

Ellen Kuhlmann und Petra Kolip

Das Geschlechterparadox in der Gesundheitsforschung

Welche Rolle spielt privilegierte Berufstätigkeit?

In allen westlichen Industrienationen leben Frauen länger als Männer (Kolip 1995; Miles 1991; Waldron 1993) und bewerten ihren Gesundheitszustand zugleich subjektiv schlechter (Maschewsky-Schneider et al. 1988; Zemp und Ackermann-Liebrich 1988). Sie geben mehr Beschwerden an (Härtel 1995), nehmen mehr Medikamente ein (Ernst 1991; Vogt 1985) und häufiger professionelle Hilfe in Anspruch (Härtel 1988). Zugleich verhalten sie sich gesundheitsbewußter (Blaxter 1990; Marstedt 1994; Maschewsky-Schneider 1994). Wie sind diese paradox erscheinenden geschlechtsspezifischen Gesundheitsdaten zu erklären? Neuere Untersuchungen, die Geschlecht nicht nur als biologische Kategorie betrachten, sondern soziokulturelle Einflüsse berücksichtigen, werfen auch ein neues Licht auf die Unterschiede der Geschlechter. Die Reanalyse einiger Daten kann aufzeigen, daß das komplexe und multi-kausale Gesundheits- und Krankheitsgeschehen kaum durch universale Erklärungsmodelle wie Rollenhypothesen oder Sozialisierungserfahrungen zu erklären ist (Macintyre et al. 1996). Auch biologisch-genetische Unterschiede bleiben als Erklärungsfaktoren unbefriedigend (Waldron 1983), obschon sie nicht völlig gegenstandslos sein können. Vielmehr sind in einem umfassenden Sinn psychosoziale Einflußfaktoren und geschlechtsspezifische Lebenslagen zu berücksichtigen. Vor allem anglo-amerikanische und skandinavische Studien analysieren die Bedeutung der Berufstätigkeit und die Veränderungen in den geschlechtsspezifischen Anforderungen und Erfahrungen als Einflußfaktoren und diskutieren sie als Erklärungsmodelle für die qualitativen und quantitativen Geschlechterdifferenzen (Elstad 1996; Haavio-Mannila 1986; Rodin und Ickovics 1990). Aussagen über Männer und Frauen in gleichen beruflichen Positionen liegen jedoch kaum vor (vgl. Koch und Müller 1994), obwohl gerade die Berücksichtigung vergleichbarer beruflicher Situationen Auskunft darüber geben könnte, ob Geschlechtsunterschiede in Gesundheit und Krankheit bestehen bleiben, wenn die soziale Situation vergleichbar ist. Die Bedeutung spezifischer Arbeitsplatz- und

Berufsmerkmale wurde bisher meist nur für Männer analysiert (kritisch Resch et al. 1994). Werden Frauen betrachtet, dann wurde ihnen lange Zeit pauschal ein Rollenkonflikt unterstellt (Gove 1984; kritisch Sieverding 1990). Die These der Doppelbelastung wird allein durch die bereits im Kindes- und Jugendalter nachzuweisenden Geschlechtsunterschiede (siehe die Beiträge in Kolip 1994a; Sweeting 1995) fragwürdig. Mehrere AutorInnen testeten die Hypothese der multiplen Rollen und fanden, daß Berufstätigkeit auch für Frauen eher einen günstigen Einfluß auf die Gesundheit hat (Hibbard und Pope 1991; Martikainen 1995; Nathanson 1980; Weatherall et al. 1994; vgl. Sorensen und Verbrugge 1987), obwohl die Ergebnisse inkonsistent sind (Waldron et al. 1982; Waldron 1980; kritisch Rosenfield 1989). Die Fokussierung auf Rollenmodelle kann nichts über die spezifischen Arbeitsplatzmerkmale und deren geschlechtsspezifische Verteilung aussagen. Nach Ergebnissen der Streß- und Coping-Forschung und der Arbeitspsychologie lassen sich einige protektive Merkmale von Berufen benennen. Aus der Frauenforschung ist seit langem bekannt, daß Frauen die unteren Plätze auf dem Arbeitsmarkt einnehmen (Gottschall 1995) und somit auch die gesundheitsförderlichen Merkmale von Berufen nach Geschlecht verteilt sind. Frauen sind häufiger teilzeitbeschäftigt, werden schlechter bezahlt und sind stärker von Arbeitslosigkeit bedroht. Bisherige Untersuchungen fragten v.a. nach Unterschieden in den Lebenslagen und Belastungen von Frauen und Männern. Wie stellen sich aber die geschlechtsspezifischen Gesundheitsdaten dar, wenn Frauen und Männer in gleichen und statushohen beruflichen Positionen betrachtet werden, wenn die negativen Einflüsse der ungünstigeren Arbeitsplätze der Frauen nicht zutreffen?

Gesundheit und Beruf

Der Zusammenhang von Gesundheit und Beruf wird seit langem von verschiedenen Fachrichtungen mit unterschiedlichen Fragestellungen beleuchtet. Allein die Tatsache, daß der Sozialstatus, der sich in objektiven und subjektiven Gesundheitsdaten als Differenzierungskriterium erweist (Kühn 1993; siehe die Beiträge in Laaser et al. 1995), maßgeblich über den Beruf bestimmt wird, weist auf Verbindungslinien hin. Der Sozialstatus hat jedoch für die Gesundheit von Frauen eine geringere prädiktive Funktion als für die von Männern (Marmot et al. 1991; Popay et al. 1993). Koskinen und Martelin (1994) fragen nach den Gründen hierfür und relativieren die Aussage für die Mortalitätsdaten: Bei nicht-verheirateten Frauen ist die Konfundierung mit sozioökonomischen

Variablen ähnlich stark wie bei Männern (siehe dazu auch Miller et al. 1979). Auch für das Gesundheitsverständnis und präventive Handeln wurde der Einfluß des Berufes nachgewiesen (Briziarelli 1988; Faltermaier 1994; Marstedt 1994; Pierret 1988). In der Untersuchung von Saltonstall (1993) betrachten vor allem Männer ihre beruflichen Verpflichtungen als Hindernis für gesundheitsförderliches Verhalten. Die salutogenetische Perspektive interessiert sich für die gesundheitsförderlichen Arbeitsbedingungen und protektiven Funktionen des Berufes. Die Verwirklichung langfristiger Zielsetzungen, die Erweiterung der eigenen Handlungsfähigkeit und hohe berufliche Arbeitsanforderungen, die langfristiges Planen und Verfolgen von Zielen ermöglichen, sind gesundheitsrelevante Schutzfaktoren (Greiner und Ducki 1991). Die Schaffung gesundheitsförderlicher Arbeitsplätze ist nicht allein durch eine Verringerung der Belastungen zu erzielen, sondern ebenso durch Arbeitsaufgaben, die die persönliche Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit stärken.

