

Risikoverhalten und präventives Verhalten im Geschlechtervergleich: Ein Überblick

Monika Sieverding

Zusammenfassung

In diesem Beitrag wird ein Überblick über gesundheitsrelevantes Risikoverhalten und präventives Verhalten im Geschlechtervergleich gegeben. Bei Männern kommt Risikoverhalten häufiger vor, Frauen verhalten sich etwas gesundheitsbewußter und nehmen deutlich häufiger Angebote zur Gesundheitsförderung und -prävention wahr. Geschlechtsunterschiede in gesundheitsrelevantem Verhalten werden am besten durch gesellschaftliche Geschlechtsrollenerwartungen erklärt. Einhergehend mit Veränderungen in diesen Erwartungen haben bereits Verhaltensänderungen stattgefunden, beispielsweise rauchen inzwischen Mädchen genauso häufig wie Jungen. Um zu erklären, wie Geschlechtsrollen das individuelle Verhalten beeinflussen, wird das Geschlechtsrollen-Selbstkonzept als vermittelnde psychologische Variable postuliert; dazu werden einige exemplarische Untersuchungen vorgestellt.

Schlagworte

Risikoverhalten, präventives Verhalten, Geschlechtsunterschiede, Geschlechtsrollen

Abstract

Comparing gender-specific risk and preventive behaviour: an overview

This article reviews health relevant risk behaviour and preventive behaviour with a focus on gender differences. Males show a higher frequency of risk behaviour, females behave in a more health conscious way and participate more frequently in health promotion and prevention. These gender-specific differences are in accordance with expectancies of the society derived from gender roles. Along with recent changes in expectations behavioural changes have been observed., for example a shift to an equal rate of smokers among young males and females. In order to better explain the impact of gender roles on individual behaviour, we introduce the self-concept of a person regarding his or her gender-specific role as a mediating variable, and present several studies to support this proposition.

Key-Words

Risk behavior, preventive behavior, gender differences, gender roles

1 Einleitung

Für Geschlechtsunterschiede in Gesundheit und Krankheit, z.B. dem Lungenkrebs- oder KHK-Risiko oder der Lebenserwartung sind verschiedene Faktoren verantwortlich; neben biologischen

und sozialen Faktoren gelten Geschlechtsunterschiede in gesundheitsrelevantem Verhalten als wesentliche Ursache (SIEVERDING, in Druck; VERBRUGGE, 1990). Während die meisten Risikoverhaltensweisen wie Rauchen, (überhöhter) Alkoholkonsum, Konsum illegaler Drogen, riskantes Autofahren und riskante Sportarten bei Männern häufiger vorkommen, ist präventives Gesundheitsverhalten wie z.B. die Inanspruchnahme von medizinischer Hilfe oder die Teilnahme an Maßnahmen der Gesundheitsförderung häufiger bei Frauen anzutreffen.

Nach einem Überblick über Geschlechtsunterschiede in wichtigen gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen werde ich auf Geschlechtsrollen eingehen, da diese zur Erklärung von gesundheitsrelevantem Verhalten von zentraler Bedeutung sind.

2 Geschlechtsunterschiede in Risikoverhalten an den Beispielen Rauchen und (übermäßiger) Alkoholkonsum

In westlichen (wie auch in den meisten nicht-westlichen) Ländern engagieren Männer sich stärker in riskantem Verhalten: Sie benutzen häufiger Waffen, fahren schneller und riskanter Auto, üben riskantere Sportarten in ihrer Freizeit aus, konsumieren mehr illegale Drogen und arbeiten an gefährlicheren Arbeitsplätzen. In den meisten Ländern trinken und rauchen Männer auch mehr (s. Überblick bei WALDRON, 1988). Die höhere Prävalenz solcher riskanter Verhaltensweisen gilt als wesentlich mitverantwortlich für die kürzere Lebenserwartung der Männer im Vergleich zu Frauen. Zu beachten ist, dass manche Geschlechtsunterschiede in jüngster Zeit an Bedeutung verloren haben; das beste Beispiel dafür ist das Rauchen. Es gibt auch riskante Verhaltensweisen, die bei Frauen stärker ausgeprägt sind: die Einnahme von Medikamenten mit Suchtpotential (DLUGOSCH & KRIEGER, 1995; HÄRTEL, 1988; KIRSCHNER & RADOSCHESKI, 1993) sowie problematisches Essverhalten (HABERMAS, 1990, 1994; PUDEL, 1997).

Im folgenden werde ich mich auf zwei Risiko-Verhaltensweisen konzentrieren, denen im Zusammenhang mit der geringeren Lebenserwartung von Männern eine besondere Bedeutung beigemessen wird, und zwar das Rauchen und das Trinken.

Während früher das Rauchen für Frauen geradezu verboten war, haben in der letzten Zeit die Geschlechtsunterschiede an Bedeutung verloren. In Deutschland rauchten nach dem ersten nationalen Gesundheitssurvey (1984–86) 42 % der

Prof. Dr. phil. Monika Sieverding, Freie Universität Berlin, Institut für Arbeits-, Organisations- und Gesundheitspsychologie, Habelschwerdter Allee 45, D-14195 Berlin, Tel.: 030/838 55094, Fax: 030/838 54122, email: mosiever@zedat.fu-berlin.de

Männer und 27 % der Frauen. Die Prävalenz des Rauchens war bis zum 3. Gesundheitssurvey (1990–91) bei den Frauen jedoch um 5 % gestiegen, bei den Männern um 6 % gesunken. Während insgesamt in Westdeutschland das Rauchen seit den 70er Jahren zurückgegangen ist, wurde bei jungen Frauen eine starke Zunahme des Rauchens festgestellt; in den Altersgruppen unter 45 Jahren gibt es kaum noch Unterschiede im Rauchen (alle Zahlen aus MASCHIEWSKY-SCHNEIDER, 1997). Nach dem kürzlich veröffentlichten Jugendgesundheitsurvey gibt es bei den 12- bis 16-jährigen keine Unterschiede, ca. 12 % der Jungen und Mädchen gaben an, regelmäßig zu rauchen (KOLIP, 1997). Eine vergleichende Untersuchung bei Jugendlichen aus Halle und Freiburg erbrachte sogar, dass bei den 12- bis 16-jährigen mehr Mädchen als Jungen täglich rauchten: „Die Geschlechtsunterschiede haben sich nicht nur angeglichen, sondern eher umgekehrt“ (KNUTH et al., 1995, S. 103).

Etwas anders stellt sich die Situation beim *Alkoholkonsum* dar. In einem Überblicksartikel bezeichnen LEMLE und MISHKIND (1989) das Trinken (von Alkohol) als ein typisch männliches Problem. Zur Unterstützung dieser These zitieren sie eine Reihe von Untersuchungen, die belegen, dass sich praktisch in jeder Facette von Alkoholkonsum signifikante Geschlechtsunterschiede finden: Mehr Männer als Frauen trinken mindestens einen Drink pro Jahr; Männer konsumieren 30–100 % mehr Alkohol als Frauen, wenn sie bei einer bestimmten Gelegenheit trinken. Obwohl Männer weniger als die Hälfte der Bevölkerung ausmachen, konsumieren sie 75 % des Alkohols. Männer trinken im Vergleich zu Frauen doppelt so häufig und sind doppelt so häufig betrunken. Die Prävalenz von Problemtrinken und Alkoholismus ist bei Männern 3 bis 4 mal höher als bei Frauen (LEMLE & MISHKIND, 1989). Diese Geschlechtsunterschiede fanden sich in den USA unabhängig von soziodemographischen Variablen wie Alter, ethnische Gruppe, Religion, Bildungsniveau, Einkommen oder familiärer Status.

Allerdings hat das Alkoholtrinken über die Jahre auch bei den Frauen zugenommen (GOMBERG, 1982; LANDRINE, BARDWELL & DEAN, 1988). Nach der Einschätzung von Silbereisen (1997) haben sich in den letzten zwei Jahrzehnten

Tabelle 1. Gesundheitsfördernde Verhaltensweisen („health practices“): Prävalenzraten (in Prozent) in Abhängigkeit vom Geschlecht

	Männer (%)	Frauen (%)
nicht Zigarettenrauchen	74,3	73,7
wenig oder kein Alkoholkonsum	84,6	92,5
regelmäßige körperliche Bewegung oder Sport	74,7	71,3
ausreichende Schlafenszeit (7 – 8 Stunden)	70,8	70,3
kein oder geschütztes Sonnenbaden	78,6	90,0
regelmäßiges Zähneputzen (mind. 1 × am Tag)	96,5	99,1
wenig Konsum von rotem Fleisch	48,1	67,1
täglicher Konsum von Obst	37,7	55,3
mäßiger Kaffeekonsum (weniger als 5 Tassen / Tag)	94,1	95,7
keine Zwischensnacks	10,7	8,6
regelmäßiges Frühstück	77,6	80,3
Benutzung von Sicherheitsgurten (immer)	83,1	89,9
„regular access to doctor“	69,0	76,3
regelmäßiges Checkup der Zähne (mind. 1 x pro Jahr)	58,7	71,6
Checkup des Blutdrucks (in den letzten 12 Monaten)	77,7	86,7
regelmäßige Selbstuntersuchung von Testikeln bzw. Brust	2,5	8,3

Quelle: STEPTOE, WARDLE, VINCK, TUOMISTO, HOLTE & WICHSTROM (1994).

die Prävalenzen von Alkohol- und Drogengebrauch zwischen den Geschlechtern angeglichen. Der Jugendgesundheitsurvey fand bei Jugendlichen zwischen 12 und 16 Jahren keine Geschlechtsunterschiede in der Prävalenz von Alkoholkonsum, wohl aber Unterschiede in der Art der konsumierten Getränke – Jungen trinken häufiger Bier, Mädchen häufiger Wein –, sowie in der Häufigkeit von Rauscherlebnissen (KOLIP, 1997, s. auch KNUTH et al., 1995).

