SSOAR

Open Access Repository
www.ssoar.info

Die Gesundheitsmanager:innen: Die Bedeutung von Geschlechterrollen für die Verantwortungsübernahme in Gesundheitsfragen

Link, Elena; Baumann, Eva

Erstveröffentlichung / Primary Publication
Konferenzbeitrag / conference paper

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:
Link, E., & Baumann, E. (2023). Die Gesundheitsmanager:innen: Die Bedeutung von Geschlechterrollen für die Verantwortungsübernahme in Gesundheitsfragen. In D. Reifegerste, P. Kolip, & A. Wagner (Hrsg.), *Wer macht wen für Gesundheit (und Krankheit) verantwortlich? Beiträge zur Jahrestagung der Fachgruppe Gesundheitskommunikation 2022* (S. 1-11). Bielefeld: Deutsche Gesellschaft für Publizistik- und Kommunikationswissenschaft e.V. https://doi.org/10.21241/ssoar.87336

Nutzungsbedingungen:
Dieser Text wird unter einer CC BY Lizenz (Namensnennung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:
https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de

Terms of use:
This document is made available under a CC BY Licence (Attribution). For more Information see:
https://creativecommons.org/licenses/by/4.0

gesis
Leibniz-Institut
für Sozialwissenschaften

Mitglied der
Leibniz-Gemeinschaft

Die Gesundheitsmanager:innen: Die Bedeutung von Geschlechterrollen für die Verantwortungsübernahme in Gesundheitsfragen

Elena Link & Eva Baumann

Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Hochschule für Musik, Theater und Medien Hannover

Zusammenfassung

Männer und Frauen unterscheiden sich in ihren gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen sowie ihrem Informations- und Kommunikationshandeln. Statt sich ausschließlich auf das biologische Geschlecht zu fokussieren, fragt der vorliegende Beitrag nach der Rolle des sozialen Geschlechts für das gesundheitsbezogene Informationshandeln und die Übernahme der Rolle der Gesundheitsmanager:in. Die Rolle des Geschlechts wird hierzu mittels der sozialen Rollentheorie und geschlechtertypischen Sozialisation kontextualisiert. Dabei wird der bisher weit verbreitete Fokus auf das biologische Geschlecht um Geschlechterstereotype und das Geschlechter-Selbstkonzept erweitert. Die Ergebnisse einer qualitativen Befragung zeigen, dass sowohl die Suche nach Gesundheitsinformationen als auch die Übernahme der Kommunikationsrolle der Gesundheitsmanager:in am stärksten mit der Identifikation mit sozialen Werten verbunden ist. Dennoch spielen auch eher männlich attribuierte Eigenschaften wie Lösungs- und Machtorientierung eine Rolle und sind für die Suche und Verantwortungsübernahme förderlich. Entsprechende Erkenntnisse sind für Fragen der strategischen Gesundheitskommunikation und die Ansprache unterschiedlicher Anspruchsgruppen bedeutsam, indem diese Merkmale stärker bei der Diffusion von Gesundheitsinformationen mittels Meinungsführender berücksichtigt werden sollten.

Keywords: Informationshandeln, Meinungsführer, Geschlechterrollen, Identität, Verantwortungsübernahme

© Elena Link & Eva Baumann (2023). Die Gesundheitsmanager:innen: Die Bedeutung von Geschlechterrollen für die Verantwortungsübernahme in Gesundheitsfragen. D. Reifegerste, P. Kolip, A. Wagner (Hrsg.): Wer macht wen für Gesundheit (und Krankheit) verantwortlich? Beiträge zur Jahrestagung der Fachgruppe Gesundheitskommunikation 2022, S.1-11.
DOI: https://doi.org/10.21241/ssoar.87336.

Summary

Against the background of differences between men and women with regard to their health-related behaviors as well as information and communication behavior, the current study aims to provide a differentiated analysis of the role of gender for health-related information behavior and health-related opinion leadership. For this purpose, the role of gender is contextualized by the social role theory and gender-specific socialization. In doing so, the focus on biological sex is expanded to include gender stereotypes and the gender self-concept. The results of an online survey showed that women were more likely to seek health information than men, and the characteristics of health-related opinion leadership were also more prevalent among women than men. The addition of various facets of gender identity was valuable in that gender self-concept contributed to the explanation of information seeking and opinion leadership. Both, seeking for health information and acting as opinion leader were most strongly associated with an individuals' identification with social values. Nevertheless, more masculine attributed characteristics such as solution and power orientation also played a role and were conducive to seeking health information and taking responsibility. Corresponding findings are significant for questions of strategic health communication and addressing different stakeholder groups.

Keywords: information behaviors, opinion leader, gender roles, identity, acceptance of responsibility

© Elena Link & Eva Baumann (2023). Die Gesundheitsmanager:innen: Die Bedeutung von Geschlechterrollen für die Verantwortungsübernahme in Gesundheitsfragen. D. Reifegerste, P. Kolip, A. Wagner (Hrsg.): Wer macht wen für Gesundheit (und Krankheit) verantwortlich? Beiträge zur Jahrestagung der Fachgruppe Gesundheitskommunikation 2022, S.1-11.
DOI: https://doi.org/10.21241/ssoar.87336.

