

ZUSAMMENFASSUNG

Die geschlechtsspezifische Forschung hat zum Ziel, Männer und Frauen in ihrer körperlichen, psychischen und sozialen Unterschiedlichkeit zu beschreiben. Es gibt inzwischen gesicherte Erkenntnisse zur unterschiedlichen Sozialisation, die im Weiteren in verschiedenen Bereichen Auswirkungen hat. So sind divergierende Prävalenzraten bei verschiedenen psychischen Störungen nachweisbar. Bei Depressionen, Angst- und Essstörungen zeigen sich bei Frauen deutlich höhere Prävalenzraten, bei Abhängigkeitserkrankungen höhere Raten bei Männern. Aber auch im Gesundheits- und Krankheitsverhalten ergeben sich Unterschiede: Im Vergleich zu Männern gehen Frauen durchschnittlich häufiger zum Arzt, zeigen mehr präventives Verhalten, gehen weniger Risiken ein, bewegen sich weniger und ernähren sich gesünder. Welche positiven Auswirkungen eine geschlechtsspezifische Erforschung bei einer Erkrankung haben kann, zeigen Entwicklungen im Bereich der kardiovaskulären Erkrankungen, bei denen Frauen inzwischen eine vergleichbar gute Versorgung zukommt wie Männern. Exemplarisch lässt sich hier auch der große Einfluss psychosozialer Variablen auf den Umgang mit der Krankheit darstellen.

Bei der Volkskrankheit Diabetes, einer chronischen Glukosestoffwechselstörung, die Ursache für massive Folgeerkrankungen sein kann, ist das geschlechtsspezifische Wissen noch spärlich. Zu möglichen Unterschieden in der Wirkungsweise von Antidiabetika, zur Häufigkeit der Einnahme dieser Medikamente und bzgl. der Therapiequalität gibt es zum gegenwärtigen Zeitpunkt wenig

gesicherte Erkenntnisse. Männer sind wahrscheinlich gefährdeter, Folgeerkrankungen zu entwickeln und sie sterben häufiger an den Folgen des Diabetes als Frauen, wobei Diabetikerinnen allerdings vergleichsweise größere Einbußen ihrer Lebenserwartung erfahren. Diabetiker und Diabetikerinnen weisen eine höhere Prävalenz psychosozialer Belastungen auf als Männer und Frauen ohne Diabetes; Frauen mit Diabetes sind wiederum stärker belastet als Männer. Ob es sich bei der Erfassung der unterschiedlich starken Belastungen um ein methodisches Artefakt handelt, ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht entscheidbar.

Eine erfolgreiche Behandlung des Diabetes mellitus setzt die aktive Mitarbeit der Patienten voraus, da sie durch ihr eigenes Verhalten den Krankheitsverlauf entscheidend beeinflussen können. Insbesondere im Bereich der Rehabilitation wird die Bedeutung der Patientenschulung – auch und gerade mit Blick auf die psychosozialen Belastungen – seit einigen Jahren ausdrücklich betont. Die rehabilitative Versorgung ist in Deutschland sehr gut ausgebaut und ist ausdrücklich an die Erwerbstätigkeit der Rehabilitanden gebunden. Aufgrund der Lebensumstände von Frauen, die im Wesentlichen Haus- und Familienarbeit leisten, können sich hier Barrieren ergeben. In der Studie zu geschlechtsspezifischen Aspekten des Rehabilitationszugangs wurde nachgewiesen, dass bei Frauen und Männern unterschiedliche Einstellungen in der Bewertung einer Inanspruchnahme von Reha-Maßnahmen vorliegen, welche die Entscheidungen dafür oder dagegen nachdrücklich beeinflussen können.

In einer Reanalyse von Daten einer unizentrischen Kohortenstudie an Patienten einer Diabetesklinik der Bundesversicherungsanstalt konnte gezeigt werden, dass die

geschlechtsspezifischen Unterschiede bei Typ 1 Diabetikern und Diabetikerinnen weniger groß sind als die bei Typ 2 Diabetikern und Diabetikerinnen. Es stellt sich die Frage, ob es sich um einen Kohorteneffekt handelt, da die Typ 2 Diabetiker deutlich älter waren als die Typ 1 Diabetiker und damit unterschiedliche Sozialisationseinflüsse zu Geltung kommen können. Aus den gefundenen geschlechtsspezifischen Unterschieden bei Inanspruchnahme der Rehabilitation, Häufigkeit von Selbstkontrollmaßnahmen, Eingangsparametern und Erwartungen sowie Zielen lassen sich unterschiedliche Bedarfe ableiten. Bei der Untersuchung verschiedener Outcome-Parameter zeigen sich mit wenigen Ausnahmen vergleichbare Entwicklungen bei beiden Geschlechtern und beiden Diabetestypen.

