

# Forschungsbericht

*Ellen Kuhlmann*

## Geschlecht – ein Gesundheitsrisiko?

### *Eine Anwendung des Gendering-Konzepts in der Gesundheitsforschung*

Für die Fragen von Gesundheit und Krankheit liegen vielfältige und historisch weit zurückreichende geschlechtsspezifische Betrachtungen vor. Susan Sontag (1978) versteht die Vorstellungen über Krankheit und Gesundheit als Metaphern, die die Wahrnehmung und Deutung von Gesellschaft zum Ausdruck bringen. Es kann folglich nicht verwundern, daß das Geschlecht als ein strukturierender Faktor der Gesellschaft Eingang in gesundheitsbezogene Fragestellungen fand. Die Relevanz der Variable »Geschlecht« im Gesundheitsgeschehen ist mittlerweile auch empirisch hinreichend belegt; allein die Unterschiede in den Mortalitäts- und Morbiditätsstatistiken (Kolip 1995; Maschewsky-Schneider 1994) fordern geradezu zu einer geschlechtsspezifischen Betrachtung auf. Eine geschlechtsspezifische Gesundheitsforschung kommt jedoch nicht umhin, theoretisch Position zu beziehen, wenn sie die Reproduktion

hierarchisch strukturierter Geschlechterarrangements vermeiden will, anstatt die Liste des »Andersseins« der Frauen fortzuschreiben. Frauen können nicht einfach zu den bestehenden Theorien addiert werden; statistische Daten allein bieten noch keine Erklärungen für geschlechtsspezifische Ausprägungen von Gesundheit und Krankheit. Statt dessen müssen die Fragen neu gestellt und die Meßinstrumente so gewählt werden, daß sie die Lebenssituation von Frauen abbilden können. Gesundheit, biomedizinische Wissenschaften und Gesundheitsversorgungssysteme sind in einem sehr umfassenden Sinn entlang der hierarchischen Geschlechterordnung strukturiert. Das erfordert eine grundsätzliche Neudefinition von Gesundheit und ein theoretisches Modell, das diese komplexen Zusammenhänge erfassen kann. Nachfolgend werden einige Ergebnisse zu unterschiedlichen Aspekten von Gesundheit vorgestellt und Zusammenhänge zwischen Gesundheit und Geschlechterordnung unter Bezug auf das Gendering-Konzept diskutiert.

### *Die Medizin und die Frauen*

Die traditionellen biomedizinischen Theorien sind im Grunde Krankheits-theorien und können wenig über Gesundheit aussagen. Was wir über Ge-

sundheit wissen, ist zu einem bedeutenden Teil aus einer biomedizinisch und männlich geprägten Wissenstradition vermittelt. Die Alltagserfahrungen der Menschen wurden verdrängt und die Lebenswirklichkeit von Frauen als Defizit interpretiert. Die Pathologisierung von Frauen ist ein wesentliches Merkmal der medizinischen Professionalisierung. Analog der Beherrschung der Natur wurde auch die Macht über die Frauen, die aufgrund ihrer reproduktiven Fähigkeiten der Natur zugeordnet wurden, zur Triebkraft dieses Prozesses (vgl. Honegger 1991; Schücking 1995). Frauen werden per Geschlechtsbestimmung als Abweichung von Männern und somit als krank betrachtet (Vogt 1983). »Schwäche und Empfindlichkeit (...) sind also die beiden herrschenden und charakteristischen Eigenschaften des weiblichen Geschlechts« schrieb Pierre Roussel 1775 (zitiert nach Honegger 1991, 4) und an dieser Attribuierung hält die Medizin bis heute fest. Brovermann und MitarbeiterInnen (1972) konnten nachweisen, daß der gesunde Mensch als der gesunde Mann gedacht wird. Die Psychologie schneidet kaum besser ab. Ein Mann und eine Frau werden dann als gesund betrachtet, wenn sie sozial erwünschte, stereotyp maskuline Eigenschaften und Verhaltensweisen zeigen, während stereotyp feminine Persönlichkeitsanteile von geringerer Bedeutung sind (Born 1992). Analog zu der hierarchischen Struktur von Geschlecht wird Gesundheit eher männlich und Krankheit eher weiblich konnotiert (Stein-Hilbers 1995). Die Entmündigung von Frauen in allen Fragen, die ihre Gesundheit betreffen, hat ihre Entsprechung in dem historischen Ausschluß von Frauen aus der medizinischen Profession, dessen Auswirkungen bis heute in zahlreichen Diskriminierungen von Frauen zum Ausdruck kommen (Färber 1995). Die Frauengesundheitsforschung tut folglich gut daran, traditionelle Gesundheitsdefinitionen

und Theorien grundsätzlich auf ihren androzentrischen Gehalt hin zu überprüfen und nach eigenen Modellen zu suchen. Hier bietet die neuere Gesundheitsforschung mehrere Anknüpfungspunkte an.