1 Einleitung

Männer und Frauen unterscheiden sich in ihren gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen, in ihrer Symptomwahrnehmung und Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsangebote (Kolip, 2019, Ladwig et al., 2000). Zudem zeigen sich auch Unterschiede im Informations- und Kommunikationshandeln bezüglich gesundheitsrelevanter Themen. Dies umfasst sowohl das Interesse an Gesundheitsthemen, die Frequenz der eigenen oder stellvertretenden Suche nach Gesundheitsinformationen sowie die Kommunikation über Gesundheitsthemen und die damit verbundene Verantwortungsübernahme für die Bedarfe des sozialen Umfelds (Baumann et al., 2017; Bidmon & Terlutter, 2015; Feng & Xie, 2015). Ebenso zeigt sich, dass ihr Informations- und Kommunikationshandeln in Teilen von anderen Prädiktoren beeinflusst wird und sie sich somit aus unterschiedlichen Gründen mit Themen der Gesundheit und Krankheit auseinandersetzen (Fleming & Agnew-Brune, 2015; Link & Baumann, 2023; Mahalik et al., 2007; Saab et al., 2018). Die Gesamtheit dieser Unterschiede legt unterschiedliche kommunikative Rollen von Frauen und Männern nahe: So gelten Frauen häufig als Gesundheitsmanagerinnen für ihre eigene Gesundheit sowie für Gesundheitsfragen ihres sozialen Umfeldes, indem sie stellvertretend nach Informationen suchen (Reifegerste et al., 2017). Im Gegensatz dazu wird Männern zugeschrieben, dass sie in diesen Fragen stärker auf Unterstützung ihres sozialen Umfelds angewiesen sind, sich selbst seltener aktiv an Kommunikation über Gesundheit beteiligen und stattdessen einige Aufgaben im Kontext der eigenen Gesundheit an ihr soziales Umfeld delegieren (Cutrona et al., 2015; Link et al., 2020; Wellstedt, 2011).

Mit dem Ziel, diese kommunikativen Rollen weiterführend zu untersuchen, gilt es, den Beitrag dieser weiter zu differenzieren und zwischen dem biologischen und dem sozialen Geschlecht zu unterscheiden. Dies bildet die Grundlage, um die Bedeutung des Geschlechts sowohl für das gesundheitsbezogene Informationshandeln als auch für die Verantwortungsübernahme (im Zuge der Übernahme der Rolle der Gesundheitsmanager:in) zu fokussieren. Eine differenzierte Sicht erweitert den bisher häufig vorherrschenden reinen Fokus auf das biologische Geschlecht, indem auch Geschlechterstereotype und das Geschlechter-Selbstkonzept einbezogen werden (Berger & Krahé, 2013; Kachel et al., 2016). Entsprechende Erkenntnisse, inwiefern zusätzlich zum biologischen Geschlecht auch Geschlechterstereotype und das Selbstkonzept das Informationshandeln und die Übernahme von Verantwortung beeinflussen, sind vor allem für ein besseres Verständnis der gesundheitsbezogenen Informationsdiffusion in sozialen Netzwerken bedeutsam. Gerade im Sinne einer geschlechtersensiblen Gesundheitskommunikation ist die Kenntnis der Rolle des Geschlechts auf allen Ebenen der Kommunikation bedeutsam (Rossi, 2021). Diese sollte einbezogen werden, um möglichen geschlechterdifferenzierten Bedürfnissen gerecht zu werden und aus den Unterschieden resultierenden informationalen und gesundheitlichen Ungleichheiten zwischen den Geschlechtern entgegenzuwirken (Manierre, 2015; Viswanath & Kreuter, 2007). Ebenso liefern die Erkenntnisse einen Beitrag zur Theorieentwicklung. Bisher weisen Studien einen Einfluss des biologischen Geschlechts auf das Informationshandeln nach (siehe z. B. Baumann et al., 2017; Link et al., 2021; Zimmerman & Shaw, 2020). Allerdings vernachlässigen die jüngsten Modelle des Informationshandelns (siehe z. B. Kahlor, 2010) individuelle Merkmale sowie Funktionen der (stellvertretenden) Gesundheitsinformationssuche für das soziale Umfeld. Ein Fokus auf die geschlechtertypische Sozialisierung und die soziale Rollentheorie könnte hier einen wichtigen Beitrag zu Weiterentwicklung liefern (Link & Baumann, 2023).

2 Die Rolle des Geschlechts für das Informationshandeln und die Übernahme der Rolle der Gesundheitsmanager:in

Das Informationshandeln gilt als ein wichtiger Einflussfaktor auf einen gesundheitsförderlichen Lebensstil, die Bewältigung von gesundheitlichen Herausforderungen und die Entscheidungsfindung (Galarce et al., 2011). Im Fokus vieler Ansätze des Informationshandelns steht dabei die eigene Suche nach Gesundheitsinformationen (Kahlor, 2010; Lambert & Loiselle, 2007; Zimmerman & Shaw, 2020). Sie stellt eine aktive und zielgerichtete Zuwendung zu Informationen von ausgewählten Informationsquellen dar (Johnson & Meischke, 1993; Zimmerman & Shaw, 2020). Die entsprechende Nutzung und der Umgang mit Gesundheitsinformationen kann als die Voraussetzung für die Übernahme von Verantwortung für die eigene Gesundheit und die Gesundheit anderer verstanden werden.

© Elena Link & Eva Baumann (2023). Die Gesundheitsmanager:innen: Die Bedeutung von Geschlechterrollen für die Verantwortungsübernahme in Gesundheitsfragen. D. Reifegerste, P. Kolip, A. Wagner (Hrsg.): Wer macht wen für Gesundheit (und Krankheit) verantwortlich? Beiträge zur Jahrestagung der Fachgruppe Gesundheitskommunikation 2022, S.1-11. DOI: https://doi.org/10.21241/ssoar.87336.

