

SIND FRAUEN WENIGER GESUND ALS MÄNNER?

Überprüfung einer verbreiteten Annahme anhand neuerer Befunde*

Monika Sieverding

Zusammenfassung: Es gilt als erwiesen, daß Frauen im Vergleich zu Männern weniger gesund sind, obwohl sie länger leben. Allerdings sind viele Maße, an denen die höhere Morbidität der Frauen festgemacht wird, keine Indikatoren von Gesundheit (bzw. Krankheit), sondern Indikatoren des Gesundheits- (bzw. Krankheits-) *verhaltens* (z.B. Inanspruchnahme medizinischer Hilfe). In diesem Artikel wird ein Überblick über neuere Befunde zur physischen Gesundheit im Geschlechtervergleich gegeben, wobei subjektive und objektive Indikatoren der Gesundheit berücksichtigt werden: Selbsteinschätzungen der Gesundheit, Angaben zu körperlichen Beschwerden und Krankheiten, sowie die in Deutschland 1993 eingeführten Krankenhausdiagnostikstatistiken. Es finden sich keine überzeugenden Belege, die dafür sprechen, daß Männer gesünder sein sollten als Frauen. Vielmehr könnten manche Gesundheitsindikatoren bei Männern durch geschlechtstypische Selbstwahrnehmungs- oder Selbstdarstellungstendenzen (in positiver Richtung) verfälscht sein. Dies scheint für ostdeutsche Männer eher als für westdeutsche Männer zuzutreffen.

Geschlechtsunterschiede in Gesundheit und Krankheit haben in den letzten zwei Jahrzehnten zunehmendes Interesse erlangt, schwerpunktmäßig innerhalb der Frauengesundheitsforschung. Eine Reihe von Veröffentlichungen beschäftigte sich mit Fragestellungen wie „Was macht Frauen krank?“ (Schneider 1981), „Sind Frauen gesünder als Männer?“ (Maschewsky-Schneider, Greiser und Helmert 1988), „Frauen – das kranke Geschlecht?“ (Böhm 1987; Maschewsky-Schneider 1996), oder „Wie (un)gesund ist Weiblichkeit?“ (Hagemann-White 1994). Fest steht, daß Frauen und Männer zum Teil an unterschiedlichen Krankheiten erkranken und sterben („Frauen sind anders krank“, Maschewsky-Schneider 1997). Eindeutig nachprüfbar ist auch die deutlich frühere Sterblichkeit von Männern (Klotz, Hurrelmann und Eickenberg 1998; Reddy, Fleming und Adesso 1992); in der Bundesrepublik Deutschland sterben Männer im Durchschnitt 6,5 Jahre früher als Frauen (Statistisches Bundesamt 1997). Schwieriger ist die Beurteilung des allgemeinen Gesundheitszustandes. Hier hat sich die Überzeugung durchgesetzt, daß Frauen kränker seien als Männer, weil sie mehr Beschwerden äußern würden, mehr „klagen“, sich häufiger krank fühlen und häufiger zum Arzt gehen würden als Männer. So wunderte sich Verbrugge

* Für hilfreiche Verbesserungsvorschläge zu einer früheren Fassung des Manuskriptes danke ich den Herausgebern und Heine von Alemann sowie Dankmar Böhning (Freie Universität Berlin).

bereits vor mehr als 20 Jahren: „How can the sicker sex have greater longevity?“ (Verbrugge 1976). Und auch heute noch gilt die im Vergleich zu Männern schlechtere Gesundheit der Frauen als weitgehend „bewiesene“ Tatsache. „The excess of female over male morbidity in adulthood has been one of the most consistent findings in social science research on health and illness“ (Annandale und Hunt 1990: 24).

Sind Frauen tatsächlich das weniger gesunde Geschlecht? Erst in jüngster Zeit wird dieses Faktum erstmalig in Frage gestellt. So fragte eine Gruppe von britischen Wissenschaftlerinnen kürzlich: „Gender differences in health: Are things really as simple as they seem?“ (Macintyre, Hunt und Sweeting 1996). „... the picture of near universal female excess morbidity has tended to persist in the general literature, taking on the characteristics of a dominant scientific paradigm with anomalous or inconsistent findings not being noticed or seriously discussed“ (Macintyre et al. 1996: 623). Sie stellen die „conventional wisdom“ in Frage und belegen ihre Skepsis mit einer genaueren Analyse der Ergebnisse zweier umfangreicher britischer Studien zur Gesundheit im Geschlechtervergleich. Sie zeigen, daß Geschlechtsunterschiede in der Gesundheit in starkem Maß abhängig sind von Alter, Gesundheits- (bzw. Krankheits-)Indikator und sozialem Kontext.

In diesem Artikel sollen einige neuere Befunde – schwerpunktmäßig aus deutschen Studien und Statistiken – zu Indikatoren von Gesundheit (bzw. Krankheit) zusammengestellt werden, um die These der geringeren Gesundheit von Frauen zu überprüfen. Als subjektive Indikatoren werden in den nächsten Abschnitten Selbsteinschätzungen des eigenen Gesundheitszustandes sowie Selbstangaben zu körperlichen Beschwerden und Krankheiten verglichen. Anschließend werden als relativ objektive Indikatoren Krankenhausdiagnosestatistiken im Geschlechtervergleich ausgewertet.¹

I. Selbsteinschätzungen des allgemeinen Gesundheitszustandes

Die Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes ist ein häufig benutztes, wenn auch nicht unproblematisches Maß. So wurde gegewöhnt, daß damit eher psychologisches oder generelles Wohlbefinden erfaßt wird (s. Mechanic 1980; Verbrugge 1980; Watson und Pennebaker 1989). Auch stimmen subjektiver und objektiver Gesundheitszustand häufig nicht überein, wie in mehreren Studien gezeigt werden konnte (Lehr 1987; Lutz und Mark 1995). Dennoch ist die Selbsteinschätzung der Gesundheit ein wesentlicher

1 Bereits in den 80er Jahren entspann sich unter amerikanischen Medizinsoziologen und -soziologinnen eine lebhaft Diskussion um die Unterscheidung zwischen Indikatoren für *Krankheit* (bzw. *Gesundheit*) und Indikatoren für *Krankheitsverhalten* (bzw. *Gesundheitsverhalten*). Gove und Hughes (1979) beispielsweise benutzten „functional impairment“ als Indikator für physische Krankheit, womit gemeint war, ob eine Person während der letzten zwei Wochen ihren normalen Aktivitäten nicht nachgehen konnte, weil er oder sie sich nicht wohl fühlte. Verbrugge (1980) und Mechanic (1980) kritisierten diesen Indikator, weil nach ihrer Einschätzung functional impairment eindeutig ein Maß für Krankheitsverhalten ist. Ähnliches gilt für andere Indikatoren, die häufig angeführt werden, wenn die Morbidität von Frauen mit der von Männern verglichen wird: Inanspruchnahme medizinischer Hilfe (insbesondere Arztbesuche), Medikamenteneinnahme, Krankmeldungen. In all diesen Fällen handelt es sich ebenfalls um Gesundheits- bzw. Krankheitsverhalten, weshalb solche Indikatoren nicht an dieser Stelle behandelt werden.

Faktor für die Initiierung gesundheitsrelevanten Verhaltens (Schwarzer 1996), z.B. die Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen (Härtel 1988; Zemp und Ackermann-Liebrich 1988); weiterhin ist sie ein unabhängiger Prädiktor für die Mortalität, wie gerade in einem Überblick über 27 Studien gezeigt wurde (Idler und Benyamini 1997).

Wie sieht es nun mit der subjektiven Gesundheit im Geschlechtervergleich aus? Da in der Literatur immer wieder darauf verwiesen wird, daß Frauen ihre Gesundheit schlechter einschätzen würden als Männer, möchte ich im folgenden einige Ergebnisse aus verschiedenen Befragungen an repräsentativen Stichproben zusammenfassen, in denen die subjektive Gesundheit erhoben wurde.

Im *Bremer Gesundheitsurvey 1984* ($n = 1.800$, Altersgruppe 25 – 69 Jahre, Maschewsky-Schneider et al. 1988) beschrieben 22 Prozent der Frauen ihren Gesundheitszustand als weniger gut oder schlecht (Männer 14 %). Die Mehrzahl der Frauen (44 %) und Männer (45 %) beurteilte ihren Gesundheitszustand als zufriedenstellend. 34 Prozent der Frauen (40 % der Männer) bezeichneten ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut.

Im *Berliner Gesundheits- und Sozialsurvey 1991* ergab sich ein weniger großer Unterschied zwischen den Geschlechtern ($n = 4.430$, östliche und westliche Bezirke von Berlin, Altersgruppe ab 18 Jahre; vgl. Kirschner und Radoschewski 1993). In der Altersgruppe der 18–59-jährigen bezeichneten nur 9 Prozent der Männer und 13 Prozent der Frauen ihren Gesundheitszustand als weniger gut oder schlecht. Dagegen schätzten 53 Prozent der Frauen (56 % der Männer) ihre Gesundheit als gut oder sehr gut ein; jeweils ein Drittel der Männer und Frauen bezeichnete ihre Gesundheit als zufriedenstellend. In der Altersgruppe der über 60-jährigen waren mehr Personen nicht mit ihrer Gesundheit zufrieden, nämlich 25 bzw. 23 Prozent der Männer (in West- und Ost-Berlin) sowie 28 und 37 Prozent der Frauen (West- und Ost-Berlin). Nach Hermann und Hiestermann (1995) hat in Berlin seit dem Gesundheits- und Sozialsurvey 1991 die Zahl der Frauen, die ihre Gesundheit als gut oder sehr gut beschreiben, nochmals zugenommen, wie in einem 1994 durchgeführten Gesundheitsbarometer festgestellt wurde (von 53 % auf 57 %).

