

Präventives Verhalten im Geschlechtervergleich



► Prof. Dr. med. Monika Sieverding
Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg

Einleitung

In allen Industrienationen leben Frauen länger als Männer. In Deutschland beträgt die durchschnittliche Lebenserwartung nach der aktuellen Sterbetafel 2002/2004 für einen neugeborenen Jungen 75,9 Jahre und für ein neugeborenes Mädchen 81,6 Jahre¹. Für diesen Geschlechtsunterschied sind verschiedene Faktoren verantwortlich; neben biologischen und sozialen Faktoren gelten Geschlechtsunterschiede in gesundheitsrelevantem Verhalten als wesentliche Ursache (Waldron, 1997; Sieverding, 2000, 2005). Gesundheitsrelevantes Verhalten umfasst alle Verhaltensweisen, die die Gesundheit in positiver oder negativer Weise beeinflussen können, man unterscheidet häufig zwischen Risikoverhalten und präventivem Verhalten. Die meisten Risikoverhaltensweisen wie (überhöhter) Alkoholkonsum, Konsum illegaler Drogen, riskantes Autofahren und riskante Sportarten kommen bei Männern häufiger vor; beim Rauchen haben sich die Geschlechtsunterschiede in den letzten Jahren stark verringert, insbesondere bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen (Lampert & Burger, 2004). Deutliche Unterschiede gibt es nach wie vor in präventivem Gesundheitsverhalten wie z. B. der Inanspruchnahme von medizinischer Hilfe oder der Teilnahme an Maßnahmen zur primären oder sekundären Prävention.

Geschlechtsunterschiede in präventivem Verhalten

Häufig werden primär präventive (z. B. körperliche Bewegung, Nichtrauchen, auf das Gewicht achten) von sekundär präventiven Verhaltensweisen (Screening-Verfahren zur Früherkennung von Krankheiten wie z. B.

Krebsfrüherkennungsuntersuchungen) unterschieden). Bei den präventiven Verhaltensweisen findet sich ein komplementäres Bild zu den Risikoverhaltensweisen: Frauen verhalten sich im allgemeinen gesundheitsbewusster als Männer, und sie nutzen deutlich mehr präventive Angebote.

Gesunder Lebensstil: Mehrere in Deutschland durchgeführte Bundes-Gesundheitssurveys erbrachten ein einheitliches Bild. Frauen verhalten sich in der Mehrzahl gesundheitsbewusster als Männer. Sie bevorzugen nach eigenen Angaben ausgewogene Ernährung, rauchen und trinken weniger. Das gleiche Ergebnis berichten Dlugosch und Krieger, die für die Normierung ihres Fragebogens zum Gesundheitsverhalten Männer und Frauen (mit einem Durchschnittsalter von 51 Jahren) befragt hatten. Frauen „ernähren sich gesünder, rauchen weniger, trinken weniger Alkohol, schlafen mehr und gehen zu regelmäßigeren Zeiten abends zu Bett“ (Dlugosch & Krieger, 1995, S. 89). *Sportliche Aktivität* ist eine der wenigen präventiven Verhaltensweisen, bei der – wenn Geschlechtsunterschiede festgestellt werden – Männer besser abschneiden als Frauen. Zu drei Erhebungszeitpunkten des Nationalen Gesundheitssurveys trieben Männer mehr Sport als Frauen (Hoffmeister & Bellach, 1995), wobei deutliche Ost-West-Unterschiede festgestellt wurden (höhere Quoten von Sporttreibenden in Westdeutschland). Bei den Angaben zur sportlichen Aktivität muss jedoch einschränkend berücksichtigt werden, dass Männer häufiger als Frauen Risikosportarten ausüben, die ihrerseits wieder zu einem Gesundheitsrisiko werden können.

Inanspruchnahme von medizinischer Hilfe: Auch hier ist die Befundlage eindeutig: Frauen nutzen professionelle medizinische und nichtmedizinische Dienstleistungen und Hilfsangebote deutlich häufiger als Männer, und zwar zu kurativen wie präventiven Zwecken. Das gilt nicht nur für Deutschland (s. z. B. Brähler & Kupfer, 2001; Hessel et al.,

2000; Thode, 2005), sondern wird in ähnlicher Weise aus anderen Ländern berichtet, z. B. aus den USA, Kanada, Holland oder der Schweiz. Ein relativ hoher Prozentsatz des weiblichen „Überschusses“ an Arztbesuchen ist allerdings auf reproduktive Faktoren in Zusammenhang mit Schwangerschaftsverhütung, Schwangerschaft und Geburt sowie den Wechseljahren zurückzuführen (Gijbbers van Wijk et al., 1992).