Die Verantwortungsübernahme in Form der Rolle der Gesundheitsmanager:in selbst wird im vorliegenden Beitrag als eine Form der Meinungsführerschaft in Gesundheitsfragen verstanden. Im Sinne der individuenzentrierten Perspektive auf Meinungsführerschaft stellt diese ein Persönlichkeitsmerkmal dar (Geber, 2017). Dieser beschreibt, inwiefern entsprechende Personen als durchsetzungsstark, führungsstark und verantwortungsbewusst gelten (Noelle-Neumann, 2002) und besonders ausgeprägte kommunikative Kompetenzen aufweisen (Jungnickel, 2017). Demnach gelten Meinungsführende als wichtige Einflussquelle bei der Informationsvermittlung und -verarbeitung (Katz & Lazarsfeld, 1955; Rogers, 2003; Zhu et al., 2020). Sie sind gut informierte Mitglieder eines sozialen Netzwerks, bei denen andere, teilweise weniger informierte Personen Rat und Informationen suchen. Dadurch übernehmen Meinungsführende auch in Gesundheitsfragen Verantwortung für ihr Umfeld und nehmen Einfluss auf ihre gesundheitsrelevanten Meinungen, Einstellungen, Motivationen und Verhaltensweisen (Valente & Pumpuang, 2007; Zhu et al., 2020). Sie können dadurch in Präventionskampagnen als wichtige Multiplikator:innen fungieren. Bei der Meinungsführerschaft kann es sich um Selbst- oder Fremdzuschreibungen handeln. Im vorliegenden Beitrag wird die Selbstzuschreibung fokussiert.

Für die eingangs beschriebenen Unterschiede zwischen den Geschlechtern erscheint es unzureichend nur das biologische Geschlecht als Prädiktor für das Gesundheitsinformationshandeln heranzuziehen. Stattdessen sollten für Geschlechtsunterschiede auch die soziale Rollentheorie und die geschlechtertypische Sozialisierung, die zu sozial-geprägten Stereotypen und Identitäten führt, berücksichtigt werden (Berger & Krahé, 2013; Chang & Yang, 2021; Cutrona et al., 2015; Eagly, 1987). Demnach lernen Individuen im Prozess der Sozialisierung Stereotype, Werte und Eigenschaften von der sozialen Rolle als Männer und Frauen kennen und übernehmen diese Attribute in unterschiedlichem Ausmaß in ihr Selbstkonzept (Berger & Krahé, 2013; Keener, 2015; LeBeau et al., 2020; Wood & Eagly, 2012). Das Selbstkonzept wird verstanden als die Verknüpfung der eigenen Identität mit Attributen, die als typisch für ein Geschlecht gelten (Berger & Krahé, 2013). Es ist somit eine Selbstbeschreibung mit Eigenschaften, die als eher männlich oder eher weiblich gelten. Die als typisch männlich geltenden Attribute konzentrieren sich auf Leistung, Kontrolle und Macht, während von Frauen erwartet wird, dass sie sich stärker sozial engagieren. Weibliche Attribute sind Einfühlungsvermögen, Fürsorge, Konzentration auf andere und soziale Beziehungen, aber auch Angst und Unsicherheit (Berger & Krahé, 2013). Unter diesen Eigenschaften unterscheiden Berger und Krahé (2013) jeweils sozial erwünschte/positive und sozial unerwünschte/negative Facetten der Maskulinität (männlichen Rolle) und Femininität (weiblichen Rolle). Demnach wird das männliche Selbstkonzept im positiven Sinn eher als aufgaben- und lösungsorientiert und im negativen Sinn als machtorientiert verstanden (Berger & Krahé, 2013). Das weibliche Selbstkonzept hingegen wird im positiven Sinn eher als engagiert im sozialen Austausch und orientiert an sozialen Werten beschrieben, während es im negativen Sinn als ängstlich und übervorsichtig gilt (Berger & Krahé, 2013). Sowohl unter Berücksichtigung bestehender Stereotype als auch bestehender Attribute des Selbstkonzeptes kann sowohl die Zuwendung zu Gesundheitsinformationen als auch die Verantwortungsübernahme als weibliche Eigenschaft angesehen werden, die Männer nicht ausüben (müssen) (Baumann et al., 2017; Bidmon & Terlutter, 2015; LeBeau et al., 2020).

Vor diesem Hintergrund ist es von zentraler Bedeutung, unterschiedliche Verhaltensweisen und kommunikative Rollen im sozialen Gefüge stärker zu fokussieren und kritisch zu hinterfragen, inwiefern das biologische Geschlecht, Geschlechterstereotype oder das Geschlechter-Selbstkonzept damit in Beziehung stehen. Bisher wird sowohl hinsichtlich der Informationssuche als auch hinsichtlich der Meinungsführerschaft nur selten untersucht, inwiefern sich neben dem biologischen Geschlecht sowohl Geschlechterstereotype als auch die beschriebenen vier Facetten des Geschlechterrollen-Selbstkonzepts auf die Suche nach Gesundheitsinformationen (Forschungsfrage 1) und die Übernahme der gesundheitsbezogenen Meinungsführerschaft (Forschungsfrage 2) auswirken. Die forschungsleitenden Fragen des vorliegenden Beitrags lauten daher:

FF1: Inwiefern beeinflussen zusätzlich zum biologischen Geschlecht sowohl Geschlechterstereotype als auch Facetten des Geschlechterrollen-Selbstkonzeptes die gesundheitsbezogene Informationssuche?

FF2: Inwiefern beeinflussen zusätzlich zum biologischen Geschlecht sowohl Geschlechterstereotype als auch Facetten des Geschlechterrollen-Selbstkonzeptes die Übernahme der gesundheitsbezogenen Meinungsführerschaft?

