners zu thematisieren, um ihre Entstehung und Funktion im Gesundheitskonzept des Interviewpartners zu verstehen und eventuelle Verknüpfungen zu seiner männlichen Rolle herstellen zu können.
Wir als Gesundheitsexperten haben selbst eine konkrete Vorstellung davon, was Gesundheit, Gesundheitsverhalten und das Gesundheitshandeln ausmacht. Um dem Interviewpartner jedoch die Möglichkeit zu lassen, sein eigenes Gesundheitshandeln und Gesundheitskonzept mit all seinen persönlichen Bewertungen und Meinungen umfassend darzustellen, nehmen wir als Interviewer keine moralische Bewertung des Erzählten im Interviewprozess vor und achten darauf, dass wir mit unseren eigenen Vorstellungen keinen Einfluss auf unseren Interviewpartner nehmen.

Während des Interviews wird auf das Befinden des Interviewpartners Rücksicht genommen. Der Interviewpartner kann jederzeit eine Unterbrechung der Aufnahme bzw. des Interviews einfordern.
Das Leitfadeninterview wurde in Anlehnung an das Interview von Faltermaier et al. (1998) zum Thema „Gesundheit im Alltag“ entwickelt. Es unterscheidet sich jedoch in der Wahl der Zielgruppe Männer im mittleren Erwachsenenalter und dem stärkeren Fokus auf das Gesundheitshandeln.

2. Vorab-Informationen

- Vorstellung des Interviewers
- Zusicherung der Schweigepflicht und der Anonymisierung des Datenmaterials
- Hinweis auf die Tonaufnahme und ihre Begründung mit dem Hinweis auf die Entscheidungsfreiheit zu unterbrechen
- Zeitgrenze benennen (60-90 Min.)
- Kurze Darstellung des Ablaufs
- Auf mögliche Fragen des Probanden eingehen
- Das Einverständnis des Probanden einholen

3. Soziodemografische Daten

Fragebogen wird vorgelegt

4. Biografischer Einstieg

Erzählgenerierende Eingangsfrage + unterstützende Nachfragen in Bezug auf Gesundheit und Gesundheitshandeln über die Lebensspanne (Entwicklung)

Ich möchte mit Ihnen heute über Gesundheit sprechen. Gesundheit ist ja ein Thema, über das viel geredet wird und jeder hat seine ganz eigenen Vorstellungen davon. Und ganz genau diese ganz persönliche Sichtweise von Ihnen interessiert mich.
Deshalb möchte ich Sie bitten zu überlegen, welche Rolle Gesundheit rückblickend in Ihrem Leben bis heute betrachtet gespielt hat?

War bzw. ist Gesundheit ein Thema für Sie? Wie ist das heute, hat sich da was verändert?

5. Lebensbereich Beruf

Einführung: *Ich würde jetzt gerne mit Ihnen über Gesundheit in Verbindung mit Ihrem Beruf sprechen. Um ein besseres Verständnis für Ihre berufliche Tätigkeit zu bekommen, möchte ich Sie bitten…*

Aktuelle Situation im Beruf
Bitte beschreiben Sie Ihre berufliche Tätigkeit? Das heißt, Ihr...
Unternehmen
Arbeitsplatz
Position [Führungsverantwortung für wen + unter wem? Seit wann? Unternehmenshierarchien]
Aufgaben, Verantwortungsbereiche
Soziale Situation: Kollegen & Vorgesetzte
Arbeitsorganisation: Anfahrt, Arbeitszeiten

Was gefällt Ihnen an Ihrer beruflichen Tätigkeit?
Wie zufrieden sind Sie momentan mit Ihrem Beruf?
Was mögen Sie nicht?

Wo, würden Sie sagen, sind Sie beruflich besonders gut, und wo könnten Sie sich noch verbessern?
Warum besonders dort? [Männliche Identität]

Beruf und Gesundheit
Was hat Ihre berufliche Tätigkeit für Sie mit Ihrer Gesundheit zu tun?
Welchen Zusammenhang sehen Sie da?
Warum sehen Sie genau da einen Zusammenhang?