### *Gesundheit als Prozeß*

Eine von allen Disziplinen gleichermaßen anerkannte Definition fehlt derzeit noch. Gesundheit wird jedoch zunehmend als ein mehrdimensionales und prozeßhaftes Geschehen verstanden. In allen Fachgebieten, die sich mit Gesundheit beschäftigen, zeichnen sich Bemühungen um ein umfassendes Gesundheitsverständnis ab. Die Ergebnisse der neuen Fachrichtung Psychoneuroimmunologie sowie mehrerer anderer interdisziplinärer Forschungsgebiete mögen hierfür als Belege genügen (vgl. Hurrelmann u. Laaser 1993). Nach der Definition von Petra Kolip ist Gesundheit als Anpassungsprozeß an innere körperliche und äußere Umwelteinflüsse zu verstehen: »Gesundheit ist das Ergebnis einer aktiven Aufrechterhaltung, Wiederherstellung oder Erweiterung der physischen, psychischen und sozialen Handlungsfähigkeit« (1994a, 10). Aus dieser Sicht wird es möglich, die Subjekte als aktiv Handelnde zu begreifen und zugleich strukturelle Bedingungen zu erfassen.

Die Frauenforschung hat mehrfach nachgewiesen, daß dichotome Denkmotive, und als ein solches muß auch das traditionelle Krankheits-Gesundheits-Modell verstanden werden, tiefgreifend mit Vorstellungen von Weiblichkeit und Männlichkeit verwoben sind und daß solche Vorstellungen immer eine Hierarchisierung beinhalten. Die positiv formulierten und mehrdimensionalen Gesundheitsdefinitionen erscheinen als eine Voraussetzung, um diese Dichotomie aufzubrechen. Insbesondere das von Antonovsky (1987) entwickelte

Modell der Salutogenese bietet sich als Bezugspunkt an. Antonovsky stellt die Frage nach den gesundheitlichen Ressourcen anstelle der Suche nach immer neuen und exakter zu messenden Belastungsfaktoren. Er verortet Gesundheit auf einem Kontinuum, dessen Pole Gesundheit und Krankheit sind, und setzt das heterostatische Bild einer »Gesundheit im Fluß« an die Stelle von homöostatischen Gleichgewichtsmodellen. So werden vielfältige Formen von Gesundheit theoretisch ermöglicht. Wenn das vorrangige Ziel nicht mehr in immer präziseren Meßverfahren und Festlegungen einer Zustandsbeschreibung von Gesundheit oder Krankheit gesehen wird, ist der Blick freigegeben auf die Herstellungsbedingungen von Gesundheit (vgl. Kickbusch 1994) und damit auf die sozialen Verhältnisse und die Alltagshandlungen der Subjekte.

### *Gendering-Konzept und Gesundheitsforschung*

Diese neuere Entwicklung in der Gesundheitsforschung bietet Möglichkeiten für eine feministische Betrachtung. Die Frage nach den Herstellungsbedingungen von Gesundheit verweist auch auf den Einflußfaktor »Geschlecht«. Nach dem Gendering-Konzept (vgl. West u. Zimmermann 1991) ist Geschlecht als eine interaktiv hergestellte soziale Konstruktion zu verstehen. Die Konstruktion der Zweigeschlechtlichkeit stellt die Ordnung der Geschlechter in der Gesellschaft her und sorgt dafür, daß die hierarchischen Geschlechterverhältnisse aufrechterhalten werden. Mehrere AutorInnen weisen nach, daß die Wissenschaften die Geschlechterordnung (re)produzieren (Honegger 1991; Laqueur 1992). Wissenschaft ist das Resultat einer bestimmten Perspektive auf die Welt und ihre Attribute verhalten sich analog zu den Attributen von Männlichkeit. Schon zu Anfang die-

ses Jahrhunderts zeigte Mathilde Vaerting auf, daß das »Gesetz der Polaritäten« (1923, 108) die wissenschaftlichen Betrachtungen der Medizin und Psychologie zum Geschlechterverhältnis strukturiert und die Ergebnisse im Sinne der männlichen Überlegenheit interpretiert werden. Männliche Machtansprüche führen dazu, daß die Unterschiede vergrößert und die Ähnlichkeiten negiert werden, selbst wenn empirische Befunde dagegen sprechen. Vaerting dokumentiert dieses Deutungsmuster am Beispiel der Intelligenzforschung (1921a) und der Hirnforschung (1923). Trotz dieser historisch frühen Arbeiten in Deutschland werden die Auswirkungen von Geschlecht auf die Wissenschaft heute vorwiegend in der Dimension des Ausschlusses von Frauen und der daraus resultierenden Probleme diskutiert. Die Bedeutung für die Theorien und die Ergebnisse empirischer Untersuchungen wird nur selten reflektiert. Nach Gildemeister und Wetterer (1995, 243) »liegt der Denkfehler auch wissenschaftlicher Untersuchungen genau darin, daß i. d. R. die Klassifikation als Ausgangspunkt der Forschung gesetzt und damit zugleich der unsichtbar gewordene Prozeß ihrer Institutionalisierung bloß reproduziert wird, daß nicht gesehen wird, daß die Klassifikation selbst ein Ergebnis interaktiver Attribuierungs- und Herstellungsprozesse darstellt«. Lorber bringt das Dilemma auf den Punkt: »The real problem is that a purely biological substrate cannot be isolated because human physiology is socially constructed and gendered« (1994, 46). Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage der Zuordnung wissenschaftlicher Ergebnisse neu. Sie sind nach ihrem spezifischen gesellschaftlichen Kontext und den Vorstellungen von Geschlecht zu analysieren.

