

# Gender

Monika Sieverding

## 1 Einleitung

Will man vorhersagen, welche Personen ein bestimmtes gesundheitliches Risikoverhalten mit höherer Wahrscheinlichkeit ausüben werden, ist die Variable „Geschlecht“ ein sehr guter Prädiktor. Übermäßiger Alkoholkonsum, gefährliche Sportarten oder riskantes Autofahren sind deutlich häufiger bei Männern zu finden. Frauen haben dagegen öfter ein gestörtes Verhältnis zu ihrem eigenen Körper und entwickeln mit größerer Wahrscheinlichkeit Essstörungen wie Bulimie (Ess-Brechsucht) oder Magersucht. Beim Rauchen gab es bis vor kurzem mit überwiegend männlichen Rauchern ebenfalls einen klaren Geschlechtsunterschied, der sich jedoch in den letzten Jahren stark verringert hat; insbesondere in jüngeren Altersgruppen haben die Mädchen und jungen Frauen „aufgeholt“. Auch zur Vorhersage von gesundheitsbewusstem und gesundheitsförderlichem Verhalten eignet sich die Variable Geschlecht. Wenn z. B. ein neues Angebot zur Gesundheitsberatung und zur Gesundheitsförderung gemacht wird, egal, ob dieses telefonisch, per Internet oder auf persönlicher Basis stattfindet, kann man mit Sicherheit vorhersagen, dass ein Großteil der Personen, die dieses Angebot in Anspruch nehmen wird, Frauen sind. Von den in Deutschland seit Anfang der 1970er-Jahre angebotenen Standarduntersuchungen zur Krebsfrüherkennung machen deutlich weniger Männer als Frauen regelmäßig Gebrauch.

Männer und Frauen unterscheiden sich auch in Krankheitsrisiken und in der Lebenserwartung. Beispielsweise haben Männer in mittleren Altersgruppen ein viel höheres Risiko, einen Herzinfarkt zu erleiden und daran zu sterben – für höhere Altersgruppen gilt das jedoch nicht! Auch tödliche Verkehrs- und Sportunfälle oder Lungenkrebs sind bei Männern häufiger. Männer weisen in allen Industrieländern eine niedrigere Lebenserwartung als Frauen auf, in Deutschland lag die Differenz im Jahr 2005 bei sechs Jahren.

## 2 Sex und Gender

Zur Erklärung der Geschlechtunterschiede in gesundheitsrelevantem Verhalten und in Gesundheit/Krankheit ist die Unterscheidung von „sex“ und „gender“ hilfreich, die in die psychologische Forschung Ende der 1970er-Jahre eingeführt wurde. Während „sex“ die biologischen Unterschiede zwischen Männern und Frauen umfasst, bezeichnet „gender“ die sozial konstruierten Erwartungen, die an