1992 wurden im Rahmen des Projektes *Gesundheit und ambulante Versorgung in Deutschland* (Lüschén, Gelin, Janßen, Kunz und Knesebeck 1997) Männer und Frauen ab 18 Jahren in West- und Ostdeutschland befragt ($n = 2.574$). Unter anderem sollten die Untersuchungsteilnehmer auf einer fünfstufigen Skala ihren subjektiven Gesundheitszustand einschätzen (mit möglichen Werten von 0 bis 4). Die Mittelwerte in den vier Untersuchungsgruppen unterschieden sich kaum. Am besten schätzten die ostdeutschen Männer ihre Gesundheit ein ($M = 2,45$), dann folgten die westdeutschen Frauen und Männer ($M = 2,42$ bzw. $M = 2,41$), am wenigsten gut schätzten die ostdeutschen Frauen ihre Gesundheit ein ($M = 2,30$). Diese Unterschiede sind jedoch äußerst minimal, und die Erwartung der Autoren der Studie, daß die subjektive Gesundheit bei Frauen und Ostdeutschen schlechter sein müsse als bei Männern und Westdeutschen, erfüllte sich insgesamt nicht.

Im Rahmen einer Mehrthemenuntersuchung der *Epidemiologischen Forschung Berlin 1994* (Kirschner, Radoschewski und Kirschner 1995) wurde eine repräsentative Stichprobe von 5.057 Männern und Frauen ab 14 Jahren in den neuen und alten Bundesländern befragt. Mehr Männer als Frauen schätzten ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut ein (60 % versus 51 %); ein Drittel der Frauen (32 %) und Männer (30 %) fand

den eigenen Gesundheitszustand zufriedenstellend. Mehr Frauen als Männer bezeichneten ihre Gesundheit als weniger gut (12 % versus 7 %); nur 4 Prozent der Frauen und 2 Prozent der Männer beschrieben ihre Gesundheit als schlecht. Allerdings variierten die Selbsteinschätzungen stark in Abhängigkeit vom Alter. So fanden sich in den Altersgruppen von 20 bis 49 Jahren kaum Unterschiede in der Beurteilung, während bei den über 70jährigen recht große Diskrepanzen ermittelt wurden. Die Frauen über 70 Jahre schätzten ihre Gesundheit deutlich seltener als sehr gut oder gut ein (23 %, Männer 35 %) und häufiger als schlecht ein (8,5 % versus 3,8 %).

Auch nach den Ergebnissen amerikanischer Befragungen schätzen Männer ihren Gesundheitszustand besser ein als Frauen (Verbrugge 1985; Verbrugge und Wingard 1987). Aber auch in den USA sind die Geschlechtsunterschiede in neueren Erhebungen nur gering. Nach den Ergebnissen des National Health Interview Survey von 1988 beispielsweise schätzten nur 11 Prozent der Frauen und 9 Prozent der Männer ihre Gesundheit als „fair“ oder „poor“ ein; immerhin 64 Prozent der Frauen (und 70 % Männer) schätzten ihre Gesundheit jedoch als „excellent“ oder „very good“ ein (Reddy, Fleming und Adesso 1992).² In zwei britischen Studien bezeichneten Frauen zwar häufiger ihre Gesundheit als „fair“ oder „poor“ als Männer, allerdings waren diese Unterschiede bis auf eine Ausnahme (in der Altersgruppe der 18 bis 22jährigen Befragten) nicht signifikant (Macintyre et al. 1996). In einer kanadischen Studie (Kandrack et al. 1991) fanden sich überhaupt keine Geschlechtsunterschiede in der selbsteingeschätzten Gesundheit. Die meisten Befragten, und zwar Männer wie Frauen (Erwachsene zwischen 18 und 65 Jahren) bezeichneten ihre Gesundheit als „good“ (50 %) oder „excellent“ (29 %); ein ähnliches Ergebnis fanden die Autoren bezüglich der selbsteingeschätzten Gesundheit in den letzten 12 Monaten. „This finding contradicts other studies which report that women tend to rate their health worse than do men“ (ebd.: 583). In einer schottischen Studie bezeichneten Frauen (Durchschnittsalter 35 Jahre) ihren allgemeinen Gesundheitszustand sogar als signifikant besser als Männer (Annandale und Hunt 1990).

Vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse ist die Aussage, daß Frauen ihre Gesundheit schlechter einschätzen als Männer, zwar nicht falsch, aber doch sehr mißverständlich, vor allem, wenn man die große Zahl derjenigen Personen (beider Geschlechter) berücksichtigt, die mit ihrer Gesundheit zufrieden ist oder diese als gut oder sehr gut bezeichnet; dieser Anteil liegt je nach Untersuchung zwischen 75 und 90 Prozent! Die Aussage: Die meisten Männer und Frauen sind mit ihrer Gesundheit zufrieden, aber Männer sind – nach den Ergebnissen mancher, aber nicht aller Untersuchungen – noch zufriedener, trifft den Sachverhalt sicher besser. Aber auch bei dieser Aussage kann man nicht stehen bleiben. Bei

2 Zu beachten ist auch die Abhängigkeit der Ergebnisse von der Skalierung der Antwortvorgaben. Während im Bremer Gesundheitssurvey, Berliner Gesundheits- und Sozialsurvey sowie im National Health Interview Survey 5stufige Antwortvorgaben gewählt wurden, waren es in der von Verbrugge (1985) berichteten amerikanischen Befragung nur 4 Stufen (Antwortvorgabe: excellent, good, fair, poor), was einen höheren Anteil von „zufriedenen“ Personen produziert. Aber auch die Vorgabe von fünf Stufen kann zu unterschiedlichen Ergebnissen führen. So ist die in den deutschen Surveys verwandte Unterteilung in: sehr gut, gut, zufriedenstellend, weniger gut, schlecht, nicht identisch mit der Unterteilung in dem amerikanischen National Health Interview Survey in: excellent, very good, good, fair, poor. Die letztgenannte Skalierung ist schon von der Vorgabe her schief; es fehlt ein neutraler Mittelwert.

den hier berichteten Surveys zur Erfassung des subjektiven Gesundheitszustandes wurden mit Ausnahme des Alters moderierende Variablen zwar diskutiert, aber in der Regel nicht statistisch kontrolliert (zumindest gibt es dazu keine Angaben in den jeweiligen Veröffentlichungen.) Wenn soziale Variablen kontrolliert wurden, waren die Geschlechtsunterschiede nicht mehr signifikant, ein Ergebnis, das Verbrugge bereits 1989 berichtet hatte: „Controlling for a wide array of social factors causes sex differences in health to narrow and often vanish statistically“ (Verbrugge 1989: 291). Verbrugge beobachtete auch, daß sich nach Kontrolle der wesentlichen sozialen Variablen wie erworbene Risiken, psychosoziale Aspekte und „health reporting behavior“ das Geschlechterverhältnis oft umkehrte und die Männer schlechter abschnitten, ein Befund, der auch von Lüschen und Mitarbeitern erzielt wurde. Sie berücksichtigten in Regressionsanalysen zur Vorhersage der subjektiven Gesundheit neben der Variable Geschlecht andere potentiell gesundheitsrelevante soziale Variablen wie Ausbildung, Arbeitssituation und -unsicherheit, sportliche Aktivität sowie Religionszugehörigkeit. Die leichte Überlegenheit der ostdeutschen Männer gegenüber den ostdeutschen Frauen in der selbsteingeschätzten Gesundheit war auf indirekte Effekte von Arbeit, Ausbildung und Alter zurückzuführen. Bei den westdeutschen Befragten gab es – wie oben dargestellt – keinen Geschlechtsunterschied. Wenn jedoch die genannten sozialen Variablen kontrolliert wurden, ergab sich ein starker direkter Effekt, und zwar konträr zur Erwartung der Autoren: „that is, women in the West show much better health status than do men in the West, when age, social stratification variables, work and sport are controlled for“ (Lüschen et al. 1997: 1318).

Es wäre somit zu vermuten, daß die vor allem in älteren Studien gefundenen Geschlechtsunterschiede in subjektiver Gesundheit teilweise oder sogar ganz auf – nicht kontrollierte – psychosoziale Variablen zurückzuführen sind: Die so häufig postulierte generell schlechtere subjektive Gesundheit der Frauen wäre somit ein Mythos.

Eine Einschränkung dieser Aussage ist wichtig: sie gilt für Männer und Frauen in mittleren Altersgruppen, das heißt von ca. 20 bis 60 Jahren. Es gibt einige Hinweise, daß im hohen Alter tatsächliche Geschlechtsunterschiede in der subjektiven Gesundheit existieren. In der Berliner Altersstudie mit 516 Teilnehmern von 70 bis 103 Jahren (durchschnittliches Alter 85 Jahre) beurteilten die alten Frauen ihre Gesundheit als signifikant schlechter als alte Männer, ein Effekt, der auch nach Kontrolle der soziodemographischen Variablen bestehen blieb. Die Frauen schnitten auch in den meisten objektiven und subjektiven Maßen der funktionellen Kapazität (nach Kontrolle der Effekte von Alter, Wohnsituation und Familienstand) schlechter ab als Männer, was auf eine tatsächlich schlechtere physische Gesundheit bei Frauen im hohen Alter hinweist (Baltes et al. 1996).

