



Genderspezifische Aspekte

Das reale Leben ist nicht geschlechtsneutral. Biologische Ausstattung (Geschlecht), Lebenssituationen, Interessen von Frauen und Männern und Erwartungen an ihre Geschlechterrolle (Gender) unterscheiden sich. Auch die Erfordernisse in Prävention, Gesundheitsförderung und Therapie sind geschlechts- und gendertypisch verschieden. Die Forschung allerdings behandelt oft ein Neutrum und vernachlässigt geschlechts- und gendertypische Differenzen in der Prävention und Gesundheitsförderung.



Das Alter ist weiblich

Es ist eine Erfolgsgeschichte unserer Zeit, dass die Lebenserwartung deutlich gestiegen ist [1]. Frauen leben länger als Männer. Die mittlere Lebenserwartung beträgt für Mädchen, die 2009 geboren wurden, 82,5 Jahre. Sie ist um fünf Jahre höher als die der Jungen (77,5 Jahre) [2].

Tabelle 1: Eigene Darstellung: Lebenserwartung für Neugeborene nach Geschlecht (aus [2])

Lebenserwartung für Neugeborene	Jahre	
	Mädchen	Jungen
Geburtsjahrgang 2009	82,53	77,45

Die Ursache für dieses „gender-gap“ ist nicht abschließend geklärt. Neben biologischen Einflüssen, wie hormonell bedingte Unterschiede, scheint der geschlechtstypische Lebensstil einen deutlichen Einfluss auf die Lebenserwartung zu haben. Männer leben demnach riskanter, trinken mehr Alkohol, rauchen eher als Frauen, essen ungesünder. Aber, jüngere Männer bewegen sich mehr in der Freizeit, wenn nach Sport und sportlicher Aktivität gefragt wird. Das „Aktivitätsbild“ kehrt sich dann aber im fortschreitenden Alter wieder um.

Hinter Klostermauern dürfte sich der Lebensstil von Nonnen und Mönchen gleichen und damit der biologische Einfluss auf die Langlebigkeit deutlich werden. Tatsächlich hat Marc Luy bei Nonnen und Mönchen nur noch eine Differenz von zwei Jahren in der Lebenserwartung gefunden [3]. Die männliche Biografie außerhalb der Klostermauern „raubt“ also offenbar tatsächlich Lebensjahre. Zur männlichen Geschlechterrolle (Gender) zählen der berufliche Stress und die Art der Stressbewältigung. Auch das Verhalten ist bei Männern eher riskant. Wer etwa viel Alkohol trinkt, der stirbt früher, wie eine Studie mit russischen Männern zeigt [4]. Aber auch wer sich wenig bewegt, stirbt früher.

Geschlechtstypisches Präventionsverhalten

Das präventive Verhalten der Geschlechter unterscheidet sich deutlich [5]. Männer und Frauen zeigen ein unterschiedliches Präventionsverhalten. Insbesondere im mittleren Lebensalter, zwischen dem 45. und 65. Lebensjahr, verhalten sich Frauen gesundheitsbewusster [6].

Nach einer Kategorisierung von Präventionstypen nach Enste sind Personen, die einem „ausgewogenen Präventionstyp“ entsprechen, eher weiblich [5]. Ein ausgewogener Präventionstyp ist körperlich aktiv, ernährt sich bewusst, schläft ausreichend und geht zur medizinischen Vorsorge. Bei vielen dieser Verhaltensweisen sind Frauen im Vorteil gegenüber Männern. Sie sind es allerdings nicht bei der körperlichen Aktivität in der Freizeit, dagegen aber in ihrem Alltag.

