

Geschlechtsrollen-Selbstkonzept, Gesundheit und gesundheitsrelevantes Handeln

genehmigte Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades eines
DOKTORS DER PHILOSOPHIE
(Dr. phil.)

vorgelegt von:

Fabian Thorsten Krapf
aus Wertheim

am



Fakultät für Geistes- und Sozialwissenschaften
Institut für Sport und Sportwissenschaft

Dekan:	Prof. Dr. Andreas Böhn
Erster Gutachter:	Prof. Dr. Alexander Woll
Zweiter Gutachter:	Prof. Dr. Darko Jekauc
Tag der mündlichen Prüfung:	17.12.2015

Meinen Eltern.

Vorwort

In den vergangenen Dekaden haben sich die Rollen von Frauen und Männern in der Gesellschaft in vielerlei Hinsicht gewandelt und weiterentwickelt, so dass heutzutage glücklicherweise von einer Chancengleichheit in den meisten Lebensbereichen gesprochen werden kann. Mit Blick auf die Gesundheit jedoch besteht noch immer ein deutliches Ungleichgewicht zwischen den Geschlechtern: Männer leben kürzer, erleiden häufiger Unfälle sowie schwere Erkrankungen und werden zu allem Überfluss von Präventionsmaßnahmen auch noch sehr schwer erreicht. Ursächlich hierfür sind – neben biologischen und physiologischen Unterschieden zwischen Frauen und Männern – auch gesellschaftliche Geschlechterrollen. Wie Rollen in einem Theater, bei denen es sich um Verhaltensmuster handelt, die bestimmten Figuren zugeordnet sind und von Darstellern ausgestaltet werden, so sind auch in Geschlechterrollen bestimmte Verhaltensweisen festgelegt, die allgemein für eine Frau bzw. einen Mann als typisch und akzeptabel erachtet werden. *Ein Indianer kennt keinen Schmerz* ist ein gleichermaßen bekanntes wie für den Gesundheitskontext treffendes Beispiel für eine Facette der traditionellen männlichen Geschlechterrolle. Die Art und Weise, wie wir diese Rollen verinnerlichen, uns mit ihnen identifizieren oder – um bei diesem Bild zu bleiben – uns für jenen *Indianer* halten, beeinflusst unsere Wahrnehmung und unser Handeln in allen Lebensbereichen. Die vorliegende Arbeit widmet sich nun der Frage, inwiefern dies auf verschiedene Aspekte gesundheitsbezogener Wahrnehmungen und Einschätzungen sowie das Ess- und körperliche Aktivitätsverhalten Jugendlicher und Erwachsener zutrifft.

Auf die Idee, mich im Rahmen meiner Promotion mit dieser Fragestellung zu befassen, kam ich während meiner Vorbereitungen auf das erste Staatsexamen, als ich mich intensiv mit dem Thema *Gesundheit* auseinandersetzte. Die unbefriedigende Tatsache, dass in der Forschung gesundheitsbezogene Geschlechtsunterschiede zwar stets zuverlässig reproduziert und oftmals geradezu beiläufig berichtet werden, aber gleichzeitig nur selten explizit in das Zentrum des Interesses gerückt sind, veranlasste mich dazu, selbst aktiv zu werden und an dieser Forschungslücke anzusetzen.

Diese Dissertation war das Ziel eines langen – und stellenweise auch beschwerlichen – Weges. Auf diesem Weg hat mich eine Vielzahl von Menschen

begleitet und auf unterschiedlichste Art und Weise unterstützt. Diesen Menschen, die somit ebenfalls einen wichtigen Beitrag zum Zustandekommen dieser Arbeit geleistet haben, möchte ich an dieser Stelle ganz herzlich danken.

Zunächst möchte ich mich bei meinem Doktorvater, Prof. Dr. Alexander Woll, bedanken, der mir direkt im Anschluss an das erste Staatsexamen die Möglichkeit einer Promotion an seinem Lehrstuhl geboten hat. Besonders zu schätzen weiß ich, dass er dieses Angebot während meines Referendariats aufrechterhalten hat und sich nach dessen erfolgreichen Abschluss bereit erklärte, die Betreuung dieses Projekts zu übernehmen. Er vermochte es, bei meiner Betreuung das ausgewogene Verhältnis von Führung einerseits und Freiräumen andererseits herzustellen, das mich stets motiviert hat und maßgeblich zum Gelingen des Forschungsprojekts beitrug. Dieses überaus angenehme Betreuungsverhältnis blieb auch nach Prof. Dr. Wolls Wechsel an das Karlsruher Institut für Technologie bestehen, was meines Erachtens keineswegs selbstverständlich ist und wofür ich mich ausdrücklich bedanken möchte.

Prof. Dr. Darko Jekauc möchte ich einen ganz besonderen Dank aussprechen. Zum einen, weil er sich bereit erklärte, die vorliegende Arbeit als Zweitgutachter zu bewerten und der Prüfungskommission beizutreten, zum anderen, weil er im Forschungsprozess stets ein kompetenter und vor allem äußerst geduldiger Ansprechpartner für mich war.

Ebenfalls zu tiefstem Dank verpflichtet bin ich meiner hochgeschätzten Kollegin Dr. Christina Niermann, die während der Promotion meine Mentorin war und für mich und meine Anliegen stets offene Arme und Ohren hatte. Mit ihrer strukturierten, durchdachten und vor allem akribischen Arbeitsweise war sie darüber hinaus auch stets Vorbild für mich.

Dr. Utz Niklas Walter, seit ich denken kann mein bester Freund und engster Gefährte, möchte ich für die wichtige Unterstützung in der nicht ganz einfachen Rolle danken, die er während meiner Promotion eingenommen hat. Zum einen mahnte er mich unermüdlich, fokussiert zu arbeiten, das Ziel nicht aus den Augen zu verlieren und die Promotion zügig voranzubringen, zum anderen sorgte er während gemeinsamer Aktivitäten für die nötige Zerstreuung und Ablenkung. Überdies hat er mich in vielerlei Hinsicht tatkräftig unterstützt und gut beraten, wofür ich Danke sagen möchte.

Ebenfalls einen ganz herzlichen Dank möchte ich Prof. Dr. Filip Mess dafür aussprechen, dass er während unserer gemeinsamen Zeit in der Konstanzer Sportwissenschaft in jeder erdenklichen Hinsicht ein geduldiger und hilfsbereiter Ansprechpartner war.

Dr. Miriam Reiner-Henrich möchte ich danken, da sie durch ihre Unterstützung zum Gelingen meines Forschungsprojekts beigetragen hat. Ihren verlässlichen Rat hinsichtlich methodologischer bzw. statistischer Fragen und Belange wusste ich stets zu schätzen.

Meinen beiden Eltern, Angela und Herbert Krapf, danke ich – abgesehen von der finanziellen Unterstützung, ohne die die Promotion phasenweise sehr schwer geworden wäre – für alles, was sie meinen beiden Schwestern und mir mitgegeben haben. Allem voran ihr tiefes und unerschütterliches Vertrauen in unsere Fähigkeiten und ihre Ermutigungen, einen eigenen Weg zu gehen. Am Ende dieses Weges steht nun diese Arbeit, die ich ihnen widmen möchte.

Dank für viele schöne Stunden, gemeinsame Aktivitäten und gute Gespräche gebührt auch meinen engsten Freunden und Vertrauten Christoph Bauch, Oliver Kanzler, Dr. Florian Mader, Dr. Dima Schell, Max Simons und Emanuel Teichmann.

FABIAN THORSTEN KRAPP

Geschlechtsrollen-Selbstkonzept, Gesundheit und gesundheitsrelevantes Handeln

Ziel: Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wird die Bedeutung des Geschlechtsrollen-Selbstkonzepts (G-SK), d. h. der Identifikation mit gesellschaftlichen Geschlechterstereotypen und -rollen, für die Ausübung körperlicher Aktivität und das Essverhalten sowie gesundheitsbezogene Selbsteinschätzungen im Sinne des Gesundheits-Selbstkonzepts untersucht. Es wird eruiert, ob das G-SK in Bezug auf die Merkmalsausprägung gar eine höhere Relevanz besitzt als das Geschlecht. Des Weiteren wird überprüft, ob die verhaltensspezifische intrinsische Motivation die postulierten Assoziationen von G-SK und Verhalten mediiert. Zudem wird der Annahme nachgegangen, dass das G-SK einen moderierenden Effekt auf die Zusammenhänge der einzelnen gesundheitsbezogenen Einschätzungen des Gesundheits-Selbstkonzepts untereinander sowie dieser Einschätzungen und der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe hat. Zuvor jedoch wird das zentrale Instrument *Bem Sex Role Inventory (BSRI)* zur Erfassung des G-SK hinsichtlich seiner psychometrischen Güte intensiv überprüft und gekürzt.

Methoden: In Studie I ($N=394$; $M=52.67$; $SD=10.90$; $\text{♀}=52.0\%$) wurden mittels Regressionsanalysen Assoziationen von G-SK und Gesundheits-Selbstkonzept untersucht und die Moderatoranalysen durchgeführt. Zudem wurde das BSRI anhand dieses und des Datensatzes von Studie II ($N=427$; $M=37.16$; $SD=15.12$; $\text{♀}=60.0\%$) mittels exploratorischer und konfirmatorischer Faktorenanalyse überprüft. In Studie III wurden per Regressionsanalysen Zusammenhänge von G-SK mit dem Aktivitäts- und Essverhalten untersucht und die Mediatoranalysen durchgeführt, wofür Strukturgleichungsmodelle genutzt wurden. Diese Analysen erfolgten für Jugendliche ($N=297$; $M=14.05$; $SD=1.16$; $\text{♀}=57.9\%$) und Erwachsene ($N=519$; $M=46.35$; $SD=5.75$; $\text{♀}=55.7\%$) getrennt.

Ergebnisse: Das BSRI konnte gekürzt und die psychometrische Güte verbessert werden. Das Messmodell ist invariant und der Fit akzeptabel ($\chi^2=195.67$, $df=53$, $p<.001$; $\chi^2/df=3.69$; $CFI=.91$; $SRMR=.07$; $RMSEA=.08$, CI .06/.09.). Maskulinität erweist sich als signifikanter Prädiktor des Gesundheits-Selbstkonzepts, der körperlichen Aktivität sowie der Verzehrhäufigkeit von Fleisch und Wurst. Femininität geht bei Jugendlichen mit einem gesundheitsförderlicheren Essverhalten sowie einem geringeren Ausmaß intensiver körperlicher Aktivität einher. Die verhaltensspezifische intrinsische Motivation mediiert den Zusammenhang von G-SK und Verhalten. Maskulinität moderiert den Zusammenhang von Beschwerdewahrnehmung und der Einschätzung der Gesundheit

Schlussfolgerungen: Das G-SK spielt in Bezug auf körperliche Aktivität und Essverhalten eine wichtige Rolle. Diese Assoziation wird von der intrinsischen Motivation mediiert und scheint bei Jugendlichen stärker ausgeprägt zu sein als bei Erwachsenen. Maskulinität geht mit einem positiven Gesundheits-Selbstkonzept einher und bewirkt zudem, dass Personen ihren Gesundheitszustand bei gleicher Beschwerdelast besser bewerten als jene mit geringer ausgeprägter Maskulinität, was sich jedoch nicht auf die Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe auswirkt. Im Hinblick auf die körperliche Aktivität sowie das Gesundheits-Selbstkonzept ist das G-SK bedeutsamer als das Geschlecht.

Gender-role self-concept, health and health-relevant behaviour

Purpose: The present study examines the importance of the gender-role self-concept (GRSC), i. e. the identification with societal gender stereotypes and gender roles, for the activity and eating behaviour as well as health-related self-evaluations in the sense of a health self-concept. In this context it is analysed whether the GRSC is more relevant with regard to the behaviour and the self-evaluations, respectively, than the individuals' sex. Furthermore, it is studied if the behaviour-specific intrinsic motivation mediates the postulated associations of GRSC and the behaviour in question. Additionally, the assumption is being examined that the GRSC exerts a moderating effect on the associations between the various indicators of the health self-concept as well as on the relationship of these indicators and the utilisation of professional medical care. Prior to this investigation the central instrument *Bem Sex Role Inventory (BSRI)* for measuring the gender-role self-concept is intensively tested for its psychometric properties and shortened.

Methods: In study I ($N=394$; $M=52.67$; $SD=10.90$; $\text{♀}=52.0\%$) associations of GRSC and the health self-concept were being researched and moderation analyses were being conducted using regression analyses. Furthermore, the BSRI was tested employing exploratory and confirmatory factor analysis using data of both Study I and Study II ($N=427$; $M=37.16$; $SD=15.12$; $\text{♀}=60.0\%$). In Study III associations of GRSC with the activity and eating behaviour were analysed by use of regression analyses and analyses of mediation were conducted through structural equation modelling. The analyses in Study III were performed separately for adolescents ($N=297$; $M=14.05$; $SD=1.16$; $\text{♀}=57.9\%$) and adults ($N=519$; $M=46.35$; $SD=5.75$; $\text{♀}=55.7\%$), respectively.

Results: The BSRI was shortened and its psychometric properties were improved. The measurement model is invariant and has an acceptable fit ($\chi^2=195.67$, $df=53$, $p<.001$; $\chi^2/df=3.69$; $CFI=.91$; $SRMR=.07$; $RMSEA=.08$, $CI .06/.09$). Masculinity proves to be a significant predictor of the health self-concept, the activity behaviour and the consumption of meat and sausages. Femininity goes along with a more health-conducive eating behaviour and less time spent with intensive physical activity in adolescents. The behaviour-specific intrinsic motivation mediates the association of GRSC and behaviour. Masculinity moderates the association of health-complaints and the self-evaluation of the individuals' health.

Conclusions: The GRSC plays an important role with regard to both the activity and eating behaviour. This association is mediated by the intrinsic motivation and seems to be more pronounced in adolescents than in adults. Masculinity goes along with a positive health self-concept. Furthermore, it makes individuals rate their health better than others with less pronounced masculinity do even though the amount of complaints is equally high. Nevertheless, this does not affect the frequency in which they utilise professional medical care. With regard to both the activity behaviour and the health self-concept, the GRSC is more relevant than the individuals' sex.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	I
Abbildungsverzeichnis	V
Tabellenverzeichnis	VII
I Einführung.....	11
1 Einleitung.....	11
2 Forschungsvorhaben.....	12
2.1 Relevanz des Forschungsvorhabens.....	12
2.1.1 Relevanz auf politischer Ebene	12
2.1.2 Relevanz auf wissenschaftlicher Ebene	15
2.1.3 Relevanz auf pädagogischer Ebene.....	17
2.2 Zielstellung der Arbeit	18
2.3 Aufbau der Arbeit.....	19
3 Bestimmung zentraler Begriffe und Konzepte	22
3.1 Gesundheit und Gesundheitsverhalten	22
3.2 Körperliche und sportliche Aktivität	25
3.3 Essen und Ernährung.....	26
3.4 Geschlecht und geschlechtsbezogene Konstrukte	27
II Theoretische Grundlagen	31
4 Geschlecht und Gesundheit.....	31
4.1 Morbidität und Mortalität von Jungen und Mädchen	31
4.2 Morbidität und Mortalität von Männern und Frauen	35
4.3 Ursachen für Geschlechtsunterschiede	49
4.3.1 Personale Faktoren	49
4.3.2 Soziale Faktoren.....	53
4.3.3 Systematische Verzerrungen und methodische Artefakte	58
5 Geschlecht und Gesundheitsverhalten	62
5.1 Körperliche Aktivität als Gesundheitsverhalten.....	65
5.2 Geschlechtsunterschiede in Bezug auf körperliche Aktivität	69
5.3 Essen als Gesundheitsverhalten	77

5.4	Geschlechtsunterschiede im Essverhalten	81
5.5	Theorien geschlechtstypischen Verhaltens	89
5.5.1	Biologische Erklärungsansätze.....	89
5.5.2	Sozialisationstheoretische Erklärungsansätze	90
5.5.3	Kognitionstheoretische Erklärungsansätze.....	91
5.5.4	Evolutionstheoretische Erklärungsansätze.....	92
5.5.5	Sozial-konstruktivistische Erklärungsansätze.....	94
5.5.6	Zwischenfazit.....	95
6	Geschlecht und Selbst	97
6.1	Selbstkonzept	97
6.2	Geschlechtsrollen-Selbstkonzept	101
6.2.1	Nomenklatur	101
6.2.2	Operationalisierung	101
6.2.3	Entwicklung	104
6.2.4	Psychologische Androgynie	109
6.3	G-SK, Gesundheit und gesundheitsrelevantes Verhalten	113
6.3.1	G-SK und Verhalten aus motivationstheoretischer Perspektive.....	115
6.3.2	Zusammenhang von G-SK mit weiteren Selbstkonzeptfacetten	124
7	Forschungsstand	127
7.1	Suchstrategie	127
7.2	Auswahlkriterien	130
7.3	Auswahlprozess	130
7.4	Ergebnisse der Literaturrecherche	132
7.4.1	G-SK und körperliche Aktivität.....	133
7.4.2	G-SK und Essverhalten	155
7.4.3	G-SK und Gesundheitszustand	166
7.5	Zusammenfassung der Literaturrecherche	183
7.5.1	Zentrale Erkenntnisse.....	183
7.5.2	Forschungslücken und Ansatzpunkte.....	187
III	Empirische Untersuchung	196
8	Erklärungsansatz und Untersuchungsziele	196

8.1	Eigene Modellvorstellung	196
8.1.1	Ebene des individuellen Verhaltens.....	196
8.1.2	Ebene der Persönlichkeits- und Selbstkonzeptvariablen.....	199
8.1.3	Ebene der verhaltensbezogenen Motivation	202
8.1.4	Zusammenfassung	203
8.2	Untersuchungshypothesen	205
8.2.1	Körperliche Aktivität.....	205
8.2.2	Essverhalten.....	206
8.2.3	Gesundheits-Selbstkonzept.....	207
9	Forschungsmethodologie	209
9.1	Untersuchungsdesign	209
9.2	Stichprobenbildung	210
9.3	Durchführung	212
9.4	Eingesetzte Erhebungsinstrumente	213
9.4.1	Soziodemographische Merkmale	214
9.4.2	Geschlechtsrollen-Selbstkonzept	215
9.4.3	Körperliche Aktivität.....	216
9.4.4	Essverhalten.....	221
9.4.5	Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe	226
9.4.6	Gesundheits-Selbstkonzept.....	226
9.4.7	Verhaltensbezogene intrinsische Motivation	229
9.5	Datenanalyse und Auswertungsstrategie.....	231
9.5.1	Umgang mit fehlenden Werten.....	231
9.5.2	Beschreibung des Vorgehens und Auswahl der statistischen Verfahren	232
10	Untersuchungsergebnisse	240
10.1	Überprüfung des zentralen Instruments <i>BSRI</i>	240
10.2	Deskriptive Analyse der Stichproben und Untersuchungsvariablen	251
10.2.1	Stichprobenzusammensetzung	251
10.2.2	Darstellung der zentralen Untersuchungsvariablen	255
10.3	Analysen zur körperlichen Aktivität	265
10.3.1	Überprüfung auf Geschlechtsunterschiede	265
10.3.2	Überprüfung auf Assoziationen mit G-SK und Geschlecht ..	267

10.3.3 Überprüfung auf Mediatoreffekte durch intrinsische Motivation	273
10.4 Analysen zum Essverhalten.....	280
10.4.1 Überprüfung auf Geschlechtsunterschiede	280
10.4.2 Überprüfung auf Assoziationen mit G-SK und Geschlecht ..	282
10.4.3 Überprüfung auf Mediatoreffekte durch intrinsische Motivation	288
10.5 Analysen zum Gesundheits-Selbstkonzept.....	290
10.5.1 Überprüfung auf Geschlechtsunterschiede	290
10.5.2 Überprüfung auf Assoziationen mit G-SK und Geschlecht ..	293
10.5.3 Überprüfung auf Moderatoreffekte durch Maskulinität	302
IV Zusammenfassung und Ausblick	309
11 Zusammenfassung und Diskussion	309
12 Ausblick.....	327
13 Literaturverzeichnis	330
14 Anlagen.....	381
15 Erklärung	471

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Überblick über den strukturellen Aufbau und die Zusammenhänge der Arbeit.....	21
Abb. 2: Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen in Prozent der jeweiligen Altersgruppe, Stand 2004	47
Abb. 3: Inanspruchnahme primärpräventiver Angebote der Krankenkassen – Teilnahme nach Handlungsfeldern (in Prozent) im Jahr 2004.....	48
Abb. 4: Schematische Darstellung der gesundheitsbezogenen Wirkungsweise sozialer und personaler Faktoren.....	61
Abb. 5: Mitgliedschaften im Deutschen Olympischen Sportbund im Verhältnis zu Bevölkerung. Angaben in Prozent	72
Abb. 6: Selbstkonzeptmodell nach Shavelson et al. (1976).....	99
Abb. 7: Sozialisationsmodell der Entwicklung des Geschlechtsrollen-Selbstkonzepts nach Tobin und Mitarbeitern (2010)	104
Abb. 8: Eindimensionales Modell des G-SK.....	109
Abb. 9: Zweidimensionales Modell von Maskulinität und Femininität mit Typeneinteilung	110
Abb. 10: Heuristisches Modell: Geschlechterrollen und Gesundheit	113
Abb. 11: Das Eccles Expectancy-Value Modell.....	118
Abb. 12: Flussdiagramm des Selektionsprozesses	131
Abb. 13: Aufbau der Übersicht über die Ergebnisse der Literaturrecherche...	132
Abb. 14: Grafische Darstellung des theoretischen Untersuchungsmodells	204
Abb. 15: Aufbau des GBB-24 mit Itemanzahlen und Alpha-Koeffizienten der Skalen	229
Abb. 16: Darstellung der Untersuchungsschritte und der eingesetzten statistischen Verfahren.....	233
Abb. 17: Modell des Geschlechtsrollen-Selbstkonzepts mit Angabe der im Rahmen der konfirmatorischen Faktorenanalyse ermittelten Faktorladungen.	242
Abb. 18: Modelle zur Analyse des postulierten Mediatoreffekts der intrinsischen Motivation auf den Zusammenhang von Maskulinität und der Ausübungsdauer intensiver körperlicher Aktivität bei Jugendlichen	275

Abb. 19: Modelle zur Analyse des postulierten Mediatoreffekts der intrinsischen Motivation auf den Zusammenhang von Maskulinität und der Ausübungsdauer intensiver körperlicher Aktivität bei Erwachsenen	276
Abb. 20: Modelle zur Analyse des postulierten Mediatoreffekts der intrinsischen Motivation auf den Zusammenhang von Maskulinität und der Ausübungshäufigkeit körperlicher Aktivität bei Jugendlichen	278
Abb. 21: Modelle zur Analyse des postulierten Mediatoreffekts der intrinsischen Motivation auf den Zusammenhang von Maskulinität und Energieumsatz durch körperliche Aktivität bei Jugendlichen.....	279
Abb. 22: Modelle zur Analyse des postulierten Mediatoreffekts der intrinsischen Motivation auf den Zusammenhang von Femininität und dem Ernährungsmusterindex bei Jugendlichen	289
Abb. 23: Darstellung des Moderatoreffekts von Maskulinität auf den Zusammenhang von Beschwerdelast und Einschätzung des Gesundheitszustands.....	303
Abb. 24: Darstellung des Moderatoreffekts von Maskulinität auf den Zusammenhang von Funktionsstatus und Einschätzung des Gesundheitszustands.....	304
Abb. 25: Darstellung des Moderatoreffekts von Maskulinität auf den Zusammenhang von Beschwerdewahrnehmung und der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe.....	306
Abb. 26: Darstellung des Moderatoreffekts von Maskulinität auf den Zusammenhang von der Einschätzung des Gesundheitszustands und der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe.....	307
Abb. 27: Darstellung des Moderatoreffekts von Maskulinität auf den Zusammenhang von der Einschätzung des motorischen Funktionsstatus und der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe.....	308

Tabellenverzeichnis

Tab. 1:	Lebenserwartung bei der Geburt in Deutschland	37
Tab. 2:	Geschlechtsspezifisches Mortalitätsverhältnis bei ausgewählten Krankheitshauptgruppen im Jahr 2004	39
Tab. 3:	Häufigste Todesursachen nach Geschlecht im Jahr 2002	41
Tab. 4:	Attributables Risiko ausgewählter Faktoren hinsichtlich Sterblichkeit und Krankheitslast für Europa im Jahr 2004	64
Tab. 5:	Populäre Sportarten bei 17-jährigen Jugendlichen im Durchschnitt der Jahre 2000-2005	73
Tab. 6:	Beliebteste im Verein sowie außerhalb des Vereins ausgeübte Sportarten	74
Tab. 7:	Speisenpräferenzen erwerbstätiger Männer und Frauen absteigend nach Korrelation Geschlecht/Präferenz	85
Tab. 8:	Items der Hauptskalen des <i>BSRI</i> und des <i>PAQ</i>	102
Tab. 9:	Zusammenfassung geschlechtsstereotyper Charakteristika	107
Tab. 10:	Übersicht über Sucheinstellungen bei der Datenbankrecherche	129
Tab. 11:	Erhobene Variablen und verwendete Messinstrumente	214
Tab. 12:	Bewertungsmatrix zur Bildung des Ernährungsmusterindex	223
Tab. 13:	Umcodierung der Lebensmittel-Items zur Indexberechnung	224
Tab. 14:	Interne Konsistenzen der verwendeten Instrumente <i>BREQ-II</i> und <i>REBS</i> in den beiden Stichproben von Studie III	230
Tab. 15:	Exploratorische Faktorenanalyse des modifizierten <i>BSRI</i> – Faktorladungen und deskriptive Statistiken	241
Tab. 16:	Invarianzüberprüfung des modifizierten <i>BSRI</i> – Vergleich unterschiedlich restriktiver Modelle nach Stichprobe, Alter und Geschlecht	245
Tab. 17:	Reliabilitätsanalyse der modifizierten <i>BSRI</i> -Skalen	247
Tab. 18:	Itemanalysen des modifizierten <i>BSRI</i> (M-Skala)	249
Tab. 19:	Itemanalysen des modifizierten <i>BSRI</i> (F-Skala)	250
Tab. 20:	Stichprobenprobenbeschreibung der Studien I, II und III – Geschlecht, Alter und Schichtzugehörigkeit	252
Tab. 21:	Besuchte Schulform der jugendlichen Probanden in Studie III nach Geschlecht	254

Tab. 22: Darstellung der zentralen Variablen in Studie I	256
Tab. 23: Interkorrelationsmatrix der zentralen Variablen in Studie I	259
Tab. 24: Darstellung der zentralen Variablen in Studie II	261
Tab. 25: Darstellung der zentralen Variablen in Studie III	262
Tab. 26: Interkorrelationsmatrix der zentralen Variablen in Studie III	264
Tab. 27: Ausprägungsformen körperlicher Aktivität nach Geschlecht	266
Tab. 28: Einhaltung aktivitätsbezogener Empfehlungen nach Geschlecht.....	267
Tab. 29: Biographische Aspekte körperlich-sportlicher Aktivität nach Geschlecht	267
Tab. 30: Ergebnisse der Regressionsanalysen mit aktivitätsbezogenen Kriterien und Geschlecht, Alter sowie G-SK als Prädiktoren.....	269
Tab. 31: Güte des logistischen Regressionsmodells – <i>Empfehlungen bzgl. körperlicher Aktivität</i>	271
Tab. 32: Logistische Regressionskoeffizienten – <i>Empfehlungen bzgl. körperlicher Aktivität</i>	271
Tab. 33: Güte des logistischen Regressionsmodells – <i>Sportliche Aktivität während Kindheit und Jugend</i>	272
Tab. 34: Logistische Regressionskoeffizienten – <i>Sportliche Aktivität während Kindheit und Jugend</i>	272
Tab. 35: Güte des logistischen Regressionsmodells – <i>Sportliche Aktivität seit Jugend</i>	273
Tab. 36: Logistische Regressionskoeffizienten – <i>Sportliche Aktivität seit Jugend</i>	273
Tab. 37: Modellanpassung im Rahmen der Analyse des postulierten Mediatoreffekts der intrinsischen Motivation auf den Zusammenhang von Maskulinität und der Ausübungsdauer intensiver körperlicher Aktivität bei Jugendlichen.....	275
Tab. 38: Modellanpassung im Rahmen der Analyse des postulierten Mediatoreffekts der intrinsischen Motivation auf den Zusammenhang von Maskulinität und der Ausübungsdauer intensiver körperlicher Aktivität bei Erwachsenen	277
Tab. 39: Modellanpassung im Rahmen der Analyse des postulierten Mediatoreffekts der intrinsischen Motivation auf den Zusammenhang von Maskulinität und der Ausübungshäufigkeit körperlicher Aktivität bei Jugendlichen	278

Tab. 40: Modellanpassung im Rahmen der Analyse des postulierten Mediatoreffekts der intrinsischen Motivation auf den Zusammenhang von Maskulinität und dem Energieverbrauch durch körperliche Aktivität bei Jugendlichen	280
Tab. 41: Übersicht über Verzehrhäufigkeiten von Obst und Gemüse bzw. Fleisch und Wurst sowie über den Ernährungsmusterindex bei Jugendlichen und Erwachsenen nach Geschlecht.....	281
Tab. 42: Übersicht bzgl. des empfehlungsgemäßen Verzehrs von Obst und Gemüse sowie bzgl. des Einhaltens eines günstigen Ernährungsmusters bei Jugendlichen und Erwachsenen nach Geschlecht	282
Tab. 43: Ergebnisse der Regressionsanalysen mit ernährungsbezogenen Kriterien und Geschlecht, Alter sowie G-SK als Prädiktoren.....	283
Tab. 44: Güte des logistischen Regressionsmodells – <i>Obst- oder Gemüseverzehr täglich oder mehrmals täglich</i>	285
Tab. 45: Logistische Regressionskoeffizienten – <i>Obst- oder Gemüseverzehr täglich oder mehrmals täglich</i>	286
Tab. 46: Güte des logistischen Regressionsmodells – <i>Gesundes Ernährungsmuster</i>	287
Tab. 47: Logistische Regressionskoeffizienten – <i>Gesundes Ernährungsmuster</i>	287
Tab. 48: Modellanpassung im Rahmen der Analyse des postulierten Mediatoreffekts der intrinsischen Motivation auf den Zusammenhang von Femininität und dem Ernährungsmusterindex bei Jugendlichen	290
Tab. 49: Selbsteinschätzung der globalen Gesundheit nach Geschlecht.....	291
Tab. 50: Beschwerdewahrnehmung nach Geschlecht	292
Tab. 51: Einschätzung des motorischen Funktionsstatus nach Geschlecht...	293
Tab. 52: Güte des logistischen Regressionsmodells – <i>Gesundheitszustand sehr gut & gut</i>	294
Tab. 53: Logistische Regressionskoeffizienten – <i>Gesundheitszustand sehr gut & gut</i>	294
Tab. 54: Güte des logistischen Regressionsmodells – <i>Auswirkung auf Leistungsfähigkeit sehr positiv & positiv</i>	295
Tab. 55: Logistische Regressionskoeffizienten – <i>Auswirkung auf Leistungsfähigkeit sehr positiv & positiv</i>	295

Tab. 56: Güte des logistischen Regressionsmodells – <i>Auswirkung auf Freizeitaktivitäten sehr positiv & positiv</i>	296
Tab. 57: Logistische Regressionskoeffizienten – <i>Auswirkung auf Freizeitaktivitäten sehr positiv & positiv</i>	296
Tab. 58: Güte des logistischen Regressionsmodells – <i>Gesundheitszustand im Vergleich viel besser & besser</i>	297
Tab. 59: Logistische Regressionskoeffizienten – <i>Gesundheitszustand im Vergleich viel besser & besser</i>	297
Tab. 60: Güte des logistischen Regressionsmodells – <i>Veränderung des Gesundheitszustands sehr verbessert & verbessert</i>	298
Tab. 61: Logistische Regressionskoeffizienten – <i>Veränderung des Gesundheitszustands sehr verbessert & verbessert</i>	298
Tab. 62: Güte des logistischen Regressionsmodells – <i>Achten auf Gesundheitszustand sehr stark & stark</i>	299
Tab. 63: Logistische Regressionskoeffizienten – <i>Achten auf Gesundheitszustand sehr stark & stark</i>	299
Tab. 64: Ergebnisse der Regressionsanalysen mit beschwerdebezogenen Kriterien und Geschlecht, Alter sowie G-SK als Prädiktoren.....	300
Tab. 65: Ergebnisse der Regressionsanalysen zum motorischen Funktionsstatus	302
Tab. 66: Analyse des postulierten Moderatoreffekts von Maskulinität auf den Zusammenhang von Beschwerdelast und den aktuellen Gesundheitszustand	303
Tab. 67: Analyse des postulierten Moderatoreffekts von Maskulinität auf den Zusammenhang des motorischen Funktionsstatus mit dem aktuellen Gesundheitszustand	304
Tab. 68: Analyse des postulierten Moderatoreffekts von Maskulinität auf den Zusammenhang von Beschwerdewahrnehmung und der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe.....	305
Tab. 69: Analyse des postulierten Moderatoreffekts von Maskulinität auf den Zusammenhang von der Einschätzung des Gesundheitszustands und der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe.....	306
Tab. 70: Analyse des postulierten Moderatoreffekts von Maskulinität auf den Zusammenhang von der Einschätzung des motorischen Funktionsstatus und der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe.....	307

I Einführung

1 Einleitung

In regelmäßigen Abständen und mit beachtlicher Konstanz zeigen die Daten der epidemiologischen Forschung die Existenz teils gravierender Geschlechtsunterschiede in diversen Gesundheitsindikatoren – meist zuungunsten des männlichen Geschlechts (Robert Koch-Institut, 2006; 2010; 2011; 2014a; 2014b). Kurz zusammenfassen lassen sich diese Befunde wie folgt:

Zwar gibt es zwischen männlichen und weiblichen Jugendlichen sowie zwischen Männern und Frauen auch genetisch determinierte biologisch-physiologische Unterschiede, die sich auf die Gesundheit auswirken, dennoch sind es vor allem geschlechtsspezifische Verhaltensmuster, auf die sich die abweichenden Gesundheitszustände zurückführen lassen. Männliche Heranwachsende und Männer verhalten sich gesundheitsriskanter, d. h. sie konsumieren mehr Alkohol und Tabak, ernähren sich ungünstiger und gefährden sich überdies im Straßenverkehr durch ihr risikoreicheres Fahrverhalten. Zwar sind männliche Adoleszente und Männer in leicht höherem Maße körperlich aktiv, was allerdings aufgrund der häufigeren Ausübung gefährlicherer Berufstätigkeiten oder gesundheitsgefährdender Sportarten nicht per se als gesundheitsförderlich bezeichnet werden sollte. Entsprechend sind sie häufiger von Unfällen betroffen und fallen überdies öfter und auch früher schweren Herz-Kreislauf-Krankheiten oder Krebsleiden anheim. Zu allem Überfluss gehen Männer auch noch seltener zum Arzt und nutzen Präventionsangebote in geringerem Maße. Letzte Konsequenz dieser divergierenden Verhaltensmuster ist, dass die Lebenserwartung der Männer um etwa 5 Jahre geringer ist als die der Frauen.

Diese kurze Standortbestimmung verdeutlicht bereits, dass in Bezug auf eine geschlechtergerechte Prävention sowie Gesundheitsförderung und vor allem Gesundheitsforschung dringender Handlungsbedarf herrscht. Die vorliegende Arbeit soll hierzu einen Teil beitragen, indem sie die Frage aufgreift, inwiefern die Identifikation mit gesellschaftlichen Geschlechterrollen mit gesundheitsbezogenen Selbsteinschätzungen sowie gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen zusammenhängt.

2 Forschungsvorhaben

Zweck des nachfolgenden Kapitels ist es, eine Übersicht über das Forschungsvorhaben zu geben, wobei insbesondere auf die Relevanz der Forschungsfrage eingegangen werden soll. Überdies werden Zielstellung und struktureller Aufbau der vorliegenden Arbeit dargestellt.

2.1 Relevanz des Forschungsvorhabens

Die Relevanz des eigenen Forschungsvorhabens im Kontext einer geschlechtergerechten Gesundheitsforschung wird nachfolgend auf drei Ebenen verdeutlicht: auf einer politischen Ebene, auf einer wissenschaftlichen Ebene sowie auf einer pädagogisch-erzieherischen Ebene.

2.1.1 Relevanz auf politischer Ebene

Die Gleichberechtigung von Jungen und Mädchen sowie von Männern und Frauen ist im Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland verankert. Hieraus ergibt sich die Verpflichtung des Staates für eine aktive und wirkungsvolle Gleichstellungspolitik:

Männer und Frauen sind gleichberechtigt. Der Staat fördert die tatsächliche Durchsetzung der Gleichberechtigung von Frauen und Männern und wirkt auf die Beseitigung bestehender Nachteile hin.
(Art. 3 Abs. 2 S. 2 und 3 GG)

Das Kinder- und Jugendhilfegesetz bietet eine weitere Rechtsgrundlage, aus der sich eine Legitimation für geschlechtersensible Politik für das Kindes- und Jugendalter ableiten lässt (Winter, 2012). So wird im ersten Absatz von §1 – Recht auf Erziehung, Elternverantwortung, Jugendhilfe – jedem jungen Menschen „ein Recht auf Förderung seiner Entwicklung und auf Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit“ (§1 Abs. 1 KJHG, SGB VIII) zugesprochen.

Mit Blick auf die geschlechtsspezifische Gesundheit sowohl im Kindes- und Jugendalter als auch bei Erwachsenen muss allerdings konstatiert werden, dass in der Bundesrepublik geschlechtsbezogene Ungleichheiten bestehen, die es abzubauen gilt. Aus diesem Grund sind wirkungsvolle Strategien gefragt, mit

Hilfe derer sich der Abbau gesundheitlicher Diskrepanz zwischen Mädchen und Jungen sowie zwischen Frauen und Männern effektiv umsetzen lässt. Einen wichtigen Impuls in Form einer Strategieempfehlung für den Weg zu einer geschlechtergerechten Gesundheitsforschung gab die Weltgesundheitsorganisation 2001 in ihrem Madrid Statement (WHO, 2002a)

To achieve the highest standard of health, health policies have to recognize that women and men, owing to their biological differences and their gender roles, have different needs, obstacles and opportunities. (...) The factors that determine health and ill health are not the same for women and men. Gender interacts with biological differences and social factors. Women and men play different roles in different social contexts. (...) This affects the degree to which women and men have access to, and control over, the resources and decision-making needed to protect their health. This results in inequitable patterns of health risk, use of health services and health outcomes. (WHO, 2002a, p. 2)

Der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2002a) zufolge ist das so genannte *Gender Mainstreaming* die effektivste Strategie zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten zwischen Männern und Frauen. Der Terminus entbehrt einer gelungenen und prägnanten Entsprechung in der deutschen Sprache. Der Begriff *Gender* impliziert jedoch, dass nicht das biologische, sondern das sozial-konstruierte Geschlecht, also Rollenerwartungen, Macht, Werte, Einfluss sowie Lebensbedingungen von Männern und Frauen, im Vordergrund steht. *Mainstreaming* bedeutet in diesem Kontext, dass etwas, das bisher lediglich am Rande betrachtet wurde, nun in den Fokus der Aufmerksamkeit gerät und somit in den Hauptstrom einfließt (Altgeld & Kolip, 2009).

Ein bedeutsamer Meilenstein für die Implementierung des *Gender Mainstreamings* auf Bundesebene war der Kabinettsbeschluss der Bundesregierung vom 23. Juni 1999, in dem die Gleichstellung von Frauen und Männer als Leitprinzip der Bundesregierung anerkannt und *Gender Mainstreaming* als Strategie zur Umsetzung dieses Prinzips bestimmt wurde. Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend ist innerhalb der Bundesregierung federführendes Ressort in Bezug auf die Umsetzung des Leitprinzips der Geschlechtergerechtigkeit. Ihm zufolge ist das Leitprinzip des *Gender Mainstreaming*, „bei allen gesellschaftlichen Vorhaben die unterschiedlichen Le-

benssituationen und Interessen von Frauen und Männern von vornherein und regelmäßig zu berücksichtigen, da es keine geschlechtsneutrale Wirklichkeit gibt“ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen & Jugend, 2005, S. 2).

Eine konkrete Umsetzung dieses Leitprinzips hinsichtlich der Beseitigung von explizit gesundheitlichen Ungleichheiten zwischen Frauen und Männern in Form einer gesetzlichen Verankerung fand jedoch erst im Juli 2015 statt. Hier wurde das *Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und gesundheitlicher Prävention* (Präventionsgesetz – PräVG) vom Bundesrat verabschiedet. Dieses Gesetz legt fest, dass „bei den Leistungen der Krankenkasse (...) geschlechtsspezifischen Besonderheiten Rechnung zu tragen“ ist (§2b PräVG) und dass diese Leistungen „insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen“ sollen (§20 Abs. 1 PräVG).

Die Verabschiedung dieses Gesetzes lässt zumindest Bestrebungen erkennen, das Prinzip des Gender Mainstreaming auch gesundheitspolitisch umzusetzen. Mit Blick auf die Gesundheitsförderungs- und Präventionsangebote scheint dies auch zwingend nötig: Aufgrund vorliegender Daten zur Inanspruchnahme von Präventionsmaßnahmen (nach § 20 Abs. 1 SGB V) weisen Altgeld und Kolip (2009) darauf hin, dass gerade Männer, die enormen Bedarf hätten, durch *geschlechtsneutrale* Angebote kaum angesprochen werden und führen dies darauf zurück, dass diese verhaltensbezogenen Angebote der Krankenkassen von ihrer Konzeption her vorrangig das weibliche Geschlechtsstereotyp bedienen. Dies ist umso problematischer, da es bis dato an *geschlechtsspezifischen* Angeboten für Männer mangelt. Doch auch die Angebote, die sich explizit an Frauen richten, sind nicht optimal auf deren Gesundheitsbedürfnisse zugeschnitten, was dazu führt, dass durch diese geringe Zielgruppenspezifität „Ressourcen verschleudert werden“ (Altgeld & Kolip, 2009, S. 18). Den Autoren zufolge ließe sich durch eine konsequente Umsetzung des *Gender Mainstreamings* ein Beitrag zu einer erhöhten Wirtschaftlichkeit und Rationalität im Gesundheitswesen leisten.

Hier kann die vorliegende Arbeit einen Beitrag leisten, indem die gewonnenen Erkenntnisse zu Gender und Gesundheitsverhalten in eine zielgruppengerechte Gestaltung von Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten einfließen.

2.1.2 Relevanz auf wissenschaftlicher Ebene

The differences between men and women have inspired poets and song writers but not so public health professionals. The well worn joke – an epidemiologist is a person broken down by age and sex – is a bit closer to the truth than many of us would probably care to admit. Gender is nearly always treated as a potential confounding variable, the effects of which, if there are any, must be controlled for statistically and then ignored. Gender differences in health are seldom given a second glance. (Stephenson & McKee, 1993, p. 151)

Die Kritik von Stephenson und McKee bezieht sich auf die Tatsache, dass die Variable Geschlecht in den statistischen Analysen der epidemiologischen Forschung bisher lediglich als Confounder – nicht jedoch als theoretischer Bezugspunkt - angesehen würde.

Der wissenschaftliche Diskurs zum Thema Geschlecht und Gesundheit findet bislang primär auf einer „differenztheoretischen Ebene“ (Voss, 2006, S. 92) statt, die vorrangig ein Differenzverständnis postuliert, in dem es darum geht, Geschlechtsunterschiede im Sinne von geschlechtsspezifischen bzw. geschlechtstypischen Präferenzen und Eigenschaften zu finden (Hartmann-Tews, 2006; Voss, 2006). Ansätze, in deren Zentrum gesellschaftliche Strukturzusammenhänge stehen oder die analytisch an der Selbstkonzept-Forschung anschließen und danach fragen, was Frauen und Männer zu Ungleichen und Verschiedenen macht, finden den Autorinnen zufolge bislang allenfalls marginale Bedeutung. Dies scheint nicht nur in der Bundesrepublik, sondern auch europaweit der Fall zu sein:

What is apparent is that although there is a large volume of sex disaggregated data collected across Member States, there is little analysis or consideration of the broader socio-cultural factors underpinning the data, and even fewer attempts to translate this into gender-proofed policy and practice in ways that enable men's perspectives to become visible. (European Commission, 2011, p. 8)

Auch Altgeld (2012) bemängelt in diesem Kontext, dass weder der Mainstream der Public Health-Forschung noch die Gesundheitsberichterstattung auf nationaler oder kommunaler Ebene im Hinblick auf Fragestellungen der Epidemiologie und der Versorgungsforschung über das bloße Konstatieren von Geschlechtsunterschieden hinaus kommen und dass eine tiefer gehende und differenzierte Analyse der spezifischen Bedingungen der Gesundheit beider Geschlechter nicht stattfindet. Exemplarisch seien an dieser Stelle die Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys KiGGS (RKI, 2007) oder der Studie *Gesundheit in Deutschland aktuell 2009* (RKI, 2010) genannt, die bspw. eine Geschlechterrollen reflektierende Datenanalyse missen lassen. Dass es jedoch auch anders geht und sich im Hinblick auf eine geschlechtersensible Gesundheitsforschung durchaus erfreuliche Tendenzen zeigen, zeigt das Robert Koch-Institut in seiner aktuellen Publikation zur großangelegten und bevölkerungsrepräsentativen Studie *Gesundheit in Deutschland aktuell 2012* (RKI, 2014a) sowie in der Sonderveröffentlichung *Gesundheitliche Lage der Männer in Deutschland* (RKI, 2014b), die die Untersuchungsergebnisse auch vor dem Hintergrund soziokultureller Einflussgrößen wie Geschlechterrollen reflektieren. Gleichwohl muss konstatiert werden, dass trotz dieser positiven Entwicklungen noch ein weiter Weg zu einer gendersensiblen Forschung zu gehen ist. Somit kann der Forschergruppe des Robert Koch-Instituts nur zugestimmt werden, wenn sie zu dem Schluss kommen:

Dennoch ist beim Versuch, gesundheitliche Unterschiede zwischen Männern und Frauen, aber auch innerhalb der Geschlechtergruppen zu erklären, noch spezifischer Forschungsbedarf festzustellen. Das betrifft vor allem die Bereiche der biologischen und der soziokulturellen Einflussgrößen, letztere auch gerade vor dem Hintergrund sich wandelnder geschlechtsspezifischer Rollenmuster, der Pluralisierung von Lebensformen und der sich ändernden Arbeitsbedingungen. (RKI, 2014b, S. 210)

An dieser Forschungslücke setzt die vorliegende Arbeit an, indem sie sich mit dem Geschlechtsrollen-Selbstkonzept einer bedeutsamen Variablen widmet, die eine tiefergehende Untersuchung geschlechtsbezogener Unterschiede in gesundheitsrelevanten Kognitionen und Verhalten ermöglicht, als dies bei einer bloßen Dichotomisierung nach biologischem Geschlecht der Fall ist. Überdies

erlaubt die gewählte Herangehensweise der vorliegenden Untersuchung die geforderte Analyse von Binnendifferenzen innerhalb der Geschlechtergruppen.

2.1.3 Relevanz auf pädagogischer Ebene

Während im Kindesalter das Gesundheitsverhalten des Einzelnen noch stark durch die Eltern beeinflusst wird, bestimmen Jugendliche zunehmend selbst über ihr Verhalten (Hähne & Dümmler, 2008; Langness, Leven & Hurrelmann, 2006). Da im Verlauf der Adoleszenz fast alle gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen deutliche altersassoziierte Veränderungen zeigen, ist davon auszugehen, dass die meisten Gesundheitsverhaltensweisen – ganz gleich ob gesundheitsförderlich oder gesundheitsschädigend – funktional für die Bewältigung verschiedener Entwicklungsaufgaben im Jugendalter sind (Pinquart & Silbereisen, 2002). Eine der zentralen Entwicklungsaufgaben des Jugendalters ist die Entwicklung der Identität im Allgemeinen und des Geschlechtsrollen-Selbstkonzepts (Alfermann, 1996). Hinsichtlich der Aufnahme und Ausübung diverser sowohl gesundheitsförderlichen als auch gesundheitsschädlichen Verhaltensweisen kommt dieser Variable eine Schlüsselrolle zu (Waldron, 1988, Sieverding, 2004; 2005). In diesem Zusammenhang haben West und Zimmermann (1987) den Terminus *doing gender* geprägt, womit gemeint ist, dass das Geschlecht nicht nur etwas ist, das man einfach *hat*, sondern vor allem etwas ist, das Menschen in einem sozialen Kontext *tun* (Kolip, 1997). Das Geschlechterverhältnis wird demnach in sozialen Situationen (re-)produziert, weil sich Personen so verhalten, dass ihr Geschlecht eindeutig zum Ausdruck kommt (Fenstermaker, West & Zimmermann, 1991).