Eine Verbindungslinie zwischen dem Gendering-Konzept und gesundheitswissenschaftlichen Fragestellungen liegt

in der Intention, den Kontext zu rekonstruieren: Die Entstehungs- und Produktionsbedingungen von Gesundheit sollen sichtbar gemacht werden, um Möglichkeiten für Veränderungen und präventive Maßnahmen zu ermitteln (vgl. Kickbusch 1994). Was Wetterer (1995, 225) für das Geschlecht formuliert, gilt ebenso für gesundheitswissenschaftliche Betrachtungen: Der Herstellungsmodus soll entschlüsselt und Gesundheit ihrer scheinbaren Naturwüchsigkeit entkleidet und entnaturalisiert werden. Beide, Geschlecht wie Gesundheit, beinhalten unzweifelhaft auch eine biologische Komponente. Am Beispiel der aktuellen und kontroversen Diskussion um die Bewertung weiblicher Sexualhormone als Schutzfaktor bei der Entstehung der koronaren Herzkrankheit (Johnson 1996) lassen sich die theoretischen Probleme aufzeigen, die sich ergeben, wenn Geschlecht biologisch fundiert und als Ausgangspunkt der Klassifikation genommen wird. Denn der Beweis, daß Sexualhormone unabhängig von den sozialen Lebensbedingungen und kulturellen Normen konstant polare »weibliche« und »männliche« Formen und Ausprägungen zeigen, steht noch aus. Möglicherweise sind die Steuerungsmechanismen komplexer als das zweigeschlechtliche Denkmodell erfassen kann. Die von Kessler und McKenna (1978, IX) für die Geschlechtsunterschiede aufgezeigten Probleme gelten ebenso für die Unterschiede zwischen Gesunden und Kranken: Wenn wir nach Gesundheit fragen, müssen wir immer schon wissen, was gesund und krank ist. »Und wir werden nie behaupten können, daß diese Zuordnung (...) abschließend geklärt ist, indem immer mehr unterscheidende Merkmale zusammengestellt werden, denn um derartige Merkmale zusammenstellen zu können, müssen wir bereits vorher unterscheiden« (Übersetzung zitiert nach Gildemeister und Wetterer 1995, 214). Die Autorinnen beziehen ihre Aus-

sage auf das Geschlecht, doch neuere Kritiken an einem biomedizinischen Gesundheitsverständnis weisen in eine ähnliche Richtung: Was gesund und was krank ist, können letztlich nur die Individuen benennen, und hier sind viele Formen möglich. Die Studien zu subjektiven Gesundheitsdefinitionen und -konzepten liefern zahlreiche Beispiele dafür (Faltermaier 1994; Kolip 1994b).

Die Gesundheitsforschung interessiert sich zunehmend für die sozialen Bedingungen, unter denen Gesundheit hergestellt, gefördert oder behindert wird. Es ist folglich naheliegend, beide Theorietraditionen zu verknüpfen und die feministische Kritik an biologistischen Interpretationen mit Blick auf die Gesundheit anzuwenden. So wird nicht mehr nur danach gefragt, wie sich die Gesundheit von Männern und Frauen unterscheidet, sondern wie sie hergestellt wird. Wenn Gesundheitshandlungen als über den Körper ausgedrückte soziale Handlungen verstanden werden, die die soziale Ordnung und die Interpretationen von Weiblichkeit und Männlichkeit zum Ausdruck bringen oder auch in Frage stellen (vgl. Saltonstall 1993; Stein-Hilbers 1995), dann ist der Blick freigegeben auf eine sehr viel umfassendere Beziehung zwischen Gesundheit und Geschlecht als sie z.B. Sozialisations- oder Rollentheorien erfassen. Helfferich (1994) zeigt auf, wie sexuelle Bedürfnisse und Normen die gesundheitsrelevanten Handlungen von Jugendlichen strukturieren. So kann z.B. objektiv betrachtet gesundheitsriskantes Handeln wie das Rauchen durchaus funktional für die Suche nach sexueller Identität sein. Folglich erscheint es wenig sinnvoll, auf der individuellen Ebene Verhaltensänderungen anzustreben, wenn nicht zugleich das Geschlechterverhältnis selber thematisiert wird.

Das Gendering-Konzept kann aufzeigen, wie die sozialen Konstruktionen von Geschlecht über Gesundheit ausge-

drückt und hergestellt werden. Zugleich werden auch Bruchstellen und Ambivalenzen sichtbar, die auf Möglichkeiten für Veränderungen im geschlechtsspezifischen Gesundheitsgeschehen hinweisen. Frauen werden nicht mehr nur als Opfer der Geschlechterverhältnisse gesehen, sondern als Mittäterinnen. Wenn Frauen als die Gestalterinnen ihrer Gesundheit betrachtet werden, dann erscheint die Frage nach den Gestaltungs- und Veränderungsmöglichkeiten in dem jeweils spezifischen lebensweltlichen Kontext eine sinnvolle Forschungsstrategie zu sein. »Doing health« als eine Form des »doing gender« (Saltonstall 1993) betont den Prozeßcharakter, die Konstruktion und die prinzipielle Unabgeschlossenheit sozialen Handelns und erscheint somit geeignet, auch gesundheitsrelevante Veränderungspotentiale aufzuzeigen. Der Blick wird auf die Interaktionen und die institutionellen Bedingungen gelenkt, in denen Gesundheit und Geschlecht hergestellt werden.