Die geschlechtsspezifische Gesundheitsforschung hat zwar vielfältige gesundheitsrelevante Unterschiede zwischen Frauen und Männern aufgedeckt, sie berücksichtigt allerdings nur selten den Einfluß von Arbeitsbedingungen. Es ist zu vermuten, daß die als gesundheitsförderlich ermittelten Merkmale von Berufen in höherem Maße auf solche Arbeitsplätze zutreffen, die von Männern eingenommen werden. Die geringe Präsenz von Frauen in professionellen Berufen (siehe die Beiträge in Wetterer 1995) und im Management (Nerge 1992), die beide die Merkmale Selbstbestimmtheit und Handlungsspielraum aufweisen, sollen hier als Belege genügen. Einige Untersuchungen liefern Hinweise auf den Einfluß des Berufes auf die geschlechtsspezifischen Daten. Anson und ihre Kolleginnen (1993) können die ausgeprägtere Symptomwahrnehmung bei Frauen für die Hälfte der Symptome mit den Variablen Bildung, bezahlte Arbeit und Zufriedenheit erklären. Sie zeigen, daß geschlechtstypische Anforderungen die Krankheitsrisiken für Frauen erhöhen: Sie haben oftmals einen negativen Einfluß auf die Widerstandsfähigkeit gegen Krankheiten und einen indirekten Effekt über die negative Wahrnehmung der Gesundheit. Auch Daten der Framingham-Studie zeigen Zusammenhänge zwischen Arbeitsplatzmerkmalen und dem Risiko koronarer Herzerkrankungen bei Frauen auf (Haynes und Feinleib 1980; siehe auch Lewin und Olesen 1985). Geringe Macht ist für beide Geschlechter ein Prädiktor für den Gesundheitsstatus (Seeman und Lewis 1995). Rosenfield (1989) testete die Hypothese der persönlichen Kontrolle an drei großen US-Surveys und fand eine Beziehung zwischen geringen Kontrollmöglichkeiten und

höheren Raten von Angst und Depressivität. Sie interpretiert die höheren Raten bei Frauen als Ausdruck der sozialen Stellung: Als Hausfrauen und ebenso als Erwerbstätige auf den unteren Rängen des Arbeitsmarktes haben Frauen geringe Kontrollmöglichkeiten über ihre persönliche Situation. Obwohl die beiden letztgenannten Studien nicht unmittelbar nach Arbeitsplatzmerkmalen fragen, bieten sie doch wichtige Hinweise: Macht und Kontrollmöglichkeiten werden nicht nur im Beruf ausgebildet, aber Berufe lassen sich nach diesen Kriterien unterscheiden. Rodin und Ickowics (1990) weisen darauf hin, daß entgegen landläufigen Meinungen für Frauen in hochqualifizierten Berufen kein höheres Gesundheitsrisiko als für Männer besteht. Die These wird durch die Analyse der Mortalitätsdaten deutscher ÄrztInnen gestützt: Danach besteht kein Anhalt für eine im Vergleich zur weiblichen Normalbevölkerung geringere Lebenserwartung von Ärztinnen (Volkman 1994). Für schweizer Ärztinnen konnten Ackermann-Liebrich und Wick (1991) sogar eine etwas höhere Lebenserwartung nachweisen. Zusammengefaßt deuten die vorliegenden Ergebnisse darauf hin, daß geschlechtsspezifische Ausprägungen in den Gesundheitsdaten nach Berufen variieren und zudem möglicherweise nach Geschlecht zu unterscheidende Bewältigungsstrategien ausgebildet werden.

Geschlechterverhältnisse und Gesundheit

Neuere feministische Theorien diskutieren Geschlecht als eine soziale und kulturelle Konstruktion (»doing gender«, vgl. West und Zimmerman 1987) und können so auch Differenzen innerhalb der Gruppe der Frauen erfassen (siehe die Beiträge in Armbruster et al. 1995). West (1993) zeigt anhand einer Untersuchung über das Arzt/Ärztin-PatientIn-Verhältnis den Nutzen eines ethnomethodologischen Ansatzes auf, der Geschlechterunterschiede nicht auf das biologische Geschlecht oder Rollen- und Statusprobleme reduziert: Geschlecht wird nicht länger als etwas betrachtet, was man und frau »ist«, sondern was sie bzw. er tun. So wird der Blick auf die Interaktion und ebenso auf institutionelle Bedingungen gelenkt. Auch Saltonstall (1993) geht davon aus, daß »doing health« eine Form des »doing gender« ist: Danach sind Gesundheits-handlungen über den Körper ausgedrückte soziale Handlungen, die die soziale Ordnung, die sozialen und kulturellen Interpretationen von männlich und weiblich, bestätigen oder infragestellen. Dem Geschlecht kommt eine Schlüsselrolle in der Interpretation und Konstruktion des Selbstbildes und des Körpers als gesund zu. Stein-Hilbers (1995) interpretiert die nach Geschlecht zu unterscheidenden Gesundheits- und

Krankheitsdaten im Kontext der kulturellen Reproduktion von Zweigeschlechtlichkeit als Indikatoren des Geschlechterverhältnisses und der Geschlechterordnung. Sie zeigt auf, wie der Umgang mit dem Körper in die vertrauten Formen von Männlichkeit und Weiblichkeit eingebunden ist und spezifische Formen von Wohlbefinden und Krankheit zum Ausdruck bringt (für das Jugendalter vgl. Helfferich 1994). Wenn Geschlecht sozial und kulturell konstruiert ist, dann ist es naheliegend, daß geschlechtsspezifische Gesundheitsdaten sozialen Einflüssen unterliegen und damit variabel sind. Die empirischen Untersuchungen von Elstad (1996) und Haavio-Mannila (1986) weisen in diese Richtung: Haavio-Mannila fand in einem Vergleich der Gesundheitsdaten von Frauen in den skandinavischen Ländern, daß verheiratete berufstätige Frauen nur in Schweden körperlich und psychisch ebenso gesund wie Männer und gesünder als nicht-erwerbstätige Frauen sind. In den anderen Ländern sind höhere Raten von Ängstlichkeit bei berufstätigen verheirateten Frauen zu dokumentieren, obschon die Berufstätigkeit insgesamt eher einen günstigen Einfluß hat. Sie weist auf die schwedische Sozialpolitik hin, die die Frauenerwerbstätigkeit begünstigt. Elstad analysiert die Gesundheitsdaten norwegischer Frauen anhand nationaler Gesundheitssurveys von 1968-91: Die Unterschiede verstärken sich zunehmend zugunsten der erwerbstätigen Frauen. Als Erklärung werden die gestiegene Frauenerwerbstätigkeit, veränderte Normen, die das Selbstbewußtsein erwerbstätiger Frauen fördern und verbesserte Möglichkeiten zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie diskutiert. Beide Arbeiten können einen Zusammenhang zwischen den Einstellungen zur Frauenerwerbstätigkeit und sozialpolitischen Maßnahmen mit geschlechtsspezifischen Gesundheitsdaten aufzeigen.