© Elena Link & Eva Baumann (2023). Die Gesundheitsmanager:innen: Die Bedeutung von Geschlechterrollen für die Verantwortungsübernahme in Gesundheitsfragen. D. Reifegerste, P. Kolip, A. Wagner (Hrsg.): Wer macht wen für Gesundheit (und Krankheit) verantwortlich? Beiträge zur Jahrestagung der Fachgruppe Gesundheitskommunikation 2022, S.1-11. DOI: https://doi.org/10.21241/ssoar.87336.

3 Methodisches Vorgehen

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde im Dezember 2021 eine Online-Befragung (N = 3.000) einer für die deutsche Bevölkerung nach Alter, Geschlecht, Bildung und Region stratifizierten Stichprobe mittels eines Online-Access Panels von Bilendi & Respondi durchgeführt. Die befragten Personen waren zwischen 18 und 74 Jahre alt (M = 46,13 Jahre, SD = 15,36) und ein Anteil von 50,1 Prozent gab an, weiblich zu sein. Die Bildungsabschlüsse waren gleich verteilt: 33,7 Prozent hatten höchsten einen Hauptschulabschluss, 32,3 Prozent haben die Realschule abgeschlossen und weitere 34,0 Prozent mindestens das (Fach-)Abitur erworben. Die Befragten wurden zu Beginn der Umfrage umfassend über den Zweck und die Inhalte der Befragung aufgeklärt und um ihre informierte Einwilligung zur Teilnahme gebeten.

Die aktive Suche nach Gesundheitsinformationen wurde über die Frequenz der Informationssuche erhoben (Mead et al., 2012). Auf einer fünfstufigen Likert-Skala konnten die Befragten von nie (1) bis sehr häufig (5) angeben, wie häufig sie gezielt nach Gesundheitsinformationen suchen (M = 3,12, SD = ,89). Die Meinungsführerschaft wurde mittels einer für Gesundheitsthemen spezifizierten Form der Self-Designating Scale of Opinion Leadership (Childers, 1986) erfasst. Diese bestand aus sechs Items, die sowohl erfassten wie häufig jemand mit Familienangehörigen und Freund:innen über Gesundheitsthemen spricht als auch wie viele Personen der/die Befragte mit Gesundheitsinformationen versorgt hat oder wie wahrscheinlich es ist, dass die Person nach ihrer Meinung über das Thema Gesundheit gefragt wird. Alle Items sollten auf einer fünfstufigen Likert-Skala bewertet werden, deren Skalenenden jeweils an die Itemformulierung angepasst wurde. Basierend auf der erfolgreichen Prüfung der Eindimensionalität wurde ein Mittelwertindex gebildet (α = .886, M = 2,94, SD = ,82).

Genderstereotype wurden anhand von fünf Items einer eindimensionalen Skala von Kachel und Kolleg:innen (2016) erhoben (α = .949, M = 2,96, SD = 1,34). Die Skala fragt, inwiefern sich eine Person als traditionell (eher) männlich oder weiblich wahrnimmt (z. B.: „Ich betrachte mich selbst als…/Traditionell gelten meine Interessen als…“). Die Antwortskala reichte jeweils von (1) sehr männlich bis (5) sehr weiblich. Basierend auf sehr hohen Reliabilitätswerten, wurden die Items zu einem Mittelwertindex zusammengefasst. Die positiven und negativen Facetten des Geschlechterrollen-Selbstkonzepts wurden mittels vier Subskalen bestehend aus jeweils sechs Adjektiven (z. B.: analytisch, rational, angeberisch, einfühlsam, gefühlvoll oder übervorsichtig) erfasst (Berger & Krahé, 2013). Nach Prüfung der Eindimensionalität der Subskalen, wurden diese jeweils zu Mittelwertindizes zusammengefasst (positive Maskulinität: α = .808, M = 3,66, SD = ,70, negative Maskulinität: α = .845, M = 1,66, SD = ,68, positive Femininität: α = .869, M = 3,79, SD = ,77, negative Femininität: α = .823, M = 2,38, SD = ,86).

Zur Bestimmung des zusätzlichen Beitrags der Geschlechterstereotype und der Facetten des geschlechtertypischen Selbstkonzepts zur aktiven Informationssuche und zur Meinungsführerschaft zu Gesundheitsfragen wurden zwei blockweise hierarchische lineare Regressionsanalysen durchgeführt. Beide Analysen orientierten sich an den gleichen Prädiktoren. Der erste Block umfasste Alter und Bildung als Kontrollvariablen. Der zweite Block bezog das biologische Geschlecht der Teilnehmenden ein. Im dritten Block wurden zusätzlich die Geschlechterstereotype und die Facetten des geschlechtertypischen Selbstkonzepts aufgenommen. Mit dem gewählten Vorgehen soll entsprechend der Fragestellung der zusätzliche Erklärungsbeitrag der Geschlechterstereotype und des Geschlechterrollen-Selbstkonzeptes für die kommunikativen Rollen ermittelt werden.

4 Ergebnisse

Die Suche nach Gesundheitsinformationen im Fokus (Forschungsfrage 1)

Die erste Forschungsfrage (*FF1*) widmet sich der Beziehung zwischen dem Geschlecht und der Suche nach Gesundheitsinformationen. Die durchgeführte blockweise Regressionsanalyse (siehe Tabelle 1 im Anhang) zeigt nur eine geringe Erklärleistung der einbezogenen Prädiktoren von 5,8 Prozent. Auf die Geschlechterstereotype und die Facetten des geschlechtertypischen Selbstkonzepts entfallen ΔR^2 = 3,5 Prozent. Damit ist ihr gemeinsamer Erklärungsbeitrag zwar gering, aber dennoch größer als der Beitrag des biologischen Geschlechts (ΔR^2 = 2,2 Prozent). Für das biologische Geschlecht zeigt sich, dass Frauen tendenzielle häufiger nach Gesundheitsinformationen suchen als Männer (β = ,14, $p \leq .001$). Im Einklang damit steht auch die Erkenntnis, dass die positive Facette der Femininität ein positiver Prädiktor der Informationssuche darstellt (β = ,15, $p \leq .001$). Diese beiden Prädiktoren sind hinsichtlich des Ausmaßes der