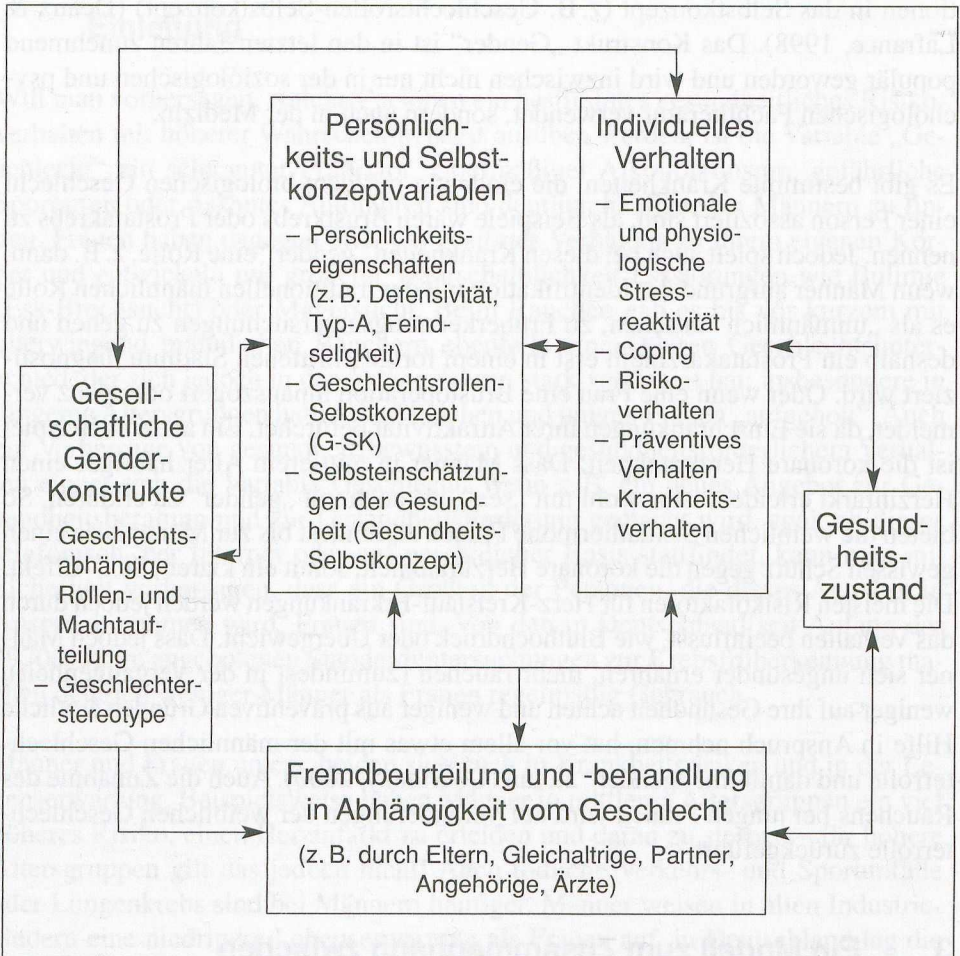
Männer und Frauen entsprechend den jeweils geltenden Geschlechterrollen in einer Gesellschaft gerichtet werden. „Gender“ ist ein sehr weites Konstrukt, es umfasst einerseits Erwartungen der Gesellschaft an das Verhalten und wesentliche Charakteristika von Männern und Frauen (Geschlechterrollen und Geschlechterstereotype), andererseits aber auch die Übernahme von Geschlechterkonstruktionen in das Selbstkonzept (z. B. Geschlechtsrollen-Selbstkonzept) (Deaux & LaFrance, 1998). Das Konstrukt „Gender“ ist in den letzten Jahren zunehmend populär geworden und wird inzwischen nicht nur in der soziologischen und psychologischen Fachliteratur verwendet, sondern auch in der Medizin.

Es gibt bestimmte Krankheiten, die eindeutig mit dem biologischen Geschlecht einer Person assoziiert sind, als Beispiele wären Brustkrebs oder Prostatakrebs zu nennen. Jedoch spielt auch bei diesen Krankheiten „gender“ eine Rolle, z. B. dann, wenn Männer aufgrund der Identifikation mit der traditionellen männlichen Rolle es als „unmännlich“ ansehen, zu Früherkennungsuntersuchungen zu gehen und deshalb ein Prostatakarzinom erst in einem fortgeschrittenen Stadium diagnostiziert wird. Oder wenn eine Frau eine Brustoperation hinauszögert oder ganz vermeidet, da sie Einschränkungen ihrer Attraktivität befürchtet. Ein anderes Beispiel ist die koronare Herzkrankheit: Dass Männer in mittlerem Alter häufiger einen Herzinfarkt erleiden, ist sowohl mit „sex“, als auch mit „gender“ zu erklären. So bieten die weiblichen Sexualhormone Frauen zumindest bis zur Menopause einen gewissen Schutz gegen die koronare Herzkrankheit, somit ein klarer „Sex“-Effekt. Die meisten Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen werden jedoch durch das Verhalten beeinflusst, wie Bluthochdruck oder Übergewicht. Dass jedoch Männer sich ungesünder ernähren, mehr rauchen (zumindest in der Vergangenheit), weniger auf ihre Gesundheit achten und weniger aus präventiven Gründen ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen, hat vor allem etwas mit der männlichen Geschlechterrolle und damit mit „gender“ zu tun (Courtenay, 2000). Auch die Zunahme des Rauchens bei jungen Frauen wird auf Veränderungen der weiblichen Geschlechterrolle zurückgeführt.