Es zeigen sich Defizite bei den Rehabilitationskonzepten, welche geschlechtsspezifische Besonderheiten während der Rehabilitationsmaßnahme weder erfassen und demzufolge auch während der Behandlung nicht aufgreifen, so dass mögliche unterschiedliche Bedarfe nicht gestillt werden können.

1. EINLEITUNG

Seit einigen Jahren sind Schlagworte wie „Gender“, „Genderaspekte“, „Gendermainstreaming“ in aller Munde. Die Betrachtung verschiedenster Bereiche unter dem Aspekt der „Geschlechtsspezifität“ (nichts anderes bedeuten diese Schlagworte) ist „in“. Eine unterschiedliche Betrachtung verschiedenster psychosozialer Aspekte nach Geschlechtszugehörigkeit erfolgte in der Bundesrepublik Deutschland zunächst im Rahmen der „Frauenbewegung“ in den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts (s. Kap. 2). In den 80er Jahren rückte die Untersuchung des Krankheits- und Gesundheitsverhaltens der beiden Geschlechter in den Mittelpunkt.

Dieser differenziertere Blick, z.B. auf verschiedene psychische und somatische Erkrankungen, ergab interessante Ergebnisse: Im Bereich der Psychologie zeigen sich Unterschiede z.B. in Bezug auf die Epidemiologie von Depressionen oder Ängsten. Männer und Frauen zeigen aber auch ein unterschiedliches Krankheits- und Gesundheitsverhalten z.B. im Lebensstil, bei Aktivität, Ernährung u.a. (s. Kap. 3). Diese Aspekte wiederum haben auch einen Einfluss auf das Entstehen und den Umgang mit körperlichen Erkrankungen. Vermehrt untersucht wurden Genderaspekte im Hinblick auf kardiovaskuläre Erkrankungen und Herzinfarkt, und in der Tat fand man deutliche Unterschiede in der Prävalenz, den auftretenden Symptomen und der medizinischen Versorgung. Aufgrund dieser Ergebnisse und einem geschlechtssensiblen Umgang mit der Erkrankung stiegen die Chancen, die „untypischen“ Symptome bei Frauen richtig zu deuten und schnell die richtigen Maßnahmen zu treffen, die wie-

derum die Überlebenswahrscheinlichkeit erhöhen. Wäre in den klinischen Studien, die ein Grundlagenverständnis für Krankheiten schaffen und die Behandlung maßgeblich beeinflussen, das Geschlecht angemessen berücksichtigt worden, wäre die Versorgung von Frauen mit Herzerkrankungen seit vielen Jahren ähnlich gut wie bei Männern gewesen. Deshalb drängen seit einigen Jahren verschiedene medizinische Institutionen, vor allem in den USA, darauf, Genderaspekte gleich in die Konzeption von medizinischen Studien einzubringen bzw. die Studien, in denen dies nicht geschah, wenigstens geschlechtsspezifisch auszuwerten.

Es erscheint also durchaus lohnend, vor allem die so genannten „Volkskrankheiten“, d.h. Erkrankungen, unter denen vergleichsweise viele Menschen leiden, unter geschlechtsspezifischen Aspekten zu untersuchen, da daraus gewonnene Erkenntnisse vielen Menschen zu Gute kommen können. Zu den Volkskrankheiten in Deutschland zählt auch der Diabetes mellitus, eine chronische Störung des Blutzuckerhaushaltes, an der hierzulande ca. 6 Mio. Menschen leiden (s. Kap. 4). Die Belastungen des Gesundheitssystems durch diese Erkrankung sind einerseits durch die hohe Anzahl Erkrankter und deren Therapie, andererseits durch die häufig mit Diabetes verbundenen Folgeerkrankungen sehr hoch. Könnten hier geschlechtsspezifische Unterschiede in Prävalenz, dem Umgang mit der Krankheit (vermittelt z.B. über psychische Belastungen) oder dem Risiko, Folgeerkrankungen zu entwickeln, nachgewiesen werden, könnte dies den Weg für einen geschlechtsspezifischen Umgang mit Diabetikern ebnen, der gegebenenfalls ebenso wie bei den Herzerkrankungen eine verbesserte Versorgung zur Folge haben könnte. Daneben erscheint die Untersuchung

geschlechtsspezifischer Aspekte bei Diabetes deswegen sinnvoll, weil bei dieser Krankheit das Hormon Insulin nicht mehr produziert wird oder im Körper an Wirkung verliert. Da unstrittig ist, dass Frauen und Männer unterschiedliche Hormonzusammensetzungen im Körper haben, wäre es also durchaus denkbar, dass sich schon allein aufgrund der körperlichen Aspekte geschlechtsspezifische Unterschiede ergeben (s. Kap. 5).