Weder die Gesundheit noch das Geschlecht sind ausschließlich biologische Kategorien, beide werden alltäglich im Lebenskontext hergestellt und können vielfältige Erscheinungsformen annehmen. Das mehrdimensionale Verständnis von Gesundheit soll auch sprachlich durch den Plural »Gesundheiten« zum Ausdruck gebracht werden. Wenn der Beruf maßgeblichen Einfluß auf die Gesundheiten hat und Berufe sowie der Arbeitsmarkt zugleich durch das Geschlecht strukturiert werden (Acker 1991; Gottschall 1995), dann erscheint es notwendig, diese komplexen Zusammenhänge in gesundheitlicher Hinsicht aufzuspüren. Ein Verständnis von Gesundheiten und Geschlecht als prozeßhaftes Geschehen, an dem Arbeits- und Berufserfahrungen ihren Anteil haben, legt nahe, eben diese Erfahrungen für die Analyse des geschlechtsspezifischen Gesundheitsgeschehens heranzuziehen. Berufstätigkeit ist bei einem Anteil von 43% Frauen an der erwerbstätigen Bevölkerung in

Deutschland längst die Norm auch weiblicher Biographien (Kischke 1996). Für eine wachsende Zahl lediger oder alleinverdienender Frauen ist die bezahlte Arbeit ebenso notwendig und selbstverständlich wie für Männer; für ostdeutsche Frauen war der Hausfrauenstatus immer die Ausnahme. Die Frage ist nicht, ob Frauen berufstätig sein sollen, sondern unter welchen Bedingungen sie arbeiten und es scheint an der Zeit, diese strukturellen Veränderungen mit Blick auf die Gesundheit zu analysieren. Im Rekurs auf salutogenetische Fragestellungen (Antonovsky 1987) stehen die gesundheitsförderlichen Potentiale von Berufen im Vordergrund. Wenn die geschlechtsspezifischen Gesundheitsausprägungen tiefgreifend mit den Konstruktionen von Männlichkeit und Weiblichkeit verwoben sind, dann stellt sich die Frage, welche Bedeutung gleiche, aber männlich geprägte Berufspositionen für Frauen erlangen. Einiges spricht für eine partielle Angleichung. Doch »das Geschlecht läuft immer mit«, wie es Dagmar Schultz (1991) ausdrückt und auch hier gilt die Alltagsweisheit: »Wenn zwei das gleiche tun, ist es noch lange nicht dasselbe«.

Ergebnisse einer empirischen Studie mit ProfessorInnen

Die nachfolgend vorzustellenden Ergebnisse sind Teil einer explorativen Studie mit ProfessorInnen, die die Beziehung zwischen Gesundheit, Beruf und Geschlecht in subjektbezogener Perspektive ermittelte (Kuhlmann 1996). Mit der Gruppe der ProfessorInnen wurden Individuen am oberen Ende der beruflichen Skala ausgewählt, für die ein hoher Stellenwert des Berufes im Lebenskonzept (Baus 1994; Schultz 1991) und gesundheitsförderliche Arbeitsplatzmerkmale (Badura und Pfaff 1989; Greiner und Ducki 1991) angenommen werden können. Der Einfluß der Merkmale Alter, Bildung, soziale Schicht und Ethnie, der in anderen Untersuchungen nachgewiesen wurde (vgl. Blaxter 1990; Schulze und Welters 1991), kann in dieser Berufsgruppe aufgrund der vergleichsweise hohen Übereinstimmung vernachlässigt werden. Das Geschlecht ist jedoch ein hochgradiges Selektionskriterium (Baus 1994; Schultz 1991). Trotz Frauenförderplänen und Gleichstellungsgesetzen bewegt sich die Quote der Professorinnen um die Fünf-Prozent-Grenze und liegt in vielen Fachbereichen sogar noch darunter (Färber und Henninger 1994). Die Daten der Studie wurden Ende 1995 an zwei Universitäten in den alten Bundesländern in einer kombinierten Fragebogen- (n=50) und Interviewstudie (n=22) erhoben. Die Stichprobe wurde nach dem Zufallsprinzip ermittelt (für Details siehe Kuhlmann 1996). Der Fragebogen beinhaltete offene Fragen und siebenstufige

Rating-Skalen. Die Professorinnen und Professoren wurden u.a. um eine Einschätzung der eigenen Gesundheit, Angaben zu subjektiven Beeinträchtigungen, Inanspruchnahme professioneller Hilfe sowie den persönlichen Gestaltungsmöglichkeiten und Aktivitäten für die Gesundheit gebeten. Weitere Fragen ermittelten die Einschätzung der beruflichen Erfahrungen, Belastungen und Zufriedenheit sowie positive und gesundheitsförderliche Merkmale des Berufes. Diese Themenkomplexe wurden in einem semi-strukturierten Interview vertieft. Die offenen Fragen im Fragebogen wurden inhaltsanalytisch zu Kategorien zusammengefaßt, die skalierten Daten statistisch geprüft und die Interviews interpretativ ohne EDV-gestützte Verfahren ausgewertet. Für die Teilstichprobe der Interviewten wurde an ausgewählten Fragen ein Vergleich der Methoden vorgenommen. Das durchschnittliche Alter der ProfessorInnen beträgt 51,5 Jahre. Die Auswertung des Familienstatus zeigt für die Gesamtstichprobe etwa gleich viele verheiratete Männer und Frauen (78%), so daß hieraus resultierende Einflüsse in der geschlechtsspezifischen Betrachtung vernachlässigt werden können. Die Männer haben jedoch signifikant häufiger und zudem mehr Kinder als die Frauen.

Die Ergebnisse der Studie zeigen, daß Männer und Frauen Gesundheit ähnlich definieren und die Vorstellungen über die relevanten Einflußfaktoren teilen. Sie äußern ein überwiegend positiv formuliertes und oftmals mehrdimensionales Verständnis von Gesundheit. Auch werden multifaktorielle Einflüsse auf die Gesundheit von Frauen wie von Männern definiert. Die genannten Einflußfaktoren weisen mehrfache Bezüge zu beruflichen Erfahrungen und Arbeitsbedingungen auf. Der Beruf wird von Männern wie Frauen in sehr ähnlicher Weise als Ressource wahrgenommen. Die in anderen Studien ermittelten positiven und gesundheitsförderlichen Arbeitsmerkmale (Badura und Pfaff 1989; Greiner & Ducki 1991) werden im wesentlichen durch die Aussagen der ProfessorInnen bestätigt. In den Interviews werden v.a. die Kombination von hohem Handlungsspielraum und Identifikation mit den Inhalten und die »Freude an der Arbeit« mehrfach als der Gesundheit förderlich dargestellt. Wie in berufssoziologischen Studien (Schultz 1991) betonen Frauen etwas stärker die inhaltlichen Dimensionen der Arbeit und Männer die Selbstbestimmtheit/Strukturen. Frauen nennen den Beruf auch etwas häufiger als relevanten Einflußfaktor auf die Gesundheit. Keine der auf den Beruf fokussierenden Fragen weist in der Auswertung der Fragebögen auffällige oder statistisch signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede auf. In den Interviews thematisieren jedoch mehrere Frauen Erfahrungen mit

geschlechtsspezifischer Diskriminierung. Frauen und Männer schätzen ihre berufliche Zufriedenheit überwiegend sehr hoch ein, niedrige Ausprägungen werden von niemandem genannt. Die Fragen nach den wichtigsten Impulsen für das Wohlbefinden und nach den Belastungen wurden ebenfalls mittels der Selbsteinschätzung auf den Rating-Skalen differenziert nach den drei Bereichen »Beruf«, »Familie/Freunde« und »andere« erfaßt: 80% der Befragten messen den Impulsen aus dem Beruf eine hohe Bedeutung zu. Der Geschlechtervergleich zeigt nur sehr geringfügige Unterschiede: Frauen bewerten die Impulse aus dem Beruf etwas höher, was mit der etwas stärker ausgeprägten Betonung von Beruf als Einflußfaktor auf die Gesundheit korreliert. Die Impulse für das Wohlbefinden aus der Familie werden ähnlich hoch bewertet wie die beruflichen Impulse, aber tendenziell etwas stärker von Frauen betont. Die in anderen Untersuchungen beschriebene Orientierung von Frauen auf Familie und Freunde (Nestmann und Schmerl 1989; Saltonstall 1993) zeigt sich somit in der Tendenz auch bei den ProfessorInnen, jedoch schwächer ausgeprägt. Zugleich ist das Ergebnis ein Beleg dafür, daß familiäre Orientierungen auch bei Frauen nicht im Widerspruch zu einer hohen Bedeutung des Berufes stehen, sondern nebeneinander existieren (Abele 1994). Entgegen landläufigen Annahmen nehmen sich die Frauen in der Stichprobe nicht als durch Familie und Freunde signifikant stärker belastet als die Männer wahr. Auch die Mütter im Sample zeigen bei den Fragen nach Belastungen und Impulsen keine ausgeprägte Familienorientierung.