Insgesamt sind die Geschlechtsunterschiede beim Alkoholkonsum jedoch immer noch beträchtlich größer als beim Rauchen. Frauen trinken normalerweise weniger Alkohol, sie trinken seltener täglich, sie trinken seltener, wenn sie Probleme haben, und sie erbrechen weniger aufgrund von Alkoholkonsum (LEX, 1991, WALDRON, 1988). Nach dem Berliner Gesundheits- und Sozialsurvey 1991 waren Männer (ab 18 Jahren) den möglichen gesundheitlichen Risiken durch regelmäßigen Alkoholkonsum doppelt bis dreimal so häufig ausgesetzt als Frauen: jeder zweite Ost-Berliner Mann trank täglich oder mehrmals die Woche Alkohol

(West-Berliner Männer: 40 %), bei den Frauen lagen die Quoten bei 13 % (Ost-Berlin) bzw. 17 % (West-Berlin, s. HERMANN & HIESTERMANN, 1995; KIRSCHNER & RADOSCHIEWSKI, 1993). Ähnliche Geschlechtsunterschiede werden aus der Schweiz berichtet, wo 43 % der Männer und 18 % der Frauen angaben, täglich Alkohol zu trinken (ZEMP & ACKERMANN-LIEBRICH, 1988).

3 Geschlechtsunterschiede in präventivem Verhalten

Häufig werden primär präventive (z.B. körperliche Bewegung, Nichtrauchen, auf das Gewicht achten) von sekundär präventiven Verhaltensweisen (Screening-Verfahren zur Früherkennung von Krankheiten wie z.B. Krebsvorsorgeuntersuchungen) unterschieden (s. z.B. DUELBERG, 1992). Bei den präventiven Verhaltensweisen findet sich ein komplexeres Bild zu den Risikoverhaltensweisen: Frauen verhalten sich im allgemeinen gesundheitsbewußter als Männer, und sie nutzen deutlich mehr präventive Angebote.

3.1 Gesunder Lebensstil

Welcher Mensch lebt eigentlich gesund? Da eine zusammenfassende Abwägung des gesundheitlichen Nutzens verschiedener Verhaltensweisen schwierig, wenn nicht unmöglich ist, haben STEPTOE und Kollegen in dem European Health and Behaviour Survey (STEPTOE, SANDERMAN & WARDLE, 1995; STEPTOE et al., 1994) eine pragmatische Operationalisierung angewandt. In einer Befragung von 1800 Männern und Frauen zwischen 18 und 30 Jahren in Großbritannien, Belgien, Finnland und Norwegen wurde die Prävalenz einer Palette von insgesamt 16 gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen („health practices“) erhoben. Der Health Practices Index wurde errechnet als eine kontinuierliche Variable mit möglichen Werten zwischen 0 („extrem ungesundes Verhalten“) bis 16 („extrem gesundheitsbewußtes Verhalten“, s. Tabelle 1).

Geschlechtsunterschiede zeigten sich im Alkoholkonsum (Frauen weniger), Sonnenschutzverhalten (Frauen mehr) und bewusste Ernährung (Frauen mehr) sowie bei den Checkups (Frauen mehr). Auch der Geschlechtsunterschied beim Health Practices Index ist signifikant: im Durchschnitt war das Verhalten der Frauen gesünder, das heißt, sie übten mehr Gesundheitsverhaltensweisen aus als Männer ($M = 11,1$, $SD = 1,8$ versus $M = 10,1$, $SD = 1,9$), ein Befund, der bereits aus anderen Untersuchungen berichtet wurde (DEAN, 1989; STEPTOE & WARDLE, 1992; WARDLE & STEPTOE, 1991). Natürlich haben die verschiedenen Verhaltensweisen nicht die gleiche Bedeutung für die Gesundheit. So ist das regelmäßige Frühstück oder der reduzierte Verzehr von rotem Fleisch sicher weniger entscheidend als das Nichtrauchen. Die Autoren sehen zwar den Health Practices Index als einen nützlichen Indikator für die latente Variable „gesunder Lebensstil“, trotzdem bleibt diese Operationalisierung über die einfache Aufsummierung von Einzelverhaltensweisen unbefriedigend. Sinnvoller wäre sicher eine (gewichtete) Kombination von gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen: hierzu liegen jedoch bisher keine geschlechtsvergleichenden Analysen vor.

Der Berliner Gesundheits-Survey erbrachte ähnliche Resultate auch bei Personen im mittleren und höheren Alter. Danach verhalten Frauen sich in der

Mehrzahl gesundheitsbewußter als Männer. Sie bevorzugen nach eigenen Angaben ausgewogene Ernährung, rauchen und trinken weniger, nehmen regelmäßiger an Gesundheitsvorsorgemaßnahmen teil und wenden häufiger Entspannungstechniken an (HERMANN & HIESTERMANN, 1995). Auch DLUGOSCH und KRIEGER (1995) berichten, dass sich die Frauen in ihrer Vergleichsstichprobe (Durchschnittsalter 51 Jahre) des Fragebogens zum Gesundheitsverhalten in vielen Gesundheitsbereichen gesundheitsförderlicher verhalten würden als Männer: „Sie ernähren sich gesünder, rauchen weniger, trinken weniger Alkohol, schlafen mehr und gehen zu regelmäßigeren Zeiten abends zu Bett“ (DLUGOSCH & KRIEGER, 1995, S. 89).

Sportliche Aktivität ist eine der wenigen präventiven Verhaltensweisen, bei der – wenn Geschlechtsunterschiede festgestellt werden – Männer besser abschneiden als Frauen. In allen drei Erhebungszeitpunkten des Nationalen Gesundheitssurveys trieben Männer mehr Sport als Frauen (HOFFMEISTER & BELLACH, 1995), wobei deutliche Ost-West-Unterschiede festgestellt wurden (höhere Quoten von Sporttreibenden in Westdeutschland). Knuth und Mitarbeiter fanden, dass die sportliche Aktivität mit zunehmendem Alter bei männlichen Jugendlichen zunimmt, bei weiblichen Jugendlichen jedoch abnimmt (KNUTH et al., 1995). Bei den Angaben zur sportlichen Aktivität muss jedoch einschränkend berücksichtigt werden, dass Männer häufiger als Frauen Risikosportarten ausüben, die ihrerseits wieder zu einem Gesundheitsrisiko werden können.

3.2 Inanspruchnahme von professioneller Hilfe

Hier ist die Befundlage eindeutig: Frauen nutzen professionelle medizinische und nichtmedizinische Dienstleistungen und Hilfsangebote deutlich häufiger als Männer, und zwar zu kurativen wie präventiven Zwecken. Das gilt nicht nur für Deutschland, sondern wird in ähnlicher Weise aus anderen Ländern berichtet, z. B. aus den USA (CLEARY, MECHANIC & GREENLEY, 1982; REDDY et al., 1992), aus Kanada (KANDRACK et al., 1991), aus Holland (GIJSBERS VAN WIJK, KOLK, VAN DEN BOSCH & VAN DEN HOOGEN, 1992) oder aus der Schweiz (ZEMP &

ACKERMANN-LIEBRICH, 1988). Im folgenden werden dazu einige Ergebnisse detaillierter dargestellt.

Im Rahmen der Münchner Blutdruckstudie wurde bei mehr als 2000 Männern und Frauen im Alter von 30 bis 69 Jahren die Inanspruchnahme medizinischer Hilfe, operationalisiert über die Anzahl der Arztbesuche, die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen, sowie die Medikamenteneinnahme erfasst (HÄRTEL, 1988). In den letzten 12 Monaten war jeder 5. Mann (21 %) überhaupt nicht bei einem Arzt / einer Ärztin gewesen (dagegen nur 8 % der Frauen). 36 % der Männer (30 % der Frauen) waren 1–2 × bei einem Arzt gewesen. Fast zwei Drittel der Frauen (63 %) gegenüber 44 % der Männer hatten 3 × und häufiger ärztliche Hilfe aufgesucht (HÄRTEL, 1988). Auch nach den Ergebnissen des Berliner Gesundheits-Survey (KIRSCHNER & RADOSCHESKI, 1993) sowie der Nationalen Gesundheits-surveys nehmen Frauen häufiger ärztliche Hilfe in Anspruch. Deutlich mehr Frauen als Männer hatten in den letzten 3 Monaten vor der Befragung einen niedergelassenen Arzt aufgesucht (Berliner Survey 1991: 73 % versus 58 %; Nationaler Survey 1987–88: 75 % versus 61 %). Die Häufigkeit der Arztbesuche im letzten Quartal war bei den Frauen höher und lag im Durchschnitt zwischen 4,5 (1984) und 3,8 (1989); Männer waren innerhalb von drei Monaten zwischen 3,1 (1984) und 2,7 (1989) mal bei einem Arzt gewesen (ANDERSEN, BORMANN & ELKELES, 1993). Aus der Schweiz werden 6,6 Konsultationen bei Frauen und 4,8 bei Männern berichtet (ZEMP & ACKERMANN-LIEBRICH, 1988), aus den USA 6,2 (Frauen) bzw. 4,5 (Männer) Konsultationen (Reddy et al., 1992); diese Angaben beziehen sich jeweils auf einen Zwölfmonatszeitraum.