II. Angaben zu körperlichen Beschwerden und Krankheiten

Verschiedene Befragungen mit unterschiedlichen Fragebögen zur Erfassung *körperlicher Beschwerden* zeigen ein einheitliches Bild, wonach Frauen angeben, häufiger und stärker an körperlichen Beschwerden, insbesondere an Schmerzen, zu leiden (vgl. z.B. Brähler und Scheer 1984; Brähler 1986; Macintyre et al. 1996). Einschränkend zu den nachfolgend dargestellten Befragungsergebnissen ist jedoch zu sagen, daß der Einfluß von Beschwerden,

die mit der Reproduktionsfähigkeit der Frau zusammenhängen, auf das Gesamtmaß der Beschwerden in der Regel nicht oder nicht ausreichend kontrolliert wurde.

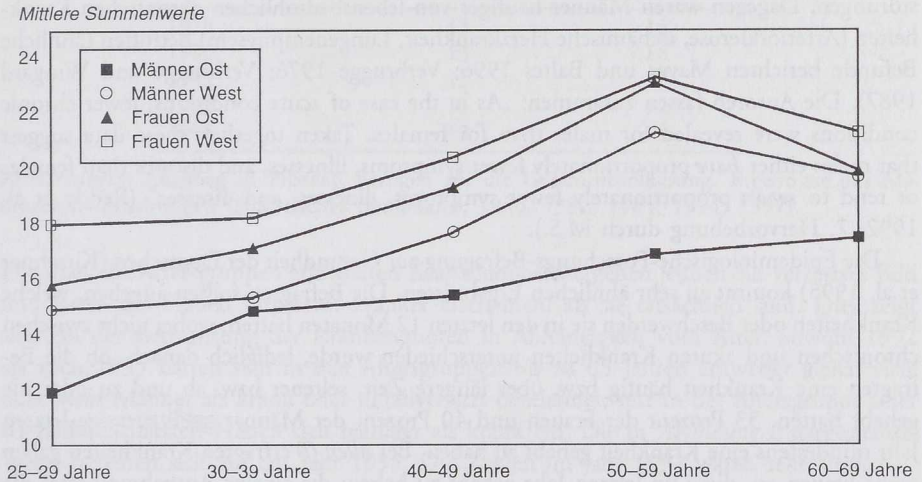
Im Bremer Gesundheitssurvey 1984 (Maschewsky-Schneider et al. 1988) klagten 27 Prozent der Frauen über auffällige körperliche Beschwerden (Männer: 17 %). In einer Schweizer Gesundheitsbefragung (Zemp und Ackermann-Liebrich 1988) wurden 12 von 20 erfragten Beschwerden häufiger von Frauen genannt, insbesondere Kopfschmerzen, Muskel- oder Gelenksbeschwerden sowie Schlaflosigkeit. Lediglich Husten wurde von Männern häufiger angegeben. Ein größerer Prozentsatz der Frauen klagte über Mehrfachbeschwerden (drei oder mehr Beschwerden bei 54 Prozent der Frauen und 41 Prozent der Männer). Auch in dem Berliner Gesundheits- und Sozialsurvey 1991 (Hermann und Hiestermann 1995) gaben Frauen häufiger an, unter Schmerzen zu leiden als Männer (15 % der West-Berliner Frauen wöchentlich oder täglich, 11 % der West-Berliner Männer; 17 % der Ost-Berliner Frauen und 7 % der Ost-Berliner Männer).

Verbrugge (1990) berichtet über die Ergebnisse amerikanischer Gesundheits-Tagebuch-Studien, in denen die Teilnehmer über einen bestimmten Zeitraum täglich ihre körperlichen Beschwerden („daily symptoms“) und gesundheitsrelevanten Aktivitäten aufzeichneten. In der „Health In Detroit Study“ von 1978 beispielsweise berichteten Frauen häufiger von täglichen Beschwerden. In einem Zeitraum von 6 Wochen hatten Frauen im Alter von 18 bis 44 Jahren im Durchschnitt 17,6 „Beschwerdetage“ (Männer: 13,1); Frauen gaben (im Durchschnitt!) über 42 verschiedene Beschwerden an (Männer: 25). Im Alter von 45 bis 64 Jahren waren die Geschlechtsunterschiede noch größer: 18,5 Beschwerdetage und 45 verschiedene Beschwerden verzeichneten die Frauen im Vergleich zu 11,2 Beschwerdetagen und 18 verschiedenen Beschwerden bei den Männern. Dieses letzte Ergebnis läßt sich so interpretieren, daß die höhere Beschwerdehäufigkeit von Frauen nicht allein auf Menstruationsbeschwerden zurückgeführt werden kann. Allerdings könnten in dieser Altersgruppe Beschwerden, die mit dem Klimakterium einhergehen, eine stärkere Rolle spielen (Rosemeier und Schultz-Zehden 1997).

In dem Nationalen Gesundheitssurvey sowie in dem Gesundheitssurvey Ost (Hoffmeister und Bellach 1995) wurde die subjektive Beeinträchtigung (0 „gar nicht“, 1 „kaum“, 2 „mäßig“ und 3 „stark“) durch (insgesamt 24 verschiedene) körperliche und Allgemeinbeschwerden mit Hilfe der Beschwerden-Liste (v. Zerssen 1976) erfaßt. Der Summen-Score sagt etwas darüber aus, wie weit sich eine Person durch körperliche und Allgemeinbeschwerden beeinträchtigt fühlt. Der Summen-Score kann Werte zwischen 0 und 72 annehmen, wobei 0 bedeuten würde, daß eine Person an allen 24 vorgegebenen Beschwerden „gar nicht“ leidet, ein Wert von 72 würde bedeuten, daß eine Person an allen Beschwerden „stark“ leidet. In den Erhebungen zur Gesundheit der Deutschen des Robert-Koch-Institutes Anfang der 90er Jahre (Hoffmeister und Bellach 1995) lagen die mittleren Beschwerdeangaben in allen Gruppen über den Normwerten, die Anfang der 70er Jahre ermittelt worden waren³. Darüber hinaus zeigte sich eine Abhängigkeit der subjektiven Beeinträchtigung durch Beschwerden von drei Faktoren: Geschlecht, Alter und Herkunft (Ost- versus Westdeutschland). Die Beschwerdehäufigkeit war höher bei Frauen, bei älteren Personen

3 Bei einer repräsentativen Stichprobe erwachsener Bundesbürger im Alter von 20–64 Jahren wurde für Männer ein mittlerer Rohwert von 10 ermittelt, für Frauen von 13,5 (v. Zerssen 1976).

Abbildung 1: Selbstangaben der Deutschen zu körperlichen Beschwerden in Abhängigkeit von Alter, Herkunft und Geschlecht



Einschätzung anhand der Beschwerden-Liste (v. Zerssen 1976).

Quellen: Nationaler Gesundheitssurvey und Survey Ost (Hoffmeister und Bellach 1995); Altersgruppe 25 - 69 Jahre.

sowie bei Westdeutschen (s. *Abbildung 1*). Dabei ist insbesondere der Vergleich der Männer aufschlußreich. Während die westdeutschen Männer sich in ihrem Beschwerdemuster und -verlauf (über die Altersgruppen) den weiblichen Befragten ähneln (wenn auch auf etwas niedrigerem Niveau), weicht die Beschwerdekurve der ostdeutschen Männer deutlich davon ab und liegt unter den anderen Gruppen. Besonders groß sind die Unterschiede zwischen ost- und westdeutschen Männern in den Altersgruppen unter 30 und über 40 Jahren.

Hier zeigen sich Parallelen zu den Studien von Lüschen et al. (1997) sowie Kirschner et al. (1995), die jeweils gefunden hatten, daß ostdeutsche Männer im Vergleich zu westdeutschen Männern ihre Gesundheit besser einschätzten.

Ähnlich wie bei körperlichen Beschwerden geben Frauen ein höheres Maß an *Krankheiten* an. Je länger der vorgegebene Zeitraum ist, für den Krankheiten angegeben oder erinnert werden sollen, desto größer scheint der gefundene Geschlechtsunterschied zu sein.

In dem amerikanischen National Health Interview Survey wurden akute Erkrankungen und chronische Krankheiten im Geschlechtervergleich erfaßt (s. Reddy et al. 1992). Auch wenn Störungen, die mit der Reproduktionsfähigkeit der Frau zusammenhängen, ausgeschlossen wurden, war die geschätzte Inzidenzrate für akute Erkrankungen bei Frauen höher: sie lag bei 188 akuten Erkrankungen per 100 Personen im Jahr (Männer: 161). Frauen waren nach eigenen Angaben häufiger an infektiösen und parasitären Erkrankungen, Erkrankungen der Atmungsorgane und Verdauungsstörungen erkrankt. Nur im Fall der Verletzungen war die Inzidenzrate bei den Männern höher. Auch bei den chronischen Krankheiten zeigten sich signifikante Geschlechtsunterschiede. In 45 von 63 erfaßten chro-

nischen Krankheiten war die Prävalenzrate bei den Frauen vergleichsweise höher, am deutlichsten bei nicht lebensbedrohlichen chronischen Krankheiten wie chronischer Sinusitis, Arthritis, Diabetes, Gallenblasenerkrankungen, Migräne, Krampfadern und Verdauungsstörungen. Dagegen waren Männer häufiger von lebensbedrohlichen chronischen Krankheiten (Arteriosklerose, ischämische Herzkrankheit, Lungenemphysem) betroffen (ähnliche Befunde berichten Mayer und Baltés 1996; Verbrugge 1976; Verbrugge und Wingard 1987). Die Autoren fassen zusammen: „As in the case of acute conditions, fewer chronic conditions were revealed for males than for females. Taken together, these data suggest that males either *have* proportionately fewer symptoms, illnesses, and diseases than females or tend to *report* proportionately fewer symptoms, illnesses, and diseases“ (Reddy et al. 1992: 7, Hervorhebung durch M.S.).