Diabetes gilt als eine chronische Erkrankung, bei der alle Formen der Prävention zum Einsatz kommen müssen. Neben primärpräventiven Aspekten spielen vor allem sekundär- und tertiärpräventive Maßnahmen eine große Rolle: Diabetiker müssen lernen, mit ihrer Erkrankung adäquat zu leben, damit massive Folgeerkrankungen verhindert werden. In diesem Rahmen kommt dem in Deutschland gut ausgebauten Rehabilitationssystem eine große Bedeutung zu, das sich als weiterer Betreuungsbereich neben der Akutmedizin seit vielen Jahren etabliert und gerade im Bereich der Behandlung chronischer Erkrankungen einen großen Stellenwert im Gesundheitssystem hat (s. Kap. 6). Allerdings kann man feststellen, dass im Bereich der Rehabilitation die Betrachtung geschlechtsspezifischer Aspekte bis heute eine nur untergeordnete Rolle spielt, obwohl die Reha-Kommission dies schon 1991 angemahnt hat (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, 1991). Leider steckt diesbezüglich sowohl die Rehabilitationsforschung als auch die Praxis in den einzelnen Kliniken noch in den Kinderschuhen. Lediglich im Bereich der Rehabilitation kardio-logischer Erkrankungen haben die inzwischen bekannten Effekte unterschiedlicher Behandlungen Auswirkungen. Auch in der psychosomatischen Forschung und Rehabilitation zeigen sich die ersten Ansatzpunkte, da hier schon

vor einiger Zeit festgestellt wurde, dass Frauen und Männer Stressoren (und eben auch ihre Krankheit) z.T. unterschiedlich verarbeiten. Bei der Rehabilitation anderer somatischer Erkrankungen wie z.B. Diabetes oder orthopädische Beschwerden ging man stillschweigend davon aus, dass jeder die gleiche Chance auf Rehabilitation hat und diese in gleichem Umfang nutzt, dass die Rehabilitationskonzepte für Männer und Frauen in gleichem Maße zutreffen und wahrgenommen werden und dass beide Geschlechter insofern in gleichem Maße von der Rehabilitation längerfristig profitieren können. Diese Annahmen sollen in dieser Arbeit überprüft werden. Es sollen Hinweise darauf gefunden werden, ob die Versorgung von Männern und Frauen mit Diabetes in gleichem Maß gegeben ist, d.h., es sollen mögliche Unterschiede

- beim Reha-Zugang
- beim körperlichen und psychischen Zustand zu Beginn der Rehabilitation sowie in Bezug auf Erwartungen und Ziele
- beim Outcome der Rehabilitation

untersucht werden.

Dafür wird eine Sekundäranalyse von Daten aus einem Forschungsprojekt der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA), das in der Zeit von 1991 bis 1997 im Klinikum Bad Kissingen der BfA - Saale-Klinik durchgeführt wurde, vorgenommen. Bei der Kissinger Diabetes-Interventionsstudie (KIDS) wurden Daten von 1050 Diabetikern¹ erhoben (s. internationale Veröffentlichungen

¹ Im folgenden Text wird bei personenbezogenen Substantiva der flüssigen Lesbarkeit wegen meist die männliche Form gewählt. Die-

von Haupt et al., 1996a,b,c; 1997a, 1999a,b); diese werden bezüglich möglicher Geschlechtsunterschiede zu Beginn, während und nach der Rehabilitationsmaßnahme analysiert (s. Kap. 8).