Ein relativ hoher Prozentsatz des weiblichen „Überschusses“ an Arztbesuchen wird auf reproduktive Faktoren in Zusammenhang mit Schwangerschaftsverhütung, Schwangerschaft und Geburt sowie den Wechseljahren zurückgeführt. In der Schweiz beispielsweise war der „frauenspezifische“ Anteil an den Arztbesuchen (wie Brustuntersuchungen, Zyklusstörungen oder Schwangerschaftsuntersuchungen) mit 13,9 % zwar deutlich höher als der „männerspezifische“ Anteil mit nur 1,3 %, konnte jedoch nicht den gesamten Geschlechtsunterschied in der Häufigkeit der Arztbesuche aufklären

(ZEMP & ACKERMANN-LIEBRICH, 1988). Die Ergebnisse aus der National Health Interview Study zeigen, dass die größten Unterschiede in der Konsultationshäufigkeit zwischen Männern und Frauen im reproduktiven Alter von 18 bis 44 Jahren bestehen (Männer: 3,4 pro Jahr; Frauen: 6,2); sie bleiben jedoch auch in der nächsthöheren Altersgruppe (45–64 Jahre) – wenn auch geringer ausgeprägt – bestehen: 5,2 Konsultationen bei den Männern im Vergleich zu 6,9 bei den Frauen (REDDY et al., 1992). Sehr detailliert wurden von GJSBERS VAN WIJK et al. (1992) die allgemeinärztlichen Diagnosen von fast 10000 Männern und Frauen in Holland analysiert. Tatsächlich konnte mehr als 40 % der höheren Inanspruchnahme durch gynäkologische und geburtshilfliche Diagnosen erklärt werden, ein weiteres Viertel durch präventive und diagnostische Fragestellungen. Dass Frauen häufiger aus präventiven Gründen zum Arzt gingen als Männer, war in erster Linie darauf zurückzuführen, dass sie – besonders in jüngeren Jahren – fast ausschließlich allein für die Empfängnisverhütung zuständig waren. Es fanden sich keine Geschlechtsunterschiede in der Häufigkeit, in der Männer und Frauen ihre Ärzte wegen Gesundheitsratschlägen und Prävention aufsuchten.

In der Münchner Blutdruckstudie ergab sich bei Männern ein stärkerer Zusammenhang zwischen chronischen Krankheiten und Arztbesuchen als bei Frauen. Härtel vermutet, dass Frauen wegen leichter und akuter Leiden eher ärztliche Hilfe aufsuchen, während Männer länger warten: „Männer gehen wahrscheinlich erst dann zum Arzt, wenn sie bereits manifeste physische Leiden haben“ (HÄRTEL, 1988, S. 152). Diese Vermutung wird durch die Ergebnisse einer amerikanischen Studie unterstützt (HIBBARD & POPE, 1986). In der Analyse der Inanspruchnahmedaten von mehr als 1600 Erwachsenen über einen 7-Jahres-Zeitraum zeigten sich die größten Geschlechtsunterschiede bei den leichteren Erkrankungen sowie bei den Fällen, in denen unklar war, ob es sich um eine Krankheit handelt.

Männer und Frauen scheinen somit zum Teil unterschiedliche Kriterien zur Definition von „Krankheit“ oder „Behandlungsbedürftigkeit“ anzuwenden, wobei Frauen bei sich selbst eher Symptome wahrnehmen bzw. diese als behandlungsbedürftig ansehen (s. z. B. KROENKE

& SPITZER, 1998). Wenn Männer sich jedoch selbst als krank definieren und zum Arzt gehen, unterscheidet sich ihr weiteres Inanspruchnahmeverhalten nicht mehr von dem der Frauen, zumindest nach den differenzierten Analysen der Kennziffern zur ambulanten Inanspruchnahme des Nationalen Gesundheitssurvey. „Männer gehen seltener und sie gehen auch weniger regelmäßig zum Arzt; wenn sie aber in eine Behandlungsperiode eintreten, dann gehen sie in diesem Zeitintervall keineswegs seltener zum Arzt als die Frauen“ (ANDERSEN, BORMANN & ELKELES, 1993, S. 31).

In höherem Alter verlieren die Geschlechtsunterschiede bei den Arztbesuchen an Bedeutung, im hohen Alter verschwinden sie ganz. In der Berliner Altersstudie (MAYER & BALTES, 1996), in der 516 Männer und Frauen im Alter von 70 bis 100 Jahren untersucht wurden, ließen sich keine Geschlechtsunterschiede bei der Inanspruchnahme medizinischer Hilfe feststellen. Männer und Frauen unterschieden sich weder in der Häufigkeit der Hausarztkontakte noch in der Zahl der eingenommenen Medikamente (LINDEN, GILBERG, HORGAS & STEINHAGEN-THIESSEN, 1996).

Noch größer als die Unterschiede bei den Arztbesuchen sind die Unterschiede in der Inanspruchnahme *medizinischer Vorsorgeuntersuchungen*. Frauen nehmen sehr viel häufiger medizinische Vorsorgeleistungen in Anspruch als Männer. In der Münchner Blutdruckstudie hatte nur jeder fünfte Mann (20 %), aber 62 % der Frauen in den letzten 12 Monaten einen Krebsfrüherkennungstest

machen lassen (HÄRTEL, 1988). In Berlin hatten 26 % der befragten Männer und 84 % der befragten Frauen im Vorjahr eine Krebsvorsorgeuntersuchung in Anspruch genommen (KIRSCHNER & RADOSCHWESKI, 1993). Nach einer aktuellen Statistik des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung zur Früherkennung von Krebs machen 30–35 % aller anspruchsberechtigten Frauen und nur 12–15 % aller anspruchsberechtigten Männer von der Möglichkeit einer kostenlosen präventiven Untersuchung Gebrauch (DEUTSCHER BUNDESTAG, 1997). In dem Gesundheitsbericht für Deutschland werden sogar noch größere Geschlechtsdifferenzen berichtet. Danach nahmen 1995 nur 14 % aller berechtigten Männer und 48 % der Frauen an einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung teil. „Zwischen 1985 und 1995 sind die Teilnahmequoten der Frauen stetig gestiegen, die der Männer haben sich nur geringfügig erhöht“ (STATISTISCHES BUNDESAMT, 1998).

Auch bei den in Deutschland relativ neu eingeführten *Maßnahmen zur Gesundheitsförderung* sind regelmäßig nur eine Minderheit der Teilnehmer männlich. Durch das Sozialgesetzbuch V waren die gesetzlichen Krankenkassen seit 1988 angewiesen, zur Gesundheitsförderung ihrer Versicherten beizutragen. Daraufhin starteten die Kassen im Rahmen des § 20 SGB V (der ab 1997 jedoch wieder deutlich eingeschränkt wurde), verschiedene Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und Prävention. Angeboten wurden primär verhaltensorientierte Maßnahmen in den Bereichen Bewe-

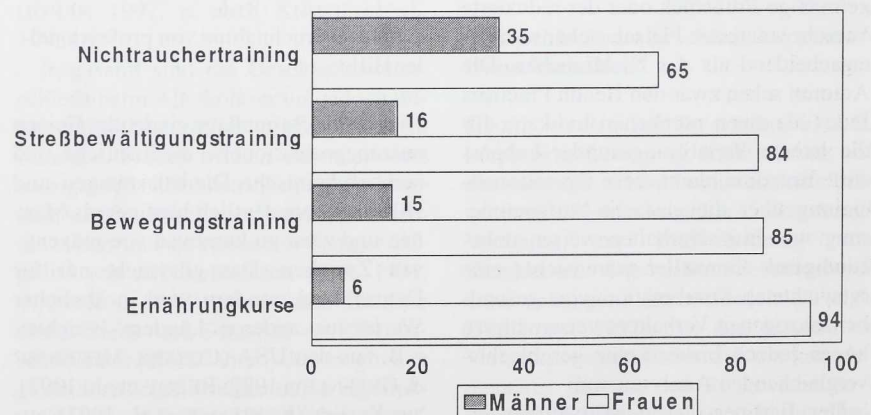


Abb. 1. Inanspruchnahme von Angeboten zur Gesundheitsförderung der Barmer Ersatzkasse 1992 (N = 160000); Prozentangaben; Quelle: MEIERJÜRGEN & SCHULTE, 1993

gung, Ernährung, Nichtrauchertraining, Entspannung und Stressbewältigung. 1992 nahmen allein von den Versicherten der Barmer Ersatzkasse 160000 Personen an solchen präventiven Kursangeboten teil; davon war im Durchschnitt jedoch nur jeder siebente Teilnehmer männlich (s. MEIERJÜRGEN & SCHULTE, 1993). Der prozentuale Männeranteil an verschiedenen Angeboten ist in Abbildung 1 dargestellt.

Ähnliche Ergebnisse liefern Inanspruchnahme-Analysen bei anderen Krankenkassen in verschiedenen Städten Deutschlands (BÖHM, 1995; OLLEN-SCHLÄGER & DENECKE, 1994).