Die ProfessorInnen bewerten ihren Gesundheitsstatus in den drei Dimensionen »körperlich«, »psychisch« und »sozial« außerordentlich positiv: Über 80% der Befragten verorten sich auf dem Kontinuum von gesund zu krank in der ersten und zweiten Ausprägung. Vergleichbare Studien liegen zu dieser Form der subjektiven Gesundheitseinschätzung nicht vor. Die Ergebnisse von Bormann und Hoeltz (1996), die nur Frauen betrachteten und keine Differenzierung des Gesundheitsstatus vornahmen, weisen jedoch niedrigere Ausprägungen aus. Neben der insgesamt sehr guten Bewertung des Gesundheitsstatus verdient vor allem der Geschlechtervergleich Beachtung: Hier sind nicht, wie nach den Ergebnissen anderer Studien zu erwarten wäre, Differenzen zu dokumentieren, sondern weitgehende Ähnlichkeiten. Das gleiche gilt für die Angaben zur Inanspruchnahme professioneller Hilfe (ohne vorsorgende Maßnahmen). Frauen nehmen sogar etwas seltener als Männer professionelle Hilfe in Anspruch. Obschon das Ergebnis statistisch nicht signifikant ist, verdient die veränderte Richtung Beachtung. Diese wird bei einer dichotomen Kategorienbildung noch offensichtlicher:

1994 nahmen 60% der Frauen, aber 84% der Männer mindestens einmal professionelle Hilfe in Anspruch. Verglichen mit den von Härtel (1988) für eine 30- bis 69jährige Altersgruppe ermittelten Zahlen (92% Frauen zu 79% Männer) zeigt sich ein geradezu gegenläufiges Muster, obschon sich der direkte Vergleich aufgrund der unterschiedlichen Definitionen der Items und Stichproben verbietet. In der Untersuchung von Zemp und Ackermann-Liebrich (1988) gehen Frauen ebenfalls häufiger zum Arzt; die geschlechtsspezifischen Unterschiede bestehen auch nach einer Kontrolle der Merkmale Alter, Bildung, subjektiver Gesundheitszustand und wirtschaftliche Verhältnisse. Die Professorinnen zeigen somit ein Verhalten, das sie offensichtlich von der Mehrheit der Frauen unterscheidet. Die ProfessorInnen wurden auch gefragt, wo sie bei gesundheitlichen Problemen zuerst Unterstützung suchen. Etwa die Hälfte der Männer und Frauen greift zunächst nicht auf professionelle Hilfe zurück, sondern vertraut auf die eigene Kraft (40%) oder wendet sich an Familie und Freunde (12%). Die Angaben zeigen keine auffälligen geschlechtsspezifischen Orientierungsmuster. Trotz der Gemeinsamkeiten in der Bewertung der eigenen Gesundheit und der Inanspruchnahme von Hilfe bei gesundheitlichen Problemen nennen Frauen deutlich mehr subjektive Beeinträchtigungen als Männer. Sie betonen etwas stärker die psychischen Dimensionen sowie die Belastungen durch Streß und Termindruck. Dagegen werden körperbezogene Beeinträchtigungen fast gleich häufig von Männern wie Frauen erwähnt.

Die Mehrheit der ProfessorInnen glaubt, daß man sehr viel tun kann, um gesund zu bleiben. Keiner der Befragten bewertet die Gestaltungsmöglichkeiten niedrig. Diese Einstellung wird übereinstimmend von Frauen wie Männern geteilt. Unterschiede zeigen sich bei der Selbsteinschätzung der eigenen Aktivitäten für die Gesundheit: Frauen schätzen ihr Handeln etwas höher ein und zeigen sich somit tendenziell gesundheitsbewußter. Die Unterschiede liegen jedoch auch hier unterhalb der statistischen Signifikanzgrenze. Es zeigen sich Parallelen zu den Ergebnissen anderer Studien, die mit differenzierteren Fragestellungen ebenfalls ein besseres Gesundheitsbewußtsein der Frauen ermittelten (Blaxter 1990; Marstedt 1994; Maschewsky-Schneider 1994). Insgesamt werden die Aktivitäten jedoch von beiden Geschlechtern relativ hoch eingestuft; der Vergleich der Möglichkeiten und der tatsächlichen Aktivitäten zeigt einen signifikanten Zusammenhang. Neben den quantitativen Zuordnungen auf den Rating-Skalen wurde gefragt, was die ProfessorInnen selber in gesundheitlicher Hinsicht tun. Im Durchschnitt werden Handlungen genannt, die sich auf zwei unterschiedliche Bereiche beziehen. An der Spitze stehen Sport und Bewegung (78%), gefolgt

von dem Wohlbefinden dienenden Aktivitäten (48%) und Ernährung (40%), während nur wenige Angaben einen Bezug zur sozialen Umwelt herstellen (12%). Die Meidung der als Risikofaktoren diskutierten Verhaltensweisen Rauchen, Alkohol oder fettreiches Essen wird ebenso wie medizinische Maßnahmen nur selten erwähnt. Das Gesundheits Handeln läßt sich deutlicher als die meisten anderen Angaben nach Geschlecht unterscheiden: Bewegung und Sport haben für Frauen und Männer eine hohe Bedeutung und soziale Aspekte werden gleichermaßen nur selten berücksichtigt. Dagegen nennen Frauen häufiger die Ernährung und die Aktivitäten zur Steigerung des Wohlbefindens, Sport und Bewegung sind für Männer etwas wichtiger als für Frauen. Die Frauen zeigen mit der Betonung von Ernährung und Wohlbefinden/Balance herstellen ein eher als geschlechtstypisch geltendes Verhalten. Insgesamt betrachtet schätzen Frauen ihre Aktivitäten etwas höher als Männer ein und geben auch mehr und vielseitigere Handlungen für die Gesundheit an.