Mädchen und Jungen lernen schon während der Kindheit, dass gesundheitsriskantes Verhalten wie Rauchen, Alkoholkonsum, sich Prügeln oder schnelles Autofahren als *typisch männlich* gilt und entsprechend von Jungen und Männer ausgeübt werden sollte (Alfermann, 2006). Folglich sind Risiko, Wagnis und Abenteuer maskulin stereotypisiert und dienen dazu, Mannhaftigkeit zu unterstreichen (Sieverding, 2000).

Mit dem Voranschreiten körperlicher Veränderungen im Jugendalter nimmt der Druck zum geschlechtsadäquaten Verhalten zu und auch der Wunsch, Geschlechtlichkeit sowohl auszudrücken als auch bestätigt zu bekommen, ver-

stärkt sich (Kolip, 1997). Der Körper bzw. der Umgang mit ihm spielt beim *doing gender* eine Schlüsselrolle, da er als Ausdrucksmedium fungiert (Hähne & Dümmler, 2008). Dies erfolgt nicht ausschließlich durch Kleidung, Frisur, Mimik, Gestik und Körpersprache, sondern auch durch gesundheitsrelevante Verhaltensweise wie dem Essverhalten und körperlicher Aktivität (Hinz, 2008). Essensvorlieben bestimmte kulinarische Akte, nach außen getragene Einstellungen sowie emotionale Haltungen gegenüber der Ernährung lassen sich ebenso für die Herstellung und Demonstration von *Männlichkeiten* und *Weiblichkeiten* (Setzwein, 2009) instrumentalisieren wie bspw. die Wahl einer bestimmten körperlich-sportlichen Aktivität (Pfeffer & Alfermann, 2009).

Die vorliegende Arbeit ermöglicht einen differenzierten Einblick in die Zusammenhänge des Geschlechtsrollen-Selbstkonzepts mit gesundheitsbezogenen Kognitionen und gesundheitsrelevantem Handeln. Die aus Grundlagenforschung dieser Art gewonnenen Erkenntnisse können künftig dazu beitragen, Maßnahmen zur Förderung einer ausgewogenen Ernährung und körperlicher Aktivität sowohl im Kindes- und Jugendalter als auch bei Erwachsenen durch eine stärkere Berücksichtigung der Genderperspektive zu optimieren.

2.2 Zielstellung der Arbeit

In der dargestellten Relevanz des Untersuchungsgegenstandes zeichnet sich bereits der Leitgedanke des eigenen Forschungsvorhabens ab. Anders als in der Praxis der Public Health-Forschung bislang üblich, werden in der vorliegenden Arbeit Unterschiede in gesundheitsbezogenen Kognitionen und gesundheitsrelevantem Handeln nicht bloß auf einer Ebene des biologischen Geschlechts untersucht und konstatiert, sondern einer tiefer gehenden Analyse unterzogen. Von zentralem Interesse ist in diesem Kontext die Frage, inwiefern das Geschlecht als soziales Konstrukt gesundheitsrelevantes Verhalten sowie gesundheitsbezogene Selbsteinschätzungen vorherzusagen vermag.

Wesentliches Ziel der Arbeit ist es, die Bedeutung des Geschlechtsrollen-Selbstkonzepts für die Ausübung körperlicher Aktivität und das Essverhalten sowie gesundheitsbezogene Selbsteinschätzungen im Sinne des Gesundheits-Selbstkonzepts zu untersuchen und dabei zu eruieren, ob es in Bezug auf die Merkmalsausprägung gar eine höhere Relevanz besitzt als das Geschlecht.

Basierend auf den Erkenntnissen dieser Arbeit lassen sich Handlungsempfehlungen ableiten, die im Rahmen gendersensibler Interventionen zur Gesundheitsförderung zum Tragen kommen können. Die vorliegende Arbeit leistet einen Beitrag zur geforderten Gendersensibilität in der Gesundheitsforschung und kann somit möglicherweise einen Teil zur Herstellung der Gleichheit von Gesundheitschancen beisteuern.

2.3 Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Dissertationsschrift umfasst insgesamt vier Teilbereiche, deren Inhalt an dieser Stelle kurz beschrieben sei:

- I) Einführung
- II) Theoretische Grundlagen
- III) Empirische Untersuchung
- IV) Zusammenfassung und Ausblick

Die Einführung soll dem Leser eine Annäherung an den Gegenstandsbereich der Arbeit ermöglichen. Entsprechend erfolgten bereits die thematische Einleitung in Kapitel 1 sowie die Darstellung des Forschungsvorhabens hinsichtlich dessen Relevanz, Zielstellung und Aufbau in Kapitel 2. Im nachfolgenden Kapitel 3 wird mit der Beschreibung und Abgrenzung der für das Forschungsvorhaben wichtigsten Begrifflichkeiten und Konzepte fortgefahren.

Im Teilbereich II werden die notwendigen theoretischen Grundlagen geschaffen, die das Fundament der Arbeit bilden. Begonnen wird in Kapitel 4 mit der Darstellung empirisch gewonnener Erkenntnisse zu Geschlechtsunterschieden in Bezug auf verschiedene Indikatoren psychischer und physischer Gesundheit bzw. Krankheit, wobei diese für Kinder und Jugendliche bzw. Erwachsene getrennt erfolgt. Ausgehend von der Darstellung dieser Geschlechtsunterschiede werden verschiedene Ursachen für deren Genese genannt und gewürdigt. Ohne bereits inhaltlich zu viel vorweg zu nehmen, sei an dieser Stelle angemerkt, dass dem individuellen Gesundheitsverhalten bei der Entstehung der Geschlechtsunterschiede eine essentielle Bedeutung zukommt, weswegen in Kapitel 5 der Schwerpunkt auf der Darstellung ebendieser Geschlechtsunterschiede im Gesundheitsverhalten – oder präziser: in der Ausübung körperlicher Aktivität und im Essverhalten – liegt. Ebenso werden verschiedene Theorien vorge-

stellt, die diese Geschlechtsunterschiede im Verhalten zu erklären suchen. Als bedeutsames Konstrukt kristallisiert sich hierbei das Geschlechtsrollen-Selbstkonzept – die zentrale Untersuchungsvariable der vorliegenden Arbeit – heraus, das in Kapitel 6 ausführlich beschrieben und hinsichtlich seiner Implikationen für das individuelle (Gesundheits-) Verhalten diskutiert wird. In Kapitel 7 erfolgt die Darstellung des aktuellen Forschungsstands hinsichtlich der Zusammenhänge des Geschlechtsrollen-Selbstkonzepts mit der körperlichen Aktivität und dem Essverhalten sowie Indikatoren der physischen und psychischen Gesundheit. Den Abschluss dieses Kapitels zum Stand der Forschung bildet eine Zusammenfassung, die einerseits die zentralen Erkenntnisse betont und andererseits aufzeigt, wo weiterhin Forschungsdefizite bestehen.

Ausgehend von den zuvor beschriebenen theoretischen Grundlagen sowie dem Forschungsstand wird in Teilbereich III detailliert die Empirische Untersuchung beschrieben. Dabei wird zunächst in Kapitel 8 ein eigener Erklärungsansatz präsentiert sowie darauf aufbauend die forschungsleitende Fragestellung und die Untersuchungshypothesen vorgestellt. Die angewandte Forschungsmethodologie wird in Kapitel 9 beschrieben bevor nachfolgend in Kapitel 10 die Präsentation der Untersuchungsergebnisse erfolgt.

Teilbereich IV bildet den Abschluss der vorliegenden Arbeit. Hier werden in Kapitel 11 die ermittelten Forschungsergebnisse zusammengefasst, kritisch gewürdigt und in den Forschungsstand eingeordnet. Im inhaltlich abschließenden 12. Kapitel werden zukünftige Forschungsmöglichkeiten und Anknüpfungspunkte aufgezeigt. Das nachfolgende Schaubild illustriert den strukturellen Aufbau der vorliegenden Arbeit.

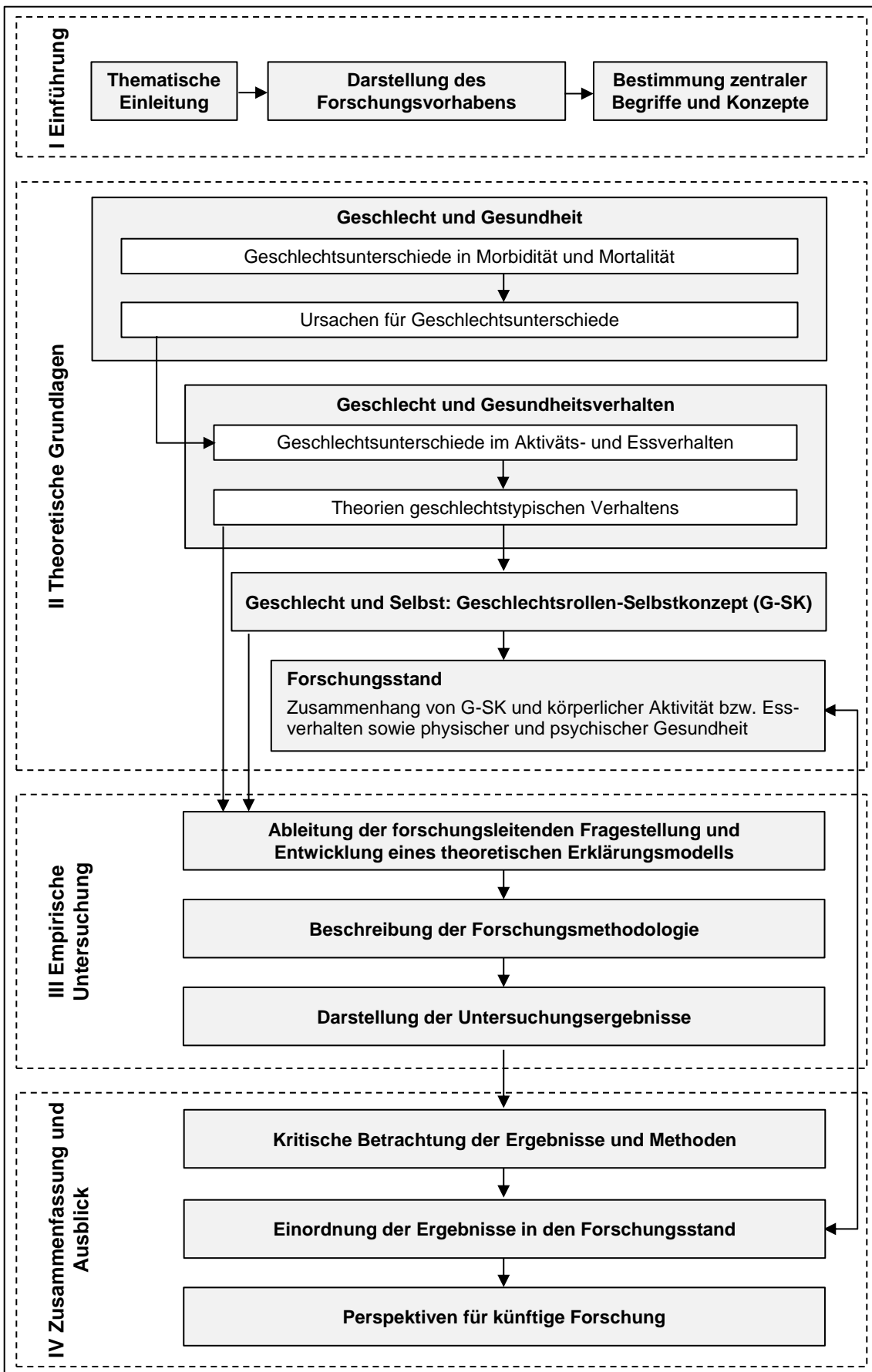


Abb. 1: Überblick über den strukturellen Aufbau und die Zusammenhänge der Arbeit

3 Bestimmung zentraler Begriffe und Konzepte

Gegenstand der vorliegenden Untersuchung sind die Zusammenhänge von Geschlecht und Gesundheitsverhalten bei Jugendlichen und Erwachsenen unter besonderer Berücksichtigung der körperlichen Aktivität und des Essverhaltens. Hinsichtlich der terminologischen Festlegungen der für diese Untersuchung zentralen Begrifflichkeiten sind in der Literatur und im alltäglichen Sprachgebrauch mitunter deutliche semantische Differenzen zu erkennen. Um eine klare Verständnisgrundlage zu schaffen und Missverständnissen vorzubeugen, sollen in den folgenden Ausführungen die zentralen Begriffe erläutert werden.

3.1 Gesundheit und Gesundheitsverhalten

In unserem Lebensalltag spielt das Thema *Gesundheit* eine wichtige Rolle. Der Begriff *Gesundheit* umschreibt einen Befindlichkeitszustand, den sich wohl die meisten Menschen wünschen, wenngleich es auch an einer realistischen Vorstellung mangelt, was darunter zu verstehen ist (Hurrelmann, 2010). In der Literatur findet sich mittlerweile eine Vielzahl verschiedener Definitionen des Gesundheitsbegriffs (u. a. Becker, Bös, Mohr, Tittlbach & Woll, 2000; Hurrelmann, 2010; Woll, 2006). Maßgeblich beeinflusst wurde die wissenschaftliche Diskussion durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO), die *Gesundheit* als „Zustand des völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen“ definierte (WHO, 1946). Mit dieser Definition wurde erstmals versucht, *Gesundheit* inhaltlich zu füllen und anhand eigener Charakteristika zu beschreiben und somit positiv anstatt negativ – nämlich über die Abwesenheit von Krankheit – zu definieren (Hurrelmann, 2010). Neuere Ansätze aus den Bereichen der soziologischen, psychologischen und Teilbereichen der sozialmedizinischen Forschung, die sich mit *Gesundheit* befassen, greifen ganzheitliche und dynamische Gesundheitskonzepte auf, die durch Einbeziehung von Ansätzen aus der Medizin, der Biologie und den Verhaltenswissenschaften einen integrativen Charakter erhalten (Woll, 2006). Diese Konzeptionen eint die Auffassung, dass es sich bei *Gesundheit* nicht um einen statischen Zustand, sondern um das Ergebnis eines

dynamischen Prozesses handelt, in dem psychische, physische und soziale Abwehr- bzw. Schutzfunktionen des Organismus potenziell krankmachenden Einwirkungen aus der biologischen, physikalischen oder sozialen Umwelt gegenüberstehen (Woll, 2006). Als Verständnisgrundlage dient im Rahmen der vorliegenden Arbeit ein solcher integrativer Gesundheitsbegriff von Hurrelmann (2010):

Gesundheit bezeichnet den Zustand des Wohlbefindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich körperlich, psychisch und sozial in Einklang mit den jeweils gegebenen inneren und äußeren Lebensbedingungen befindet. Gesundheit ist nach diesem Verständnis ein angenehmes und durchaus nicht selbstverständliches Gleichgewichtsstadium von Risiko- und Schutzfaktoren, das zu jedem lebensgeschichtlichen Zeitpunkt immer erneut hergestellt werden muss. (Hurrelmann, 2010, S. 7)

Das Erreichen dieses erstrebenswerten Gleichgewichtsstadiums hängt sowohl von personalen Bedingungen (z. B. physische Konstitution, positive Anlagen, aufgeschlossenes Temperament) als auch vom individuellen Gesundheitsverhalten ab, das wiederum durch die Lebens- und Gesundheitsverhältnisse (d. h. kulturelle, wirtschaftliche, soziale und ökologische Bedingungen) geprägt ist (Hurrelmann, 2010).

Der Begriff *Gesundheitsverhalten* entzieht sich einer klaren sowie allgemein gültigen Definition und wird in der Literatur oftmals unterschiedlich ausgelegt (Renner & Schwarzer, 2003). Einer gängigen Sichtweise zufolge handelt es sich dabei um das Verhalten, das ein Individuum an den Tag legt, um den eigenen Gesundheitszustand zu verbessern, ihn aufrecht zu erhalten oder um dessen Verschlechterung entgegenzuwirken (Gochman, 1997; Harris & Guten, 1979; Kasl & Cobb, 1966; Kirscht, 1983). Entscheidend ist gemäß dieser Definition lediglich die subjektive Einschätzung bzw. der Glaube, seiner Gesundheit etwas Gutes zu tun – ganz gleich, ob das ausgeführte Verhalten aus medizinischer Sicht auch wirklich einen positiven Einfluss auf die Gesundheit hat (Renner & Staudinger, 2008). Weiter verbreitet ist jedoch eine Auffassung, nach der zum *Gesundheitsverhalten* all jene Verhaltensweisen zählen, für die aufgrund von Expertenmeinungen oder klinischer und epidemiologischer Studien angenommen werden kann, dass sie sich gesundheitsförderlich auswirken (Renner

& Staudinger, 2008). Die vorliegende Arbeit beruht auf solch einem Verständnis und bedient sich einer Definition, wonach es sich beim *Gesundheitsverhalten* um eine präventive Lebensweise handelt, die Schäden fernhält, Fitness und Wohlbefinden fördert und somit auch die Lebenserwartung zu verlängern vermag (Schwarzer, 2004). Neben den Verhaltensweisen körperliche und sportliche Aktivität sowie einer ausgewogenen, präventiven Ernährung, die im Fokus der vorliegenden Arbeit stehen, zählen zum *Gesundheitsverhalten* beispielsweise auch die Zahnpflege, die regelmäßige Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen, das Anlegen von Sicherheitsgurten im Straßenverkehr sowie die Verwendung von Kondomen bei wechselnden Sexualkontakten. Auch die Unterlassung eines Risikoverhaltens wie z. B. Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum oder riskantes Autofahren, kann als Gesundheitsverhalten verstanden werden (Schwarzer, 2004).

Gesundheitsverhalten bildet demnach einen Oberbegriff, der sowohl gesundheitsförderliches als auch gesundheitsriskantes Verhalten beinhaltet (Schwarzer, 2004). Allerdings ist diese Einteilung nicht unproblematisch, da ein und dieselbe Verhaltensweise in Abhängigkeit des angewandten Kriteriums (z. B. dem Zusammenhang mit Mortalität oder der Genese bestimmter Krankheiten) als gesundheitsförderlich oder -riskant angesehen werden kann (Renner & Staudinger, 2008). Zwei Beispiele hierfür sind das Sonnenbaden und moderater Alkoholkonsum: Das Sonnenbaden ist vor allem als gesundheitsriskant in die Kritik geraten, da es mit der Entstehung von Hautkrebs in Zusammenhang gebracht wird (Morrison & Bennett, 2009). Andererseits bewirkt die Sonnenlichtexposition einen Anstieg der körpereigenen Vitamin-D-Produktion, was wiederum das Risiko senkt, Herz-Kreislauf-Krankheiten zu erleiden (Ness, Frankel, Gunnell & Smith, 1999, 2002). Unter diesem Gesichtspunkt kann es folglich als gesundheitsförderlich bezeichnet werden. Ähnlich verhält es sich mit moderatem Alkoholkonsum, der einerseits das Krebsrisiko erhöhen kann (McPherson, 2007), andererseits das Risiko koronarer Herzkrankheiten zu reduzieren vermag (Keil, Chambless, Doring, Filipiak & Stieber, 1997; Mukamal et al., 2006). Ein absolutes *Gesundheitsverhalten* gibt es demnach nicht, stattdessen hängt die Klassifizierung eines Verhaltens als gesundheitsförderlich stets vom herangezogenen Kriterium ab (Renner & Staudinger, 2008).

In der vorliegenden Arbeit wird der Begriff des *Gesundheitsverhaltens* in der dargestellten Form verwendet und umfasst somit gleichsam gesundheitsförderliche wie -riskante Verhaltensweisen. Diese Ambivalenz kommt auch in Begriffen *gesundheitsrelevantes Handeln* bzw. *Verhalten* zum Ausdruck, weswegen sie nachfolgend synonym eingesetzt werden.

Ein im Zusammenhang der vorliegenden Forschungsarbeit ganz besonders bedeutsames gesundheitsrelevantes Verhalten ist die körperliche bzw. sportliche Aktivität. Auch diese Begriffe werden mitunter in verschiedener Art und Weise gebraucht, weswegen sie nachfolgend erläutert seien.

3.2 Körperliche und sportliche Aktivität

Dem Begriff *körperliche Aktivität* wird in der vorliegenden Arbeit ein Verständnis zugrunde gelegt, das sich an jenem von Rost (1997) orientiert. Hiernach handelt es sich um „die Summe aller Prozesse, bei denen durch aktive Muskelkontraktionen Bewegungen des menschlichen Körpers hervorgerufen werden bzw. vermehrt Energie umgesetzt wird“ (Rost, 1997, S. 23 f.).

Damit umfasst dieser Begriff – neben der *sportlichen Aktivität* (s. u.) – auch sämtliche verschiedenartige Aktivitäten und Bewegungen, die im alltäglichen Leben eine relevante Rolle spielen, wie etwa Haus- und Gartenarbeiten, berufliche Tätigkeiten, Treppensteigen, zu Fuß Gehen oder Radfahren (Wagner, Woll, Singer & Bös, 2006). Diese Alltagsaktivitäten lassen sich als *unstrukturierte körperliche Aktivitäten* (Rost, 1997) oder auch *Lebensstilaktivitäten* (Schlicht & Brand, 2007) zusammenfassen.

Unter *sportlicher Aktivität* wird im Folgenden der strukturierte und bewusste Einsatz von Bewegung verstanden (Wagner & Brehm, 2008; Wagner et al., 2006). Überdies weist *sportliche Aktivität* weitere charakteristische Merkmale auf, die eine Abgrenzung zum Oberbegriff *körperliche Aktivität* und zu den verwandten Termini *unstrukturierte körperliche Aktivitäten* bzw. *Lebensstilaktivitäten* erlauben.

Diese unterschiedlichen Charakteristika sportlicher Aktivität können gemäß Woll (1996) folgendermaßen zusammengefasst werden:

Sportliche Aktivität ist ein aktiver, zielmotivierter, spezifisch organisierter Umgang mit dem Körper innerhalb eines sportlichen Rahmens. Sportliche Aktivität ist immer körperliche Bewegung unter Ausnutzung bestimmter motorischer Fähigkeiten und Fertigkeiten, verbunden mit Befinden und Erleben und eine Form der sozialen Interaktion und Kommunikation. (Woll, 1996, S. 20)

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung werden die Begriffe entsprechend dieser terminologischen Festlegungen verwendet. *Körperliche Aktivität* ist somit der übergeordnete Begriff für jede Art von Bewegung, bei der Energie verbraucht und physikalische Arbeit verrichtet wird. Sie umfasst sowohl alltägliche Lebensstilaktivitäten als auch explizit sportliche Aktivität (Wagner et al., 2006).

Ein zweites Gesundheitsverhalten, das im Fokus der vorliegenden Arbeit steht, ist das Essverhalten. Auch hierzu sei in den nachfolgenden Ausführungen dargestellt, wie die in diesem Kontext eingesetzten Begriffe zu verstehen sind.

3.3 Essen und Ernährung

Ernährung und *Essen* sind zwei Begriffe, die vordergründig das Gleiche zu bezeichnen scheinen, nämlich den Vorgang der Nahrungsaufnahme (Pudel & Westenhöfer, 2003). Doch sowohl im Alltagsverständnis als auch im wissenschaftlichen Kontext sind die beiden Begriffe unterschiedlich besetzt und werden in anderen Zusammenhängen verwendet (Heindl, 2003; Methfessel, 2005; Oepping & Francke, 2009).

Implizit sprechen sie nämlich Aspekte an, die über den bloßen Akt der Nahrungsaufnahme hinausgehen. Im deutschen Sprachgebrauch ist den Autoren zufolge *Essen* mit weitgehend positiven Emotionen hinsichtlich des Vorgangs der Nahrungsaufnahme assoziiert, *Ernährung* wird hingegen mit gesundheitsbezogenen, kognitiv-rationalen Wirkungen der Nahrungsaufnahme in Verbindung gebracht (Pudel & Westenhöfer, 2003; Westenhöfer & Pudel, 1990).

Dies bedeutet, dass *Essen* eine starke Handlungs- und nur eine schwache Wissensdimension aufweist, wohingegen die Wissensdimension beim Begriff *Ernährung* dominiert (Ellrott, 2011). Demnach lassen sich die beiden Begriffe wie folgt voneinander abgrenzen:

Mit dem Begriff Essen wird also die gesamte Erlebnissphäre der Nahrungsaufnahme erfasst, einschließlich sozialer Bezüge, des Ambiente, sämtlicher Wahrnehmungen während und nach der Mahlzeit. Der Begriff Ernährung bezieht sich dagegen eher einschränkend auf die tatsächlichen und/oder vom Esser antizipierten physiologischen Wirkungen der Nahrung. (Pudel & Westenhöfer, 2003, S. 31)

In der vorliegenden Arbeit wird diese Begriffsdifferenzierung zwischen *Ernährung* und *Essen*, wie sie Pudel und Westenhöfer (2003) in Analogie zur Verwendung in der deutschen Umgangssprache vorgeschlagen haben, beibehalten: *Ernährung* findet entsprechend immer dann Verwendung, wenn biologische Aspekte der Nahrungsaufnahme im Fokus stehen wie bspw. im Zusammenhang mit Verzehrempfehlungen verschiedener Lebensmittel. *Essen* bzw. *Essverhalten* hingegen bezieht sich stets auf das positiv emotionale Genusserlebnis sowie die konkrete Handlung des Verzehrs von Lebensmitteln. Diese Unterscheidung der Begriffe lässt sich in einer ebenso zutreffenden wie pointierten Feststellung zusammenfassen: „Menschen essen anders als sie sich ernähren sollen“ (Pudel, 2010, S. 8).

Neben dem Essverhalten und der körperlichen Aktivität als Manifestationsformen gesundheitsrelevanten Handelns nimmt die Auseinandersetzung mit dem Geschlecht bzw. geschlechtsbezogenen Konstrukten eine zentrale Stellung in der vorliegenden Arbeit ein. Daher seien auch die wichtigsten Begriffe, die in diesem Zusammenhang Verwendung finden, nachfolgend erläutert.

3.4 Geschlecht und geschlechtsbezogene Konstrukte

Im alltagssprachlichen Sinne bedarf es wohl kaum einer Erklärung, was Männer und Frauen sind (Kuhlmann, 2002). Gleichwohl erscheint es für die vorliegende Arbeit zwingend notwendig, den Begriff *Geschlecht* eindeutig zu definieren. Anders als bei den übrigen terminologischen Festlegungen in diesem Kapitel soll jedoch keine Ab- bzw. Eingrenzung vorgenommen werden, sondern eine inhaltliche Auffächerung erfolgen.

Während in der deutschen Sprache lediglich der Begriff *Geschlecht* existiert, gibt es im angelsächsischen Sprachraum dafür zwei verschiedene Termini: Hier beschreibt der Begriff *sex* das biologische Geschlecht und bezieht sich somit auf angeborene anatomische und physiologische Charakteristika von Männern

und Frauen. Der Begriff *gender* jedoch ist deutlich weiter gefasst und beinhaltet gesellschaftliche Rollen, Rechte und Pflichten, Lebenslagen und Lebensweisen, Männern und Frauen zugeschriebene Eigenschaften, Erwartungen an geschlechtstypische Verhaltensweisen sowie die Selbstwahrnehmung von Individuen als männlich oder weiblich (Alfermann, 1996; Jahn & Kolip, 2002; Sieverding, 2010). Es handelt sich somit um zwei verschiedene Dimensionen der Kategorie *Geschlecht* (Bolte, 2008). *Gender* knüpft zwar immer an *sex* an, ist mit diesem jedoch nicht identisch. Vielmehr handelt es sich dabei um soziale Konstruktionen, die sowohl historischen als auch kulturellen Wandlungen unterworfen und somit variabel sind (Deaux & LaFrance, 1998, Sieverding, 2005).

Im Zusammenhang mit diesen sozialen Konstruktionen von Geschlecht sind die Begriffe Geschlechterstereotypen, Geschlechterrollen und Geschlechtsrollen-Selbstkonzept von Bedeutung, weswegen sie nachfolgend kurz erläutert seien.

Geschlechterstereotype: Im Allgemeinen bezeichnen Stereotype Generalisierungen über eine Gruppe von Personen, wobei allen Individuen dieser Gruppe die gleichen Merkmale zugewiesen werden (Gerrig & Zimbardo, 2015). Als kognitive Wissensbestände werden sie – bspw. durch eigene Beobachtungen oder Aussagen anderer Personen – im Laufe der Sozialisation erworben und in strukturierter Weise in Form von Clustern, die andere ähnliche Merkmale beinhalten, gespeichert (Alfermann, 1996). Geschlechterstereotype im Speziellen beschrieben typisch männliche und weibliche Eigenschaften (Athenstaedt, 1990), die angenommen werden, „wenn über die Zuordnung von typischen Charakteristika zum jeweiligen Geschlecht weitgehend Konsens besteht“ (Sieverding, 1990, S. 54). Stereotype vereinfachen die soziale Informationsverarbeitung und finden als Urteilsheuristiken Verwendung (Athenstaedt & Alfermann, 2011), wobei ihnen zwei unterschiedliche Funktionen zukommen: Dadurch, dass Individuen verschiedenen Kategorien zugeteilt und nachfolgend auf Grundlage dieser Zugehörigkeit beurteilt werden, vereinfachen sie einerseits die soziale Wahrnehmung. Andererseits bilden sie die Legitimationsgrundlage für gesellschaftlich systemische Praktiken – bspw. die Ablehnung bestimmter Gruppen – und Gruppenunterschiede in Bezug auf den Status (Athenstaedt & Alfermann, 2011; Fiske & Stevens, 1993).

Geschlechterrollen: Anders als Geschlechterstereotype, die typische Eigenschaften von Frauen und Männern in erster Linie beschreiben (deskriptive Funktion) und wie Wahrscheinlichkeitsannahmen wirken, gehen Geschlechterrollen über die Ebene der Beschreibung hinaus und beinhalten auch die normative Erwartung (präskriptive Funktion) an bestimmte Eigenschaften und Handlungsweisen (Alfermann, 1996). Sieverding (2004) unterscheidet in diesem Kontext zwei Ebenen: Zum einen ein System von Aufgaben und Verhaltensregeln in der Gesellschaft sowie in der Familie (Rollenverhalten), zum anderen normative Erwartungen an bestimmte psychologische Charakteristika (Rollenattribute). Männer und Frauen, die von den geschlechtstypischen Rollen abweichende Verhaltensweisen oder Eigenschaften zeigen, müssen mit sozialen Sanktionen rechnen (Athenstaedt & Alfermann, 2011). Diese unangenehmen Konsequenzen – seien sie real oder gar nur antizipiert – werden nach Rudman (1998) *Backlash Effekt* genannt und führen letzten Endes dazu, dass Geschlechterrollen stabilisiert und perpetuiert werden (Rudman & Fairchild, 2004).

Geschlechtsrollen-Selbstkonzept: Jungen und Mädchen sowie Männer und Frauen wissen nicht bloß, was ihr soziales Umfeld in Bezug auf Verhalten und Charakteristika von ihnen erwarten, sie internalisieren diese geschlechtsbezogenen Erwartungen sogar zu einem gewissen Ausmaß (Bem, 1981), so dass sie zu einem Teil ihres Selbstkonzepts werden (Ceijka & Eagly, 1999). Das Geschlechtsrollen-Selbstkonzept (G-SK) bezeichnet somit die Identifikation eines Individuums mit gesellschaftlichen Geschlechterstereotypen und -rollen (Sieverding, 2010). Es spiegelt wider, zu welchem Ausmaß sie ins Selbstkonzept integriert wurden und sich Personen folglich in Hinblick auf die Ausprägung ihrer Femininität und Maskulinität selbst wahrnehmen. Maskulinität und Femininität sind dabei nicht etwa als zwei Pole eines Kontinuums zu verstehen, sondern werden als voneinander *unabhängige* Dimensionen des G-SK betrachtet. Jungen und Mädchen sowie Männer und Frauen können – unabhängig vom biologischen Geschlecht – jeden beliebigen Punkt auf diesen *beiden* Dimensionen einnehmen (Alfermann, 1996). Dieses psychologische Konstrukt stellt die zentrale Untersuchungsvariable der vorliegenden Arbeit dar und wird in Kapitel 7 ausführlich beschrieben.

Nach erfolgter terminologischer Festlegung der zentralen Begriffe richtet sich der Fokus des folgenden Kapitels auf die Zusammenhänge von Geschlecht und Gesundheit. Vor diesem Hintergrund werden morbiditäts- und mortalitätsbezogene Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen sowie zwischen Männern und Frauen dargestellt und mögliche Ursachen diskutiert.

II Theoretische Grundlagen

4 Geschlecht und Gesundheit

Das biologische Geschlecht spielt für die gesundheitspsychologische Forschung eine wichtige Rolle. Dies wird insbesondere dadurch ersichtlich, dass es zusammen mit dem Alter und dem Bildungsstatus standardmäßig zur Stichprobenbeschreibung herangezogen wird. Implizit weist dies darauf hin, dass hinter dieser Kategorie eine Quelle der Variation der zu untersuchenden Variable vermutet wird (Altstötter-Gleich, 2004).

In der Tat zeigen die Daten etlicher Studienergebnisse und der Gesundheitsberichtserstattung (z. B. European Commission, 2011; RKI, 2006, 2010, 2011), dass Jungen und Mädchen sowie Männer und Frauen hinsichtlich diverser gesundheitsbezogener Parameter wie bspw. der Prävalenz und Inzidenz bestimmter Erkrankungen sowie in Bezug auf die Mortalität oder die subjektive Einschätzung der Gesundheit differieren (Babitsch & Maschewsky-Schneider, 2010; Hurrelmann, 2010). Die nachfolgenden Kapitel widmen sich detailliert diesen Unterschieden und stellen mögliche Ursachenkomplexe sowie Erklärungsansätze für die Genese dieser Differenzen dar.

4.1 Morbidität und Mortalität von Jungen und Mädchen

Gemäß Settertobulte (2002) ist unter Kindern und Jugendlichen das allgemeine Krankheitsgeschehen im Wesentlichen durch fünf Hauptgruppen von Erkrankungen geprägt: *Infektionskrankheiten* (z. B. Kinderkrankheiten wie Masern, Mumps, Röteln), *chronische Erkrankungen* (z. B. atopische Dermatitis, Asthma bronchiale, verschiedene Allergien), *unfallbedingte Verletzungen* (z. B. Prellungen, Verrenkungen, Knochenbrüche), *psychosomatische Beschwerden* (z. B. Befindlichkeitsstörungen wie Kopf-, Magen- oder Rückenschmerzen, die aus unbewältigtem Stress in der kindlichen und jugendlichen Lebenswelt entstehen) sowie *psychische Krankheiten und Auffälligkeiten* (z. B. Angst, Depression).

Die nachfolgende Schilderung gesundheitsbezogener Befunde im Kindes- und Jugendalter orientiert sich an dieser Einteilung. Eine umfassende Darstellung des gesamten Krankheitsgeschehens im Kindes- und Jugendalter ist jedoch

vom Autor der vorliegenden Arbeit weder beabsichtigt noch erlaubt es der Rahmen dieser Dissertation. Stattdessen werden ausschließlich solche Befunde rekurriert, die hinsichtlich ihrer Prävalenz als bedeutsam eingestuft werden und bei denen Differenzen zwischen Jungen und Mädchen evident sind.

Zwar zeigt die Mortalitätsstatistik, dass die meisten lebensbedrohlichen *Infektionskrankheiten* heutzutage erfolgreich bekämpft werden können, dennoch spielt die Kategorie der so genannten Kinderkrankheiten (z. B. Masern, Röteln, Mumps) trotz des möglichen Impfschutzes noch immer eine bedeutende Rolle im Kindes- und Jugendalter (Settertobulte, 2002). Signifikante Geschlechtsunterschiede sind jedoch nur bei einer kleinen Gruppe von Krankheiten zu beobachten. Bei Jungen kommen die akute Bronchitis, Pseudokrapp sowie Magen-Darm-Infekte häufiger vor, wohingegen Mädchen stärker von Erkältungen bzw. grippalen Infekten, Mandelentzündungen, Harnwegsinfekten und Herpesinfektionen betroffen sind (Kamtsiuris, Atzpodien, Ellert, Schlack & Schlaud, 2007).

Im Kindes- und Jugendalter stellen *chronische Krankheiten* ein zunehmendes Gesundheitsproblem dar (Settertobulte, 2002). Die Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen hinsichtlich der Krankheitsprävalenz sind jedoch nicht allzu groß. So sind Jungen von den atopischen Erkrankungen Asthma bronchiale und Heuschnupfen sowie von der obstruktiven Bronchitis bronchiale signifikant stärker betroffen, während bei Mädchen insgesamt Skoliose und Schilddrüsenerkrankungen sowie in der Altersklasse der 14- bis 17-jährigen Mädchen Migräne häufiger vorkommen (Duhme et al., 1998; Kamtsiuris et al.; 2007, Schlaud, Atzpodien & Thierfelder, 2007). In Bezug auf Geschlechtsunterschiede in der Prävalenz von Übergewicht und Adipositas ist die Befundlage inkonsistent. So finden sich sowohl Quellen, die eine höhere Prävalenz bei Jungen zeigen (Hurrelmann, 2010; Hurrelmann, Klocke, Melzer & Ravens-Sieberer, 2003; Neubauer & Winter, 2010; Tuschen-Caffier, 2005) als auch solche, die von einem ausgeglichenen Verhältnis sprechen (Kurth & Schaffrath-Rosario, 2007).

Von *unfallbedingten Verletzungen* sind Jungen im Alter von einem bis 17 Jahren signifikant häufiger betroffen als Mädchen (Neubauer & Winter, 2010). Die

Einjahresprävalenz für *Unfälle* ist sowohl bundesweit¹ (Kahl, Dortschy & Ellsäßer, 2007) als auch international² (Pickett, 2004) bei Jungen höher als bei Mädchen. Zwar zeigen sich im Rahmen der KiGGS-Studie bei weniger gravierenden *unfallbedingten Verletzungen* wie Zerrungen, Verrenkungen und Prellungen keine Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen, dafür jedoch bei Gehirnerschütterungen, Knochenbrüchen und offenen Wunden (Kahl, Dortschy & Ellsäßer, 2007). Hiervon waren Jungen in höherem Maße betroffen. Bei Kindern und Jugendlichen sind Unfälle die häufigste Todesursache. Etwa ein Drittel aller Todesfälle resultiert aus Unfallfolgen und mit einem Anteil von 45 Prozent sind Verkehrsunfälle die häufigste Unfallart (Settertobulte, 2002). Über alle Altersgruppen hinweg sind Jungen hiervon in einem höheren Maße betroffen als Mädchen (Neubauer, 2003; Neubauer & Winter, 2010).

Psychosomatische Beschwerden – also Beschwerden, deren Ursachen nicht eindeutig im physiologischen Kontext zu lokalisieren, sondern eher auf psychische Belastungen zurückzuführen sind – gehören bei Kindern und Jugendlichen zu den heute typischen Gesundheitsbeeinträchtigungen (Settertobulte, 2002). Die vier psychosomatischen Beschwerdeformen mit den größten Prävalenzen im Kindes- und Jugendalter sind Kopf-, Magen- und Rückenschmerzen sowie Schlafstörungen, wobei die Verteilung zwischen Jungen und Mädchen stets ähnlich ist: Mädchen geben diese Symptome signifikant häufiger an als Jungen (Currie, Hurrelmann, Settertobulte, Smith & Todd, 2000).

Die Gruppe der *psychischen Krankheiten und Auffälligkeiten* lässt sich in allgemeine psychische Auffälligkeiten und spezifische psychische Störungen unterteilen. In Bezug auf Hinweise auf allgemeine psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen ergibt sich eine Prävalenz von 21,9 Prozent, wobei sich bei Jungen eine leicht höhere Auftretenshäufigkeit zeigt als bei Mädchen (Ravens-Sieberer, Wille, Bettge & Erhart, 2007). Hinsichtlich spezifischer psychischer Störungen fallen die Unterschiede bisweilen deutlicher aus: Insgesamt 7,9 Prozent der Jungen aber nur 1,8 Prozent der Mädchen haben Schlack, Hölling, Kurth und Huss (2007) zufolge eine ärztlich oder von einem Psycholo-

¹ Erfasst im Rahmen des Kindergesundheitssurveys KiGGS des Robert Koch-Instituts

² Erfasst im Rahmen der Studie *Health behaviour in school-aged Children* der Weltgesundheitsorganisation (WHO).

gen diagnostizierte Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Damit ist die ADHS-Prävalenz über alle Altersklassen hinweg bei Jungen um den Faktor 4,4 erhöht – bei den 14-17-Jährigen sogar um den Faktor 5,2. Ähnliche Relationen finden sich auch bei weiteren psychischen Krankheiten: So beträgt das Verhältnis von Jungen zu Mädchen beim Autismus, beim Stottern, bei Enkopresis sowie bei Lese-Rechtschreib-Schwierigkeiten etwa 3-4:1, beim Down-Syndrom 2,5:1, bei psychomotorischen Störungen 2,4:1, bei Zwangsstörungen sowie Enuresis 2:1 und bei Oligophrenie 1,2:1 (Hinz, 2008). Mädchen hingegen haben insbesondere im Jugendalter zwei bis drei Mal höhere Depressionsraten als Jungen (Settertobulte, 2002); zudem sind sie von Essstörungen wie Anorexia nervosa und Bulimia nervosa hochsignifikant häufiger betroffen als Jungen (Hölling & Schlack, 2007). Auch vollzogene Suizide kommen bei Jungen in größerer Häufigkeit vor als bei Mädchen, bei denen hingegen Selbsttötungsversuche häufiger vorkommen (Franzkowiak, 1986; Hurrelmann, 2010; Raithel, 2004). In Bezug auf psychische Auffälligkeiten und Störungen kristallisieren sich typische Muster heraus, die auch im Erwachsenenalter noch Bestand haben (Kolip, 1997): Mädchen leiden eher an internalisierenden Störungen, bei Jungen hingegen sind eher externalisierende Störungen zu beobachten (Hurrelmann, 2010).

Zusammenfassung

Bis zur Pubertät ist der Gesundheitszustand von Jungen schlechter als der von Mädchen: Sie sind stärker anfällig für viele körperliche Erkrankungen, haben ein stark erhöhtes Risiko für Verhaltensauffälligkeiten und sind in höherem Maße unfallgefährdet als Mädchen. Nur scheinbar ändern sich diese gesundheitsbezogenen Geschlechterverhältnisse mit Einsetzen der Pubertät, was aber u. a. darauf zurückzuführen sein dürfte, dass männliche bzw. weibliche Selbstdarstellungen sowie Geschlechterstereotype diese Gesundheitsdaten verzerren (Hinz, 2008). Diese mortalitäts- und morbiditätsbezogenen Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen setzen sich im Erwachsenenalter fort.

4.2 Morbidität und Mortalität von Männern und Frauen

Nicht nur bei Jungen und Mädchen, sondern auch zwischen Männern und Frauen bestehen hinsichtlich Morbidität und Mortalität mitunter große Geschlechtsunterschiede (Hurrelmann, 2010). Während Frauen häufiger an chronischen und nicht lebensbedrohlichen Krankheiten wie Asthma, Arthrose, Arthritis und chronischer Bronchitis erkranken, sind Männer häufiger von akuten und potentiell lebensbedrohlichen Krankheiten wie der koronaren Herzerkrankung, Lungenkrebs, AIDS, Leberzirrhose sowie Lungenemphysem betroffen (Sieverding, 2005; RKI, 2006, 2010, 2014a, 2014b). Nachfolgend werden zunächst die unterschiedliche Lebenserwartung und Sterblichkeit von Mann und Frau dargestellt, bevor anschließend Unterschiede in Bezug auf die subjektive Einschätzung der Gesundheit sowie die wichtigsten Krankheitsgruppen in den Fokus rücken.

(1) Lebenserwartung³

Kam im Jahr 2012 ein Junge zur Welt, so lag seine Lebenserwartung bei ca. 77,5 Jahren und war somit etwa um fünf Jahre geringer als die eines zeitgleich geborenen Mädchens (Statistisches Bundesamt, 2012; RKI, 2014b). Ähnlich dieser Relation bei Neugeborenen verhielt es sich im späten Erwachsenenalter: Männer, die im Jahr 2012 65 Jahre alt waren, hatten im Durchschnitt eine Lebenserwartung von weiteren 17,3 Jahren, Frauen hingegen sogar 20,6 Jahre (Statistisches Bundesamt, 2012). Dieser markante Unterschied sowohl in der mittleren als auch in der ferneren Lebenserwartung von Mann und Frau ist eines der zentralen Elemente in der geschlechterbezogenen Gesundheitsforschung.

Die biologisch und genetisch unterschiedliche Ausstattung hat mit diesem Phänomen vergleichsweise wenig zu tun: Lediglich ein Fünftel dieser Differenz – also ca. ein bis zwei Jahre der mittleren Lebenserwartung – dürfte auf den genetischen Vorteil der Frauen zurückzuführen sein (Dinges, 2010; Luy, 2002a, 2002b). Vermutlich ist die Ursache ein komplexes Zusammenwirken vielfältiger

³ Unterschieden werden die *durchschnittliche* oder *mittlere Lebenserwartung* und die *fernere Lebenserwartung*. Das Robert Koch-Institut (2006) definiert diese Begriffe folgendermaßen: „Die (durchschnittliche oder mittlere) Lebenserwartung ist die Zahl der Jahre, die ein neugeborenes Kind unter Annahme der gegebenen Sterblichkeitsverhältnisse im Schnitt leben würde“ (RKI, 2006, S. 15) bzw. „Die fernere Lebenserwartung ist die durchschnittliche Zahl der in einem bestimmten Alter noch zu erwartenden Lebensjahre“ (RKI, 2006, S. 15).

biologisch-konstitutioneller, vor allem aber auch sozialer, ökonomischer und kultureller Komponenten, deren Anteile jedoch schwer zu quantifizieren sind und die sich zudem über die Zeit ändern dürften (Luy & Di Giulio, 2005; RKI, 2011, 2014b). Ein Blick auf die historische Entwicklung der Lebenserwartung verdeutlicht dies und zeigt, dass der große Unterschied, wie er heute evident ist, keineswegs schon immer bestand: Die durchschnittliche Lebenserwartung über beide Geschlechter hinweg stieg von nur rund 40 Jahren im Jahr 1850 zunächst auf mehr als 47 Jahre um 1900, anschließend auf 66 Jahre gegen Mitte des vergangenen Jahrhunderts und hat nun fast die 80 Jahre erreicht (Dinges, 2010). Entscheidend für die langfristige Verbesserung von 1850-1950 waren bessere Wohn- und Ernährungsverhältnisse sowie Hygienebedingungen, Infrastruktur und vor allem Bildung (Rosenbrock & Kümpers, 2006). Eine eher untergeordnete Rolle spielte hingegen der medizinische Fortschritt. Der historische Beitrag des Gesundheitssystems für die Lebenserwartung der Männer wird auf 10 bis höchstens 30 Prozent, für die Lebenserwartung der Frauen auf 20 bis 40 Prozent geschätzt (Weiland, Rapp, Klenk & Keil, 2006). Auch in den zurückliegenden 30 Jahren, in denen die Medizin sehr viel wirksamer geworden ist, liegt ihr Beitrag für die gewonnenen Lebensjahre etwa bei einem Viertel (Dinges, 2010; Wilkinson, Noack, Pitner & Grabmayr, 2001).