Besonders auffallend sind die Geschlechtsunterschiede bei der Nutzung von Angeboten zur primären und sekundären Prävention. Bei den meisten Angeboten zur primären Prävention und Gesundheitsförderung ist regelmäßig nur eine Minderheit der Teilnehmer männlich. Durch das Sozialgesetzbuch V wurden die gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 1988 angewiesen, zur Gesundheitsförderung ihrer Versicherten beizutragen. Daraufhin starteten die Kassen im Rahmen des § 20 SGB V verschiedene Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und Prävention. Angeboten wurden primär verhaltenorientierte Maßnahmen in den Bereichen Bewegung, Ernährung, Nichtrauchertraining, Entspannung und Stressbewältigung. 1992 nahmen allein von den Versicherten der Barmer Ersatzkasse 160 000 Personen an solchen präventiven Kursangeboten teil; davon war im Durchschnitt jedoch nur jeder siebte Teilnehmer männlich (Meierjürgen & Schulte, 1993). Im Jahr 1996



wurde die Förderung der Prävention durch die Krankenkassen gesetzlich abgeschafft und erst im Jahr 2000 durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz wieder eingeführt. Aktuelle Zahlen zur Inanspruchnahme sind dem 2. Präventionsbericht der Spitzenverbände der Krankenkassen zu entnehmen². Im Jahr 2002 nahmen insgesamt 352.961 GKV-Versicherte an primärpräventiven Kursen und Seminaren teil, die von Krankenkassen angeboten bzw. gefördert wurden. Frauen nahmen grundsätzlich deutlich häufiger diese Angebote in Anspruch; im Durchschnitt lag der Männeranteil bei etwa einem Viertel der Teilnehmerzahlen. Besonders niedrig waren die Männerquoten bei den Angeboten zur

Bewegung, Ernährung und Stressbewältigung; lediglich bei Angeboten zum verantwortlichen Umgang mit Sucht- und Genussmitteln war das Geschlechterverhältnis einigermaßen ausgeglichen.

Inanspruchnahme von Angeboten zur sekundären Prävention: In der Bundesrepublik Deutschland wurden 1971 als einem der ersten Länder Europas Maßnahmen zur Krebsfrüherkennung gesetzlich eingeführt (§ 25 Abs. 2 SGB V). Männer ab 45 Jahren und Frauen ab 20 Jahren können einmal jährlich Leistungen zur Früherkennung von Prostata- bzw. Zervix- und Brust- sowie Hautkrebs in Anspruch nehmen. (Für Männer und Frauen ab 50 Jahren kommen dann noch zusätzliche Angebote zur Darmkrebsfrüherkennung hinzu.³⁾ Im Jahr 2003 ließen nach Hochrechnungen des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung 49,4 Prozent aller weiblichen und 19,7 Prozent aller männlichen Anspruchsberechtigten eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung (KFU) durchführen (Altenhofen, 2005). Diese Zahlen beziehen sich auf alle Anspruchsberechtigten, aussagekräftiger sind die Inanspruchnahmeraten in Abhängigkeit vom Alter. Am häufigsten lassen Frauen in jüngeren Altersgruppen eine KFU machen, in den Altersgruppen zwischen 20 und 34 Jahren ca. 2/3 aller Frauen. Diese hohe Quote ist damit zu erklären, dass viele jüngere Frauen aus Gründen der Empfängnisverhütung und / oder Schwangerschaft regelmäßigen Kontakt zu einem Gynäkologen oder einer Gynäkologin haben und bei diesen Konsultationen eine KFU gleich „mitmachen“ lassen. Aber auch noch bis ins Alter von 69 Jahren lassen Frauen deutlich häufiger eine KFU machen als Männer. Wie aus Abbildung 1 ersichtlich wird, nehmen nur sehr wenige Männer in den mittleren Altersgruppen das Angebot einer KFU wahr. So gingen im Jahr 2003 gingen nur 11 Prozent der 45- bis 49-jährigen Männer und nur 15 Prozent der 50- bis 54-jährigen Männer zu einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung. Erst ab 70 Jahren nähern sich die Inanspruchnahmeraten der Geschlechter aneinander an – allerdings auf recht niedrigem Niveau!