Aufgrund erster Erkenntnisse aus dem o.g. Projekt wurde eine zweite kleinere, geschlechtsspezifisch konzipierte Querschnittstudie bei Typ 2 Diabetikern durchgeführt, um herauszufinden, ob unterschiedliche Gründe bei den Geschlechtern für oder gegen die Inanspruchnahme einer Rehabilitation sprechen. Erste Ergebnisse wurden im Rahmen einer Diplomarbeit veröffentlicht (Dillmann, 2002). Aus der Analyse dieser Daten sollen sich Hinweise darauf ergeben, ob geschlechtsspezifisch unterschiedliche Argumente im Vorfeld der Antragstellung wirksam werden (s. ebenfalls Kap. 8).

Die vorliegende Untersuchung ist eine der ersten in Deutschland, die sich mit geschlechtsspezifischen Aspekten bei Diabetes befasst. In der weiteren Darstellung wird deutlich, dass die bisherigen Erkenntnisse sehr lückenhaft sind und es dringend weiterer Forschung in diesem Bereich bedarf.

se versteht sich dann aber geschlechtsneutral. Frauen sind dabei jeweils in gleichem Maß mit angesprochen.

2. DIE GENDER-FORSCHUNG

Zunächst sollen kurz die Wurzeln, unterschiedliche Konzeptionen und methodische Implikationen der Genderforschung dargestellt werden.

Die Wurzeln der Genderforschung liegen in der Frauenforschung, die sich als Gegenbewegung zur schon lange bestehenden androzentrischen Sichtweise und der daraus resultierenden Einseitigkeit des überlieferten Bestandes an Wissen über die Gesellschaft verstand (Wesely, 2000; Nunner-Winkler, 1994a; Becker-Schmidt, 1985). Nach Wesely beginnt die Aufgabe der Gender-Studien da, wo die Frauenforschung endet. Ging es lange darum, Informationen über Frauen nachzuliefern und Differenzen zwischen Männern und Frauen darzustellen, „so fragen die Gender Studies vorrangig nach dem Wert, der den diversen Differenzierungen beigemessen wurde und wird, sowie nach dem Geschlechterverhältnis. Dies wäre ohne die Erkenntnisse der Women's Studies bzw. Frauenforschung nicht möglich.“ (Wesely, 2000, S. 29). Die Gender-Forschung nimmt eine vergleichende Perspektive ein, um Unterschiede und soziale Ungleichheiten aufgrund des sozialen Geschlechts identifizieren zu können. Demgegenüber nimmt die Frauenforschung eine vorher bestimmte Perspektive (aus Sicht der Frauen) ein (im gleichen Sinn Becker-Schmidt, 1993).

Visweswaran (1997) beschreibt, dass man in der Viktorianischen Zeit (1880-1920) davon ausging, dass der sexuelle Unterschied zwischen Männern und Frauen durch die Biologie begründet wird, die wiederum die soziale Rolle determiniert. Margaret Mead war die erste, die eine Unterscheidung zwischen dem biologischen (Sex) und

soziologischen Geschlecht (Gender) in der Ethnologie traf. Bei ihren Beobachtungen verschiedener Gesellschaften, z.B. die auf Samoa oder Neu Guinea, stellte sie 1935 in „Sex and Temperament in Three Societies“ fest, „dass viele, wenn nicht alle der Persönlichkeitszüge, die wir maskulin oder feminin nennen, so locker mit dem biologischen Geschlecht verknüpft sind wie die Kleidung, das Benehmen und die Art der Haartracht, die eine Gesellschaft zu einer bestimmten Zeit jedem Geschlecht zuschreibt.“ (S. 280, eigene Übersetzung). Durch die Beobachtung anderer Völker wurde deutlich, dass die Aufgabenteilung zwischen den Geschlechtern unterschiedlich war, dass aber vor allem die Achtung vor dem anderen Geschlecht und den erfüllten Aufgaben vorherrschender war als in den westlichen Zivilisationen. Kritisiert wurden Meads Schlussfolgerungen dahingehend, dass sie die Geschlechterverhältnisse zu wenig als Ausdruck von Macht- und Herrschaftsverhältnissen interpretierte (Weiss, 1995). Diesen Blickwinkel stellte Simone de Beauvoir in „Le Deuxième Sexe“ (1949), in den Mittelpunkt. Nach Weiss (1995) setzten die Frauenbewegung und die Frauenforschung der 60er und 70er Jahre hier an.

