

Editorial der Herausgeberinnen des Schwerpunktheftes

Monika Sieverding und Beatrix Gromus

„Gesundheitsverhalten im Geschlechtervergleich“ – Ist dies nach einer Phase verstärkter öffentlicher Diskussionen zu Beginn des neuen Jahrtausends noch ein aktuelles Thema, für das sich ein Schwerpunktheft der Zeitschrift für Medizinische Psychologie lohnt? Wir meinen, ja. Es existieren bedeutsame Geschlechtsunterschiede in Gesundheit und Krankheit, deren vielfältige Ursachen bei weitem noch nicht aufgeklärt sind. Ein bekanntes Beispiel ist das höhere Risiko von Männern – insbesondere im mittleren Lebensalter – an einer koronaren Herzkrankheit zu erkranken und zu sterben, ein anderes Beispiel ist die gerade in Industrieländern deutlich höhere Lebenserwartung von Frauen. Entsprechend dem inzwischen weithin anerkannten biopsychosozialen Modell von Gesundheit bzw. Krankheit (ENGEL, 1977) sind verschiedene wissenschaftliche Disziplinen gefordert, zur Aufklärung der Geschlechtsunterschiede beizutragen.

Im biogenetischen Ansatz werden genetische und hormonelle Faktoren in Zusammenhang mit geschlechtstypischer Vulnerabilität untersucht. So ist erwiesen, dass die weiblichen Geschlechtshormone – zumindest bis zur Menopause – einen gewissen Schutz gegen die koronare Herzkrankheit bieten. Im medizinsoziologischen Ansatz, der den Einfluss sozialer Faktoren analysiert, konnte empirisch beispielsweise der Zusammenhang zwischen sozioökonomischer Schicht und Ge-

sundheit gut belegt werden. Im medizin- bzw. gesundheitspsychologischen Ansatz werden schwerpunktmäßig psychologische Variablen (wie Persönlichkeit oder Selbstkonzept) erforscht. Die Berücksichtigung psychologischer Variablen ist deshalb notwendig, weil soziale und biologische Variablen allein nicht in der Lage sind, die Differenzen aufzuklären. So erbrachte die Analyse von Daten aus den Nationalen und Regionalen Gesundheitssurveys von MASCHESKY-SCHNEIDER (1997), dass das relative Risiko für einen Herzinfarkt bei Männern nach Kontrolle von Alter, Familienstand, sozialer Schicht und Risikofaktoren (wie Bluthochdruck oder Übergewicht) immer noch dreifach höher ist als bei Frauen. Dabei relativiert gerade die enorme historische und internationale Variabilität des KHK – Risikos und der Geschlechterdifferenzen im KHK – Risiko die Bedeutung hormoneller Faktoren. (SIEVERDING, in Druck; WEIDNER, 1994). Als wesentliche Ursache für Geschlechtsunterschiede in physischer Grundheit wird gesundheitsrelevantes Verhalten verantwortlich gemacht (s. z. B. VERBRUGGE, 1990), wozu alles Verhalten gezählt wird, das – mehr oder weniger beabsichtigt – die Gesundheit beeinflusst (WALDRON, 1997). Besondere Bedeutung wird dem Risikoverhalten zugeschrieben, welches bei Männern häufiger vorkommt: Rauchen, übermäßiger Alkoholkonsum, riskante Sportarten und „reckless driving“ sind als Risiken für die Gesundheit wohlbekannt. Daneben spielt präventives Gesundheitsverhalten, das in der Regel häufiger bei Frauen anzutreffen ist, eine maßgebliche Rolle: gesundheitsbewusster Lebensstil, Teilnahme an Maßnahmen der Gesundheitsförderung sowie an Früherkennungsuntersuchungen, rechtzeitige Inanspruchnahme von

ärztlicher Hilfe. Die Gründe für diese Unterschiede in gesundheitsrelevantem Verhalten sind sowohl in sozialen wie psychologischen Faktoren zu suchen.