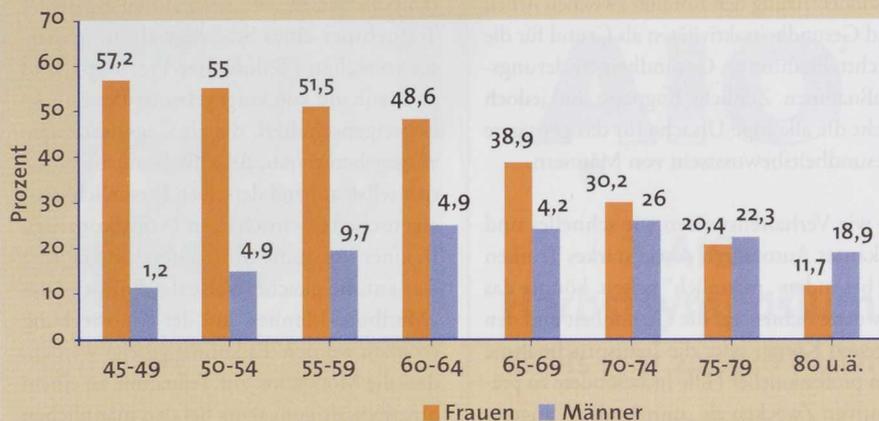


Abbildung 1: Teilnahme von Frauen und Männern an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen im Jahr 2003 (nur Anspruchsberechtigte ab 45 Jahren); Quelle: Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (www.zi-berlin.de)

Die Bedeutung von Geschlechterrollen für gesundheitsrelevantes Verhalten

Wie sind diese großen Geschlechtsunterschiede in präventivem Verhalten zu erklären? Wie kommt es, dass Männer die Angebote zur primären und sekundären Prävention so wenig nutzen?

Gesundheitsrelevantes Verhalten ist nicht angeboren und liegt nicht in den „Genen“, sondern ist gelernt. Es wird maßgeblich beeinflusst durch den kulturellen und sozialen Hintergrund einer Person sowie durch Rollenvorbilder, vor allem die Eltern und die so genannte „Peergroup“ (Gleichaltrigengruppe). Eine besonders wichtige Funktion kommt dabei den Geschlechterrollen zu. Geschlechterrollen sind definiert als gesellschaftliche Erwartungen, wie sich ein Mann oder eine Frau verhalten sollte; diese Erwartungen knüpfen zwar am biologischen Geschlecht, sind jedoch in einem hohen Maß vom jeweiligen sozio-kulturellen Kontext abhängig (Alfermann, 1996). Geschlechtsrollenerwartungen werden im Rahmen von geschlechtstypischer Sozialisation vermittelt. So lernen Jungen schon früh, über riskantes Verhalten, z. B. über Rauchen oder Alkoholkonsum, riskante Sportarten, Waffengebrauch und Kampf, andere Männer zu beeindrucken und ihre Männlichkeit zu demonstrieren. Alkoholkonsum gilt beispielsweise als „Schlüsselkomponente“ der männlichen Rolle. Männer werden von ihrer Umgebung ermutigt, Alkohol zu trinken, und indem sie es tun, beweisen sie ihre Männlichkeit (Lemle & Mishkind, 1989). (Man denke

beispielsweise an das so genannte „Kampfrinken“ in studentischen Verbindungen.) Ein anderes Risikoverhalten, mit dem Männer ihre Männlichkeit unter Beweis stellen, ist draufgängerisches und aggressives Autofahren. Insbesondere Männer, die über wenig objektive Ressourcen von Macht verfügen (wie beruflicher Status oder Einkommen), sind anfällig für solche (Ersatz-)Demonstrationen von Männlichkeit (Courtenay, 2000). Verschiedene Studien haben bereits gezeigt, dass bei Männern ein typisch maskulines Selbstkonzept mit einem Hang zu riskanten Gesundheitsverhalten einhergeht (s. z. B. Raitel, 2003; Shiften et al., 1993).