#### *Geschlechtsspezifische Gesundheitsdaten und ihre Interpretationen*

Männer sterben früher als Frauen, aber Frauen fühlen sich kränker, nehmen mehr Medikamente ein und gehen häufiger zum Arzt. Zu diesem Ergebnis kommen fast alle Studien, die nach Differenzen in den objektiven und subjektiven Gesundheitsdaten fragen (Verbrugge 1989; Kolip 1995; Maschewsky-Schneider 1994; Waldron 1993). Diese Befunde mußten oftmals als Beleg für den Mythos »Frauen, das kranke Geschlecht« (vgl. Maschewsky-Schneider 1996) herhalten, obschon die Studien die geringere Lebenserwartung der Männer und ein besseres Gesundheitsbewußtsein der Frauen mit mindestens ebensolcher Konsistenz wie die höhere Morbidität von Frauen dokumentieren. Die Kehrseite der Pathologisierung von Frauen ist, daß gesundheitsrelevante

Handlungen von Männern nicht hinterfragt werden und sie somit auch Veränderungen und präventiven Maßnahmen nicht zugänglich sind. Nachfolgend werden exemplarisch einige Ergebnisse vorgestellt, die ein neues Licht auf die geschlechtsspezifischen Gesundheits- und Krankheitsdaten werfen.

#### *Sind Frauen kränker als Männer?*

Mehrere Studien konnten nachweisen, daß die von Frauen genannten Symptome eher als psychogen interpretiert werden, während bei Männern somatische Ursachen angenommen werden. Schücking zeigt anhand aktueller Erfahrungen aus der Bundesrepublik, daß das medizinische »Modell Mensch fast immer männlich ist« (1995, 6) und daß daraus gravierende therapeutische Gefahren für Frauen resultieren. Geschlechtsunterschiede in der psychischen Gesundheit wurden in allen Altersgruppen und Kulturen, in städtischen und ländlichen Gebieten sowie unabhängig von den jeweiligen medizinischen Versorgungssystemen gefunden (Rosenfield 1989). Nach Broverman und MitarbeiterInnen (1972) sind die Geschlechterstereotypen in das Selbstkonzept von Männern und Frauen inkorporiert. So werden vor allem männliche Verhaltensweisen als gesund betrachtet. Dieses Muster kann auch für die Bundesrepublik an einem exemplarischen Zitat von Becker (1986) demonstriert werden: »Frauen neigen insbesondere zu neurotischen wie funktionell-körperlichen Beschwerden, Männer hingegen weisen vor allem höhere Prävalenzraten in antisozialen Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen auf« (182). Becker wertet die »antisozialen Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen« der Männer als gesünder als die Beschwerden der Frauen. Dieses Verständnis von seelischer Gesundheit zeigt vor allem, welche Verhaltensweisen der Geschlechter als gesellschaftlich legitim

und somit gesund charakterisiert werden; und hier gilt die Norm männlichen Verhaltens. Vor diesem Hintergrund ist die Konsistenz, mit der die Geschlechtsunterschiede dokumentiert werden, als ein Beleg für die weite Verbreitung des Deutungsmusters »Geschlechterdifferenz« zu interpretieren; über die psychische Gesundheit von Frauen können die Ergebnisse jedoch nicht viel aussagen und, so ist zu vermuten, auch ebenso wenig über die Gesundheit von Männern. Rosenfield (1989) testet die Hypothese der persönlichen Kontrolle an drei großen US-Surveys und findet Gemeinsamkeiten zwischen den Gruppen der Hausfrauen und der erwerbstätigen Frauen: In der Position als Hausfrauen haben Frauen wenig Macht, und in der Position als Erwerbstätige sind sie auf den unteren Rängen zu finden und hohen Anforderungen ausgesetzt. Beide Gruppen zeigen höhere Raten von Angst und Depressivität als Männer; beide Gruppen verfügen über geringe Kontrollmöglichkeiten, die jedoch aus unterschiedlichen sozialen Stellungen resultieren. Hier zeigen sich Parallelen zu den Ergebnissen von Seemann und Lewis (1995), die eine ähnliche gesundheitsbeeinträchtigende Korrelation für die Hypothese »Machtlosigkeit« für beide Geschlechter nachweisen.