4 Die Bedeutung von Geschlechtsrollen für gesundheitsrelevantes Verhalten

Für die Geschlechtsunterschiede in gesundheitsrelevantem Verhalten, insbesondere dem Alkoholkonsum, sind sicher auch biologische Faktoren verantwortlich. So ist der Blutalkoholgehalt bei einer Frau höher, wenn sie dieselbe Menge Alkohol getrunken hat wie ein Mann, was unter anderem etwas mit dem Körpergewicht und dem relativen Fettanteil am Körpergewicht zu tun hat. Weiter gibt es Hinweise, dass Alkohol bei Männern schneller metabolisiert wird (WALDRON, 1988; 1997). Männliche Geschlechtshormone könnten über eine Erhöhung der physischen Aktivität und Aggressivität zu der höheren Prävalenz von Risikosportarten und „reckless driving“ bei Männern beitragen. Insgesamt jedoch scheint gesundheitsrelevantes Verhalten weniger mit dem biologischen Geschlecht („sex“), sondern stärker mit dem sozialen Geschlecht („gender“) assoziiert zu sein. Darunter versteht man gesellschaftliche Erwartungen (Geschlechtsrollen), wie sich ein Mann oder eine Frau verhalten sollte; diese Erwartungen knüpfen zwar am biologischen Geschlecht, sind jedoch in einem hohen Maß vom jeweiligen soziokulturellen Kontext abhängig und dementsprechend variabel (UNGER, 1979). Geschlechtsrollenerwartungen werden im Rahmen von geschlechtstypischer Sozialisation vermittelt. So lernen Jungen schon früh, dass riskantes Verhalten (z.B. Rauchen oder Alkoholkonsum, riskante Sportarten, Waffengebrauch und Kampf) als „männlich“ gilt. WALDRON

(1988) demonstriert in ihrem Literaturüberblick überzeugend die Bedeutung von gesellschaftlichen Geschlechtsrollen für gesundheitsrelevantes Verhalten. Sie kann – unter anderem anhand von kulturellen und historischen Vergleichen – belegen, dass die meisten Geschlechtsunterschiede durch die Kompatibilität bzw. Inkompatibilität eines bestimmten gesundheitsrelevanten Verhaltens mit der männlichen oder weiblichen Geschlechtsrolle am besten erklärt werden können. Besonders offensichtlich ist der Einfluss von Geschlechtsrollenerwartungen auf Verhaltensweisen wie riskantes und schnelles Autofahren, Gebrauch von Waffen und Ausüben gefährlicher Sportarten. Im folgenden werde ich mich jedoch auf soziale Erwartungen zum Rauchen und Trinken in Abhängigkeit vom Geschlecht beschränken, da diese beiden Verhaltensweisen als besonders gravierende „Gesundheitskiller“ gelten.

4.1 Soziale Erwartungen zum Rauchen und Trinken in Abhängigkeit vom Geschlecht

WALDRON (1988) identifiziert die soziale Ächtung des Rauchens bei Frauen als wichtigsten Einzelfaktor zur Erklärung der Unterschiede in dieser Risikoverhaltensweise; Rauchen galt als „unweiblich“. In manchen Kulturen wurden vor nicht allzu langer Zeit rauchende Frauen als promisk oder sogar als Prostituierte angesehen. Nach WALDRON galt dies z.B. in den USA und Großbritannien noch am Anfang des 20. Jahrhunderts; in Japan und verschiedenen afrikanischen Staaten noch in der Mitte dieses Jahrhunderts. In einer kulturübergreifenden Studie (in Afrika, Asien und Lateinamerika) Anfang der 70er Jahre sagten Frauen, dass sie nicht rauchen würden, weil es unfeminin sei, während Männer angaben, durch das Rauchen ihr Gefühl von Männlichkeit steigern zu können (WALDRON, 1988). Im Laufe dieses Jahrhunderts wuchs die soziale Akzeptanz des Nikotingenusses; die Zigarette in der Hand einer Frau gilt in den meisten Kulturen heute nicht mehr als „unweiblich“ und wird nicht mehr mit ihren sexuellen Aktivitäten in Verbindung gebracht. Einhergehend mit dieser wachsenden gesellschaftlichen Toleranz nahm die Prävalenz des Rauchens bei Frauen geradezu drama-

tisch zu; in jüngeren Altersgruppen sind inzwischen die Geschlechtsunterschiede verschwunden (s.o.).

Es gibt Hinweise auf weitere geschlechtsrollenabhängige Faktoren für die hohe Prävalenz des Rauchens bei jungen Mädchen und Frauen. So besteht ein gewisser Zusammenhang zwischen Rauchen und Körpergewicht; die meisten Menschen nehmen ca. 2 bis 4 Kilo zu, wenn sie mit dem Rauchen aufhören, wobei nach SHUMAKER und SMITH (1996) Frauen noch etwas mehr zunehmen als Männer. Eine schlanke Figur ist jedoch bei Frauen immer noch stärker als bei Männern mit der Beurteilung ihrer (physischen) Attraktivität verknüpft (RODIN, SILBERSTEIN & STRIEGEL-MOORE, 1985; SIEVERDING, 1993). Es wird vermutet, dass die Angst vor Übergewicht die Entscheidung zum Rauchen begünstigen kann: „Der Wunsch, dem idealen Körperimage zu entsprechen, scheint bei einigen Frauen und Mädchen weitaus stärker zu sein als die Sorge um ihr Risiko für eine Herzkrankheit“ (SHUMAKER & SMITH, 1996, S. 33). Und tatsächlich nennen Frauen häufiger (im Vergleich zu Männern) als Grund für das Rauchen die Überzeugung, dass Rauchen eine Gewichtszunahme verhindert (WALDRON, 1988).

Ebenso wie beim Rauchen identifiziert Waldron soziale Evaluationsprozesse als Hauptgrund für die Geschlechtsunterschiede im Alkoholkonsum: „A major cause of gender differences in alcohol consumption has been social acceptance, even approval, of men's drinking and social disapproval of women's drinking“ (WALDRON, 1988, S. 199). Im Gegensatz zum Rauchen hat die gesellschaftliche Mißachtung des weiblichen Alkoholenusses, insbesondere des starken Trinkens, jedoch nicht gleichermaßen abgenommen, nach WALDRON der Grund dafür, dass die Geschlechtsunterschiede in dieser Risikoverhaltensweise nach wie vor recht groß sind. Auch LEMLE und MISHKIND (1989) sehen in geschlechtsabhängigen gesellschaftlichen Sanktionen des Alkoholkonsums den Hauptgrund für die Geschlechtsunterschiede: „Drinking is a key component of the male sex role. Men are encouraged to drink, and in so doing are perceived as masculine“ (LEMLE & MISHKIND, 1989, S. 214). Trinken gilt so sehr als eine maskuline Aktivität, dass es seine eigenen Regeln entwickelt hat:

Um „wie ein Mann“ zu trinken, muss man:

- „take it straight“, d.h. man darf seinen Drink nicht verlängern;
- „not sweeten the taste“; gesüßter Alkohol wird als Frauengetränk belächelt;
- „prefer beer and hard liquor“ als maskuline Alkoholika,
- „drink without hesitation“; und
- „hold his liquor“, d.h. so viel wie möglich zu trinken, ohne unkontrolliert zu erscheinen (s. LEMLE & MISHKIND, 1989, S. 215).

Dass Männer durch Trinken ihre Mannhaftigkeit bestätigen, ist ein Phänomen, das bereits zu Zeiten der Römer von SENECA beschrieben wurde (s. JELLINEK, 1977). In den letzten Jahrzehnten haben die Massenmedien dazu beigetragen, die Verknüpfung von Trinken und Männlichkeit aufrechtzuerhalten. Erst in jüngster Zeit wurden auch vermehrt weibliche Interessentinnen angesprochen: Aus dem populären Werbespruch „Beck’s Bier löscht Männer-Durst“ wurde „Beck’s Bier löscht Kenner-Durst“. Mehr als die Hälfte der Bierreklame variiert ein und dasselbe Thema: „‘macho men’ breaking from conventionally masculine activity for a beer“ (LEMLE & MISHKIND, 1989, S. 215).

Schon in der Kindheit verinnerlichen Jungen die symbolische Bedeutung des Trinkens als „maskulin“. Der erste Drink eines Jungen wird dann häufig im Beisein seiner Peergroup als Initiationsritus auf dem Weg zum „Mannsein“ inszeniert. Der Akt des Trinkens an sich gilt als männlich. Nach LEMLE und MISHKIND (1989) verkörpert der Alkoholkonsum Maskulinität aber noch darüber hinaus, da er mit drei weiteren Schlüsselaspekten der männlichen Rolle assoziiert sei: Unkonventionalität, Risiko und Aggression.

Während Männern das Trinken nicht nur erlaubt, sondern in vielen Situationen sogar geradezu vorgeschrieben ist, wird der Alkoholkonsum von Frauen, insbesondere das starke Trinken, negativ sanktioniert. Bei Frauen gilt Trinken als „unweiblich“, nicht nur, weil es eine primär männliche Aktivität ist, sondern auch, weil als Folge starken Trinkens unweibliches Verhalten („unwomanly behavior“, LEMLE & MISHKIND, 1989, S. 217) wie sexuelle Enthemmtheit oder Mangel an mütterlicher Fürsorge befürchtet wird (s. auch WALDRON, 1988). Frauen, die stark trinken, haben dementsprechend mit stär-

Tabelle 2. Geschlechtsstereotype Erwartungen zum Alkoholkonsum

	Macho-Mann (%)	Ø Mann (%)	Ø Frau (%)	Feminine Frau (%)
trinkt Bier	93	83	24	7
wird betrunken	97	79	28	3
trinkt Wein	10	45	76	72

Einschätzungen von amerikanischen Studierenden, N = 116; Quelle: LANDRINE, BARDWELL & DEAN (1988).

keren negativen sozialen Konsequenzen zu rechnen als Männer.