Die Epidemiologische-Forschungs-Befragung zur Gesundheit der Deutschen (Kirschner et al. 1995) kommt zu sehr ähnlichen Ergebnissen. Die Befragten sollten angeben, welche Krankheiten oder Beschwerden sie in den letzten 12 Monaten hatten, wobei nicht zwischen chronischen und akuten Krankheiten unterschieden wurde, lediglich danach, ob die Befragten eine Krankheit häufig bzw. über längere Zeit, seltener bzw. ab und zu oder nie gehabt hatten. 53 Prozent der Frauen und 40 Prozent der Männer gaben an, im letzten Jahr mindestens eine Krankheit gehabt zu haben. Bei *allen (!)* erfragten Krankheiten gaben mehr Frauen an, diese im letzten Jahr gehabt zu haben; die einzige Ausnahme betraf die Rubrik „Unfälle und Verletzungen“. Der größte Geschlechtsunterschied zeigte sich bei den Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems (35 % aller Frauen, aber nur 22 % der Männer waren nach eigener Angabe daran im letzten Jahr erkrankt), der geringste Unterschied bei Unfällen und Verletzungen (solche berichteten 10 % der Männer und 8 % der Frauen).

1975 wurden in den regelmäßig zu erhebenden Merkmalskatalog des Mikrozensus⁴ einige Fragen zur Gesundheit und Krankheit aufgenommen. So wurde nachgefragt, ob jemand zum Befragungszeitpunkt (bzw. in den vier Wochen vorher) krank (gewesen) ist. Eine Person wurde als krank bezeichnet, wenn sie sich im Berichtszeitraum in ihrem Gesundheitszustand so beeinträchtigt gefühlt hat, daß sie ihre übliche Beschäftigung nicht voll ausüben konnte und/oder wenn sie wegen der Beschwerden einen Arzt aufgesucht hatte oder wenn sie ein langfristiges Leiden hatte, das regelmäßig ärztlich behandelt wurde. Schwangerschaft, Entbindung und Wochenbett zählten nicht als Krankheit. Damit verbundene Komplikationen, die zu einer wesentlichen Einschränkung der üblichen Tätigkeit führten, wurden dagegen als Krankheit gewertet. 1978 bezeichneten sich 13 Prozent der Männer und 16 Prozent der Frauen (bezogen auf die Gesamtbevölkerung) als krank. Diese Zahlen blieben in den nachfolgenden Erhebungen ähnlich, glichen sich jedoch in den letzten beiden Mikrozensus-Erhebungen (1992 und 1995) aneinander an (s. *Tabelle 1*). 1995 bezeichneten sich 12 Prozent der Männer und 13 Prozent der Frauen zum Zeitpunkt der Erhebung als krank oder unfallverletzt.

4 Beim Mikrozensus handelt es sich um eine regelmäßig durchgeführte Befragung einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe mit breit gestreuter Thematik. Zum Grundprogramm der Befragung, die jährlich mit einem Auswahlatz von 1 Prozent erhoben wird, gehören Tatbestände wie Angaben zur Person, Familie, Wohnsitz und Erwerbstätigkeit. Die Ergänzungserhebungen – wozu auch die Fragen zur Gesundheit gehören – werden mit variablem Auswahlatz und unterschiedlicher Periodizität durchgeführt (s. Statistisches Bundesamt 1995).

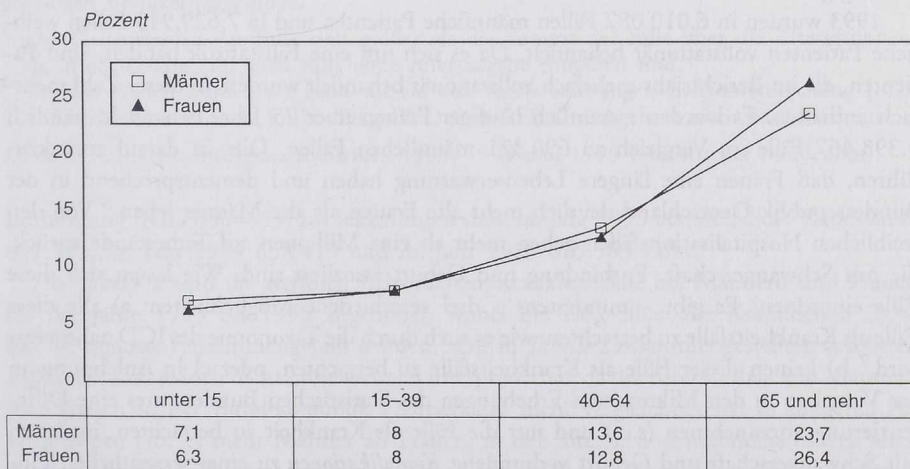
Tabelle 1: Kranke und Unfallverletzte in Deutschland (Selbsteinschätzungen)

	Männer	Frauen
1978	13	16
1980	13	16
1982	13	17
1992	11	12
1995	12	13

Anmerkungen: Angaben in Prozent, bezogen auf die Gesamtbevölkerung. Ergebnisse aus Mikrozensus-Erhebungen (Statistisches Bundesamt, 1980, 1982, 1984, 1994, 1997).

Die über alle Altersgruppen ermittelten Krankenquoten ergeben jedoch ein verzerrtes Bild und lassen die Frauen insgesamt kränker erscheinen, als sie tatsächlich sind. Dies zeigt sich bei der Betrachtung der Krankenquoten in Abhängigkeit vom Alter. Sowohl 1992 als auch 1995 hatten sich in den Altersgruppen bis zu 65 Jahren entweder gleich viele oder *mehr* Männer als krank oder unfallverletzt bezeichnet; nur in der Altersgruppe über 65 Jahren schätzten Frauen sich häufiger als krank ein. Die in *Abbildung 2* dargestellten Werte beziehen sich auf das Jahr 1995. Die Zahlen im Jahr 1992 waren sehr ähnlich.⁵

Abbildung 2: Kranke und Unfallverletzte in Deutschland 1995



Selbsteinschätzungen; Prozentangaben bezogen auf die jeweilige Bevölkerungsgruppe mit Angaben über die Gesundheit; Ergebnis der Mikrozensus-Erhebung 1995.

Quelle: Statistisches Jahrbuch 1997.

⁵ Die Zahlen für das Jahr 1992: Als krank oder unfallverletzt bezeichneten sich (Prozentangaben bezogen auf die jeweilige Bevölkerungsgruppe): unter 15 J.: Frauen 6,3 %, Männer 6,7 %, 15-40 J.: Frauen 7,2 %, Männer 7,5 %; 40-65 J.: Frauen 12,2 %, Männer 13,2 %; über 65 J.: Frauen 26,0 %, Männer 23,0 % (Statistisches Jahrbuch 1994).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, daß bei den Angaben zu körperlichen Beschwerden ein Geschlechtsunterschied besteht: Frauen geben im Durchschnitt mehr körperliche Beschwerden an, egal, wie man diese Beschwerden erfaßt. Bei den Männern variiert ihre subjektive Beeinträchtigung durch Beschwerden in Abhängigkeit von ihrer Herkunft (Ost- versus Westdeutschland); auf diesen Befund werde ich in der Diskussion näher eingehen. Bei den Angaben zu eigenen Krankheiten relativieren sich die Geschlechtsunterschiede, wenn sie auf einen kürzeren Zeitraum bezogen werden; insbesondere zeigt sich, daß Frauen in den jüngeren und mittleren Altersgruppen *nicht* häufiger krank sind als Männer.

III. Krankenhausdiagnosestatistiken

Seit 1993 liegen für Deutschland Krankenhausdiagnosestatistiken vor, in denen alle im Laufe eines Berichtsjahres entlassenen vollstationären Patienten (einschließlich Sterbefälle, ohne Stundenfälle) mit ihrer Hauptdiagnose, Alter und Geschlecht erfaßt werden (Statistisches Bundesamt 1993, 1994, 1995). Es handelt sich dabei um eine Vollerhebung der Krankenhäuser sowie Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen mit Auskunftspflicht und einem hohen Erfassungsgrad (1993: 96 %, 1994 und 1995: 99 %). Diese Statistiken liefern die härtesten und aktuellsten Daten zur – stationär behandelten – Morbidität in Abhängigkeit vom Geschlecht in Deutschland.