Ein zentrales Paradigma der medizinischen und psychologischen Betrachtung von Frauen ist neben der schlechteren psychischen Gesundheit die höhere Neigung zur Klage, also eine Überbewertung von Symptomen. Klesse und Kolleginnen (1992) können diese These widerlegen und aufzeigen, wie Frauen sowohl Klagsamkeits- als auch Durchhaltestrategien oder Mischformen von beidem im Lebenskontext ausbilden: Die stärkere Bereitschaft der Frauen, Leiden und Beschwerden zu äußern, ist danach ein Ausdruck der gesellschaftlich und historisch gewachsenen geschlechtsspezifischen Gesundheitsnorm, die sich nicht auf ein sozial er-

wünschtes Muster der Außen- und Selbstdarstellung der Frauen reduzieren läßt. Macintyre (1993) überprüft die Klagsamkeitsthese in einem sehr aufwendigen Forschungsdesign, das 1700 Erwachsene in Großbritannien umfaßte, und kommt zu dem Ergebnis, die Bedeutung von Geschlecht sei analytisch und empirisch nicht vollständig vom Ergebnis klinischer Beobachtungen zu trennen. Nach Macintyre sprechen die Ergebnisse insgesamt für eine Hypothese, die konträr zu den bisherigen Annahmen ist: Bei einem bestimmten Maß klinischer Anzeichen berichten Männer und Frauen entweder in gleicher Weise über die daraus resultierenden Symptome oder Männer berichten mehr Symptome. Die Konsequenzen der Studie sind kaum zu überschätzen: Sie erfordern eine Reinterpretation, mindestens jedoch eine kritische Betrachtung bisheriger Forschungen über die Gesundheit von Männern und Frauen (vgl. Macintyre et al. 1996). Die Befunde werden durch die Untersuchung von Anson und MitarbeiterInnen (1993) mit HypertonikerInnen gestützt und erfahren zugleich eine neue Sicht: Danach konnte die größere Symptomwahrnehmung von Frauen für die Hälfte der Symptome mit den Variablen Bildung, bezahlte Arbeit und Zufriedenheit aufgeklärt werden.

Haavio-Mannila (1986) fragt anhand eines Vergleichs von Mortalitätsdaten aus den skandinavischen Ländern nach dem Zusammenhang von multiplen Rollen und Angstsymptomen sowie physischen und schwerwiegenden psychischen Erkrankungen. Sie findet eine positiv wirksame Korrelation von Berufstätigkeit und physischer Gesundheit. Dagegen zeigen die berufstätigen Frauen höhere Raten bei den leichten Formen von Angst. Nur in Schweden sind Frauen physisch und psychisch ebenso gesund wie Männer und gesünder als nicht-berufstätige Frauen (148). Das Ergebnis wird vor dem Hintergrund der schwedischen Sozialpolitik

interpretiert, die die Frauenerwerbstätigkeit begünstigt. Folglich sind die höheren Morbiditätsraten von Frauen kein universelles Phänomen, sondern variieren entsprechend der Unterschiede in den Lebensbedingungen (143). Auch Elstad (1996) kann für Norwegen anhand nationaler Gesundheitssurveys von 1968–1991 Zusammenhänge zwischen den Einstellungen zur Frauenerwerbstätigkeit und sozialpolitischen Maßnahmen mit geschlechtsspezifischen Gesundheitsdaten aufzeigen.

### *Welche Rolle spielt der Beruf?*

Der Einfluß des Berufes auf die geschlechtsspezifischen Gesundheits- und Krankheitsdaten wird vor allem in neueren angloamerikanischen und skandinavischen Studien ermittelt. In der Bundesrepublik findet der Faktor »Beruf« nur selten Berücksichtigung. Ein traditionelles Rollenverständnis verhindert hier offensichtlich eine wissenschaftliche Betrachtung der beruflichen Einflüsse auf die Gesundheit von Frauen. Wird die Thematik behandelt, dann wird den berufstätigen Frauen meist pauschal ein Rollenkonflikt unterstellt oder sie werden mit der Gruppe der Hausfrauen verglichen. Die geschlechtsspezifische Arbeitsteilung in der Gesellschaft wird so in der gesundheits- und arbeitswissenschaftlichen Forschung fortgeschrieben; stereotype gesellschaftliche Rollenverteilungen finden Eingang in das Forschungsdesign, ohne deren Bedeutung für die gefundenen Ergebnisse zu reflektieren. Diese Perspektive erlaubt es nicht, die Merkmale des Berufes und des Arbeitsplatzes differenziert zu betrachten und Frauen und Männer in ähnlichen Positionen zu vergleichen. Allein die vielen, epochenspezifisch formulierten und an den Bedürfnissen des Arbeitsmarktes ausgerichteten Mythen über Frauen, Beruf und Gesundheit sollten Anlaß sein, diese Zusammenhänge neu zu beleuchten.

Die unterschiedlichen beruflichen Bedingungen für Männer und Frauen und die geschlechtshierarchische Berufsstruktur werden in der Gesundheitsforschung meist nicht reflektiert und die Stichprobenwahl vieler Untersuchungen beinhaltet systematische Verzerrungen: Erwerbstätige und arbeitssuchende Frauen werden als am Arbeitsmarkt beteiligt klassifiziert. Alle anderen Frauen sind aus der Kategorie ausgeschlossen und werden, sofern sie verheiratet sind, als Hausfrauen bezeichnet. Zusammengekommen weisen die Untersuchungen jedoch trotz dieser Defizite eher in Richtung positiv wirksamer Mechanismen zwischen Berufstätigkeit und Gesundheit von Frauen. Entgegen der landläufigen Meinung, Karriere gefährde die Gesundheit von Frauen, scheinen die Vorteile in Berufen mit hohem Status für Frauen größer zu sein (Rodin u. Ickowics 1990). Selbst in unterprivilegierten Positionen beinhaltet Berufstätigkeit neben Belastungen auch positive Erfahrungen, wie z. B. soziale Anerkennung (Becker-Schmidt 1981). Neben den beruflichen Einflußfaktoren sind jedoch die geschlechtsspezifischen Lebensbedingungen und familiären Verpflichtungen zu berücksichtigen (Kolip 1995; Elstad 1996).