1975 definierte Gayle Rubin in „The traffic in women: notes on the „political economy“ of sex“ das Sex-/Gender-System als „ein Satz (set) von Übereinkommen, durch das eine Gesellschaft biologische Sexualität in Produkte menschlicher Aktivität transformiert. Jede Gesellschaft hat ein Sex-/Gender-System, ein Satz von Übereinkommen, durch den das biologische Rohmaterial des menschlichen Geschlechts und der Fortpflanzung durch menschliche und soziale Interventionen geformt und in einer konventionellen Art und Weise befriedigt

wird.“ (S. 165, eigene Übersetzung). „Sex“ dient der Zuordnung zu einem der beiden anatomisch definierten Geschlechter (Becker-Schmidt, 1993). Bei „Gender“ handelt es sich dagegen um eine kulturelle Interpretation und Entwicklung des physiologischen Geschlechtsunterschieds. „Diese Dimension verweist darauf, dass die dichotome Typisierung von weiblichen und männlichen Eigenschaften, Merkmalen, Verhaltensweisen, Orientierungen oder gesellschaftlich verordneten Rollen historisch entstanden und sozial bedingt sind.“ (Becker-Schmidt, 1993, S. 41). Diese Denkrichtung wird als **Essentialismus** oder **biologischer Determinismus** bezeichnet. Nach Wesely (2000) ist der Begriff geprägt durch ein modernes westliches Verständnis der Identität des Selbst, wonach die grundlegenden Parameter der Identität durch den Körper konstituiert und dann durch historisch spezifische Sozialisationsprozesse ausdifferenziert werden.

Mit der Veröffentlichung von Judith Butlers Buch „Das Unbehagen der Geschlechter“ (in deutscher Übersetzung erschienen 1991) wird die deutliche Unterscheidung von Sex als biologischem und Gender als sozialem Geschlecht wieder in Frage gestellt (**Konstruktion** und **Dekonstruktivismus**). Butler nimmt an, dass das biologische Geschlecht genauso wenig wie Gender natürlichen Ursprungs sei. Auch Sex sei eine sprachliche Bezeichnungspraxis und Bezeichnungen schafften in der Konsequenz (Denk-)Wirklichkeiten. Dies geschehe prozesshaft. Eine Bezeichnung wird so in steten Wiederholungen bzw. durch Exklusion von nicht-passenden Erfahrungen und Bezeichnungen immer wieder hergestellt. Der Körper ist also nicht natürlich und eindeutig, sondern wird durch die wiederholten darstellenden Akte oder Handlungen her-

vorgebracht (performative acts). „Das durch stete diskursive Wiederholung aufrechterhaltene binäre System der Geschlechter setzt den Rahmen fest, in dem Körper nur als binär geschlechtliche wahrnehmbar sind.“ (Lorey, 1993, S. 14). Das natürliche Geschlecht sei bereits durch kulturelle Mittel hervorgebracht und damit handele es sich um politische Kategorien.

Zwischen den Anhängern dieser beiden Erklärungsansätze verhärteten sich einige Zeit die Fronten. Ansätze wie die **biologische Fundierung** oder der **konstruktivistisch informierte Essentialismus** versuchen, die beiden Ansätze zu verbinden. Mit biologischer Fundierung ist gemeint, dass sich das Phänomen der Geschlechterdifferenz zwischen zwei Extremen bewegt: der biologischen Determinierung einerseits und dem sozialen Konstruktivismus andererseits. Nicholson (1994) hält die Diskussion, wie viel Determinismus und wie viel Konstruktivismus nun bei der Geschlechtsidentität, genau eine Rolle spielt für nicht entscheidbar. Die Wahrheit könne nicht genau festgelegt werden. Der Körper wird dabei als nicht so variabel wie andere Persönlichkeitsmerkmale betrachtet. Aus dieser geringeren Variabilität ergeben sich kulturübergreifende Gemeinsamkeiten in Persönlichkeit und Handlungen zwischen Männern und Frauen. Es wird postuliert, dass es sowohl Gemeinsamkeiten als auch Unterschiede zwischen den Geschlechtern gibt.

Der Ausgangspunkt des konstruktivistisch informierten Essentialismus ist, dass die Natur nicht beliebige Ansatzpunkte für gesellschaftliche Symbolisierung bietet, die materielle Eigenlogik von Körpern gehe allen gesellschaftlichen Konstruktionen voraus (Wesely, 2000).