Die Ergebnisse des Fragebogens zu den gesundheitsbezogenen Aktivitäten wurden für die Teilstichprobe der Interviewten (n=22) gesondert betrachtet und mit den inhaltsanalytisch ausgewerteten Angaben im Interview verglichen. Der Methodenvergleich zeigt wie in anderen Arbeiten (Mayring 1991) einen Zusammenhang zwischen dem Grad der Standardisierung und der Überbewertung der Aktivitäten und somit einen Bias des sozial erwünschten Antwortverhaltens. Der Einfluß der Methode erlangt jedoch v.a. eine geschlechtsspezifische Bedeutung: Die in der Fragebogenauswertung gefundenen Differenzen erweisen sich nur für die sportlichen und bewegungsorientierten Aktivitäten als relativ stabil. Beide Geschlechter erwähnen Handlungen mit einem Bezug zur sozialen Umwelt gleichermaßen erst im Interview wesentlich häufiger. Aktivitäten, die dem Wohlbefinden dienen, werden jedoch vor allem von Männern erst im Interview genannt, was zu einer deutlichen Annäherung der geschlechtsspezifischen Differenzen für diese Kategorie führt. Auch die zuvor beschriebenen höheren Nennungen bei Frauen zeigen sich im Interview nur noch schwach ausgeprägt. Die Unterschiede in der Kategorie »Ernährung« verringern sich ebenfalls, allerdings in geringerem Maße.

Wie Frauen und Männer über Gesundheit reden

Während die Auswertung der quantitativen Fragebögen nur geringe Geschlechtsunterschiede aufdeckt, zeigt die interpretative Analyse der Interviews geschlechtsspezifische Muster in der Darstellung der Aktivitäten

auf, die zugleich eine Erklärung der methodischen Einflüsse bieten: Während die Frauen meist ohne präzise Nachfragen und in längeren Ausführungen darüber berichten, was sie für ihre Gesundheit tun, schwingt in den Berichten einiger Männern eine unterschwellige Aversion gegen dieses Thema mit. Männer schildern oftmals zunächst berufsbezogene Strategien wie z.B. das Zeitmanagement oder auch körperbezogene Aktivitäten, die einen Ausgleich zu einseitigen beruflichen Beanspruchungen bilden. In einigen Fällen erfolgen weitergehende Angaben dann erst auf Nachfragen. Wie in anderen Untersuchungen kennen auch Männer Strategien zur Steigerung des psychischen Wohlbefindens, aber sie nennen diese oftmals erst auf Nachfragen (Kolip 1994b). Es sind vor allem die sehr individuellen Aktivitäten wie Hobbys, Unternehmungen mit der Familie oder Ehefrau, Musik hören und ähnliches, die nicht mit der gleichen Selbstverständlichkeit wie von Frauen als gesundheitsförderlich erwähnt werden. Solche Handlungen haben trotz der Unterschiede im Detail eines gemeinsam: Sie beziehen sich auf einen sehr privaten Raum. Auffällig ist, daß mehrere Männer die ernährungsbezogenen Handlungen grammatikalisch nicht wie die anderen Angaben in der eigenen Person, sondern als »wir essen« oder »bei uns wird gegessen« beschreiben. Sie bringen somit ihre Nicht-Zuständigkeit für diesen Bereich auch dann zum Ausdruck, wenn sie die Ernährung thematisieren. Obwohl auch Männer über ein meist ebenso großes Repertoire an Aktivitäten wie Frauen verfügen, subsumieren sie ihre Handlungen zum Teil nur ungern unter dem Begriff »Gesundheit«. Sie relativieren solche Zuordnungen durch Hinweise wie »Das tue ich nicht für meine Gesundheit, das macht mir Spaß« oder »Eigentlich ist das nicht so schrecklich viel, was ich mache. Ich hab das schon immer gemacht, weil's mir Spaß macht«. Die nachfolgenden Zitate dokumentieren ein Erzählmuster, das sich in dieser ausgeprägten Form nur bei Männern zeigt:

Also gut, ich gehe gern schwimmen, ich gehe gern raus, aber das ist jetzt nicht so, daß ich – ich fahr im Sommer auch manchmal mit dem Fahrrad zum Institut. Aber das ist jetzt nicht so, daß ich das aus gesundheitlichen Gründen vorrangig mache, sondern einfach weil ich es auch aus Umweltgründen oder so, weil es mir einfach Spaß macht (Mann).

Ja, ich tue einiges. Aber das rangiert bei mir nicht im engeren Sinne unter Gesunderhaltungsstrategien, wenn man so will, sondern das sind Dinge, die mit außerwissenschaftlichen Interessen, die ich im Leben habe, zu tun haben. Und möglicherweise indirekt, vielleicht sogar direkt, ja auch was zu tun haben mit meinem körperlichen Wohlbefinden, mit meiner Gesundheit. Ich treibe also

etwas Sport (...). Ich bin zwar kein Raucher und trinke auch nur wenig Alkohol, aber das ist nicht geboren aus einer Gesundheitsphilosophie heraus, das ich nun geradezu erpicht darauf bin (Mann).

Auch einige Frauen nehmen solche Einschränkungen vor. Sie unterscheiden aber weniger rigide zwischen Spaß und Gesundheit und stellen meist im Kontext die Verbindung wieder her. Sie betonen als Motive ihrer Aktivitäten eher das Körperbewußtsein und die Einbindung in die Lebenseinstellungen. Die positive Lebenseinstellung wird ebenso wie die Durchhalteorientierung und der aktive Umgang mit Konflikten etwas stärker von Frauen betont:

Und ich glaub, zur Gesundheit trägt wirklich für mich persönlich bei, daß wenn es mir schlecht geht, daß ich das nicht verdränge, sondern daß ich da durch gehe. Wenn man älter ist, weiß man, daß man aus einem Tal rauskommt. Und das hilft ungeheuer. (...) Das finde ich wichtig für Gesundheit. (...) Und sich auch stellen. Es nützt ja nichts, daß wenn man einfach nicht so gut ist in einem bestimmten Bereich, daß man da die Augen verschließt. Man muß einfach auch für seine Durchschnittlichkeit und Mittelmäßigkeit, man muß einfach dazu stehen. Also für Gesundheit gehört sich selbst mögen unheimlich stark dazu (Frau).

Gesundheiten als Ausdruck der Geschlechterordnung

In dieser Untersuchung lassen sich für die Gruppe der ProfessorInnen vielschichtige Zusammenhänge zwischen Beruf und Gesundheiten nachweisen. Neben objektiven Merkmalen wie materieller Sicherheit und hohem Sozialprestige nimmt die Mehrheit der Befragten ihre Berufs- und Arbeitssituation auch subjektiv als gesundheitsförderlich wahr. Alle berufsbezogenen Fragen sind im Geschlechtervergleich vor allem durch Gemeinsamkeiten gekennzeichnet, Unterschiede zeigen sich allenfalls schwach ausgeprägt. Männer wie Frauen betrachten den Beruf gleichermaßen als Ressource, obwohl mehrere Frauen geschlechtsspezifische Diskriminierungen thematisieren. Diese Tendenz zu Gemeinsamkeiten setzt sich bei der subjektiven Einschätzung des Gesundheitsstatus und der Inanspruchnahme professioneller Hilfe fort. Das Ergebnis steht im Gegensatz zu den Daten anderen Studien (Härtel 1988; Maschewsky-Schneider 1994; Zemp und Ackermann-Liebrich 1988). Als Erklärungsfaktoren können die im Beruf erfahrene hohe Autonomie, die Gestaltungsspielräume und die Verwirklichung von Lebenszielen, die in dieser ausgeprägten Form nur von einer Minderheit der Frauen erlebt werden, herangezogen werden. Die beruflichen Erfahrungen von ProfessorInnen (u.a. Selbstbestimmtheit, hohe Gestaltungsmöglichkeiten, Identifikation

mit den Inhalten) weisen Parallelen zu den zentralen Komponenten des Kohärenzgefühls (Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit) auf, das von Antonovsky (1987) als Prädiktor der Gesundheit ermittelt wurde.