### **3 Ein Modell zum Zusammenhang zwischen Geschlechterrollen und Gesundheit**

Genderkonstruktionen oder Geschlechterrollen sind gesellschaftliche Erwartungen, die sich an die „Träger“ der Positionen männliches oder weibliches Geschlecht richten. In einem heuristischen Modell (Sieverding, 2005) werden verschiedene Pfade postuliert, wie gesellschaftliche Gender-Konstruktionen, vermittelt über psychologische Variablen, die Gesundheit und das gesundheitsrelevante Verhalten eines Individuums beeinflussen können (vgl. Abb. 1). Unter gesellschaftlichen Gender-Konstrukten werden in Anlehnung an Deaux und LaFrance (1998) die Aufteilung von gesellschaftlichen Positionen und Rollen in Abhängigkeit vom Ge-

schlecht verstanden sowie Geschlechterstereotype, d. h. Vorstellungen über angemessene und erwünschte Verhaltensweisen und persönliche Charakteristika von Männern und Frauen. Solche Gender-Konstrukte beeinflussen das Individuum einerseits direkt, andererseits über das Verhalten der sozialen Umgebung.



**Abbildung 1:** Geschlechterrollen und Gesundheit: Ein psychologisches Modell (aus Sieverding, 2005)

Geschlechterrollen und -stereotype können sich direkt auf gesundheitsrelevantes Verhalten, z. B. gesundheitliches Risikoverhalten wie Rauchen oder Alkoholkonsum auswirken, und zwar insbesondere dann, wenn es klare geschlechtsabhängige „Gebote“ oder „Verbote“ gibt. Beispiele sind der starke Gruppendruck in Richtung starken Trinkens in sogenannten „Männerbünden“ oder die Demonstration von Männlichkeit über gesundheitliches Risikoverhalten wie z. B. riskantes

und schnelles Autofahren in bestimmten männlichen Subkulturen (Courtenay, 2000). Die gesellschaftliche Ächtung des Rauchens bei Frauen bis in die Mitte des letzten Jahrhunderts hat dazu geführt, dass Frauen lange zumindest nicht in der Öffentlichkeit rauchen konnten. Die weite Verbreitung eines unnatürlich dünnen Schönheitsideals in den Medien gilt als eine wichtige Ursache für die Entwicklung von Essstörungen bei Frauen.

Indirekt wirken Geschlechterrollen und -stereotype, indem sie durch Prozesse der Sozialisation, Erziehung und sozialen Interaktion die Entwicklung von individuellen Merkmalen wie Persönlichkeitsmerkmalen, Geschlechtsrollen-Selbstkonzept und gesundheitsrelevanten Selbsteinschätzungen (Gesundheitsbezogenes Selbstkonzept) bei Männern und Frauen beeinflussen. Diese individuellen Merkmale wiederum können sich über verschiedene vermittelnde Pfade auf die Gesundheit auswirken. Ein Pfad führt über gesundheitsrelevantes Verhalten wie Risikoverhalten, gesundheitsförderndes Verhalten sowie den Umgang mit Stress (Coping), der andere Pfad führt über emotionale und physiologische Stressreaktivität. In dem Modell wird angenommen, dass das gesundheitsrelevante Verhalten einer Person auch vom Verhalten (wichtiger) Interaktionspartner abhängt, z. B. Gleichaltrige, Partner, behandelnder Ärzte bzw. Ärztinnen.

#### **4 Geschlechtsrollen-Selbstkonzept und Gesundheit**

Eine wesentliche Rolle spielt nach Annahmen dieses Modells die Identifikation mit gesellschaftlichen Geschlechterrollen im Selbstkonzept (auch Geschlechtsrollen-Selbstkonzept). Dieses kann unterschiedlich erfasst werden. Häufig werden Selbstbeschreibungen anhand von Persönlichkeitseigenschaften benutzt, die als typischer für das männliche oder weibliche Geschlecht gelten. Weit verbreitet sind die beiden Fragebögen „Personal Attributes Questionnaire“ (PAQ) oder der Bem Sex Role Inventory (BSRI). Für beide Fragebögen liegen deutschsprachige Versionen vor (Runge, Frey, Gollwitzer, Helmreich & Spence, 1981; Schneider-Düker & Kohler, 1988). Die Identifikation mit traditionellen Geschlechterstereotypen wurde aber auch anders erfasst, z. B. über die „Macho-Personality-Scale“ (in einer deutschen Version von Krahe & Fenske, 2002) oder über die Ähnlichkeit des Selbstkonzeptes zum Marlboro-Mann aus der Kinowerbung (Sieverding, 1997).