Im gleichen Zeitraum von etwa 150 Jahren, in dem die Lebenserwartung insgesamt angestiegen ist, hat sich auch der Unterschied zwischen Männern und Frauen in Bezug auf ihre Lebenserwartung bei der Geburt entwickelt (vgl. Tab. 1). Neben der Tatsache, dass Männer heute eine um ca. fünf Jahre kürzere Lebenserwartung haben, ist zudem auffällig, dass die Entwicklung der Lebenserwartung von Männern und Frauen unterschiedlich dynamisch verlaufen ist (Dinges, 2010). In Phasen steigender psychischer und physischer Überforderung der Männer – wie z. B. während der Früh- und Hochindustrialisierung (1835-1914) oder der Zeit der Kriegsfolgenbewältigung in den Jahrzehnten des Wiederaufbaus – stagnierte die Lebenserwartung der Männer und war zeitweise sogar rückläufig. Anschließend blieb die Differenz weitgehend konstant und ist sogar seit Mitte der 1980er leicht rückläufig.

Tab. 1: Lebenserwartung bei der Geburt in Deutschland (in Anlehnung an Dinges (2010); erweitert um die Jahre 2008/2010 (Statistisches Bundesamt, 2012))

Jahr	Männer	Frauen	Differenz zugunsten der Frauen
1850	39,6	40,0	0,4 Jahre
1881/1890	37,2	40,3	3,1 Jahre
1901/1910	44,8	48,3	3,5 Jahre
1924/1926	56,0	58,8	2,8 Jahre
1949/1951	64,6	68,5	3,9 Jahre
1960/1962	66,9	72,4	5,5 Jahre
1970/1972	67,4	73,8	6,4 Jahre
1980/1982	70,2	76,9	6,7 Jahre
1990/1992	72,9	79,3	6,4 Jahre
2004/2006	76,6	82,1	5,5 Jahre
2008/2010	77,5	82,6	5,1 Jahre

Anmerkung: Angaben gelten für das Deutsche Reich und die Bundesrepublik Deutschland jeweils nach deren Gebietsstand.

Die Geschlechtsunterschiede bleiben auch im Hinblick auf die gesunde Lebenserwartung – also die Lebensjahre, die ohne gesundheitliche Beschwerden gelebt werden – zuungunsten der Männer konstant. Während im Jahr 2002 neugeborenen Mädchen 74 Lebensjahre in Gesundheit bevorstanden, waren es bei Jungen dagegen 69,6 Jahre, was der Differenz der Gesamtlebenserwartung zu diesem Zeitpunkt entspricht (RKI, 2006).

In den dargestellten unterschiedlichen Lebenserwartungen von Männern und Frauen spiegeln sich die Geschlechtsunterschiede in Bezug auf die Sterblichkeit⁴ wider, die im nachfolgenden Abschnitt ausführlich dargestellt werden.

(2) Sterblichkeit

Mit großer zeitlicher Stabilität in fast allen Altersgruppen ist die Gesamtsterblichkeit der Männer deutlich größer als die der Frauen (RKI, 2011, 2014b). So sind beim männlichen Geschlecht bereits die Säuglingssterblichkeit sowie die Zahl der Totgeburten höher, was sich auf die Lebenserwartungsstatistik aus-

⁴ Definition gemäß Robert Koch-Institut (2006): „Rate der Sterbefälle, berechnet pro 100 000 Personen und den Zeitraum eines Jahres“ (S. 69). In der vorliegenden Arbeit wird zwischen Gesamtsterblichkeit und der Sterblichkeit hinsichtlich einzelner Krankheiten differenziert. Die Angaben sind altersstandardisiert.

wirkt (Kolip, 1997; RKI, 2006, 2014a, 2014b). Im jungen Erwachsenenalter ist diese Übersterblichkeit des männlichen Geschlechts suizid- und unfallbedingt am größten, in der Kindheit und im hohen Alter hingegen sind sich die geschlechtsspezifischen Sterblichkeiten am ähnlichsten. Zudem ist bei Männern die Zahl der vorzeitigen Sterblichkeit höher als bei den Frauen, was sich in der fast doppelt so hohen Anzahl *Verlorener Lebensjahre*⁵ widerspiegelt: Pro 100 000 der Bevölkerung verlieren Männer vom ersten bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres 3.066 Lebensjahre, bei den Frauen sind es 1.590 (RKI, 2011).

Ein weiterer Unterschied zwischen Männern und Frauen besteht auch hinsichtlich des Sterblichkeitsverhältnisses bei ausgewählten Krankheiten (vgl. Tab. 2). So kommen bei einigen Krankheitshauptgruppen auf eine verstorbene Frau mehr als zwei verstorbene Männer. Besonders hoch ist die Übersterblichkeit der Männer in den Diagnosegruppen *Verletzungen und Vergiftungen* sowie *psychische Verhaltensstörungen und Erkrankungen*. Auch bei *Krankheiten des Kreislaufsystems und Neubildungen*, die geschlechtsübergreifend die Todesursachenstatistik anführen (Statistisches Bundesamt, 2012a; Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2012a; RKI, 2011), sowie bei der alkoholischen Leberkrankheit als Einzeltodesursache besteht seitens der Männer eine deutliche Übersterblichkeit.

Durch *Verletzungen und Vergiftungen*, zu denen äußere Ursachen wie Unfälle und Suizide zählen, sterben in Deutschland über alle Altersgruppen hinweg mehr als 2,5 Mal so viele Männer wie Frauen (RKI, 2006). Bei den unter 65-Jährigen beträgt die männliche Unfallsterblichkeit sogar das 3,2-fache (RKI, 2011). Bei jungen Männern im Alter von 15-25 Jahren sind Verletzungen die Haupttodesursache: Sie verursachen bei Männern knapp 70 Prozent, bei Frauen etwa 50 Prozent der Todesfälle in dieser Altersgruppe (RKI, 2006). Am häufigsten verunglücken Männer dieses Alters im Straßenverkehr. Die Zahl der bei Verkehrsunfällen getöteten Männer ist etwa doppelt so hoch wie die der Frauen (RKI, 2011).

⁵ Die *Verlorenen Lebensjahre* (engl. *PYLL: Potential Years of Life Lost*) sind ein Indikator der vorzeitigen Sterblichkeit. Es handelt sich um die Anzahl der Sterbefälle gewichtet mit den Lebensjahren, die bis zum Alter von 65 Jahren verblieben wären, und standardisiert auf die Modellbevölkerung. Angabe bezogen auf 100.000 der Bevölkerung (Robert Koch-Institut, 2011).

Tab. 2: Geschlechtsspezifisches Mortalitätsverhältnis bei ausgewählten Krankheitshauptgruppen im Jahr 2004 (standardisiert nach: Alte Europabevölkerung, Frauen = 1) (RKI, 2006)

Krankheitshauptgruppen	Relation Männer/Frauen
Infektionskrankheiten	1,51
Neubildungen	1,61
Krankheiten des Blutes	1,21
Endokrinopathien	1,20
Psychische Verhaltensstörungen	2,33
Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	1,53
Krankheiten des Kreislaufsystems	1,44
Krankheiten des Atmungssystems	2,10
Krankheiten des Verdauungssystems	1,70
Krankheiten der Haut	0,60
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	0,81
Krankheiten des Urogenitalsystems	1,50
Zustände, die Ursprung in der Perinatalperiode haben	1,17
Angeborene Fehlbildungen	1,15
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	1,67
Verletzungen und Vergiftungen	2,52

Auch bei den Selbsttötungen, die oftmals die gefürchtete Folge einer Depression sind (RKI, 2006), ist eine markante Übersterblichkeit der Männer zu beobachten: Von den 10021 Menschen, die sich in Deutschland im Jahr 2010 das Leben nahmen, waren 7.465 männlich und 2.556 weiblich (Statistisches Bundesamt, 2012), was einem Verhältnis von etwa 3:1 entspricht. Erstaunlicherweise ist jedoch das Geschlechterverhältnis in Bezug auf Suizidversuche umgekehrt: etwa zwei Drittel aller versuchten Selbstmorde werden von Frauen begangen (Möller-Leimkühler & Kasper, 2010).

An den Folgen *psychischer Verhaltensstörungen und Erkrankungen*, unter die auch der Gebrauch psychotroper Substanzen wie Alkohol oder Drogen zählt, sterben 2,33 Mal mehr Männer als Frauen (RKI, 2006). Die häufigste Diagnose bei diesen auf psychotrope Substanzen zurückgehenden Todesfällen ist die *Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol*.

Die absolute Sterblichkeit ist zwar eher niedrig (4.913 Sterbefälle pro 100.000 im Jahr 2010, Rang 38 der Todesursachenstatistik), dafür ist jedoch die Übersterblichkeit der Männer mit dem Faktor 3,6 umso höher (Statistisches Bundesamt, 2012a).

In der Todesursachenstatistik bildet die Gruppe der *Krankheiten des Kreislaufsystems* sowohl für Männer als auch für Frauen die insgesamt größte Gruppe von Todesursachen (RKI, 2011). Zu dieser Gruppe zählen beispielsweise ischämische Herzkrankheiten wie der akute Myokardinfarkt oder zerebrovaskuläre Krankheiten wie der Schlaganfall. Für Krankheiten dieser Hauptgruppe beträgt die altersangepasste Sterbeziffer bezogen auf 100.000 Einwohner bei Männern 276,8 und bei Frauen 191,5, was einem Verhältnis von 1,4:1 entspricht (Lange, 2011).

Neubildungen sind die zweitgrößte Todesursachengruppe bei Männern und Frauen. Auch hier lassen sich Geschlechtsunterschiede sowohl in Bezug auf die Krebslokalisation als auch hinsichtlich der Sterblichkeit beobachten. Während die meisten Männer an Lungenkrebs sterben, sind von dieser Krebsart nicht einmal halb so viele Frauen betroffen (RKI, 2011). Hinsichtlich der bei beiden Geschlechtern zweithäufigsten Krebsart Darmkrebs ist das Verhältnis nahezu ausgeglichen. Fasst man alle Krebslokalisationen zusammen, ist die Sterblichkeit der Männer aufgrund von Neubildungen 1,61 Mal höher als die der Frauen (RKI, 2006).

Wenngleich auch die *Krankheiten des Verdauungssystems* weder hinsichtlich ihrer Prävalenz noch in Bezug auf die Geschlechtsunterschiede die Statistiken anführen, so muss die alkoholische Leberkrankheit dennoch als Vertreterin dieser Krankheitshauptgruppe an dieser Stelle aufgeführt werden. Der Grund hierfür liegt in ihrer Bedeutung bezüglich der vorzeitigen Sterblichkeit beider Geschlechter sowie in der gravierenden Übersterblichkeit der Männer. Sowohl bei Männern als auch bei Frauen ab dem 35. Lebensjahr fällt sie unter die häufigsten drei Todesursachen (vgl. Tab. 3), wobei Männer mehr als 2 Mal so oft davon betroffen sind wie Frauen (RKI, 2005).

Tab. 3: Häufigste Todesursachen nach Geschlecht im Jahr 2002 (RKI, 2005)

Alter	Frauen	Männer
30-34 Jahre	Brustkrebs (3,2)	Erstickung (9,2)
	Sonstige ungenaue Todesursachen (1,7)	Intrakranielle Verletzung (5,1)
	Bösartige Neubildung Gehirn (1,6)	Multiple Verletzungen (4,8)
35-39 Jahre	Brustkrebs (7,9)	Erstickung (11,1)
	Alkoholische Lebererkrankung (3,2)	Alkoholische Lebererkrankung (8,9)
	Sonstige ungenaue Todesursache (2,2)	Akuter Myokardinfarkt (6,9)
40-44 Jahre	Brustkrebs (15,1)	Alkoholische Lebererkrankung (19,4)
	Alkoholische Lebererkrankung (7,8)	Akuter Myokardinfarkt (16,7)
	Lungenkrebs (7,0)	Erstickung (14,0)
45-49 Jahre	Brustkrebs (29,3)	Akuter Myokardinfarkt (36,8)
	Lungenkrebs (15,2)	Alkoholische Lebererkrankung (30,5)
	Alkoholische Lebererkrankung (12,6)	Lungenkrebs (27,2)
50-54 Jahre	Brustkrebs (44,7)	Lungenkrebs (57,4)
	Lungenkrebs (25,8)	Akuter Myokardinfarkt (56,5)
	Alkoholische Lebererkrankung (17,1)	Alkoholische Lebererkrankung (40,9)
55-59 Jahre	Brustkrebs (61,9)	Lungenkrebs (108,8)
	Lungenkrebs (39,5)	Akuter Myokardinfarkt (86,3)
	Akuter Myokardinfarkt (20,9)	Alkoholische Lebererkrankung (44,6)
60-64 Jahre	Brustkrebs (72,8)	Lungenkrebs (167,3)
	Lungenkrebs (42,0)	Akuter Myokardinfarkt (135,2)
	Akuter Myokardinfarkt (35,7)	Chron.-ischäm Herzkrankheit (87,5)

Anmerkung: Anzahl der Sterbefälle pro 100.000 der Bevölkerung in Klammern

Diese Geschlechtsunterschiede in der Gesamtsterblichkeit sowie der Sterblichkeit aufgrund von Krankheiten bzw. Krankheitshauptgruppen finden sich in der zwischen Männern und Frauen ungleich verteilten Krankheitslast wieder.

(3) Krankheitslast

Im Zuge der nachfolgenden Darstellung des Krankheitsspektrums musste aus Gründen des Umfangs eine Auswahl getroffen werden. Kriterien für die Auswahl von Erkrankungen bzw. Krankheitshauptgruppen waren einerseits die Relevanz für die gesundheitliche Lage der Bevölkerung im Sinne der Krankheitsprävalenz, zum anderen das Vorhandensein markanter Geschlechtsunterschiede.

In Deutschland wird das Krankheitsspektrum erwachsener Menschen seit Jahrzehnten von zwei Erkrankungshauptgruppen dominiert: den *Krankheiten des Kreislaufsystems* und den *Krebsleiden* (RKI, 2006). Trotz geringerer Prävalenzen und Inzidenzen sind auch *Psychische und Verhaltensstörungen* sowie *Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten* im Hinblick auf die gesundheitliche Lage der Bevölkerung relevant (Hurrelmann, 2010; Schmidt, 2002).

Wenngleich sie heute eine geringere Rolle spielen als noch vor 30 Jahren, so sind *Krankheiten des Kreislaufsystems* noch immer die häufigsten Todesursachen in den Industrienationen und verursachen darüber hinaus die höchsten Behandlungskosten (RKI, 2006, 2010). In diesem Zusammenhang besonders hervorzuheben sind der Schlaganfall und die ischämischen Herzkrankheiten, die zusammengefasst auch als koronare Herzkrankheit bezeichnet werden. Insgesamt 9,2 Prozent der Männer und 6,5 Prozent der Frauen geben an, dass bei ihnen die Diagnose koronare Herzkrankheit gestellt wurde (RKI, 2010). In den Altersgruppen unter 45 Jahren ist die Prävalenz sehr gering und bei beiden Geschlechtern ähnlich, erst in der Altersgruppe von 45-65 Jahren steigt die Zahl der diagnostizierten Fälle auf 3,5 Prozent bei Frauen und 8,6 Prozent bei Männern (RKI, 2010). Auch die Häufigkeit des Schlaganfalls nimmt mit steigendem Alter zu: 85 Prozent aller Schlaganfälle treten jenseits des 60. Lebensjahres auf (RKI, 2006). Mit 200 Fällen pro 100.000 männlichen Personen ist die jährliche altersstandardisierte Schlaganfall-Inzidenz bei Männern höher als bei Frauen, bei denen es zu 170 Schlaganfällen pro 100.000 kommt (RKI, 2006).

Bei den *Krebsleiden* sind es Prostatakrebs und Brustkrebs, die bei den Männern bzw. Frauen die Statistik der Krebsneuerkrankungen anführen (RKI, 2006). Da Frauen keine Prostata haben und diese demnach als Krebslokalisierung ausscheidet, ist kein Vergleich möglich. An Brustkrebs können auch Männer erkranken, wenngleich dies etwa 50 bis 100 Mal seltener eintritt als bei Frauen (RKI, 2006). Die zweithäufigste Krebserkrankung sowohl bei Männern als auch bei Frauen ist der Darmkrebs⁶, bei dem sich hinsichtlich der geschlechtsspezifischen Inzidenz keine relevanten Unterschiede ergeben. Lediglich der Erkrankungszeitpunkt ist unterschiedlich: Männer erkranken durchschnittlich im Alter

⁶ Hier: Sammelbegriff Krebserkrankungen des Dickdarms, des Mastdarms und des Darmausgangs (RKI, 2006).

von 69 Jahren und somit etwa 6 Jahre früher als Frauen (RKI, 2006). Beim Lungenkrebs⁷, der an dritter Stelle der Neuerkrankungsstatistik rangiert, ist ein markanter Geschlechtsunterschied zu beobachten. Drei Mal so viele Männer wie Frauen erkranken an dieser Form (RKI, 2006).

Psychische und Verhaltensstörungen sind komplexe und multifaktoriell bedingte Erkrankungen, die etwa jeden dritten erwachsenen Deutschen binnen eines Jahres betreffen (Möller-Leimkühler & Kasper, 2010). Zu ihnen zählen u. a. die Depression, Angststörungen, psychosomatische Erkrankungen und Störungen, die durch den Konsum psychotroper Substanzen hervorgerufen werden. Depressionen gehören zu den häufigsten Formen psychischer Erkrankungen weltweit (RKI, 2006). Aktuellen Umfragen des Robert Koch-Instituts (2010) zufolge berichten 4 Prozent der Männer und 8 Prozent der Frauen, dass bei ihnen in den letzten 12 Monaten eine vom Arzt oder Psychotherapeuten diagnostizierte Depression oder depressive Verstimmung bestand. Der Suizid (siehe oben) ist eine gefürchtete Folge der Depression, auf die ca. 40 bis 70 Prozent aller Selbstmorde zurückgehen (Lönqvist, 2000; RKI, 2006).

Auch Angststörungen sind in Deutschland weit verbreitet: 14,5 Prozent aller im Rahmen des Bundes-Gesundheitssurvey 1998/1999 Befragten gaben an, in den zurückliegenden zwölf Monaten eine Diagnose aus dieser Krankheitsgruppe erhalten zu haben (Jakobi et al., 2004). Bei Frauen haben Störungen aus diesem Formenkreis eine deutlich größere Prävalenz als bei Männern. Mit 19,8 Prozent wurden sie bei Frauen mehr als doppelt so oft diagnostiziert wie bei Männern (9,2 Prozent). Ein ähnliches Geschlechterverhältnis liegt bei den psychosomatischen Erkrankungen vor. Auch hier ist die 12-Monats-Prävalenz der Frauen mit 15,0 Prozent mehr als doppelt so hoch wie bei Männern (7,1 Prozent). Eine Umkehr dieser Relationen lässt sich in Bezug auf psychische Krankheiten und Störungen feststellen, die mit dem Konsum psychotroper Substanzen einhergehen: 5,2 Mal so viele Männer wie Frauen betreiben Alkoholmissbrauch oder sind davon abhängig. Bezüglich psychischer Störungen und Erkrankungen als Folge des Konsums illegaler Drogen liegt das Verhältnis von Männern zu Frauen bei 2:1 (Jakobi et al., 2004). An einer antisozialen Persön-

⁷ Hier: Sammelbegriff für bösartige Neubildungen der Atmungsorgane und sonstiger intrathorakaler Organe (RKI, 2006).

lichkeitsstörung – einer der wichtigsten Gewaltprädiktoren im Bereich psychischer Störungen – leiden vier Mal so viele Männer wie Frauen (Robins & Regier, 1991). Dementsprechend stellt sich physische Gewalt auch als männliches Phänomen dar. Dem Bundeskriminalamt (BKA, 2011) zufolge wurden im Jahr 2010 Mord und Totschlag in jeweils rund 86 Prozent der Fälle, Vergewaltigung und sexuelle Nötigung in 98,9 Prozent, gefährliche und schwere Körperverletzung in 84,8 Prozent und Sachbeschädigung in 87,1 Prozent der Fälle von Männern verübt.

Entgegen der verbreiteten Meinung, dass psychische Erkrankungen und Störungen Frauen häufiger betreffen, deuten diese Befunde darauf hin, dass Männer insgesamt nicht seltener psychisch krank sind als Frauen, sondern dass sie ein anderes Krankheitsspektrum aufweisen. So leiden Frauen häufiger an internalisierenden Erkrankungen wie bspw. Depressionen, psychosomatischen Störungen und Angsterkrankungen. Männer hingegen leiden häufiger an externalisierenden Störungen wie Drogen- und Alkoholabhängigkeit, antisozialer Persönlichkeitsstörung und Gewalttätigkeit (Möller-Leimkühler & Kasper, 2010).

Zu den Vertretern der *Endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten* mit hoher Prävalenz zählen Diabetes und Übergewicht bzw. Adipositas. Schätzungsweise rund fünf bis sieben Prozent (RKI, 2006, 2010) der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland lebt mit einer ärztlich diagnostizierten Zuckerkrankheit. Zudem zeichnet sich ab, dass sowohl aufgrund der demographischen Altersstruktur als auch wegen der Zunahme erworbener Risikofaktoren die Zahl der Neuerkrankungen steigen wird (Kolb, Mandrup-Poulsen, 2010; van Dieren, Beulens, van der Schouw, Grobbee & Neal, 2010). In Bezug auf prävalenzbezogene Geschlechtsunterschiede finden sich inkonsistente Angaben – je nach Zeitpunkt der Datenerhebung: Gemäß Bundesgesundheitsurvey 1998 sind bis zum 70. Lebensjahr Männer öfter betroffen, danach Frauen (RKI, 2006). Dieser Befund konnte allerdings im Rahmen der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2009“ (RKI, 2010) nicht bestätigt werden. Hier zeichneten sich in keiner Altersgruppe, weder in der 12-Monats-Prävalenz noch in der Lebenszeitprävalenz Unterschiede zwischen Männern und Frauen ab.

Anders verhält es sich in Bezug auf Übergewicht und Adipositas: 45 Prozent der Frauen und 60 Prozent der Männer sind übergewichtig (RKI, 2010). Hinsichtlich der Adipositasprävalenz fallen die Unterschiede jedoch deutlich geringer aus. Unter den Übergewichtigen sind 15,7 Prozent der Frauen und 16,3 Prozent der Männer adipös. Von Untergewicht sind dreimal mehr Frauen betroffen. Insbesondere bei Frauen im Alter von 18-29 Jahren ist die Prävalenz von Untergewicht mit 7,4 Prozent (Männer 2,3 Prozent) besonders hoch (RKI, 2010).

Es zeigt sich, dass die Krankheitslast ungleich auf Männer und Frauen verteilt ist. Für eine Vielzahl somatischer Krankheiten und Störungen scheinen Männer vulnerabler zu sein, während bei Frauen die Anfälligkeit für psychische Leiden größer ist. Diesen Schluss legen die Krankheitsdaten, wie sie in den vorherigen Abschnitten dargestellt worden sind, nahe. In vielen Fällen jedoch sind Maße der subjektiven Gesundheit, die die persönlichen und sozialen Dimensionen des eigenen Befindens erfassen, ebenso wichtig oder sogar wichtiger als diese objektiv messbaren Größen (RKI, 2006).

(4) Subjektiver Gesundheitszustand

Zur Erfassung der subjektiven Gesundheit wird in Deutschland bei Bevölkerungsstudien meist auf zwei Methoden zurückgegriffen: Die *Selbsteinschätzung der Gesundheit* und die *Zufriedenheit mit der Gesundheit* (RKI, 2006, 2014a).

Die *Selbsteinschätzung der Gesundheit* hat sich in nationalen wie auch in internationalen Längsschnittstudien als geeigneter Indikator für den objektiven Gesundheitszustand der Befragten erwiesen. Sie gilt hinsichtlich der Sterblichkeit (Benyamini, Blumstein, Lusky & Modan, 2003; Idler & Benyamini, 1997; Schwarze, Andersen & Anger, 2000) und der künftigen Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen als aussagekräftig (Lange, 2011; RKI, 2006, 2010, 2014a). Überdies beeinflusst die gesundheitliche Selbsteinschätzung möglicherweise auch die Motivation, eine Verhaltensänderung hinsichtlich gesundheitsriskanter Verhaltensweisen vorzunehmen und bspw. das Rauchen aufzugeben oder einen Bewegungsmangel abzustellen (DeSalvo, Bloser, Reynolds, He & Munter, 2006; Idler & Benyamini, 1997; RKI, 2006, 2010, 2014a). In den letzten Jahren ist die *Selbsteinschätzung der Gesundheit* in der Bevölkerung relativ

stabil geblieben, so dass sich auch in Bezug auf Geschlechtsunterschiede kaum Veränderungen ergaben: 72 Prozent der Männer und 69 Prozent der Frauen schätzen ihre Gesundheit mit *sehr gut* oder *gut* ein (RKI, 2014a). Zwar zeigen sich in den Altersgruppen von 30-64 Jahren keine bedeutsamen Unterschiede, dafür bewerten Männer bis zum Alter von 29 Jahren und ab dem Alter von 65 Jahren ihre eigene Gesundheit signifikant besser als Frauen im gleichen Lebensalter (Lampert, Ziese, Saß & Häfelinger, 2005; RKI, 2014a).

Die *Zufriedenheit mit der Gesundheit* lässt sich als Wert auf einer Skala von 0 bis 10 darstellen. Hier spiegelt die subjektive Einschätzung neben Erkrankungen und Beschwerden auch gesundheitsbezogene Werte, Einstellungen sowie soziale Vergleiche und Ängste wider. Das heißt, auch wenn der objektive Gesundheitsstatus unverändert geblieben ist, können sich beispielsweise gesellschaftliche Entwicklungen in der Zufriedenheit niederschlagen (RKI, 2006). In Bezug auf die *Zufriedenheit mit der Gesundheit* ergibt sich ein ähnliches Bild wie bei der *Selbsteinschätzung der Gesundheit*. Das Ausmaß und der Geschlechtsunterschied sind in den vergangenen zehn Jahren stabil geblieben. Der durchschnittliche Zufriedenheitswert liegt bei 6,5, wobei Männer mit ihrer Gesundheit etwas zufriedener sind als Frauen (RKI, 2006).

Die Erfassung der subjektiven Gesundheit kann auch unter Berücksichtigung anderer Aspekte wie etwa der subjektiven Einschätzung der Krankheitsanfälligkeit, der wahrgenommenen Beeinträchtigung bei der Erfüllung alltäglicher Aufgaben oder der Rücksichtnahme auf die eigene Gesundheit erfolgen. Auch in Bezug auf diese Variablen zeigen sich signifikante Geschlechtsunterschiede. Männer fühlen sich weniger anfällig für Krankheiten sowie in der Erfüllung alltäglicher Aufgaben weniger beeinträchtigt und achten weniger stark auf ihren Gesundheitszustand (Hessel, Geyer, Plöttner, Schmidt & Brähler, 1999; Merbach & Brähler, 2004a).

Diese insgesamt sehr optimistische Einschätzung der eigenen Gesundheit durch Männer steht im offenen Widerspruch zu den epidemiologischen Daten. Männer gehen scheinbar weniger als Frauen von der Möglichkeit aus, dass ihnen Beeinträchtigungen und gesundheitliche Belastungen widerfahren könnten, weshalb sie auch weniger Vorsichtsmaßnahmen ergreifen (Kolip & Hurrell-

mann, 2002). Das zeigen diverse Befunde zur Inanspruchnahme von gesundheitsbezogenen Diensten und Hilfen wie bspw. Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen oder gesundheitsfördernde Präventivmaßnahmen.

(5) Inanspruchnahme von gesundheitsbezogenen Diensten und Hilfen

Männer nehmen seltener als Frauen *medizinische Vorsorgeuntersuchungen* in Anspruch⁸ (vgl. Abb. 2) und sind diesen gegenüber auch kritischer eingestellt (Bellas, Asch & Wilkes, 2000; Kolip & Koppelin, 2002; Munley, McLoughlin & Forrester, 1999). Insgesamt nahmen im Jahr 2004 46,8 Prozent der anspruchsberechtigten Frauen, aber nur 18,3 Prozent der Männer an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen teil (RKI, 2006). Einschränkend sei jedoch erwähnt, dass Männer hierfür gezielt Ärzte aus der Allgemeinmedizin oder Inneren Medizin bzw. der Urologie aufsuchen müssen, wohingegen diese Barriere für Frauen aufgrund der häufigen Besuche in der Frauenarztpraxis oft wegfällt (RKI, 2006).

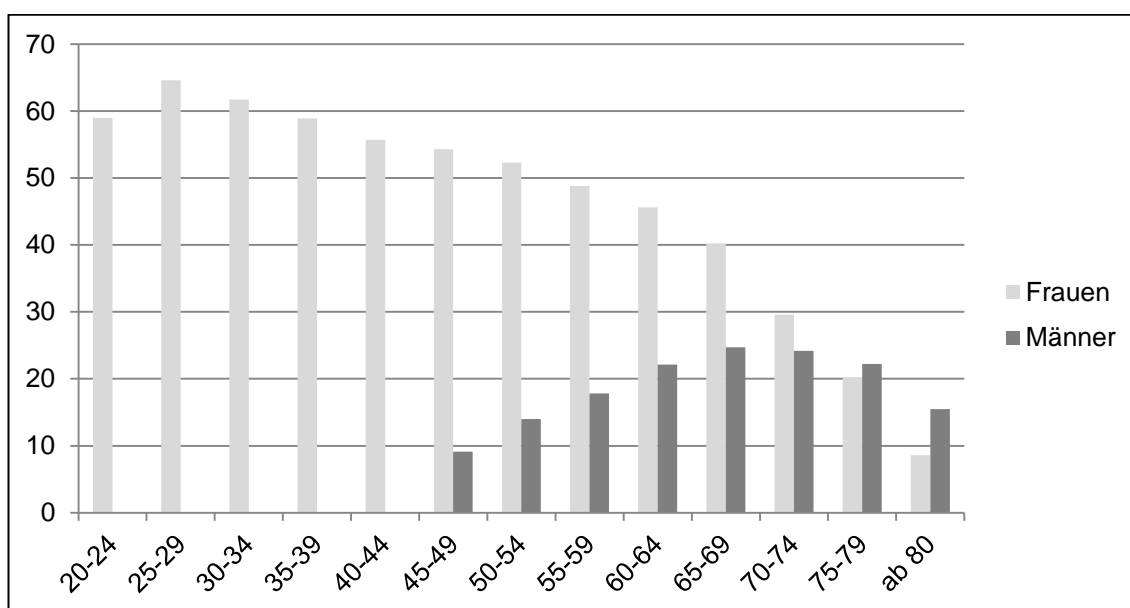


Abb. 2: Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen in Prozent der jeweiligen Altersgruppe, Stand 2004 (RKI, 2006)

Ein noch deutlicheres Bild zeigt sich im Zusammenhang mit *gesundheitsfördernden Maßnahmen*: Vier Fünftel der Teilnehmer bei Präventionskursen sind weiblich (RKI, 2006).

⁸ Ab dem 20. Lebensjahr können Frauen jährlich eine Früherkennungsuntersuchung des Genitales, ab dem 30. Lebensjahr auch der Haut und Brust und ab dem 45. Lebensjahr des Rektums und Dickdarms in Anspruch nehmen. Männern steht ab dem 45. Lebensjahr eine Früherkennungsuntersuchung des Dickdarms, Prostata, Haut und der äußeren Geschlechtsorgane zu.

Besonders große Geschlechtsunterschiede gibt es bei Maßnahmen, die auf körperliche Bewegung, eine gesunde Ernährung sowie Stressbewältigung abzielen (vgl. Abb. 3). Fast ausgeglichen ist die Relation lediglich in Bezug auf Programme zur Verminderung des Sucht- und Genussmittelkonsums.

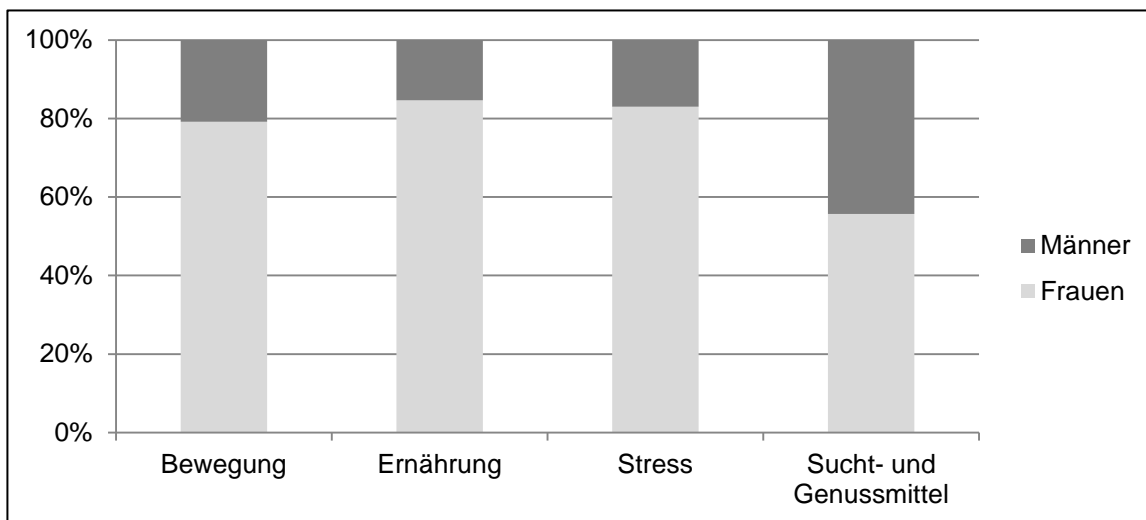


Abb. 3: Inanspruchnahme primärpräventiver Angebote der Krankenkassen – Teilnahme nach Handlungsfeldern (in Prozent) im Jahr 2004 (RKI, 2006)

(6) Zusammenfassung

Die aufgeführten Ergebnisse zeigen, dass es in Bezug auf die Gesundheit beträchtliche Unterschiede zwischen Männern und Frauen gibt. Insbesondere um die Gesundheit der Männer scheint es schlecht bestellt zu sein. Ihre Lebenserwartung ist geringer und ihre Sterblichkeit bei fast allen Krankheitshauptgruppen größer. Zudem erkranken sie häufiger an potentiell lebensgefährlichen Erkrankungen und verunglücken deutlich öfter als Frauen.

Angesichts dieser Faktenlage scheint es paradox, dass gerade Männer ihren Gesundheitszustand deutlich positiver bewerten als Frauen und Präventivangebote in wesentlich geringerem Umfang in Anspruch nehmen oder gar meiden. Ursächlich für die Entstehung dieser gesundheitsbezogenen Geschlechtsunterschiede ist ein Wirkungsgeflecht aus personalen und sozialen Faktoren (Kandrack, Grant & Segal, 1991; Kolip & Hurrelmann, 2002, RKI, 2014b), dessen Komponenten in den nachfolgenden Kapiteln diskutiert werden.

4.3 Ursachen für Geschlechtsunterschiede

Die gesundheitsbezogene Geschlechterdifferenz ist weder ausschließlich genetisch programmiert und somit a priori festgeschrieben, noch sind gesellschaftliche Bedingungen alleine hierfür verantwortlich. Vielmehr legen biologische Faktoren einen Dispositionsraum fest, der durch Eigenaktivität und Umweltimpulse in erheblichem Maße beeinflusst und gestaltet werden kann (Hurrelmann, 2007). Entsprechend gilt es, die einseitige reduktionistische Sicht sowohl biomedizinischer als auch psychosozialer Gesundheitsmodelle zu überwinden und die Entstehung von Gesundheit bzw. Krankheit von Männern und Frauen als Kombination *personaler* und *sozialer Faktoren* zu verstehen, die hinsichtlich ihrer Bedeutung als gleichgewichtig zu betrachten sind (Kolip & Hurrelmann, 2002) und stärker als bisher aufeinander bezogen werden müssen (Macintyre, Hunt & Sweeting, 1996; McDonough & Walter, 2001).

4.3.1 Personale Faktoren

Hinsichtlich der Entstehung von Geschlechtsdifferenzen im Gesundheitsstatus sind auf Seiten der personalen Faktoren vor allem genetisch-biologische Unterschiede bedeutsam (Waldron, 1983). Diese können sich sowohl direkt (z. B. Anfälligkeit für Erbkrankheiten) als auch indirekt (z. B. über die immunologische und hormonelle Ausstattung) auf die Gesundheits- und Krankheitsentwicklung von Männern und Frauen auswirken (Institute of Medicine, 2001; Kolip & Hurrelmann, 2002).

Als direkter genetischer Effekt kann die Tatsache gesehen werden, dass das kürzere Y-Chromosom das männliche Geschlecht vulnerabler für Krankheiten macht, die auf dem X-Chromosom rezessiv vererbt werden (Kolip & Hurrelmann, 2002; Lips, 1988; Smith & Warner, 1990). Dazu zählen Kolip (1997) zufolge über 200 Krankheiten wie beispielsweise die Bluterkrankheit (Harrison, 1987), diverse Stoffwechselkrankheiten sowie eine Form des Diabetes (Hoyenga & Hoyenga, 1979; Smith & Warner, 1990; Stillion, 1985).

Auch die höhere Anfälligkeit für verschiedene Infektionskrankheiten bei Jungen (Waldron, 2002) sowie die höhere Zahl von Aborten bei männlichen Embryonen und Föten (Harrison, 1987) wird auf das Fehlen einer zweiten Ausgabe des X-

Chromosoms zurückgeführt. Verantwortlich hierfür könnte die Tatsache sein, dass im Gegensatz zu anderen Genen, derjenige Genabschnitt, der die Produktion des Immunglobulins IgM steuert, auf beiden X-Chromosomen aktiv ist (Kolip, 1997), woraus die bei Mädchen und Frauen beobachtbare höhere Resistenz gegenüber Infektionskrankheiten resultiert (Weksler, 1990).

In Bezug auf genetisch bedingte geschlechtsspezifische Alterungsprozesse sowie eine nach Geschlecht unterschiedliche Krebsanfälligkeit, die an Chromosomen gebunden ist, lässt sich bislang nur spekulieren (Merbach & Brähler, 2004). So besteht die Hypothese (Kolip, 1997), dass bei Frauen mit zunehmendem Alter die in der Regel inaktive zweite Ausgabe des X-Chromosoms ihre Tätigkeit aufnimmt, wenn das eigentlich aktive erste X-Chromosom ausfällt. Dieser Ausfall könnte bei Männern durch das Y-Chromosom nicht ausgeglichen werden, woraufhin der natürliche Alterungsprozess bei Männern und Frauen unterschiedlich verläuft (Klotz, 1997). Zu einer chromosomengebunden Krebsanfälligkeit lassen sich mit Ausnahme eines Gens, das ursächlich für die Entstehung einer relativ seltenen Form des Brustkrebs ist, keine zuverlässigen Hinweise finden (Kolip, 1997).

Auch hinsichtlich der Entstehung psychischer Störungen konnte bislang keine direkte Wirkung des genetischen Faktors nachgewiesen werden (Merbach, Singer & Brähler, 2002). Zwar zeigt sich in manchen Studien (Rutter, Silberg, O'Connor & Smirnoff, 1999) in Bezug auf Depressionen eine moderate Varianzaufklärung durch genetische Faktoren, andere Untersuchungen konnten jedoch keine Unterschiede hinsichtlich der Erbllichkeit depressiver Störungen bei Männern und Frauen finden (Kendler & Prescott, 1999). Eine Ausnahme könnte jedoch die psychische Störung Magersucht (Anorexia nervosa) sein, von der zu über 90 Prozent Mädchen und Frauen betroffen sind (Kolip, 1997). Schepank (1992) weist in diesem Kontext auf den Nachweis eines genetischen Faktors hin, der für das Auftreten dieser Störung relevant zu sein scheint.

Indirekt wirken sich genetische Unterschiede zwischen den Geschlechtern zudem über den Hormonhaushalt und über damit assoziierte Verhaltensweisen auf die Entstehung von Gesundheit und Krankheit aus. So ist die höhere unfallbedingte Sterblichkeit von Jungen mit dem Sexualhormon Testosteron assozi-

iert, das einen stärkeren Bewegungsdrang bedingt (Hurrelmann, 2010; Waldron, 2002). Entsprechend verunglücken in Deutschland mit einem Verhältnis von 4:3, in der Schweiz sogar in der Relation 3:1, bereits mehr männliche als weibliche Säuglinge z. B. durch einen Sturz vom Wickeltisch (Dinges, 2006). Zudem setzen sich Jungen hormonell bedingt auch stärker körperlich auseinander, balgen und toben mehr und sind bei der Erkundung ihrer Umwelt risikofreudiger als gleichaltrige Mädchen, was ebenfalls zu einem höheren Verletzungsrisiko führt (Hurrelmann, 2010; Reinisch, Ziemba-Davis & Sanders, 1991).

Einen weiteren personalen Faktor der höheren Mortalität und Morbidität von Jungen sieht Hinz (2008) in ihrer gegenüber den Mädchen verzögerten Entwicklung. Dieser Reiferückstand beträgt bereits direkt nach der Geburt bereits zwei bis drei Wochen, wächst jedoch bis zum Einsetzen der Pubertät auf ein- einhalb bis zwei Jahre an. Dadurch hinken Jungen den Mädchen in Bezug auf ihre sprachliche, feinmotorische sowie selbstregulatorische Entwicklung hinterher (Maccoby, 2000; Trautner, 1991), was schulische und soziale Auffälligkeiten sowie die höhere Unfallhäufigkeit erklären könnte (Hinz, 2008).

Die einsetzende Pubertät geht bei beiden Geschlechtern mit diversen Veränderungen des Körpers einher, worunter Jungen jedoch weniger psychisch leiden als Mädchen, bei denen sich eine deutlich negativere gesundheitliche Selbsteinschätzung und eine Häufung der Angabe körperlicher und psychischer Beschwerden beobachten lässt (Hurrelmann, 2010). Die mit der Pubertät einsetzende monatliche Regelblutung kann jedoch hinsichtlich ihrer Bedeutung für die geschlechtsspezifische Entstehung von Gesundheit als Schutzfaktor gesehen werden. Mädchen werden durch sie zu einem pfleglichen und sorgsamem Umgang mit dem Körper angehalten und gezwungen, mit ihren physiologischen Möglichkeiten im Einklang zu leben (Hurrelmann, 2007), wodurch sie daran gewöhnt werden, Rücksicht auf ihren Körper zu nehmen und sich auf ihn einzustellen (Kolip, 1997).

Auch im Erwachsenenalter lassen sich Geschlechtsunterschiede in der Entwicklung von Gesundheit und Krankheit finden, die sich auf die unterschiedliche hormonelle Ausstattung zurückführen lassen: Das männliche Sexualhormon Testosteron wird mit dem aggressiveren, antisozialen und risikofreudigeren

Verhalten von Männern (Klotz, 2007; Merbach & Brähler, 2004; Stauffer & Klotz, 2001) in Verbindung gebracht, was sich zum einen direkt in Form einer größeren Unfallwahrscheinlichkeit und zum anderen indirekt über die Ausübung riskanten Gesundheitsverhaltens (z. B. Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum) auf die Gesundheit auswirkt (Hinz, 2008). Zudem reagieren Männer im Vergleich zu Frauen auf Stress mit einer stärkeren Ausschüttung von Stresshormonen und einem höheren Blutdruck, was die Auftrittswahrscheinlichkeit von Herz-Kreislauf-Krankheiten erhöht (Morrison & Benett, 2009).

Die geringere Prävalenz von Herz-Kreislauf-Krankheiten bei Frauen allgemein und bei Müttern im Speziellen wurde lange Zeit und wird noch immer mit einer Schutzfunktion des Östrogens in Verbindung gebracht (Bird & Rieker, 1999; Dinges, 2010; Sieverding, 2010). Zwar ist der positive Einfluss *exogenen*, künstlich zugeführten Östrogens auf das Herzinfarkttrisiko wissenschaftlich bewiesen (Härtel, 2002), nicht jedoch der des *endogenen*, körpereigenen Östrogens. Entsprechend konnten zahlreiche groß angelegte internationale Studien, unter anderem die von Lawlor, Ebrahim und Davey Smith (2002), keinen Nachweis bringen, der ein geringes Risiko vor bzw. ein erhöhtes Risiko nach der Menopause hätte belegen können.

Im Zusammenhang mit der Genese von Angst und Depressionen, die bei Frauen gehäuft vorkommen, wird die Rolle der weiblichen Sexualhormone Östrogen und Progesteron ebenfalls diskutiert (Merbach et al., 2002). Als Indiz hierfür wird gesehen, dass beispielsweise Angststörungen in Phasen hormoneller Veränderungen verstärkt auftreten (Pigott, 1999) und dass Depressionen im Zusammenhang mit der hormonellen Regulation stehen (Piccinelli & Wilkinson, 2000).

Generell muss jedoch in Bezug auf hormonbedingte Geschlechtsunterschiede in Morbidität und Mortalität einschränkend konstatiert werden, dass bislang nur sehr wenige direkte Zusammenhänge beobachtet wurden (Eickenberg & Hurrelmann, 1997) und die Stärke der genetisch-biologischen Einflussgrößen nur schwerlich abgeschätzt werden kann, da sie von sozialen Faktoren überlagert werden (Kolip & Hurrelmann, 2002).

4.3.2 Soziale Faktoren

Zu den sozialen Faktoren, die die geschlechtsspezifische Gesundheit beeinflussen, zählen insbesondere unterschiedliche Erziehungstendenzen bei Jungen und Mädchen, Unterschiede in der Erwerbstätigkeit und der sozialen Lage sowie die unterschiedlichen sozialen Netzwerke der beiden Geschlechter, die sich auf sozial konstruierte Geschlechterrollen zurückführen lassen.

(1) Erziehung

Die in den vorangegangenen Abschnitten erwähnte größere Risikofreude und der erhöhte Bewegungsdrang der Jungen werden durch gesellschaftlich vermittelte Erziehungsimpulse noch verstärkt, indem Jungen durch die Eltern erheblich größere Entfaltungsspielräume eingeräumt werden (Hurrelmann, 2010). So werden sie nicht so eng wie Mädchen an die Familie gebunden, sie bewegen sich früher und häufiger außerhalb des Hauses und sind somit der elterlichen Kontrolle in einem geringeren Maße ausgesetzt (Helfferich, 1994; Rosen & Peterson, 1990; Waldron 2002). Hinzu kommt, dass das elterliche Spielverhalten mit Jungen wilder, körperbetonter und risikoreicher ist, dass Eltern burschikoser mit ihnen umgehen und dass sie sie eher zu intensiverer motorischer Aktivität anregen, wodurch sich innerhalb und außerhalb des Haushalts häufiger Unfälle ereignen (Hinz, 2008).

Das in der Erziehung und Sozialisation noch immer vorherrschende Muster „Ein Mann ist ein Indianer, und ein Indianer kennt keinen Schmerz“ gebietet es Jungen, psychische und physische Anspannungen und Belastungen heroisch zu ertragen (Hurrelmann, 2007). Jungen werden somit gemäß Vogt (1993) vorzeitig dazu angehalten, keine Beschwerden zu äußern und ohne zu klagen Schmerzen auszuhalten (Kolip, 1997). Diese emotionale Kontrolliertheit sieht Hinz (2008) unter anderem auch dadurch verstärkt, dass in Gesprächen Mütter bereits mit Jungen im Alter von 18 Monaten etwa um ein Drittel seltener Gefühlszustände thematisieren als mit gleich alten Mädchen. Auch die beziehungsorientierte Körperlichkeit, die sich durch Küssen, Schmusen und andere Zärtlichkeiten manifestiert, wird Jungen abtrainiert (Hollstein, 2002), indem Mütter diesen Austausch mit ihren Söhnen frühzeitig unterbinden (Zilbergeld, 2000). Entsprechend wird auch von Jungen erwartet, dass sie ihre Gefühle und

Emotionen kontrollieren, insbesondere solche, die wie Trauer, Nachgiebigkeit und Schwäche als weiblich etikettiert sind (Hollstein, 2002; Real, 1999).