Geschlechtstypische Aktivitätsprävalenzen

Männer wie Frauen betreiben insgesamt, gemessen an den gängigen Public Health Empfehlungen, zu wenig Sport und sie sind zu wenig körperlich aktiv. Vor allem in jüngeren Jahren sind Männer sportaktiver als Frauen. Das beginnt bereits bei den Heranwachsenden, bei denen Mädchen weniger sportlich aktiv sind als die gleichaltrigen Jungen (siehe Faktenblatt Grundlagen - Bewegungsverhalten) [7]. Die Differenzen zwischen den Geschlechtern haben sich in den vergangenen Jahren, trotz der sich wandelnden Geschlechterrollenerwartungen, nicht verändert. Werden statt der intensiven sportlichen Aktivität das Volumen an Fahrradfahren, Spaziergehen, Tanzen oder Gartenarbeit zwischen Männern und Frauen verglichen, dann lassen sich aber nur noch geringe geschlechtstypische Differenzen feststellen [6].

Differenzen im Bewegungsverhalten von Männern und Frauen sind mit biologischen oder psychologischen Parametern nicht hinreichend erklärt. Die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen haben offenbar einen deutlichen Einfluss. Die Erwartungen an die Geschlechterrolle (Gender) entscheiden also über die bevorzugten Bewegungsformen mit [6; 10].

Geschlechterstereotypen, wie „starke Männer“ und „schöne Frauen“, werden von den Betroffenen als Teil ihrer Identität übernommen und beeinflussen ihr Aktivitätsverhalten. Mit zielgruppentypischen Bewegungsformen kann zur Aktivität motiviert werden und über das Verhalten kann auf die Geschlechterbilder hingewiesen werden. Sie können dann, wenn erforderlich, auch korrigiert werden.

Aktivitätserwartungen

Neben biologischen und psychologischen Faktoren beeinflussen soziale Umgebungsfaktoren – Gleichaltrige, Familie, Kultur und räumliche Umgebungsfaktoren wie der Zugang zu An-

geboten und das Angebot selbst – das Bewegungsverhalten von Mädchen und Jungen [8]. Für Jungen sind „Spaß“, „Freude“, „Konkurrenz“ und „Leistung“ gewichtige Erwartungen. Die Gesundheitsvorsorge hat mit zunehmendem Alter dann in beiden Geschlechtern die stärkste Erwartung an körperliche

Aktivität. [9] weist darauf hin, dass sich Unterschiede im Aktivitätsvolumen vor allem in selbstorganisiertem Sporttreiben ergeben. Jungen sind hier im Vorteil gegenüber Mädchen, weil sie stärker interessiert sind und auch motiviert werden, die Freizeit mit Fußballspielen zu verbringen.

Fazit Männer und Frauen unterscheiden sich nicht nur biologisch, sondern auch in den Rollenerwartungen und -bildern, die eine Gesellschaft formuliert und mit denen Personen konfrontiert sind. Konzepte der Bewegungsförderung brauchen Ansätze, mit denen auf die unterschiedlichen Bedürfnislagen und Erwartungen von Frauen und Männern reagiert wird. Detailliertes Wissen um die Erwartungen und die Barrieren unterstützt die Entwicklung passgenauer Interventionen [6]. Aus Sicht der verhaltensorientierten Präventionsforschung ist das gelebte Rollenverständnis der Männer problematischer als das der Frauen.

Empfehlung Männer und Frauen sollten nicht auf stereotype Rollenbilder und dazu passende Bewegungsprogramme eingeeengt werden. Gesundheitsförderinnen und -förderer sollten Motive, Barrieren und die aktuelle Lebenslage bedenken, um Frauen und Männer zu mehr Bewegung zu motivieren. Das mortalitäts-risikosenkende Gesamtvolumen der körperlichen Aktivität unterscheidet sich bei Männern und Frauen nicht, wie [10] bereits 2002 feststellte. Für Frauen und für Männer sind 4.200 kJ oder ca. 1.000 kcal wöchentlich zusätzlich zum Grundumsatz das Maß, ab dem sich eine substantielle Senkung des Mortalitätsrisikos zeigt.

Weiterführende Literatur

Biddle, S. J. H., Whitehead, S. H., O'Donovan, T. M. & Nevill, M. E. (2005). Correlates of participation in physical activity for adolescent girls: a systematic review of recent literature. *Journal of Physical Activity & Health*, 2, 423-434.