© Elena Link & Eva Baumann (2023). Die Gesundheitsmanager:innen: Die Bedeutung von Geschlechterrollen für die Verantwortungsübernahme in Gesundheitsfragen. D. Reifegerste, P. Kolip, A. Wagner (Hrsg.): Wer macht wen für Gesundheit (und Krankheit) verantwortlich? Beiträge zur Jahrestagung der Fachgruppe Gesundheitskommunikation 2022, S.1-11.
DOI: https://doi.org/10.21241/ssoar.87336.

Assoziationen am stärksten ausgeprägt und zeigen somit, dass Frauen und Personen, die eine stärker soziale Orientierung aufweisen, am häufigsten nach Gesundheitsinformationen suchen. Eine ebenfalls signifikante, aber eher geringe Beziehung zeigt sich zwischen der Frequenz der Suche und den weiteren Facetten des Geschlechter-Selbstkonzeptes. Sowohl die positive und negative Facette der Maskulinität (positiv: $\beta = ,08$, $p \leq .001$; negativ: $\beta = ,08$, $p \leq .001$) als auch die negative Facette der Femininität ($\beta = ,08$, $p \leq .001$) sind schwach positiv mit der Suche nach Gesundheitsinformationen verbunden. Somit scheinen auch die Lösungs- und Machtorientierung sowie Ängste und Unsicherheiten zu einer häufigeren Zuwendung zu Gesundheitsinformationen zu führen. Im Gegensatz dazu sind Geschlechterstereotype kein signifikanter Prädiktor der Suche nach Gesundheitsinformationen.

Die gesundheitsbezogene Meinungsführerschaft im Fokus (Forschungsfrage 2)

Für die Ausprägung der gesundheitsbezogenen Meinungsführerschaft (*FF2*) zeigt die blockweise lineare Regressionsanalyse (siehe Tabelle 2 im Anhang), dass die einbezogenen Prädiktoren einen Anteil von $R^2 =$ 15,6 Prozent der Varianz der gesundheitsbezogenen Meinungsführerschaft erklären. Auf die Geschlechterstereotype und die Facetten des geschlechtertypischen Selbstkonzepts entfallen $\Delta R^2 = 9{,}6$ Prozent. Damit ist ihr gemeinsamer Erklärungsbeitrag größer als der Beitrag des biologischen Geschlechts ($\Delta R^2 = 2{,}5$ Prozent), der erneut als eher gering zu bewerten ist. Individuen, die als biologisches Geschlecht angeben weiblich zu sein, zeigen dabei eine höhere Ausprägung der Meinungsführerschaft.

Betrachtet man die Facetten des sozialen Geschlechts, sind die Geschlechterstereotypen ($\beta = ,01$, $p = .74$) und die Ängstlichkeit als negative Facette der Femininität ($\beta = -,03$, $p = .11$) nicht signifikant mit der gesundheitsbezogenen Meinungsführerschaft verbunden. Im Gegensatz dazu ist die gesundheitsbezogene Meinungsführerschaft sowohl mit der positiven Facette der Femininität ($\beta = ,25$, $p \leq .001$) als auch der positiven ($\beta = ,15$, $p \leq .001$) und negativen Facette der Maskulinität ($\beta = ,15$, $p \leq .001$) positiv assoziiert. Der stärkste Prädiktor ist die positive Facette der Femininität in Form einer starken sozialen Orientierung. Personen erfüllen somit stärker die Funktionen der gesundheitsbezogenen Meinungsführerschaft für ihr soziales Umfeld, wenn ihr Selbstkonzept sowohl stärker an sozialen Werten orientiert ist als auch wenn sich Personen stärker mit Eigenschaften identifizieren, die als problem- und lösungsorientiert sowie machtorientiert gelten.

5 Diskussion

Der vorliegende Beitrag nimmt eine geschlechtersensible Sichtweise auf das Informationshandeln und die Verantwortungsübernahme in Gesundheitsfragen ein. Er zeigt im Einklang mit dem bisherigen Forschungsstand (z. B. Baumann et al., 2017; Lambert & Loiselle, 2007; Zimmerman & Shaw, 2020), dass Frauen häufiger nach Gesundheitsinformationen suchen als Männer und auch die Eigenschaften der gesundheitsbezogenen Meinungsführerschaft bei Frauen stärker ausgeprägt sind als bei Männern. Neben dem biologischen Geschlecht liegt allerdings ein bedeutender Mehrwert des vorliegenden Beitrags in dem Einbezug der geschlechtertypischen Sozialisation und sozialen Rollentheorie (Eagly, 1987) als Erklärungsansatz für unterschiedliche kommunikative Rollen und Unterschiede im Informationshandeln und der Verantwortungsübernahme in Gesundheitsfragen – hier im Hinblick auf die Übernahme der Meinungsführerschaft. Diesem theoretischen Ansatz wird insofern Rechnung getragen, dass auch Geschlechterstereotype und Facetten des Geschlechter-Selbstkonzeptes als Prädiktoren einbezogen werden. Es zeigt sich dabei, dass das soziale Geschlecht eine höhere Bedeutung für das Informationshandeln und die Übernahme der Meinungsführerschaft besitzt als das biologische Geschlecht. Vor allem der Einbezug des Selbstkonzeptes ist dabei sowohl für ein besseres Verständnis des Informationshandeln als auch der Meinungsführerschaft bedeutsam, wenn auch die Erklärleistung vor allem im Falle des Informationshandelns als gering zu bewerten ist. Die geringere Bedeutung des Selbstkonzepts für das Informationshandeln im Vergleich zur Verantwortungsübernahme kann damit in Verbindung stehen, dass die Informationssuche stärker durch situative Prädiktoren anstatt durch Persönlichkeitsmerkmalen geprägt wird. Im Gegensatz dazu scheint die Meinungsführerschaft, die selbst ein Persönlichkeitsmerkmal darstellt (Noelle-Neumann, 2002), stärker in Beziehung zu anderen Dispositionen zu stehen.