1993 wurden in 6.010.082 Fällen männliche Patienten und in 7.629.945 Fällen weibliche Patienten vollstationär behandelt. Da es sich um eine Fallstatistik handelt, sind Patienten, die im Berichtsjahr mehrfach vollstationär behandelt wurden, in dieser Zahl mehrfach enthalten. Es wurden wesentlich häufiger Frauen über 75 Jahre behandelt, nämlich 1.393.467 Fälle im Vergleich zu 690.371 männlichen Fällen. Dies ist darauf zurückzuführen, daß Frauen eine längere Lebenserwartung haben und dementsprechend in der Bundesrepublik Deutschland deutlich mehr alte Frauen als alte Männer leben.⁶ Von den weiblichen Hospitalisationsfällen gehen mehr als eine Millionen auf Tatbestände zurück, die mit Schwangerschaft, Entbindung und Geburt assoziiert sind. Wie lassen sich diese Fälle einordnen? Es gibt – mindestens – drei verschiedene Möglichkeiten: a) alle diese Fälle als Krankheitsfälle zu betrachten, wie es auch durch die Taxonomie des ICD nahegelegt wird,⁷ b) keinen dieser Fälle als Krankheitsfälle zu betrachten, oder c) in Anlehnung an das Vorgehen in den Mikrozensus-Erhebungen des Statistischen Bundesamtes eine Differenzierung vorzunehmen (s.o.) und nur die Fälle als Krankheit zu betrachten, in denen mit Schwangerschaft und Geburt verbundene *Komplikationen* zu einer wesentlichen Einschränkung der üblichen Tätigkeit führen. Das letzte Vorgehen scheint mir das einleuchtendste zu sein. Von der Gesamtzahl der Fälle sind demnach die Fälle abzuziehen, die auf legale Schwangerschaftsunterbrechung (ICD 635) und insbesondere auf eine normale

⁶ 1994 gab es 3.637.100 Frauen, die 75 Jahre oder älter waren, dagegen nur 1.481.600 Männer (Statistisches Jahrbuch 1996).

⁷ So heißt die übergeordnete Kategorie der ICD-Position 630–676 „Komplikationen der ...“, worunter jedoch auch die normale – d.h. komplikationslose – Schwangerschaft und Entbindung gefaßt werden.

Tabelle 2: Stationär behandelte Krankheitsfälle im Geschlechtervergleich

	1993		1994		1995		
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	
Alle Altersgruppen ^a	6.010.082 15,2	6.938.547 ^b 16,6	6.324.267 15,9	7.316.094 ^b 17,5	6.519.290 16,4	7.503.721 ^b 17,9	Absolut pro 100 d.B.
M : F	0,92		0,91		0,92		
< 25 J.	1.278.546 10,8	1.189.832 10,6	1.277.495 11,0	1.213.205 11,0	1.245.398 10,8	1.327.912 12,2	Absolut pro 100 d.B.
M : F	1,02		1,0		0,89		
25 – 44 J.	1.262.559 9,6	1.539.944 12,4	1.329.084 9,9	1.612.818 12,8	1.352.810 10,0	1.636.787 12,9	Absolut pro 100 d.B.
M : F	0,77		0,77		0,77		
45 – 64 J.	1.875.787 18,5	1.708.816 16,9	1.975.939 19,4	1.792.063 17,6	2.059.974 20,0	1.641.144 16,0	Absolut pro 100 d.B.
M : F	1,09		1,10		1,25		
≥ 65 J.	1.592.049 37,4	2.496.959 31,1	1.741.426 39,1	2.697.220 33,3	1.860.846 40,6	2.828.792 34,7	Absolut pro 100 d.B.
M : F	1,20		1,17		1,17		

Anmerkungen: Innerhalb eines Jahres aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Patienten (einschl. Sterbefälle, ohne Stundenfälle); absolute Zahlen und Zahlen pro 100 Personen der jeweiligen Bevölkerungsgruppe.

^a Die Gesamtzahlen der Fälle sind größer als die Summe der Fälle über die Altersgruppen, da in der Gesamtzahl auch Fälle ohne Altersangabe enthalten sind.

^b Bei den Frauen wurden die Fälle, die auf eine legale Schwangerschaftsunterbrechung (ICD 635) oder eine normale Entbindung (ICD 650–659) zurückgehen, nicht berücksichtigt.

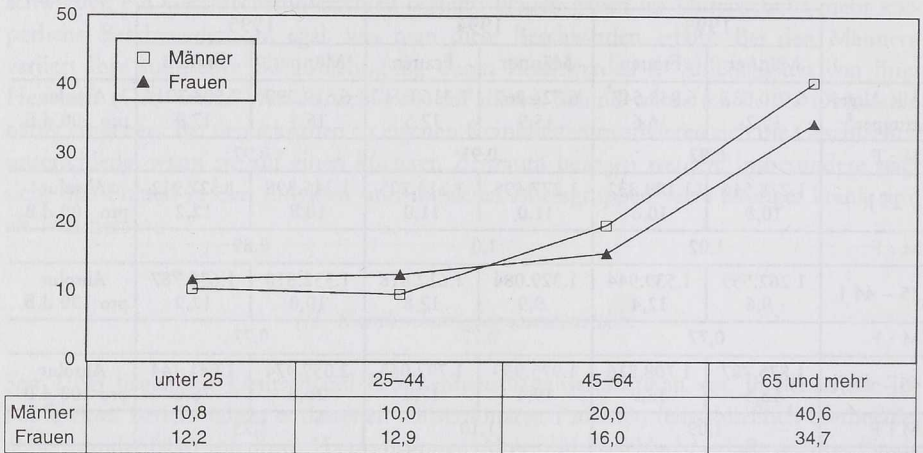
Quellen: Krankenhausdiagnosestatistiken 1993, 1994 und 1995 (Statistisches Bundesamt).

Entbindung (ICD 650–659) zurückzuführen sind; im Jahr 1993 betrafen diese Tatbestände 691.398, im Jahr 1994 638.419 und im Jahr 1995 615.583 Fälle.

In *Tabelle 2* sind die stationär behandelten Krankheitsfälle bei Männern und Frauen für die Jahre 1993 bis 1995 abgebildet, wobei die Fälle über alle Krankheiten (bzw. ICD-Diagnosen) zusammengefaßt wurden.⁸ Die in *Tabelle 2* zusammengestellten absoluten Fallzahlen sind jedoch nicht ohne weiteres interpretierbar, da der Altersaufbau von Männern und Frauen in der Bundesrepublik Deutschland nicht vergleichbar ist. In jüngeren Altersgruppen gibt es mehr Männer als Frauen, in den älteren und besonders in den alten Altersgruppen (ab 75 Jahre) gibt es deutlich mehr Frauen als Männer (Statistisches Jahrbuch 1997). Aus diesem Grund wurden die Fallzahlen in Bezug zur jeweiligen Bevölkerungsgruppe (in Hinsicht Altersklasse und Geschlecht) gesetzt (Fallzahl pro 100 der jeweiligen Bevölkerungsgruppe). Vergleicht man diese altersstratifizierten Fallzahlen, sieht man, daß es in der Altersgruppe bis zu 25 Jahren keine nennenswerten Geschlechtsunterschiede in der Häufigkeit stationär behandelter Krankheiten gibt. In der Altersgruppe von 25 bis 44 Jahren wurden in allen drei Erhebungszeiträumen Frauen häufiger stationär behandelt

⁸ Da es hier vor allem um einen Vergleich der allgemeinen Morbidität geht, wird an dieser Stelle auf eine Auswertung der Einzeldiagnosen verzichtet.

Abbildung 3: Stationäre Behandlungsfälle 1995



Fälle je 100 der jeweiligen Bevölkerungsgruppe. Bei Frauen: ohne ICD 635 und ICD 650-69.

Quelle: Krankenhausdiagnosestatistik 1995 (Statistisches Bundesamt 1996).

als Männer. Dies ist zu einem Großteil durch Komplikationen, die mit der Reproduktionsfähigkeit der Frauen zusammenhängen, zu erklären, nämlich durch Fehlgeburten (ICD 630-639), Komplikationen, die in der Schwangerschaft auftreten (ICD 640-648) sowie Komplikationen, die im Verlauf der Wehen oder der Entbindung auftreten (ICD 660-669). Diese Komplikationen waren 1993 für 197.554 Fälle verantwortlich, 1994 für 226.026 Fälle und 1995 für 237.449 Fälle.⁹ In den beiden nächsten Altersgruppen, von 45 bis 64 Jahren und über 65 Jahren ist in allen drei Erhebungen die relative männliche Fallrate höher als die weibliche. 1995 gab es auf 100 Männer im Alter zwischen 45 und 64 Jahren 20 stationär behandelte Krankheitsfälle (bei Frauen 16), im Alter über 65 Jahren war der Unterschied noch größer: 40,6 (auf 100) Fälle bei den Männern standen 34,7 (auf 100) Fällen bei den Frauen gegenüber. In *Tabelle 2* ist jeweils auch das Verhältnis Männer: Frauen abgebildet, das als relatives Risiko interpretiert werden kann. Im Alter bis zu 25 Jahren ist das relative Risiko, wegen einer Krankheit im Krankenhaus stationär behandelt zu werden, bei Männern und Frauen weitgehend gleich (nur im Jahr 1995 war sie bei Männern geringer); in der Altersgruppe von 25 bis 44 Jahren ist das Risiko für Frauen höher, danach kehrt sich das Geschlechterverhältnis um und Männer haben ein höheres Risiko, wegen einer Krankheit im Krankenhaus behandelt werden zu müssen. Zur Veranschaulichung dieses Schereneffektes wird ein Ausschnitt von *Tabelle 2* – die stationären Fallraten für das Jahr 1995 – zusätzlich in *Abbildung 3* dargestellt.