LANDRINE et al. (LANDRINE, BARDWELL & DEAN, 1988) überprüften die These, dass Geschlechtsrollen auch Erwartungen hinsichtlich des Umgangs mit Alkohol beinhalten und dass Alkoholtrinken in starkem Maße mit Maskulinität assoziiert wird. Sie ließen vier Prototypen anhand einer Eigenschaftsliste beschreiben: einen „Macho-Mann“, einen durchschnittlichen Mann, eine durchschnittliche Frau sowie eine feminine Frau. In der Eigenschaftsliste waren maskuline und feminine Persönlichkeitsattribute aus dem BEM Sex Role Inventory (BSRI, BEM, 1974) enthalten sowie die Items „gets drunk“, „drinks beer“ und „drinks wine“. Wie zu erwarten, wurde den männlichen Prototypen sehr viel häufiger der Bierkonsum und das Betrunkensein zugeordnet, von den weiblichen Prototypen wurde eher erwartet, dass sie Wein trinken (s. Tabelle 2).

Interessant sind die Unterschiede zwischen den beiden männlichen Prototypen: der Macho-Mann wird häufiger mit Biertrinken und Betrunkensein in Zusammenhang gebracht, gleichzeitig wird er im Vergleich zum durchschnittlichen Mann häufiger als aggressiv, stark („forceful“), geradeheraus („takes a stand“), risikobereit und kämpferisch eingeschätzt. Der durchschnittliche Mann gilt dagegen häufiger als intelligent, hilfsbereit, einfühlsam und leidenschaftlich, wird aber auch öfter als abhängig eingestuft. Bei diesen Einschätzungen wird deutlich, dass der durchschnittliche Mann ausgesprochen androgyne Züge trägt, ihm werden durchaus auch traditionell feminine Qualitäten zugeschrieben; dazu passt, dass ihm auch häufiger Wein als Getränk zugeordnet wird. Auch bei den beiden weiblichen Prototypen gibt es Unterschiede. Bei der durchschnittlichen Frau konnten sich die

Probanden eher vorstellen, dass sie auch Bier trinkt oder betrunken wird, ganz im Gegensatz zur femininen Frau. Ähnlich wie der durchschnittliche Mann trägt auch die durchschnittliche Frau androgyne Züge: sie gilt als weniger abhängig, dafür als intelligenter, risikobereiter, stärker und aggressiver im Vergleich zur femininen Frau. Die Ergebnisse dieser Studie unterstützen die Vermutung, dass sich mit einer zunehmenden Androgynisierung der Idealkonzepte für Männer und Frauen (s. dazu BORN, 1992; TRAUTNER, 1994) auch gesundheitsrelevante Verhaltensweisen aneinander annähern.

4.2 Beeinflussen Geschlechtsrollen auch präventives Verhalten?

Folgt man psychologischen Modellen des Gesundheitsverhaltens (s. z.B. SCHWARZER, 1996), liegt es nahe, nach Geschlechtsunterschieden in gesundheitsbezogenen Einstellungen und Motiven zu suchen, um die Unterschiede im präventiven Verhalten zu erklären. Frauen und Männern ist jedoch ihre Gesundheit gleichermaßen sehr wichtig, in Studien zu gesundheitsbezogenen Werten und Überzeugungen finden sich keine gravierenden Geschlechtsunterschiede (WALDRON, 1988). In einer unlängst durchgeführten Befragung an einer für die Bundesrepublik Deutschland repräsentativen Stichprobe (N = 2060) wurde der subjektive Beratungsbedarf, definiert als das Bedürfnis, sich von Fachleuten beraten zu lassen, zu verschiedenen Themen ermittelt. Der höchste Beratungsbedarf bestand zum Thema Gesundheit: Bei Fragen der Gesundheitsversorgung gab es keine Geschlechtsunterschiede, bei Fragen der Gesundheitsvorsorge gaben Männer einen höheren Beratungsbedarf an als Frauen (EGARTNER, HENRICH, HERSCHBACH, SELLSCHOPP & BREUNIN-

GER, 1995). KANDRACK et al. (1991) konnten in ihrer recht aufwendigen Interviewstudie keinen Unterschied feststellen zwischen Männern und Frauen in „preventive health beliefs“, das heißt, ihren gesundheitlichen Kontrollüberzeugungen und ihrer selbsteingeschätzten Fähigkeit, Krankheiten vorzubeugen. Es gab auch keine Geschlechtsunterschiede in Einstellungen zur „self-reliance“ oder Skepsis dem medizinischen System gegenüber. Und sie stellen deshalb die Frage: „Why are there no differences evident in preventive health beliefs, and yet study after study has shown that preventive health actions tend to be more common among women than men?“ (Hervorhebung durch M. S.).

In der Mehrthemenuntersuchung der Epidemiologischen Forschung Berlin (KIRSCHNER, RADOSCHEWSKY & KIRSCHNER, 1995) wurde nach den Gründen für ein Interesse bzw. Desinteresse an präventiven Gesundheitsprogrammen und Maßnahmen gefragt. Mehr Frauen als Männer hatten bereits daran gedacht, sich eingehender über entsprechende Angebote zu informieren (29 % versus 19 %), mehr Frauen hatten auch bereits solche Angebote in Anspruch genommen (24 % versus 13 %). Als Gründe für mangelndes Interesse wurden am häufigsten Zeit- und Weggründe genannt; jeder fünfte Befragte meinte, nicht genug über die Angebote zu wissen. Mehr Männer als Frauen gaben an, sich von den Angeboten nicht angesprochen zu fühlen (17 % versus 10 %); keine bedeutsame Rolle spielten „Unbehagen bzw. Angst vor der Situation“ (Männer 4 %, Frauen 6 %).

Es ist anzunehmen, dass Geschlechtsrollen präventives Verhalten indirekt beeinflussen. Die eindeutige Priorität der Berufsrolle und die stärkere Einbindung in die Berufswelt, wie in der traditionellen männlichen Geschlechtsrolle vorgeschrieben, scheint zu bewirken, dass Männer weniger Zeit und Möglichkeiten haben, sich überhaupt präventiv zu verhalten, z.B. auf eine gesunde Ernährung zu achten, genug zu schlafen, zum Arzt zu gehen oder an Maßnahmen der Gesundheitsförderung teilzunehmen. Frauen, die entsprechend der traditionellen weiblichen Geschlechtsrolle gar nicht oder weniger stark beruflich engagiert sind, verfügen dagegen möglicherweise über mehr Handlungsspielraum (NATHANSON, 1975; ROSS & BIRD, 1994). (Allerdings wird bei vielen Frauen

dieser Handlungsspielraum durch die Pflichten der Mutter- und Hausfrauenrolle wieder zunichte gemacht!).

In einer Interviewstudie zu subjektiven Gesundheitskonzepten (SALTONSTALL, 1993) beispielsweise nannten Männer besonders häufig den Konflikt zwischen Arbeit und Gesundheitsaktivitäten als Grund für die Nichtteilnahme an Gesundheitsförderungsmaßnahmen. Daneben fanden sich jedoch auch Hinweise, dass die männliche Rolle als inkompatibel mit bestimmten Gesundheitsaktivitäten eingeschätzt wurde: „I can't do aerobics with all those girls ...“ (SALTONSTALL, 1993, S. 11).

Meine Vermutung ist, dass es – ähnlich wie beim Risikoverhalten – auch beim präventiven Verhalten einen direkten Zusammenhang zwischen Geschlechtsrollen und Gesundheitsverhalten gibt. So wie Verhaltensweisen wie schnelles und riskantes Autofahren sowie starkes Trinken als besonders „männlich“ gelten, mag das bewusste Achten auf die Gesundheit oder die Inanspruchnahme von professioneller Hilfe als „unmännlich“ angesehen werden. Dies könnte vor allem dann zutreffen, wenn es um präventive Maßnahmen oder um leichtere bzw. unklare Symptome geht, bei denen nicht eindeutig ist, ob eine Krankheit vorliegt.

5 Wie „wirken“ Geschlechtsrollen auf gesundheitsrelevantes Verhalten? Die Bedeutung des Geschlechtsrollen-Selbstkonzeptes

Die These von WALDRON (1988), dass die Geschlechtsunterschiede in gesundheitsrelevantem Verhalten hauptsächlich durch gesellschaftliche Geschlechtsrollenerwartungen bestimmt sind, wird von den meisten Forschern und Forscherinnen geteilt. Es wird vermutet, dass geschlechtsspezifische Sozialisationsmuster bei der Entwicklung von Unterschieden im Gesundheitsverhalten eine Rolle spielen (WEIDNER, KOHLMANN, DOTZAUER & BURNS, 1996; KOLIP, 1997). Gesellschaftliche Erwartungen werden an das Individuum häufig über die relevanten Bezugsgruppen vermittelt; bei Jugendlichen spielen neben den Eltern deren „peer-groups“ eine nicht zu unterschätzende Rolle bei der Initiierung und Aufrechterhaltung von Verhaltensweisen, die gesundheitsschädlich sind (SALISCH, 2000).