Leppin, A. (2009). Konzepte und Strategien der Krankheitsprävention. In K. Hurrelmann, T. Klotz, & J. Haisch (Hrsg.). *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 31-40). Bern: Huber.

Bucksch, J. & Finne, E. (2012). Körperliche Aktivität, Medienkonsum und Ernährungsverhalten im Jugendalter – eine geschlechterspezifische Analyse. In P. Kolip, A. Klocke, W. Melzer & U. Ravens-Sieberer (Hrsg.), *Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Jugendalter aus Geschlechterperspektive. Nationaler Bericht zur WHO-Studie Health Behaviour in School-aged Children 2009/10*. Weinheim: Juventa.

Autor

Prof. Dr. Wolfgang Schlicht

Quellen

[1] Shkolnikov, V. M., Jdanov, D. A. & Andreev, E. M. & Vaupel, J. W. (2011). Steep increase in best-practice cohort life expectancy. *Population and Development Review*, 37, 419-434.

[2] Human Mortality Database (HMD). <http://www.mortality.org/cgi-bin/hmd/country.php?cntr=DEU&level=2> (Zugriff: 08.06.2015).

[3] Luy, M. (2002). Warum Frauen länger leben. Erkenntnisse aus einem Vergleich von Kloster- und Allgemeinbevölkerung. *Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Demographie*, 1 (3), 4-5.

[4] Leon, D. A., Shkolnikov, V. M., McKee, M. (2009). Alcohol and Russian mortality: A continuing crisis. *Addiction*, 104, 1630-1636.

[5] Enste, P. (2011). Zwischen Ausgewogenheit und Verweigerung. *Forschung Aktuell*, 07. Institut für Arbeit und Technik Gelsenkirchen. http://www.iat.eu/index.php?article_id=91&clang=0 (Zugriff: 08.06.2015)

[6] Diketmüller, R. (2012). Gender Mainstreaming in der Bewegungsförderung. In G. Geuter & A. Hollederer (Hrsg.), *Handbuch Bewegungsförderung und Gesundheit* (S. 181-194). Bern: Huber.

[7] Europäische Kommission (2010). *Spezial-Eurobarometer 334/Welle 72.3. Sport und körperliche Betätigung*. Brüssel: TNS Opinion & Social.

[8] Sallis, J., Prochaska, J. & Taylor, W. (2000). A Review of correlates of physical activity of children and Adolescents. *Medicine and Science in Sport and Exercise*, 32, 963-975.

[9] Nielsen, G., Pfister, G. & Andersen, L. B. (2011). Gender differences in the daily physical activities of Danish school children. *European Physical Education Review*, 17, 69-90.

[10] Oguma, Y., Sesso, H. D., Paffenbarger Jr., R. S. & Lee, I. M. (2002). Physical activity and all cause mortality in women: A review of the evidence. *British Journal of Sports Medicine*, 36, 162-172.

Bildnachweis

© lev dolgachov/Fotolia.de

Faktenblätter „Bewegung und Gesundheit“

Alle erhältlichen Faktenblätter in der Kategorie „Zielgruppen“:

- ▶ Ältere Menschen
- ▶ Erwachsene
- ▶ Genderspezifische Aspekte
- ▶ Hochaltrige Menschen
- ▶ Kleinkinder, Kinder und Jugendliche
- ▶ Bewegung in der Schwangerschaft und nach der Geburt

Weitere derzeit verfügbare thematische Kategorien:

- ▶ Grundlagen
- ▶ Alltagsbewegung
- ▶ Risikofaktoren

Weitere Informationen zum Thema „Bewegung und Gesundheit“ unter: www.lzg.nrw.de/bewegung

Kontakt

Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW)
Prävention und Gesundheitsförderung
Dr. Thomas Claßen
Telefon: 0234 91535 3202
E-Mail: thomas.classen@lzg.nrw.de