Neben den Gemeinsamkeiten zeigen sich jedoch auch einige Differenzen, die darauf hinweisen, daß der Einfluß des Geschlechts auf das Gesundheitsgeschehen nicht durch berufliche Erfahrungen nivelliert wird, sondern spezifische Deutungen erfährt. So konzipieren Frauen Gesundheit etwas stärker mehrdimensional, betonen den aktiven Umgang mit Konflikten, die positive Lebenseinstellung und die Notwendigkeit, ambivalente Erfahrungen und Bedürfnisse auszubalancieren. Obwohl die Unterschiede nur schwach ausgeprägt sind und sich das Muster auch bei einigen Männern in ähnlicher Form zeigt, werden doch Parallelen zu geschlechtsabhängigen Erfahrungen und Anforderungen an Professorinnen sichtbar: Aus dem Beruf und dem Geschlecht resultierende Anforderungen stehen im Widerspruch zu traditionellen Normen von Männlichkeit und Weiblichkeit. Die Professorinnen sind in hohem Maße gefordert, mehrdimensionale Orientierungen auszubilden und in ihrem Selbstbild ambivalente Anforderungen auszubalancieren. Die gefundenen Unterschiede lassen sich mit den nach Geschlecht zu unterscheidenden Lebens- und Arbeitsbedingungen interpretieren. Die nachfolgend zitierte Aussage verdeutlicht, welchen zusätzlichen, allein aus ihrem Geschlecht resultierenden Anforderungen Professorinnen ausgesetzt sind. Sie ist zugleich ein Beleg für umfassende Bewältigungsstrategien, die ein positives Selbstbild erlauben:

Ich denke, diese positive Einstellung macht es mir leichter. (...) Ich war das nicht mehr gewohnt, als Frau komisch angemacht zu werden. Und das ist mir hier verschiedentlich passiert. Das empfinde ich auch als negativ für mich persönlich. (...) Ich kann das so ein bisschen neben mir stehend betrachten und sagen ›Gut, es sind Probleme hier, das ist alles nicht schön‹, aber ich laß das insofern nicht direkt auf mich einwirken, weil ich sag, das hat eigentlich nichts mit meiner Person zu tun, sondern das sind strukturelle Probleme, die ich nicht verantworte. (...) Ich sehe das eher als objektive Geschichte an, sozusagen. Und ich sehe einfach auch sehr klar, diese Strukturen werde ich nicht ändern. Und da bin ich dann auch nicht bereit, letztlich mir da sozusagen die Laune dadurch verderben zu lassen auf Dauer. (...) Wahrscheinlich ist das sozusagen mein Überlebenstrick, dieser relativ hohe Reflexionsgrad über die Strukturen und mich selber (Frau).

Vor allem die Aktivitäten für die Gesundheit weisen als geschlechtstypisch geltende Muster auf: Frauen schätzen ihre Aktivitäten tendenziell höher ein, geben mehr und vielseitigere Handlungen an und betonen

das Wohlbefinden und die Ernährung. Die Geschlechtsunterschiede in den Handlungen, die das Wohlbefinden fördern sollen und in der Quantität der Nennungen lassen sich zu einem gewissen Teil auf methodische Artefakte zurückführen. Sie sind im Interview deutlich schwächer ausgeprägt, da Männer zunächst andere Aspekte in den Vordergrund stellen. Die geringere Bezugnahme von Männern auf die Privatsphäre zeigt eine Übereinstimmung mit stereotypen Rollenzuweisungen, die diesen Bereich weiblich definieren. Die geschlechtsspezifischen Erzählmuster lassen sich als Ausdruck der als weiblich und männlich geltenden Verhaltensnormen interpretieren: Von Frauen wird erwartet, daß sie auf ihren Körper, vor allem auf die Ernährung, achten, während bei Männern eher die Stärke und Rigorosität gegenüber dem eigenen Körper zum Geschlechtsrollenverhalten zählt. Für Frauen ist es folglich leichter als für Männer möglich, über Gesundheit und Befindlichkeiten als ein präventiv zu schützendes Gut zu sprechen. Wenn Männer umfassende Strategien zur Steigerung ihres Wohlbefindens darstellen, begeben sie sich damit zugleich partiell in Widerspruch zu traditionellen Männlichkeitsnormen. Risikomeidung und Körpersensibilität gelten nicht als akzeptierte männliche Verhaltensmuster, da sie Schwäche suggerieren und somit weiblich konnotiert sind (vgl. Stein-Hilbers 1995). Es bedarf anderer Motive und Legitimationsstrategien, um ein präventives Gesundheitshandeln darzustellen (vgl. Marstedt 1994; Winter 1994). So erscheint es verständlich, wenn gesundheitsbezogene Aktivitäten und Motivationen nach einem geschlechtsspezifischen Ordnungsprinzip vorgestellt werden, obschon sich die realen Handlungen weit weniger unterscheiden. Auch bei den Erzählmustern sind nicht nur männliche und weibliche Ausprägungen zu dokumentieren, sondern ebenso viele Mischformen. Das biologische Geschlecht ist zudem kein zuverlässiger Prädiktor für männliche oder weibliche Muster: In einigen Fällen schildern auch Männer ihre Körpersensibilität und vorsorgende Einstellungen selbstbewußt und ohne den Versuch einer Relativierung. Auslöser für solche eher als weiblich geltenden Haltungen können z.B. Krankheitserfahrungen, eine altersbedingte Sensibilisierung für körperliche Befindlichkeiten, positive emotionale Erfahrungen mit präventiven Maßnahmen oder auch berufliche Inhalte sein (vgl. Marstedt 1994).

Die geschlechtsspezifischen Darstellungsmuster verdienen in zweifacher Hinsicht Beachtung: Da die meisten Untersuchungen zu gesundheitsbezogenem Handeln auf der Selbstdarstellung der Befragten und nur selten auf Fremangaben basieren, ist eine Überbewertung der Differenzen v.a. in standardisierten Erhebungen zu vermuten. Zum zweiten weist das Ergebnis auf die Notwendigkeit hin, geschlechts-

spezifische Motivationsstrategien in präventiven Angeboten zu berücksichtigen.

Es bleibt erklärungsbedürftig, warum Männer und Frauen ihre Einflußmöglichkeiten auf die Gesundheit ähnlich einschätzen, aber Männer nach eigenen Angaben weniger tun. Ebenso widersprüchlich scheint es, daß der Gesundheitsstatus kaum Unterschiede aufweist, aber Frauen mehr Beeinträchtigungen nennen. Die Ergebnisse können als ein Beleg dafür diskutiert werden, daß kulturelle Normen von Männlichkeit und Weiblichkeit auch in gesundheitlicher Hinsicht Relevanz erlangen und von Männern wie Frauen produziert und reproduziert werden. Somit erhöhen sich die Anforderungen an Männer, ambivalente Bedürfnisse nach Gesundheit und Geschlechtsidentität auszubalancieren. Die nach Geschlecht zu unterscheidenden Darstellungsmuster gesundheitsförderlicher Handlungen sind ein Beispiel dafür.