Belastungen, Gefährdungen/Risiken für eigene Gesundheit
Gibt es für Sie Belastungen, die Sie mit Ihrer beruflichen Tätigkeit verbinden?
Ebenen: körperlich, psychisch, sozial
Aktuell vorhanden?
Vorbei? Wie lange gedauert?
Wenn ja, wie gehen Sie damit um? Was hilft Ihnen dabei?
Z.B. Gefährdungen durch Umwelt, psycho-soziale Belastungen, materielle, soziale Lage, eigenes Verhalten
Sie haben eben von … Belastungen gesprochen, stellen die für Sie ein Risiko bzw. eine gesundheitliche Gefahr dar?

Gibt es bestimmte gesundheitlich positive Seiten für Sie an Ihrer beruflichen Tätigkeit?
Warum sehen Sie darin etwas Positives für Ihre Gesundheit?

Schlagworte: Kraft? Anerkennung? Zufriedenheit?
Gesunderhaltende Ressourcen: Gibt es Dinge, die Ihre Gesundheit erhalten/fördern?
Personale Ressourcen: Gibt es etwas, was positiv auf Ihre Gesundheit wirkt, dass mit Ihrer eigenen Gesundheit zu tun hat ?
Soziale Ressourcen: Wie tragen Ihre Kollegen/Vorgesetzten zu Ihrer Gesundheit bei? Wie trägt das Arbeitsklima zu Ihrer Gesundheit bei?

Gesundheitshandeln im Beruf
Machen Sie in Ihrem Beruf etwas konkret für Ihre Gesundheit?
Achten Sie darauf, Gefahren und Risiken zu vermeiden (bzw. die oben genannten Risiken zu vermeiden)?

Wird Ihnen für Ihre Gesundheit etwas vom Unternehmen angeboten?
Erhalten Sie Unterstützung vom Unternehmen, wenn Sie etwas für Ihre Gesundheit tun wollen?

6. Familie & Freizeit

Einführung: *Wir haben bisher über Ihren Beruf gesprochen. Jetzt möchte ich gerne mehr über Gesundheit außerhalb Ihres Berufslebens erfahren. Um auch hier ein besseres Verständnis dafür zu bekommen, ein paar allgemeine Fragen vorab.*

Aktuelle private Lebenssituation
Wie sieht Ihre private Situation zurzeit aus? Können Sie sie kurz beschreiben?
Partnerschaft/Familie
Kinder
Freunde/Verwandte
Freizeit: Aktivitäten und Verpflichtungen

Privatleben und Männlichkeit
Welche verschiedenen Aufgaben(Rollen) haben Sie in diesen Bereichen? Und wie würden Sie sie beschreiben?
Als Partner, Vater, Freund} Arbeitsteilung!!!
Hat sich im Laufe der Jahre etwas verändert?
Wie fühlen Sie sich in den unterschiedlichen Rollen? Was ist besonders gut bzw. schwierig für Sie?

Private Lebenssituation und Gesundheit
Was hat Ihre private Lebenssituation mit Ihrer Gesundheit zu tun?
Wie sieht denn der Zusammenhang aus?

Belastungen, Gefährdungen/Risiken für eigene Gesundheit
Gibt es für Sie Belastungen, die Sie mit Ihrem Privatleben, Ihren Freizeitaktivitäten verbinden?
Ebenen: körperlich, psychisch, sozial
Aktuell vorhanden? Wenn ja, wie gehen Sie damit um?
Vorbei? Wie lange gedauert? Wie sind Sie damit umgegangen?
Z.B. Gefährdungen durch Umwelt, psycho-soziale Belastungen, materielle, soziale Lage, eigenes Verhalten
Sie haben eben von … Belastungen gesprochen, stellen die für Sie ein Risiko bzw. eine gesundheitliche Gefahr dar? Wie gehen Sie damit um?