Unger und Crawford (1993) gehen davon aus, dass eine Entscheidung darüber, welcher Anteil eines traits oder

eines Verhaltens von biologischen Faktoren einerseits und von sozialen Faktoren andererseits beeinflusst wird, normalerweise nicht möglich ist. Eine Ausnahme bilden möglicherweise spezifische reproduktive Verhaltensweisen. Unabhängig davon, wie viel „Sex“ am Anfang ist und wie sehr dies prägt, entstehe schon früh eine soziale und psychosexuelle Geschlechtsidentität (Junge – Mädchen, Mann – Frau). Kinder versuchen sich im Rahmen der Zweigeschlechtlichkeit zuzuordnen. Wichtig sind dabei Körpererkundungen und Körperbilder, solche am eigenen Leib und dem der gleich- und gegengeschlechtlichen Bezugspersonen (Becker-Schmidt, 1993). Mit ca. zwei bis drei Jahren ordnet sich ein Kind zutreffend einem Geschlecht zu (Selbstklassifikation), ab ca. fünf Jahren wird die Geschlechtszugehörigkeit irreversibel als unveränderliches stabiles Persönlichkeitsmerkmal begriffen (Kohlberg, 1974). Gesellschaftliche Einflüsse machen sich in Rollenzuschreibungen bemerkbar, die angenommen oder abgelehnt werden. In jeder Kultur gibt es geschlechtsspezifisch differenzierte implizite und explizite Rollenerwartungen, z.B. bezüglich des Aussehens und Verhaltens. Inhalt und Grad der Rigidität dieser Erwartungen sind in verschiedenen Gesellschaften unterschiedlich ausgeprägt. Individuen differieren im Grad, wie sie diese Normen kennen und befolgen wollen. Identität beinhaltet auch die Vorstellung vom eigenen Sein, die Vorstellung vom Selbst. Dieses Selbstbewusstsein entsteht durch Erfahrung, Interaktion, Sozialisation, Vorbilder, Wert- und Normvorstellungen (Wesely, 2000). Männer wie Frauen, Jungen und Mädchen benehmen sich als Mitglieder der Gesellschaft ihrem Geschlecht entsprechend und produzieren durch ihr Verhalten entsprechende Gender-Normen. Das Geschlecht wird somit produziert und reproduziert durch Handeln (**doing gender**).

Institutionelle Rahmenbedingungen beeinflussen Lebenswege, die Aufteilung des Staates in einen öffentlichen (in dem sich vorzugsweise Männer bewegen) und einen privaten Raum („Frauensache“ wie Haus- und Erziehungsarbeit) verstärkt die Aufteilung der Lebenswege. Da das Geschlecht auch die Berufswahl beeinflusst, entsteht eine vertikale und eine horizontale Teilung. Horizontal dadurch, dass Mädchen bestimmte Frauenberufe ergreifen bzw. bestimmte Studiengänge belegen (z.B. Pädagogik), während Männer andere Berufswege einschlagen (z.B. technische Berufe). Eine vertikale Teilung ergibt sich, weil in „Männerberufen“ meist gute Aufstiegsmöglichkeiten vorhanden sind, Frauen dagegen arbeiten häufig in Frauenberufen, die weniger Karrierechancen (Resch, 1998; Gottschall, 1995) bieten. Sie sind durchschnittlich auch schlechter bezahlt (Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit in Nordrhein-Westfalen (im Weiteren MFJFG in NRW genannt), 2000; Resch, 1998; Gottschall, 1995). Dazu kommt, dass sich Frauen häufig in den privaten Raum zurückziehen, wenn sie Kinder bekommen, um für die Erziehung und den Haushalt zu sorgen (s.a. Kap. 3.4).

Seit den 90er Jahren ist die Geschlechterdifferenz Gegenstand der Forschung (Gender-Forschung). Geschlechterdifferenz beschreibt nach Wesely (2000) „die physiologisch begründete Unterscheidung im Rahmen eines Konzepts für Zweigeschlechtlichkeit“. Das Geschlechterverhältnis soll auf individueller, interaktioneller, institutioneller und struktureller Ebene untersucht werden.

In diesem Zusammenhang sollen kurz einige Kritikpunkte an der bisherigen epidemiologischen Forschung angeführt werden, wie sie Eichler (1991) zusammengefasst hat. Epidemiologische Daten zur geschlechtsspezifischen

Verteilung von z.B. körperlichen oder psychischen Erkrankungen können einer Reihe von Fehlerquellen unterliegen, die im Einzelnen immer wieder zu prüfen sind. Formen des Sexismus, wie sie eine geschlechtersensible Forschung nicht aufwiesen sollte, sind (Eichler, 1991):