Im Erziehungskontext werden Aggressionen bei Jungen zwar nicht häufiger akzeptiert als bei Mädchen, dafür jedoch bei Zweikämpfen sowie im Sport, wo gesundheitsriskantes und aggressives Verhalten von Jungen explizit verlangt und belohnt wird (Hinz, 2008). Hinzu kommt, dass geschlechtsspezifische Aktivitäten von Jungen grundsätzlich in einem deutlich höherem Ausmaß gefördert werden als jene von Mädchen, umgekehrt aber auch, dass Jungen viel entschiedener für Verhaltensweisen bestraft werden, die als nicht männlichkeitsadäquat gelten (Hollstein, 2002). Hollstein zufolge werden bei Jungen dadurch identitätsstiftende und tragende Qualitäten wie Empathie, Beziehungsfähigkeit und Introspektion vernachlässigt und gesundheitsriskante Verhaltensweisen gefördert.

Die Muster von Sozialisation und Erziehung werden von traditionellen kulturellen und gesellschaftlichen Vorstellungen von Männlichkeit und Weiblichkeit gestützt: In unserer Gesellschaft gelten Männer noch immer als das starke Geschlecht und werden daher als machtvoll und leistungsfähig wahrgenommen (Hurrelmann, 2007). Die Tatsache, dass Jungen und Männer in jedem Alter krankheitsanfälliger als Mädchen und Frauen sind, steht im offenen Widerspruch zur weitverbreiteten Auffassung, dass sie resistenter und härter gegenüber Krankheiten und Belastungen seien (Hinz, 2008). Dennoch wirkt sich diese Wahrnehmung auf die geschlechtsspezifische Arbeitsteilung aus.

(2) Erwerbstätigkeit und soziale Lage

Männern werden eher gefahrvolle und körperlich verschleißende Berufe zugeordnet, bei denen sie oftmals in einem höheren Maße mit gesundheitsgefährdenden Stoffen umgehen müssen oder schädlichen Umweltreizen wie Staub, Lärm oder Hitze ausgesetzt sind (Bründel & Hurrelmann, 1999; Hurrelmann, 2010), was dazu führt, dass ihre berufliche Belastung insgesamt höher ist als die der Frauen (Resch, 2002). Entsprechend gestaltet sich das Geschlechterverhältnis in Bezug Berufskrankheiten: 92 Prozent aller anerkannten sowie 73 Prozent aller angezeigten Berufskrankheiten entfallen auf Männer (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2012b), zudem erleiden sie 92 Prozent der

tödlichen Arbeitsunfälle sowie 79 Prozent der meldepflichtigen Arbeitsunfälle (RKI, 2007). Zu berücksichtigen ist angesichts dieser Datenlage jedoch, dass Frauen in einem geringeren Maße erwerbstätig sind: Ihre Erwerbstätigenquote im Jahr 2004 lag bei 58,4 Prozent, die der Männer bei 70,1 (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen & Jugend, 2005). Berücksichtigt werden hierbei allerdings nicht die Unterschiede in Bezug auf die Arbeitszeit. Erfolgt solch eine Gewichtung der Quote nach Arbeitszeit in Vollzeitäquivalent-Arbeitsplätzen, so wird ersichtlich, dass sich hinter dieser Erwerbstätigenquote bei Frauen lediglich 46, bei Männern hingegen 69 Vollzeitäquivalent-Prozent verbergen (Beckmann, 2003). Dies zeigt sich auch am Verhältnis in Bezug auf Halbtagsarbeit, der im Jahr 2007 neunmal mehr Frauen nachgingen als Männer (Dinges, 2010).

Eine einseitige Fixierung der Männer auf den Beruf, die spätestens seit dem Zeitalter der Industrialisierung überwiegt (Hurrelmann, 2007), scheint allerdings geschlechtsübergreifend der Gesundheit abträglich zu sein. So fanden beispielsweise Rodin und Ickovics (1990) heraus, dass bei sogenannten „Karrierefrauen“ die Prävalenz von Herz-Kreislauf-Erkrankungen ähnlich hoch ist wie bei „Karrieremännern“ und dass neben den vergleichbar hohen Prävalenzen bei beiden Geschlechtern interessanterweise auch das Spektrum an Herz-Kreislauf-Erkrankungen ähnlich ist (Merbach & Brähler, 2004; Weidner, 2000). Die Doppel- und Dreifachbelastung durch Kindererziehung, Haushalt und Beruf, die zunehmend ein typischer Lebensentwurf für Frauen wird, ist gemäß Hurrelmann (2007) vor diesem Hintergrund nicht als nachteilhaft zu bewerten. So scheinen mit Mehrfachbelastungen auch Mehrfachgestaltungsmöglichkeiten einherzugehen, die eine Flexibilität der Lebensführung ermöglichen, die es Frauen erlaubt, durch einen Wechsel des Lebensmittelpunkts (z. B. in die Mutterrolle) Erfahrungen und Erfolge zu erzielen, ohne eine gesellschaftliche Ächtung befürchten zu müssen. Dies dürfte allerdings den doppel- bzw. mehrfachbelasteten Frauen vorbehalten bleiben und nicht auf solche zutreffen, die ausschließlich Hausfrauen sind: Diese haben vergleichsweise eine geringere Lebenserwartung (Dinges, 2010; Bourke, 1994).

Im Vergleich zu Männern ist die ökonomische und soziale Lage von Frauen insgesamt ungünstiger, wenngleich sich dies weniger direkt auf die Krankheits-

häufigkeit auszuwirken scheint (Hurrelmann, 2010). Eine Erwerbstätigkeit kann in diesem Kontext als protektiver Faktor gesehen werden, allerdings ist die Arbeitslosigkeit unter Frauen höher, was sich unter anderem auf Einkommen und Status auswirkt (Bebington, 1999; Loewenthal et al.; 1995; Merbach, et al., 2002). Dies wiederum zieht andere Benachteiligungen wie etwa schlechte Wohnbedingungen, ein ungesundes Essverhalten oder Umweltbelastungen nach sich, die sich bei Frauen auf die gesundheitliche Lage jedoch weniger negativ auswirken als bei Männern in einer vergleichbaren Situation (Hurrelmann, 2010). Ein weiterer möglicher Schutzfaktor in diesem Zusammenhang ist das soziale Netz, das bei Frauen enger ist als bei Männern und ihnen Unterstützung bietet.

(3) Soziale Netzwerke

Männer haben im Bereich der persönlichen, informellen und vertrauten Beziehungen ein wesentlich kleineres Netzwerk als Frauen und entsprechend auch selten einen Freundeskreis, mit dem sie intime und ganz persönliche Probleme besprechen und sich somit Unterstützung und Hilfe holen können (Kolip & Hurrelmann, 2002). Entsprechend unterschiedlich gestalten sich Quantität und Qualität der sozialen Unterstützung sowohl hinsichtlich der erhaltenen als auch in Bezug auf die geleistete Hilfe (Schmerl & Nestmann, 1990): Während sich Männer meist nur den engsten weiblichen Familienmitgliedern anvertrauen, suchen und erhalten Frauen Unterstützung, Trost, Hilfe und Ermunterung überdies noch im Freundes- und Bekanntenkreis (Kolip & Hurrelmann, 2002; Schmerl, 2002). Diese Unterschiede in Bezug auf die Ausgestaltung sozialer Netzwerke und das damit verbundene Aufsuchen von Hilfe sind unter anderem auf sozial-konstruierte Geschlechterrollen zurückzuführen

(4) Geschlechterrollen

Die sozialen Einflussfaktoren auf die geschlechtsspezifische Entstehung von Gesundheit und Krankheit, die in den vorangegangenen Abschnitten dargestellt wurden, fußen auf sozial-konstruierten Geschlechterrollen. Dabei handelt es sich um komplexe normative Erwartungen der Gesellschaft an das Verhalten und psychologische Charakteristika von Männern und Frauen (Sieverding,

2004). Sieverding zufolge knüpfen diese Rollen zwar am biologischen Geschlecht an, sind aber, da es sich um gesellschaftliche Konstruktionen handelt, historischen und kulturellen Wandlungen unterworfen. So haben sich die Geschlechterrollen – insbesondere die der Frau – über die Zeit zwar verändert und sind deutlich flexibler geworden (Alfermann, 1996), dennoch werden an Männer und Frauen noch immer unterschiedliche Erwartungen an Verhaltensweisen und Persönlichkeitsmerkmale gerichtet (Sieverding, 2004). Merbach und Mitarbeitern (2002) zufolge beinhaltet die Frauenrolle die Attribute Wärme, Emotionalität, Einfühlsamkeit sowie die Sorge um Andere. Mit diesen Attributen werden bei Frauen die höhere Klagsamkeit, die höhere Inzidenz psychischer Erkrankungen und die stärkere Inanspruchnahme des medizinischen Systems in Verbindung gebracht (Merbach & Brähler, 2004). Die traditionelle männliche Rolle hingegen ist komplementär zur weiblichen angelegt (Parson & Bales, 1964) und setzt sich nach der Auffassung von Brannon (1976) sowie Sabo und Gordon (1995) aus folgenden vier Komponenten zusammen (deutsche Übersetzungen aus Merbach et al., 2002, Merbach & Brähler, 2004 und Sieverding, 2004):

- *No Sissy Stuff*: Die Meidung alles Femininen sowie die Abgrenzung von Frauen und deren Verhalten
- *The Big Wheel*: Gefühl von Überlegenheit Anderen gegenüber sowie eine Definition über Leistung
- *The Sturdy Oak*: Demonstration der Unabhängigkeit sowie das Verbergen von Schwächen oder Beschwerden.
- *Give 'Em Hell*: Durchsetzung auch mit gewaltvollen Mitteln sowie die Suche nach Abenteuer und Risiko.

Aufgrund ihrer Emotionalität dürfen Frauen psychische und physische Beschwerden freier äußern und brauchen auch beim Aufsuchen eines Arztes keinen Autoritätsverlust zu befürchten (Merbach et al., 2002; Felder & Brähler, 1999). Bei Männern hingegen ist die Äußerung von Beschwerden mit unvermeidlichen Ansehenseinbußen und einem Verlust von Männlichkeit verbunden (asoziiert DeHoff & Forrest, 1987, Felder & Brähler, 1999) und wird aus diesem

Grund vermieden (Merbach et al., 2002). Die Schönfärbung des eigenen Gesundheitszustands, die demonstrative Nichtbeachtung der eigenen Gesundheit, die Behauptung einer geringeren Krankheitsanfälligkeit, die geringere Inanspruchnahme der Gesundheitsvorsorge sowie die Ausübung gesundheitsriskanter Verhaltensweisen dienen gemäß Hinz (2008) Männern dazu, die eigene Männlichkeit zu inszenieren und somit der Geschlechterrolle zu entsprechen.

Sowohl individuelle Selbstberichte bezüglich verschiedener Gesundheitsindikatoren als auch die Fremdwahrnehmung und -beurteilung von Beschwerden durch Eltern oder medizinisches Personal stehen unter dem Einfluss dieser gesellschaftlicher Geschlechterrollen, was zu systematischen Verzerrung und methodischen Artefakten führen kann.

4.3.3 Systematische Verzerrungen und methodische Artefakte

Bei der Darstellung klinischer Daten, insbesondere bei leichteren Erkrankungen, und auch bei weiteren Gesundheitsindikatoren sind bei Kindern und Jugendlichen mitunter Verzerrungen möglich. Diese Verzerrungen können gemäß Hinz (2008) entstehen, wenn Eltern in Abhängigkeit vom Geschlecht ihres Kindes unterschiedlich stark medizinische Dienste in Anspruch nehmen (Überweisungsbias oder *referral bias*).

Systematische Verzerrungen müssen ebenfalls berücksichtigt werden, wenn Eltern zur Gesundheit ihrer Kinder befragt werden (Kolip, 1997): So konnte beobachtet werden, dass Eltern das körperliche, emotionale, soziale und mentale Wohlbefinden von Jungen höher (Ravens-Sieberer, Ellert & Ergart, 2007) und die 3-Monats-Prävalenz von Schmerzen niedriger (Ellert, Neuhauser & Rothlisigkeit, 2007) einschätzen als die der Mädchen.

Selbsteinschätzungen und Symptombenennungen von Jugendlichen enthalten sogar noch stärkere Verzerrungen als die Einschätzungen durch deren Eltern, da sie Hinz (2008) zufolge durch die Selbstrepräsentation als *männlich* oder *weiblich* beeinflusst werden und jungentypische externale Verarbeitungen wie Aggression oder Wut seltener erfasst werden.

Die Studienlage bezüglich der Übereinstimmung der Wahrnehmungen von Eltern und der von Jugendlichen ist dürftig. Kolip (1997) vermutet in diesem Kon-

text jedoch, dass die Übereinstimmung umso größer ist, je gravierender die Erkrankung und je deutlicher diese äußerlich zu erkennen ist, dass die Übereinstimmung mit dem Alter der Jugendlichen sinkt und dass sie dort gering ist, wo sich Jugendliche aufgrund der Beschwerden schämen oder wo zwecks Validierung eine Entkleidung notwendig wäre.

Auch im Erwachsenenalter sind beschwerdebezogene Selbstberichte und Fremdeinschätzungen nicht frei von Verzerrungen. So weist Sieverding (2005) auf vier Einschränkungen hin, die bei der Interpretation von Selbsteinschätzungen berücksichtigt werden müssen:

- Der Einfluss von Beschwerden, die im Zusammenhang mit der Reproduktionsfähigkeit der Frauen stehen, wird oftmals gar nicht oder nicht ausreichend auf das Gesamtmaß der Beschwerden kontrolliert.
- Viele Beschwerdebögen weisen einen femininen Bias auf, weil typisch weibliche Beschwerden über- und typisch männliche unterrepräsentiert sind.
- Geschlechtsunterschiede hängen vom Befragungszeitraum ab und werden umso größer, je länger der Zeitraum ist, für den körperliche Beschwerden erinnert werden sollen (Pennebaker, 1982). Dies lässt sich vermutlich auf die stärkere berufliche Einbindung der Männer zurückführen, die einen starken externen Stimulus darstellt und somit von internen Stimuli wie Beschwerden ablenkt und so die Symptomwahrnehmung verzerrt (Gijss van Wijk & Kolk, 1997).
- Die Identifikation mit gesellschaftlichen Geschlechterrollen wirkt sich stark auf die Beschwerdeäußerung aus und ist für die Vorhersage der Selbstangabe körperlicher Beschwerden sogar wichtiger als das biologische Geschlecht.

Angesichts dieser Einschränkungen dürfen die geringere Klagsamkeit und Beschwerdeäußerung von Männern nicht automatisch mit einem besseren Gesundheitszustand gleichgesetzt werden.

In Bezug auf methodische Artefakte hinsichtlich der Fremdbewertung bleibt zu ergänzen, dass sich auch der ärztliche Diagnoseprozess vor dem Hintergrund sozialer Geschlechterrollen vollzieht (Kolip, 1997), was bei gleicher Symptomatik zu einer unterschiedlichen Behandlung von Mann und Frau führen kann: Connen und Kuster (1988) beispielsweise konnten zeigen, dass sich Ärzte für die Erstanamnese von Patienten, die mit Bauchschmerzen in die Klinik kamen, deutlich mehr Zeit ließen, wenn es Frauen waren, und dass sich auch die eingesetzten diagnostischen Verfahren sowie die gestellte Diagnose und die anschließende Therapie in Abhängigkeit vom Geschlecht unterschied. Bei Männern wurde eher ein organisches Leiden angenommen und entsprechend mehr invasive Verfahren wie die Endoskopie eingesetzt sowie eine spezifische Therapie verordnet, bei Frauen wurde hingegen eher ein psychosomatisches Leiden vermutet und entsprechend unspezifisch therapiert (Sieverding, 2010). Auch in Bezug auf die Diagnose von Herz-Kreislauf-Krankheiten lassen sich diese Unterschiede beobachten. Schannwell und Mitarbeiter (2000) haben zeigen können, dass die Diagnose auf die *Männerkrankheit* koronare Herzkrankheit (Sieverding, 2010) bei Frauen erst nach 68, bei Männern bereits nach neun Monaten klinischer Beschwerdesymptomatik erfolgte, weil die Ärzte die Symptome bei Frauen seltener auf eine Herzkrankheit zurückführten als sie es bei Männern taten.

Zusammenfassung

Die geschlechtsspezifische Entwicklung von Gesundheit und Krankheit ist das Ergebnis komplexer Prozesse, in denen personale und soziale Faktoren wirksam werden. Zu den personalen Faktoren zählen in diesem Kontext vorrangig genetisch-biologische Determinanten, die sich morphologisch unter anderem in Geschlechtsunterschieden im Herz-Kreislauf-System sowie im Immunsystem und dem Hormonhaushalt manifestieren. Soziale Faktoren sind Einflüsse aus der Lebensumwelt, die beispielsweise über Erziehungs- und Sozialisationsmuster wirksam werden und auf sozial-konstruierte Geschlechterrollen zurückzuführen sind. Diese Geschlechterrollen spiegeln sich auch in der geschlechtsspezifischen Selbst- und Fremdbeurteilung von Beschwerden wider, wodurch es zu systematischen Verzerrungen und methodischen Artefakten

kommen kann, die es in Bezug auf die Interpretation verschiedene Gesundheitsindikatoren zu berücksichtigen gilt.

Wie Abbildung 4 schematisch darstellt, können sich diese personalen und sozialen Determinanten einerseits direkt auf den Gesundheitsstatus auswirken, zum anderen sind sie Ausgangsfaktoren für die Beeinflussung des Gesundheitsverhaltens, das wiederum den stärksten Einfluss auf den Gesundheitsstatus hat (Hurrelmann, 2010).

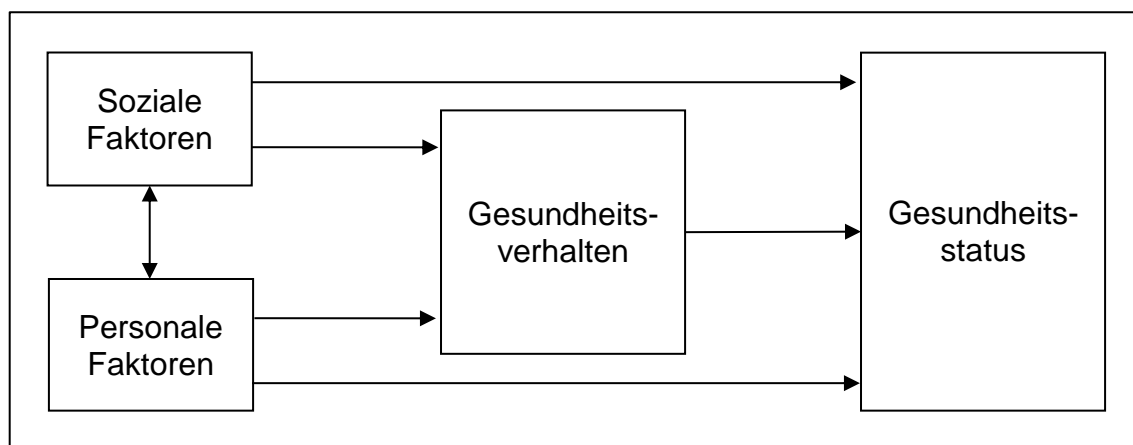


Abb. 4: Schematische Darstellung der gesundheitsbezogenen Wirkungsweise sozialer und personaler Faktoren (Hurrelmann, 2010)

Die bedeutende Rolle der Verhaltenskomponente für die Gesundheit sowie die beobachtbaren Geschlechtsunterschiede im Gesundheitsverhalten wurden bereits mehrfach angerissen, wobei auf das gesundheitsriskantere Verhalten von Jungen und Männern und das gesundheitsförderlichere Handeln von Mädchen und Frauen verwiesen wurde. Im nachfolgenden Kapitel erfolgt nun eine detaillierte Darstellung geschlechtsspezifischen Gesundheitsverhaltens, wobei der Schwerpunkt auf den Unterschieden in der Ausübung körperlicher Aktivität und im Essverhalten liegt.

5 Geschlecht und Gesundheitsverhalten

Seit Beginn des 20. Jahrhunderts hat sich das Spektrum von Krankheiten und Todesursachen verschoben. Waren einst Infektionskrankheiten wie Tuberkulose und Lungenentzündung die häufigsten Todesursachen (Armstrong, Conn & Pinner, 1999; Morrison & Bennett, 2009, Sanderson, 2013), so sind es heute Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems wie z. B. die chronische ischämische Herzkrankheit oder Krebsarten wie bspw. Lungenkrebs (RKI, 2006, 2011, 2014a; Statistisches Bundesamt, 2012a). In der englischsprachigen Forschungslandschaft werden diese Ausprägungsformen des Krankheitsspektrums als *Old* bzw. *New Morbidity* bezeichnet.

Während die *Old Morbidity* auf Bakterien, Viren und körperliche Fehlfunktionen zurückzuführen ist, steht die *New Morbidity* im Zusammenhang mit gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen wie dem Rauchen, Alkoholkonsum, Bewegung und Ernährung (Hurrelmann, 2010; Morrison & Bennett, 2009). Diese vier Verhaltensbereiche – im angelsächsischen Sprachraum als *holy four* (McQueen, 1988), im deutschsprachigen unter anderem mit dem Akronym *RA-BE* (Mönnichs & von Lengerke, 2004) bezeichnet – haben sich für das Mortalitäts- und Morbiditätsspektrum als besonders bedeutsam herauskristallisiert (von Lengerke, 2007). Die Frage, wie hoch der Anteil des Gesundheitsverhaltens bzw. einzelner gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen an Mortalität und Morbidität ist, wird in der Literatur unterschiedlich beantwortet:

McGinnis & Foege (1993) nehmen an, dass etwa die Hälfte aller 2,15 Mio. Todesfälle in den Vereinigten Staaten im Jahr 1990 auf das Verhalten zurückzuführen sind. Den Autoren zufolge ließen sich alleine 300.000 Todesfälle (ca. 14,0 Prozent) auf das Ernährungs- und körperliche Aktivitätsverhalten zurückführen, womit diese Verhaltensweisen hinter dem Tabakkonsum (400.000 Todesfälle bzw. 18,6 Prozent) und vor dem Alkoholkonsum (100.000 Todesfälle bzw. 4,6 Prozent) an zweiter Stelle der größten Risikofaktoren stehen.

Mokdad, Marks, Stroup & Gerberding (2004, 2005) zufolge ist der Anteil der ernährungs- und inaktivitätsassoziierten Mortalität in den USA bis zum Jahr 2000 sogar noch gestiegen. Insgesamt sind 365.000 Todesfälle (15,2 Prozent

aller Todesfälle) auf diese beiden Ursachen zurückzuführen, womit sie auch zehn Jahre später noch an zweiter Stelle der größten Risikofaktoren rangieren. und erneut hinter dem Tabak- (435.000 Todesfälle bzw. 18,1 Prozent) und vor dem Alkoholkonsum (85.000 bzw. 3,5 Prozent) stehen.

In der Übersichtsarbeit von Ezzati et al. (2002) werden körperliche Inaktivität und das Essverhalten – operationalisiert als Obst- und Gemüsekonsum – separat voneinander betrachtet und deren Anteil sowohl an der Sterblichkeit als auch an der Krankheitslast differenziert dargestellt. Den Autoren zufolge waren im Jahr 2000 in den entwickelten Ländern Europas, zu denen auch Deutschland zählt, sowohl bei Männern als auch bei Frauen jeweils 103.000 Todesfälle auf körperliche Inaktivität zurückzuführen. Diese Todesfälle werden durch Erkrankungen wie bspw. Diabetes mellitus (Typ-2-Diabetes), die koronare Herzkrankung oder Krebsleiden wie Brust-, Prostata- oder Rektum-Krebs verursacht, die durch ein inaktives Leben begünstigt werden (Schlicht & Brand, 2007).

Die inaktivitätsbedingte Krankheitslast⁹ beläuft sich auf rund 852.000 DALYs für Männer und 654.000 DALYs für Frauen. Neben dem Risikofaktor körperliche Inaktivität haben Ezzati et al. (2002) zudem den Anteil eines zu geringen Obst- und Gemüsekonsum – nach deren Definition weniger als 600 Gramm pro Tag – an der Mortalität und Krankheitslast beziffert. Demnach sind in den entwickelten Ländern Europas bei Männern jährlich 95.000 und bei Frauen 75.000 Todesfälle sowie 785.000 bzw. 413.000 DALYs auf diesen Ernährungsparameter zurückzuführen.

Eine aktuelle und sehr ausdifferenzierte Darstellung des attributablen Risikos¹⁰ verschiedener Risikofaktoren – darunter auch der *holy four* – an der Mortalität und der Krankheitslast liefert die WHO (2009) für das Jahr 2004 (vgl. Tab. 4).

⁹ Die WHO misst die Krankheitslast in sog. DALYs (disability-adjusted life years). Ein DALY entspricht dem Verlust eines Lebensjahres in Gesundheit z. B. aufgrund eines vorzeitigen Todes oder dem Beginn einer gesundheitlichen Beeinträchtigung (WHO, 2009).

¹⁰ Attributables Risiko beschreibt jenen Anteil der vorzeitigen Sterblichkeit oder Erkrankung, der direkt auf gesundheitsrelevante Verhaltensweisen zurückgeführt werden kann (Schlicht & Brand, 2007). Berechnet wird es als das Verhältnis der Verstorbenen bzw. Neuerkrankten innerhalb einer Gruppe, die das entsprechende Verhalten ausführt, gegenüber einer Gruppe, die es nicht tut. Daraus lässt sich abschätzen, um wie viel Prozent die Sterbe- und Erkrankungsrate sinken würde, wenn man das Risiko beseitigte bzw. das entsprechende Verhalten unterließe.

Tab. 4: Attributables Risiko ausgewählter Faktoren hinsichtlich Sterblichkeit und Krankheitslast für Europa im Jahr 2004 (WHO, 2009)

Risikofaktor	Mortalität		Krankheitslast (DALYs)	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Total	5.058 (100%)	4.301 (100%)	68.077 (100%)	38.841 (100%)
Bluthochdruck	1.062 (22%)	1.430 (31%)	9.054 (11%)	8.067 (12%)
Hoher Cholesterinspiegel	465 (10%)	460 (10%)	5.543 (7%)	3.432 (5%)
Hoher Blutzuckerspiegel	354 (7%)	394 (8%)	3.941 (5%)	3.364 (5%)
Übergewicht und Adipositas	490 (10%)	591 (13%)	5.951 (7%)	5.807 (9%)
Geringer Obst- & Gemüseverzehr	209 (4%)	214 (5%)	2.122 (3%)	1.502 (2%)
körperliche Inaktivität	447 (9%)	545 (12%)	4.363 (5%)	3.901 (6%)
Tabakkonsum	1.144 (24%)	328 (7%)	14.378 (17%)	3.347 (5%)
Alkoholkonsum	533 (11%)	84 (2%)	14.232 (17%)	3.110 (5%)

Aus der Tabelle geht zwar hervor, dass die attributablen Risiken eines zu geringen Obst- und Gemüseverzehrs sowie der körperlichen Inaktivität in Bezug auf Sterblichkeit und Krankheitslast geringer sind als bspw. das des Alkohol- oder Tabakkonsums. Entscheidend ist jedoch, dass diese beiden Verhaltensweisen mit anderen Risikofaktoren wie Bluthochdruck, einem hohen Cholesterin- und Blutzuckerspiegel sowie Übergewicht assoziiert sind, die sich wiederum ihrerseits verheerend auf die Sterblichkeit und Krankheitslast auswirken können (Schlicht & Brand, 2007; WHO, 2009).

Die vorliegenden Daten zeigen eindrucksvoll, dass der individuelle Gesundheitszustand keineswegs allein das zwangsläufige Ergebnis des Zusammenspiels genetischer Faktoren und Umweltbedingungen ist, auf das der Einzelne keinen Einfluss hat. Zu einem ganz erheblichen Teil sogar trägt der Mensch durch sein Gesundheitsverhalten selbst dazu bei, wo er sich auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum platziert.

In den nachfolgenden Kapiteln rücken die körperliche Aktivität und das Essverhalten als Manifestationsformen gesundheitsrelevanten Handelns in den Fokus. Es wird dargestellt, welche Zusammenhänge zwischen diesen Verhaltensweisen und dem individuellen Gesundheitszustand bestehen und in welcher Form Geschlechtsunterschiede in Bezug auf die Ausübung körperlicher Aktivität und im Essverhalten Jugendlicher und Erwachsener zu beobachten sind.

5.1 Körperliche Aktivität als Gesundheitsverhalten

Darüber, dass körperliche Aktivität zum Erhalt, zur Wiederherstellung und zur Förderung der Gesundheit beiträgt, sind sich Forscher aus verschiedenen Theoriefeldern der Sportwissenschaft einig (Hollmann & Strüder, 2009; Morris, 1996; Weineck, 2007; Woll, 2006). Ihr wird sowohl eine primär und sekundär präventive als auch eine kurative Wirksamkeit zugeschrieben (Biddle & Mutrie, 2008; Lippke & Vögele, 2006). Zudem bescheinigt eine Vielzahl medizinischer und psychologischer Studien der körperlichen Aktivität eine positive Beeinflussung sowohl der physischen als auch der psychischen Gesundheit (Fuchs, 2003, Hänsel, 2007; Knoll, Banzer & Bös, 2006; Schlicht & Brand, 2007; Wagner & Brehm, 2006).

Während bei Erwachsenen die gesundheitswirksamen Effekte körperlicher Aktivität recht gut dokumentiert sind, ist der Zusammenhang zwischen körperlicher bzw. körperlich-sportlicher Aktivität und Gesundheit bei Jugendlichen hingegen weniger gut abgesichert. Dies ist einerseits darauf zurückzuführen, dass für diese Altersgruppe weniger Studien existieren, andererseits ist es denkbar, dass der sich gesundheitliche Benefit hinsichtlich der Entwicklung von chronisch-degenerativen Krankheiten erst im weiteren Lebensverlauf bemerkbar macht (Gerber, 2008).

Dennoch gilt es als gesichert, dass sich körperliche Aktivität bei Jugendlichen günstig auf Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Krankheiten wie bspw. Bluthochdruck, Serumlipid- und Lipoproteinspiegel oder Adipositas auswirkt und zudem mit einer verbesserten psychischen Gesundheit assoziiert ist, was sich vor allem in einem höheren Selbstwertgefühl und niedrigeren Angst- und Stresslevels bemerkbar macht (van der Horst, Paw, Twisk & van Mechelen, 2007). Weiter ergänzen die Autoren, dass körperliche Aktivität im Kindes- und Jugendalter zu

einer normalen Skelettentwicklung beiträgt und die Knochen stärkt. Überdies mehren sich Trudeau & Shepard (2008) zufolge die Hinweise, dass auch die kognitive und schulische Leistungsfähigkeit Jugendlicher von körperlicher Aktivität profitieren kann.

In Bezug auf den Zusammenhang von explizit körperlich-sportlicher Aktivität und die Gesundheit von Jugendlichen ist der Forschungsstand jedoch hingegen uneinheitlich (Sygusch, Wagner, Opper & Worth, 2006). Dies liegt den Autoren zufolge daran, dass in diesem Kontext bislang Querschnittstudien dominieren, die sich auf Selbstauskünfte mittels Fragebögen stützen und somit die Fragen nach den Wirkungsrichtungen nicht ausreichend klären. Sportliche Aktive sind demnach zwar gesünder, was sich vor allem in den Bereichen Fitness, subjektiver Gesundheitszustand, Risikofaktoren, psychosoziale Ressourcen sowie teilweise auch in Bezug körperliche Beschwerden äußert, allerdings kann aufgrund von Querschnittstudien nicht ausgeschlossen werden, dass es sich dabei um Selektionsmechanismen des Sports und nicht um Sozialisations- oder Trainingseffekte handelt (Sygusch et al., 2006). Zum gegenwärtigen Zeitpunkt liegen noch nicht ausreichend Studien vor, anhand derer sich der unmittelbare Nutzen sportlicher Aktivität im Jugendalter abschließend beurteilen lässt, da es vor allem an Längsschnittstudien mangelt (Sygusch, 2005). Die existierenden Einzelbefunde legen jedoch den Schluss nahe, dass sich körperlich-sportliche Aktivität im Jugendalter positiv auf zahlreiche Komponenten der physischen Gesundheit (z. B. Knochenwachstum, Blutfettprofil, Körperzusammensetzung) und psychischen Gesundheit (z. B. Depression, Angst- und Ärgerempfinden) auswirken (Gerber, 2008).

Ob es sich beim Kindes- und Jugendalter um eine sensible Phase handelt, in der der Grundstein für ein aktives Erwachsenenleben gelegt wird, ist derzeit noch nicht zweifelsfrei belegt. Zwar liefern zahlreiche Studien Ergebnisse, die in diese Richtung deuten (Lee, Paffenbarger & Hsieh, 1992; Malina, 1996; Pate et al., 1999; Telama, Yang, Laasko & Viikari, 1997), allerdings werden Schlicht und Brand (2007) zufolge die Zusammenhänge mit der Länge der analysierten Zeitspannen meist schwächer, woraus sie schließen, dass die körperliche Aktivität des Erwachsenenalters nicht mit jener des Kindes- und Jugendalters asso-

ziiert ist. Stattdessen entscheiden den Autoren zufolge biographische Umbrüche, Krankheiten und Verletzungen, bedeutsame psycho-physische Entwicklungsabschnitte wie die Pubertät sowie kritische Lebensereignisse wie die Geburt eigener Kinder über das Ausmaß der körperlichen Aktivität im weiteren Lebensverlauf. Andere Autoren (Hallal, Victoria, Azevedo & Wells, 2006; Lampert et al., 2007) hingegen kommen jedoch aufgrund der vorliegenden Befunde zu dem Schluss, dass körperlich aktive Kinder und Jugendliche auch tendenziell zu aktiveren Erwachsenen werden (HBSC-Team, 2011c; RKI, 2006).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass sich körperliche und körperlich-sportliche Aktivität im Kindes- und Jugendalter als wertvolle Bestandteile eines gesundheitsförderlichen Lebensstils erweisen (Iannotti et al., 2009). Lampert, Mensink, Romahn und Woll (2007) betonen in diesem Kontext sogar, dass körperliche Aktivität aufgrund ihrer positiven Auswirkungen in Bezug auf die organische und motorische Entwicklung und wegen ihrer Bedeutung für die Persönlichkeitsentwicklung, das psychosoziale Wohlbefinden sowie das Erlernen sozialer Kompetenzen eine wesentliche Voraussetzung für ein gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen ist.

Doch nicht nur Kinder und Jugendliche, sondern auch Erwachsene ziehen einen gesundheitlichen Nutzen aus körperlicher Aktivität: Zu den physischen Krankheiten und Beschwerden, die sich im Erwachsenenalter durch körperliche Aktivität vorbeugen lassen, zählen Fuchs (2007) zufolge unter anderen verschiedene Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems wie bspw. der Herzinfarkt oder Schlaganfall, Darm- und Brustkrebs sowie Typ-II-Diabetes und Osteoporose. Die positiven Effekte körperlicher Aktivität auf spezifische Parameter psychischer Gesundheit lassen sich gemäß Wagner und Brehm (2006) unter anderem in der geringeren Beschwerdewahrnehmung, in einer Reduktion der Zustands- und Eigenschaftsangst sowie in der Minderung depressiver und stressbedingter Symptome verorten. Überdies kann mittels körperlicher Aktivität eine Reduktion physiologischer und verhaltensbezogener Risikofaktoren wie bspw. Übergewicht und Bluthochdruck erreicht werden, denen hinsichtlich der Entstehung chronisch-degenerativer Krankheiten eine Schlüsselrolle zukommt (Lampert et al., 2007). Körperlich-sportliche Aktivität kann ebenfalls einen förderli-

chen Einfluss auf die Ausprägung diverser psychischer, physischer sowie sozialer Gesundheitsparameter haben, sofern es sich dabei um eine regelmäßige Aktivität handelt, die mit moderater Belastung einhergeht (Pfeffer & Alfermann, 2009).

Die unter Erwachsenen weitverbreiteten gesundheitlichen Probleme und chronischen Krankheiten wie bspw. Herz-Kreislauf-Krankheiten, Typ-II-Diabetes, Adipositas und Osteoporose werden mit den modernen Lebensgewohnheiten – insbesondere jedoch mit einem Mangel an körperlicher Aktivität in Verbindung gebracht. (Woll, Tittlbach & Bös, 2006; Woll & Bös, 2004). Den Autoren zufolge liegt die sozialmedizinische Relevanz körperlicher Inaktivität jedoch weniger in seiner Pathogenität, sondern vielmehr in seiner Prävalenz, da kein anderer Risikofaktor in der Bevölkerung eine vergleichbare Verbreitung hat. Um das Erkrankungs- und Sterblichkeitsrisiko zu reduzieren, empfehlen daher die meisten Organisationen des Gesundheitswesens wie bspw. das Robert Koch-Institut, das American College of Sports Medicine oder die Weltgesundheitsorganisation ein Mindestmaß körperlicher Aktivität (Schlicht & Brand, 2007). Aktuell empfiehlt die WHO (2010) Kindern und Jugendlichen im Alter von 5-17 Jahren, sich täglich insgesamt mindestens 60 Minuten mit mittlerer bis hoher Intensität zu bewegen. Der Großteil dieser Aktivitäten sollte zwar im aeroben Bereich ausgeführt werden, dennoch sollten mindestens 3 Mal pro Woche auch höherintensive Aktivitäten - insbesondere solche, die Muskulatur und Knochen stärken – ausgeübt werden. Erwachsenen im Alter von 18 bis 64 Jahren wird ein Mindestmaß von 150 Minuten Bewegung pro Woche mit mäßiger Intensität oder 75 Minuten pro Woche mit höherer Intensität bzw. eine äquivalente Kombination aus beidem empfohlen. Für einen weiter reichenden Gesundheitsnutzen wird überdies zu einer Verdoppelung dieser Werte auf 300 bzw. 150 Minuten pro Woche geraten. Einer aktuellen Metaanalyse (Samitz, Egger & Zwahlen, 2012) zufolge senkt die Einhaltung der empfohlenen Mindestmaßes der WHO zur körperlichen Aktivität das Gesamtsterberisiko der erwachsenen Bevölkerung um 10-11 Prozent, die Empfehlung für einen weiter reichenden Gesundheitsnutzen sogar um 19-22 Prozent.

Trotzdem erfüllen in Deutschland vier Fünftel der erwachsenen Bevölkerung und ein ebenso großer Anteil Jugendlicher nicht die für sie geltenden Empfehlungen zur körperlichen Aktivität (Lampert et al. 2007; Krug, Jordan & Lampert, 2012), wobei männliche Jugendliche und Männer tendenziell die Aktiveren zu sein scheinen. Das nachfolgende Kapitel rückt diese Geschlechtsunterschiede in Bezug auf körperliche Aktivität in den Fokus und stellt neben den quantitativen Differenzen (Umfang und Häufigkeit) auch qualitative Unterschiede (Organisationsformen körperlich sportlicher Aktivität und ausgeübte Sportarten) dar.

5.2 Geschlechtsunterschiede in Bezug auf körperliche Aktivität

Um Geschlechtsunterschiede im körperlichen Aktivitätsverhalten mehrdimensional darstellen zu können, empfiehlt sich eine differenzierte Betrachtung von einerseits quantitativen Merkmalen wie Umfang und Häufigkeit der Aktivitätsausübung und andererseits von qualitativen Merkmalen wie den präferierten Sportarten und den Organisationsformen körperlicher und körperlich-sportlicher Aktivität (Sygusch et al., 2006).

(1) Quantitative Merkmale körperlicher Aktivität

Sowohl die körperliche als auch die körperlich-sportliche Aktivität Jugendlicher in Deutschland wurden unlängst im Rahmen der *Health Behaviour in School-aged Children*-Studie erfasst (HBSC-Team, 2011c, 2011e).

In Bezug auf die körperliche Aktivität¹¹ zeigt sich, dass sowohl in der Gesamtstichprobe als auch in jeder Alterskategorie signifikant mehr Jungen in einem gesundheitswirksamen Maß körperlich aktiv¹² sind. Etwa ein Viertel der Mädchen und knapp ein Fünftel der Jungen sind lediglich an maximal zwei Tagen pro Woche im empfohlenen Umfang aktiv. Auf mindestens 60 Minuten moderat-intensiver Aktivität an fünf bis sieben Tagen pro Woche kommen hingegen knapp die Hälfte der Jungen und ein gutes Drittel der Mädchen.

Zudem zeigen sich Alterseffekte: Bei Mädchen sinkt der Anteil derjenigen, die an fünf bis sieben Tagen pro Woche körperlich aktiv sind von 45,9 Prozent im

¹¹ Jugendliche wurden gefragt, an wie vielen der letzten 7 Tage sie für mindestens 60 Minuten – im Tagesverlauf zusammengenommen – mit moderater bis hoher Anstrengung körperlich aktiv waren (HBSC-Team, 2011c).

¹² Jeden Tag 60 Minuten moderat-intensiver körperliche Aktivität

Alter von 11 Jahren auf 29,3 Prozent im Alter von 15 Jahren, bei Jungen entsprechend von 53,9 Prozent auf 39,3 Prozent.

Auch hinsichtlich der körperlich-sportlichen Aktivität¹³ bildet sich dieses Geschlechtsverhältnis heraus: Jungen sind sowohl insgesamt als auch in den einzelnen Alterskategorien in höherem Maße aktiv. 56 Prozent der Mädchen und 69 Prozent der Jungen geben an, mehr als zwei Stunden pro Woche mit sportlicher Aktivität zu verbringen. Zudem vergrößert sich diese Differenz über die Altersgruppen hinweg zuungunsten der Mädchen.

Ganz ähnlich sind die Ergebnisse der KiGGS-Studie zur körperlich-sportlichen Aktivität¹⁴ (Lampert et al., 2007). 64,7 Prozent der Jungen und 43,7 Prozent der Mädchen sind drei Mal oder öfter pro Woche sportlich aktiv. Das Niveau fast täglicher körperlich-sportlicher Aktivität erreichen 28,2 Prozent der Jungen aber lediglich 17,3 Prozent der Mädchen. Zudem ist mit 21,5 Prozent ein mehr als doppelt so großer Anteil der Mädchen an weniger als einem Tag pro Woche aktiv, bei Jungen sind es lediglich 10,1 Prozent. Auch zeigten sich ähnliche Alterseffekte: Zwar nimmt der Anteil der Jugendlichen, die mindestens drei Mal pro Woche körperlich-sportlich aktiv sind, bei beiden Geschlechtern mit dem Alter ab, bei den Mädchen ist diese Entwicklung jedoch geringfügig stärker ausgeprägt.

Ganz aktuelle Daten zu Umfang und Häufigkeit körperlicher¹⁵ und körperlich-sportlicher Aktivität¹⁶ 18-79-Jähriger liefert die *Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland* (Krug et al., 2012). Konsistent mit den Befunden aus dem Jugendalter zeigen sich auch in dieser Studie deutliche Geschlechtsunterschiede. 72,6 Prozent der Männer und 65,4 Prozent der Frauen geben an, mindestens 1 Mal pro Woche körperlich aktiv zu sein. Kleiner wird jedoch dieser Unterschied mit Blick auf die körperlich-sportliche Aktivität. 51,7 Prozent der Männer

¹³ Jugendliche wurden gefragt, wie viel Zeit sie mit sportlicher Aktivität in ihrer Freizeit verbringen, so dass sie dabei außer Atem oder ins Schwitzen kommen (HBSC-Team, 2011e)

¹⁴ Erfasst mit der Frage: „Wie häufig bist Du in deiner Freizeit körperlich so aktiv (z. B. beim Sport oder Fahrradfahren), dass Du dabei so richtig ins Schwitzen oder außer Atem kommst?“ (Lampert et al., 2007)

¹⁵ Probanden wurden gefragt, an wie vielen Tagen sie in den letzten 3 Monaten pro Woche durchschnittlich körperlich so aktiv waren, dass sie ins Schwitzen oder außer Atem geraten sind (Krug et al., 2012).

¹⁶ Als Indikator wurde hierfür die Frage gewählt, wie häufig die Erwachsenen wöchentlich Sport treiben (Krug et al., 2012).

und fast ebenso viele Frauen (49, 5 Prozent) berichten, sich wöchentlich mindestens eine Stunde sportlich zu betätigen. Damit ist der Anteil der körperlich-sportlich Aktiven in den vergangenen anderthalb Dekaden nach Adjustierung für die seit damals veränderte Altersstruktur der Bevölkerung bei Frauen um 16,0 Prozentpunkte, bei Männern um 14,1 Prozentpunkte gestiegen. Die geltenden Empfehlungen der WHO (siehe oben) erreichen insgesamt 25,4 Prozent der Männer und 15,5 Prozent der Frauen.

Auch in den großen Bevölkerungsumfragen des Robert Koch-Instituts wurden die körperliche¹⁷ und die körperlich-sportliche Aktivität¹⁸ Erwachsener erfasst. Den aktuellen Ergebnissen (RKI, 2010) zufolge ist der Anteil der körperlich Aktiven im Vergleich zu vorangegangenen Erhebungen (RKI, 2003) insgesamt gestiegen, die vormals bestehenden Geschlechtsunterschiede lassen sich aber noch immer erkennen: 40 Prozent der Frauen und mehr als 45 Prozent der Männer geben an, wöchentlich mindestens 2,5 Stunden so aktiv zu sein, dass sie außer Atem oder ins Schwitzen geraten. Inaktiv bzw. weniger als 2,5 Stunden pro Woche körperlich aktiv sind knapp 54 Prozent der Männer und 62 Prozent der Frauen. Den geltenden Empfehlungen¹⁹ in Bezug auf körperliche Aktivität werden insgesamt 20 Prozent der Frauen und 23 Prozent der Männer gerecht.

Hinsichtlich der körperlich-sportlichen Aktivität werden diese Geschlechtsunterschiede jedoch geringer. Zwar verbringen Männer mehr Zeit mit körperlich-sportlicher Aktivität – der Anteil derjenigen, die mehr als 2 Stunden pro Woche sportlich aktiv sind, ist bei Männern 47 Prozent, bei Frauen 41 Prozent –, wird jedoch eine dichotome Klassifizierung in *körperlich-sportlich aktiv* bzw. *nicht-aktiv* vorgenommen, so zeigen sich keinerlei Unterschiede mehr: Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen geben 64 Prozent der Befragten an, körperlich-sportlich aktiv zu sein.

¹⁷ Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden befragt, an wie vielen Tagen pro Woche sie so aktiv sind, dass sie ins Schwitzen oder außer Atem geraten, sowie nach der Dauer pro Tag (RKI, 2010)

¹⁸ Erfasst mit dem Item: „Denken Sie an die letzten drei Monate. Haben Sie da Sport gemacht?“ Diejenigen, die dies bejahten, wurden zusätzlich nach der Dauer befragt: „mehr als 4 Stunden“, „2 bis 4 Stunden“ und „weniger als 2 Stunden“ waren die Antwortkategorien.

¹⁹ Das RKI bezieht sich dabei auf die Empfehlungen des US-amerikanischen Centers of Disease Control and Prevention. Demnach sollten sich Erwachsene an mindestens 5 Tagen pro Woche für mindestens 30 Minuten körperlich betätigen, wobei sich die Atemfrequenz erhöhen und man dabei ins Schwitzen geraten sollte (Pate, 1995; Department of Health, 2004).

Angesichts dieser Datenlage ist der Schluss zulässig, dass Männer in jedem Lebensabschnitt eine größere Affinität zu körperlicher und körperlich-sportlicher Aktivität aufweisen als Frauen, wenngleich diese in der jüngeren Vergangenheit insbesondere im Bereich der körperlich-sportlichen Aktivität stark aufgeholt haben. Diese Unterschiede bestehen jedoch nicht nur hinsichtlich quantitativer Merkmale, sondern auch mit Blick auf qualitative Merkmale körperlicher Aktivität.

(2) Qualitative Merkmale körperlicher Aktivität

Hartmann-Tews (2009) zufolge ist neben dem informellen Sporttreiben der Sportverein der zentrale Ort des Sportengagements von Jungen und Männern: In allen Altersklassen, vor allem jedoch bei den 7-26-Jährigen ist der Anteil von Jungen und Männern, die einem Verein angehören, größer als bei Mädchen und Frauen (vgl. Abb. 5).