Wie kommt es aber, dass manche Individuen eher in der Lage sind, dem sozialen Druck zu widerstehen als andere? Es ist anzunehmen, dass die Identifikation mit gesellschaftlichen Geschlechtsrollenerwartungen im Selbstkonzept eine wesentliche psychologische Variable darstellt, die den Zusammenhang vermittelt (s. SIEVERDING, in Druck). Bisher liegen erst wenige gesundheitspsychologische Studien vor, die auf individueller Ebene untersucht haben, inwiefern das Geschlechtsrollen-Selbstkonzept (G-SK) Auswirkungen auf Risikoverhalten und präventives Verhalten hat. Das Geschlechtsrollen-Selbstkonzept kann auf verschiedene Arten operationalisiert werden; am bekanntesten ist die Selbstbeschreibung mit Persönlichkeitsattributen, die als typischer entweder für das männliche oder weibliche Geschlecht gelten; eingeführte Messinstrumente sind der Personal Attributes Questionnaire (PAQ, SPENCE & HELMREICH 1978) und der BEM Sex Role Inventory (BRSI, BEM, 1974). Diese beiden Messinstrumente enthalten jeweils zwei Hauptskalen, mit denen instrumentelle (z.B. „selbstsicher“, „entscheidungsfreudig“) und expressive (z.B. „hilfsbereit“, „einfühlsam“) Persönlichkeitseigenschaften gemessen werden. Entsprechend dem Abschneiden auf den beiden Hauptskalen werden maskuline (hochinstrumentelle), feminine (hochexpressive), androgyne (auf beiden Skalen überdurchschnittliche Werte) und undifferenzierte (auf beiden Skalen unterdurchschnittliche Werte) Persönlichkeitstypen unterschieden (s. SIEVERDING & ALFERMANN, 1992; ALFERMANN, 1996; SIEVERDING, 1990). Eine vielversprechende, aber bisher erst in wenigen Studien eingesetzte Operationalisierung des Geschlechtsrollen-Selbstkonzeptes ist die Erfassung der Ähnlichkeit des Selbstkonzeptes mit gesellschaftlichen Prototypen (HABERMAS, 1990; SIEVERDING, 1997).

Rauchen und (Alkohol-) Trinken sind Verhaltensweisen, die traditionell eher als maskulin stereotypisiert wurden. Die Charakteristika, die gerade von Jugendlichen mit dem Rauchen assoziiert werden, wie beispielsweise „toughness“, Unkonventionalität oder Selbstvertrauen, scheinen inzwischen mehr und mehr auch von jungen Mädchen angestrebt zu werden. „If so, then the relative increase in smoking among females may in part parallel the gradual shift in the normative self-

concept of women over the past several years“ (EVANS, TURNER, GHEE & GETZ, 1990, S. 495). Von daher wäre zu erwarten, dass maskuline Personen beiderlei Geschlechts häufiger rauchen und Alkohol trinken als z.B. feminine oder androgyne Personen. Im folgenden werden einige Studien vorgestellt, in denen Zusammenhänge zwischen G-SK und den beiden Risikoverhaltensweisen untersucht wurden.

EVANS und Mitarbeiter (EVANS et al., 1990) ermittelten, dass androgyne Jugendliche seltener rauchten im Vergleich zu den drei anderen G-SK-Typen (feminine, undifferenzierte und maskuline). Sie interpretierten dieses Ergebnis als Unterstützung ihrer These, dass ein androgynes G-SK den Widerstand gegenüber dem sozialen Druck zu ungesunden Verhaltensweisen erleichtern könne. Möglicherweise seien androgyne Personen emotional stabiler und können gegenüber dem sozialen Druck, sich „männlich“ zu verhalten, widerstehen (EVANS et al., 1990). SHIFREN et al. (SHIFREN, BAUSERMAN & CARTER, 1993) untersuchten den Zusammenhang zwischen G-SK und Gesundheitsverhalten: androgyne Personen erreichten günstigere Werte bei verschiedenen gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen: unter anderem rauchten und tranken sie weniger. Wie EVANS et al. (1990) interpretieren sie diese Ergebnisse in dem Sinne, dass feminine Eigenschaften androgyne Personen besser gegen den sozialen Druck, sich „maskulin“ zu verhalten, schützen kann.

MOSHER und SIRKIN (1984) entwickelten einen Fragebogen zur Erfassung der sogenannten „Macho-Persönlichkeit“ von Männern. Die Werte auf diesem Hypermaskulinitätsfragebogen waren positiv mit Alkohol- und Drogenmißbrauch korreliert. JONES und Mitarbeiter (1978) stellten bei maskulinen Frauen mehr mit dem Trinken assoziierte Probleme fest als bei androgynen und femininen Frauen. SNELL, BELK und HAWKINS (1987) ermittelten einen positiven Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und der Selbstbeschreibung mit (sozial unerwünschten) maskulinen Persönlichkeitseigenschaften bei Männern und Frauen (erfasst über die M-Minus Skala des PAQ, Beispielitems: prahlerisch, überheblich, diktatorisch, s. SPENCE et al., 1979). Bei Frauen gab es zusätzlich noch einen signifikanten Effekt der sozial erwünschten expressiven Eigenschaften.

Frauen, die ein niedriges Maß an solchen expressiven Eigenschaften hatten, berichteten mehr Alkoholkonsum als Frauen mit einem hohen Maß an expressiven Eigenschaften. Auch dies wäre ein Hinweis, dass feminine Eigenschaften gewissermaßen als „Puffer“ gegen riskante Gesundheitsverhaltensweisen wirken könnten. KLEINKE und HINRICHS (1983) erfassten die Einstellungen von Frauen zu verschiedenen Facetten des Trinkens in Abhängigkeit von ihrem Geschlechterrollen-Selbstkonzept (erfasst mit dem BSRI). Androgyne und mehr noch maskuline Frauen sahen Alkoholtrinken viel stärker als ein soziales Ereignis an als feminine Frauen. Wie bei JONES et al. (1978) zeigten maskuline Frauen das höchste Potential für problematisches Trinken aufgrund von sozialem Druck („Drinking makes me feel sociable“, „When someone offers me a drink, I feel that I should accept it“) oder als Flucht vor sozialem Unwohlsein („I drink when I feel uncomfortable in social situations“) bzw. zur Emotionsbewältigung („When I go to a party I like to drink a beer to get in the mood“). Feminine Frauen äußerten die größte Distanz zum Trinken.

Insgesamt unterstützen die wenigen vorliegenden Studien die These, dass die Identifikation mit Geschlechterrollenerwartungen im Selbstkonzept die beiden Risikoverhaltensweisen beeinflusst, wobei der Zusammenhang zum Rauchen deutlich kleiner zu sein scheint als zum Trinken. Das würde ich darauf zurückführen, dass sich das Image des Rauchens viel stärker gewandelt hat und heute nicht mehr so eindeutig als maskuline Tätigkeit angesehen wird, während das Alkoholtrinken – insbesondere das starke Trinken – nach wie vor positiv mit Männlichkeit und negativ mit Weiblichkeit assoziiert ist.

In Zusammenhang mit präventivem Gesundheitsverhalten ist die Bedeutung von Geschlechterrollen und Geschlechterrollen-Selbstkonzepten bisher kaum erforscht. In einer eigenen Studie mit Klinikärzten und -ärztinnen sowie Medizinstudierenden wurde die These überprüft, dass die Inanspruchnahme professioneller Hilfe als „unmännlich“ angesehen wird (SIEVERDING, 1997). Es konnte gezeigt werden, dass die Motivation zur Teilnahme an einem Stressbewältigungskurs bei den männlichen Befragten umso geringer war, je mehr ihr Selbstkonzept dem in einer Vorstudie

erfassten „Marlboro-Mann“-Prototyp aus der Werbung ähnelte. Auffallend war weiterhin das in dieser Studie ermittelte schlechte Image des typischen Teilnehmers eines Stressbewältigungskurses, welches sehr stark von dem „Marlboro-Mann“-Prototyp abwich. Auch die in der Studie ebenfalls erfassten freien Assoziationen zum typischen Teilnehmer waren überwiegend negativ. Dazu einige Beispiele: Assoziiert wurde „jemand leicht depressives, der nicht mehr lachen kann“, „lauter langweilige Verwaltungsangestellte“, „überfordert“, oder „hoffnungslos, müde, fertig mit der Welt“. Diese Befunde ähneln den Ergebnissen einer Studie von NIEDENTHAL & MORDKOFF (1991), die fanden, dass die Prototypen typischer Psychotherapiepatienten stärker durch negative Persönlichkeitsmerkmale charakterisiert werden als durch positive.

6 Ausblick

Es ist zu erwarten, dass Gesundheitsvorteile von Frauen in dem Maße abnehmen, in dem sich ihr Risikoverhalten dem der Männer angleicht. Beim Rauchen haben die Frauen in den letzten Jahren deutlich nachgezogen, gerade in jüngeren Altersgruppen. Entsprechend wird damit gerechnet, dass sich mit einiger zeitlicher Verzögerung auch verstärkte gesundheitliche Kosten des Rauchens bei Frauen zeigen werden, z.B. eine Erhöhung der Lungenkrebsrate und der KHK-Mortalität bei Frauen (SHUMAKER & SMITH, 1996). Tatsächlich wurde in einer kürzlich in der Zeitschrift „Lancet“ veröffentlichten Untersuchung festgestellt, dass in Europa immer mehr Frauen an Lungenkrebs sterben, während bei Männern die Zahl der Lungenkrebstoten allmählich langsam zurückgeht (LEVI, LUCCINI, LA VECCHIA & NEGRI, 1999).