Welche positiven Seiten hat Ihr Privatleben, Ihre Freizeitaktivitäten für Sie?
Wenn Sie an Ihre Familie denken, sehen Sie in ihr eine Ressource?
Gesunderhaltende Ressourcen: Gibt es Dinge, die Ihre Gesundheit erhalten/fördern?
Personale Ressourcen: Wenn Sie an sich selbst denken, gibt es etwas an Ihnen persönlich was positiv auf Ihre Gesundheit wirkt?
Soziale Ressourcen: Wie tragen Ihre Kollegen/Vorgesetzten zu Ihrer Gesundheit bei? Wie trägt das Arbeitsklima zu Ihrer Gesundheit bei?

Gesundheitshandeln im Privatleben
Was tun Sie in Ihrem Privatleben, Ihrer Freizeit für Ihre Gesundheit?
Sie haben vorhin gesagt, im beruflichen Bereich machen Sie ..., gibt es so was auch im privaten Bereich?
Von wem geht das aus? Warum so aufgeteilt?

7. Gesundheit allgemein

Einführung: *Wir haben über Gesundheit im Zusammenhang mit Ihrem Beruf und Ihrer privaten Lebenssituation gesprochen, nun möchte ich noch mal allgemeiner mit Ihnen über Gesundheit sprechen.*

Gesundheitszustand
Sie haben angegeben, dass Sie Ihren Gesundheitszustand als … einschätzen? Woran machen Sie das fest?
Warum z.B. genau zwischen gut und mäßig?

Vorstellungen von Gesundheit
Was bedeutet Gesundheit für Sie persönlich?
Können Sie genauer beschreiben, was Gesundheit für Sie ist und was nicht?
Wie fühlt es sich an, wenn Sie sagen, Sie sind gesund?
Kann missverstanden werden Begriff oder Stellenwert, hier Bezug auf Begriff, dann nachfragen

Bedingungen von Gesundheit
Was trägt dazu bei, dass Sie sich gesund fühlen?
Bewegung (sportliche Aktivitäten)
Ernährung (ausgewogene Ernährung, belohnendes Essen)
Entspannung (Schlaf, Yoga, Faulenzen)
Soziale Unterstützung (Partnerschaft, Familie, Freunde)
Umwelt (Klima, Wetter, Natur, Wohnraum)
Sonstiges (Kultur, Bildung, Wellness)

Veränderung der Gesundheitsvorstellungen über die Lebensspanne betrachtet
Gab es einen Punkt bzw. Einschnitte in Ihrem Leben, die Ihre Einstellung zu Ihrer Gesundheit verändert haben?
Wenn ja, welche? Wann?

5-Jahresperspektive
Wenn Sie an Ihre Zukunft denken? Wo sehen Sie sich selbst und Ihre Gesundheit in 5 Jahren?

8. Beschwerden & Krankheit

Einführung: *Jetzt möchte ich noch mal kurz auf Ihre Erfahrungen mit Krankheit und Beschwerden kommen.*

Krankheits- und Beschwerdenbiografie
Gab es für Sie Phasen Ihres Lebens, in denen Ihre Gesundheit beeinträchtigt war?
Hatten Sie Erkrankungen, die Ihr Leben wesentlich beeinflusst haben?
Nehmen Sie zurzeit Beschwerden wahr? Wie gehen Sie damit um?
Wenn Sie Schmerzen haben, wie gehen Sie damit um?
Warum gehen Männer so mit Krankheit um?

9. Gesundheitshandeln

Einführung: *Als wir über Ihren Beruf und Ihr Privatleben gesprochen haben, habe Sie bereits gefragt, was Sie für Ihre Gesundheit tun. Sie haben gesagt, dass Sie…machen. Nun möchte ich mit Ihnen zurückschauen…*

Entwicklung des eigenen Gesundheitshandelns
Wenn Sie zurückschauen, gab es Veränderungen und in Ihren Aktivitäten für Ihre Gesundheit?
Auslöser: Warum haben Sie damit begonnen?
Wie würden Sie die Veränderungen im Rückblick bewerten?