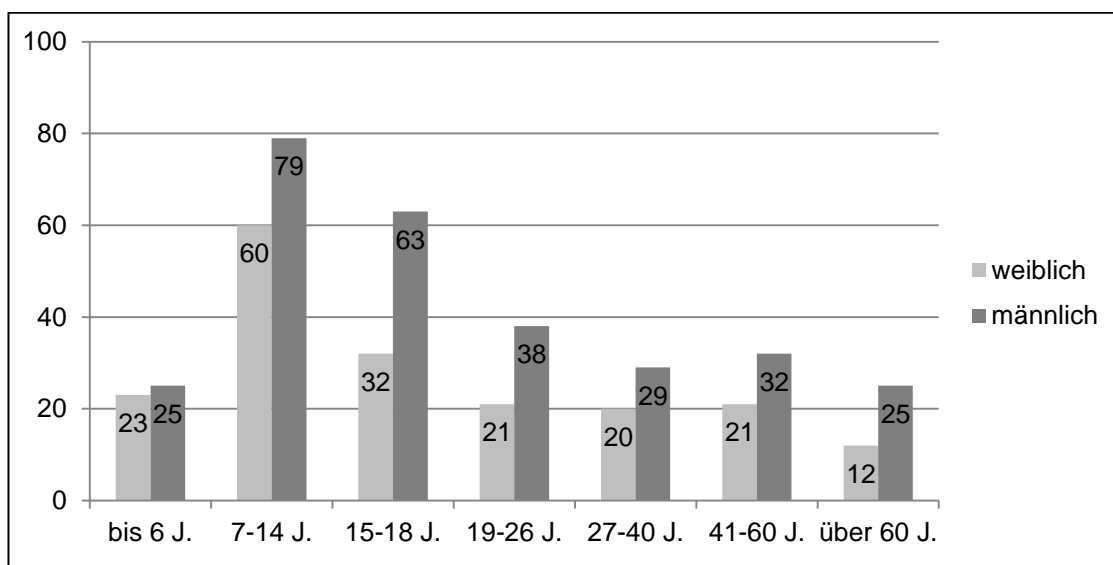


Abb. 5: Mitgliedschaften im Deutschen Olympischen Sportbund (DOSB) im Verhältnis zu Bevölkerung. Angaben in Prozent (Hartmann-Tews, 2009)

Auch im Hinblick auf die Mitgliederzusammensetzung der einzelnen Verbände, die im DOSB organisiert sind, zeigen sich deutliche Geschlechtsunterschiede. Die meisten männlichen Mitglieder hat der Deutsche Fußball-Bund (5,5 Mio. Mitgliedschaften), gefolgt vom deutschen Turnerbund (1,54 Mio.) und dem Schützenbund (1,12 Mio.), die meisten Mädchen und Frauen sind hingegen im Turner-Bund (3,47 Mio.), im Deutschen Fußball-Bund (knapp 1 Mio.) und beim

Deutschen Tennis Bund (0,65 Mio.) zu finden (Hartmann-Tews, 2009). Außerhalb des Sportvereins (z. B. in Sportkursen der Volkshochschulen oder in Fitnessstudios) sind jedoch Mädchen und Frauen stärker vertreten als Männer (Woll et al., 2006). Dies lässt sich auf geschlechtsspezifische Präferenzen in der Sportartenwahl zurückführen, die von Vereinen bzw. kommerziellen Anbietern in unterschiedlicher Weise bedient werden.

In ihrer Sportartenwahl sind männliche Jugendliche im Vergleich mit gleichaltrigen Mädchen weniger facettenreich und weniger experimentierfreudig (Brettschneider & Kleine, 2002). Während Mädchen immer häufiger auch vermeintlich *typisch männliche* Sportarten wie etwa Fußball ausüben, wagen sich Jungen umgekehrt jedoch nicht an *typisch weibliche* Disziplinen wie etwa den Tanz- oder Reitsport heran (Hartmann-Tews, 2009), was man anhand von Tabelle 5 deutlich erkennen kann.

Tab. 5: Populäre Sportarten²⁰ bei 17-jährigen Jugendlichen im Durchschnitt der Jahre 2000-2005 (nach Erlinghagen, Frick & Wagner, 2006)

Rang	männliche Jugendliche		weibliche Jugendliche	
	Sportart	Anteil in %	Sportart	Anteil in %
1	Fußball	30	Volleyball	10
2	Kraft-/Fitnessstraining	5	Tanzen	8
3	Basketball	5	Reiten	5
4	Fahrradfahren	3	Fußball	4
5	Handball	2	Laufen	4
6	Schwimmen	2	Handball	3
7	Tennis	2	Schwimmen	3
8	Tischtennis	2	Tennis	3
9	Badminton	2	Basketball	2
10	Skaten	1	Fitness-/Krafttraining	2

Es zeigt sich, dass die Interessen bei Mädchen weiter gestreut sind als bei den Jungen. Für weibliche Jugendliche ist Volleyball der beliebteste Sport, dicht gefolgt vom Tanz- und Reitsport. Bei männlichen Jugendlichen hingegen steht

²⁰ Erfasst mit dem Item „Welches ist für Sie die wichtigste Sportart, die Sie ausüben?“

Fußball mit weitem Abstand allein an der Spitze der Popularität, die Plätze zwei und drei belegen Kraft- und Fitnessstraining sowie Basketball.

Bös und Mitarbeiter (2009) kommen in Hinblick auf im Verein sowie außerhalb des Vereins ausgeübte Sportarten zu einem ganz ähnlichen Präferenzmuster der von ihnen befragten männlichen und weiblichen Jugendlichen (vgl. Tab. 6).

Tab. 6: Beliebteste im Verein sowie außerhalb des Vereins ausgeübte Sportarten

Sportarten im Verein: Jugendliche 11-13 Jahre				
männliche Jugendliche			weibliche Jugendliche	
Rang	Sportart	Anteil in %	Sportart	Anteil in %
1	Fußball	47.1	Schwimmen	18.5
2	Tischtennis	11.7	Turnen	15.2
3	Schwimmen	11.2	Reiten	13.5
4	Handball	6.1	Tanzen	12.8
5	Volleyball	4.1	Volleyball	9.3
Sportarten im Verein: Jugendliche 14-17 Jahre				
1	Fußball	42.9	Tanzen	29.9
2	Tennis	12.7	Reiten	13.7
3	Tischtennis	7.0	Volleyball	10.2
4	Schwimmen	6.7	Fußball	8.9
5	Handball	6.1	Schwimmen	8.2
Sportarten außerhalb des Vereins: Jugendliche 11-13 Jahre				
1	Fußball	43.4	Fahrradfahren	42.7
2	Fahrradfahren	38.6	Inline-Skaten	29.7
3	Schwimmen	18.5	Schwimmen	17.6
4	Inline-Skaten	13.0	Joggen/Laufen	13.6
5	Basketball	12.5	Fußball	13.4
Sportarten außerhalb des Vereins: Jugendliche 14-17 Jahre				
1	Fußball	34.1	Fahrradfahren	31.4
2	Fahrradfahren	28.8	Joggen/Laufen	26.2
3	Basketball	19.2	Inline-Skaten	20.3
4	Joggen/Laufen	13.1	Schwimmen	19.2
5	Schwimmen	10.4	Tanzen	9.5

Dieses geschlechtsspezifische Präferenzmuster lässt sich auch über das Jugendalter hinaus beobachten. So bevorzugen auch Männer bis zu einem Alter von 26 Jahren in erster Linie wettkampfbetonte Mannschafts- und Sportsportarten.

ten mit direktem Kontakt zum Gegner (z. B. Fußball, Handball), Frauen in diesem Altersbereich wählen hingegen in höherem Maße Individualsportarten, die wie Turnen, Gymnastik und Tanz Elemente aus dem ästhetisch-kompositorischen Bereich aufweisen und überdies Möglichkeiten der Körpermodellierung bieten (Pfeffer & Alfermann, 2009; Rulofs, Combrink & Borchers, 2002).

Im mittleren Erwachsenenalter sind Pfeffer und Alfermann (2009) zufolge bei Frauen weiterhin Individualsportarten wie Gymnastik, Laufen, Fitness und Aerobic dominant, wenngleich diese Art von Aktivitäten – vor allem jedoch Laufen, Fitness und Radfahren – auch für Männer bedeutsamer wird. Als Konstante zieht sich gemäß den Autorinnen jedoch weiterhin die Vorliebe der Männer für Fußball durch deren Aktivitätsbiographie, so dass diese Sportart auch bis zum Alter von 59 noch immer zu den am häufigsten von Männern ausgeübten Sportarten gehört.

Im späteren Erwachsenenalter stehen sowohl bei Männern als auch bei Frauen gesundheitsorientierte Aktivitäten wie Wandern, Spaziergehen, Fahrradfahren oder Gymnastik im Mittelpunkt der Sportausübung (Breuer, 2002; Woll et al., 2006), wobei auch Männer jenseits des 60. Lebensjahres die traditionellen Sportspiele in höherem Maße bevorzugen als Frauen (Pfeffer & Alfermann, 2009).

(3) Aktivitätsbezogene Geschlechtsunterschiede international

Wissenschaftliche Erkenntnisse zu aktivitätsbezogenen Geschlechtsunterschieden müssen immer auch vor dem Hintergrund divergierender soziokultureller Einflüsse interpretiert werden. Da bis zu dieser Stelle der vorliegenden Arbeit jedoch lediglich die Situation in Deutschland beschrieben wurde, soll nun ergänzend auch eine länderübergreifende Perspektive eingenommen werden, die es erlaubt, die beschriebenen Befunde in einem umfassenderen Kontext zu deuten.

Der Blick in die wissenschaftliche Literatur spiegelt jedoch die Lage in Deutschland weitestgehend wider: So zeigten Sallis, Prochaska und Taylor (2000) in ihrem umfassenden Review zu Korrelaten körperlicher Aktivität im Kindes- und

Jugendalter, dass das Geschlecht jene Variable war, die zum einen am häufigsten untersucht wurde und zum anderen die höchste Konsistenz hinsichtlich der Befunde aufwies. In 81 Prozent der Studien zur körperlichen Aktivität im Kindesalter (vier bis zwölf Jahre) waren Jungen aktiver als Mädchen. Noch deutlicher zeigte sich die Assoziation von Geschlecht und körperlicher Aktivität im Jugendalter (13-18 Jahre): In 27 von insgesamt 28 eingeschlossenen Studien waren die männlichen Jugendlichen in höherem Maße körperlich aktiv als die weiblichen.

In einer etwas aktuelleren Übersichtsarbeit kommen van der Horst et al. (2007) zum gleichen Ergebnis. Die Autoren orientierten sich im Hinblick auf das Vorgehen bei der Erstellung des Reviews an jenem von Sallis et al. (2000), das zuvor beschrieben wurde, und fassten die Studien zusammen, die seit dessen Veröffentlichung publiziert wurden. In allen vier berücksichtigten Studien waren sowohl im Kindes- als auch im Jugendalter erneut Jungen die körperlich Aktiveren.

Ganz aktuell widmeten sich auch Larson, Hannon und Brusseau (2015) unter anderem der Frage nach Geschlechtsunterschieden im Aktivitätsverhalten und analysierten im Rahmen ihres Reviews insgesamt 62 Studien. Auch hier zeigte sich in all jenen Studien, die diesbezüglich Rückschlüsse erlaubten, dass Mädchen in jedem Alter stets in geringerem Maße körperlich aktiv waren als Jungen. Darüber hinaus zeigte sich, dass sich das Aktivitätsniveau bei Mädchen im Verlauf der Adoleszenz wesentlicher stärker reduziert als bei Jungen und dass sie sich auch in explizit aktivitätsbezogenen Settings wie etwa dem Sportunterricht weniger bewegen.

Dass aktivitätsbezogene Geschlechtsunterschiede nicht nur im Kindes- und Jugendalter, sondern auch bei Erwachsenen prävalent sind, konnten Troiano, Berrigan, Dodd, Mâsse, Tilert und McDowell (2008) zeigen. In ihrer für die Bevölkerung der Vereinigten Staaten von Amerika repräsentativen Studien mit über 6.000 Probanden setzten die Autoren Akzelerometer ein, um somit objektive Daten zur körperlichen Aktivität zu erhalten. Auch hier zeigte sich, dass Männer in allen Altersstufen in höherem Maße körperlich aktiv waren als Frauen, und zwar sowohl im Hinblick auf die Zeiten, die mit moderater bzw. intensi-

ver körperlicher Aktivität verbracht wurden als auch in Bezug auf die Gesamtbewegungsdauer.

Wenngleich dies auch nur ein kleiner Auszug aus der internationalen Literatur zu aktivitätsbezogenen Geschlechtsunterschieden ist, so erweist er sich weitestgehend als konsistent und zeigt, dass Jungen und Männer – zumindest in den westlichen Industrienationen – in höherem Maße körperlich aktiv sind als Mädchen und Frauen.

(4) Zusammenfassung

Die aufgeführten nationalen und internationalen Befunde zusammenfassend, lässt sich somit festhalten, dass Jungen und Männer zwar die Aktiveren sind, aber auch, dass Mädchen und Frauen insbesondere im Hinblick auf körperlich-sportliche Aktivität stark aufgeholt haben, so dass diesbezüglich nur noch geringe Unterschiede bestehen. In Bezug auf die bevorzugten Sportarten hingegen lassen sich deutliche geschlechtsspezifische Präferenzmuster erkennen, die sich konstant durch die Sportbiographie zu ziehen scheinen.

Das nächste Kapitel widmet sich mit dem Essverhalten einer weiteren für die vorliegende Arbeit zentralen Form gesundheitsrelevanten Handelns. Wie auch in diesem Kapitel werden zunächst Befunde hinsichtlich der Gesundheitsrelevanz dieser Verhaltensweise rekurriert, bevor anschließend auf Geschlechtsunterschiede in Bezug auf unterschiedliche Ausprägungsformen des Essverhaltens von Männern und Frauen eingegangen wird.

5.3 Essen als Gesundheitsverhalten

Für die Entwicklung, Gesundheit und Leistungsfähigkeit sowie für den Aufbau und Erhalt der Körperfunktionen des Menschen spielt die bedarfsgerechte Ernährung eine zentrale Rolle (Deutsche Gesellschaft für Ernährung, 2012; Mensink, Kleise & Richter, 2007).

Dem Essverhalten von Kindern und Jugendlichen wird jedoch in diesem Zusammenhang eine besonders große Bedeutung beigemessen, da eine ausgewogene und gesundheitsförderliche Ernährungsweise in dieser Phase optimale Ausgangsbedingungen für den späteren Gesundheitsstatus, die geistige Ent-

wicklung und das Wachstum schafft (Maes, Vereecken, & Johnston, 2001; Zubrägel & Settertobulte, 2003). Bedingt durch die anabole Wachstumsphase und die damit einhergehenden physiologischen Veränderungen des Körpers, haben sie einen erhöhten Nährstoff- und Energiebedarf (Richter, 2005; Trapp & Neuhäuser-Berthold, 2001). Sollte dieser Bedarf nicht gedeckt werden, kann dies gemäß Richter (2005) zu unmittelbaren Konsequenzen nach sich ziehen und sich zum anderen auch noch im späteren Lebensverlauf negativ auf den Gesundheitsstatus auswirken. So kann sich eine Mangel- oder Fehlernährung im Kindes- und Jugendalter (bspw. in Form eines zu geringen Obst oder Gemüsekonsums oder des Verzehrs zu fetthaltiger Nahrung) in Stoffwechselstörungen, Zahnkaries, Allergien oder Knochenerkrankungen manifestieren und überdies das Risiko erhöhen, im Erwachsenenalter schwerwiegende chronisch-degenerative Erkrankungen wie Diabetes oder Arteriosklerose zu entwickeln oder einem Herzinfarkt anheim zu fallen (Lampert, 2004; Neumark-Sztainer & Hannan, 2000; Richter, 2005; Xie, Gilliland; Li & Rocket, 2003). Das Kindes- und Jugendalter ist zudem die Zeit, in der sensorische Präferenzen geprägt werden (Mensink, Kleise & Richter, 2007), die oft bis zum Erwachsenenalter Bestand haben (Leach, 1999).

Doch nicht nur im Kindes- und Jugendalter, sondern in jeder Lebensphase ist eine bedarfsgerechte und ausgewogene Ernährung essenziell für die Gesundheit (Mensink, Kleise & Richter, 2007). Insbesondere die Entstehung von Krebs scheint in Zusammenhang mit der Ernährung zu stehen. So spielt bei 30-40 Prozent aller krebsbedingten Todesfälle weltweit eine Fehlernährung, vor allem jedoch die zu hohe Aufnahme von Nahrungsfetten und Salz sowie zu geringe Mengen an Pflanzenfasern, eine wichtige Rolle (World Cancer Research Fund, 2007). Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (2012) beurteilt in diesem Zusammenhang insbesondere den Konsum von rotem Fleisch und Fleischwaren hinsichtlich der Entstehung von Dick- und Mastdarmtumoren als *wahrscheinlich risikoerhöhend* und empfiehlt daher, den Konsum zu reduzieren.

Hinsichtlich der Entstehung von Herz-Kreislauf-Krankheiten lässt sich sowohl ein direkter als auch ein indirekter Zusammenhang mit der Ernährungsweise feststellen. So ist beispielsweise die Aufnahme von Nahrungsfetten durch eine

Reihe physiologischer Prozesse direkt mit diversen Formen von Herz-Kreislauf-Krankheiten assoziiert (Morrison & Bennett, 2009). Ein indirekter Zusammenhang besteht zudem über den Einfluss auf die Gewichtsregulation, insbesondere die Entstehung von Übergewicht und Adipositas (Centers for Disease Control & National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 2003). Gleichwohl kann die konsumierte Nahrung auch protektiv wirksam sein. Eine Ernährungsweise, die den vielfältigen Verzehr von Obst und Gemüse sowie von Vollkornprodukten beinhaltet, geht mit einer Reduktion von Herz-Kreislauf-Krankheiten, Schlaganfällen und Typ II Diabetes einher (Michels, 2005). Zudem ist solch eine Ernährung mit einer ausgeglichenen Energiebilanz assoziiert und trägt zu einem geringeren Körpergewicht bei (Rolls, Ello-Martin & Tohill, 2004). In Bezug auf das Krebsrisiko kann diese Ernährungsweise ebenfalls einen Schutzfaktor darstellen. Der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (2012) zufolge wirkt sich der Verzehr von Obst und Gemüse für maligne Tumoren im Mund, Rachen, Speiseröhre, Kehlkopf, Magen und Dickdarm *wahrscheinlich risikosenkend* aus. Einer aktuellen Metaanalyse (Boeing et al., 2012) zufolge kann ein hoher Obst- und Gemüsekonsum zudem auch Leiden wie Demenz, Osteoporose sowie bestimmte Augen- und Lungenkrankheiten (z. B. grünem Star und Asthma) vorbeugen.

Essen ist also viel mehr als die bloße Aufnahme chemisch gebundener Energie und lebensnotwendiger Nährstoffe, ohne die der Mensch nicht überlebensfähig wäre. Das, was sich der Mensch einverleibt, steht auch in direktem Zusammenhang mit den Gesundheitsstatus. Neben dieser sehr bedeutsamen physischen Komponente darf jedoch nicht außer Acht gelassen werden, dass auch andere Aspekte, die peripher mit dem Essen und Trinken zusammenhängen – wie bspw. Genuss und Gesellschaft – wichtige Faktoren für das psychische und soziale Wohlbefinden sind (Deutsche Gesellschaft für Ernährung, 2012).

Für die langfristige Erhaltung der Gesundheit sowie für ein langes und selbstbestimmtes Leben ist eine gesundheitsförderliche Ernährungsweise demnach Grundvoraussetzung. Solch eine gesundheitsförderliche oder auch „gesunde“ Ernährung zu definieren ist schwierig: Eine dichotome Klassifizierung von Lebensmitteln in die Kategorien „gesund“ und „ungesund“ ist gemäß Pudiel und

Westenhöfer (2003) als äußerst problematisch zu bezeichnen, wenngleich sie sich in der Bevölkerung etabliert hat. Die Autoren verweisen stattdessen auf die adäquate Bedarfsdeckung an Energie und Nährstoffen als ausschlaggebendes Kriterium für eine ausgewogene und gesundheitsgerechte Ernährung. Außer der Muttermilch für Säuglinge vermag jedoch kein Lebensmittel in Isolation dieses Kriterium zu erfüllen, weshalb eine Projektion der Adjektive *gesund* oder auch *vollwert* auf Lebensmittel wenig sinnvoll sei (Pudel & Westenhöfer, 1998). Eine bedarfsgerechte Ernährung kann demnach nur erreicht werden, wenn die Kombination der verwendeten Lebensmittel vielseitig und abwechslungsreich ist und ihre Dosierung stimmt. Genau diese bedarfsgerechte Gestaltung der Ernährung ist es jedoch, die in der heutigen Zeit vielen Menschen aus unterschiedlichen Gründen Probleme bereitet.

Die Lebensbedingungen in unserer Informations- und Industriegesellschaft haben sich in den vergangenen Dekaden stark verändert, was zu einem signifikanten Rückgang körperlicher Aktivität in Freizeit und Beruf führte, ohne dass jedoch mit dem reduzierten Energiebedarf eine nötige Ernährungsanpassung einherging (Deutsche Gesellschaft für Ernährung, 2012). Zudem befinden wir uns heute in einer Situation des Lebensmittelüberflusses (Pudel & Westenhöfer, 2003), in der Supermärkte bis zu 60.000 verschiedene Lebensmittel führen (Sproesser, Strohbach, Schupp & Renner, 2011). Uns umgibt ein nahezu grenzenloses Angebot von überall und jederzeit verfügbaren, relativ günstigen und oftmals wohlschmeckenden Lebensmitteln, von denen viele eine hohe Energiedichte haben (Deutsche Gesellschaft für Ernährung, 2012). Eine wertvolle Navigationshilfe durch dieses Schlaraffenland hin zu einer gesundheitsförderlichen Ernährung liefern die 10 Regeln der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (2011). Diese wurden aufgrund vorliegender wissenschaftlicher Erkenntnisse formuliert und bieten den Menschen eine Hilfestellung in Bezug auf eine genussvolle und gesunderhaltende Ernährung.

Zusammenfassend lässt sich konstatieren, dass die Parameter einer bedarfsgerechten Ernährung für gesunde Menschen als erforscht gelten (Pudel, 2010) und auch die Relevanz einer ausgewogenen Ernährung dürfte – nicht zuletzt aufgrund von Maßnahmen und Aufklärungskampagnen wie jene der Deutschen

Gesellschaft für Ernährung – nahezu jedem bekannt sein (Niermann, 2011). Dennoch offenbaren die Berichte der empirischen Ernährungsforschung regelmäßig und mit inständiger Hartnäckigkeit, dass die Deutschen insgesamt zu viel, zu süß, zu fett, zu ballaststoffarm und zu salzig essen (Pudel & Westenhöfer, 2003). Bei genauerem Hinsehen zeigt sich jedoch, dass Frauen hierzulande ein günstigeres Essverhalten an den Tag legen als der männliche Teil der Bevölkerung (Setzwein, 2009). Das nachfolgende Kapitel widmet sich diesen Geschlechtsunterschieden im Essverhalten und versucht sich an einer Charakterisierung der Verhaltensmuster anhand aktueller Forschungsergebnisse.

5.4 Geschlechtsunterschiede im Essverhalten

Dass sich Jungen und Mädchen sowie Männer und Frauen in Bezug auf ihr Essverhalten unterscheiden, zeigt sich anhand verschiedener Indikatoren. Nachfolgend wird dargestellt, wie die geschlechtsspezifischen Ernährungsmuster und Nahrungspräferenzen unterscheiden und welche Differenzen sich in Bezug auf das Diätverhalten beobachten lassen.

(1) Ernährungsmuster

Im Rahmen des *Kinder- und Jugendgesundheitssurveys* (KiGGS) konnten für Deutschland repräsentative Daten zu den Essgewohnheiten von Ein- bis Siebzehnjährigen gewonnen werden. Diese wurden mit einem Instrument erhoben, das die Verzehrhäufigkeiten der wichtigsten Lebensmittel in Deutschland erfragte. Dadurch ist zwar keine Berechnung der Nährstoffaufnahme möglich und auch ein Vergleich mit aktuellen Empfehlungen nur bedingt realisierbar (Mensink, Kleiser & Richter, 2007), dennoch lassen sich aber anhand der Daten teilweise markante Geschlechtsunterschiede im Essverhalten beobachten. Den Autoren zufolge konsumieren Jungen in höherem Maße Milch sowie kalorienreiche Soft- und Energydrinks als Mädchen, die hingegen häufiger Leitungswasser und Mineralwasser sowie verschiedene Tees trinken. Zudem verzehren Jungen mit größerer Häufigkeit Fleisch, Wurst, Weißbrot, Cerealien und Fast Food, wohingegen Obst und rohes Gemüse häufiger von Mädchen gegessen wird.

Dieser Befund in Bezug auf Geschlechtsunterschiede im Obst- und Gemüsekonsum deckt sich mit den Ergebnissen, die im Rahmen der Studie *Health Be-*

havior in School-aged Children ermittelt wurden (HBSC-Team, 2011a, 2011e). 44 Prozent der Mädchen aber nur 30 Prozent der Jungen essen demnach mindestens einmal täglich Obst. Zwar verringert sich mit dem Alter bei beiden Geschlechtern der Anteil derjenigen, die täglich Obst essen, bei Jungen ist diese Entwicklung jedoch deutlich stärker (-8,8 Prozentpunkte bei Mädchen, -13,9 Prozentpunkte bei Jungen) – und das bei einem ohnehin niedrigeren Ausgangsniveau. Der Anteil der Jungen, die seltener als einmal pro Woche Obst essen ist mit 9,5 Prozent mehr als doppelt so groß wie der der Mädchen (4,6 Prozent). Im Gemüseverzehr lässt sich den Autoren zufolge ein sehr ähnliches Bild erkennen: 32 Prozent der Mädchen und lediglich 19 Prozent der Jungen essen mindestens 1 Mal täglich Gemüse, wobei sich dieser Anteil bei Jungen – nicht jedoch bei Mädchen – mit dem Alter um 4,4 Prozentpunkte verringert. Seltener als einmal pro Woche verzehren hingegen 14,1 Prozent der Jungen und nur 7,2 Prozent der Mädchen eine Gemüsemahlzeit.

Gemäß Mensink, Kleiser & Richter (2007) lassen sich in den aktuellen Daten zum Essverhalten der Kinder und Jugendlichen zwei Trends beobachten: Zum einen verschlechtern sich die Ernährungsgewohnheiten sowohl bei Jungen als auch bei Mädchen mit zunehmendem Alter. Dies dürfte darauf zurückzuführen sein, dass der Einfluss der Eltern auf das Essverhalten sukzessiv ab- und der des sozialen Umfelds (z. B. Peers, Medien) zunimmt (Alexey & Kersting, 1999; Leach, 1999). Zum anderen zeigt sich den Autoren zufolge „der Trend, dass sich Mädchen ausgewogener als Jungen ernähren“ (S. 621)²¹. Zu einem ganz ähnlichen Fazit kommen Gerhards & Rössel (2003), die im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung das Essverhalten von Schülerinnen und Schülern untersuchten:

Männliche Jugendliche ernähren sich weniger gesund als weibliche Jugendliche. Sie essen mehr Snacks, Süßigkeiten, Fleisch, konsumieren mehr Drogen, Süßgetränke und verzehren zugleich aber weniger Obst, Gemüse und Vollkornbrot. (Gerhards & Rössel, 2003, S. 68)

²¹ Eine bei Mädchen und Frauen statistisch beobachtbare größere Nähe zu den propagierten Ernährungsidealen muss allerdings nicht zwangsläufig eine größere Gesundheitsorientierung widerspiegeln. Setzwein (2009) weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass es sich bei Mädchen und Frauen eher um eine *Attraktivitätsorientierung* handeln dürfte. Der Autorin zufolge stellen Frauen und Mädchen bereits in der vorpuberalen Phase ihr Ernährungswissen und das vermeintliche Gesundheitsbewusstsein in den Dienst der Körpermodellierung.

Dieser Trend ist in verschiedenen unabhängigen Studien zu erkennen und setzt sich überdies im Erwachsenenalter fort, was die Ergebnisse der Nationalen Verzehrstudie des Max Rubner-Instituts (Deutsche Gesellschaft für Ernährung, 2008; MRI, 2008) eindrucksvoll zeigen:

Während Männer im Durchschnitt 113g Gemüse, Pilze und Hülsenfrüchte sowie 230g Obst pro Tag konsumieren, verzehren Frauen von diesen Lebensmitteln 129g bzw. 278g täglich. Die Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung, insgesamt 400g Obst und Gemüse pro Tag zu verzehren, verfehlen damit jedoch die Hälfte der Frauen und sogar zwei Drittel der Männer (Schritt, 2011). Der Verzehr von Fleisch, Fleischerzeugnissen und Wurstwaren bei Männern liegt mit 103g pro Tag beinahe doppelt so hoch wie jener der Frauen (53g/Tag). Auch in den Lebensmittelgruppen Süßwaren (55g/Tag bei Männern, 48g/Tag bei Frauen) und Knabberartikel (8g/Tag bei Männern, 5g/Tag bei Frauen) ist ein höherer Konsum bei den Männern zu beobachten.

Im Getränkekonsum zeigen sich ebenfalls markante Geschlechtsunterschiede: Während Frauen in höherem Maße Kräuter- und Früchtetees trinken (149g/Tag bei Männern, 318g/Tag bei Frauen), konsumieren Männer mehr als doppelt so große Mengen an Limonaden (224g/Tag bei Männern, 88g/Tag bei Frauen). Bei alkoholischen Getränken sind es ebenfalls Männer, die mit 308g/Tag fast 4 Mal so viel trinken wie Frauen (81g/Tag). Vor allem der 6 Mal höhere Bierkonsum der Männer (253g/Tag bei Männern, 39g/Tag bei Frauen), wirkt sich hier auf das Geschlechterverhältnis in dieser Lebensmittelgruppe aus.

Bei der Interpretation dieser Werte gilt es jedoch zu bedenken, dass Frauen mit 1833 kcal/Tag insgesamt auch rund ein Drittel weniger Energie über die Ernährung aufnehmen als Männer, die auf 2413 kcal pro Tag kommen (MRI, 2008)²², was die Unterschiede teilweise relativiert. Umso beachtlicher ist vor diesem Hintergrund jedoch die Tatsache, dass Frauen im Geschlechtervergleich auch absolut betrachtet mehr Obst- und Gemüse verzehren. Doch auch in alters- und energieadjustierten Berechnungen lassen sich Geschlechtsunterschiede beobachten, die Mensink (2004) wie folgt zusammenfasst:

²² Mensink (2004) führt dies auf die durchschnittlich höhere Körpergröße sowie das höhere Gewicht, einen höheren Muskelanteil im Körper und die durchschnittlich höhere körperliche Aktivität des Mannes zurück.

Aus diesen Differenzen ergibt sich zusammengefasst eine höhere Präferenz der Männer für den Konsum von Fleischprodukten, für alkoholische Getränke und eine geringere Präferenz für den Konsum von Ballaststoffreichen Lebensmitteln. (Mensink, 2004, S. 161)

Diese geschlechtsspezifischen Ernährungsmuster in den tatsächlichen Verzehrhäufigkeiten spiegeln sich auch in den kulinarischen Vorlieben von Jungen und Mädchen bzw. von Männern und Frauen wider.

(2) Nahrungspräferenzen

Bezüglich der bevorzugten Lebensmittel kristallisiert sich sowohl im Kindes- und Jugendalter als auch bei Erwachsenen ein deutliches Präferenzmuster heraus, das durch einen „männlichen Fleischhunger“ und eine „weiblichen Neigung zu vegetabilen Kost“ (Setzwein, 2009, S. 42) gekennzeichnet ist.

Hinsichtlich der geschlechtsspezifischen Nahrungspräferenzen Jugendlicher ist die Studie von Diehl (1999) sehr aufschlussreich. Er untersuchte 1233 Jungen und Mädchen, denen er eine Liste von 114 Speisen und 14 Getränken zur Bewertung vorlegte. Bei Jungen wiesen sämtliche Fleisch-, Fisch-, Eier- und Fast-Food-Gerichte sowie Wurst, süße Speisen und Aufstriche und Limonaden signifikant höhere Beliebtheitsgrade auf. Mädchen äußerten hingegen lediglich eine größere Vorliebe für Gemüse und Salate sowie Obst und Käse.

Leider liegen zu den Geschlechtsunterschieden in der Nahrungspräferenzen Erwachsener keine umfangreicheren Studien aktuellen Datums vor (Schritt, 2011), so dass hierfür auf die Ergebnisse von Diehl (1983) zurückgegriffen werden muss. Dieser erfasste bei berufstätigen Männern und Frauen die Speise- und Gewürzpräferenzen und erstellte eine Rangfolge nach Höhe der Korrelation von Geschlecht und Präferenz, die auszugsweise in Tabelle 7 zu sehen ist. Sowohl in dieser gekürzten Darstellung als auch in der Gesamtschau zeigt sich, dass die von Männern präferierten Speisen größtenteils Fleisch enthalten. Die Vorlieben der Frauen hingegen sind zum einen breiter gestreut, setzen sich zum anderen aus unterschiedlichen Speisegruppen zusammen und lassen eine Häufung bei Kartoffel-, Nudel und Gemüsegerichten erkennen (Setzwein, 2004).

Tab. 7: Speisenpräferenzen erwerbstätiger Männer und Frauen absteigend nach Korrelation Geschlecht/Präferenz, gekürzt aus Diehl (1983)

Rang	von Frauen stärker präferiert	von Männern stärker präferiert
1	Folienkartoffeln	Jägerschnitzel
2	Kartoffelbrei	Currywurst mit Brötchen
3	Gebackenen Nudeln mit Zutaten	Rindswurst mit Pommes Frites
4	Pellkartoffeln mit Quark	Currywurst mit Kartoffelsalat
5	Dampfnudeln mit Vanillesauce	Schweinesülze

(3) Diätverhalten

Im Rahmen der HBSC-Studie wurde neben diversen gesundheitsbezogenen Parametern das Diätverhalten von Jugendlichen erfasst. Bereits 15,8 Prozent der elfjährigen Mädchen und 13,0 Prozent der gleichalten Jungen machten zum Zeitpunkt der Erhebung eine Diät (HSBC-Team, 2011b). Während der Anteil bei den Mädchen mit dem Alter bis auf 20,7 Prozent kontinuierlich ansteigt, reduziert er sich bei den Jungen auf 8,5 Prozent, wodurch der Geschlechtsunterschied von 2,8 auf 12,2 Prozentpunkte anwächst.

Neben der aktuellen Durchführung einer Diät ist auch die Diätbiographie ein nützlicher Indikator zur Darstellung jugendlichen Diätverhaltens. So ergab die Untersuchung von Kolip (1997), die 2.323 Jugendliche im Alter von zwölf bis 16 Jahren zu deren Erfahrungen mit Diäten befragte, dass bereits 27,9 Prozent der Mädchen aber nur 11,2 Prozent der Jungen schon einmal eine Diät gemacht haben. In jeder untersuchten Altersgruppe unterschieden sich Mädchen und Jungen signifikant voneinander. Zudem zeigte sich bei Mädchen, nicht jedoch bei Jungen, ein Alterseffekt: Haben bei den zwölfjährigen Mädchen lediglich 23,5 Prozent mindestens eine Diät durchgeführt, so waren es bei den 16-jährigen schon 40,7 Prozent (Kolip, 1997).

In einer aktuelleren Studie von Haffner und Kollegen (2006) mit 5.832 Neuntklässlerinnen und Neuntklässlern aller Schultypen zeichnet sich dieser Geschlechtsunterschied in Bezug auf Diäterfahrungen ebenfalls sehr deutlich ab, und das sogar auf einem noch höheren Niveau: Während 22 Prozent der Jungen angaben, sich bereits mindestens einmal einer Diät unterzogen zu haben,

ist der Anteil bei den Mädchen mit 53 Prozent mehr als doppelt so hoch, obwohl lediglich 13 Prozent der Jungen und nur elf Prozent der Mädchen zum Messzeitpunkt wirklich übergewichtig waren (BMI > 24,5).

Eine differenzierte Erfassung des Diätverhaltens der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland erfolgte unlängst im Rahmen der Nationalen Verzehrsstudie (Deutsche Gesellschaft für Ernährung, 2008; MRI, 2008). Die Frage, ob sie zum Zeitpunkt der Befragung eine Diät einhielten, bejahten insgesamt 11,6 Prozent aller 19.329 Studienteilnehmer, wobei die Gruppe der Diäthaltenden zu 60 Prozent aus Frauen bestand. Mit zunehmendem Alter erhöht sich die Zahl derjenigen, die eine Diät halten, bei beiden Geschlechtern. Der Geschlechtsunterschied ist dabei jedoch keineswegs konstant sondern nimmt mit dem Alter ab. Während in den Altersgruppen bis 34 Jahre durchschnittlich etwa doppelt so viele Frauen wie Männer eine Diät halten, schwindet dieser Unterschied allmählich und ist in der Altersgruppe der 65-80-Jährigen nur noch äußerst gering (19,7 Prozent bei Männern, 19,8 Prozent bei Frauen).

(4) Geschlechtsunterschiede im Essverhalten international

Wie auch bereits in Bezug auf das körperliche Aktivitätsverhalten in Kapitel 5.2 geschehen, soll an dieser Stelle eine Ausweitung des Fokus erfolgen und nach der vorangegangenen Darstellung von Erkenntnissen aus Deutschland – die für die vorliegende Arbeit zweifelsohne die höchste Relevanz besitzen – nun die internationale Befundlage angerissen werden. Denn auch im Essverhalten spiegeln sich diverse sozio-kulturelle Einflüsse wider, die sich auch in Geschlechtsunterschieden niederschlagen können.

Rasmussen et al. (2006) analysierten in ihrer umfassenden Übersichtsarbeit die Determinanten des Obst- und Gemüsekonsums von Kindern und Jugendlichen. Insgesamt 98 Studien werteten die Autoren hierfür aus, und bei 49 der aufgenommenen Arbeiten wurden Geschlechtsunterschiede explizit untersucht. Die Ergebnisse waren – verglichen mit jenen zur körperlichen Aktivität – jedoch deutlich weniger konsistent. In 27 der Studien wurde ein höherer Obst- und Gemüsekonsum bei Mädchen beobachtet, 18 Arbeiten fanden keinen Geschlechtsunterschied und in vier Untersuchungen waren es die Jungen, die diese Lebensmittel in höherem Maße verzehrten. Auf den zweiten Blick zeigte sich

jedoch, dass es regionale Unterschiede im Hinblick auf die Prävalenz von Geschlechtsunterschiede gab: 18 der Studien wurden in der Vereinigten Staaten von Amerika durchgeführt, wobei sich hier lediglich bei sechs Untersuchungen Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen zeigten. Bei den 17 europäischen Studien konnten Geschlechtsunterschiede jedoch in 14 Fällen beobachtet werden. Die Autoren schlossen daraus, dass „gender differences in intake of fruit and vegetables seem to be a phenomenon more prevalent among children and adolescents in European countries compared to children and adolescents in the US“ (Rasmussen et al., 2006, p. 4).

Das gleiche Autorenteam, das in seiner Arbeit zuvor ausschließlich Untersuchungen berücksichtigt hatte, die den Obst- und Gemüsekonsum hinsichtlich quantitativer Gesichtspunkte analysierten, widmete sich in einem zweiten Teil des Reviews qualitativen Studien (Krølner, Rasmussen, Brug, Klepp, Wind & Due, 2011). Auch hier konnten die Autoren das Geschlecht als relevante Determinante des Essverhaltens identifizieren.

Auf eindrucksvolle Art und Weise haben sich Wardle, Haase, Steptoe, Nillapun, Jonwutiwes und Bellisle (2004) mit Geschlechtsunterschieden im Essverhalten von Erwachsenen befasst, wofür sie in ihrer Studie 19.298 Probanden in 23 Ländern untersuchten. Die Autoren erfassten dabei neben anderen Parametern, inwiefern die Befragten a) darauf achten, Fett bzw. fettreiche Speisen zu meiden, b) sich faserhaltig bzw. ballaststoffreich ernähren, c) täglich Obst essen und d) den Salzkonsum begrenzen. Über die Gesamtstichprobe hinweg zeigte sich, dass Frauen mit einer 50% höheren Wahrscheinlichkeit Fett bzw. fettreiche Speisen meiden und faserhaltige bzw. ballaststoffreiche Kost essen sowie mit einer 25% höheren Wahrscheinlichkeit mindestens einmal täglich Obst verzehren.

Auch Wardle et al. (2004) konnten – wie Rasmussen et al. (2006) für das Kinder- und Jugendalter – bei den Erwachsenen regionale Unterschiede im Hinblick auf die Prävalenz von Geschlechtsunterschieden aufzeigen. In Nord- und Südamerika sowie in Japan zeigten sich hinsichtlich des Verzehrs von Obst und Gemüse keine nennenswerten Unterschiede zwischen Männern und Frauen. Anders hingegen in fast allen europäischen Ländern, wo stets ein größerer An-

teil von Frauen mindestens einmal täglich zu diesen Lebensmitteln greift. Völlig unabhängig von der Region sind es auch die Frauen, die weltweit in höherem Maße Fett bzw. fettreiche Speisen zu vermeiden suchen als dies die Männer tun.

(5) Zusammenfassung

Das vorangegangene Kapitel macht deutlich, dass sich Jungen und Mädchen sowie Männer und Frauen sowohl in Bezug auf die Ausübung körperlicher Aktivität als auch hinsichtlich ihres Essverhaltens markant unterscheiden. Jungen und Männer sind – zumindest was körperliche Alltagsaktivitäten angeht – die Aktiveren.

In Bezug auf körperlich-sportlich Aktivität haben Mädchen und Frauen jedoch aufgeholt, so dass kaum noch quantitative Unterschiede auszumachen sind. Qualitativ unterscheidet sich das Sportverhalten jedoch weiterhin deutlich: Vor allem junge Männer präferieren intensivere, wettkampfbetonte (Mannschafts-) Sportarten, bei denen sie sich direkt mit Anderen messen können, Frauen hingegen haben tendenziell eine Vorliebe zu Individualsportarten und solche, die ästhetische und körperformende Elemente beinhalten.

Das Essverhalten von Männern ist vor allem gekennzeichnet durch einen höheren Fleischkonsum sowie energiereiche und deftige Speisen. Frauen hingegen leben zu einem größeren Teil vegetarisch, konsumieren mehr Obst und Gemüse und greifen öfter zu Vollwert- und Rohkostwaren. Zudem fällt auf, dass sehr viele Frauen, insbesondere junge Frauen und Mädchen, Erfahrungen mit Diäten gemacht haben, wohingegen Männer in deutlich geringerem Maße zu versuchen scheinen, ihr Gewicht auf diese Weise zu reduzieren.

Im nachfolgenden Kapitel rücken verschiedene Theorien und Erklärungsansätze in das Zentrum des Interesses, anhand derer sich die Entwicklung von und die Einflüsse auf diese geschlechtsspezifischen Präferenz- und Verhaltensmuster erklären lassen. In diesem Zusammenhang ist die Frage von besonderem Interesse, inwiefern sich durch die Ausübung körperlicher Aktivität und durch das Essverhalten *Männlichkeit* und *Weiblichkeit* herstellen lassen und zum Ausdruck kommen.

5.5 Theorien geschlechtstypischen Verhaltens

Mit Blick auf die im vorigen Kapitel *beschriebenen* Unterschiede hinsichtlich der Ausübung körperlicher Aktivität und des Essverhaltens stellt sich zwangsläufig die Frage, wie sich diese *erklären* lassen. Die hierzu im wissenschaftlichen Diskurs vertretenen Auffassungen lassen sich grob in biologische, sozialisations-theoretische, kognitionstheoretische, evolutionstheoretische und sozial-konstruktivistische Ansätze unterteilen. Dieser Klassifikation folgend, seien nachfolgend die verschiedenen Ansätze skizziert

5.5.1 Biologische Erklärungsansätze

Die Theorien dieser Kategorie sind geprägt von einer stark naturwissenschaftlichen Sichtweise, die die Ursachen der Geschlechtsunterschiede im Verhalten auf genetische und hormonelle Ursachen zurückführen, die sich im Laufe der Menschheitsgeschichte entwickelt haben. Ihnen folgend, ist der Ausgangspunkt für die Geschlechtsunterschiede im menschlichen Verhalten die unterschiedliche genetische Ausstattung beim weiblichen und männlichen Geschlecht. Die Differenzierung in die Gonosomen XX und XY determiniert bereits in der vorgeburtlichen Entwicklung morphologische und hormonelle Unterschiede. Daran, dass diese mit physiologischen Geschlechtsunterschieden einhergehen, besteht kein Zweifel. Deutlich schwieriger zu beantworten ist hingegen die Frage, inwiefern die unterschiedliche genetische Ausstattung und die durch sie bedingten physiologischen Unterschiede auch zu Verhaltens- und Persönlichkeitsunterschieden führen. Trotz zahlreicher Hinweise auf den Einfluss bspw. hormoneller Faktoren auf unterschiedliche Verhaltensdispositionen beim Menschen, ist bislang noch nicht abschließend geklärt, wie sich genetische und biologische Faktoren im konkreten Handeln und Erleben niederschlagen (Kasten, 2003). Erschwerend kommt hinzu, dass zwischen diesen Ebenen eine Wechselwirkung besteht: Hormone steuern das Verhalten, und dieses wiederum kann – abhängig vom Stimulationsgrad einer Situation – wiederum Hormonausschüttungen hervorrufen. Trautner (2008) zufolge können diese Prozesse zudem von sozialen Einflüssen überlagert und modifiziert werden, was es erschwert, genaue Aussagen zur Bedeutsamkeit genetischer Faktoren für die Entstehung von Geschlechtsunterschieden im Verhalten zu machen.

Als Minimalkonsens kann möglicherweise festgehalten werden, dass die Unterschiede auf biologischer Ebene zwar relevant, aber im Hinblick auf die Geschlechtsunterschiede im menschlichen Verhalten keineswegs alleinbestimmend sind (Bischof-Köhler, 2006). Entscheidender scheinen jedoch Einflussgrößen aus dem sozialen Umfeld zu sein, die im nachfolgenden Kapitel aufgegriffen seien.

5.5.2 Sozialisationstheoretische Erklärungsansätze

Im Zentrum dieser Theorien steht die Annahme, dass geschlechtstypische Eigenschaften und Verhaltensweisen von verschiedenen Sozialisationsagenten wie bspw. Eltern, Lehrerinnen bzw. Lehrern oder Gleichaltrigen erlernt werden. Dabei vollziehen sich zwei sich ergänzende Mechanismen: Zum einen bekräftigen diese Sozialisationsagenten bestimmte Charakteristika in Abhängigkeit vom Geschlecht eines Individuums in unterschiedlichem Maße, zum anderen suchen sich Heranwachsende auch eher Lernmodelle, die geschlechtsangemessenes Verhalten zeigen, um diese zu imitieren.

So neigen bspw. Eltern dazu, Ehrgeiz, Leistung und Beherrschung der Emotionen bei Söhnen zu fördern, wohingegen beaufsichtigte Aktivitäten und „damenhaftes Verhalten“ (Berk, 2011, S. 367) bei Mädchen bestärkt werden, was sich auch in den konkreten Erziehungsmethoden widerspiegelt (Brody, 1999; Turner & Gervai, 1995). Eltern geben Ihren Söhnen Spielsachen, die wie etwa Autos, Fußbälle etc. Wettbewerb erfordern, wohingegen Mädchen eher solche Dinge bekommen, die wie Puppen, Spielzeuggeschirr etc. Fürsorglichkeit und Kooperation fördern (Berk, 2011; Leaper & Friedman, 2007).