In einer Reihe von Studien wurde inzwischen die Bedeutung des Geschlechtsrollen-Selbstkonzeptes für gesundheitsrelevante Verhaltensweisen untersucht (Helgeson, 2003; Sieverding, 2005), beispielsweise für Rauchen, Alkoholkonsum oder riskantes Autofahren. Auch Zusammenhänge zur Inanspruchnahme von professioneller Hilfe und zu präventivem Gesundheitsverhalten wurden hergestellt. So gilt das traditionelle maskuline Selbstkonzept als wenig vereinbar mit der Inanspruchnahme von Hilfe, insbesondere bei psychischen oder psychosomatischen Problemen. In

eigenen Studien konnte gezeigt werden, dass ein maskulines Selbstkonzept mit niedrigeren Selbstangaben von körperlichen Beschwerden sowie mit einer niedrigeren Motivation zur Teilnahme an einem Stressbewältigungskurs einhergeht (Sieverding, 2002). Könnte man daraus den Schluss ziehen, dass ein maskulines Selbstkonzept mit höherer körperlicher Gesundheit einhergeht? Nicht unbedingt. Vergleicht man nämlich die Selbstberichte von Männern und Frauen über ihre Gesundheit mit objektiven Krankheits- und Sterblichkeitsstatistiken, erhält man vielmehr den Eindruck, dass Männer (im Durchschnitt) ihren Gesundheitszustand überschätzen (Sieverding, 1998).

## 5 Ist Maskulinität ein Risiko für die Gesundheit?

Schon vor einiger Zeit wurden Überlegungen über gesundheitsschädliche Wirkungen der traditionellen männlichen Rolle angestellt: So überschrieb Harrison (1978) seinen Artikel im *Journal of Social Issues* mit: „Warning: The male sex role may be dangerous to your health!“. In Deutschland stellte der Psychoanalytiker Horst Eberhard Richter (1973) bereits Anfang der 1970er-Jahre einen Zusammenhang zwischen traditionellen Geschlechtsrollenerwartungen und Gesundheitsverhalten her. „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. „Die damit verbundene Anspannung, dazu der gesellschaftlich den Männern abverlangte Konkurrenzehre sind von nachweislicher pathogenetischer Bedeutung ... vor allem für Koronarleiden ... Der nach dem traditionellen Rollenbild supermännliche Mann voller Kampfgeist, Unbeirrbarkeit und Ungeduld ist offensichtlich genau mit dem Typ der sogenannten koronaren Risikopersönlichkeit identisch ... Somit sprechen jedenfalls sehr gewichtige Anhaltspunkte dafür, dass Männer, auf die Dauer gesehen, im Mittel nicht echt widerstandsfähiger sind gegen psychosoziale Überlastung“ (S. 297). So plausibel diese These war, so selten wurde sie empirisch überprüft. Erst in den letzten Jahren sind im Rahmen einer geschlechtersensiblen Gesundheitsforschung Studien durchgeführt worden, die versucht haben, die Hypothese über die gesundheitsschädliche Wirkung der männlichen Rolle zu überprüfen.

Als erstes wäre die Studie von Lippa, Martin und Friedman (2000) zu nennen, die Daten einer Teilstichprobe der Längsschnittstudie an Hochbegabten von Lewis Terman auswerten konnten. Bei 654 Männern und 200 Frauen dieser Studie waren im Jahr 1940 die beruflichen Präferenzen ermittelt worden. Lippa und Kollegen berechneten daraus sogenannte Gender Diagnosticity Scores. Je typisch männlicher oder weiblicher die beruflichen Präferenzen und Interessen einer Person

waren, desto höher war ihr jeweiliger Gender Diagnosticity-Wert. Dieser Wert ermöglicht es, ähnlich wie bei Maskulinitäts- und Femininitätsskalen von Selbsteinschätzungsfragebögen wie dem Personal Attributes Questionnaire, innerhalb der Geschlechter maskulinere und femininere Typen zu unterscheiden. Lippa und Kollegen untersuchten nun fast 60 Jahre später Zusammenhänge zwischen diesen Gender Diagnosticity Scores und der späteren Mortalität der Studienteilnehmer. Ihre Analysen erbrachten, dass tatsächlich die maskulinere Typen ein signifikant höheres Mortalitätsrisiko aufwiesen, und zwar galt das für beide Geschlechter. Männer und Frauen mit typisch männlichen beruflichen Präferenzen hatten ein erhöhtes Risiko zu sterben im Vergleich zu Individuen mit weniger typisch männlichen Präferenzen, und zwar in jeder Altersgruppe. In Hinsicht auf die Lebenserwartung schnitten die femininen Frauen am besten und die maskulinen Männer am schlechtesten ab. Bereits vorher dokumentierte Geschlechterunterschiede in der Lebenserwartung der Terman-Studienteilnehmer sind nach Lippa und Kollegen zumindest zum Teil auf die Unterschiede in den Sterblichkeitsraten zwischen maskulinen Männern und femininen Frauen zurückzuführen.