Hindernisse für das eigene Gesundheitshandeln
Wo würden Sie gern mehr für Ihre Gesundheit tun?
Was hat Sie bisher daran gehindert, in dem Bereich aktiv zu werden?
Zeitplanung, Beruf, Familie...
Bezug nehmen auf spezielle Aktivitäten

Das eigene Gesundheitsprogramm
Wenn Sie ein Programm für sich selbst für das nächste halbe Jahr entwerfen dürften, um aktiv zu werden für Ihre Gesundheit (und Sie dürften selbst entscheiden, wie es aussehen sollte), wie müsste Ihr Programm dann ganz konkret aussehen?
Ihre Vision

Abb. XXX: Leitfaden (modifiziert nach Faltermaier et al., 1998)

Transkriptionsregeln – Institut für Gesundheitspsychologie und Gesundheitsbildung	
Wörtliche Transkription:	Möglichst nahe und authentische Übertragung des gesprochenen Wortes in einen verschrifteten Text (auch sprachliche oder grammatikalische Fehler übernehmen).
Grundprinzip:	Gesagtes genau übertragen und nicht deuten, die Interpretation erfolgt in der systematischen Auswertung des schriftlichen Textes.
Interpunktion:	Möglichst grammatikalisch richtig und nahe am Gesagten: Komma nach sprachlichem Einschnitt, Punkt nach Abschluss eines Gedankens, Fragezeichen und Ausrufezeichen nach entsprechend gesprochener und betonter Aussage, Anführungszeichen bei zitierter wörtlicher Rede.
Vertraulichkeit:	Alle Daten und Informationen müssen zum Datenschutz absolut und streng vertraulich gehalten werden. Die Tonbänder und Unterlagen sind nach Übergabe unter Verschluss zu halten und nach der Transkription unverzüglich an die Projektleitung zurückzugeben.
Format:	Übersichtliches und großzügiges Format. Zeilenabstand: 1,5; neue Zeile nach jedem Sprecherwechsel; links Zeilennummern einfügen und bis Ende durchnummerieren.
Sprecher:	I = InterviewerIn; B = Befragte/r; Abkürzungen für weitere Sprecher wählen.
Sprecherwechsel:	Neue Zeile bei eindeutigem Sprecherwechsel. Bei kurzen Zwischenkommentaren eines Sprechers in einem längeren Sprechtext des anderen Sprechers kann auch ein Einschub in Klammern erfolgen, etwa: … (I: Ja, ich verstehe.)
Anonymisierung:	Alle genannten Personennamen sind zu verschlüsseln (z.B. Frau B./Herr C.). Alle Ortsnamen sind zu verschlüsseln (z.B. durch Buchstaben oder eine Erläuterung in Klammen, wenn der Sinn erhalten bleiben soll).
Pausen:	Kurze Pausen durch: … (jeder Punkt stellt eine Zeiteinheit von 1 Sekunde dar), längere Pausen durch (Pause, x Sekunden)
Betonungen:	Auffällige Betonungen eines Wortes oder Satzteils durch <u>Unterstreichungen</u> kennzeichnen.
Nonverbale Äußerungen:	Äuffällige, akustisch hörbare, für den Sinn wesentliche Äußeren direkt hinter dem Wort in Klammern aufnehmen (Lachen, Weinen, energisch, zweifelnd, etc.).
Deutsche Hochsprache, Dialektausdrücke:	Der Text sollte zur besseren Lesbarkeit in hochdeutscher Sprache wiedergegeben werden; nur wenn Dialektausdrücke nicht oder nur Sinn verzerrend übersetzbar sind, dann diesen Ausdruck übernehmen und, falls bekannt, in Klammern die Übersetzung in Hochdeutsch angeben.
Kommunikative Füllwörter:	Können weggelassen werden, wenn sie keine weitere Bedeutung haben (z.B. Ähh, Mh) oder Zuhörerbekräftigungen darstellen (Ja, mhm). Wird dagegen eine inhaltliche Aussage bestätigt durch „Ja“ oder „Mhm“, dann angeben.