Neben diesem Mechanismus lernen heranwachsende Mädchen und Jungen aber auch durch die Beobachtung von geschlechtsangemessenem Verhalten sozialer Lernmodelle sowie der sich aus dem Handeln ergebenden Konsequenzen. Die Nachahmung des beobachteten Verhaltens orientiert sich dabei jedoch nicht primär am Geschlecht desjenigen, der imitiert wird, sondern eher daran, inwiefern das Handeln geschlechtsangemessen für die beobachtete Person ist (Trautner, 2008).

Die beiden skizzierten Lernprozesse führen letztendlich dazu, dass das Kind geschlechtsangemessene Verhaltensweisen internalisiert und somit ein geschlechtsbezogenes Selbstkonzept entwickelt. Dabei spielen allerdings kognitive Verarbeitungsprozesse eine wichtige Rolle, die in den sozialisationsbezogenen Theorien jedoch weitestgehend ausgeblendet sind. Hier setzen kognitionstheoretische Erklärungsansätze an, auf die im Folgenden eingegangen sei.

5.5.3 Kognitionstheoretische Erklärungsansätze

Während in den beiden vorangegangenen Kapiteln Theorien skizziert wurden, in denen das Individuum bei der Entwicklung von Geschlechtsunterschieden in einer eher passiven Rolle gesehen wurde, in der es einem a priori genetisch festgelegten Programm folgt und dabei unter den Einflüssen der sozialen Umwelt steht, wird dem Individuum in den kognitionstheoretischen Erklärungsansätzen eine aktive Rolle zugesprochen. Sie gehen davon aus, dass das Wissen über und das Verständnis für Geschlechterdifferenzierung bei Heranwachsenden der Stimulus ist, geschlechtstypische Merkmale und Verhaltensweisen zu übernehmen.

In diesem Zusammenhang kommt dem kognitiven Entwicklungsschritt der *Geschlechtskonstanz*, also der Erkenntnis des Kindes, Junge oder Mädchen zu sein und später Mann bzw. Frau zu werden – eine zentrale Bedeutung zu (vgl. Kap. 6.2.3). Ist dieser Entwicklungsschritt erreicht und die Selbstkategorisierung als Junge bzw. Mädchen erfolgt, beginnt die Suche nach Verhaltensmodellen des gleichen Geschlechts sowie nach Informationen bzgl. geschlechtsangemessenen bzw. -typischem Verhalten. Der Aufbau von Geschlechtsschemata ist aus kognitionstheoretischer Sicht somit ein aktiver Konstruktionsprozess, der sich vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Geschlechterkategorien vollzieht, die als Richtlinie für den Übereinstimmungs- bzw. Abweichungsgrad von kulturell prävalenten Normen geschlechtsbezogenen Verhaltens dienen. Anders als in den sozialisierungstheoretischen Ansätzen postuliert, wird bei dieser Selbstsozialisation des Heranwachsenden den Einflüssen der sozialen Umwelt lediglich eine unterstützende und erleichternde Rolle zugesprochen.

Eine andere Perspektive greifen evolutionstheoretische Erklärungsansätze auf. Zwar stehen auch hier wie den in Kapitel 5.5.1 beschriebenen Theorien biologi-

sche Abläufe im Zentrum, hier jedoch primär Anpassungs- und Selektionsprozesse, die sich über die gesamte Menschheitsgeschichte vollzogen haben.

5.5.4 Evolutionstheoretische Erklärungsansätze

Diesen Theorien zufolge sind die zu beobachtenden Geschlechtsunterschiede im menschlichen Verhalten das (Zwischen-)Ergebnis eines fortwährenden Anpassungs- und Selektionsprozesses, der sich seit Anbeginn der Menschheitsgeschichte vollzieht. Bestimmte Verhaltensweisen von Frauen und Männern haben sich demnach entwickelt bzw. treten im Hinblick auf ihre Ausprägungsstärke unterschiedlich zu Tage, da sie sich als Überlebens- und Reproduktionsstrategien im Laufe der Zeit bewährt haben (Athenstaedt & Alfermann, 2011). Darwin (1859) bezeichnete diesen Prozess als *natürliche Auslese*, und postulierte in diesem Kontext drei Gesetzmäßigkeiten, nach denen er sich vollzieht.

Erstens: Während die Fähigkeiten einer Population, sich zu vermehren und auszubreiten, unbegrenzt sind, verfügt die jeweilige Umwelt stets nur über begrenzte Ressourcen, auf die hierbei zurückgegriffen werden kann. Diese Ressourcenknappheit entfacht einen Überlebenskampf. Zweitens: Die Organismen innerhalb einer Population unterscheiden sich voneinander im Hinblick auf bestimmte - spontan auftretende – Eigenschaften und Verhaltensweisen. Diese Variationen erlauben es manchen Individuen, sich im Überlebenskampf erfolgreicher fortzupflanzen als andere. Drittens: Im Zuge der Fortpflanzung werden die Erfolg versprechenden Charakteristika an die nächste Generation vererbt. Ist diese Generation wiederum erfolgreicher im Überlebenskampf als die Nachkommen ohne die aufgetretene Variation, wird sie diese im Laufe der Zeit verdrängen. Ergänzend zu diesem Prozess der natürlichen Auslese, der zu erklären vermag, wieso sich verschiedene Spezies mit unterschiedlichem Erfolg fortpflanzen und ausbreiten, beschrieb Darwin (1859) auch den Prozess der sexuellen Auslese, auf den sich die Unterschiede innerhalb einer Spezies – also jene zwischen weiblichen und männlichen Individuen – zurückführen lassen. Ausgangspunkt hierfür war die Beobachtung, dass sich bei vielen Arten die Geschlechter hinsichtlich Morphologie und Verhalten unterscheiden, obwohl sie den gleichen Lebensraum teilen, identischen Umweltbedingungen unterworfen sind und sich die Unterschiede somit nicht durch die natürliche Selektion erklä-

ren lassen. Männliche Individuen der meisten Spezies sind größer, stärker, auffälliger oder aggressiver als weibliche. Dieser Zustand ist Darwin (1859) zufolge das Ergebnis sowohl einer Konkurrenz zwischen den männlichen Individuen einer Spezies als auch dem Wahlverhalten der weiblichen Individuen in Bezug auf die männlichen. Charakteristika wie bestimmtes Aussehen und Verhaltensweisen werden demnach dann erfolgreich weitervererbt, wenn sie sich bei den männlichen Individuen im Konkurrenzkampf als vorteilhaft erweisen und von dem anderen Geschlecht erstrebenswert erachtet werden.

Zurückführen lassen sich Konkurrenzverhalten der Männchen und Wahlverhalten der Weibchen auf die unterschiedlichen Reproduktionsbedingungen, denen sie unterliegen (Berk, 2011). Dies zeigt sich vor allem bei Säugetieren: Schwangerschaft und Stillzeit sind äußerst zeitaufwendig und der Nachwuchs braucht sehr lange Zeit bis er selbständig und überlebensfähig ist, weswegen Weibchen hier viel stärker investieren müssen als Männchen, für die es lediglich wichtig ist, sexuellen Zugang zu weiblichen Individuen zu haben (Athenstaedt & Alfermann, 2011). Beim Menschen trifft dies den Autorinnen zufolge in besonderem Maße zu, da Frauen für ihren Nachwuchs besonders viele Ressourcen und Schutz benötigen, weswegen sie dazu tendieren, sich Partner aussuchen, die ihnen das bieten können, etwa in Form von hohem Ansehen und Macht. Männer auf der anderen Seite bevorzugen Frauen, welche gesunden Nachwuchs gebären und aufziehen können, weswegen für sie Jugend und körperliche Gesundheit wichtige Auswahlkriterien sind.

Alfermann (1996) fasst die dargestellte biologisch-evolutionstheoretische Perspektive auf die Genese geschlechtstypischen Verhaltens beim Menschen wie folgt zusammen:

Danach sind die Geschlechter aufgrund der evolutionären Entwicklung in unterschiedlicher Weise für die Fortpflanzung und die Erhaltung der Menschheit prädestiniert. Die biologisch vorbestimmte Funktion im Fortpflanzungsprozeß [sic!] bestimmt demnach die geschlechtstypische Arbeitsteilung und die Entwicklung von Jungen/Männern zu mehr instrumentellen, dominanten und aggressiven, von Mädchen/Frauen zu mehr expressiven Formen, unterordnenden Formen des sozialen Umgangs, die in den Stereotypen und den geschlechtstypischen Rollenerwartungen ihre gesellschaftliche Entsprechung findet. (Alfermann, 1996, S. 89)

Zweifelsohne ist das menschliche Verhalten auch heute noch geprägt von seiner historischen Entwicklung, wie sie sich im Laufe der Evolution vollzogen und deutliche Spuren hinterlassen hat. Dennoch wäre es unzureichend, die Spurensuche nach Ursachen für die Geschlechtsunterschiede im Verhalten ausschließlich aus diesem Blickwinkel zu betreiben und dabei sozio-kulturelle Einflüsse auszublenden. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass in der heutigen Gesellschaft die Quellen des Selektionsdrucks weitestgehend abgebaut und somit das Überleben des Einzelnen sowie jenes der Menschheit gesichert sind, müssen gesellschaftliche Rahmenbedingungen stärker zur Klärung von Verhaltensunterschieden zwischen Frauen und Männern berücksichtigt werden.

Die genetische Evolution ist somit hinter eine kulturelle Evolution zurückgetreten, weswegen zwangsläufig andere Ziele und Aufgaben und damit auch andere Geschlechterrollen in den Vordergrund treten (Wickler & Seibt, 1983). Diesen Geschlechterrollen und ihrem Einfluss auf das Verhalten von Männern und Frauen gehen sozial-konstruktivistische Erklärungsansätze nach, die im nachfolgenden Kapitel beschrieben seien.

5.5.5 Sozial-konstruktivistische Erklärungsansätze

Anders als bei den evolutionstheoretischen Ansätzen geht man in der sozial-konstruktivistischen Forschungstradition davon aus, dass Geschlechtsunterschiede im Verhalten gesellschaftlich konstruiert werden (Athenstaedt & Alfermann, 2011). Demnach sind Geschlechterrealitäten nicht etwas biologisch Vorbestimmtes, sondern werden durch zwischenmenschliche Beziehungen und Interaktionen hergestellt. Biologische Gesetzmäßigkeiten sind dieser Auffassung nach für die Entstehung von Geschlechtsunterschieden im Verhalten bedeutungslos, stattdessen wird sozialen Rollen ein hoher Stellenwert beigemessen.

Nimmt eine Person eine bestimmte Rolle ein, so verhält sie sich entsprechend der Erwartungen, die innerhalb der Gesellschaft an den Rollenträger herangezogen werden, wobei Geschlechterrollen hierbei keine Ausnahme bilden: Männer und Frauen entsprechen mit ihrem jeweils geschlechtstypischen Verhalten demnach jenen Rollen, die gesellschaftlich vorgeschrieben sind (Athenstaedt & Alfermann, 2011). West und Zimmermann (1987) verwenden hierfür den Begriff

des *doing gender*, der bereits zum Ausdruck bringt, dass Geschlecht nicht nur etwas ist, das man *hat*, sondern primär etwas, das man *tut*. Demnach ist jeder Mensch, ganz gleich ob Mann oder Frau, Teil des tagtäglich stattfindenden Konstruktionsprozesses, durch den in sozialen Interaktionen Geschlechterverhältnisse hergestellt werden.

5.5.6 Zwischenfazit

Die Frage nach den Ursachen von Geschlechtsunterschieden im Verhalten hat eine lange Forschungstradition und entsprechend viele unterschiedliche Theorien hervorgebracht. Ein Versuch, diese Theorien hinsichtlich ihrer Stichhaltigkeit gegeneinander abzuwägen und einen umfassenden neuen Erklärungsansatz zu formulieren, wäre ein ebenso aufwendiges wie vor dem Hintergrund der forschungsleitenden Fragestellung dieser Arbeit unsinniges Unterfangen. Stattdessen soll an dieser Stelle eine Art Minimalkonsens formuliert werden, der Ausgangspunkt für die vorliegende Untersuchung ist.

Zweifelsohne helfen biologische und evolutionstheoretische Ansätze bei der Erklärung verschiedener Geschlechtsunterschiede im Verhalten. Dennoch besteht Einigkeit darin, dass die Erbanlagen eines Menschen lediglich einen sehr weiten Dispositionsraum abstecken, innerhalb dessen sich Individuen unterschiedlich entwickeln können. Für die Erklärung von Geschlechtsunterschieden im Verhalten sind sie somit notwendige, nicht jedoch hinreichende Bedingung. Denn schließlich ist der Mensch nicht nur ein durch angelegte Verhaltensmuster geprägtes und von Urinstinkten quasi ferngesteuertes Wesen, sondern denkendes und fühlendes Subjekt, das in einem aktiven Prozess mit seiner – belebten wie unbelebten – Umwelt interagiert, diese mitgestaltet und gleichzeitig von ihr geprägt wird.

Dieser fortwährende Interaktions- und (Selbst-)Reflexionsprozess beeinflusst die Sichtweise des Menschen auf seine Umwelt und auch sich selbst. Welche Mechanismen dabei möglicherweise greifen, beschreiben sozialisations- und kognitionstheoretische sowie sozial-konstruktivistische Erklärungsansätze. Zentrales Element dieser Theorien ist stets das *Selbst*, das in einer reziproken Beziehung mit seiner Umwelt gesehen wird.

Der Begriff des Selbst bezieht sich auf die Gesamtheit des Wissens, über das ein Individuum hinsichtlich seiner Persönlichkeit und seines Platzes in der sozialen Welt verfügt (Stürmer, 2009). Das Selbst des Menschen ist zweigeteilt: Es besteht zum einen aus dem *Selbstkonzept*, also Gedanken und Überzeugungen, die wir über uns selbst haben, und ist gleichzeitig auch etwas, das in Form von *Selbstaufmerksamkeit* selbstbezogene Information aktiv verarbeitet. Aronson, Wilson und Akert (2004) beschreiben das Selbst als Buch, das voll von interessantem Inhalt ist, und gleichzeitig auch als den Leser des Buches, der jederzeit auf bestimmte Kapitel zugreifen oder auch neue hinzufügen kann.

Diese Aspekte gehören zusammen, wodurch sie ein kohärentes Identitätsgefühl bilden. Den Autoren zufolge erfüllt das Selbst verschiedene Funktionen: Es hilft, Information über uns und die soziale Umwelt zu erinnern und zu interpretieren (strukturierende Funktion), es steuert unsere gefühlsbezogenen Reaktionen (emotionale Funktion) und es reguliert das Verhalten, trifft Entscheidungen und schmiedet Pläne für die Zukunft (ausführende Funktion). Da das Selbst also für die Verhaltensregulation, Entscheidungsfindung sowie Zukunftsplanung und somit für das menschliche Handeln im Allgemeinen eine so entscheidende Rolle spielt, muss auf der Suche nach den Ursachen für die beobachtbaren Geschlechtsunterschiede in gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen ein intensiver Blick auf das geschlechtsbezogene Selbst des Menschen geworfen werden.

6 Geschlecht und Selbst

Im vorangegangenen Kapitel wurden Geschlechtsunterschiede im gesundheitsrelevanten Verhalten beschrieben und verschiedene Erklärungsansätze vorgestellt. Dabei zeigte sich, dass das Selbst des Menschen in hohem Maße handlungsleitend ist, so dass davon ausgegangen werden kann, dass Unterschiede im Gesundheitsverhalten von Frau und Mann auch mit Unterschieden im geschlechtsbezogenen Selbst in Verbindung gebracht werden können. In diesem Zusammenhang von entscheidender Bedeutung ist das *Selbstkonzept* eines Menschen, das ebenso wie dessen Assoziationen mit gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen im Zentrum dieses Kapitels stehen soll.

6.1 Selbstkonzept

Beim Selbstkonzept handelt es sich um eine dynamische geistige Struktur, durch die intra- und interpersonale Verhaltensweisen und Prozesse interpretiert, motiviert, strukturiert, vermittelt und reguliert werden (Gerrig & Zimbardo, 2015). Es ist vielschichtig und umfasst Erinnerungen an sich selbst; Trait-, Motiv-, Wert- und Fähigkeitsüberzeugungen; Vorstellungen des idealen Selbst, welches man gerne wäre, sowie die möglichen Selbst, deren Verwirklichung denkbar sind; negative wie positive Bewertungen von sich selbst sowie Einschätzungen davon, was Andere über einen denken (Chen, Boucher & Tapias, 2006). Einfacher ausgedrückt, ist das Selbstkonzept das Bild, das sich eine Person von sich selbst macht (Wagner & Alfermann, 2006).

Es wird einerseits beeinflusst durch Erfahrungen, die ein Individuum durch Interaktion mit seiner Umwelt macht, andererseits kann es im Zuge eines aktiven Gestaltungsprozess durch das Individuum selbst geformt werden (Shavelson, Hubner & Stanton, 1976). Der Informationsfluss zwischen Umwelt und Person ist hierbei bidirektional: Zum einen treffen Informationen aus der Umwelt ein und werden innerlich verarbeitet, beurteilt und gedeutet, zum anderen beeinflusst das individuelle Selbstkonzept wiederum das Verhalten einer Person innerhalb dieser Umwelt (Wagner & Alfermann, 2006). Die vorliegende Arbeit stützt sich auf ein Verständnis des Selbstkonzepts, das Mummendey (1990) als „die Gesamtheit der auf die eigene Person bezogenen Beurteilungen“ (S. 79)

bezeichnet. Um das zentrale Konstrukt des Geschlechtsrollen-Selbstkonzepts in dieser Gesamtheit verorten zu können, seien nachfolgend zwei Ansätze erläutert, die dies ermöglichen sollen.

Auf Tajfel (1982) geht die Annahme zurück, dass sich das individuelle Selbstkonzept eines Menschen aus einer *personalen* und einer *sozialen* Identität zusammensetzt. Die personale Identität beinhaltet nach Schlicht und Strauß (2003) sowie Turner (1982) unter anderem körperliche und geistige Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie physische und psychische Merkmale wie bspw. das eigene Aussehen, bestimmte Persönlichkeitseigenschaften oder individuelle Präferenzen. Die soziale Identität hingegen leitet das Individuum aus dem Wissen ab, dass es zu einer oder mehreren sozialen Gruppen gehört (Schlicht & Strauß, 2003). Die beiden Identitäten stehen in reziproker Verbindung, da das Individuum soziale Umwelten vor dem Hintergrund der personalen Identität verarbeitet und diese zeitgleich definiert und aktiv mitgestaltet (Burrman, Krysmanski & Baur, 2002). Die soziale Identität kann als verantwortlich für das Handeln zwischen verschiedenen Gruppen erachtet werden, wohingegen die personale Identität die Basis interpersonales Verhaltens bildet (Schlicht & Strauß, 2003). Für die vorliegende Arbeit, in deren Zentrum keine Gruppenprozesse, sondern individuelles Aktivitäts- und Essverhalten sowie die persönliche Einschätzung der eigenen Gesundheit stehen, ist die personale Identität ein wichtiger Faktor, der anhand eines weiteren Ansatzes ausführlicher beschrieben sei.

Shavelson und Mitarbeiter (1976) vereinen in ihrer Theorie verschiedene selbstkonzeptbezogene Ansätze und schlagen eine differenzierte und hierarchisch angelegte Binnenstruktur der personalen Identität vor, die in Abbildung 6 illustriert ist. Auf oberster Ebene findet sich den Autoren zufolge ein allgemeines, domänenübergreifendes Selbstkonzept, das sich auf einer untergeordneten Ebene in einen akademischen und einen nicht-akademischen Teil aufgliedert. Diese lassen sich wiederum unterteilen: Das akademische Selbstkonzept bspw. in die verschiedenen Fächer wie etwa Englisch, Geschichte und Mathematik, das nicht-akademische in ein soziales, emotionales und physisches Selbstkonzept. Im Zusammenhang mit der Konstruktdefinition nennen Shavelson und Mitarbeiter (1976) sieben Eigenschaften, die das Selbstkonzept aus-

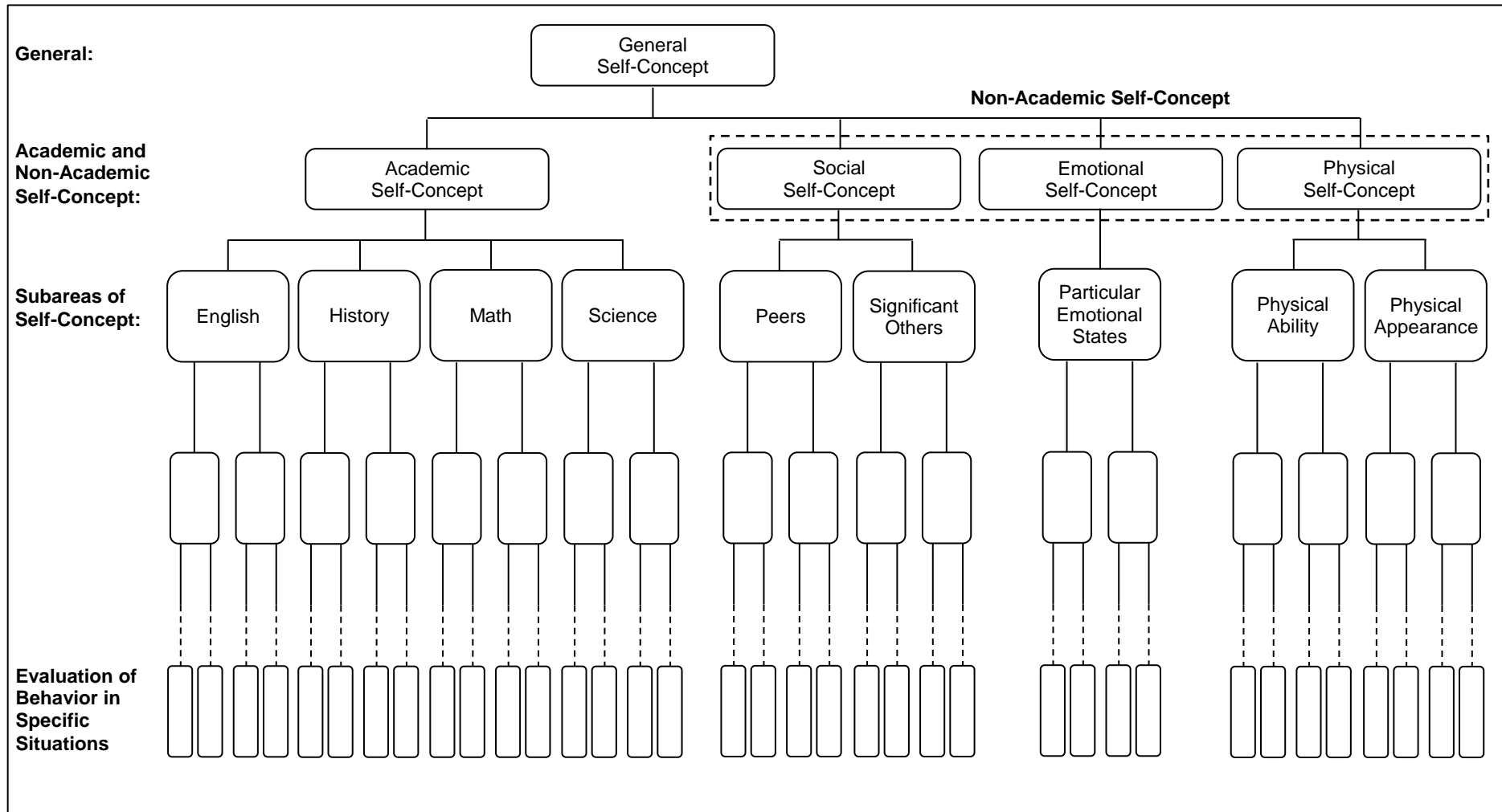


Abb. 6: Selbstkonzeptmodell nach Shavelson et al. (1976)

machen. Sie beschreiben es als „organized, multifaceted, hierarchical, stable, developmental, evaluative, differentiable“ (Shavelson et al., 1976, p. 411) und führen dies wie folgt aus:

- Um die Komplexität der unzähligen Erfahrungen, die der Mensch tagtäglich macht, zu reduzieren, legt er Kategorien an, in die sie eingeordnet werden. Diese Kategorien werden in Beziehung zueinander gesetzt, so dass das Selbstkonzept als *organisiert* bezeichnet werden kann.
- Es ist *mehrdimensional* und die einzelnen Dimensionen spiegeln das Kategoriensystem wider, das sich der Mensch aufgebaut hat.
- Das Selbstkonzept zeigt eine *hierarchische* Struktur, die sich von individuellen und situationsspezifischen Erlebnissen am unteren Ende der Hierarchie bis zum allgemeinen und domänenübergreifenden Selbstkonzept an der Spitze erstreckt.
- Das allgemeine Selbstkonzept bleibt unberührt von Veränderungen die sich auf untergeordneter Ebene aufgrund von bestimmten Situationen und Erlebnissen vollziehen. Es kann somit als *stabil* angesehen werden.
- Das Selbstkonzept vollzieht einen *Entwicklungsprozess* und gewinnt mit zunehmendem Alter an Komplexität. Diese spiegelt sich in der Anzahl der Dimensionen sowie in deren Ausdifferenzierung wieder.
- Der Mensch bewertet sich und sein Handeln in verschiedenen Situationen, wobei er sich sowohl mit Anderen als auch mit seiner Vorstellung des idealen Selbst vergleicht. Das Selbstkonzept hat somit auch einen *evaluativen* Charakter.
- Das Selbstkonzept lässt sich von anderen, theoretisch verwandten Konstrukten *differenzieren*.

Die zentrale Variable der vorliegenden Arbeit ist das Geschlechtsrollen-Selbstkonzept. Ausgehend von dem dargestellten Selbstkonzept-Modell lässt es sich im nicht-akademischen Teil auf der Ebene des sozialen, emotionalen und physischen Selbstkonzepts einordnen. Im nachfolgenden Kapitel erfolgt eine detaillierte Darstellung des Konstrukts.

6.2 Geschlechtsrollen-Selbstkonzept

6.2.1 Nomenklatur

Beim G-SK handelt es sich um ein psychologisches Konstrukt, das in den vergangenen Dekaden Gegenstand einer Vielzahl psychologischer Studien aus diversen Disziplinen war. Diese Beliebtheit als Forschungsgegenstand hat unter anderem jedoch zur Folge, dass die Nomenklatur im Laufe der Zeit uneinheitlich geworden ist und nunmehr eine große Anzahl äquivalenter Termini für diese Variable existiert (Athenstaedt & Alfermann, 2011). So tauchen in der Literatur neben dem in der vorliegenden Arbeit verwendeten Geschlechtsrollen-Selbstkonzept bspw. die Begriffe Geschlechtsrollenidentität (z. B. Alfermann, 1996; Baffi, Redican, Sefchick & Impara, 1991) oder Geschlechtsrollenorientierung (z. B. Bowker, Gadbois & Cornock, 2003; Raithel, 2003) auf. Trotz der begrifflichen Vielfalt besteht Konsens in Bezug auf das Konstrukt, das sich dahinter verbirgt: Gemeint ist jeweils die Identifikation eines Individuums mit gesellschaftlichen Geschlechterstereotypen und -rollen (Sieverding, 2010). Es spiegelt wider, zu welchem Ausmaß diese Aspekte ins Selbstkonzept integriert wurden und sich Personen folglich in Hinblick auf die Ausprägung ihrer Femininität und Maskulinität selbst wahrnehmen.

6.2.2 Operationalisierung

Nicht nur im Zusammenhang mit der Nomenklatur, sondern auch im Hinblick auf die Operationalisierung des G-SK lässt sich eine gewisse Vielfalt feststellen. Die beiden gängigsten Verfahren seien an dieser Stelle aufgegriffen. Beiden ist gemein, dass sie zur Erfassung des G-SK auf die Selbstbeschreibung von Personen anhand von Persönlichkeitseigenschaften zurückgreifen. Dieses Vorgehen hat eine lange Tradition, das bis in die Siebzigerjahre des vergangenen Jahrhunderts zurückreicht. Hier wird den Befragten jeweils eine – in Abhängigkeit vom gewählten Instrument mitunter recht lange – Liste mit *typisch männlichen* bzw. *typisch weiblichen* Charakteristika vorgelegt, die sie mittels mehrstufiger Antwortformate dahingehend beurteilen sollen, inwiefern sie glauben, diese Eigenschaften aufzuweisen. Die beiden am weitesten verbreiteten Instrumenten sind der *Personal Attributes Questionnaire* (PAQ) von Spence und

Helmreich (1978, dt. Übersetzung: Runge, Frey, Gollwitzer, Helmreich & Spence, 1981) sowie das *Bem Sex Role Inventory* (BSRI) von Bem (1974, dt. Übersetzung: Schneider-Düker & Kohler, 1988). Beide Verfahren erfassen in je zwei Hauptskalen (Maskulinität und Femininität) sozial erwünschte Persönlichkeitseigenschaften, die in der US-amerikanischen Gesellschaft sowie den meisten anderen Ländern (Williams & Best, 1990) als in höherem Maße typisch für den Durchschnittsmann bzw. die Durchschnittsfrau erachtet werden (Sieverding, 2000). In Tabelle 8 sind die Items der jeweils in die deutsche Sprache übersetzten Versionen der beiden Fragebögen aufgeführt.

Tab. 8: Items der Hauptskalen des BSRI und des PAQ

	BSRI	PAQ
Maskulinität	hat Führungseigenschaften; tritt bestimmt auf; ehrgeizig; respekt-einflößend; kritisiert ohne Unbehagen; verteidigt eigene Meinung; entschlossen; sachlich; nicht leicht beeinflussbar; unerschrocken; intelligent; hartnäckig; bereit, etwas zu riskieren; kraftvoll; furchtlos; scharfsinnig; wetteifernd; sicher; zeigt geschäftsmäßiges Verhalten; konsequent	unabhängig; aktiv; wettbewerbsorientiert; fällt leicht Entscheidungen; gibt nicht leicht auf; selbstsicher; überlegen; kann Druck gut standhalten
Femininität	romantisch; abhängig; weichherzig; bemüht, verletzte Gefühle zu besänftigen; glücklich; feinfühlig; sinnlich; fröhlich; nachgiebig; bescheiden; empfänglich für Schmeicheleien; empfindsam; selbstaufopfernd; benutzt keine barschen Worte; verspielt; verführerisch; achtet auf äußere Erscheinung; leidenschaftlich; herzlich; liebt Sicherheit.	gefühlbetont; fähig, auf Andere einzugehen; zart; sehr hilfreich; freundlich; der Gefühle Anderer bewusst; verständnisvoll; herzlich in Beziehungen zu Anderen

Die beiden Hauptskalen des BSRI, die mit ihren Items die unabhängigen G-SK-Dimensionen Maskulinität bzw. Femininität erfassen, wurden ursprünglich in einen neutralen Kontext aus nicht-geschlechtstypisierten Persönlichkeitseigenschaften eingebettet. Diese Skala, die wie die beiden Hauptskalen ebenfalls 20 Charakteristika (z. B. aufmerksam, zuverlässig) umfasst, wird aus Gründen der Testökonomie jedoch kaum mehr verwendet (Altstötter-Gleich, 2004; Hunt, Lewars, Emslie & Batty, 2007; Schneider-Düker & Kohler, 1988).

Im Hinblick auf statistische Analysen, bei denen die Skalen eingesetzt werden, haben sich zwei unterschiedliche Herangehensweisen bewährt: Einerseits kann eine separate Betrachtung der Maskulinitäts- bzw. Femininitätsskala in Bezug auf Zusammenhänge mit der interessierenden unabhängigen Variable erfolgen. Andererseits kann auf Grundlage der Ausprägung der beiden Dimensionen eine Kategorisierung vorgenommen werden, die die Befragten in vier Gruppen einteilt. Diese sind Maskuline (Maskulinität stark und Femininität schwach ausgeprägt), Feminine (Femininität stark und Maskulinität schwach ausgeprägt), Undifferenzierte (beide Dimensionen schwach ausgeprägt) und Androgyne (beide Dimensionen stark ausgeprägt). Diesem Vorgehen liegt das sogenannte Androgynie-Konzept zugrunde, das in Kapitel 6.2.4 ausführlicher dargestellt wird.

Die große Popularität der Instrumente kann jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass deren Verwendung vielfach kritisch gesehen wird (vgl. Berger, 2010). Schwerpunkte der kritischen Auseinandersetzung mit den Instrumenten sind zumeist ihre psychometrische Eigenschaften, insbesondere jedoch die Skalenstruktur und Itemkennwerte, deren Replikation vor allem in der jüngeren Vergangenheit vielfach misslang (Archer, 1989; Altstötter-Gleich, 2004; Athensstaedt, 2003; Ballard-Reisch & Elton, 1992; Blanchard-Fields, Suhrer-Roussel & Hertzog, 1994; Koestner & Aube, 1995; Locksley & Colten, 1979; Marsh, 1985; Meyers & Gonda, 1982; Pedhazur & Tetenbaum, 1979; Spence, 1993; Spence & Buckner, 1995, 2000; Spence & Helmreich, 1980; Strauß, Köller & Möller, 1996; Twenge, 1999)²³.

Eine umfassende Darstellung alternativer Erfassungsmethoden unter Berücksichtigung von Vor- und Nachteilen erlaubt der Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht. In diesem Zusammenhang sei auf Übersichtsarbeiten wie von Sieverding (2000) oder Thompson, Pleck und Ferrera (1992) verwiesen. Stattdessen soll in den nachfolgenden Kapiteln der Fokus zunächst auf die Frage gerichtet werden, wie sich das G-SK beim Menschen entwickelt und welche Zusammenhänge sich mit der Gesundheit und gesundheitsrelevantem Verhalten identifizieren lassen.

²³ In der vorliegenden Arbeit wird zur Erfassung des G-SK auf das BSRI zurückgegriffen. Aufgrund der beschriebenen Schwächen erfolgte jedoch vorab eine intensive Überprüfung der psychometrischen Güte sowie eine Überarbeitung des Instruments (siehe Kapitel 10.2).

6.2.3 Entwicklung

Ein sehr ausdifferenziertes Modell zur Entwicklung des Geschlechtsrollen-Selbstkonzepts haben Tobin und Mitarbeiter (2010) entwickelt. In ihrem *gender self-socialisation model* (GSSM) vereinen die Autoren kognitive Entwicklungstheorien (Kohlberg, 1966, 1969), Geschlechterschematheorien (Martin & Halverson, 1981; Martin, Ruble & Szkrybalko, 2002) und Multifaktorielle Geschlechtertheorien (Bem, 1981; Spence, 1985; 1993; Spence & Buckner, 1995; Spence & Hall, 1996) mit einem sozial-kognitiven Entwicklungsmodell (Greenwald et al., 2002). Die Autoren beschreiben hierin die verschiedenen Assoziationen, die Heranwachsende im Laufe ihrer Entwicklung zwischen den Aspekten *Geschlecht*, *Eigenschaft* und *Selbst* knüpfen (vgl. Abb. 7) und somit das G-SK konstituieren. Tobin et al. (2010) zufolge stellen Menschen gedankliche Verbindungen her a) zwischen dem Geschlecht und dem Selbst (z. B. *Ich bin ein Junge*), b) zwischen dem Geschlecht und bestimmten Eigenschaften (z. B. *Jungen sind stark*) und c) zwischen dem Selbst und diesen Eigenschaften (z. B. *Ich bin stark*). Diese Assoziationen werden als Geschlechtsidentität, Geschlechterstereotype bzw. Eigenschafts-Selbstwahrnehmung bezeichnet.

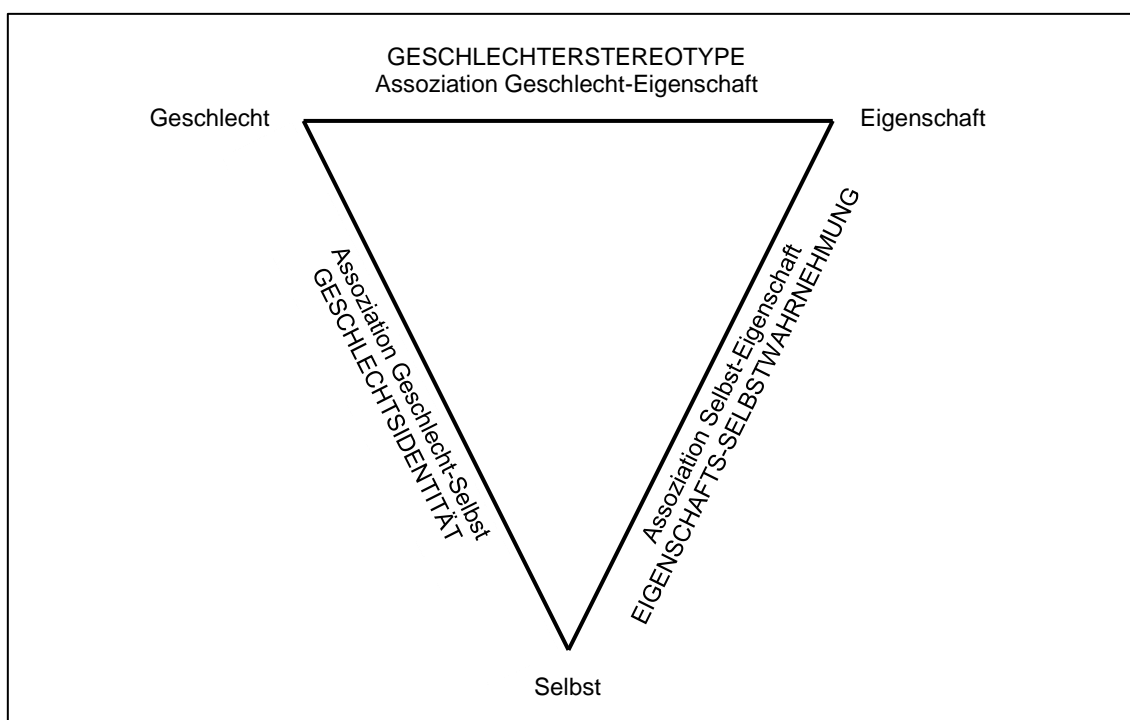


Abb. 7: Sozialisationsmodell der Entwicklung des Geschlechtsrollen-Selbstkonzepts nach Tobin und Mitarbeitern (2010)

Geschlechtsidentität: Im Hinblick auf die Entwicklung der Geschlechtsidentität lassen sich nach Athenstaedt und Alfermann (2011) drei wichtige Phasen identifizieren: In einem ersten Schritt erkennen Kinder, dass die Kategorie Geschlecht existiert und worin sich die Gruppenmitglieder voneinander unterscheiden bzw. in welchen Punkten sie sich ähnlich sind. So können bspw. Kleinkinder ab sechs Monaten Männer- und Frauenstimmen unterscheiden oder mit etwa neun Monaten kategoriale Unterscheidungen zwischen weiblichen und männlichen Gesichtern treffen (Eckes, 2008). Ab zwölf Monaten schließlich erfolgt eine dann eine eindeutige geschlechtsdifferenzierende Wahrnehmung (Fagot, Rodgers & Leinbach, 2000). Der zweite entscheidende Schritt ist, dass sich Kinder mit etwa 24-36 Monaten mit ihrem eigenen Geschlecht identifizieren können und eine korrekte Selbstzuordnung zur gleichgeschlechtlichen Gruppe gelingt. Ein dritter bedeutsamer Schritt vollzieht sich etwa im Alter von sechs bis sieben Jahren: Das Kind entwickelt *Geschlechtskonstanz*, d. h. die gefestigte Erkenntnis, dass sein eigenes Geschlecht biologisch determiniert und permanent ist, also auch dann gleich bleibt, wenn bspw. Frisur, Kleidung oder spielerische Aktivitäten sich ändern (Berk, 2011). Zu diesem Zeitpunkt ist das Geschlecht ein zentraler Inhalt des kindlichen Selbstkonzepts (Ruble et al., 2004) und auch das Verständnis von Geschlecht im Sinne einer sozialer Kategorie bzw. von der eigenen Person als Junge oder Mädchen wird komplexer: Neben die physischen Eigenschaften wie bspw. die Länge der Haare, die im Kindesalter in erster Linie relevant sind im Zusammenhang mit Geschlechterkategorien, werden immer mehr psychosoziale Charakteristika, vor allem jedoch Stereotype, gelernt und angewendet (Athenstaedt & Alfermann, 2011).

Geschlechterstereotype: Im Allgemeinen bezeichnen Stereotype Generalisierungen über eine Gruppe von Personen, wobei allen Individuen dieser Gruppe die gleichen Merkmale zugewiesen werden (Gerrig & Zimbardo, 2015). Als kognitive Wissensbestände werden sie – bspw. durch eigene Beobachtungen oder Aussagen anderer Personen – im Laufe der Sozialisation erworben und in strukturierter Weise in Form von Clustern, die andere ähnliche Merkmale beinhalten, gespeichert (Alfermann, 1996). Geschlechterstereotype im Speziellen beschrieben typisch männliche und weibliche Eigenschaften (Athenstaedt, 1990), die angenommen werden, „wenn über die Zuordnung von typischen

Charakteristika zum jeweiligen Geschlecht weitgehend Konsens besteht“ (Sieverding, 1990, S. 54). Eine Zusammenfassung von Geschlechterstereotypen in Bezug auf verschiedene kognitive, emotionale und körperliche Aspekte bietet Tabelle 9.

Stereotype vereinfachen die soziale Informationsverarbeitung und finden als Urteilsheuristiken Verwendung (Athenstaedt & Alfermann, 2011). Eckes (2008) zufolge ist ihre Nützlichkeit dabei abhängig vom Ausmaß, zu dem sie für das Individuum folgende Funktionen erfüllen: a) *Ökonomie*: Maximierung des Informationsgehalts bei gleichzeitiger Minimierung des kognitiven Aufwands, b) *Inferenz*: Reduktion von Unsicherheiten durch Schlüsse auf Merkmale, die sich nicht direkt beobachten lassen (z. B. Verallgemeinerungen, Vorhersagen), c) *Kommunikation*: verbale und non-verbale Verständigung zwischen Menschen, d) *Identifikation*: Selbstkategorisierung zur Herstellung eines kohärenten Selbstkonzepts, und e) *Evaluation*: Bewertung von Gruppen, zu denen sich das Individuum zählt und ihren Merkmalen im Verhältnis zu jenen Gruppen, zu denen es sich nicht zählt. Geschlechterstereotype erfüllen diese Funktionen in hohem Maße, weswegen sie sich als äußerst nützlich für die individuelle Handlungsplanung und Orientierung in der sozialen Welt erwiesen haben (Eckes, 2008). Aufgrund dieser hohen Relevanz werden sie kulturell geteilt und von Heranwachsenden bereits zu einem sehr frühen Zeitpunkt erworben.

Hinsichtlich der Entwicklung von Geschlechterstereotypen bei Heranwachsenden lassen sich nach Trautner und Kollegen (2005) die drei aufeinanderfolgende Stufen *anfängliche Wahrnehmung* (beginning awareness), *Rigidität* (rigidity) und *Flexibilität* (flexibility) unterscheiden. Bis zu einem Alter von etwa drei Jahren entwickelt sich bei den meisten Kindern die Fähigkeit, bestehende Geschlechtsunterschiede bspw. in Bezug auf Aktivitäts- oder Spielzeugvorlieben, Kleidungsstile, elterliche Rollenverteilung oder salientes Sozialverhalten (z. B. Aggressivität) wahrzunehmen (Tobin et al., 2010). Sind sich Kinder dieser Stereotype erst einmal gewahr geworden, betrachten sie sie nachfolgend – mit etwa fünf bis sieben Jahren – als Gesetzmäßigkeiten, die sie für unabänderlich und moralisch richtig halten (Athenstaedt & Alfermann, 2011).

Tab. 9: Zusammenfassung geschlechtsstereotyper Charakteristika (nach Konowalczyk, 2009)

	Männer	Frauen
Kognitive Fähigkeiten	Intelligenz Mathematisches Verständnis Räumliches & logisches Denken & Visualisieren Kompetenz Analytisch	Verbal begabt
Persönlichkeit & Emotionen	Rationalität Dominanz Aktivität Überlegenheit Durchsetzungsfähigkeit Unemotional Nicht gefühlvoll Selbstsicherheit Stärke Abenteurgeist Risikofreude Entscheidungsfreude Leistungsbereitschaft Wettbewerbsorientiert	Ängstlichkeit Geselligkeitsstreben Vertrauen Sozial fürsorglich Besonders gefühlvoll Emotional Schwäche Passivität Sensibilität Anpassungsfähigkeit Weich Intuitiv Nachgiebig Pflege sozialer Beziehungen
Soziales Handeln	Heroisches Verhalten Risikofreude Krisenfest Kämpfernatur Aggressiv Hart Gewalttätig Durchsetzungsfähigkeit Dominanz Macht Unabhängigkeit Konkurrenzdenken Führungsrolle/-position Konfliktfähig	Gemeinnütziges Handeln Emotionale Betreuung Anderer Pflege & Umsorgung Anderer Spenden von Trost & Mitgefühl Sanft Freundlich Herzlich Hilfsbereitschaft Einfühlsamkeit Sozial sensibel Wärme & Nähe Freundlichkeit Fürsorglichkeit Sanftmut
Körper	Athletische Figur Robust Kräftig Muskulös Breites Kreuz Schmale Hüften Massig und V-förmig	Zart, zierlich & zerbrechlich Äußere Schönheit Attraktivität Schlankheit Muskulatur, die den Eindruck von Schlankheit unterstützt Elastisch & beweglich Grazilität, Ästhetik & Anmut Sexappeal
Körperliche Leistungsfähigkeit	Kraft Schnelligkeit Ausdauer Hohes Aktivitätsniveau Kämpferisch Körperliche Auseinandersetzung Grobmotorik	Koordinative Fertigkeiten Flexibilität Ausübung expressiver (Individual-) Sportarten Grazile Bewegungen Geschicklichkeit Feine Auge-Hand-Koordination Geschmeidigkeit

Zu dieser Zeit haben die erworbenen Geschlechterstereotype sowohl deskriptiven als auch präskriptiven Charakter (Huston, 1983; Ruble, Martin & Berenbaum, 2006). Ursächlich für diese Rigidität bei Kindern dieses Alters sind Trautner und Mitarbeitern (2005) zufolge verschiedene kognitive Einschränkungen wie bspw. das Unvermögen zwischen gesellschaftlichen Konventionen, Naturgesetzen und moralischem Handeln zu unterscheiden (Carter & Patterson, 1982; Stoddart & Turiel, 1985). Mit dem Erreichen der Geschlechtskonstanz (siehe oben) im Alter von etwa sechs bis sieben Jahren zeigen die meisten Kinder eine Reduktion der Rigidität zugunsten einer höheren Flexibilität in Bezug auf die Geschlechterstereotype (Tobin et al., 2010). Hierzu zählt bspw. die Einsicht, dass obwohl eine Aktivität mehrheitlich von den Angehörigen eines Geschlechts praktiziert wird, deren Ausübung für beide Geschlechter zulässig ist (Miller, Trautner & Ruble, 2006; Signorella, Bigler & Liben, 1993; Ruble et al., 2007). Zu diesem Zeitpunkt operieren die Heranwachsenden tatsächlich mit der kognitiven Geschlechtskategorie, das heißt, dass stereotype Charakteristika einer Kategorie miteinander in Verbindung gebracht werden: Jungen, die gerne mit Mädchensachen spielen, werden auch andere feminine Charakteristika zugesprochen (Athenstaedt & Alfermann, 2011; Ruble et al., 2006; Trautner et al., 2005). Das kindliche Wissen um deskriptive Geschlechterstereotype entwickelt sich bis in die Adoleszenz weiter (Tobin et al., 2010), wobei stets neue Geschlechtsunterschiede bspw. in Bezug auf Persönlichkeitseigenschaften oder subtilere Facetten des Sozialverhalten wahrgenommen werden (Huston, 1983; Ruble et al., 2006). Bis in die frühe Adoleszenz steigt auch die Flexibilität des geschlechtsstereotypen Wissens weiter, bis sie sich anschließend stabilisiert oder gar etwas zurückzugehen scheint (Athenstaedt & Alfermann, 2011).