In den Krankenhausdiagnosestatistiken wird auch die Verweildauer pro Behandlungsfall festgehalten. In allen drei Erhebungen liegt die mittlere Verweildauer der Frauen leicht

⁹ Würde man diese Fälle auch nicht berücksichtigen, ginge die relative Fallrate bei den Frauen noch einmal deutlich zurück, nämlich auf 10,8 % (1993), 11,0 % (1994) und 11,0 % (1995) und läge dann nur noch unwesentlich über der männlichen Fallrate in dieser Altersgruppe.

Tabelle 3: Verweildauer im Krankenhaus

		Männer	Frauen
1993	alle Altersgruppen	14,0	13,7
1994	alle Altersgruppen	13,1	13,0
1995	alle Altersgruppen	12,6	12,5
1995	0 – 24 J.	8,4	7,9
	25 – 44 J.	13,1	9,6
	45 – 64 J.	13,1	12,8
	65 J. und mehr	14,4	16,6

Anmerkungen: Durchschnittliche Verweildauer pro stationärem Behandlungsfall in Tagen.

Quellen: Krankenhausdiagnosestatistiken 1993, 1994 und 1995 (Statistisches Bundesamt).

unter der der Männer; auch hier ist wieder eine differenzierte Betrachtung für die unterschiedlichen Altersgruppen aufschlußreich (s. *Tabelle 3*). In den jüngeren Altersgruppen ist die Verweildauer pro Fall bei Männern höher; besonders groß ist der Unterschied in der Altersgruppe zwischen 25 und 44 Jahren. Während die Frauen dieses Alters im Durchschnitt nach 9,6 Tagen wieder aus dem Krankenhaus entlassen wurden, war das bei den Männern der gleichen Altersgruppe erst nach 13,1 Tagen der Fall. Große Unterschiede gibt es dann wieder in der höchsten Altersgruppe: alte Frauen (über 65 Jahre) liegen durchschnittlich länger im Krankenhaus als alte Männer, was möglicherweise zum Teil darauf zurückzuführen ist, daß Männer (im Durchschnitt) eher sterben.

Die Auswertungen der Krankenhausdiagnosestatistiken liefern somit keinerlei Unterstützung der These, daß Frauen weniger gesund sein sollten als Männer. Nur in der Altersgruppe von 25–44 Jahren werden sie häufiger stationär behandelt, was jedoch überwiegend durch Komplikationen in Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt erklärt werden kann. Wenn Frauen im Krankenhaus behandelt werden, ist ihre Verweildauer kürzer als die der Männer, mit Ausnahme der Altersgruppen über 65 Jahre.

IV. Zusammenfassung und Diskussion

Bei der Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes zeigt sich, daß die Mehrheit der Männer und Frauen in mittleren Altersgruppen (ca. 20 bis 60 Jahre) mit ihrer Gesundheit entweder zufrieden ist oder diese als gut oder sehr gut bezeichnet (nach neueren Untersuchungen zwischen 80 und 90 Prozent). Nur eine Minderheit ist nicht zufrieden mit ihrer Gesundheit. Etwas mehr Männer bezeichnen ihre Gesundheit als sehr gut, etwas mehr Frauen beschreiben ihre Gesundheit als weniger gut oder schlecht. Diese Unterschiede in den Einschätzungen an den Rändern der Verteilung scheinen wesentlich auf eine optimistischere Selbsteinschätzung bzw. Selbstdarstellung der Männer zurückzuführen sein, ein Phänomen, das aus anderen Bereichen psychologischer Forschung bekannt ist.¹⁰ Nur

¹⁰ So schätzten in verschiedenen Streßexperimenten Männer ihre Leistung als signifikant höher ein als Frauen; bei der objektiv erbrachten Leistung gab es entweder keine Geschlechtsunterschiede, oder aber die Frauen hatten die besseren Leistungen (Collins und Frankenhaeuser 1978; Frankenhaeuser et al. 1978; Weidner und Messina 1995).

in höherem Alter ist die Annahme eines „wahren“ Geschlechtsunterschiedes gerechtfertigt. In hohem Alter fühlen sich mehr Frauen in ihrer Gesundheit beeinträchtigt (Baltes et al. 1996; Kirschner et al. 1995), wobei diese Selbsteinschätzung durch körperliche Befunde in der Berliner Altersstudie unterstützt wird (Baltes et al. 1996).

Bei den Angaben zu körperlichen Beschwerden zeigt sich ein deutlicherer Geschlechtsunterschied: Frauen fühlen sich häufiger durch Beschwerden beeinträchtigt, und sie geben mehr verschiedene Beschwerden an. Allerdings ist dieser Befund zum Teil durch Beschwerden verursacht, die mit der Reproduktionsfähigkeit der Frau einhergehen, insbesondere in Zusammenhang mit Menstruation, Schwangerschaft und Geburt, möglicherweise auch in Zusammenhang mit dem Klimakterium. Da in den meisten Untersuchungen diese Art von frauenspezifischen Beschwerden nicht oder nicht ausreichend kontrolliert wurde, lassen sich kaum Aussagen darüber machen, wie groß ihr Anteil an den „Gesamtbeschwerden“ ist. Die wenigen Studien, die diesen Faktor kontrolliert haben, kommen jedoch zu dem Schluß, daß das Mehr an subjektiver Beeinträchtigung durch Beschwerden nicht allein auf frauenspezifische Beschwerden zurückgeführt werden kann. Eher spielen Geschlechtsunterschiede in der Körperwahrnehmung eine Rolle. So konnte in einer Reihe von Studien nachgewiesen werden, daß Frauen (im Durchschnitt) eine größere Sensibilität und Aufmerksamkeit für den eigenen Körper besitzen und damit einhergehend positive wie negative körperliche Veränderungen bewußter wahrnehmen (Brähler 1986; Sieverding 1993).

Befragt man Männer und Frauen, an welchen Krankheiten sie im letzten Jahr erkrankt sind, geben Frauen grundsätzlich mehr akute wie chronische Krankheiten an. Ähnlich wie bei den körperlichen Beschwerden ist jedoch nicht zu unterscheiden, ob Frauen tatsächlich mehr Krankheiten *haben* oder ob sie sich nur an mehr Krankheiten erinnern bzw. über mehr Krankheiten *berichten*. Die Ergebnisse der Mikrozensus-Erhebungen der letzten Jahre, in denen ein kürzerer Zeitraum von vier Wochen abgefragt wurde, erbrachten eine Annäherung der Krankenquoten seit den 70er Jahren; in der letzten Erhebung (1995) bezeichneten sich 13 Prozent der Frauen und 12 Prozent der Männer als krank oder unfallverletzt. Die Auswertung in Abhängigkeit vom Alter zeigt jedoch, daß nur im Alter über 65 Jahren mehr Frauen als Männer sich als krank einschätzten. In den jüngeren Altersgruppen (bis zu 65 Jahren) bezeichneten sich *nicht* mehr Frauen als krank.

Eine Analyse der deutschen Krankenhausdiagnosestatistiken der Jahre 1993 bis 1995 zeigt, daß Frauen nur in der Altersgruppe zwischen 25 und 44 Jahren häufiger als Männer stationär behandelt werden, was wesentlich durch Komplikationen, die mit der Reproduktionsfähigkeit der Frau einhergehen, zu erklären ist. In höherem Alter werden Männer – relativ zur Gesamtbevölkerung – *häufiger* stationär behandelt als Frauen. Als ein weiteres Maß für die Morbidität wurde die durchschnittliche Verweildauer pro stationär behandeltem Fall betrachtet. Die Verweildauer von männlichen Patienten im Krankenhaus ist in der mittleren Altersgruppe (25–44 Jahre) deutlich höher als die der weiblichen Patientinnen; nur im Alter über 65 Jahren liegen Frauen durchschnittlich länger im Krankenhaus als Männer.

Sind Frauen weniger gesund als Männer? Nach den verschiedenen Befunden, die hier zusammengestellt wurden, ist diese Frage eindeutig zu verneinen. Es ist durchaus möglich, daß zum Zeitpunkt, als die ersten Erhebungen zur Gesundheit im Geschlechtervergleich durchgeführt wurden (in Deutschland Ende der 70er, Anfang der 80er Jahre) noch größere Unterschiede zwischen Männern und Frauen bestanden und Frauen tatsächlich stärker in

ihrer Gesundheit beeinträchtigt waren (s. z.B. Maschewsky-Schneider et al. 1988 sowie die Mikrozensus-Erhebungen aus jenen Jahren). Es deutet jedoch vieles darauf hin, daß zum gegenwärtigen Zeitpunkt eine Reihe von Geschlechtsunterschieden nicht (mehr) existieren oder deutlich an Bedeutung verloren haben. Macintyre und Mitarbeiterinnen (Macintyre et al. 1996) schlagen vor, zu diesem Thema periodische „re-examinations“ durchzuführen.¹¹