Die eindeutige Priorität der Berufsrolle und die stärkere Einbindung in die Berufswelt, wie in der traditionellen männlichen Geschlechterrolle vorgeschrieben, führt dazu, dass Männer weniger Zeit und Möglichkeiten haben, sich überhaupt präventiv zu verhalten, z. B. auf eine gesunde Ernährung zu achten, genug zu schlafen, zum Arzt zu gehen oder an Maßnahmen der Gesundheitsförderung teilzunehmen. Frauen, die entsprechend der traditionellen weiblichen Geschlechterrolle gar nicht oder weniger stark beruflich engagiert sind, verfügen dagegen möglicherweise über mehr Handlungsspielraum (Nathanson, 1975; Ross & Bird, 1994). (Allerdings wird bei vielen Frauen dieser Handlungsspielraum durch die Pflichten der Mutter- und Hausfrauenrolle wieder zunichte gemacht!) In einer Interviewstudie zu subjektiven Gesundheitskonzepten (Saltonstall, 1993) beispielsweise nannten Männer

besonders häufig den Konflikt zwischen Arbeit und Gesundheitsaktivitäten als Grund für die Nichtteilnahme an Gesundheitsförderungsmaßnahmen. Zeitliche Engpässe sind jedoch nicht die alleinige Ursache für das geringere Gesundheitsbewusstsein von Männern.

So wie Verhaltensweisen wie schnelles und riskantes Autofahren sowie starkes Trinken als besonders „männlich“ gelten, könnte das bewusste Achten auf die Gesundheit und den eigenen Körper oder die Inanspruchnahme von professioneller Hilfe insbesondere zu präventiven Zwecken als „unmännlich“ angesehen werden (s. dazu auch Sieverding, 2004). Bereits Anfang der Siebzigerjahre stellte der Psychoanalytiker Horst Eberhard Richter (1973) einen Zusammenhang zwischen traditionellen Geschlechtsrollenerwartungen und Gesundheitsverhalten her. „Frauen geben schneller und offener zu erkennen, wenn sie innerlich unter Spannung stehen. Ihr anerzogenes Rollenstereotyp erlaubt ihnen eher, sich klagsam und leidend darzustellen. Von den Männern hingegen wird erwartet, dass sie jederzeit stark und fit sind. Wer männlich sein will, darf – jedenfalls nach der herkömmlichen Norm – nicht ‚wehleidig‘ sein“ (Richter, 1973, S. 296). So käme es, dass Männer unter Stress oberflächlich als belastbarer erscheinen; Richter vermutete jedoch, dass eine solche den Männern aufgezwungene Verdrängungs- und Verleugnungshaltung auf längere Sicht psychosomatisch nicht unbedenklich sei. In den USA definierte der Soziologe Robert Brannon vier Grund-„Pfeiler“ der Männlichkeit: Die traditionelle männliche Rolle erwartet von einem Mann, dass er sich über seine Leistung definiert („the big wheel“), alles Feminine meidet („no sissy stuff“), Abenteuer und Risiko sucht („give ‚em hell“) und niemals Schwächen zeigt oder sich mit „Zipperlein“ aufhält („the sturdy oak“) (Brannon, 1976).

„Marlboro-Männer“ gehen nicht in Stressbewältigungskurse

In Zusammenhang mit präventivem Gesundheitsverhalten ist die Bedeutung von Geschlechterrollen bisher kaum erforscht. In einer eigenen Studie mit Klinikärzten und -ärztinnen sowie Medizinstudierenden wurde die These überprüft, dass die Inanspruchnahme professioneller Hilfe zu präventiven Zwecken als „unmännlich“ angesehen wird (Sieverding, 1997). Dazu sollten die Befrag-