### *Gesundheit und Geschlechterordnung*

Werden die Ergebnisse zusammengekommen betrachtet, dann können sie trotz ihrer Unterschiede und Inkonsistenzen im Detail als ein Beleg für die These der sozialen Konstruktion von Gesundheit und Geschlecht interpretiert werden. Geschlechtsunterschiede in Gesundheit und Krankheit bringen auch die nach Geschlecht zu unterscheidenden Lebensbedingungen zum Ausdruck. In den quantitativen Untersuchungen zeichnet sich folgende Tendenz ab: Je weniger die Ergebnisse durch geschlechtsstereotype Rollenzuweisungen beeinflusst werden und je ähnlicher die

Lebenssituation der Frauen und Männer in der Stichprobe gewählt wird, desto mehr nähern sich die Unterschiede in Gesundheit und Krankheit an. Qualitative Studien können jedoch aufdecken, daß die Geschlechtsunterschiede nicht einfach verschwinden. Soziale Normen von Weiblichkeit und Männlichkeit werden über gesundheitsbezogene Handlungen zum Ausdruck gebracht. Die These soll abschließend anhand der Ergebnisse zweier Untersuchungen verdeutlicht werden.

Die bereits erwähnte Untersuchung von Saltonstall (1993) dokumentiert, daß Männer und Frauen allgemein betrachtet ähnliche Vorstellungen über Gesundheit äußern. Sie assoziieren vor allem Wohlbefinden. Die Homogenität der abstrakten Gesundheitskonzepte zerfällt in geschlechtsspezifische Formen, wenn das alltägliche Handeln betrachtet wird. Frauen und Männer zeigen unterschiedliche Ansichten darüber, wie der Körper gesund erhalten werden soll. Männer betonen Sport und Aktivität, Frauen dagegen die Körperpflege. Nach Saltonstall werden die soziokulturellen Interpretationen von männlich und weiblich mit dem biologischen Körper von Männern und Frauen verknüpft.

In einer eigenen Studie mit ProfessorInnen (Kuhlmann 1996) wird die Beziehung zwischen Gesundheit, Beruf und Geschlecht in einer hochprivilegierten Berufsgruppe analysiert. Die Ergebnisse zeigen in einigen Punkten Tendenzen, die konträr zu anderen Untersuchungen sind: Weder der subjektiv schlechtere Gesundheitszustand von Frauen noch ihre häufigere Inanspruchnahme professioneller Hilfe (Härtel 1988; Maschewsky-Schneider 1994) können für diese Untersuchungsgruppe bestätigt werden. Zugleich sind für die gesundheitsbezogenen Handlungen Geschlechtsunterschiede auch in dieser Gruppe nachzuweisen. Frauen bewerten ihre Aktivitäten für die Gesundheit

etwas höher und betonen etwas stärker die Ernährung und das Wohlbefinden. Eine weitere Differenz besteht darin, daß Frauen und Männer unterschiedlich über Gesundheit reden. Diese geschlechtsspezifischen Erzählmuster beinhalten Parallelen zu den nach Geschlecht zu unterscheidenden Anforderungen und Normen: Eine vorsorgende Haltung wird Frauen in höherem Maße zugestanden, während das Stereotyp der Härte Eingang in das männliche Selbstbild findet und über Gesundheitseinstellungen und Handlungen ausgedrückt wird.

#### *Perspektiven einer geschlechtsspezifischen Gesundheitsforschung*

Eine detaillierte Berichterstattung über die Gesundheit von Frauen ist eine unabdingbare Voraussetzung jeder geschlechtsspezifischen Gesundheitsforschung, und hier kann, insbesondere in epidemiologischen Studien, auf nichts anderes als die Kategorien »Frauen« und »Männer« zurückgegriffen werden. Dennoch spricht einiges dafür, sich nicht mit der Suche nach immer neuen Differenzen zwischen den Geschlechtern zu begnügen. Statt dessen sollte mit der Tradition medizinischer Theorien gebrochen werden, die die Geschlechterdifferenz zementieren und so zur Aufrechterhaltung der Hierarchie zwischen Frauen und Männern beitragen. Wenn Gesundheit und Geschlecht als sozial hergestellt betrachtet werden, dann gerät das Geschlechterverhältnis selber in den Blick. Gesundheit, Geschlechterbeziehungen und geschlechtsspezifische Lebensbedingungen sind tiefgreifend miteinander verknüpft. Die Interpretation von Geschlecht strukturiert das gesundheitsbezogene Handeln der Subjekte, sie prägt ebenso das Gesundheitsversorgungssystem und seine professionellen VertreterInnen. Strukturelle Ungleichheiten und Domi-

nanzansprüche der Männer tragen zu dem dazu bei, daß die Chancen für Gesundheit nach wie vor nach Geschlecht verteilt sind. Sexuelle Gewalt gegen Mädchen und Frauen sind ebenso ein Ausdruck hiervon wie die vor allem von Männern eingenommenen Arbeitsplätze mit gesundheitsförderlichen Merkmalen. Wenn die Geschlechterordnung in einem umfassenden Sinne als Erklärungsfaktor der geschlechtsspezifischen Gesundheits- und Krankheitsdaten herangezogen wird, wie es das Gendering-Konzept erlaubt, dann zeigen sich Ansatzpunkte für Veränderungen und für gesundheitsförderliche Maßnahmen.