Abb. XXXI: Transkriptionsregeln - Abteilung Gesundheitsbildung und Gesundheitspsychologie (Europa Universität Flensburg)

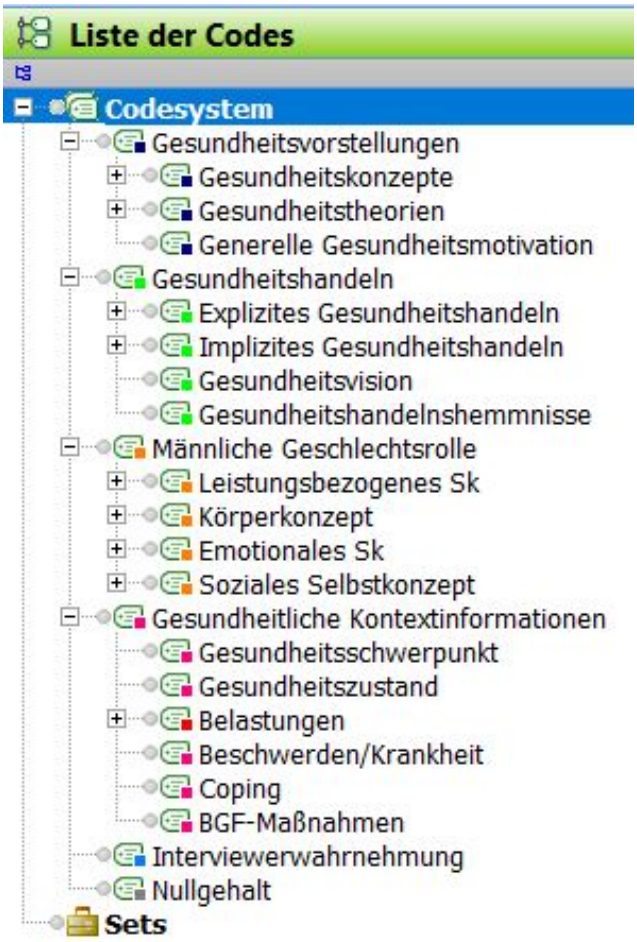


Abb. XXXII: Kategorienbaum erstellt in Maxqda 11 (Eigene Darstellung)

Abb. X: Kategorie Gesundheitsvorstellungen mit Subkategorien (Eigene Darstellung)

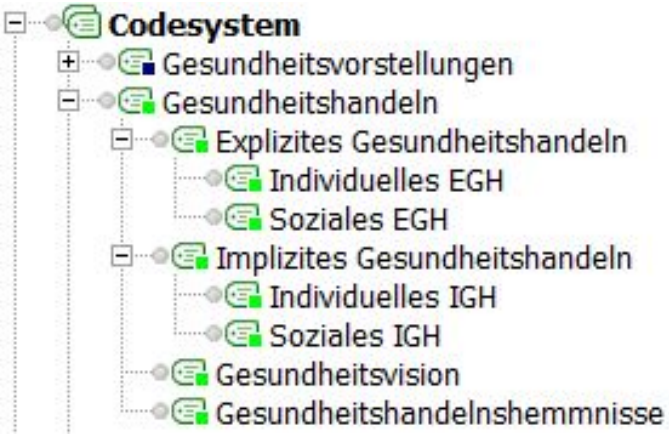


Abb. XXXIII: Kategorie Gesundheitshandeln mit Subkategorien (Eigene Darstellung)