Forschungsbedarf besteht in Hinsicht auf die Aufklärung der auffallend großen Geschlechtsunterschiede in der Inanspruchnahme von Beratung und professioneller Hilfe in Fragen der Prävention und Gesundheitsförderung. Bei solchen Maßnahmen ist regelmäßig nur eine Minderheit männlich. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt klafft bei Männern eine riesige Diskrepanz zwischen Beratungsbedarf (s. z.B. EGARTNER et al., 1995) und Inanspruchnahme von Beratung bzw. professioneller Hilfe. Es ist zu vermuten, dass

die gegenwärtigen präventiven Maßnahmen eher auf die Bedürfnisse weiblicher Teilnehmer zugeschnitten sind und zu einem großen Teil an den Männern vorbeigehen.

Überprüft werden sollte auch der Einfluss von Geschlechtsrollen auf Selbstangaben zum Gesundheitsverhalten. So wie bei der Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes ein geschlechtsrollenabhängiger Reporting-Bias angenommen werden muss (SIEVERDING, 1998), wäre zu vermuten, dass auch bei Angaben über gesundheitsrelevantes Verhalten Verzerrungen im Sinne der sozialen Erwünschtheit auftreten, insbesondere bei Abweichungen von Geschlechtsrollenerwartungen. So mag es einer Frau schwerfallen, einen hohen Alkoholkonsum zuzugeben, ein Mann könnte dagegen Schwierigkeiten haben, von häufigen Arztbesuchen zu berichten.

Dass psychologische Variablen wie das Geschlechtsrollen-Selbstkonzept Risikoverhaltensweisen beeinflussen, konnte bereits in einigen Studien nachgewiesen werden. Rauchen und deutlicher noch Alkoholkonsum gelten als „männlich“ und werden mit Persönlichkeitsattributen assoziiert, die zum traditionellen männlichen Stereotyp passen, z.B. risikofreudig, selbstsicher oder unabhängig. Je mehr Männer (wie auch Frauen) sich mit solchen Attributen in ihrem Selbstkonzept beschreiben, desto positivere Einstellungen haben sie dem Rauchen und dem Trinken gegenüber und desto eher rauchen und trinken sie auch. Die Vermutung, dass die Identifikation mit Geschlechtsrollenerwartungen im Selbstkonzept auch präventives Verhalten beeinflusst, wurde durch die Ergebnisse einer eigenen Untersuchung unterstützt (SIEVERDING, 1997). Jedoch sind hier weitere Studien indiziert, z.B. zur Aufklärung der mangelnden Teilnahme von Männern an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen.

Zum Schluss sei noch ein Punkt angesprochen, der in diesem Beitrag nicht diskutiert wurde, der jedoch auch mit Geschlechtsrollen zu tun hat. Einhergehend mit der Veränderung insbesondere der weiblichen Geschlechterrolle hat sich seit den 50er Jahren der Anteil von berufstätigen Frauen deutlich erhöht (PFAU-EFFINGER, 1996). Es wird vermutet, dass eine zunehmende berufliche Orientierung von Frauen auch Auswirkungen auf deren gesundheitsrelevantes Ver-

halten hat. So verweisen einige Studien darauf, dass Risikoverhalten wie starkes Trinken bei berufstätigen Frauen und Frauen in hoher beruflicher Position häufiger auftritt als bei nicht berufstätigen Frauen und Frauen in niedrigerer beruflicher Position (HÄRTEL, STIEBER & KEIL, 1993; WALDRON, 1988; 1991). Auch wurde die Hypothese formuliert, dass das insgesamt gesundheitsbewusstere Verhalten von Frauen in dem Maße abnimmt und sich dem männlichen Verhalten annähert, in dem sie (häufig zusätzlich zu ihrer familiären Verantwortung) beruflich engagiert sind. Allerdings ist die Befundlage zu dieser Konvergenzhypothese (WALDRON, 1997) bei weitem nicht eindeutig und insbesondere nicht für verschiedene gesundheitsrelevante Verhaltensweisen einheitlich (s. WALDRON, 1991; 1997). So fanden verschiedene Studien (zit. in WALDRON, 1988) keine konsistenten Unterschiede zwischen berufstätigen Frauen und Hausfrauen in der Bereitschaft, bei Krankheitssymptomen einen Arzt aufzusuchen. In einer eigenen Studie gaben beruflich engagierte Klinikärztinnen eine deutlich höhere Motivation zur Teilnahme an einem Stressbewältigungskurs an als ihre männlichen Kollegen, trotz vergleichbarer hoher beruflicher Belastung (SIEVERDING, 1997). Möglicherweise beeinflussen Geschlechtsrollen Risikoverhalten und präventives Verhalten in unterschiedlicher Weise? Weitere Forschung zur Klärung dieser Fragen ist dringend notwendig.

Literatur

- ALFERMANN, D. (1996). *Geschlechterrollen und geschlechtstypisches Verhalten*. Stuttgart: Kohlhammer.
- ANDERSEN, H., BORMANN, C. & ELKELES, T. (1993). Kennziffern zur Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Leistungen – Methodische und inhaltliche Aspekte des Stellenwertes von Surveydaten. *Sozial- und Präventivmedizin*, 38, 26–33.
- BEM, S.L. (1974). The measurement of psychological androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 155–162.
- BÖHM, A. (1995, Juni). *Inanspruchnahme von psychologischen Präventionsangeboten der AOK Berlin*. Vortrag auf der 2. Tagung der Fachgruppe Gesundheitspsychologie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, Trier.
- BORN, P. (1992). *Geschlechterrolle und diagnostisches Urteil*. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag.
- CLEARY, P.D., MECHANIC, D. & GREENLEY, J.R. (1982). Sex differences in medical care utilization: An empirical investigation. *Journal of Health and Social Behavior*, 23, 106–119.
- DEAN, K. (1989). Self-care components of lifestyles: The importance of gender, attitudes and the social situation. *Social Science & Medicine*, 29, 137–152.
- DEUTSCHER BUNDESTAG (1997). *Frauenspezifische Gesundheitsversorgung* (Drucksache 13/6893). Bonn: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH.
- DLUGOSCH, G.E. & KRIEGER, W. (1995). *Fragebogen zur Erfassung des Gesundheitsverhaltens*. Frankfurt: Swets Test Services.
- DUELBERG, S.I. (1992). Preventive health behavior among black and white women in urban and rural areas. *Social Science & Medicine*, 34, 191–198.
- EGARTNER, E., HENRICH, G., HERSCHBACH, P., SELLSCHOPP, A. & BREUNINGER, H. (1995). Psychosozialer Beratungsbedarf – Ein Vergleich von Frauen und Männern im Osten und Westen der Bundesrepublik Deutschland. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 45, 321–328.
- EVANS, R.I., TURNER, S.H., GHEE, K.L. & GETZ, J.G. (1990). Is androgynous sex role related to cigarette smoking in adolescents? *Journal of Applied Social Psychology*, 20, 494–505.
- GIJSBERS VAN WIJK, C.M.T., KOLK, A.M., VAN DEN BOSCH, H.M. & VAN DEN HOOGEN, H.J.M. (1992). Male and female morbidity in general practice: The nature of sex differences. *Social Science & Medicine*, 35, 665–678.
- GOMBERG, E.S.L. (1982). Historical and political perspective: Women and drug use. *Journal of Social Issues*, 38, 9–23.
- HABERMAS, T. (1990). Die geschlechtstypischen Real- und Idealselfbilder von bulimischen Patientinnen und Nicht-Patientinnen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 19, 50–60.
- HABERMAS, T. (1994). *Zur Geschichte der Magersucht. Eine medizinisch-psychologische Rekonstruktion*. Frankfurt: Fischer.
- HÄRTEL, U. (1988). Geschlechtsspezifische Inanspruchnahme medizinischer Hilfe. Ergebnisse der Münchner Blutdruckstudie. *Sozial- und Präventivmedizin*, 33, 148–154.
- HÄRTEL, U., STIEBER, J. & KEIL, U. (1993). Der Einfluß von Ausbildung und beruflicher Position auf Veränderungen im Zigarettenrauchen und Alkoholkonsum: Ergebnisse der MONICA Augsburg Kohortenstudie. *Sozial- und Präventivmedizin*, 38, 133–141.
- HERMANN, S. & HIESTERMANN, A. (1995). *Zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Frauen in Berlin*. Diskussionsbeiträge zur Gesundheits- und Sozialforschung (Diskussionspapier 26). Berlin: Senatsverwaltung für Gesundheit.
- HIBBARD, J.H. & POPE, C.R. (1986). Another look at sex differences in the use of medical care: Illness orientation and the types of morbidities for which services are used. *Women & Health*, 11, 21–36.
- HOFFMEISTER, H. & BELLACH, B.-M. (Hrsg.). (1995). *Die Gesundheit der Deutschen*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- JONES, W.H., CHERNOVETZ, M.E. & HANSSON, R.O. (1978). The enigma of androgyny: Differential implications for males and females? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 298–313.
- KANDRACK, M.-A., GRANT, K.R. & SEGALL, A. (1991). Gender differences in health related

behaviour: Some unanswered questions. *Social Science & Medicine*, 32, 579–590.