Eigenschafts-Selbstwahrnehmung: Das Wissen, das Kinder im Laufe ihrer Entwicklung in Bezug auf die Kategorie Geschlecht erwerben, wenden sie auch auf sich an (Hannover, 2000). Die Erkenntnis, dass man einem bestimmten Geschlecht angehört, wird dabei vor allem mit geschlechtskongruentem Wissen assoziiert: Während bei Jungen eher mit einer Selbstwahrnehmung und Selbstbeschreibung mit statusbezogenen und instrumentellen Stereotypen zu rechnen ist, werden sich Mädchen hingegen in höherem Maße beziehungsorientierte und expressive Stereotypen zuschreiben (Athenstaedt & Alfermann, 2011).

Dieses Selbstwissen und geschlechtskongruentes Verhalten wird den Autorinnen zufolge insbesondere dadurch gefestigt, dass präpubertäre Kinder gleichgeschlechtliche Spielkameraden präferieren. Mit einsetzender Flexibilisierung der Stereotype (siehe oben) werden auch die Selbstzuschreibungen weniger rigide (McHale, Kim, Dotterer, Crouter & Booth, 2009; Katz & Knasnak, 1994) und Kinder erkennen, dass bestimmte Charakteristika auf beide Geschlechter zutreffen können woraufhin sie beginnen, sich selbst diese Eigenschaften zuzuschreiben. Hierin spiegelt sich bereits das aktuell vorherrschende Verständnis des G-SK als bidimensionales Konstrukt wider, das sich aus einem männlichen (Maskulinität) und weiblichen Rollenkonzept (Femininität) zusammensetzt. Diese Auffassung liegt das Androgyniekonzept zugrunde, das im nachfolgenden Kapitel dargestellt wird.

6.2.4 Psychologische Androgynie

Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem G-SK blickt auf eine derzeit fast 100 Jahre andauernde Geschichte zurück. Ausgehend von der Beobachtung, dass Männer und Frauen unterschiedliche Interessen haben, begann Lewis Terman in den Zwanzigerjahren des vergangenen Jahrhunderts mit dem Versuch, Femininität und Maskulinität als stabile Eigenheiten in der Persönlichkeit eines Individuums zu verorten (Athenstaedt & Alfermann, 2011). Sowohl in der psychologischen Forschung als auch in der breiten Bevölkerung herrschte zu dieser Zeit und noch einige Dekaden später die Annahme vor, dass es sich bei Maskulinität und Femininität um die gegenüberliegenden und somit einander ausschließenden Pole eines einzigen Kontinuums handelte (Bem, 1974). Diese unidimensionale Konzeption des G-SK implizierte, dass man bspw. umso weniger maskulin war, je stärker die Femininität ausgeprägt war und umgekehrt (vgl. Abb. 8).

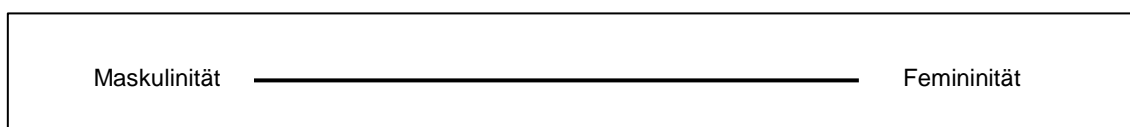


Abb. 8: Eindimensionales Modell des G-SK

Als gelungen wurde eine Geschlechtsrollenentwicklung seiner Zeit betrachtet, wenn Mädchen und Frauen weibliche Eigenschaften und Verhaltensweisen

bzw. Jungen und Männer entsprechend männliche Charakteristika in ihr Selbstbild integriert haben (Alfermann, 1996). In den Siebzigerjahren des zwanzigsten Jahrhunderts fand jedoch ein bedeutender Umbruch statt, der das bis dahin unumstrittene eindimensionale Verständnis des G-SK hinterfragte (Bem, 1974; Constantinople, 1973): Anstatt das G-SK als weiterhin als *eine bipolare* Dimension zu betrachten, wurden Maskulinität und Femininität fortan als *zwei* voneinander unabhängige, *unipolare* Dimensionen behandelt, deren Endpunkte jeweils eine niedrige bzw. hohe Ausprägung der entsprechenden Charakteristika markierten (vgl. Abb. 9).

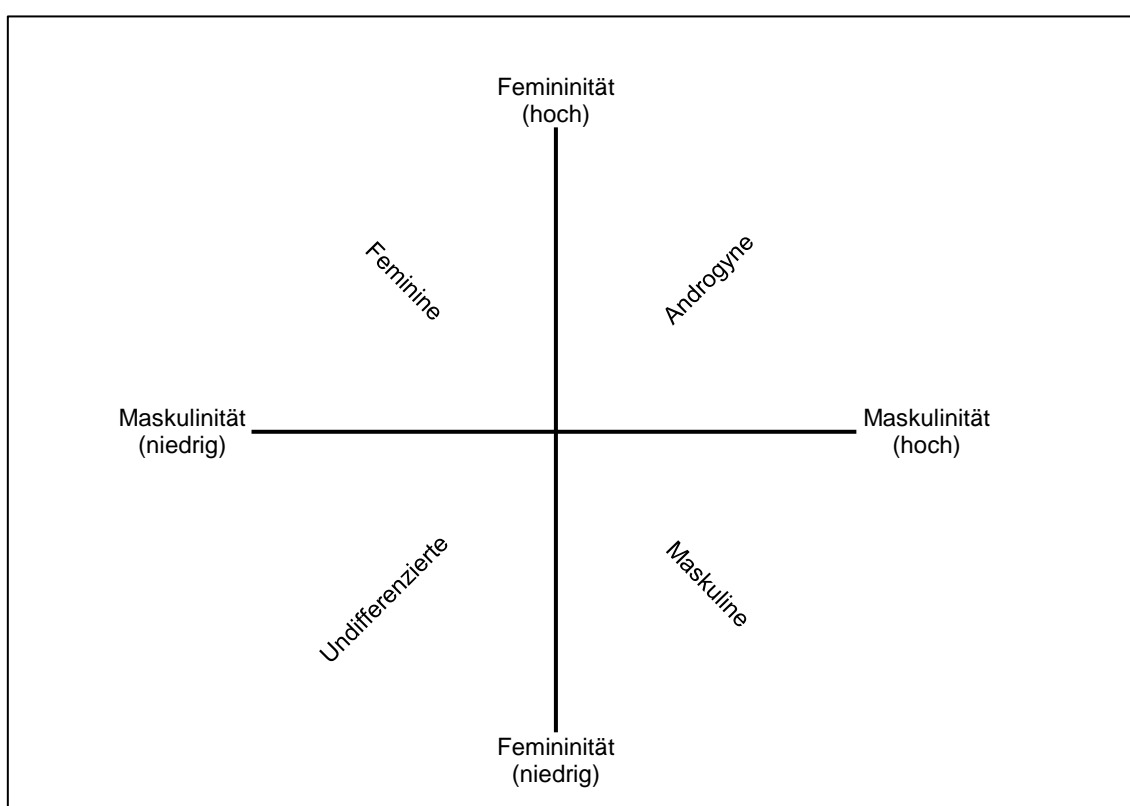


Abb. 9: Zweidimensionales Modell von Maskulinität und Femininität mit Typeneinteilung (nach Alfermann, 1996; Athenstaedt & Alfermann, 2011)

In dieser Konzeptualisierung wird die zuvor postulierte Konvergenz von G-SK und Geschlecht aufgehoben: Jedes Individuum, egal ob Mann oder Frau, kann unabhängig vom biologischen Geschlecht jeden beliebigen Punkt auf diesen beiden Dimensionen einnehmen (Alfermann, 1996) und somit gleichsam maskuline wie feminine Charakteristika ins Selbstkonzept integrieren. Die Grundannahme dieses *Androgyniekonzepts* des G-SK mit Maskulinität und Femininität als zwei unabhängigen, sich jedoch ergänzenden Dimensionen, spiegelt sich in

der Nomenklatur wider: Androgynie kommt vom Altgriechischen ἀνδρός (andros – Mann) und γυνή (gyne – Frau) und lässt sich übersetzen mit *weibliche und männliche Merkmale vereinigend*. In Abhängigkeit von der Ausprägungsstärke der beiden G-SK-Dimensionen lassen sich insgesamt vier unterschiedliche Typen klassifizieren (vgl. Abb. 9): Personen mit stark ausgeprägter Maskulinität und schwach ausgeprägter Femininität heißen *Maskuline*. Umgekehrt werden Menschen mit hoher Femininität bei gleichzeitig niedriger Maskulinität als *Feminine* bezeichnet. Bei den *Androgynen* sind beide Dimensionen stark, bei den *Undifferenzierten* jedoch schwach ausgeprägt. In Hinblick auf die Geschlechterverteilung innerhalb dieser Typen zeigt sich üblicherweise, dass mehr Männer als maskulin bzw. mehr Frauen als feminin klassifiziert werden als das jeweils andere Geschlecht, wohingegen das Verhältnis unter den Androgynen und Undifferenzierten ein ausgeglichenes ist.

Dies hier beschriebene und in Abbildung 9 illustrierte *additive Modell* von Spence, Helmreich und Stapp (1975) stellt bereits eine Weiterentwicklung des *balancierten Modells* von Bem (1974) dar, in dem die Autorin keine weitere Unterscheidung von Androgynen und Undifferenzierten vornimmt, sondern letztere ebenfalls zu den Androgynen zählt (Strauß & Möller, 1999). Eine Unterscheidung ist jedoch insofern relevant, da lediglich das Vorliegen einer Kombination positiver weiblicher und männlicher Charakteristika – nicht jedoch ihr Fehlen oder eine einseitige Ausprägung – als erstrebenswertes (Zwischen-) Ziel der Sozialisation betrachtet werden kann, auf das langfristig die Überschreitung von Geschlechterrollengrenzen folgt (Alfermann, 1996). Bem (1974) charakterisiert Androgyne als „*both* [Hervorhebung im Original] assertive and yielding, *both* [Hervorhebung im Original] instrumental and expressive – depending on the situational appropriateness of these various behaviors.” (S.155), wohingegen Maskuline und Feminine „might be seriously limited in the range of behaviors as they move from situation to situation” (S. 155). Alfermann (1996) nennt neben dieser Verhaltensebene vier weitere Ebenen, auf denen sich ein androgynes G-SK positiv von den übrigen Konstellationen abheben kann.

Persönlichkeitsebene: Androgyne weisen sowohl positive weibliche (z. B. hilfsbereit, freundlich, herzlich, einfühlsam) wie männliche Merkmale (z. B. kräftig,

aktiv, unabhängig, entschlossen) auf, die dem weiblichen Stereotyp von Emotionalität und sozialer Fürsorglichkeit bzw. dem männlichen Stereotyp von Kompetenz, Leistungsbereitschaft und Durchsetzungsfähigkeit entsprechen. Sie kombinieren somit erfolgs- und leistungsorientierte (maskuline) sowie sozial-emotionale (feminine) Eigenschaften, was sich dahingehend äußern kann, dass sie in höherem Maße teamfähig, empathisch aber auch durchsetzungsstark sind. Überdies können sie sich im Hinblick auf ihre Fähigkeiten und Fertigkeiten freier und offener entwickeln, wovon Selbstkonzept und psychische Gesundheit profitieren können.

Kognitionsebene: Androgyne müssen die Welt nicht in *männlich* oder *weiblich* einteilen oder nach Geschlechterkategorien wahrnehmen und beurteilen, sondern greifen hier auf Sachkriterien zurück.

Einstellungsebene: Androgynie ist hier bspw. gleichbedeutend mit einer toleranten Einstellung gegenüber vielfältiger Formen des Zusammenlebens beider Geschlechter bei gleichzeitiger Bevorzugung einer flexiblen, partnerschaftlichen und gleichberechtigten Arbeitsteilung.

Partnerschaftliche und familiäre Ebene: Von Androgynen kann in dieser Hinsicht erwartet werden, dass sie häufiger als anders typisierte Personen verschiedene Rollen aktiv ausüben und sie sich bspw. zeitgleich um Familie und Beruf bzw. Kindererziehung kümmern.

Verhaltensebene: Wie bereits oben vorweggenommen, bedeutet Androgynie im Hinblick auf das Verhalten, dass ein breites und flexibles Verhaltensrepertoire zur Verfügung steht, auf das nach den Erfordernissen der jeweiligen Situation – nicht entsprechend ihrer Geschlechtstypik – zurückgegriffen werden kann. Gesundheits*riskante* Verhaltensweisen wie bspw. der Alkohol- und Tabakkonsum oder aber gesundheits*förderliches* Handeln wie körperliche Aktivität und eine ausgewogene Ernährung bilden in dieser Hinsicht keine Ausnahmen.

Es zeigt sich also, dass das G-SK in hohem Maße mit dem individuellen Denken, Fühlen und vor allem aber auch Verhalten assoziiert ist. Im Hinblick auf die Entstehung von Gesundheit und Krankheit nimmt das G-SK somit eine zentrale Rolle ein. Das nachfolgende Kapitel beschreibt unter Rückgriff auf ein heuristi-

ches Modell die Zusammenhänge von G-SK, Gesundheit und gesundheitsrelevantem Verhalten.

6.3 G-SK, Gesundheit und gesundheitsrelevantes Verhalten

Es besteht Einigkeit darüber, dass sich die in Kapitel 4 beschriebenen Geschlechtsunterschiede in physischer Gesundheit bzw. Krankheit auf Geschlechtsunterschiede in gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen, in erster Linie jedoch auf das stärker ausgeprägte Risikoverhalten von Männern, zurückführen lassen (Sieverding, 2005). Wie im vorangegangenen Kapitel bereits erwähnt, spielt das G-SK auch im Hinblick auf die Ausübung dieser gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen eine wichtige Rolle. Das nachfolgend beschriebene heuristische Modell des Zusammenhangs von Geschlechterrollen und Gesundheit (vgl. Abb. 10) lokalisiert das G-SK in einem weiteren Kontext und veranschaulicht die verschiedenen Pfade, über die sich gesellschaftliche Genderkonstrukte auf den individuellen Gesundheitszustand auswirken.

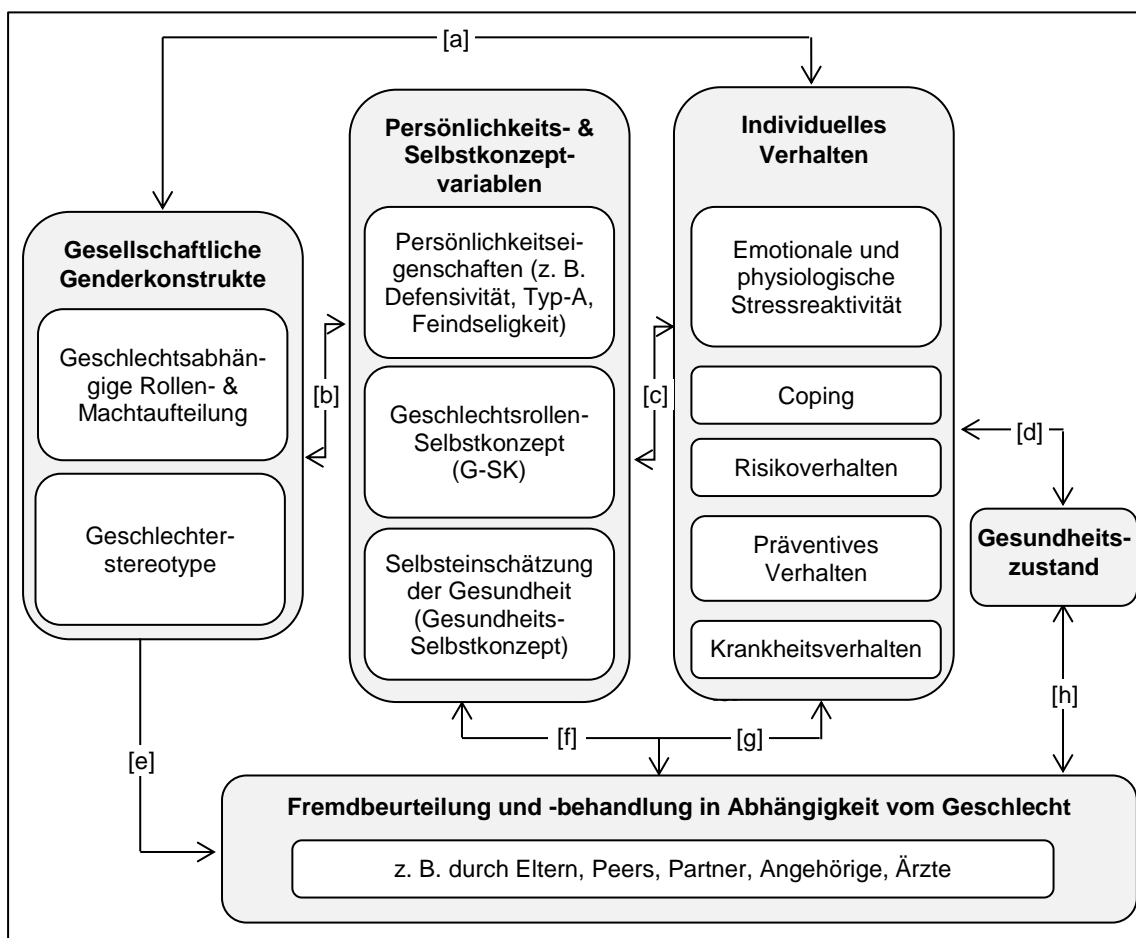


Abb. 10: Heuristisches Modell: Geschlechterrollen und Gesundheit (Sieverding, 2005)

Geschlechterrollen und -stereotype können sich zum einen direkt auf das individuelle (Gesundheits-) Verhalten wie bspw. Alkohol- und Tabakkonsum auswirken (Pfad [a]). Besonders sichtbar wird dies, wenn es im Hinblick auf das entsprechende Verhalten bestimmte geschlechtsabhängige Verbote oder Gebote gibt. Sieverding (2005) nennt in diesem Zusammenhang den Gruppendruck hin zu starkem Trinken in Männerbünden oder die Männlichkeitsdemonstration über riskantes Gesundheitsverhalten wie etwa schnelles Autofahren oder ähnliche Mutproben in männlichen Subkulturen. Ebenso führte die gesellschaftliche Ächtung des Rauchens bei Frauen dazu, dass diese bis in die Mitte des vergangenen Jahrhunderts nicht öffentlich rauchen durften (Waldron, 1988, 1997).

Sieverding (2005) zufolge werden Geschlechterstereotype und -rollen aber auch indirekt wirksam, indem sie durch Prozesse der Sozialisation, der sozialen Interaktion und der Erziehung die Entwicklung verschiedener individueller Merkmale wie etwa Persönlichkeitseigenschaften, gesundheitsrelevante Selbsteinschätzungen oder aber das G-SK bei Frauen und Männern beeinflussen (Pfad [b]). Diese individuellen Merkmale können sich wiederum auf das gesundheitsrelevante Verhalten auswirken (Pfad [c]) und hierüber den individuellen Gesundheitszustand beeinflussen (Pfad [d]). Umgekehrt ist dies jedoch ebenso möglich: Der Gesundheitszustand – bspw. im Falle einer chronischen Erkrankung wie Rheuma – kann sich auf das individuelle Verhalten (hier: körperliche Aktivität) auswirken und hierüber auch Persönlichkeit und Selbstkonzept beeinflussen. Des Weiteren postuliert das Modell, dass die gesellschaftlichen Gender-Konstrukte auch die Fremdbeurteilung und -behandlung bspw. durch Ärzte, Eltern und Peers beeinflusst (Pfad [e]), was sich wiederum im Selbstkonzept (Pfad [f]) oder im individuellen Verhalten niederschlagen kann (Pfad [g]) oder die Wahrnehmung der Gesundheitszustands einer Person beeinflusst (Pfad [h]). Indizien für die Existenz der drei letztgenannten Effekte Pfade [f], [g] und [h] liefern verschiedene Studien, die bspw. zeigen, dass Ärzte Männer und Frauen trotz ähnlicher Symptome unterschiedlich behandeln, indem sie sich etwa bei Frauen mehr Zeit für das Erstgespräch nehmen, seltener invasive Verfahren anwenden und eher auf psychogene als auf organische Ursachen hin untersuchen als dies bei Männern der Fall ist (Conen & Kuster, 1988). Doch nicht nur in der Interaktion mit professionellen Kräften aus dem Gesundheits-

wesen, sondern auch im alltäglichen Umgang mit anderen Vertretern der Bezugsgruppe zeigen sich Unterschiede. Während es unter Frauen in höherem Maße üblich ist, sich über gesundheitliche Belange und den eigenen Körper auszutauschen, sind solche Themen bei Männern eher selten Gesprächsgegenstand oder gar tabu (Sieverding, 2007). Eine entscheidende Rolle hinsichtlich gesundheitsrelevantem Verhalten spielt auch der sozialisierende Einfluss der Eltern (Bois, Sarrazin, Brustad, Trouilloud & Cury, 2002; Fredricks & Eccles, 2005). In Bezug auf körperliche Aktivität etwa hat sich gezeigt, dass Eltern eine entscheidende Rolle bei der Vermittlung von Stereotypen und Geschlechterrollen auf ihre Kinder spielen und somit auf die Entwicklung deren Selbstkonzepts einwirken (Chalabaev, Sarrazin, Fontayne, Bioché & Clement-Guillotin, 2013). Im Vergleich zu den Eltern von Mädchen beurteilen die Eltern von Jungen bspw. die Sportkompetenz ihres Kinds höher, sie erachten Sport auch als wichtiger, ermutigen ihre Kinder häufiger zum Sporttreiben und verschaffen ihnen überdies auch öfter die Gelegenheit, aktiv zu sein (Fredricks & Eccles, 2005).

Gegenstand der vorliegenden Arbeit sind die Zusammenhänge von G-SK mit der körperlichen Aktivität und dem Essverhalten einerseits und mit gesundheitsbezogenen Selbsteinschätzungen im Sinne des Gesundheits-Selbstkonzepts andererseits. Nachdem in Kapitel 6.2 bereits dargelegt wurde, wie gesellschaftliche Gender-Konstrukte internalisiert werden und sich das G-SK entwickelt (Pfad [b]), gilt es mit Blick auf das oben skizzierte Modell zwei weitere Fragen aufzugreifen: 1) Wie lassen sich die Zusammenhänge von G-SK und individuellem Verhalten (Pfad [c]) theoriebasiert erklären? und 2) In welchem Verhältnis steht das G-SK zu den anderen Selbstkonzeptvariablen – bspw. dem „Gesundheits-Selbstkonzept“ (Sieverding, 2005, S. 58), also der subjektiven Selbsteinschätzung der Gesundheit bzw. ihrer verschiedenen Indikatoren?

6.3.1 G-SK und Verhalten aus motivationstheoretischer Perspektive

Die motivationspsychologische Forschung liefert Aufschlüsse zu den Beweggründen, die den sicht- und messbaren Geschlechtsunterschieden im Verhalten zugrunde liegen. Mögliche Perspektiven in diesem Zusammenhang sind bspw. die Wahl eines bestimmten Verhaltens (z. B. eine ausgewogene Ernährung oder körperliche Aktivität), die Beharrlichkeit und die Tatkraft während dessen

Ausübung sowie die dabei vollbrachte Leistung (Wigfield & Eccles, 2000; Eccles, Wigfield & Schiefele, 1998; Pintrich & Schunk, 1996). Hierfür wird hauptsächlich auf eine Reihe unterschiedlicher Theorien zurückgegriffen, die sich in vier Kategorien einteilen lassen (Meece, Bower Glienke & Burg, 2006):

Attributionstheorien legen einen Schwerpunkt auf die kognitiven Prozesse, die im Zusammenhang mit der Interpretation von Erfolgs- und Misserfolgserlebnissen in Leistungskontexten (z. B. akademisch, sportlich) ablaufen. Diese Theorien erklären Geschlechtsunterschiede in der Handlungsmotivation (und damit auch im manifesten Verhalten) bspw. durch Geschlechtsunterschiede in der ergebnisbezogenen Erwartungshaltung, mit der Frauen und Männer an spezifische Aufgaben herantreten oder Unterschieden in dem Ausmaß, wie sie Ursachen für (Miss-)Erfolg sich selbst zuschreiben oder auf äußere Umstände zurückführen (internale vs. externale Kausalattribution). So kann bspw. als gesichert erachtet werden, dass Männer in höherem Maße ihre eigenen Fähigkeiten als ursächlich für ihren Erfolg erachten, während Frauen dies stärker in Bezug auf Misserfolge tun (Bar Tal, 1978; Crandall, Katkowsky & Crandall, 1965; Frieze, 1975; Macmahan, 1973).

Selbstwirksamkeitstheorien erklären motivationsbezogene Geschlechtsunterschiede damit, dass sich Jungen und Männer bzw. Mädchen und Frauen in unterschiedlichem Maße zutrauen, gewisse Aufgaben unter bestimmten Umständen zu bewältigen, d.h. inwiefern sie *selbstwirksam* sind (Bandura, 1986). Im schulischen Kontext zeigt sich dies bspw. bei Aufgaben und Anforderungen aus dem naturwissenschaftlich-mathematischen Bereich, wo Jungen eine höhere Selbstwirksamkeit zeigen (Anderman & Young, 1994; Pajares, 1996; Pintrich & DeGroot, 1990; Zimmerman & Martinez Pons, 1990) während Mädchen diese bei sich höher einschätzen, wenn es etwa um das Schreiben geht (Pajares & Valiante, 1997, 2001).

Zieltheorien führen Geschlechtsunterschiede in der Handlungsmotivation darauf zurück, dass sich die Geschlechter in Bezug auf die mit einer bestimmten Handlung angestrebten Ziele unterscheiden. Hierbei lassen sich Leistungsziele und Lernziele voneinander abgrenzen. Personen mit Leistungszielorientierung streben danach, im Vergleich mit Anderen möglichst gut dazustehen, lernziel-

orientierte Personen hingegen konzentrieren sich darauf neue Fähigkeiten zu erwerben und bestehende zu verbessern (Dweck, 1986). Nach Elliott (1998) lassen sich Individuen überdies dahingehend unterscheiden, *wie* sie diese Ziele in Leistungssituationen verfolgen. Elliott (1998) beschreibt in diesem Zusammenhang die zwei grundlegenden Strategien der Annäherung und Vermeidung: Annäherung beschreibt dabei das Streben nach dem Erreichen eines positiven und angenehmen Zustands, während Vermeidung darauf abzielt, negative und unangenehme Zustände abzuwenden. Mit Blick auf die Geschlechtsunterschiede lässt sich konstatieren, dass Mädchen und Frauen tendenziell eine stärkere Lernzielorientierung aufweisen als Jungen und Männer, welche hingegen stärker leistungszielorientiert sind (Anderman & Young, 1994; Middleton & Midgley, 1997). Auch in den Zielverfolgungsstrategien zeigen sich Geschlechtsunterschiede: Während Männer in stärkerem Maße Annäherungsstrategien anwenden (Fried-Buchalter, 1997; MacDonald & Hyde, 1980), kommen bei Frauen häufiger Vermeidungsstrategien zum Einsatz (Severiens & ten Dam, 1998).

Erwartungs-mal-Wert-Theorien schließlich stützen sich auf die Annahme, dass Menschen bei der Wahl zwischen verschiedenen Handlungsalternativen jene Verhaltensweise vorziehen, bei der das Produkt aus einem erzielbaren Wert (Anreiz) mit der Wahrscheinlichkeit, ihn zu erzielen (Erwartung), maximal ist (Beckmann & Heckhausen, 2010). Die Geschlechtsunterschiede im beobachtbaren Verhalten lassen sich nach dieser Auffassung somit auf Unterschiede in der Gewichtung der beiden Variablen Erwartung und Wert, die wiederum vielfältigen Einflüssen unterliegen, zurückführen. Eine solche Erwartungs-mal-Wert-Theorie, die das G-SK berücksichtigt und sich bereits in einer Vielzahl unterschiedlicher Kontexten – darunter auch die Vorhersage körperlichen Aktivitätsverhaltens – als sehr nützlich erwiesen hat, ist das Eccles Expectancy-Value Model (Eccles, 1993, Eccles et al., 1983, 1998). Aufgrund seiner Relevanz im Hinblick auf die Entwicklung des eigenen Erklärungsansatzes (siehe Kapitel 8) in der vorliegenden Arbeit sei es an dieser Stelle beschrieben:

Das Modell (vgl. Abb. 11) wurde entwickelt, um individuelles Verhalten und die diesem Verhalten zugrunde liegende Motivation zu erklären, wobei die Genderperspektive eine zentrale Rolle spielt (Fredricks & Eccles, 2005).

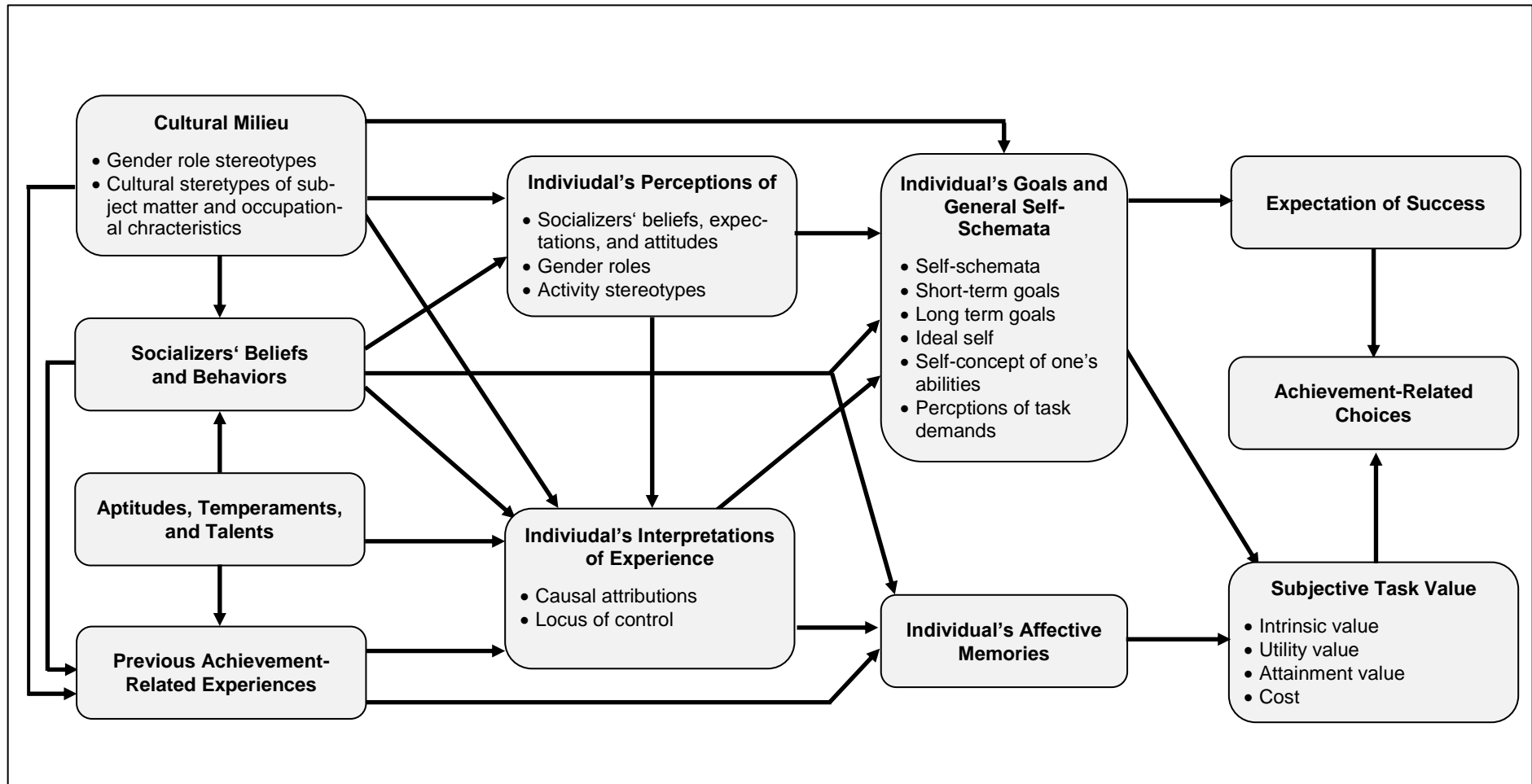


Abb. 11: Das Eccles Expectancy-Value Modell (Eccles et al., 1983)

In diesem Modell wird menschliches Handeln (*achievement-related choices*) – d. h. die (Nicht-)Ausübung einer bestimmten Verhaltensweise sowie die darin gezeigte Leistung und Ausdauer – aus dem Zusammenspiel von Wert- (*subjective task value*) und Erwartungsvariablen (*expectation of success*) erklärt. Diese sind den Autoren zufolge die wichtigsten direkten und voneinander unabhängigen Prädiktoren des Verhaltens. Sie unterliegen jedoch Erfahrungs-, Erziehungs-, Persönlichkeits- und Kultureinflüssen, die – vermittelt über diese beiden Kernvariablen – ebenfalls eine Wirkung auf das Verhalten entfalten (Brunstein & Heckhausen, 2010).

Erfolgserwartungen gelten in der motivationspsychologischen Forschung schon lange als wichtige Einflussgrößen auf das menschliche Verhalten (z. B. Atkinson, 1964; Lewin, 1938). Im dargestellten Modell sind sie eng mit individuellen Fähigkeitszuschreibungen verknüpft, die ihrerseits auf vorangegangenen Erfahrungen aufbauen. Hat also eine Person eine bestimmte Aufgabe (z. B. einen 10-Kilometer Volkslauf) zu einem früheren Zeitpunkt bereits erfolgreich gemeistert, verändert dies ihre Kompetenzbeurteilung in diesem Bereich, weswegen sie eine künftige Aufgabe vergleichbarer Art (z. B. einen Halbmarathon) mit positiveren Erfolgserwartungen angehen wird. Geschlechtsunterschiede in Bezug auf handlungsbezogene Erfolgserwartungen zeigen sich insbesondere im Zusammenhang mit geschlechterstereotypen Verhaltensweisen wie bspw. körperlich-sportlicher Aktivität (Eccles & Harold, 1991, Eccles Wigfield, Harold & Blumenfeld, 1993) oder in verschiedenen akademischen Disziplinen wie Mathematik, Lesen und Musik (Eccles, 1984; Eccles et al. 1993; Fredricks & Eccles, 2002; Jacobs, Lanza, Osgood, Eccles & Wigfield, 2002), was die Bedeutsamkeit sozial-konstruierter Geschlechterrollen sowie die Identifikation mit ihnen im G-SK für die Handlungsmotivation unterstreicht.

Während diese *Erfolgserwartung* als sehr wichtiger Prädiktor für die bei der Ausübung eines Verhaltens erbrachte Leistung gilt, ist der einer Handlung beigemessene *Wert* ein stärkerer Prädiktor für die Wahl und Aufnahme einer bestimmten Tätigkeit (Meece et al., 2006). Dieser Wert eines bestimmten Verhaltens setzt sich aus vier Komponenten zusammen: 1) dem Selbstwert (*intrinsic value*), d. h. Freude und Vergnügen, die während der Ausübung empfunden werden, 2) dem Nutzwert (*utility value*), d. h. das Ausmaß, zu dem das Verhal-

ten hinsichtlich des Erreichens aktueller und künftiger Ziele dienlich ist, 3) dem Verwirklichungswert (*attainment value*), d. h. wie wichtig es einer Person ist, beim gezeigten Verhalten eine gute Leistung zu zeigen und 4) den Kosten (*cost*), d. h. die Wahrnehmung negativer Aspekte, die mit der Ausübung des Verhaltens assoziiert sind (Eccles et al. 1983; Fredricks & Eccles, 2005; Wigfield & Eccles, 1992). In gleichem Maße wie bei den Erfolgserwartungen wirken auch auf den einer Handlung zugeschriebenen Wert verschiedene Einflussgrößen aus dem sozialen und kulturellen Umfeld einer Person.

Für die forschungsleitende Fragestellung der vorliegenden Arbeit besonders relevant ist in diesem Zusammenhang insbesondere der Einfluss des G-SK. Entscheidend hierbei ist, dass für Personen in Abhängigkeit von der Ausprägung ihres G-SK verschiedenen Persönlichkeitseigenschaften einen unterschiedlichen Stellenwert haben: Die maskuline Geschlechterrolle misst Attributen wie Konkurrenzdenken, Unabhängigkeit, Kraft und physischer Durchsetzungsfähigkeit eine wesentlich stärkere Bedeutung bei als die feminine Geschlechterrolle, mit welcher Eigenschaften wie Empathie, Vorsicht und ein Streben nach Sicherheit und Wohlergehen in höherem Maße assoziiert sind (Courtenay, 2000; Sieverding, 2005). Je nachdem, inwiefern bestimmte Verhaltensweisen diese Charakteristika verkörpern, desto größer ist der Wert, den ihre Ausübung für Personen mit einem entsprechenden G-SK hat und desto wahrscheinlicher ist es somit, dass ein entsprechendes Verhalten gezeigt wird (Eccles & Harold, 1991).

Dass Jungen und Männer bspw. häufiger Fußball spielen als dass sie Ballett machen oder sie ein ungünstigeres Essverhalten – gekennzeichnet durch einen höheren Fleisch- und niedrigeren Obst- und Gemüseverzehr als Frauen – zeigen (vgl. Kapitel 5), lässt sich folglich dahingehend interpretieren, dass diese Verhaltensweisen mit der maskulinen Geschlechterrolle kompatibel sind und ihre Ausübung für sie daher einen höheren Wert besitzt. Wie oben erwähnt, setzt sich dieser Wert aus vier Komponenten *intrinsic value*, *utility value*, *attainment value* und *cost* zusammen. Das Konstrukt des *intrinsic value* ist jenem der intrinsischen Motivation sehr ähnlich (Wigfield & Eccles, 2000), das Deci und Ryan (1985, 2000) beschreiben. Der Anreiz zur Ausübung einer Tätigkeit

liegt in beiden Fällen in der Handlung selbst. Der Tätigkeitsvollzug ist somit Selbstzweck und wird nicht dazu instrumentalisiert, handlungsexterne Ziele wie bspw. eine Belohnung zu erhalten oder sich in einem gewissen Licht zu präsentieren. Genau dies verbirgt sich jedoch hinter den Konstrukten des *utility* bzw. *attainment values*, die ihrerseits Ähnlichkeit mit der von Deci und Ryan (1985, 2000) beschriebenen extrinsischen Motivation haben (Wigfield & Eccles, 2000).

Bieten Handlungen einen intrinsischen Anreiz, stellen sich während des Vollzugs Gefühle wie Freude und Befriedigung ein, was letztendlich dazu führt, dass diese Verhaltensweisen mit höherer Wahrscheinlichkeit dauerhaft und auch angesichts widriger Umstände ausgeführt werden. Im Hinblick auf gesundheitsförderliche Verhaltensweisen wie körperliche Aktivität und eine ausgewogene Ernährung ist dies natürlich wünschenswert.

Es stellt sich somit die Frage, welche tätigkeitsbezogenen und individuellen Faktoren zusammenspielen müssen, damit sich dieser Zustand einstellt. Eine Antwort hierauf bleiben Eccles und Kollegen im ursprünglichen Modell (1983) sowie in jüngeren Publikationen (Fredricks & Eccles, 2005; Wigfield & Eccles, 2000) schuldig. Zwar wird die Ausprägung der extrinsischen Werte Nutzwert (*utility value*) und Verwirklichungswert (*attainment value*) dadurch erklärt, dass der Vollzug einer bestimmten Handlung aufgrund der mit dieser Handlung assoziierten Charakteristika funktional ist im Hinblick auf die Verwirklichung bestimmter Ziele (Eccles et al, 1983), wovon jedoch das Ausmaß des intrinsischen Anreizes abhängt, bleibt unklar. Es scheint davon ausgegangen zu werden, dass sich dieser einfach einstellt: „For example, playing sports could be intrinsically rewarding because it makes the individual feel healthy, (...)“ (Eccles & Harold, 1991, p. 15).

Weil sich das Eccles Expectancy-Value Modell in dieser Frage als wenig aufschlussreich erweist, lohnt sich ein ergänzender Blick auf Deci & Ryans (1985, 2000) Selbstbestimmungstheorie, die sich aufgrund deutlicher konzeptioneller „Überschneidungen“ (Wigfield & Eccles, 2000, p. 73) sowie ihrer bereits weiten Verbreitung in der gesundheitspsychologischen Forschung (z. B. Levesque, Williams, Elliot, Pickering, Bodenhammer & Finley, 2007; Pelletier et al., 2004; Ryan, Patrick, Deci & Williams, 2008; Ryan, Plant & O'Malley, 1995; Williams,

Freedman & Deci, 1998; Williams, Rodin, Ryan, Grolnick & Deci, 1998; Wilson, Mack & Grattan, 2008) anbietet und in der Einflussfaktoren auf die intrinsische Motivation beschrieben sind.

Die Selbstbestimmungstheorie basiert auf der Annahme, dass der Mensch drei angeborene Grundbedürfnisse hat, die das ihm innewohnende Streben nach Integrität und Wohlbefinden bestimmen. Ryan & Deci (1985, 2000) zufolge handelt es sich dabei um das Bedürfnis nach Autonomie (*autonomy*), Kompetenzerleben (*competence*) und sozialer Einbindung (*relatedness*). Werden diese Bedürfnisse durch den Handlungsvollzug befriedigt, fördert dies die intrinsische Motivation und es stellt sich typischerweise das positive Gefühl der eigenen Wirksamkeit sowie erlebter Urheberschaft ein (Rheinberg, 2010). Intrinsisch motiviert ist ein Verhalten dann, wenn es ausschließlich zum Selbstzweck durchgeführt wird und somit unabhängig von äußeren Anreizen (z. B. Belohnung) ist. Gemäß Ryan und Deci (2000) wird in intrinsisch motiviertem Verhalten die dem Menschen angeborene Neigung nach (Weiter-)Entwicklung, Kreativität und Wachstum sichtbar. Dies spiegelt sich in gesteigertem Interesse, Eifer, Durchhaltevermögen und Zuversicht wider und geht mit allgemeinem Wohlbefinden, besseren Leistungen und höherem Selbstbewusstsein einher (Deci & Ryan, 2000).

Autonomie beschreibt nach Ryan, Kuhl und Deci (1997) die Prozesse, durch die das Handeln und Erleben vom Selbst initiiert und gesteuert werden. Des Weiteren führen sie aus, dass „the greater one’s autonomy, the more one acts in accord with self-endorsed values, needs, and intentions rather than in response to controlling forces external to the self (...)“ (Ryan et al., 1997, p. 702). Anders als beim Kompetenzerleben, das für jede Art der Motivation nötig ist, muss ein bestimmtes Verhalten mit der Wahrnehmung von Autonomie einhergehen, damit intrinsische Motivation entsteht (Deci & Ryan, 2000). Eine ebenfalls eher untergeordnete Rolle für die Ausprägung intrinsischer Motivation - insbesondere bei Tätigkeiten, die wie bspw. ein Waldlauf oder der Verzehr einer gesunden Mahlzeit häufig alleine ausgeführt werden – spielt auch die soziale Einbindung. Vielmehr stellt ihre Existenz eine distale Grundvoraussetzung dar,

eine Art Sicherheit, die die Basis schafft, auf der sich intrinsische Motivation entwickeln kann (Deci & Ryan, 2000).

Somit steht und fällt das Ausmaß der intrinsischen Motivation mit der Befriedigung der drei Grundbedürfnisse, insbesondere jedoch der des Autonomiebedürfnisses. Sind tätigkeitsbezogene Werte, Ziele und Einstellungen kongruent mit dem bereits bestehenden individuellen Wertesystem im Selbst, so vermag der Handlungsvollzug dieses Autonomiebedürfnis zu stillen, was der intrinsischen Motivation dienlich ist (Ryan et al., 1997). Das Geschlechtsrollen-Selbstkonzept – also die Identifikation mit gesellschaftlichen Geschlechterrollen im Selbst – bildet einen Teil dieses individuellen Wertesystems (Athenstaedt & Alfermann, 2011; Sieverding, 2005, 2007, 2010). Es kann somit davon ausgegangen werden, dass die Ausübung bestimmter Verhaltensweisen, die mit dem G-SK kompatibel sind, das individuelle Autonomiebedürfnis befriedigen, was wiederum die Ausprägung intrinsischer Motivation begünstigt. Körperliche, insbesondere jedoch intensive körperlich-sportliche Aktivität mit ihren Anforderungen an Kraft und Schnelligkeit, Mut, Kampfeswille und Härte (Pfeffer & Alfermann, 2009), ist mit einem maskulinen G-SK hochgradig kompatibel. Im Gegensatz dazu gilt die mit einem ausgewogenen und gesundheitsförderlichen Essverhalten assoziierte Mäßigung und Zurückhaltung sowie die Wahl von weniger energiereichen und im Volksmund *gesunden* Speisen wie bspw. Obst und Gemüse als typisch weiblich (Setzwein, 2004, 2009), weswegen sie in höherem Maße mit einem femininem G-SK in Einklang steht.

Dies lässt die Annahme zu, dass aufgrund der im situationsspezifischen Handlungsvollzug erfolgenden Befriedigung des Autonomiebedürfnisses die intrinsische Motivation zu körperlicher Aktivität mit der Maskulinitätsdimension des G-SK zusammenhängt während jene zu einem gesundheitsförderlichen Essverhalten mit der Femininitätsdimension assoziiert ist. Mit Blick auf das ursprüngliche Modell, das auf Grundlage des Eccles Expectancy-Value Modells und der Selbstbestimmungstheorie erweitert wurde, ist somit folgender Wirkungszusammenhang denkbar, der in der vorliegenden Arbeit überprüft werden soll (siehe Kapitel 8): Der von Sieverding (2005, 2010) postulierte Zusammenhang von G-SK und gesundheitsrelevantem Handeln – hier: die Ausübung körperli-

cher Aktivität und das Essverhalten – ist kein direkter, sondern wird über die verhaltensspezifische intrinsische Motivation mediiert. Männer und Frauen mit stark ausgeprägter Maskulinität sind in höherem Maße intrinsisch motiviert, körperlich aktiv zu sein, was sich im tatsächlichen Aktivitätsverhalten niederschlägt. Gleiches gilt für ein gesundheitsförderliches Essverhalten, nur dass hier die Femininitätsdimension ausschlaggebend ist.

Im nachfolgenden Abschnitt richtet sich nun der Fokus auf die theoretischen Grundlagen des Zusammenhangs von G-SK und weiteren Selbstkonzeptvariablen. Hiermit wird ein weiterer Grundstein für die Entwicklung der forschungsleitenden Fragestellung der vorliegenden Arbeit gelegt, im Rahmen derer eine Untersuchung der Assoziationen von G-SK und verschiedenen Aspekten des Gesundheits-Selbstkonzepts – also der Selbsteinschätzung der Gesundheit und damit verwandter Konstrukte – erfolgt.

6.3.2 Zusammenhang von G-SK mit weiteren Selbstkonzeptfacetten

Wie in Kapitel 4 bereits dargestellt, zeigen epidemiologische Studien mit beachtlicher Konstanz, dass es um die Gesundheit von Jungen und Männern – bis auf vereinzelte Indikatoren – im Allgemeinen schlechter bestellt ist als um jene von Mädchen und Frauen. Paradoxaerweise schätzen sie jedoch ihren Gesundheitszustand gleichzeitig optimistischer ein. Mitentscheidend für diese Divergenz von objektivem und subjektivem Gesundheitszustand sind gesellschaftliche Geschlechterrollen, die Männern eine geringere Klagsamkeit und Beschwerdeäußerung sowie – zumindest in einem gewissen Umfang – die Demonstration von Robustheit, Toughness und Stärke auferlegen, während für Frauen das Gegenteil zu gelten scheint und ein entsprechendes Verhalten gesellschaftlich toleriert wird (Sieverding, 2010; Waldron, 1998).

Es kann somit davon ausgegangen werden, dass das Geschlechtsrollen-Selbstkonzept, also das Ausmaß, zu dem sich ein Mensch mit diesen Geschlechterrollen identifiziert, mit dem Gesundheits-Selbstkonzept, also der Selbsteinschätzung der eigenen Gesundheit, assoziiert ist. Dies wirft die übergeordnete Frage auf, inwiefern sich generell Zusammenhänge zwischen dem G-SK und weiteren Selbstkonzeptvariablen identifizieren lassen und von welchen Faktoren diese Zusammenhänge beeinflusst werden.