Sowohl die Suche nach Gesundheitsinformationen als auch die Übernahme der Kommunikationsrolle der Gesundheitsmanager:in ist am stärksten mit der Identifikation mit sozialen Werten, der positiven Facette der Femininität, verbunden. Einfühlungsvermögen und die Orientierung an sozialen Werten scheint sowohl mit einer höheren Frequenz der Suche einherzugehen als

© Elena Link & Eva Baumann (2023). Die Gesundheitsmanager:innen: Die Bedeutung von Geschlechterrollen für die Verantwortungsübernahme in Gesundheitsfragen. D. Reifegerste, P. Kolip, A. Wagner (Hrsg.): Wer macht wen für Gesundheit (und Krankheit) verantwortlich? Beiträge zur Jahrestagung der Fachgruppe Gesundheitskommunikation 2022, S.1-11.
DOI: https://doi.org/10.21241/ssoar.87336.

auch zum Austausch und zur Verantwortungsübernahme für die gesundheitlichen Belange des eigenen sozialen Umfelds beizutragen. Dennoch spielen auch eher männlich attribuierte Eigenschaften wie Lösungs- und Machtorientierung eine Rolle und sind für die Suche und Verantwortungsübernahme förderlich. Nur die Informationssuche steht zudem auch mit der negativen Facette der Ängstlichkeit und Verunsicherung in Verbindung, die auch als inhärentes Merkmal von Erkrankungssituationen angesehen werden kann und entsprechende Bewältigungsmechanismen erst erforderlich macht (Brashers, 2001).

Diese Erkenntnisse legen nahe, dass Facetten des sozialen Geschlechts ebenfalls als Einflussfaktoren in Modelle und Theorien des gesundheitsbezogenen Informationshandeln einbezogenen werden sollten (siehe beispielsweise Link & Baumann, 2023). Trotz dieser bedeutenden Erweiterung der Erkenntnisse zur Rolle des Geschlechts in der Gesundheitskommunikation, sind allerdings auch Limitationen der Studie zu beachten. Zunächst soll darauf hingewiesen werden, dass die Operationalisierung der Informationssuche sich ausschließlich auf die Frequenz bezieht und damit eher undifferenziert erfolgt. Mit Blick auf die Aspekte der Femininität und Maskulinität sollte in neu zu entwickelnden theoretischen Ansätzen und in zukünftigen Studien vor allem unterschieden werden, ob die Informationssuche aufgrund von eigenen gesundheitlichen Beschwerden erfolgt oder selbstvertretend für Dritte stattgefunden hat. Dies scheint vor allem vor dem Hintergrund der Verantwortungsübernahme bedeutsam. Ebenso sollte zukünftige Studien insofern auf den bisherigen Erkenntnissen aufbauen, dass sie verschiedene Geschlechteridentitäten noch differenzierter abbilden. Ebenso ist es dabei bedeutsam die Perspektive von Personen in Studien zu stärken, die eine nicht binäre Geschlechteridentität besitzen.

Die durch die Studie gewonnenen Erkenntnisse sind sowohl für die strategische Gesundheitskommunikation als auch für ein besseres Verständnis des gesundheitsbezogenen Informations- und Kommunikationshandelns bedeutsam. So veranschaulichen die Befunde die Bedeutung von Personen mit entsprechenden Eigenschaften – unabhängig von ihrem biologischen Geschlecht – als Adressaten sozialer Diffusionsstrategien. Es sollte folglich nicht nur das biologische Geschlecht, sondern auch das Selbstkonzept in strategischen Erwägungen Berücksichtigung finden. Unabhängig davon sollte der Einfluss des Selbstkonzepts auch für weitere kommunikative Rollen (z. B. reine Informationsvermittelnde) untersucht werden. Zudem gilt es, die Bedeutung des geschlechterbezogenen Selbstkonzepts für das eigene Informationshandeln genauer zu erforschen.

Literatur

Baumann, E., Czerwinski, F. & Reifegerste, D. (2017). Gender-specific determinants and patterns of online health information seeking: Results from a representative German health survey. *Journal of Medical Internet Research, 19*(4), e92. https://doi.org/10.2196/jmir.6668

Berger, A. & Krahé, B. (2013). Negative attributes are gendered too: Conceptualizing and measuring positive and negative facets of sex-role identity. *European Journal of Social Psychology, 43*(6), 516-531. https://doi.org/10.1002/ejsp.1970

Bidmon, S. & Terlutter, R. (2015). Gender differences in searching for health information on the internet and the virtual patient-physician relationship in Germany: Exploratory results on how men and women differ and why. *Journal of Medical Internet Research*, *17*(6), e156. https://doi.org/10.2196/jmir.4127

Childers, T.L. (1986). Assessment of the psychometric properties of an opinion leadership scale. Journal of Marketing Research, 23(2), 184-188. https://doi.org/10.2307/3151666

Cutrona, S.L., Mazor, K.M., Vieux, S.N., Luger, T.M., Volkman, J.E., &Finney Rutten, L.J. (2015). Health information-seeking on behalf of others: characteristics of "surrogate seekers". Journal of Cancer Education, 30(1), 12-19. https://doi.org/10.1007/s13187-014-0701-3

Eagly, A.H. (1987). Sex differences in social behavior: A social-role interpretation. Lawrence Erlbaum Associates.