Während es sich bei der Analyse von Lippa und Kollegen um eine Sekundäranalyse vorliegenden Datenmaterials handelt, wurden vor kurzem die Ergebnisse einer Längsschnittstudie veröffentlicht, deren explizites Ziel die Überprüfung des Geschlechtsrollen-Selbstkonzeptes als unabhängiger Prädiktor der Mortalität (an koronarer Herzkrankheit) war (Hunt, Lewars, Emslie & Batty, 2007). Insgesamt nahmen 1.551 Männer und Frauen mit einem Durchschnittsalter von 55 Jahren an

**Tabelle 1:** Erfassung des Geschlechtsrollen-Selbstkonzeptes in der Längsschnittstudie von Hunt et al. (2007) anhand Kurzskalen des Bem Sex Role Inventory

Maskulinitätsskala	Femininitätsskala
<ul style="list-style-type: none"> <li>- defend my own beliefs (verteidige eigene Meinung)</li> <li>- independent (unabhängig)</li> <li>- assertive (durchsetzungsfähig)</li> <li>- strong personality (starke Persönlichkeit)</li> <li>- forceful (kraftvoll)</li> <li>- have leadership abilities (habe Führungsqualitäten)</li> <li>- willing to take risks (bereit, etwas zu riskieren)</li> <li>- dominant (dominant)</li> <li>- willing to take a stand (bereit, Stellung zu beziehen)</li> <li>- aggressive (angriffslustig)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- affectionate (herzlich)</li> <li>- sympathetic (mitfühlend)</li> <li>- sensitive to the needs of others (sensibel für die Bedürfnisse anderer)</li> <li>- understanding (verständnisvoll)</li> <li>- compassionate (anteilnehmend)</li> <li>- eager to soothe hurt feelings (bemüht, verletzte Gefühle zu besänftigen)</li> <li>- warm (warmherzig)</li> <li>- tender (zart)</li> <li>- love children (liebe Kinder)</li> <li>- gentle (sanft)</li> </ul>
Cronbach's $\alpha = 0.84$	Cronbach's $\alpha = 0.87$

der ersten Befragung im Jahr 1988 teil. Sie wurden in ausführlichen Interviews zu ihrer Gesundheit und gesundheitsrelevantem Verhalten sowie zu wichtigen soziodemografischen Variablen befragt. Das Geschlechtsrollen-Selbstkonzept wurde mit einer Kurzversion der Maskulinitäts- und Femininitätsskala des Bem Sex Role Inventory erfasst (vgl. Tab. 1).

Interessierende abhängige Variable war die Mortalität aufgrund einer koronaren Herzkrankheit (KHK). Bis zum Juni 2005 waren 88 Männer und 41 Frauen an einer KHK verstorben. Als mögliche Risikofaktoren wurden Rauchen, übermäßiger Alkoholkonsum (Binge Drinking), Übergewicht (Body Mass Index) und systolischer Blutdruck kontrolliert, außerdem wurden psychologisches Wohlbefinden und Haushaltseinkommen als Kontrollvariablen berücksichtigt. Nach Kontrolle all dieser Faktoren erwies sich das Geschlechtsrollen-Selbstkonzept als unabhängiger Prädiktor der KHK-Mortalität. Anders als in der Studie von Lippa et al. und der vielfach formulierte Hypothese waren jedoch nicht die maskulinen Personen (d. h. Personen mit hohen Werten auf der Maskulinitätsskala) stärker gefährdet, an einer koronaren Herzkrankheit zu versterben. Es zeigte sich vielmehr ein protektiver Effekt femininer Persönlichkeitseigenschaften, interessanterweise jedoch nur bei Männern: Die Männer, die sich 1988 in einem höheren Maß mit femininen Persönlichkeitseigenschaften beschrieben hatten, hatten in den nachfolgenden Jahren ein signifikant niedrigeres Risiko, an einer koronaren Herzkrankheit zu sterben!