Das Interesse dieser Untersuchung galt der Frage, wie sich die subjektiven Gesundheitsdaten im Geschlechtervergleich darstellen, wenn Statusgleichheit und protektive Berufsmerkmale sowie Bildung, Alter, Sozialstatus und Ethnie als weitere Einflußfaktoren weitgehend übereinstimmen. Ebenso wie der Einfluß des Berufes nachzuweisen ist, zeigen sich vielfältige Hinweise auf andere relevante Faktoren, die jedoch nicht oder nicht systematisch betrachtet wurden. Eine Studie mit ProfessorInnen erlaubt keine Aussagen darüber, wie sich die multifaktoriellen und verwobenen Prozesse von Gesundheit und Geschlecht in anderen, v.a. in unterprivilegierten Berufsgruppen, darstellen. Die in dieser Untersuchung gefundenen Gemeinsamkeiten werfen jedoch die Frage auf, inwieweit die höhere Morbidität von Frauen ihre Geschlechtstypik verliert, wenn Frauen den gleichen Zugang wie Männer zu den gesundheitsförderlichen und protektiven Seiten der Berufstätigkeit erlangen. Zugleich bestätigen die auch für diese Berufsgruppe nachzuweisenden Geschlechterunterschiede die These, daß die Geschlechterordnung über gesundheitsbezogene Einstellungen und Handlungen ausgedrückt und hergestellt wird und neue Deutungen erfährt.

Korrespondenzadressen:

Ellen Kuhlmann, Goetheallee 3, 37073 Göttingen

Dr. Petra Kolip, Fakultät für Gesundheitswissenschaften Universität Bielefeld

Postfach 100131, 33501 Bielefeld

Literaturverzeichnis

- Abele, A.: Karriereorientierungen angehender Akademikerinnen und Akademiker. Bielefeld 1994.
- Acker, J.: Hierarchies, jobs, bodies: A theory of gendered organizations. In: Lorber, J. und Farrell, S.A. (eds.): *The social construction of gender*. Newbury Park 1991, 162-179.
- Ackermann-Liebrich, U. und Wick, S.M.: Survival of female doctors in Switzerland. *British Medical Journal* 1991, 302:959.
- Anson, O., Paran, E., Neumann, L. und Chernichovsky, D.: Gender differences in health perceptions and their predictors. *Social Science and Medicine* 1993, 36: 419-427.
- Antonovsky, A.: *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco 1987.
- Armbruster, L.C., Müller, U. und Stein-Hilbers, M. (Hg.): *Neue Horizonte? Sozialwissenschaftliche Forschung über Geschlechter und Geschlechterverhältnisse*. Opladen 1995.
- Badura, B. und Pfaff, H.: Streß, ein Modernisierungsrisiko? *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 1989, 41: 644-668.
- Baus, M.: *Professorinnen an deutschen Universitäten. Analyse des Berufserfolges*. Heidelberg 1994.
- Blaxter, M.: *Health and lifestyles*. London 1990.
- Bormann, C. und Hoeltz, J.: Gesundheitliche Situation und präventives Verhalten von Frauen in den alten und neuen Bundesländern. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften* 1996, 4: 70-81.
- Briziarelli, L.: Health beliefs and behaviour in the workplace. In: Anderson, R., Davies, J.K., Kickbusch, I., McQueen, D.V. und Turner, J. (eds.): *Health behaviour research and health promotion*. Oxford 1988, 172-182.
- Elstad, J.I.: Inequalities in health related to women's marital, parental, and employment status – a comparison between the early 70s and the late 80s, Norway. *Social Science and Medicine* 1996, 42: 75-89.
- Ernst, A.: Schlucken und Schweigen. Zur Medikalisierung von Frauenproblemen mit Psychopharmaka. In: Stahr, I., Jungk, S. und Schulz, E. (Hg.): *Frauen – Gesundheits – Bildung*. Weinheim 1991, 90-101.
- Faltermaier, T.: *Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitshandeln. Über den Umgang mit Gesundheit im Alltag*. Weinheim 1994.
- Färber, C. und Henninger, A.: *Frauenförderung an europäischen Universitäten*. Berlin 1994.
- Gottschall, K.: Geschlechterverhältnis und Arbeitsmarktsegregation. In: Becker-Schmidt, R. und Knapp, G.-A. (Hg.): *Das Geschlechterverhältnis als Gegenstand der Sozialwissenschaften*. Frankfurt/M 1995, 125-162.
- Gove, W.R.: Gender differences in mental and physical illness: The effects of fixed roles and nurturant roles. *Social Science and Medicine* 1984, 19: 77-84.
- Greiner, B. und Ducki, A.: Gesundheit als Prozeß. Welche Rolle spielt die Arbeit? *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis* 1991, 23: 305-320.
- Haavio-Mannila, E.: Inequalities in health and gender. *Social Science and Medicine* 1986, 22: 141-149.
- Haynes, S.G. und Feinleib, M.: Women, work and coronary heart disease: Prospective findings from the Framingham Heart Study. *American Journal of Public Health* 1980, 70: 133-141.
- Härtel, U.: Geschlechtsspezifische Inanspruchnahme medizinischer Hilfe. *Sozial- und Präventivmedizin* 1988, 33: 148-154.
- Härtel, U.: Wie schätzen ältere Frauen und Männer ihre Gesundheit ein? *Forum Public Health* 1995, 3 (7): 9.
- Helfferich, C.: *Jugend, Körper und Geschlecht. Die Suche nach sexueller Identität*. Opladen 1994.
- Hibbard, J.H. und Pope, C.R.: Effects of domestic and occupational roles on morbidity and mortality. *Social Science and Medicine* 1991, 32: 805-811.