- Geschlechterinsensibilität: Die Bedeutung des Geschlechts als sozial wichtige Variable wird ignoriert, z.B. durch Erstellung ätiologischer Modelle aufgrund empirischer Befunde, die nur an einem Geschlecht erhoben worden sind, oder Auswertung von Interventionen, ohne das Geschlecht zu berücksichtigen.
- Geschlechterdichotomie: Hier werden Unterschiede überbetont, Überschneidungen zwischen den Geschlechtern dagegen vernachlässigt, z.B. die dichotome Zuordnung von Charaktereigenschaften als stereotyp weiblich oder männlich.
- Familialismus: Dies ist eine Art der Geschlechterinsensibilität, wenn z.B. die Familie als Einheit untersucht wird, wobei dann vernachlässigt wird, dass innerhalb der Familie die einzelnen Familienmitglieder unterschiedliche Aufgaben haben, die u.a. die Gesundheit unterschiedlich beeinflussen können, wie z.B. die Pflege von Angehörigen als „typisch weibliche“ Aufgabe.
- Überverallgemeinerung: Formulierung von allgemeinen Aussagen, deren Datenbasis sich aber nur auf ein Geschlecht bezieht, z.B. die Indikation eines Medikaments für Männer und Frauen, das aber nur an einem Geschlecht überprüft wurde.
- Doppelter Bewertungsmaßstab: Anwendung verschiedener Maßstäbe für die gleichen Charakteristika oder Ereignisse, z.B. wenn aggressives Verhalten bei

Jungen als sozial angemessen angesehen wird, bei Mädchen aber nicht.

- Geschlechterverklärung: Überhöhung empirischer Geschlechtsmerkmale zu normativen Forderungen für alle Geschlechter, z.B. wenn die emotionale Expressivität als Maßstab der emotionalen Ausdrucksfähigkeit von Männern angelegt wird oder bei der Annäherung des weiblichen Schönheitsideals an einen androgynen, muskulösen Körper.

Kämmerer (2001) betont, dass es in der Forschung durchaus notwendig sei, nach Unterschieden zu suchen und sie gegebenenfalls zu pointieren, um dem viel häufigeren Übersehen von möglichen Unterschieden entgegenzutreten. In diesem Sinne werden in dieser Arbeit gegebenenfalls auch Unterschiede pointiert herausgearbeitet. Sie sollen als Grundlage für die Entscheidung dienen, ob in diesem Bereich weitere geschlechtssensitive Forschung betrieben werden sollte.

Für die vorliegende Untersuchung ist es nicht erforderlich, sich definitiv einem der Ansätze der Gender-Forschung anzuschließen und die anderen als obsolet zu betrachten. Wichtig erscheint, dass das biologische Geschlecht nicht umfassend Verhalten, Emotionen und Kognitionen determiniert. Vielmehr werden diese Bereiche gesellschaftlich überformt, z.B. durch Rollenzuschreibungen. Ein erweiterter Blickwinkel im Vergleich zur Frauenforschung ergibt sich dadurch, dass beide Geschlechter in ihrer jeweiligen (möglichen) Andersartigkeit beschrieben werden. In dieser Arbeit soll die Frage beantwortet werden, inwiefern das Geschlecht in der medizinischen Rehabilitation oder der Behandlung von Diabetes eine Rolle spielt, welche möglichen Auswirkungen dies hat und welche Konsequenzen gegebenenfalls dar-

aus zu ziehen sind. Zunächst aber sollen im folgenden Kapitel grundlegende geschlechtsspezifische Erkenntnisse im Bereich der Psychologie und der Medizin dargestellt werden, welche wiederum einen Einfluss auf den Umgang mit Diabetes haben können.

3. RELEVANTE ERGEBNISSE DER FRAUEN- UND GENDER-FORSCHUNG

Nach Nunner-Winkler (1994b) werden zur Erklärung von geschlechtsspezifischen Unterschieden in Persönlichkeitsmerkmalen und sozialer Stellung (evolutions-)biologische, psychologische und kulturenthropologische Erklärungsansätze herangezogen, die im Weiteren genauer dargestellt werden.