## 6 Resümee

Die soziale Konstruktion von Geschlecht beeinflusst das gesundheitsrelevante Verhalten von Individuen und Gruppen und damit indirekt auch die Gesundheit von Männern von Frauen. Während mögliche Zusammenhänge zunächst vorwiegend in Querschnittstudien analysiert wurden, konnten in letzter Zeit auch vielversprechende Ergebnisse aus Längsschnittstudien berichtet werden. Wünschenswert wären mehr Studien, die nicht allein auf Selbstberichten basieren, d. h. mehr Laborstudien unter Einbezug von physiologischen Maßen (Sieverding, Weidner & von Volkmann, 2005), Feldstudien (Klumb, Hoppmann & Staats, 2006), sowie experimentelle Studien (s. dazu z. B. Schmid Mast, Sieverding, Esslen, Graber & Jäncke, 2008). In letztgenannter Studie konnte gezeigt werden, dass bei Männern die (unbewusste) Aktivierung der maskulinen Rolle eine Erhöhung der Fahrgeschwindigkeit (in einem Fahrsimulator) bewirkte. Die bisher vorliegenden Befunde weisen jedenfalls bereits deutlich darauf hin, dass Maßnahmen zur Förderung von gesundheitsbewusstem Verhalten und zum Abbau von Risikoverhalten einflussreiche Genderkonstruktionen berücksichtigen sollten.

## Literatur

- 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.
- Deaux, K. & LaFrance, M. (1998). Gender. In D. T. Gilbert, S. T. Fiske & G. Lindzey (Eds.), *The handbook of social psychology*, Vols. 1 and 2 (4th ed.) (pp. 788–827). New York: McGraw-Hill.
- Harrison, J. (1978). Warning: The male sex role may be dangerous to your health. *Journal of Social Issues*, 34, 65–86.
- Helgeson, V. S. (2003). Gender-related traits and health. In J. Suls & K. A. Wallston (Eds.), *Social psychological foundations of health and illness* (pp. 367–394). Malden, MA, US: Blackwell Publishing.
- Hunt, K., Lewars, H., Emslie, C. & Batty, G. D. (2007). Decreased risk of death from coronary heart disease amongst men with higher „femininity“ scores: A general population cohort study. *International Journal of Epidemiology*, 36, 612–620.
- Klumb, P., Hoppmann, C. & Staats, M. (2006). Work hours affect spouse's cortisol secretion – for better and for worse. *Psychosomatic Medicine*, 68, 742–746.
- Krahé, B. & Fenske, I. (2002). Predicting aggressive driving behavior: The role of macho personality, age, and power of car. *Aggressive Behavior*, 28, 21–29.
- Lippa, R. A., Martin, L. R. & Friedman, H. S. (2000). Gender-related individual differences and mortality in the Terman longitudinal study: Is masculinity hazardous to your health? *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26, 1560–1570.
- Richter, H. E. (1973). Konflikte und Krankheiten der Frau. In D. Claessens & P. Milhofer (Hrsg.), *Familiensoziologie* (S. 293–308). Frankfurt/M.: Fischer.
- Runge, T. E., Frey, D., Gollwitzer, P. M., Helmreich, R. L. & Spence, J. T. (1981). Masculine (instrumental) and feminine (expressive) traits: A comparison between students in the United States and West Germany. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 12, 142–162.
- Schmid Mast, M., Sieverding, M., Esslen, M., Graber, K. & Jäncke, L. (2008). Masculinity causes speeding in young men. *Accident Analysis & Prevention*, 40, 840–842.
- Schneider-Düker, M. & Kohler, A. (1988). Die Erfassung von Geschlechtsrollen: Ergebnisse zur deutschen Neukonstruktion des Bem Sex-Role Inventory. *Diagnostica*, 34, 256–270.
- Sieverding, M. (1997). Die Bedeutung von Prototype-Matching für präventives Verhalten: Ist die Teilnahme an Streßbewältigungskursen „unmännlich“? *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 5, 272–289.
- Sieverding, M. (1998). Sind Frauen weniger gesund als Männer? Überprüfung einer verbreiteten Annahme anhand neuerer Befunde. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 50, 471–489.
- Sieverding, M. (2002). Gender and health-related attitudes: The role of a „macho“ self-concept. In G. Weidner, M. S. Kopp & M. Kristenson (Eds.), *Heart disease: Environment, stress and gender. NATO Science Series, Series I: Life and Behavioural Sciences, Volume 327* (pp. 237–250). Amsterdam: IOS Press.



- Sieverding, M. (2005). Geschlecht und Gesundheit. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (Enzyklopädie der Psychologie, Gesundheitspsychologie, Band 1, S. 55–70). Göttingen: Hogrefe.
- Sieverding, M., Weidner, G. & von Volkmann, B. (2005). Cardiovascular reactivity in a simulated job interview: The role of gender role self-concept. *International Journal of Behavioral Medicine*, 12, 1–10.