Die psychologische Forschung hat jedoch bisher die Variable, die sich vermutlich am einfachsten erfassen lässt und die die Grundgesamtheit in etwa zwei gleichgroße Gruppen dichotomisiert, nämlich das Geschlecht, bisher recht wenig im Visier. Dies gilt sowohl auf der empirischen wie auf der theoretischen Ebene. So fehlen überzeugende entwicklungstheoretische Konzepte wie auch ein breiter Wissensfundus empirisch gesicherter Verhaltens- und Erlebensunterschiede. Obwohl also die psychologischen Disziplinen von ihrem Selbstverständnis her in der Erforschung von Geschlechtsdifferenzen eine Vorreiterfunktion übernehmen könnten, leisten sie diese nicht. Diese Zurückhaltung überrascht insofern, als sich aus gesicherten Geschlechtsdifferenzen durchaus handlungsrelevante Folgerungen für die Gestaltung von Prävention, Diagnostik und Intervention ergeben. Den eher nachlässigen Umgang mit geschlechtsbezogenen Unterschieden in der Psychologie beleuchtet exemplarisch die Untersuchung von DAVIES-OSTERKAMP (1994), die zeigte, dass wissenschaftliche Studien in den entsprechenden Fachpublikationen die Variable Geschlecht nur in etwa einem Viertel der Fälle ernsthaft berücksichtigen. Noch unbefriedigender ist das Bild, das sich bietet, wenn man systematisch (deutschsprachige) Lehrbücher der Medizinischen Psychologie oder der Gesundheitspsychologie auf die Berücksichtigung von Geschlechtsdifferenzen durchsieht. Zwar wird inzwischen vereinzelt auf Geschlechtsunterschiede verwiesen, es mangelt jedoch an überzeugenden Theorien und

Prof. Dr. Monika Sieverding, Freie Universität Berlin, Institut für Arbeits-, Organisations- und Gesundheitspsychologie, Habelschwerdter Allee 45, 14195 Berlin, e-mail: mosiever@zedat.fu-berlin.de

Prof. Dr. Beatrix Gromus, Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf, Abteilung für Medizinische Psychologie, Martinistr. 52, Pav. 69, 20246 Hamburg, e-mail: gromus@uke.uni-hamburg.de

empirischen Studien zur psychologischen Erklärung dieser Unterschiede, auch fehlen meist Schlussfolgerungen über die Bedeutsamkeit existierender Unterschiede für die Versorgungspraxis (z. B. geschlechtsspezifische Präventionsangebote).

Ohne Zweifel gab es bezüglich der gesundheitsbezogenen Geschlechterforschung in den 80er und 90er Jahren eine Vielzahl von Anstößen und Impulsen. Der Schwerpunkt des Interesses lag zunächst eindeutig auf einer Erforschung der „Frauengesundheit“, da es hier einen großen Nachholbedarf gab. So waren beispielsweise in vielen klinischen Studien (z. B. zu Herz-Kreislaufkrankheiten) Frauen nicht berücksichtigt oder aus verschiedenen Gründen bewusst ausgeschlossen worden.

Forschungsprojekte der Frauengesundheitsforschung haben in den letzten Jahren dazu beigetragen, eine bis dahin unzureichende „Epidemiologie der Frauengesundheit“ (HELFFERICH, 1994) zu erstellen (s. z. B. MASCHIEWSKY-SCHNEIDER, 1996). Gründe für Geschlechtsunterschiede in Morbidität und Mortalität wurden jedoch nur im Ansatz erforscht, wie KOCH & MÜLLER (1994) in einer (Zwischen-)Bilanz der Frauengesundheitsforschung feststellten.

Eine zentrale inhaltliche Ausgangsfrage hinsichtlich der Verschiedenheit der Geschlechter, nämlich welches Geschlecht kränker oder wer gesünder ist, scheint heute beantwortet bzw. unwichtiger geworden zu sein; auch die Annahme, dass Frauen, obwohl sie ein höheres Inanspruchnahmeverhalten im Rahmen der Gesundheitsversorgung haben, keineswegs kränker sein müssen, ist mittlerweile hinreichend belegt (SIEVERDING, 1998). Ausgehend von der Erkenntnis, dass offensichtlich die physische Gesundheit der Männer stärker bedroht ist als die der Frauen (für die psychische Gesundheit trifft eher das Gegenteil zu), sind zur Zeit erste Ansätze einer „Männergesundheitsforschung“ zu verzeichnen (BRÄHLER & KUPFER, in Druck; KLOTZ, HURRELMANN & EICKENBERG, 1998). Auch das Interesse an For-

schungsfeldern, die bisher der Untersuchung an Frauen vorbehalten waren, werden auf die Untersuchung an Männern z. B. bei Schwangerschaftskonflikten im Lebensverlauf fokussiert (GROMUS, 1996). Im Sinne einer geschlechtervergleichenden Gesundheits- und Medizinpsychologie interessiert nunmehr, wie Männer und Frauen spezifisch anders mit Gesundheit und Krankheit bei definierten spezifizierten Belastungen in welchem strukturellen Umfeld umgehen, wie die Übertragbarkeit der Unterschiede in die Praxis aussieht, und welche Ergebnisse die entsprechende Evaluation zeitigt. Wir sind allerdings noch weit entfernt von einer Gesundheits- und Krankheits-theorie, die die Geschlechtsdifferenz berücksichtigt, noch weniger verfügen wir über eine moderne Geschlechtertheorie, die die Unterschiede oder Gemeinsamkeiten erklärt. Konkret benötigen wir weiterhin spezifische Daten zu unterschiedlichen Situationen von gesunden und kranken Frauen und Männern, der Bewältigung von emotionalen und psychosozialen Belastungen und zu strukturellen geschlechtsspezifischen Besonderheiten, um auf geeignete Weise präventive, therapeutische, klinische und strukturelle Ansätze wirksam werden zu lassen.