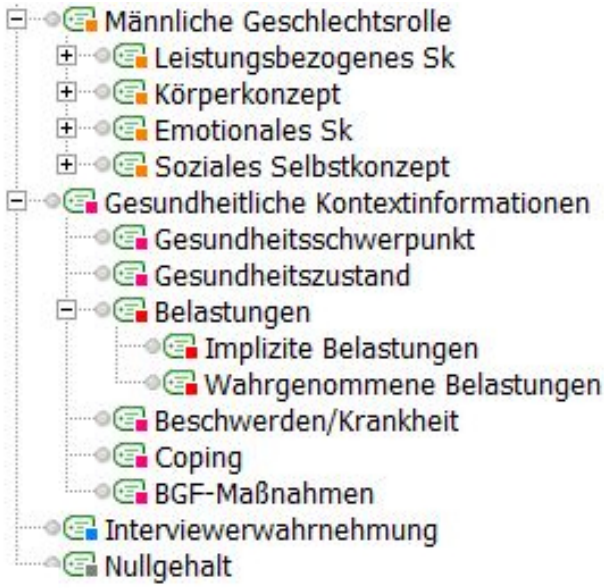


Abb. XXXIV: Kategorie Männliche Geschlechtsrolle, Gesundheitliche Kontextinformationen, Interviewerwahrnehmung und Nullgehalt (Eigene Darstellung)

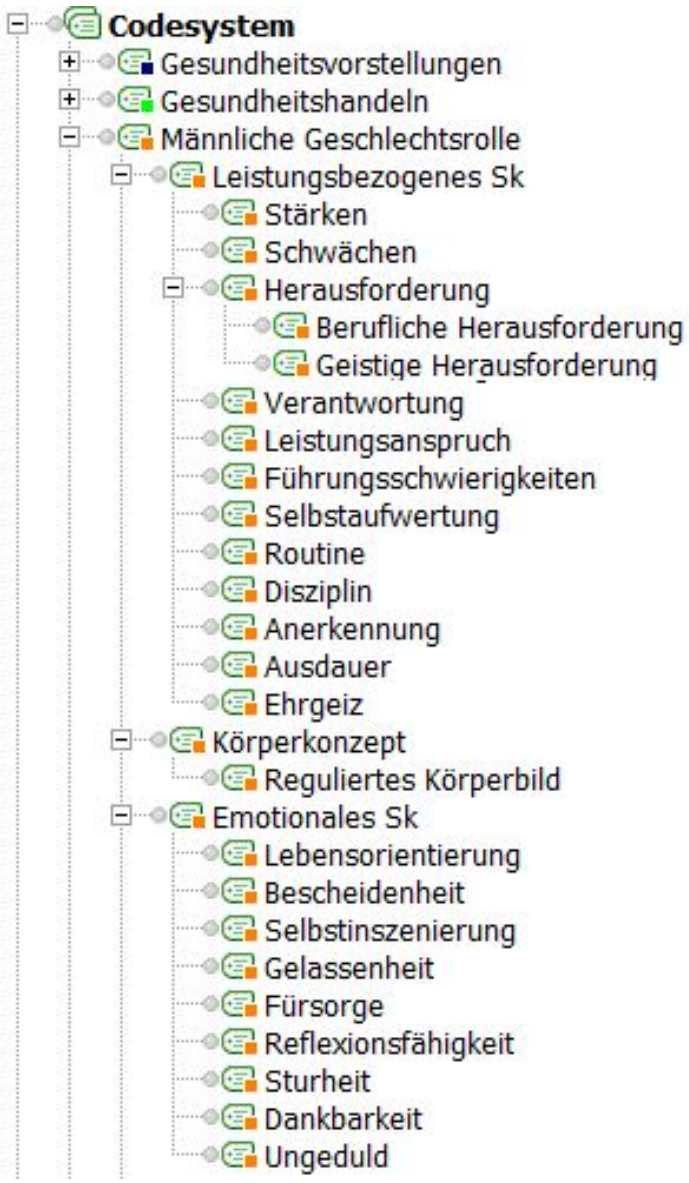


Abb. XXXV: Kategorie Leistungsbezogenes Selbstkonzept, Körperkonzept und Emotionales Selbstkonzept mit Subkategorien (Eigene Darstellung)