- Kischke, M.I.: Beruf und Familie: Die ideale Kombination. Zu einer Untersuchung über die Ansichten europäischer Frauen. Frankfurter Rundschau, 27.4.1996.
- Koch, U. und Müller, S.: Frauengesundheitsforschung. In: Senatskommission für Frauenforschung (Hg.): Sozialwissenschaftliche Frauenforschung in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin 1994, 221-239.
- Kolip, P. (Hg.): Lebenslust und Wohlbefinden. Beiträge zur geschlechtsspezifischen Jugendgesundheitsforschung. Weinheim und München 1994a.
- Kolip, P.: »Gesundheit ist, wenn ich mich wohl fühle.« Ergebnisse qualitativer Interviews zu Gesundheitsdefinitionen junger Frauen und Männer. In: Kolip, P. (Hg.): Lebenslust und Wohlbefinden. Beiträge zur geschlechtsspezifischen Jugendgesundheitsforschung. Weinheim und München 1994b, 7-21.
- Kolip, P.: Wer hält die Ehe gesund? – Der Einfluß von Geschlecht und Familienstand auf Lebenserwartung und Sterblichkeit. Jahrbuch für kritische Medizin 1995, 24: 48-61.
- Koskinen, S. und Martelin, T.: Why are socioeconomic mortality differences smaller among women than among men? *Social Science and Medicine* 1994, 38: 1385-1396.
- Kuhlmann, E.: Subjektive Gesundheitskonzepte. Eine empirische Studie mit Professorinnen und Professoren. Münster 1996.
- Kühn, H.: Gesundheitliche Lage, soziale Ungleichheit und lebensstilorientierte Prävention. Das amerikanische Beispiel. Jahrbuch für kritische Medizin 1993, 19: 103-134.
- Laaser, U., Gebhardt, K. und Brößkamp, U. (Hg.): Armut und Gesundheit. Weinheim 1995.
- Lewin, E. und Oleson, V.: Occupational health and women: the case of clerical work. In: Dies. (eds.): *Women, health, and healing*. New York 1985, 53-85.
- Macintyre, S., Hunt, K. und Sweeting, H.: Gender differences in health: are things really as simple as they seem? *Social Science and Medicine* 1996, 42: 617-624.
- Marmot, M.G., Kogevinas, M. und Elston, M.A.: Socioeconomic status and disease. In: Badura, B. und Kickbusch, I. (eds.): *Health promotion research. Towards a new social epidemiology*. WHO Regional Publications, European Series, No. 37, Kopenhagen 1991, 113-146.
- Marstedt, G.: Gesundheitsverhalten als Risikomeidung: Postulat und Alltagsrealität. Jahrbuch für kritische Medizin 1994, 23: 75-99.
- Martikainen, P.: Women's employment, marriage, motherhood and mortality: A test of the multiple role and role accumulation hypotheses. *Social Science and Medicine* 1995, 40: 199-212.
- Maschewsky-Schneider, U.: Frauen leben länger als Männer – Sind sie auch gesünder? *Zeitschrift für Frauenforschung* 1994, Heft 4: 28-38.
- Maschewsky-Schneider, U., Greiser, E. und Helmert, U.: Sind Frauen gesünder als Männer? Zur gesundheitlichen Lage der Frauen in der Bundesrepublik Deutschland. *Sozial- und Präventivmedizin* 1988, 33:173-180.
- Mayring, P.: Die Erfassung subjektiven Wohlbefindens. In: Abele, A. und Becker, P. (Hg.): *Wohlbefinden. Theorie – Empirie – Diagnostik*. Weinheim 1991, 51-70.
- Miller, J., Schooler, C., Kohn, M.L. und Miller, K.A.: Women and work: The psychological effects of occupational conditions. *American Journal of Sociology* 1979, 85: 66-92.
- Miles, A.: *Women, health and medicine*. Philadelphia 1991.
- Nathanson, C.A.: Social roles and health status among women: The significance of employment. *Social Science and Medicine* 1980, 14A: 463-471.
- Nerge, S.: Überlebenskarrieren im Management. In: Schunter-Kleemann, S. (Hg.): *Herrenhaus Europa – Geschlechterverhältnisse im Wohlfahrtsstaat*. Berlin 1992, 85-105.
- Nestmann, F. und Schmerl, C.: Das Geschlechterparadox in der Social Support-Forschung. In: Schmerl, C. und Nestmann, F. (Hg.): *Ist Geben seliger als Nehmen? Frauen und Social Support*. Frankfurt/M 1989, 7-35.
- Pierret, J.: What social groups think they can do about health. In: Anderson, R., Davies, J.K., Kickbusch, I., McQueen, D.V. und Turner, J. (eds.): *Health behaviour research and health promotion*. Oxford 1988, 45-52.

- Popay, J., Bartley, M. und Owen, C.: Gender inequalities in health: Social position, affective disorders and minor physical morbidity. *Social Science and Medicine* 1993, 36:21-32.
- Resch, M., Bamberg, E. und Mohr, G.: Frauentypische Arbeitsbedingungen: Ein blinder Fleck in der Arbeits- und Organisationspsychologie. In: Greif, S. und Bamberg, E. (Hg.): *Die Arbeits- und Organisationspsychologie*. Göttingen 1994, 113-118.
- Rodin, J. und Ickovics, J.R.: Women's health. Review and research agenda as we approach the 21st century. *American Psychologist* 1990, 45: 1018-1034.
- Rosenfield, S.: The effects of women's employment: Personal control and sex differences in mental health. *Journal of Health and Social Behavior* 1989, 30: 77-91.
- Saltonstall, R.: Healthy bodies, social bodies: men's and women's concepts and practices of health in everyday life. *Social Science and Medicine* 1993, 36: 7-14.
- Schultz, D. (zusammen mit Hagemann-White, C.): »Das Geschlecht läuft immer mit.« *Die Arbeitswelt der Professorinnen und Professoren*. Pfaffenweiler 1991.
- Schulze, C. und Welters, L.: Geschlechts- und altersspezifisches Gesundheitsverständnis. In: Flick, U. (Hg.): *Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Subjektive Theorien und soziale Repräsentationen*. Heidelberg 1991, 70-86.
- Seemann, M. und Lewis, S.: Powerlessness, health and mortality: A longitudinal study of older men and mature women. *Social Science and Medicine* 1995, 41: 517-525.
- Sieverding, M.: *Psychologische Barrieren in der beruflichen Entwicklung von Frauen. Das Beispiel der Medizinerinnen*. Stuttgart 1990.
- Sorensen, G. und Verbrugge, L.M.: Women, work and health. *Annual Review of Public Health* 1987, 8: 235-251.
- Stein-Hilbers, M.: Geschlechterverhältnisse und somatische Kulturen. *Jahrbuch für kritische Medizin* 1995, 24: 62-81.
- Sweeting, H.: Reversals of fortune? Sex differences in health in childhood and adolescence. *Social Science and Medicine* 1995, 40:77-90.
- Vogt, I.: *Für alle Leiden gibt es eine Pille*. Opladen 1985.
- Volkman, B.v.: *Sterben Medizinerinnen eher als andere Frauen?* Münster und New York 1994.
- Waldron, I.: Employment and women's health: An analysis of causal relationship. *International Journal of Health Services* 1980, 10: 435-454.
- Waldron, I.: Sex differences in human mortality: The role of genetic factors. *Social Science and Medicine* 1983, 17: 321-333.
- Waldron, I.: Recent trends in sex mortality ratios for adults in developed countries. *Social Science and Medicine* 1993, 36: 451-462.
- Waldron, I., Herold, J., Dunn, D. und Staum, R.: Reciprocal effects of health and labor force participation among women: Evidence from two longitudinal studies. *Journal of Occupational Medicine* 1982, 24: 126-132.
- Weatherall, R., Joshi, H. und Macran, S.: Double burden or double blessing? Employment, motherhood and mortality in the longitudinal study of England and Wales. *Social Science and Medicine* 1994, 38: 285-297.
- West, C. und Zimmerman, D.: Doing gender. *Gender and Society* 1987, 1:125-151.
- West, C.: Reconceptualizing gender in physician-patient relationships. *Social Science and Medicine* 1993, 36: 57-66.
- Wetterer, A. (Hg.): *Die soziale Konstruktion von Geschlecht in Professionalisierungsprozessen*. Frankfurt/M 1995.
- Winter, R.: No risk, no fun? Jungensozialisation, Gesundheitsprobleme und »präventive« Jungenarbeit. In: Kolip, P. (Hg.): *Lebenslust und Wohlbefinden. Beiträge zu einer geschlechtsspezifischen Jugendgesundheitsforschung*. Weinheim 1994, 193-219.
- Zemp, E. und Ackermann-Liebrich, U.: Geschlechtsunterschiede in Gesundheit und Gesundheitsverhalten. *Sozial- und Präventivmedizin* 1988, 33: 186-192.