Im Unterschied zur subjektiven Gesundheit finden sich bei den Angaben zu körperlichen Beschwerden und Krankheiten – insbesondere, wenn sie retrospektiv über einen längeren Zeitraum erfragt werden – nach wie vor Geschlechtsunterschiede. Männer geben weniger körperliche Beschwerden und Krankheiten an, obwohl sie – nimmt man die Ergebnisse aus den letzten Mikrozensus-Erhebungen sowie aus den Krankenhausdiagnostostatistiken – nicht weniger krank sind als Frauen. Es läßt sich aufgrund der vorliegenden Befunde nicht eindeutig klären, inwiefern geschlechtstypische Mechanismen in der Selbstwahrnehmung oder in der Selbstdarstellung für diesen Befund verantwortlich sind. Hier sind differenziertere Studien notwendig. Männer nehmen im präventiven und ambulanten Bereich weniger medizinische Hilfe in Anspruch als Frauen (s. z.B. Härtel 1988; Kirschner et al. 1995; Sieverding 1997), dies könnte darauf zurückzuführen sein, daß Männer eine weniger sensible Wahrnehmung für körperliche Symptome als Frauen besitzen¹² bzw. diese nicht wahrhaben wollen. Eine neuere Studie zu präventivem Gesundheitsverhalten, in der bei Männern ein signifikant höhere kognitive Vermeidung im Umgang mit Streß gefunden wurde, unterstützt eine solche Vermutung (Kohlmann et al. 1997). In der Sozialpsychologie wurde zwar die These vertreten, daß positive Illusionen gut für die psychische Gesundheit seien (Taylor und Brown 1988); für die physische Gesundheit muß das jedoch nicht unbedingt zutreffen.¹³ Vielmehr könnte die fehlende Wahrnehmung von Beschwerden oder anderen krankheitsrelevanten Indikatoren für Männer ein Gesundheitsrisiko darstellen. So wäre es interessant zu überprüfen, ob die deutlich längere Verweildauer im Krankenhaus von Männern in der Altersgruppe von 25 bis 44 Jahren ein Resultat mangelnder Vorsorgemaßnahmen und/oder fehlender rechtzeitiger Inanspruchnahme ambulanter Hilfe ist.

Wichtig ist die Differenzierung auch innerhalb eines Geschlechts. Es kann vermutet werden, daß viele Geschlechtsunterschiede in den verschiedenen Indikatoren von Gesundheit relativ wenig mit dem biologischen Geschlecht (sex) und umso mehr mit dem sozialen Geschlecht (gender) zu tun haben. Von verschiedenen Seiten wurden bereits Zusammenhänge zwischen Geschlechtsrollen(erwartungen) und gesundheitsrelevantem Verhalten bzw.

11 Die britischen Wissenschaftlerinnen berichten, daß sie ihre Analysen auf einer Medizinsoziologie-Tagung in Wien vorgestellt hätten: „several listeners afterward told us that they had not found the ‚expected‘ gender differences in self-reported health in their surveys, but had never drawn attention to this because they assumed it was due to a peculiarity in their sample or social setting, or to some other ‚anomalous‘ circumstance“ (Macintyre et al. 1996: 623).

12 In der Münchner Bluthochdruckstudie beispielsweise zeigte sich, daß 38 Prozent der hypertonen Männer nichts von ihrem hohen Blutdruck wußten; bei den hypertonen Frauen lag diese Quote nur bei 16 Prozent (s. Härtel 1988).

13 Auch für den Bereich der psychischen Gesundheit wurde die weitbeachtete und vieldiskutierte These vom Nutzen positiver Illusionen inzwischen schon wieder in Frage gestellt (s. Colvin und Block 1994; Colvin, Block und Funder 1995).

Gesundheit hergestellt (Richter 1973; Sieverding 1995, 1997; Waldron 1988; Weidner et al. 1996). Gove und Tudor (1973) hatten bereits in den 70er Jahren die These aufgestellt, daß die traditionelle (Haus-)Frauenrolle krankmache. So wäre es denkbar, daß der seit den 60er Jahren stattgefundenen Anstieg in der Erwerbsquote von Frauen, insbesondere von verheirateten Frauen (Pfau-Effinger 1996) deren (Einschätzung ihrer) Gesundheit positiv beeinflußt hat. Auch die im Nationalen Gesundheitssurvey gefundenen Unterschiede in den Angaben zu körperlichen Beschwerden zwischen ost- und westdeutschen Männern (Hoffmeister und Bellach 1995, s. *Abbildung 1*) lassen sich unter Geschlechterrollenaspekten diskutieren. Die westdeutschen Männer ähneln in ihren Angaben eher den (west- und ostdeutschen) Frauen als den ostdeutschen Männern. Ein ähnliches Ergebnismuster wurde in der Erhebung von Lüschen und Mitarbeitern (Lüschen et al. 1997) bezüglich der selbsteingeschätzten Gesundheit gefunden. Die These der Forschergruppe, daß es den westdeutschen Männern aufgrund ihrer sozialen und beruflichen Situation gesundheitlich deutlich besser gehen müßte als den ostdeutschen Männern, bestätigte sich nicht. „The latter result for men is a surprise given the economic and social experiences of East Germans“ (Lüschen et al. 1997: 1319). Berücksichtigt man ausschließlich soziale Faktoren, ist dieses Ergebnis tatsächlich kaum zu erklären: die westdeutschen Männer hatten das höchste Einkommen, sie waren im Durchschnitt zwei Jahre jünger als die ostdeutschen Männer, und sie trieben mehr Sport, alles Faktoren, die bekanntlich mit einer besseren Gesundheit assoziiert werden. Und so konstatieren die Autoren: „To explain the health situation of the West-German men remains, however, difficult and puzzling ... Thus there have to be other factors not accounted for in this analysis ...“ (ebd.: 1321). Hier erweist sich meines Erachtens die Berücksichtigung psychologischer Variablen – wie z.B. des Geschlechterrollen-Selbstkonzeptes – als hilfreich und notwendig. Das Eingeständnis von körperlichen Beschwerden ist mit einem traditionellen maskulinen Selbstkonzept, das durch Stärke und Unabhängigkeit charakterisiert ist, nicht vereinbar, ähnlich wie die Inanspruchnahme professioneller Hilfe bei psychosozialen Problemen (Sieverding 1997). Meine Vermutung ist, daß der Sozialisation westdeutscher Männer in einem gesellschaftlichen Kontext von Frauenbewegung und Männergruppen eine Schlüsselrolle zukommt. Die in weiten Kreisen der Gesellschaft ausgetragenen Diskussionen und Auseinandersetzungen, die Ende der 60er Jahre begannen und seitdem die traditionellen Geschlechterrollen zum Teil massiv in Frage gestellt haben, scheinen nicht ohne – mehr oder weniger bewußte – Auswirkungen auf das Selbstkonzept von Männern (und Frauen) gewesen zu sein. So mögen westdeutsche Männer inzwischen in einem stärkeren Maße für den eigenen Körper bzw. die eigene Gesundheit sensibilisiert sein; ihr Selbstkonzept „erlaubt“ es ihnen möglicherweise eher, ihren Gesundheitszustand realistisch einzuschätzen und auch körperliche Beschwerden zuzugeben, ohne daß sie das Gefühl haben, ihr Gesicht oder ihre Männlichkeit verlieren. Ostdeutsche Männer dagegen könnten noch stärker einem traditionellen Männlichkeitsideal verpflichtet sein, das die Äußerung von Beschwerden oder die Inanspruchnahme von Hilfe als Schwäche sanktioniert.

Literatur

- Annandale, Ellen*, und *Kate Hunt*, 1990: Masculinity, Femininity and Sex: An Exploration of their Relative Contribution to Explaining Gender Differences in Health, *Sociology of Health & Illness* 12: 24–46.
- Baltes, Margret M.*, *Ann L. Horgas*, *Barbara Klingenspor*, *Alexandra M. Freund* und *Laura L. Carstensen*, 1996: Geschlechtsunterschiede in der Berliner Altersstudie. S. 573–598 in: *Karl U. Mayer* und *Paul B. Baltes* (Hg.): Die Berliner Altersstudie. Berlin: Akademie Verlag.
- Böhm, Nicola*, 1987: Frauen – das kranke Geschlecht? Zur Epidemiologie psychischer Erkrankungen bei Frauen. S. 71–101 in: *Birgit Rommelspacher* (Hg.): Weibliche Beziehungsmuster. Psychologie und Therapie von Frauen. Frankfurt a.M.: Campus.
- Brähler, Elmar* (Hg.), 1986: Körpererleben – ein subjektiver Ausdruck von Leib und Seele. Berlin: Springer.
- Brähler Elmar*, und *Jörn W. Scheer*, 1984: Subjektive Beschwerden und objektiver Befund. S. 189–199 in: *Jörn W. Scheer* und *Elmar Brähler* (Hg.): Ärztliche Maßnahmen aus psychologischer Sicht. Berlin: Springer.
- Collins, Aila*, und *Marianne Frankenhaeuser*, 1978: Stress Responses in Male and Female Engineering Students, *Journal of Human Stress* 4: 43–48.
- Colvin, C. Randall*, und *Jack Block*, 1994: Do Positive Illusions Foster Mental Health? An Examination of the Taylor and Brown Formulation, *Psychological Bulletin* 116: 3–20.
- Colvin, C. Randall*, *Jack Block* und *David C. Funder*, 1995: Overly Positive Self-evaluations and Personality: Negative Implications for Mental Health, *Journal of Personality and Social Psychology* 68: 1152–1162.
- Frankenhaeuser, Marianne*, *Majjalisa R. von Wright*, *Aila Collins*, *Johan v. Wright*, *Göran Sedvall* und *Carl-Gunnar Swahn*, 1978: Sex Differences in Psychoneuroendocrine Reactions to Examination Stress, *Psychosomatic Medicine* 40: 334–343.
- Gove, Walter R.*, und *Michael Hughes*, 1979: Possible Causes of the Apparent Sex Differences in Physical Health: An Empirical Investigation, *American Sociological Review* 44: 126–146.
- Gove, Walter R.*, und *Jeannette F. Tudor*, 1973: Adult Sex Roles and Mental Illness, *American Journal of Sociology* 78: 812–835.
- Härstel, Ursula*, 1988: Geschlechtsspezifische Inanspruchnahme medizinischer Hilfe. Ergebnisse der Münchner Blutdruckstudie, *Sozial- und Präventivmedizin* 33: 148–154.
- Hagemann-White, Carol*, 1994: Wie (un)gesund ist Weiblichkeit? *Zeitschrift für Frauenforschung* 12: 20–27.
- Hermann, Sabine*, und *Angelika Hiestermann*, 1995: Zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Frauen in Berlin. Diskussionsbeiträge zur Gesundheits- und Sozialforschung (Diskussionspapier 26). Berlin: Senatsverwaltung für Gesundheit.
- Hoffmeister, Hans*, und *Bärbel-Maria Bellach* (Hg.), 1995: Die Gesundheit der Deutschen. Ein Ost-West-Vergleich von Gesundheitsdaten. Berlin: Robert-Koch-Institut.
- Idler, Ellen L.*, und *Yael Benyamini*, 1997: Self-Rated Health and Mortality: A Review of Twenty-Seven Community Studies, *Journal of Health and Social Behavior* 38: 21–37.
- Kandrack, Mary-Anne*, *Karen R. Grant* und *Alexander Segall*, 1991: Gender Differences in Health Related Behaviour: Some Unanswered Questions, *Social Science & Medicine* 32: 579–590.
- Kirschner, Wolf*, und *Michael Radoschewski*, 1993: Gesundheits- und Sozialsurvey Berlin. Diskussionsbeiträge zur Gesundheits- und Sozialforschung (Diskussionspapier 17). Berlin: Senatsverwaltung und Gesundheit.
- Kirschner, Wolf*, *Michael Radoschewski* und *Renate Kirschner*, 1995: § 20 SBG V Gesundheitsförderung, Krankheitsverhütung. Untersuchung zur Umsetzung durch die Krankenkassen. St. Augustin: Asgard.
- Klotz, Thomas*, *Klaus Hurrelmann* und *Hans-Udo Eickenberg*, 1998: Der frühe Tod des starken Geschlechts, *Deutsches Ärzteblatt* 95 (9): 389–392.
- Kohlmann, Carl-Walter*, *Gerdi Weidner*, *Elke Dotzauer* und *Lawrence R. Burns*, 1997: Gender Differences in Health Behaviors: The Role of Avoidant Coping, *European Review of Applied Psychology* 47: 115–121.