KIRSCHNER, W. & RADOSCHESKI, M. (1993). *Gesundheits- und Sozialsurvey Berlin*. Diskussionsbeiträge zur Gesundheits- und Sozialforschung (Diskussionspapier 17). Berlin: Senatsverwaltung für Gesundheit.

KIRSCHNER, W., RADOSCHESKI, M. & KIRSCHNER, R. (1995). § 20 SGB V Gesundheitsförderung, Krankheitsverhütung. Untersuchung zur Umsetzung durch die Krankenkassen. St. Augustin: Asgard.

KLEINKE, C.L. & HINRICHS, C.A. (1983). College adjustments problems and attitudes toward drinking reported by feminine, androgynous, and masculine college women. *Psychology of Women Quarterly*, 7, 373–382.

KNUTH, H., BAST, U. & SCHNEIDER, V. (1995). Gesundheitsverhalten bei Schülern. *Prävention*, 18, 103–105.

KOLIP, P. (1997). *Geschlecht und Gesundheit im Jugendalter*. Opladen: Leske & Budrich.

KROENKE, K. & SPITZER, R.L. (1998). Gender differences in the reporting of physical and somatoform symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 60, 150–155.

LANDRINE, H., BARDWELL, S. & DEAN, T. (1988). Gender expectations for alcohol use: A study of the significance of the masculine role. *Sex Roles*, 19, 703–712.

LEMLE, R. & MISHKIND, M.-E. (1989). Alcohol and masculinity. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 6, 213–222.

LEVI, F., LUCCINI, F., LA VECCHIA, C. & NEGRI, E. (1999). Trends in mortality from cancer in the European Union, 1955–94. *Lancet*, 354, 742–743.

LEX, B.W. (1991). Some gender differences in alcohol and polysubstance abuse. *Health Psychology*, 10, 121–132.

LINDEN, M., GILBERG, R., HORGAS, A.L. & STEINHAGEN-THIESSEN, E. (1996). Die Inanspruchnahme medizinischer und pflegerischer Hilfe im hohen Alter. In K.U. MAYER & P.B. BALTES (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie* (S. 475–495). Berlin: Akademie Verlag.

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

MAYER, K.U. & BALTES, P.B. (Hrsg.) (1996). *Die Berliner Altersstudie*. Berlin: Akademie Verlag.

MEIJERJÜRGEN, R. & SCHULTE, M. (1993). Routinestatistiken im Gesundheitsförderungsbe- reich: Aufgaben – Ziele – erste Ergebnisse. *Zeitschrift für Präventivmedizin und Gesundheitsförderung*, 5, 61–66.

MOSHER, D.L. & SIRKIN, M. (1984). Measuring a macho personality constellation. *Journal of Research in Personality*, 18, 150–163.

NATHANSON, C.A. (1975). Illness and the feminine role: A theoretical review. *Social Science & Medicine*, 9, 57–63.

NIEDENTHAL, P.M. & MORDKOFF, J.T. (1991). Prototype distancing: A strategy for choosing among threatening situations. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 17, 483–493.

OLLENSCHLÄGER, G. & DENECKE, A. (1994). Prävention und Gesundheitsförderung als Aufgabe der gesetzlichen Krankenkassen – dargestellt am Beispiel einer Ortskrankenkasse. *Gesundheitswesen*, 56, 423–429.

PFAU-EFFINGER, B. (1996). Analyse internationaler Differenzen in der Erwerbsbeteiligung von Frauen. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 48, 462–492.

PUDEL, V. (1997). Ernährung. In R. SCHWARZER (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 151–174). Göttingen: Hogrefe.

REDDY, D.M., FLEMING, R. & ADESSO, V.J. (1992). Gender and health. In S. MAES, H. LEVENTHAL & M. JOHNSTON (Eds.), *International Review of Health Psychology*, Vol. 1 (pp. 3–32). Chichester: Wiley.

RODIN, J., SILBERSTEIN, L. & STRIEGEL-MOORE, R. (1985). Women and weight: A normative discontent. In T.B. SONDEREGGER (Ed.), *Psychology and gender: Nebraska symposium on motivation* (pp. 267–307). Lincoln: University of Nebraska Press.

ROSS, C.E. & BIRD, C.E. (1994). Sex stratification and health lifestyle: Consequences for men's and women's perceived health. *Journal of Health and Social Behavior*, 35, 161–178.

SALISCH, M.V. (2000). Zum Einfluß von Gleichaltrigen (Peers) und Freunden auf die Persönlichkeitsentwicklung. In M. AMELANG (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie (Serie VI-II: Differentielle Psychologie und Persönlichkeitsforschung, Band 4, S. 345–405)*. Göttingen: Hogrefe.

SALTONSTALL, R. (1993). Healthy bodies, social bodies: Men's and women's concepts and practices of health in everyday life. *Social Science & Medicine*, 36, 7–14.

SCHWARZER, R. (1996). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens* (2. überarbeitete und erweiterte Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

SHIFREN, K., BAUSERMAN, R. & CARTER, C.B. (1993). Gender role orientation and physical health: A study among young adults. *Sex Roles*, 29, 421–432.

SHUMAKER, S.A. & SMITH, T.R. (1996). Frauen und koronare Herzkrankheiten – eine psychologische Perspektive. In U. MASCHESKY-SCHNEIDER (Hrsg.), *Frauen – das kranke Geschlecht? Mythos und Wirklichkeit* (S. 19–42). Opladen: Leske & Budrich.

SIEVERDING, M. (1990). *Psychologische Barrieren in der beruflichen Entwicklung von Frauen. Das Beispiel der Medizinerinnen*. Stuttgart: Enke.

SIEVERDING, M. (1993). Geschlecht und physische Attraktivität. In M. HASSEBRAUCK & R. NIKETTA (Hrsg.), *Physische Attraktivität* (S. 235–269). Göttingen: Hogrefe.

SIEVERDING, M. (1997). Die Bedeutung von Prototype-Matching für präventives Verhalten: Ist die Teilnahme an Streßbewältigungskursen „unmännlich“? *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 5, 272–289.

SIEVERDING, M. (1998). Sind Frauen weniger gesund als Männer? Überprüfung einer verbreiteten Annahme anhand neuerer Befunde. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 50, 471–489.

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

SIEVERDING, M. & ALFERMANN, D. (1992). Instrumentelles (maskulines) und expressives (feminines) Selbstkonzept: Ihre Bedeutung für die Geschlechterrollenforschung. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 23, 6–15.

SILBEREISEN, R.K. (1997). Konsum von Alkohol und Drogen über die Lebensspanne. In R. SCHWARZER (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 189–208). Göttingen: Hogrefe.

SNELL, W.E., BELK, S.S. & HAWKINS, R.C. (1987). Alcohol and drug use in stressful times: The influence of the masculine role and sex-related personality attributes. *Sex Roles*, 17, 359–373.

SPENCE, J.T. & HELMREICH, R.L. (1978). *Masculinity & femininity. Their psychological dimensions, correlates, & antecedents*. Austin: University of Texas Press.

SPENCE, J.T., HELMREICH, R.L. & HOLAHAN, C.K. (1979). Negative and positive components of psychological masculinity and femininity and their relationship to self-reports of neurotic and acting out behaviors. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1673–1682.

STATISTISCHES BUNDESAMT (1998). *Gesundheitsbericht für Deutschland*. Stuttgart: Metzler-Poeschel.

STEPTOE, A., SANDERMAN, R. & WARDLE, J. (1995). Stability and changes in health behaviours in young adults over a one year period. *Psychology and Health*, 10, 155–169.

STEPTOE, A., WARDLE, J., VINCK, J., TUOMISTO, M., HOLTE, A. & WICHSTROM, L. (1994). Personality and attitudinal correlates of healthy and unhealthy lifestyles in young adults. *Psychology and Health*, 9, 331–341.

TRAUTNER, H.M. (1994). Geschlechtsspezifische Erziehung und Sozialisation. In K.A. SCHNEEWIND (Hrsg.), *Psychologie der Erziehung und Sozialisation* (S. 167–195). Göttingen: Hogrefe.

UNGER, R.K. (1979). Toward a redefinition of sex and gender. *American Psychologist*, 34, 1085–1094.

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

WALDRON, I. (1988). Gender and health-related behavior. In D.S. GOCHMAN (Ed.), *Health behavior* (pp. 193–208). New York: Plenum.

WALDRON, I. (1991). Effects of labor force participation on sex differences in mortality and morbidity. In M. FRANKENHAEUSER, U. LUNDBERG & M. CHESNEY (Eds.), *Women, work and health* (pp. 17–38). New York: Plenum.

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

WARDLE, J. & STEPTOE, A. (1991). The European Health and Behaviour Survey: Rationale, methods and initial results from the United Kingdom. *Social Science & Medicine*, 33, 925–936.

WEIDNER, G., KOHLMANN, C.-W., DOTZAUER, E. & BURNS, L.R. (1996). The effects of academic stress on health behaviors in young adults. *Anxiety, Stress, and Coping*, 9, 123–133.

ZEMP, E. & ACKERMANN-LIEBRICH, U. (1988). Geschlechtsunterschiede in Gesundheit und Gesundheitsverhalten. *Sozial- und Präventivmedizin*, 33, 186–192.