Eine Voraussetzung hierfür ist allerdings, daß Geschlecht nicht wie bisher v.a. als ein Merkmal von Frauen betrachtet wird. Das Gesundheitshandeln von Männern ist ebenfalls zu analysieren. Die wenigen Arbeiten zu diesem Thema fallen jedoch meist weit hinter die Erkenntnisse und Theorien der Frauenforschung zurück. Im Zentrum der Betrachtung steht überwiegend der Zusammenhang zwischen Gesundheitsverhalten und männlicher Identität (z.B. Winter 1994). Riskantes Gesundheitsverhalten von Männern erscheint so als unausweichliche Folge einer männlichen Geschlechtsidentität. »Männer« werden als präformierte Kategorie behandelt und damit implizit biologisch definiert und das Geschlechterverhältnis wird nicht analysiert (vgl. Armbruster et al. 1995, 11).

Ob Geschlecht für Frauen wie für Männer zu einem Gesundheitsrisiko wird, darüber entscheiden neben den sozialen Lebensbedingungen auch die kulturellen Normen von Männlichkeit und Weiblichkeit und ihre individuellen Interpretationen. Erst die Betrachtung beider Ebenen und die Berücksichtigung der geschlechtsspezifischen Hierarchisierung erlauben eine plausible Interpretation der Gesundheitsdaten.

## Literatur

- Anson, Ofra/Paran, Esther/Neumann, Lily/Chernichovsky, Dov (1993): Gender differences in health perceptions and their predictors. In: *Social Science and Medicine*, 36 (4), 419–427.
- Antonovsky, Aaron (1987): *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco, Jossey-Bass.
- Armbruster, L. Christof/Müller, Ursula/Stein-Hilbers, Marlene (1995): Einleitung. In: Dies. (Hrsg.): *Neue Horizonte? Sozialwissenschaftliche Forschung über Geschlechter und Geschlechterverhältnisse*, Opladen, 7–21.
- Becker, Peter (1986): Geschlecht und seelische Gesundheit. In: Becker, Peter/Minsel, Beate: *Psychologie der seelischen Gesundheit*, Bd. 2, Göttingen, 120–183.
- Becker-Schmidt, Regina (1981): Überforderung durch Doppelbelastung – Unterforderung durch Segregation. In: Schneider, Ulrike (Hrsg.): *Was macht Frauen krank?* Frankfurt/M., 33–40.
- Born, Petra (1992): Geschlechtsstereotype und psychische Gesundheit – Konzepte von PsychologInnen. In: Brähler, Elmar/Felder, Hildegard (Hrsg.): *Weiblichkeit, Männlichkeit und Gesundheit*, Opladen, 92–110.
- Broverman, Inge K. et al. (1972): Sex-role stereotypes: A current appraisal. In: *Journal of Social Issues*, 28 (2), 59–78.
- Elstad, Jon I (1996): Inequalities in health related to women's marital, parental, and employment status – a comparison between the early 70s and the late 80s, Norway. In: *Social Science and Medicine*, 42, 75–89.
- Faltermaier, Toni (1994): *Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitshandeln. Über den Umgang mit Gesundheit im Alltag*. Weinheim.
- Färber, Christine (1995): Wo bleiben die Professorinnen der Medizin? Karrierehemmnisse für Frauen im ärztlichen Beruf. In: *Jahrbuch für kritische Medizin*, 24, 14–27.
- Gildemeister, Regine/Wetterer, Angelika (1995): Wie Geschlechter gemacht werden. In: Knapp, Gudrun-Axeli/Wetterer, Angelika (Hrsg.): *Traditionen, Brüche* (2. Aufl.). Freiburg, 201–254.
- Haavio-Mannila, Elina (1986): Inequalities in health and gender. In: *Social Science and Medicine*, 22 (2), 141–149.
- Härtel, Ursula (1988): Geschlechtsspezifische Inanspruchnahme medizinischer Hilfe. In: *Sozial- und Präventivmedizin*, 33, 148–154.
- Helferich, Cornelia (1994): *Jugend, Körper und Geschlecht. Die Suche nach sexueller Identität*. Opladen