Feng, Y. & Xie, W. (2015). Digital Divide 2.0: The role of social networking sites in seeking health information online from a longitudinal perspective. *Journal of Health Communication, 20*(1), 60–68. https://doi.org/10.1080/10810730.2014.906522

Fleming, P.J. & Agnew-Brune, C. (2015). Current trends in the study of gender norms and health

© Elena Link & Eva Baumann (2023). Die Gesundheitsmanager:innen: Die Bedeutung von Geschlechterrollen für die Verantwortungsübernahme in Gesundheitsfragen. D. Reifegerste, P. Kolip, A. Wagner (Hrsg.): Wer macht wen für Gesundheit (und Krankheit) verantwortlich? Beiträge zur Jahrestagung der Fachgruppe Gesundheitskommunikation 2022, S.1-11.
DOI: https://doi.org/10.21241/ssoar.87336.

behaviors. Curr Opin Psychol, 5(1), 72–77. https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2015.05.001

Geber, S. (2017). *Wie Meinungsführer Meinung kommunizieren: Meinungsführerschaft in der politischen Alltagskommunikation*. Herbert von Halem Verlag.

Johnson, J. D., & Meischke, H. (1993). A comprehensive model of cancer-related information seeking applied to magazines. *Human Communication Research, 19*(3), 343–367. https://doi.org/10.1111/j.1468-2958.1993.tb00305.x

Jungnickel, K. (2017). *Interdisziplinäre Meinungsführerforschung.* Springer Fachmedien. https://doi.org/10.1007/978-3-658-17786-7

Kachel, S., Steffens, M., & Niedlich, C. (2016). Traditional masculinity and femininity: Validation of a news scale assessing gender roles. *Frontiers in Psychology, 7*, 956. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00956

Kahlor, L.A. (2010). PRISM: A Planned Risk Information Seeking Model. *Health Communication, 25*(4), 345-356. https://doi.org/10.1080/10410231003775172

Katz, E., & Lazarsfeld, P. F. (1955). Personal influence: The part played by people in the flow of mass communications. Free Press.

Keener, E. (2015). The complexity of gender: It Is all that and more…In sum, it is complicated. *Sex Roles, 73(*11-12), 481–489. https://doi.org/10.1007/s11199-015-0542-5

Kolip, P. (2019). Gesundheit und Geschlecht: Ein Überblick. *Public Health Forum, 27*(2), 94-97. https://doi.org/10.1515/pubhef-2019-0002

Lambert, S. D., & Loiselle, C. G. (2007). Health information seeking behavior. *Qualitative Health Research, 17*(8), 1006–1019. https://doi.org/10.1177/1049732307305199

LeBeau, K., Carr, C., & Hart, M. (2020). Examination of gender stereotypes and norms in health-related content posted to snapchat discover channels: Qualitative content analysis. *Journal of Medical Internet Research, 22*(3), e15330.

Link, E. & Baumann, E. (2023). A comparison of women's and men's web-based information seeking -behaviors about gender-related health information: Web-based survey study of a stratified German sample. *Journal of Medical Internet Research*, 25(1), e43897. https://doi.org/10.2196/43897

Link, E., Czerwinski, F. & Baumann, E. (2020). Geschlechtersensible Online-Kommunikation über Gesundheitsthemen. In B. Miemietz (Hrsg.), Digitalisierung, Medizin, Geschlecht. Interdisziplinäre Zugänge (S. 111–125). Verlag Barbara Budrich.

Mahalik, J.R., Burns, S.M., Syzdek, M. (2007). Masculinity and perceived normative health behaviors as predictors of men's health behaviors. *Social Science & Medicine, 64*(11), 2201–2209. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.02.035

Manierre, M.J. (2015). Gaps in knowledge: tracking and explaining gender differences in health information seeking. *Social Science & Medicine, 128*(1), 151–158. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.01.028

Mead, E., Roser-Renouf, C., Rimal, R.N., Flora. J.A., Maibach, E.W., & Leiserowitz, A. (2012) Information seeking about global climate change among adolescents: The role of risk perceptions, efficacy beliefs and parental influences. *Atlantic Journal of Communication, 20*(1), 31–52. https://doi.org/10.1080/15456870.2012.637027

Noelle-Neumann, E. (2002). Die soziale Natur des Menschen: Beiträge zur empirischen Kommunikationsforschung. Alber-Reihe Kommunikation: Bd. 28. Verlag K. Alber.

Reifegerste, D., Bachl, M., & Baumann, E. (2017). Surrogate health information seeking in Europe: Influence of source type and social network variables. *International Journal of Medical Informatics,* 103, 7–14. https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2017.04.006

Rogers, E. M. (2003). Diffusion of innovations (5th ed.). The Free Press.

Rossi, E. (2021). The social construction of gender in medical interactions: A case for the perpetuation of stereotypes? *Health Communication, 36*(9), 1125–1135. https://doi.org/10.1080/10410236.2020.1735698

© Elena Link & Eva Baumann (2023). Die Gesundheitsmanager:innen: Die Bedeutung von Geschlechterrollen für die Verantwortungsübernahme in Gesundheitsfragen. D. Reifegerste, P. Kolip, A. Wagner (Hrsg.): Wer macht wen für Gesundheit (und Krankheit) verantwortlich? Beiträge zur Jahrestagung der Fachgruppe Gesundheitskommunikation 2022, S.1-11. DOI: https://doi.org/10.21241/ssoar.87336.