- Lehr, Ursula, 1987: Subjektiver und objektiver Gesundheitszustand im Lichte von Längsschnittstudien. S. 153–159 in: Ursula Lehr und Hans Thomae (Hg.): Formen seelischen Alterns. Stuttgart: Enke.
- Lüschen, Günther, Olga Gelin, Christian Janßen, Gerhard Kunz und Olaf von dem Knesebeck, 1997: After Unification: Gender and Subjective Health Status in East and West Germany, *Social Science & Medicine* 44: 1313–1323.
- Lutz, Rainer, und Norbert Mark (Hg.), 1995: Wie gesund sind Kranke? Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Macintyre, Sally, Kate Hunt und Helen Sweeting, 1996: Gender Differences in Health. Are Things Really as Simple as they Seem, *Social Science & Medicine* 42: 617–624.
- Maschewsky-Schneider, Ulrike, Eberhard Greiser und Uwe Helmert, 1988: Sind Frauen gesünder als Männer? Zur gesundheitlichen Lage der Frauen in der Bundesrepublik Deutschland, *Sozial- und Präventivmedizin* 33: 173–180.
- Maschewsky-Schneider, Ulrike (Hg.), 1996: Frauen – das kranke Geschlecht? Mythos und Wirklichkeit. Opladen: Leske + Budrich.
- Maschewsky-Schneider, Ulrike, 1997: Frauen sind anders krank. Zur gesundheitlichen Lage der Frauen. Weinheim: Juventa.
- Mayer, Karl Ulrich, und Paul B. Baltes (Hg.), 1996: Die Berliner Altersstudie. Berlin: Akademie Verlag.
- Mechanic, David, 1980: Comment on Gove and Hughes, *American Sociological Review* 45: 513–514.
- Pfau-Effinger, Birgit, 1996: Analyse internationaler Differenzen in der Erwerbsbeteiligung von Frauen. Theoretischer Rahmen und empirische Ergebnisse, *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 48: 462–492.
- Reddy, Diane M., Raymond Fleming und Vincent J. Adesso, 1992: Gender and Health. S. 3–32 in: Stan Maes et al. (Hg.): *International Review of Health Psychology*. Chichester: Wiley.
- Richter, Horst E., 1973: Konflikte und Krankheiten der Frau. S. 293–308 in: Dieter Claessens und Petra Milhoffer (Hg.): *Familiensoziologie*. Frankfurt a.M.: Fischer.
- Rosemeier, Hans P., und Beate Schultz-Zehden, 1997: Psychosoziale Einflussfaktoren der Klimakteriumsverarbeitung. Ergebnisse der Berliner mediznpsychologischen Studien. S. 92–116 in: H. P. G. Schneider (Hg.): Eine neue Therapie klimakterischer Beschwerden: Symposium im Rahmen des 51. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe am 1. Oktober 1996 in Dresden. München: MMV Medizin Verlag.
- Schneider, Ulrike, 1981: Was macht Frauen krank? Frankfurt a.M.: Campus.
- Schwarzer, Ralf, 1996 (1992): Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Göttingen: Hogrefe.
- Sieverding, Monika, 1993: Geschlecht und physische Attraktivität. S. 235–269 in: Manfred Hassebrauck und Reiner Niketta (Hg.): *Physische Attraktivität*. Göttingen: Hogrefe.
- Sieverding, Monika, 1995: Die Gesundheit von Müttern – Ein Forschungsüberblick, *Zeitschrift für Medizinische Psychologie* 4: 6–16.
- Sieverding, Monika, 1997: Die Bedeutung von Prototype-Matching für präventives Verhalten: Ist die Teilnahme an Streßbewältigungskursen „unmännlich“? *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* 5: 272–289.
- Statistisches Bundesamt, 1980, 1982, 1984, 1992, 1995, 1996, 1997: *Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland*. Stuttgart: Kohlhammer (bis 1988); Stuttgart: Metzler-Poeschel.
- Statistisches Bundesamt, 1993, 1994, 1995: *Diagnosedaten der Krankenhauspatienten*. Fachserie 12, Gesundheitswesen, Reihe 6.2. Stuttgart: Metzler-Poeschel.
- Statistisches Bundesamt, 1992, 1995: *Fragen zur Gesundheit*. Fachserie 12, Gesundheitswesen, Reihe 6.3. Stuttgart: Metzler-Poeschel.
- Taylor, Shelley E., und Jonathon D. Brown, 1988: Illusion and Well-Being. A Social psychological Perspective on Mental Health, *Psychological Bulletin* 103: 193–210.
- Verbrugge, Lois M., 1976: Females and Illness: Recent Trends in Sex Differences in the United States, *Journal of Health and Social Behavior* 17: 387–403.
- Verbrugge, Lois M., 1980: Comment on Walter R. Gove and Michael Hughes „Possible Causes of the Apparent Sex Differences in Physical Health“, *American Sociological Review* 45: 507–512.

- Verbrugge, Lois M., 1985: Gender and Health: An Update on Hypotheses and Evidence, *Journal of Health and Social Behavior* 26: 156–182.
- Verbrugge, Lois M., 1989: The Twain Meet: Empirical Explanations of Sex Differences in Health and Mortality, *Journal of Health and Social Behavior* 30: 282–304.
- Verbrugge, Lois M., 1990: Pathways of Health and Death. S. 41–79 in: *Rima D. Apple* (Hg.): *Women, Health and Medicine in America*. New Brunswick/New Jersey: Rutgers University Press.
- Verbrugge, Lois M., und Deborah L. Wingard, 1987: Sex Differentials in Health and Mortality, *Women & Health* 12: 103–145.
- Waldron, Ingrid, 1988: Gender and Health-Related Behavior. S. 193–208 in: *David S. Gochman* (Hg.): *Health Behavior*. New York: Plenum.
- Watson, David, und James W. Pennebaker, 1989: Health Complaints, Stress, and Distress: Exploring the Central Role of Negative Affectivity, *Psychological Review* 96: 234–254.
- Weidner, Gerdi, und Catherine R. Messina, 1995: Effects of Gender-Typed Tasks and Gender Roles on Cardiovascular Reactivity, *International Journal of Behavioral Medicine* 2: 66–82.
- Weidner, Gerdi, Carl-Walter Kohlmann, Elke Dotzauer und Lawrence R. Burns, 1996: The Effects of Academic Stress on Health Behaviors in Young Adults, *Anxiety, Stress and Coping* 9: 123–133.
- Zemp, Elisabeth, und Ursula Ackermann-Liebrich, 1988: Geschlechtsunterschiede in Gesundheit und Gesundheitsverhalten, *Sozial- und Präventivmedizin* 33: 186–192.
- Zerssen, D.v., 1976: *Die Beschwerden-Liste*. Weinheim: Beltz.

Korrespondenzanschrift: Dr. phil. Monika Sieverding, Freie Universität Berlin, Institut für Soziale Medizin und Medizinische Psychologie, Abteilung für Medizinische Psychologie, Habelschwerdter Allee 45, D-14195 Berlin, E-Mail: mosiever@zedat.fu-berlin.de