Veränderungen sind auch bei den ForscherInnen selbst zu beobachten. Es scheint schwierig zu sein, das zu Beginn der 90er Jahre zu verzeichnende hohe Engagement und die optimistischen Erwartungen auf diesem Niveau aufrechtzuerhalten. Wie in anderen innovativen Forschungsfeldern ist auch in diesem Bereich nach einiger Zeit ein gewisses Ausmaß an Ernüchterung oder Normalität eingetreten. Als Universitätsdozentin spürt man dies z. B. in der gesunkenen Nachfrage entsprechender Lehrveranstaltungen. Studenten und Studentinnen machten nicht selten die Erfahrung, dass diesbezügliche Themenvorschläge für Diplom- und Promotionsarbeiten sich aus vielerlei Gründen nicht realisieren ließen. Manche Themen waren in der geplanten Form nicht durchführbar, manche StudentInnen scheiterten bereits an

dem Themenvorschlag bei den jeweiligen Betreuern und Betreuerinnen, weil das Thema nicht in deren persönlichen Forschungsschwerpunkt passte oder die Untersuchungsmöglichkeiten an der jeweiligen Universität nicht gegeben waren. Die Beschäftigung mit den entsprechenden Themen ist denn auch nicht ganz ohne Risiko. So gilt eine Schwerpunktsetzung im Bereich der frauen- oder geschlechterbezogenen Forschung nicht unbedingt als Zeichen besonderer Forschungsqualifikation und kann im Grenzfall sogar zum Handicap im Rahmen von Bewerbungen an der Hochschule werden. Dies gilt jedoch vor allem für Deutschland, das im Vergleich zu anglo-amerikanischen oder skandinavischen Standards in Hinsicht auf „Gender Studies“ als Entwicklungsland bezeichnet werden muss.

In der geschlechtsspezifischen Gesundheits- und Krankheitsforschung lassen sich gewisse Wellenbewegungen beobachten. Ein kleiner Gipfel bezüglich des ausgelösten Interesses und Aktivitäten lässt sich immer dann erkennen, wenn der Geschlechterdiskurs eine neue Richtung einschlägt. So eine Veränderung glauben wir erkannt zu haben, als die ursprünglich im Vordergrund stehende Frage nach der Benachteiligung von Frauen zunehmend ersetzt wurde durch den Fokus der Geschlechtsdifferenzen. Für die Entwicklung einer geschlechtsbezogenen Gesundheitsforschung ist aber weniger die angedeutete Wellenbewegung, sondern eher eine kontinuierliche Aufwärtsbewegung anzustreben. Was benötigt wird, will man langfristige Fortschritte in diesem Bereich erreichen, ist Kontinuität durch wachsende Kompetenzbildung der Forscher und Forscherinnen, durch zumindest langsamen Ausbau der Forschungsinfrastrukturen und Erkenntnisfortschritte (durch mühselige Aggregation von Einzel- und Teilergebnissen). Gleichzeitig ist auf allen Ebenen und in allen Disziplinen der Forschung darauf hinzuwirken, dass das (biologische wie das soziale) Geschlecht eine als selbstverständlich betrachtete Perspektive in

dem jeweiligen Forschungsfeld darstellt. Dabei sollte die Forschung jedoch nicht bei der reinen Konstatierung von Gemeinsamkeiten und Differenzen stehenbleiben, sondern das Hauptaugenmerk auf die soziale und psychologische Ätiologie von Unterschieden richten.

In diesem medizinspsychologischen Schwerpunktheft sind vier Beiträge berücksichtigt, die sehr unterschiedliche Aspekte des geschlechtsspezifischen Gesundheits- und Krankheitsverhaltens thematisieren und damit die inhaltliche Breite des Forschungsfelds dokumentieren.

Der erste Beitrag von MONIKA SIEVERDING gibt einen umfassenden Überblick über Geschlechtsunterschiede in gesundheitsrelevantem Verhalten. Darin wird das aktuelle empirisch gesicherte Wissen zu Risikoverhalten und präventivem Verhalten zusammengefasst; als vermittelnde Variablen werden gesellschaftliche Geschlechterrollenerwartungen sowie das Geschlechtsrollen-Selbstkonzept diskutiert.

KATHRIN WIDMER & GUY BODENMANN berichten anschließend über eine eigene empirische Untersuchung, in der Alltagsstress, Coping und Befindlichkeit bei Paaren unter dem Blickwinkel des Geschlechtervergleichs untersucht wurden. In diesem Beitrag wird der bisher erst (zu) wenig erforschte interaktive Aspekt von Wohlbefinden, Stress und Gesundheit thematisiert.