- Honegger, Claudia (1991): *Die Ordnung der Geschlechter. Die Wissenschaften vom Menschen und das Weib*. Frankfurt/M.
- Hurrelmann, Klaus/Laaser, Ulrich (1993): Gesundheitswissenschaften als interdisziplinäre Herausforderung. In: Dies. (Hrsg.): *Gesundheitswissenschaften*. Weinheim, 3–25.
- Johnson, Susan R. (1996): Risiken und Vorteile der hormonellen Substitutionstherapie. In: Maschewsky-Schneider, Ulrike (Hrsg.): *Frauen – das kranke Geschlecht? Mythos und Wirklichkeit*. Opladen, 43–52.
- Kessler, Susan/McKenna, Wendy (1978): *Gender. An ethnomethodological approach*. New York.
- Kickbusch, Ilona (1994): Frauen und Gesundheit aus der Sicht von WHO-Gesundheitsförderung. In: Helfferich, Cornelia/Troschke, Jürgen v. (Hrsg.): *Der Beitrag der Frauengesundheitsforschung zu den Gesundheitswissenschaften/Public Health in Deutschland*. Freiburg, 11–15.
- Klesse, Rosemarie u.a. (1992): *Gesundheitshandeln von Frauen. Leben zwischen Selbst-Logik und Selbst-Bewußtsein*. Frankfurt/M.
- Kolip, Petra (1994a): Jugend und Gesundheit: Eine notwendige geschlechtsspezifische Betrachtung. In: Dies. (Hrsg.): *Lebenslust und Wohlbefinden*. Weinheim, 7–21.
- dies. (1994b): »Gesundheit ist, wenn ich mich wohl fühle.« Ergebnisse qualitativer Interviews zu Gesundheitsdefinitionen junger Frauen und Männer. In: Dies. (Hrsg.): *Lebenslust und Wohlbefinden*. Weinheim, 139–159.
- dies. (1995): Wen hält die Ehe gesund? – Der Einfluß von Geschlecht und Familienstand auf Lebenserwartung und Sterblichkeit. In: *Jahrbuch für kritische Medizin*, 24, 48–61.
- Kuhlmann, Ellen (1996): *Subjektive Gesundheitskonzepte. Eine empirische Studie mit Professorinnen und Professoren*. Münster.
- Laqueur, Thomas (1992): *Auf den Leib geschrieben. Die Inszenierung der Geschlechter von der Antike bis Freud*. Frankfurt/M.
- Lorber, Judith (1994): *Paradoxes of gender*. New Haven.
- Macintyre, Sally (1993): Gender differences in the perceptions of common cold symptoms. In: *Social Science and Medicine*, 36 (1), 15–20.
- Macintyre, Sally/Hunt, Kate/Sweeting, Helen (1996): Gender differences in health: are things really as simple as they seem? In: *Social Science and Medicine*, 42, 617–624.
- Maschewsky-Schneider, Ulrike (Hrsg.) (1996): *Frauen – das kranke Geschlecht? Mythos und Wirklichkeit*. Opladen.
- dies. (1994): Frauen leben länger als Männer – Sind sie auch gesünder? In: *Zeitschrift für Frauenforschung*, 4/94, 28–38.
- Rodin, Judith/Ickovics, Jeanette (1990): Women's Health. In: *American Psychologist*, 45, 1018–1034.
- Rosenfeld, Sarah (1989): The effects of women's employment: Personal control and sex differences in mental health. In: *Journal of Health and Social Behavior*, 30, 77–91.
- Saltonstall, Robin (1993): Healthy bodies, social bodies: men's and women's concepts and practices of health in everyday life. In: *Social Science and Medicine*, 36 (1), 7–14.
- Schücking, Beate A. (1995): Die Medizin und die Frauen. In: *Jahrbuch für kritische Medizin*, 24, 5–13.
- Seemann, Melvin/Lewis, Susan (1995): Powerlessness, health and mortality: A longitudinal study of older men and mature women. In: *Social Science and Medicine*, 41 (4), 517–525.
- Sontag, Susan (1978): *Illness as Metaphor*. New York.
- Stein-Hilbers, Marlene (1995): Geschlechterverhältnisse und somatische Kulturen. In: *Jahrbuch für kritische Medizin*, 24, 62–81.
- Vaerting, Mathilde (1921): *Neubegründung der Psychologie von Mann und Weib*, Bd. 1. Karlsruhe.
- dies. (1923): *Wahrheit und Irrtum in der Geschlechterpsychologie*. Karlsruhe.
- Verbrugge, Lois M. (1989): The twin meet: empirical explanations of sex differences in health and mortality. In: *Journal of Health and Social Behavior*, 30 (3), 282–304.
- Vogt, Irmgard (1983): Frauen als Objekte der Medizin: Das Frauensyndrom. In: *Leviathan*, 11, 157–199.
- Waldron, Ingrid (1993): Recent trends in sex mortality ratios for adults in developed countries. In: *Social Science and Medicine*, 36 (4), 451–462.
- West, Candace/Zimmermann, Don H. (1991): Doing gender. In: Lorber, Judith/Farrell, Susan A. (eds.): *The social construction of gender*. Newbury Park, 13–37.
- Wetterer, Angelika (1995): Dekonstruktion und Alltagshandeln. In: Dies. (Hrsg.): *Die soziale Konstruktion von Geschlecht in Professionalisierungsprozessen*. Frankfurt/M., 223–246.
- Winter, Reinhard (1994): No risk, no fun? Jungensozialisation, Gesundheitsprobleme und »präventive« Jungenarbeit. In: Kolip, Petra (Hrsg.): *Lebenslust und Wohlbefinden*. Weinheim, 193–219.