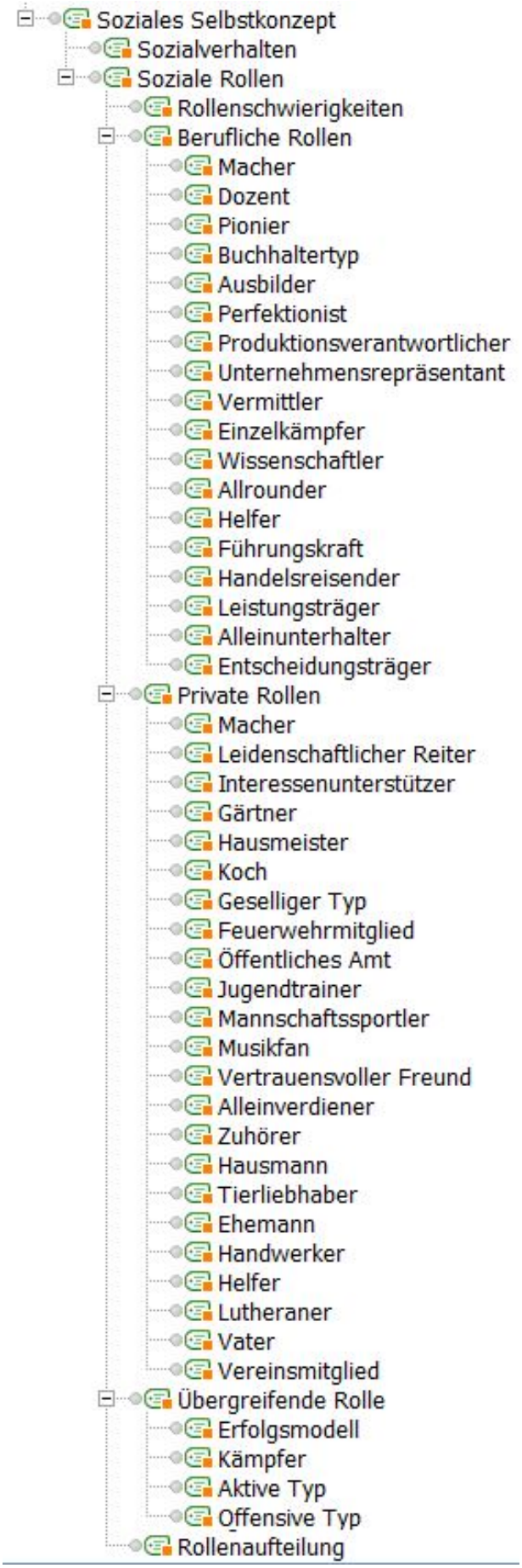


Abb. XIV: Kategorie Soziales Selbstkonzept mit Subkategorien (Eigene Darstellung)

Nr.	Interview	Der Leistungsaffine	Der Norm-orientierte	Der Genuss-orientierte	Der Integrierende	Der Ablehnende
13	**Herr T.Y.**	+++				
22	**Herr E.J.**	+++				
25	**Herr B.W.**	+++				
2	**Herr O.J.**		+++			
3	**Herr N.U.**		+++			
28	**Herr Z.G.**		++			
1	**Herr G.B.**	+		++		
4	**Herr F.M.**			+++		
11	**Herr P.W.**	+		++		
15	**Herr G.N.**			+++		
16	**Herr C.J.**	+		+		
18	**Herr K.F.**			+++		
19	**Herr R.Y.**			+++		
20	**Herr B.I.**			++	+	
23	**Herr S.Z.**			+		+
27	**Herr T.A.**			++		
30	**Herr H.C.**			+++		
5	**Herr W.R.**	++			+	
6	**Herr N.J.**				++	
7	**Herr O.V.**				+++	
8	**Herr E.L.**				+++	
10	**Herr M.H.**			+	++	
12	**Herr D.K.**				+++	
14	**Herr L.G.**				+	
17	**Herr Z.U.**	++			+	
21	**Herr A.V.**				+++	
24	**Herr A.H.**				+	++
26	**Herr C.X.**	+			+	
29	**Herr E.X.**				+	
9	**Herr L.Q.**					+++
	+++ vollständig		++ überwiegend		+ anteilig	

Tab. I: Ausprägungen der Typen (Eigene Darstellung)