Der dritte Beitrag von INSA FOOKEN & CHRISTOPH ROTT rekurriert auf Daten der Bonner Längsschnittstudie. Mittels pfadanalytischer Methodik werden geschlechtstypische Einflüsse von Commitment-Strategien im Hinblick darauf analysiert, wie diese das Erreichen eines hohen Lebensalters mitbestimmen.

In dem letzten Beitrag diskutiert ANNETTE SCHRÖDER die Frage, in welchem Ausmaß geschlechtsspezifische Inanspruchnahme die Gestaltung von Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation beeinflusst. Neben einem Überblick über die bisher vorliegenden geschlechtervergleichenden Untersuchungen zur Inanspruchnahme und zur Durchführung von stationärer Rehabilitation in der BRD werden Forschungsempfehlungen gegeben.

Das Fach „Medizinische Psychologie“ hat relativ früh und kontinuierlich Interesse an geschlechtsspezifischer Gesundheits- und Krankheitsforschung gezeigt. So gibt es auf den Fachtagungen seit einiger Zeit diesbezügliche Arbeitskreise, Workshops und Symposien, und einzelne Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen aus der Medizinischen Psychologie haben ohne Zweifel eine gewisse Vorreiterfunktion in diesem Forschungsbereich übernommen. Allerdings ist auch zu konstatieren, dass es – zumindest im deutschsprachigen Raum – noch zu wenig Forscher und Forscherinnen gibt, die sich explizit und mit theoretisch fundierter empirischer Methodik um die Aufklärung von Geschlechterdifferenzen in Gesundheit und Krankheit bemühen.

Vor diesem Hintergrund sehen wir es als ein hoffnungsvolles Signal und eine durchaus symbolische Gewichtung, dass gerade das erste Schwerpunktheft im neuen Jahrtausend sich dem Thema „Geschlechtervergleich“ widmet. Wir würden uns freuen, wenn das Heft dazu beiträgt, die medizin- und gesundheitspsychologische Diskussion und Forschung zum Thema „Geschlecht und Gesundheit“ ein Stück weit voranzubringen.

Literatur

BRÄHLER, E. & KUPFER, J. (in Druck). *Mann und Medizin* (Jahrbuch für Medizinische Psychologie, Band 18). Göttingen: Hogrefe.

DAVIES-OSTERKAMP, S. (1994). Geschlecht als Variable der Forschung in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinischer Psychologie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 44, 293–298.

ENGEL, G.L. (1977). The new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129–136.

GROMUS, B. (1996). Erleben des Schwangerschaftskonflikts bei Männern. In A. HAASE, N. JÖSTING, K. MÜCKE & D. VETTER (Hrsg.), *Auf und Nieder. Aspekte männlicher Sexualität und Gesundheit* (S. 105–127). Tübingen: DGVT – Verlag.

HELFFERICH, C. (1994). Quo vadis, Frauengesundheitsforschung? *Zeitschrift für Frauenforschung*, 12, 7–19.

KLOTZ, T., HURRELMANN, K. & EICKENBERG, H.-U. (1998). Der frühe Tod des starken Geschlechts. *Deutsches Ärzteblatt*, 95, A-460–464.

KOCH, U. & MÜLLER, S. (1994). Frauengesundheitsforschung. In Deutsche Forschungsgemeinschaft (Hrsg.), *Sozialwissenschaftliche Frauenforschung in der Bundesrepublik Deutschland* (S. 221–239). Berlin: Akademie-Verlag.

MASCHEWSKY-SCHNEIDER, U. (Hrsg.). (1996). *Frauen – das kranke Geschlecht? Mythos und Wirklichkeit*. Opladen: Leske & Budrich.

MASCHEWSKY-SCHNEIDER, U. (1997). *Frauen sind anders krank. Zur gesundheitlichen Lage der Frauen*. Weinheim: Juventa.

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. (in Druck). *Geschlecht und Gesundheit* (Reihe Gesundheitspsychologie, Band 10). Göttingen: Hogrefe.

VERBRUGGE, L.M. (1990). Pathways of health and death. In R.D. APPLE (Ed.), *Women, health and medicine in America* (pp. 41–79). New Brunswick, New Jersey: Rutgers University Press.

WALDRON, I. (1997). Changing gender roles and gender differences in health behavior. In: D.S. GOCHMAN (Ed.) *Handbook of Health Research I: Personal and Social Determinants* (pp. 303–328). New York: Plenum.

WEIDNER, G. (1994). Coronary risk in women. In V.J. ADESSO, D.M. REDDY & R. FLEMING (Eds.), *Psychological perspectives in women's health* (pp. 57–81). Washington, DC: Taylor & Francis.