Saab, M.M., Reidy, M., Hegarty, J. et al. (2018). Men's information-seeking behavior regarding cancer risk and screening: A meta-narrative systematic review. *Psycho-Oncology, 27*(2), 410–419. https://doi.org/10.1002/pon.4506

Valente, T. & Pumpuang, P. (2007). Identifying opinion leaders to promote behavior change. *Health Education & Behavior, 34*(6), 881-896. https://10.1177/1090198106297855

Viswanath, K., & Kreuter, M. W. (2007). Health disparities, communication inequalities, and eHealth. *American Journal of Preventive Medicine*, *32*(5 Suppl), S131-3. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2007.02.012

Wood, W. & Eagly, A.H. (2012). Biosocial Construction of Sex Differences and Similarities in Behavior. *Advances in Experimental Social Psychology, 46*, 55-123. https://doi.org/10.1016/B978-0-12-394281-4.00002-7

Zhu, Y., Guan, M., & Donovan, E. (2020). Elaborating cancer opinion leaders' communication behaviors within online health communities: Network and content analyses. *Social Media + Society, (6)*2. https://doi.org/10.1177/2056305120909473

Zimmerman, M. S., & Shaw, G. (2020). Health information seeking behaviour: A concept analysis. *Health Information and Libraries Journal, 37*(3), 173–191. https://doi.org/10.1111/hir.12287

© Elena Link & Eva Baumann (2023). Die Gesundheitsmanager:innen: Die Bedeutung von Geschlechterrollen für die Verantwortungsübernahme in Gesundheitsfragen. D. Reifegerste, P. Kolip, A. Wagner (Hrsg.): Wer macht wen für Gesundheit (und Krankheit) verantwortlich? Beiträge zur Jahrestagung der Fachgruppe Gesundheitskommunikation 2022, S.1-11.
DOI: https://doi.org/10.21241/ssoar.87336.

Prädiktoren	**Suche nach Gesundheitsinformationen**				
	Modell 1	Modell 2	Modell 3		
	b	*b*	*b*	β	*p*
Block 1: Kontrollvariable					
Konstante	2,84	2,59	1,16		
Alter	,002	,004	,006	,10	.001
Bildung	,10	,11	,10	,10	.001
Block 2: Biologisches Geschlecht					
Weibliches Geschlecht (ref. männlich)		,24	,26	,14	.001
Block 2: Soziales Geschlecht					
Geschlechterstereotype			-,02	-,02	.486
Positive Facette der Maskulinität			,11	,08	.001
Negative Facette der Maskulinität			,11	,08	.001
Positive Facette der Femininität			,17	,15	.001
Negative Facette der Femininität			,08	,08	.001
Korrigiertes R^2	,006***	,023***	,058***		

Notizen. N = 3.000; blockweise lineare Regression; erster Block: Kontrollvariablen, zweiter Bock: biologisches Geschlecht, dritter Block Facetten des sozialen Geschlechts; ***$p \leq$,001; **$p \leq$,01; *$p \leq$,05, Toleranzwerte: ,92 – ,99, VIF: 1,00 – 1,09

Tabelle 1. Multiple logistische Regressionsanalyse zur Identifikation der Prädiktoren der Suche nach Gesundheitsinformation.

© Elena Link & Eva Baumann (2023). Die Gesundheitsmanager:innen: Die Bedeutung von Geschlechterrollen für die Verantwortungsübernahme in Gesundheitsfragen. D. Reifegerste, P. Kolip, A. Wagner (Hrsg.): Wer macht wen für Gesundheit (und Krankheit) verantwortlich? Beiträge zur Jahrestagung der Fachgruppe Gesundheitskommunikation 2022, S.1-11.
DOI: https://doi.org/10.21241/ssoar.87336.

Prädiktoren	**Gesundheitsbezogene Meinungsführerschaft**				
	Modell 1	Modell 2	Modell 3		
	B	*b*	*b*	β	*p*
Block 1: Kontrollvariable					
Konstante	3,03	2,74	,88		
Alter	-,01	-,004	-,003	-,06	.004
Bildung	,10	,11	,08	,08	.001
Block 2: Biologisches Geschlecht					
Weibliches Geschlecht (ref. männlich)		,27	,28	,17	.001
Block 2: Soziales Geschlecht					
Geschlechterstereotype			,01	,01	.74
Positive Facette der Maskulinität			,18	,15	.001
Negative Facette der Maskulinität			,18	,15	.001
Positive Facette der Femininität			,27	,25	.001
Negative Facette der Femininität			-,03	-,03	.11
Korrigiertes R^2	,035***	,060***	,156***		

Notizen. N = 3.000; blockweise lineare Regression; erster Block: Kontrollvariablen, zweiter Bock: biologisches Geschlecht, dritter Block Facetten des sozialen Geschlechts; ***$p \leq$,001; **$p \leq$,01; *$p \leq$,05, Toleranzwerte: ,29 – ,92, VIF: 1,09 – 3,45

Tabelle 2. Multiple logistische Regressionsanalyse zur Identifikation der Prädiktoren der gesundheitsbezogenen Meinungsführerschaft.

© Elena Link & Eva Baumann (2023). Die Gesundheitsmanager:innen: Die Bedeutung von Geschlechterrollen für die Verantwortungsübernahme in Gesundheitsfragen. D. Reifegerste, P. Kolip, A. Wagner (Hrsg.): Wer macht wen für Gesundheit (und Krankheit) verantwortlich? Beiträge zur Jahrestagung der Fachgruppe Gesundheitskommunikation 2022, S.1-11.
DOI: https://doi.org/10.21241/ssoar.87336.