ten einschätzen, wie sie sich den typischen Teilnehmer eines Stressbewältigungskurses vorstellen (Teilnehmer-Prototyp), und zwar anhand von vorgegebenen Persönlichkeitseigenschaften, die als Gegensatzpaare vorgegeben waren. Anschließend sollten sie sich selbst anhand derselben Persönlichkeitseigenschaften einschätzen (Selbstkonzept). In einer Vorstudie (mit anderen Befragten) war auf die gleiche Weise der Prototyp des „Marlboro-Mannes“ aus der Kinowerbung erhoben worden. Es konnte gezeigt werden, dass die Motivation zur Teilnahme an einem Stressbewältigungskurs bei den männlichen Befragten umso geringer war, je ähnlicher ihr Selbstkonzept dem in der Vorstudie erfassten „Marlboro-Mann“-Prototyp ähnelte. Auffallend war weiterhin das in dieser Studie ermittelte vergleichsweise schlechte Image des typischen Teilnehmers eines Stressbewältigungskurses, welches sehr stark von dem „Marlboro-Mann“-Prototyp abwich. Auch die in der Studie ebenfalls erfassten freien Assoziationen zum typischen Teilnehmer eines Stressbewältigungskurses waren überwiegend negativ. Dazu einige Beispiele: Assoziiert wurde „jemand leicht Depressives, der nicht mehr lachen kann“, „lauter langweilige Verwaltungsangestellte“, ein Mensch, der „überfordert“, oder „hoffnungslos, müde, fertig mit der Welt“, ist. Auf die Frage, warum er nicht an einem Stressbewältigungskurs teilnehmen würde, antwortete ein Mann: „Ich bewältige meinen Stress selbst!“ In dieser Studie wurde deutlich, dass die Inanspruchnahme professioneller Hilfe zu präventiven Zwecken von vielen Männern als Schwäche angesehen wird, nicht zu vereinbaren mit einem traditionell männlichen Selbstkonzept.

Ausblick

Es besteht Forschungsbedarf zur Aufklärung der auffallend großen Geschlechterunterschiede in der Inanspruchnahme von Beratung und professioneller Hilfe in Fragen der Prävention und Gesundheitsförderung. Bei solchen Maßnahmen ist regelmäßig nur eine Minderheit männlich. Es ist zu vermuten, dass die gegenwärtigen primärpräventiven Maßnahmen eher auf die Bedürfnisse weiblicher Teilnehmer zugeschnitten sind und zu einem großen Teil an den Männern vorbeigehen.

Auch die Frage, warum so wenige Männer die Angebote zur Krebsfrüherkennung nutzen, ist nicht geklärt. Eine Reihe von Studien, die in Deutschland seit den Siebzigerjahren Zusammenhänge zu soziodemographischen Variablen analysiert hat, erbrachte bei Frauen einen eindeutigen Zusammenhang zur Bildung. Frauen mit höherer Bildung gehen häufiger zur KFU als Frauen mit einer niedrigeren Bildung. Bei Männern dagegen ist dieser Zusammenhang entweder gar nicht zu finden oder deutlich schwächer ausgeprägt (s. z. B. Bormann, 1993).

Ein Grund für die geringere Inanspruchnahme von Männern wird darin vermutet, dass sie gerade im mittleren Alter im Gegensatz zu Frauen meist keinen regelmäßigen Kontakt zu einem Arzt haben, der ihnen eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung empfehlen könnte. Darüber hinaus ist anzunehmen, dass psychologische Faktoren, die mit der männlichen Geschlechterrolle zusammenhängen, das Inanspruchnahmeverhalten von Männern beeinflussen. Die Identifikation solcher psychologischer Faktoren ist das Anliegen eines zur Zeit laufenden Forschungsprojektes⁴, welches von der Deutschen Krebshilfe gefördert wird.

Literatur in der FORUM Online Ausgabe

Anmerkungen

- 1 <http://www.destatis.de/basis/d/bevoe/bevoetab3.php>
- 2 Erhältlich unter www.g-k-v.com
- 3 Die Leistungen des gesetzlichen Krebsfrüherkennungsprogramms sind nachzulesen z. B. bei www.krebshilfe.de oder www.krebsgesellschaft.de
- 4 Forschungsprojekt „Psychologische Determinanten der (Nicht-) Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen bei Männern“ (Leitung: Prof. Dr. Monika Sieverding, Laufzeit April 2004 – März 2007, gefördert durch die Deutsche Krebshilfe)

Kontakt:

Prof. Dr. med. Monika Sieverding
Psychologisches Institut der Universität Heidelberg
Hauptstraße 47-51
D-69117 Heidelberg
Tel.: 06221 547372 / 547329
Fax: 06221 547734
E-Mail: Monika.Sieverding@psychologie.uni-heidelberg.de