3.1 GESCHLECHTSSPEZIFISCHE UNTERSCHIEDE IN DER SOZIALISATION

Die Ergebnisse der Sozialisationsforschung hat Maccoby in ihrem Buch „Psychologie der Geschlechter“ (2000) zusammengefasst. Folgende Ergebnisse haben verschiedene Untersuchungen ergeben (nach Maccoby, 2000):

- Vor dem 2. Lebensjahr sind Kinder selten viel mit anderen Kindern zusammen. Tendenziell bevorzugen eher Mädchen Angehörige des eigenen Geschlechts.
- Zwischen 3. und 5. Lebensjahr bevorzugen Kinder deutlich gleichgeschlechtliche Spielgefährten. Dieses Ergebnis findet sich in vielen verschiedenen Kulturen. Kinder verbringen zwei Drittel der Zeit im Spiel mit dem gleichen Geschlecht. Dabei unterscheiden sich die Inhalte der Spiele der Kinder. Jungen bevorzugen eher wildere Ballspiele, Spiele mit Technikspielzeug etc. Mädchen bevorzugen schon bald das Spiel mit Puppen, wobei sie die Rolle der Mutter einnehmen.

- In der mittleren Kindheit verstärkt sich die Geschlechtertrennung (jetzt wird drei Viertel der Zeit mit Angehörigen des gleichen Geschlechts verbracht). Mädchen werden in diesem Alter eher im Haus gehalten (Aufgaben der Eltern: der Mutter helfen, auf Geschwister aufpassen u.ä.), Jungen erobern langsam größere Räume.

Maccoby (2000) trug ebenfalls die folgenden Beobachtungen aus verschiedenen Studien zusammen:

Jungen setzen ihre gleichgeschlechtlichen Präferenzen im Spiel ab dem 5. Lebensjahr konsequenter und aktiver durch. Jungen, die mit Mädchen spielen, werden zunehmend verpöht und gehänselt. In den homogenen Mädchen- und Jungengruppen entwickeln sich unterschiedliche Kulturen. Jungen bauen eine intensive Dominanzhierarchie auf, in der sie sich einen Platz erobern. Dann sichern sie ihren Status. Die Gruppen sind größer als Mädchengruppen und es werden wildere Spiele gespielt. Es finden mehr Rempeleien und Kämpfe statt als bei Mädchen. Die Jungengruppen entziehen sich auch gerne der Aufsicht Erwachsener. Zwischen dem 11. und 15. Lj. Finden sich Kinder aufgrund gemeinsamer Interessen zusammen. Bei Jungen sind dies gemeinsame Sportarten, Computer(spiele) u.a.

Bei Mädchen sind solche Gruppierungen nicht so klar auszumachen. Mädchen bilden kleinere Gruppen, oft spielen sie zu zweit. Grundlage für den Status in der Gruppe ist die Beliebtheit eines Mädchens, wobei die „Spitzenmädchen“ z.B. angeben, was „in“ ist. Mädchen weichen der Interaktion mit Jungen aus, weil sie die Spielweise als zu grob und ungestüm empfinden. Mädchen erleben Jungen als weniger responsiv als andere Mädchen, wodurch der Umgang mit Jungen als weniger

befriedigend erlebt wird. Gute Sportlerinnen sind dabei manchmal „Grenzgängerinnen“, die von Jungen und von Mädchen gleichermaßen akzeptiert werden. Jungen halten von Mädchen nicht besonders viel. Sie halten sie für schwach, weil sie häufiger weinen, eher die Nähe zu Erwachsenen suchen, sich eher an Anweisungen von Erwachsenen halten und auf direkte Herausforderungen nicht eingehen. Dabei unterscheiden sich die Diskursstile im Großen und Ganzen nicht wesentlich voneinander, abgesehen vom Austragen von Machtkämpfen. Strukturieren Erwachsene die Settings, in denen Jungen und Mädchen miteinander Kontakt haben, spielen sie auch konstruktiv miteinander. Jungen und Mädchen lernen in ungefähr gleichem Ausmaß, in Dyaden zurechtzukommen, Jungen werden aber wahrscheinlich durch ihr Spiel in größeren Gruppen besser auf die Beteiligung in größeren Strukturen vorbereitet, z.B. auf das Erkämpfen und Behaupten eines Platzes in einer Dominanzhierarchie eines Betriebes. Wichtig ist zu bedenken, dass sich nicht alle Jungen und Mädchen Gruppen anschließen. Inwieweit sie sich im Erwachsenenalter von anderen unterscheiden, ist unklar. Des Weiteren sind Gruppen in bestimmten Lebensphasen besonders wichtig, in anderen verlieren sie an Bedeutung.

Folgende Erklärungen für die Unterschiede in der Sozialisation und die unterschiedliche Ausprägung von Fähigkeiten bei Jungen/Männern und Mädchen/Frauen werden herangezogen.