Marsh und Byrne (1991) haben hierzu in sehr aufwendigen Studien verschiedene Modelle dahingehend überprüft, inwiefern Maskulinität und Femininität die Ausprägung verschiedener Selbstkonzeptfacetten vorherzusagen vermochten. Ausgangspunkt ihrer Untersuchung war die Feststellung, dass die meisten bis dato existierenden Modelle das Selbstkonzept lediglich als globales und domänenübergreifendes Konstrukt konzeptualisiert und auch operationalisiert haben, was jedoch dessen Vielschichtigkeit (Shavelson et al., 1976) nicht gerecht wird und somit auch den Blick auf mögliche Zusammenhänge mit einzelnen Facetten des Selbstkonzept versperrte. Stattdessen wählten die Autoren Instrumente (*SDQ II* von Marsh, 1988; *SDQ III* von Marsh, 1990) aus, die auf dem Konzept von Shavelson et al. (1976) basieren und eine Untersuchung der domänenspezifischen Ausprägung des Selbstkonzepts zulassen.

Die durchgeführten Analysen bestätigten die Annahme, dass sich in Abhängigkeit von der untersuchten Selbstkonzeptfacette deutliche Assoziationen mit der Maskulinitäts- bzw. Femininitätsdimension des G-SK zeigen. In Bezug auf das Körperkonzept – also der subjektiven Wahrnehmung der Befragten in Bezug auf deren Können im Sport, bei Spielen und körperlichen Aktivitäten, erwies sich bspw. Maskulinität als starker positiver ($\beta=.47$, $p<.05$) und Femininität gar als negativer ($\beta=-.09$; $p<.05$) Prädiktor. Auf Grundlage der Summe ihrer Untersuchungsergebnisse formulierten Marsh und Byrne (1991) das *Differentiated Androgyny Model*, dessen zentrale Annahmen die Autoren wie folgt zusammenfassen:

Its critical prediction, however, is that the relative contribution of M [Maskulinität, Anm. des Autors] and F [Femininität, Anm. des Autors] will differ systematically according to the specific facet of self-concept. (...). M will be significantly more strongly related (for both males and females) to those facets of self-concept that are more logically related to M; and (...) F will be significantly more strongly related (for both males and females) to those facets of self-concept that are more logically related to F. (Marsh und Byrne, 1991, p. 813)

Was Marsh und Byrne (1991) als „logically related“ (p.813) bezeichnen, baut auf den Ausführungen von Flaherty und Dusek (1980) auf, die hierfür jedoch weniger missverständliche Worte fanden:

The relation of masculinity and femininity to self-concept depends on the aspect of self-concept that is being measured. If the self-concept measure reflects a traditional masculine orientation, then androgynous and masculine subjects, regardless of sex, will score high. If the self-concept measure reflects the traditionally female expressive role, the androgynous and feminine subjects will score high. (Flaherty & Dusek, 1980, p. 990)

Zusammenfassend lässt sich also konstatieren, dass der Zusammenhang von G-SK und Selbstkonzept hochgradig kontextspezifisch ist und in Abhängig von der untersuchten Domäne variiert. In Bereichen, die die traditionell männliche Geschlechterrolle widerspiegeln, kann davon ausgegangen werden, dass jene Typen mit einer stark ausgeprägten Maskulinität (Androgyne und Maskuline) ein positiveres Selbstbild zum Ausdruck bringen, während bei Personen mit hoher Femininität (Androgyne und Feminine) das Selbstkonzept in Bezug auf traditionell weibliche Domänen in dieser Weise stärker ausgeprägt ist.

Während dies bei einer Vielzahl von Selbstkonzept-Domänen wie bspw. körperlicher Aktivität, schulischer Leistung oder auch äußerem Erscheinungsbild zu beobachten ist, liegen in Bezug auf das Gesundheits-Selbstkonzept nur unzureichende Erkenntnisse vor. Die vorliegende Arbeit setzt an dieser Forschungslücke an und sucht zu erklären, welche Zusammenhänge sich zwischen G-SK und dem Gesundheits-Selbstkonzept, operationalisiert als Selbsteinschätzungen der globalen Gesundheit, der Beschwerdewahrnehmung und des motorischen Funktionszustands, identifizieren lassen.

Zuvor jedoch erfolgt im nachfolgenden Kapitel eine intensive Auseinandersetzung mit dem aktuellen Forschungsstand zu den Assoziationen von G-SK mit der Ausübung körperlicher Aktivität und dem Essverhalten sowie objektiven und subjektiven Indikatoren der physischen und psychischen Gesundheit.

7 Forschungsstand

Dass gesellschaftliche Gender-Konstrukte wie Geschlechterrollen und -stereotype mit der Ausprägung verschiedener Gesundheitsindikatoren assoziiert sind und gesundheitsrelevante Verhaltensweisen beeinflussen können, ist mittlerweile unumstritten (z. B. Alfermann, 1996, 2006; Altgeld & Kolip, 2009; Athenstaedt, Mikula & Brandt, 2009; Athenstaedt & Alfermann, 2011; Benyami- ni, 2011; Chalabaev, Sarrazin, Fontayne, Bioché, Clément-Guillot, 2013; Courtenay, 2000; Darlison, 2000; Dinges, 2010; Evans, Frank, Oliffe & Gregory, 2011; Faltermeier, 2004, 2005; Gerhards, Rössel, Beckert-Zieglschmid & Ben- nat, 2004; Hurrelmann, 2010; Kolip & Hurrelmann, 2002; Marcell, Ford, Pleck & Sonenstein, 2007; Möller-Leimkühler, 2003; Morrison & Bennett, 2009; Pfeffer & Alfermann, 2009; Raithel, 2004; Sanderson, 2013; Setzwein, 2004, 2009; Sie- verding, 2000, 2010; Waldron, 1997).

Eine zentrale Rolle spielt hierbei das Geschlechtsrollen-Selbstkonzept (G-SK), also die Identifikation mit ebendiesen gesellschaftlichen Konstruktionen von Maskulinität und Femininität, das sich auf die Gesundheit sowie gesundheitsre- levantes Handeln auswirken kann (Sieverding, 2005, 2010). Die Frage, welche dieser postulierten Zusammenhänge sich auch empirisch beobachten lassen, ist Gegenstand dieses Kapitels. Hierfür wird der aktuelle Forschungsstand zu dieser Thematik systematisch aufbereitet und die Evidenz der Zusammenhänge dargestellt.

7.1 Suchstrategie

Um sicherzustellen, dass die Literaturübersicht der vorliegenden Arbeit auf ei- nem möglichst aktuellen Stand ist, wurden insgesamt zwei systematischen Re- cherchen durchgeführt, wobei jeweils das nachfolgend beschriebene Vorgehen angewandt wurde. Auf Grundlage der Ergebnisse der ersten Recherche, die im Oktober 2011 stattfand, wurde die forschungsleitende Fragestellung der vorlie- genden Arbeit generiert, das Vorgehen im Rahmen der empirischen Untersu- chung abgeleitet sowie die Untersuchungshypothesen formuliert. Die zweite Recherche, die am 04. November 2013 nach identischem Muster durchgeführt

wurde, sollte gewährleisten, dass alle Artikel, die zwischenzeitlich publiziert wurden, ebenfalls aufgenommen werden konnten²⁴.

Die Identifikation relevanter Artikel erfolgte mittels computergestützter Recherche in den Datenbanken *Cochrane Library*, *PubMed*, *Web of Science*, *PsycINFO*, *PsychARTICLES* und *SportDISCUS*. Der bei der Datenbankrecherche verwendete Suchterm setzte sich aus einer Kombination von konstrukt- sowie outcomebezogenen Begriffen in englischer Sprache zusammen, von denen jeweils mindestens ein Begriff enthalten sein musste, um einen entsprechenden Artikel als relevant zu identifizieren. Um bei der Datenbankrecherche keine Artikel zu übersehen, in denen die Suchbegriffe in unterschiedlichen Wortkombinationen (z. B. *gender role self-concept*, *gender role identity* oder *-orientation*), Schreibweisen (z. B. *behavior* oder *behaviour*) oder auch Wortarten (z. B. Verbform: *dieting* oder Adjektiv: *dietary*) verwendet wurden, sind an geeigneten Stellen trunkeerte Terme verwendet worden.

Als konstruktbezogene Suchbegriffe wurden *gender role**, *sex role**, *masculin** und *feminin** eingesetzt, während *health*, *perceived health*, *self-perceived health*, *complaint**, *fitness*, *health behavi**, *physical activ**, *exercis**, *leisure**, *sport**, *diet**, *nutrition*, *eating** und *food* im Hinblick auf die Outcome-Variable Verwendung fanden. Um die Anzahl irrelevanter Suchergebnisse möglichst gering zu halten, wurden bei den unterschiedlichen Datenbanken vereinzelt Einstellungen vorgenommen, die einen Einschluss dieser Artikel verhindern sollten. So wurde bspw. bei der Recherche in PubMed unter anderem als Option die Zielpopulation *Mensch* ausgewählt, was die nachfolgende Aufnahme von Studien ausschloss, die sich mit Tieren befasste.

Da sich die durchsuchten Datenbanken mitunter erheblich hinsichtlich ihrer Benutzeroberfläche und den wählbaren Optionen unterscheiden, sind nachfolgend in Tabelle 10 die Angaben zu den gewählten Einstellungen sowie die exakten Suchterme aufgeführt, anhand derer sich die Literaturrecherche jederzeit replizieren ließe. In Anlehnung an die Empfehlungen von de Vet, Terwee, Mokkink und Knol (2011) wurden am Ende des Auswahlprozesses nochmals die Litera-

²⁴ Die nachfolgend aufgeführten Zahlen bzgl. der in den einzelnen Rechenschritten aufgenommen bzw. ausgeschlossenen Artikel beziehen sich auch die aktuellere Recherche von November 2013.

turverzeichnisse der eingeschlossenen Artikel überprüft um ggf. weitere relevante Artikel zu identifizieren.

Tab. 10: Übersicht über Sucheinstellungen bei der Datenbankrecherche

Datenbank	Einstellungen und Suchterm
Cochrane Library	<p>Suchorte: Titel, Abstract & Keywords</p> <p>Suchterm: ("gender role*" OR "sex role*" OR masculin* OR feminin*) AND (health OR "perceived health" OR "self-perceived health" OR "self-rated health" OR complaint* OR fitness OR "health behavi*" OR "physical activ*" OR exercis* OR sport* OR diet* OR nutrition OR eating* OR food* OR leisure*)</p>
PubMed	<p>Zielpopulation: Mensch</p> <p>Sonstiges: Abstract verfügbar</p> <p>Suchterm: ("gender role*" OR "sex role*" OR masculin* OR feminin*) AND (health OR "perceived health" OR "self-perceived health" OR "self-rated health" OR complaint* OR fitness OR "health behavi*" OR "physical activ*" OR exercis* OR sport* OR diet* OR nutrition OR eating* OR food* OR leisure*)</p>
Web of Science	<p>Sprache: Deutsch oder Englisch</p> <p>Publikation: Artikel oder Review</p> <p>Domäne: Sozialwissenschaften</p> <p>Suchterm: "Topic=("gender role*" OR "sex role*" OR masculin* OR feminin*) AND Topic=(health OR "perceived health" OR "self-perceived health" OR "self-rated health" OR complaint* OR fitness OR "health behavi*" OR "physical activ*" OR exercis* OR sport* OR diet* OR nutrition OR eating* OR food* OR leisure*)"</p>
PsychINFO, PsychARTICLES & SportDISCUS	<p>Suchort: Abstract</p> <p>Publikation: Journal-Artikel (SportDISCUS) bzw. Peer-reviewed Journal-Artikel (PsychINFO)</p> <p>Sprache: Deutsch oder Englisch (SportDISCUS & PsychINFO)</p> <p>Zielpopulation: Mensch</p> <p>Sonstiges: Abstract verfügbar (SportDISCUS)</p> <p>Suchterm: ("gender role*" OR "sex role*" OR masculin* OR feminin*) AND (health OR "perceived health" OR "self-perceived health" OR "self-rated health" OR complaint* OR fitness OR "health behavi*" OR "physical activ*" OR exercis* OR sport* OR diet* OR nutrition OR eating* OR food* OR leisure*)"</p>

Anmerkung: Wenn nicht weiter spezifiziert, so wurden die Grundeinstellungen der jeweiligen Datenbanken beibehalten.

7.2 Auswahlkriterien

Um als relevante Quelle berücksichtigt und in die Analyse aufgenommen zu werden, musste die gesichtete Literatur verschiedenen Kriterien entsprechen:

- I. Es handelte sich um wissenschaftliche Studien, Meta-Analysen oder Reviews,
- II. die als Artikel in begutachteten Fachzeitschriften publiziert wurden,
- III. in deutscher oder englischer Sprache vorlagen und
- IV. den Zusammenhang von G-SK und Variablen der Gesundheit bzw. gesundheitsbezogener Selbsteinschätzungen im Sinne eines Gesundheits-Selbstkonzepts (subjektiver Gesundheits- und Fitnesszustand, Beschwerdewahrnehmung) oder Variablen der körperlichen Aktivität bzw. des Essverhaltens
- V. an nicht-pathologischen Stichproben (z. B. essgestörten Menschen) untersuchten.

7.3 Auswahlprozess

Die Selektion verlief in mehreren Schritten. Zunächst wurden alle gefundenen Artikel aus den durchsuchten Datenbanken mittels Literaturverwaltungssoftware in einem Datensatz zusammengefasst. Dieser wurde anschließend sowohl softwaregestützt als auch manuell auf Duplikate überprüft und bereinigt. In einem weiteren Schritt wurden die Überschriften sämtlicher Titel im Datensatz durchgesehen und Artikel ausgeschlossen, die auf dieser Grundlage als unpassend erachtet wurden. Von den verbleibenden und somit potentiell relevanten Artikeln wurden anschließend die Abstracts begutachtet. Erweckten diese den Eindruck als würden die Einschlusskriterien erfüllt, wurde der gesamte Artikel beschafft und bewertet. Dies erfolgte auch bei Artikeln, bei denen das Abstract nur unzureichende Informationen bezüglich der Selektionskriterien bot. Auf Grundlage des Volltextes wurden anschließend erneut Artikel ausgeschlossen. Von den verbliebenen Artikeln wurden zusätzlich die Quellenverzeichnisse und Zitationen durchgesehen um weitere, potentiell relevante Artikel aufzuspüren. Das Flussdiagramm in Abbildung 12 illustriert den Ablauf der Literaturrecherche. Zudem findet sich als Anhang I eine Tabelle, in der sämtliche Studien der Literaturrecherche systematisch aufgeführt und knapp zusammengefasst sind.

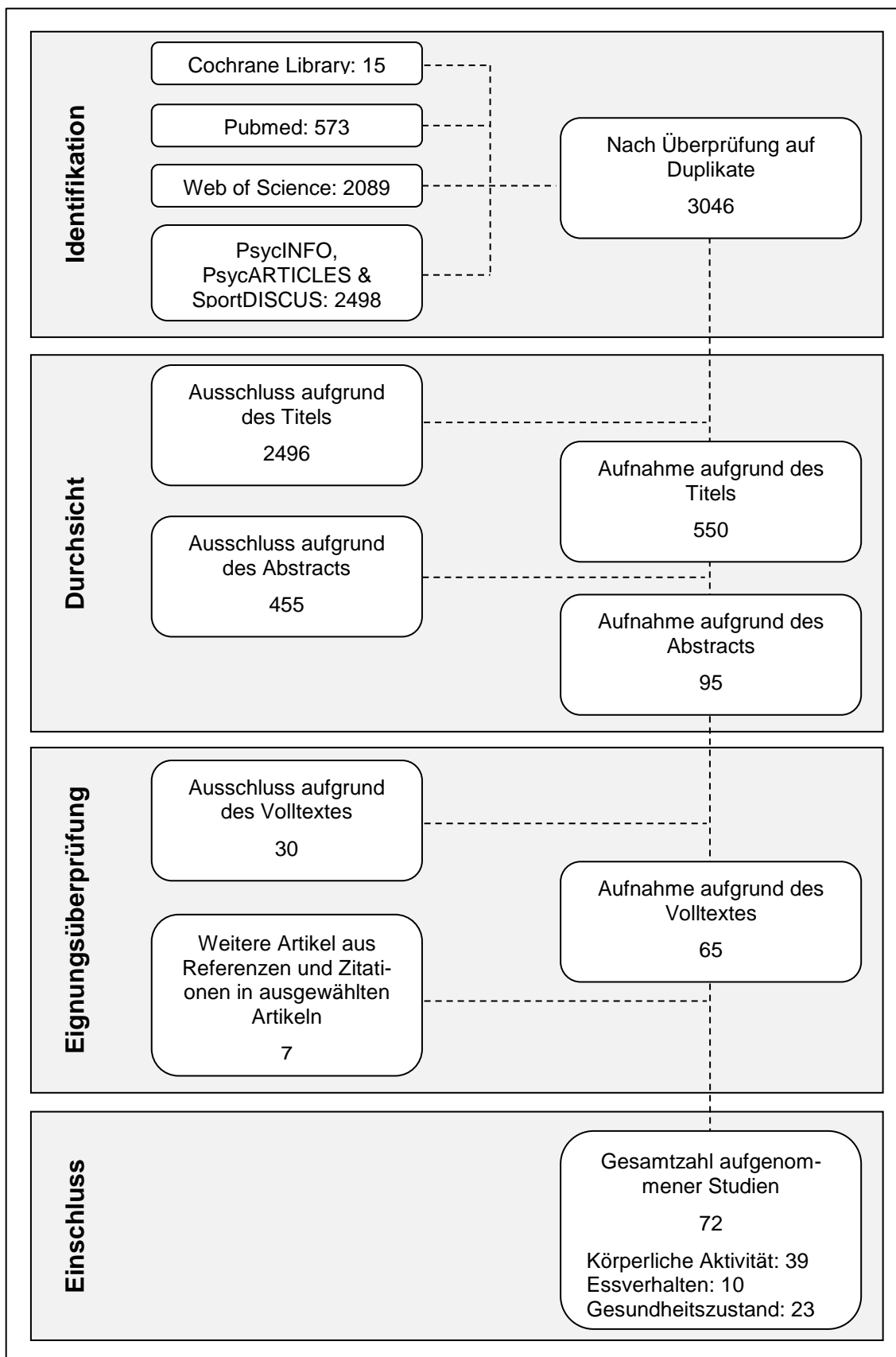


Abb. 12: Flussdiagramm des Selektionsprozesses in Anlehnung an das PRISMA Statement (Moher, Liberati, Tetzlaff, Altmann & PRISMA Group, 2009)

7.4 Ergebnisse der Literaturrecherche

Nachfolgend werden die für die vorliegende Arbeit relevanten Studien vorgestellt. Für eine bessere Übersicht und Lesbarkeit werden die Untersuchungsergebnisse zum Zusammenhang des Geschlechtsrollen-Selbstkonzepts mit den zentralen Untersuchungsvariablen *körperliche Aktivität*, *Essverhalten* und *Gesundheitszustand* getrennt aufgeführt (vgl. Abb. 13).

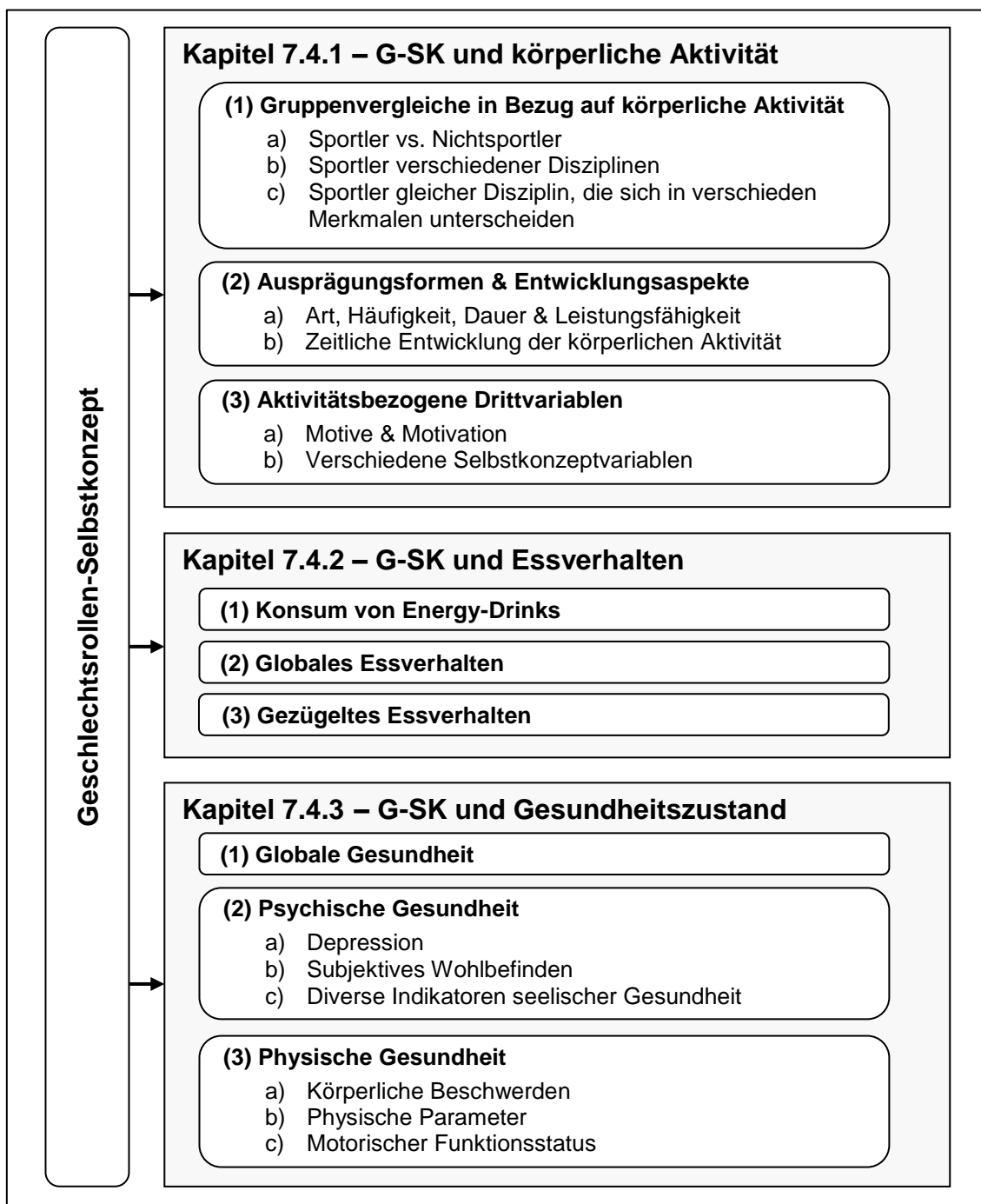


Abb. 13: Aufbau der Übersicht über die Ergebnisse der Literaturrecherche

7.4.1 G-SK und körperliche Aktivität

Über die Beziehung von Geschlechtsrollen-Selbstkonzept und körperlicher Aktivität liegt mittlerweile eine Vielzahl an Forschungsergebnissen vor, die sich in Abhängigkeit von ihrer forschungsleitenden Fragestellung wie folgt systematisieren lassen: (1) Gruppenvergleiche in Bezug auf die Ausprägung des G-SK, (2) Zusammenhänge von G-SK mit verschiedenen Ausprägungsformen und der Entwicklung körperlicher Aktivität sowie (3) Assoziationen von G-SK und verschiedenen aktivitätsbezogenen Drittvariablen.

(1) Gruppenvergleiche in Bezug auf die Ausprägung des G-SK

Die in dieser Kategorie befindlichen Studien behandeln das G-SK in erster Linie als abhängige Variable und untersuchen, inwiefern sich dessen Ausprägung zwischen verschiedenen Personengruppen unterscheidet. Bei den Gruppen handelt es sich um körperlich-sportlich Aktive diverser Disziplinen, die mit Nichtaktiven (Andre & Holland, 1995; Caron, Carter & Brightman, 1985; Chalip, Villiger & Duignan, 1980; Colley, Roberts & Chipps, 1985; Delaney & Lee, 1995; Henschen, Edwards & Mathinos, 1982; Houseworth, Peplow & Thirer, 1989; Koca, Asci & Kirazci, 2005; Lantz & Schroeder, 1999; Marsh & Jackson, 1986; Miller & Heinrich, 2001; Miller & Levy, 1996; Myers & Lips, 1978; Park Sang, Jeon Jae & Youngsook, 2012; Parsons & Betz, 2001; Soroka & Bergier, 2011; Ugucioni & Ballantye, 1980; Wilinski, 2012), mit Aktiven aus anderen Disziplinen bzw. in anderen körperlich-sportlichen Aktivitäten (Andre & Holland, 1995, Athenstaedt, 2002; Burke, 1986; Caron, Carter & Brightman, 1985; Cazenave, Le Scanff & Woodman, 2007; Colker & Widom, 1980; Colley, Griffith, Hugh, Landers & Jaggli, 1996; Colley, Roberts & Chipps, 1985; Houseworth et al., 1989; Matteo, 1986; Parsons & Betz, 2001; Salminen, 1990; Soroka & Bergier, 2011; Wrisberg, Draper & Everett, 1988) oder körperlich-sportlich Aktiven aus der gleichen Disziplin, die sich jedoch in verschiedenen Merkmalen unterscheiden (Soroka & Bergier, 2011; Wilinski, 2012), verglichen werden.

(a) Vergleiche von körperlich-sportlich Aktiven und Nichtaktiven: Um einen Einblick in die Methodologie dieser Forschungslinie zu erhalten und die Interpretierbarkeit der nachfolgend zusammengefasst dargestellten Ergebnisse zu erleichtern, sei an dieser Stelle exemplarisch die Studie von Andre und Holland

(1995) aufgegriffen. Die Autoren untersuchten insgesamt 376 Schülerinnen und Schüler US-amerikanischer High-Schools (59% weiblich, keine näheren Angaben zum Alter verfügbar). Neben weiteren – für die vorliegende Arbeit irrelevanten – Variablen wurde das G-SK (*Personal Attributes Questionnaire*; Spence, Helmreich & Stapp, 1974) sowie die Ausübung körperlich-sportlicher Aktivität erfasst. Anhand der Angaben zur Sportaktivität wurde die Stichprobe in sportlich Aktive und Nichtaktive eingeteilt. Getrennt nach Geschlecht wurden nachfolgend die Skalenmittelwerte von Maskulinität bzw. Femininität dieser beiden Gruppen per Varianzanalyse miteinander verglichen. Während sich weder bei den weiblichen noch bei den männlichen Probanden Unterschiede in Bezug auf die Dimension Femininität zeigten, war die Maskulinität sowohl bei den sportlich aktiven Jungen als auch den Mädchen signifikant (Jungen: $p < .05$; Mädchen: $p < .001$) stärker ausgeprägt als bei ihren sportlich nicht aktiven Geschlechtsgenossen.

Trotz mitunter großer Unterschiede bspw. in Bezug auf von den Probanden ausgeübten Sportarten bzw. körperlichen Aktivitäten, die Zusammensetzung der Zielgruppe oder die Operationalisierung der relevanten Variablen erscheinen die zutage geförderten Erkenntnisse im Hinblick auf diese Untersuchungslinie weitestgehend konsistent. So zeigt sich – wie oben exemplarisch dargestellt – mehrheitlich und geschlechtsübergreifend, dass in der Gruppe der Aktiven die Dimension *Maskulinität* stärker ausgeprägt ist als in den Vergleichsgruppen, die nicht körperlich-sportlich aktiv sind (Andre & Holland, 1995; Caron et al., 1985; Colley et al., 1985; Delaney & Lee, 1995; Koca et al., 2005; Lantz & Schröder, 1999; Marsh & Jackson, 1986; Miller & Heinrich, 2001; Miller & Levy, 1996; Parsons & Betz, 2001; Wilinski, 2012). Lediglich in zwei Untersuchungen zeigten sich zwischen den aktiven und den nichtaktiven Probanden keine signifikanten Unterschiede im Hinblick auf die Ausprägung der *Maskulinität* (Colker & Widom, 1980; Houseworth et al., 1989) wenngleich sich jedoch auch hier deutliche Tendenzen in erwarteter Richtung zeigten. In Bezug auf die Dimension *Femininität* ist die Befundlage hingegen weniger einheitlich und zeigt ein zwiegespaltenes Bild: Entweder es fanden sich in den Untersuchungen wie am Beispiel von Andre & Holland (1995) dargestellt keine Unterschiede zwischen den sportlich Aktiven und Inaktiven (Andre & Holland, 1995; Caron et al., 1985;

Colley et al., 1985; Marsh & Jackson, 1986; Parsons & Betz, 2001; Wilinski, 2012), oder aber *Femininität* war bei den Nichtaktiven stärker ausgeprägt (Colker & Widom, 1980; Lantz & Schröder, 1999; Miller & Levy, 1996; Miller & Heinrich, 2001). Eine stärkere Ausprägung der *Femininität* bei körperlich-sportlichen Aktiven fand sich lediglich in zwei Studien (Delaney & Lee, 1995; Koca et al., 2005) und hier auch nur bei einer gleichzeitig ebenfalls stärker ausgeprägten Maskulinität als bei der sportlich inaktiven Vergleichsgruppe.

Alternativ bzw. komplementär zur Vorgehensweise, die Ausprägung der Dimensionen Maskulinität und Femininität separat zu betrachten, wird in Untersuchungen häufig dem Androgynie-Ansatz (Bem, 1974) gefolgt und Probanden einem der vier möglichen Typen – *Androgyne* (Maskulinität und Femininität stark ausgeprägt), *Maskuline* (Maskulinität stark, Femininität schwach ausgeprägt), *Feminine* (Femininität stark, Maskulinität schwach ausgeprägt) oder *Undifferenzierte* (Maskulinität und Femininität schwach ausgeprägt) – zugeordnet (siehe Kapitel 6.2.4). Die Studien, die diese Herangehensweise wählten, zeigen ein sehr homogenes Bild, das die bereits beschriebenen Ergebnisse der separaten Betrachtung der beiden Dimensionen Maskulinität und Femininität widerspiegelt: Geschlechtsübergreifend sind *Androgyne* oder *Maskuline* – beides Typen, bei denen die Dimension Maskulinität stark ausgeprägt ist – in den Gruppen der körperlich-sportlich Aktiven überrepräsentiert (Chalip et al. 1980; Henschen et al. 1982; Koca et al., 2005; Myers & Lips, 1978; Park Sang et al., 2012; Soroka & Bergier, 2011; Wilinski, 2012), während sich unter den Nichtaktiven in stärkerem Maße vor allem *Feminine* oder *Undifferenzierte* finden (Colley et al., 1985; Henschen et al., 1982; Park Sang et al., 2012; Ugucioni & Ballantyne, 1980).

Zusammenfassend lässt sich konstatieren, dass insbesondere die Dimension Maskulinität des Geschlechtsrollen-Selbstkonzepts bei körperlich-sportlich Aktiven stärker ausgeprägt ist, während sich hinsichtlich der Ausprägung der Femininität weniger klare Unterschiede zwischen den jeweils verglichenen Gruppen ausmachen lassen. Die Ergebnisse der wenigen Studien jedoch, in denen sich Gruppenunterschiede hier zeigten, deuten jedoch darauf hin, dass unter den Nichtaktiven die Femininität stärker ausgeprägt ist. Aufgrund der relativ dürfti-

gen Befundlage sollte dies jedoch nicht generalisiert werden. Als Fazit dieser Übersicht zu Gruppenunterschieden zwischen körperlich-sportlich aktiven und nichtaktiven Personen lässt sich somit lediglich festhalten, dass die G-SK-Dimension Maskulinität bei den Aktiven stärker ausgeprägt ist als bei den sportlich nicht aktiven Vergleichspersonen. Aufgrund des ausschließlich querschnittlichen Designs aller in diesem Abschnitt dargestellten Untersuchungen lässt sich nicht abschließend klären, ob hier bspw. Sozialisations- oder Selektionsprozesse eine Rolle spielen. Offen bleibt somit die Frage, ob die Partizipation an körperlich-sportlicher Aktivität die Entwicklung eines maskulinen Selbstkonzepts fördert oder aber Jungen und Mädchen bzw. Männer und Frauen, die ohnehin eine stärker ausgeprägte Maskulinität aufweisen, schlichtweg häufiger den Zugang zu körperlich-sportlicher Aktivität finden.

(b) Vergleiche von körperlich-sportlich Aktiven in verschiedener Disziplinen bzw. bei verschiedenen Aktivitäten: Zwar stehen in dieser Untersuchungslinie ebenfalls Gruppenunterschiede im Zentrum des Forschungsinteresses, da jedoch keine bloße dichotome Unterteilung in aktive bzw. nicht aktive Personen stattfindet, sondern Probandengruppen miteinander verglichen werden, die diversen körperlichen bzw. körperlich-sportlichen Aktivitäten nachgehen, ist für eine übersichtliche Darstellung der Forschungsergebnisse eine weitere Systematisierung indiziert. Im nachfolgenden Abschnitt werden daher jene Studien zusammengefasst dargestellt, die sich mit Unterschieden zwischen Personen befassen, die

- I. körperlichen Aktivitäten unterschiedlicher Geschlechtstypikalität (bspw. *typisch männlich* bzw. *typisch weiblich* sind) nachgehen (Athenstaedt, 2002; Burke, 1986; Matteo, 1986; Salminen, 1990),
- II. Mannschafts- oder Individualsportarten ausüben (Caron et al., 1985; Colley et al. 1985; Wrisberg et al., 1988),
- III. Aktive in diversen Sportarten miteinander vergleichen (Andre & Holland, 1995; Cazenave et al., 2007; Colker & Widom, 1980; Houseworth et al. 1989).

Zu I.) In Österreich untersuchte Athenstaedt (2002) bei 335 Studierenden (59% weiblich, $M=26.5$ Jahre; $SD=6.9$ Jahre) den Zusammenhang von G-SK und der Partizipation an Sportkursen mit femininer, maskuliner oder neutraler Ge-

schlechtstypikalität²⁵. Während sich bei den männlichen Probanden, von denen zu wenige an feminin typisierten Kursen teilnahmen, um überhaupt statistisch ausgewertet werden zu können, in Abhängigkeit von der Teilnahme an maskulinen bzw. neutralen Kursen keinerlei Unterschiede im Hinblick auf die Ausprägung ihres G-SK zeigten, wurden sie hingegen bei Frauen deutlich sichtbar. So beschrieben sich Sportlerinnen, die an maskulin typisierten Kursen teilnahmen, als signifikant ($p < .05$) weniger feminin als jene Frauen aus den neutral eingestuften Kursen und überdies signifikant ($p < .05$) maskuliner als jene aus den femininen Sportkursen.

Auch bei Salminen (1990), der in Finnland 839 Schülerinnen und Schüler (10-16 Jahre, keine Angabe zu M und SD , 46% weiblich) untersuchte, zeigten sich lediglich bei den befragten Mädchen signifikante ($p < .001$) Unterschiede: Maskuline und androgyne Mädchen übten häufiger Sportarten aus allen drei Kategorien – männlich (z.B. Fußball, Karate), weiblich (z.B. Gymnastik, Reiten) und neutral (z.B. Schwimmen, Leichtathletik) – aus als feminine und undifferenzierte.

Ein ähnliches Bild zeigt sich bei Matteo (1986), die US-amerikanische Studierende untersuchte (keine Angabe zu Alter und Geschlechterverhältnis). Auch sie berichtet, dass maskuline und androgyne Frauen signifikant ($p < .01$) häufiger weibliche und neutrale Sportarten ausübten. Auch hinsichtlich der Ausübung männlich typisierter Sportarten war eine solche Tendenz erkennbar, wenngleich jedoch statistisch nicht bedeutsam. Bei den untersuchten Männern zeigte sich, dass maskuline signifikant ($p < .05$) weniger Erfahrungen mit weiblichen Sportarten gesammelt haben, als die anderen G-SK-Typen.

Burke (1986), der jedoch eine rein weibliche Stichprobe US-amerikanischer Studentinnen (20-30 Jahre, keine Angabe zu M und SD) untersuchte, schildert eine ähnliche Befundlage: Die Frauen, die „traditionell unangemessene Sportarten“ (S. 780) wie Basketball oder Softball ausübten, hatten eine signifikant ($p < .05$) stärker ausgeprägte Maskulinität als jene in den „angemessenen“ Sportarten Schwimmen und Tennis. Weder im Hinblick auf die G-SK Dimension

²⁵ Kurse, in denen gemäß Registrierung mindestens 67% Frauen teilnahmen, wurden als „feminin“ (16 Kurse), jene mit ebenso großem Anteil männlicher Teilnehmer als „maskulin“ typisiert (16 Kurse). Alle anderen Kurse wurden als „neutral“ eingestuft (13 Kurse).

Femininität noch auf die Typisierung (androgyn, feminin, maskulin und undifferenziert) zeigten sich statistisch bedeutsame Unterschiede.

Anhand der dargestellten Befunde lässt sich erkennen, dass das G-SK – insbesondere jedoch seine Dimension Maskulinität – im Hinblick auf die Ausübung geschlechtstypischer bzw. -untypischer Sportarten für beide Geschlechter relevant zu sein scheint, allerdings in unterschiedlicher Art und Weise: Frauen, bei denen die Maskulinitätsdimension stärker ausgeprägt ist, finden sich in *höherem* Maße auch in jenen Sportarten wieder, die für sie traditionell als untypisch angesehen werden können. Männer mit maskulinem Selbstkonzept hingegen finden sich lediglich in *geringerem* Maße in Sportarten, die für sie traditionell untypisch erscheinen, nicht jedoch verstärkt in den typischen Disziplinen. Belastbare Aussagen zum Zusammenhang von Femininität und ausgeübter Aktivität lassen sich aufgrund der dürftigen Befunde nicht treffen.

Zu II.) Ein relativ einheitliches Bild zeigt sich im Hinblick auf die Ergebnisse jener Studien, die die körperlich-sportlich Aktiven in Team- und Individualsportler unterteilten. Sowohl bei Colley et al. (1985) als auch Wrisberg et al. (1988), die jeweils körperlich-sportlich aktive Studierende untersuchten, fanden sich nur bei den befragten Frauen, nicht jedoch bei den Männern, Unterschiede im G-SK: Unter den Frauen, die eine Teamsportart (z.B. Basketball, Volleyball) ausübten, waren Colley und Kollegen (1985) zufolge maskuline und androgyne, bei jenen aus einer Individualsportart (z.B. Tennis, Badminton) feminine und undifferenzierte Frauen signifikant ($p < .05$) stärker vertreten. Die Untersuchung von Wrisberg et al. (1988) förderte die gleichen Befunde zutage, wenngleich auch hier zum Teil andere Sportarten zu den Team- (Basketball und Volleyball) bzw. Individualsportarten (Leichtathletik und Schwimmen) gezählt wurden. So berichten die Autoren ebenfalls von signifikant ($p < .05$) höheren Anteilen androgyner und maskuliner Frauen bei den Team- sowie femininer und androgyner Frauen bei den Individualsportlerinnen.

Caron und Mitarbeiter (1985), die eine rein männliche Stichprobe von 365 US-amerikanischen Studenten (keine Angabe zu M und SD) befragten, nahmen keine Einteilung der Probanden in die G-SK Typen vor, sondern betrachteten die Dimensionen Maskulinität bzw. Femininität separat. Hierbei zeigte sich,

dass Teamsportler (z.B. Football, Basketball) signifikant ($p < .05$) höhere Werte auf der Maskulinitätsskala des BSRI angaben als jene, die einer Individualsportart nachgingen (z.B. Fechten, Golf). Keinerlei Unterschiede waren hingegen im Zusammenhang mit der Femininität zu beobachten.

Zusammenfassend lässt sich somit festhalten, dass in Mannschaftssportarten insbesondere unter den Frauen maskuline und androgyne Typen – beide charakterisiert durch eine stark ausgeprägte Maskulinität – überrepräsentiert sind und auch bei Männern ein Zusammenhang zwischen der Ausprägung ihrer Maskulinität und der Ausübung einer Mannschaftssportart zu bestehen scheint. Bei näherer Betrachtung der Sportarten, die von den Probanden in den angeführten Studien ausgeübt wurden, erscheint dieses Erkenntnis wenig überraschend. So sind Mannschaftssportarten wie bspw. Football durch einen direkten, mitunter stark körperlichen Kontakt mit dem Gegner charakterisiert und verlangen von den Sportlerinnen und Sportlern somit in höherem Maße Durchsetzungsvermögen, Aggressivität sowie eine gewisse physische und psychische Härte – allesamt Attribute, die mit der männlichen Geschlechterrolle assoziiert sind (Pfeffer & Alfermann, 2009). Unklar bleibt jedoch auch hier, was Ursache und was Effekt ist. So kann nicht abschließend geklärt werden, ob sich Personen mit maskulinem Selbstkonzept eher für einen Mannschaftssport entscheiden oder ob die Ausübung eines Mannschaftssports bei den Aktiven dazu führt, dass sich maskuline Persönlichkeitseigenschaften stärker entwickeln.

Zu III.) In der Studie von Houseworth et al. (1989), in der US-amerikanische männliche Studierende ($N=95$; keine Angaben zum Alter) in Kontaktsportler (Ringer und Footballspieler) bzw. Nicht-Kontaktsportler (Baseballspieler und Leichtathleten) klassifiziert und hinsichtlich der Ausprägung des G-SK untersucht wurden, ließ sich lediglich die statistisch nicht bedeutsame Tendenz feststellen, dass die Dimension Maskulinität unter den Kontaktsportlern geringfügig stärker ausgeprägt war als bei der Vergleichsgruppe.

Gleiches gilt für die Untersuchung von Andre und Holland (1995), die ihre Probanden ($N=376$ Schülerinnen und Schüler, 59% weiblich, keine näheren Angaben zum Alter verfügbar) in Abhängigkeit der ausgeübten Sportart in *aggressiv* (z.B. Ringen und Football bei Jungen, Basketball und Softball bei Mädchen)

und *weniger aggressiv* (z. B. Golf und Schwimmen bei Jungen, Turnen und Tennis bei Mädchen) einteilten: Es zeigte sich lediglich nichtsignifikante Tendenzen, wonach sowohl bei Mädchen als auch bei Jungen die Maskulinität unter den Aktiven in einer aggressiven Sportart stärker und die Femininität schwächer ausgeprägt war.

Colker und Widom (1980), die einen etwas anderen Ansatz wählten, kamen in ihrer Studie zum gleichen Ergebnis. Anders als in den Studien, die in diesem Abschnitt aufgeführt wurden, klassifizierten die Autorinnen die Probanden ($N=256$, 100% weiblich, keine Angaben zum Alter verfügbar) nicht in zwei Gruppen (z.B. Individual vs. Mannschaftsport), sondern verglichen die Sportlerinnen der vier untersuchten Disziplinen Rudern, Basketball, Squash und Schwimmen direkt miteinander. Im Hinblick auf die Ausprägung der G-SK Dimensionen Maskulinität bzw. Femininität lieferten die durchgeführten Varianzanalysen keinerlei statistisch bedeutsamen Unterschiede zwischen den Sportlerinnen in den unterschiedlichen Disziplinen.

Abschließend sei an dieser Stelle auf die Studie von Cazenave et al. (2007) verwiesen, deren Probanden aus Sportlerinnen ($N=180$; 100% weiblich; $M=25.91$; $SD=8.69$) bestand, die entweder eine Risikosportart (z.B. Base-Jumping, Fallschirmspringen oder Extremskifahren) oder eine „normale“ (Cazenave et al., 2007, S. 424), d. h. Nicht-Risikosportart (z. B. Schwimmen, Tischtennis, Golf) ausübten. Die Gruppe der Risikosportlerinnen wurde weiter unterteilt, je nachdem, ob sie die ausgeübte Sportart professionell oder als Hobby betrieben. Die Analysen zeigten, dass bei den beiden Gruppen der Risikosportlerinnen die Maskulinität signifikant ($p<.01$) stärker ausgeprägt war. Überdies wiesen die Sportlerinnen, die hobbymäßig eine Risikosportart betreiben, zudem eine signifikant ($p<.01$) niedrigere Ausprägung der Dimension Femininität auf. Allerdings weisen die Autoren ausdrücklich darauf hin, dass die Studie diverse Schwächen aufweist, die die Generalisierbarkeit der Befunde stark einschränken. Besonders relevant erscheint hierbei vor allem die Tatsache, dass sich die drei Gruppen hinsichtlich der Alterszusammensetzung signifikant unterscheiden, wobei die Profi-Sportlerinnen bedeutend älter ($M=38.2$, $SD=6.04$) als die anderen beiden Gruppen (Nicht-Risiko-Gruppe: $M=20.4$, $SD=2.14$, Hobby-

Sportlerinnen: $M=26.62$, $SD=8.20$) waren. Hinzu kommt, dass sich die beiden Gruppen der Risikosportlerinnen auch hinsichtlich der von den Probanden betriebenen Sportarten unterschieden, was die Vergleichbarkeit herabsetzt und somit die Interpretierbarkeit erschwert.

Die Befunde zu den Vergleichen von körperlich-sportlich Aktiven in verschiedener Disziplinen bzw. bei verschiedenen Aktivitäten, die in den vorangegangenen drei Abschnitten aufgeführt wurden, sind insgesamt in höherem Maße inkonsistent als jene, die lediglich Aktive und Nicht-Aktive miteinander verglichen. Dennoch zeigt sich auch hier mehrheitlich, dass das G-SK mit der Ausübung verschiedener körperlich-sportlicher Aktivitäten bzw. Sportarten assoziiert ist. So scheint eine stark ausgeprägte Maskulinität eher mit der Ausübung typisch männlicher Aktivitäten sowie Mannschafts- und Risikosportarten assoziiert zu sein. Zurückführen lässt sich dies auf die Tatsache, dass das Anforderungsprofil dieser Sportarten wie bspw. Aggressivität, Durchsetzungsvermögen und ein gewisses Maß an Robustheit mit einem maskulinen G-SK hochgradig kompatibel sind, was eine ganz entscheidende Rolle für die Ausübung spielt (Pfeffer & Alfermann, 2009; Sieverding, 2005; Rulofs et al., 2002 Waldron, 1988). Dieser Zusammenhang scheint überdies bei Mädchen und Frauen stärker zu sein als bei Jungen und Männern. Aufgrund der Tatsache jedoch, dass viele der Studien rein weibliche Stichproben haben, lassen sich hierzu keine belastbaren Aussagen treffen. Die Ausprägung der Dimension Femininität scheint – wie auch bei Gruppenvergleichen von Aktiven mit Nicht-Aktiven – hinsichtlich der Ausübung der verschiedenen Aktivitäten bzw. Sportarten eine untergeordnete Rolle zu spielen.

(c) Vergleiche von körperlich-sportlich Aktiven aus der gleichen Disziplin, die sich in verschiedenen Kriterien unterscheiden. In diese verhältnismäßig kleine Gruppe fallen lediglich zwei polnische Studien mit weiblichen Fußballspielerinnen. Soroka und Bergier (2011) gingen der Frage nach, ob sich in Abhängigkeit der Spielposition (z.B. Torwärtlerin, Stürmerin) Unterschiede im G-SK von Profispielerinnen zeigen lassen. Dazu untersuchten die Autoren 63 Spielerinnen der Nationalmannschaft sowie Erstliga- und U-19-Spielerinnen ($M=22.5$ Jahre, $SD=.08$). Zwar waren auf allen Positionen die androgynen Spielerinnen am

stärksten vertreten, unter den Stürmerinnen jedoch mit 83% signifikant ($p < .05$) häufiger als auf den anderen Positionen. In der gleichen Domäne, jedoch mit einer anderen Forschungsfrage, ist die Studie von Wilinski (2012) angesiedelt. Der Autor untersuchte, inwiefern sich bei professionellen Fußballspielerinnen ($N=94$; $M=20.77$ Jahre, keine Angabe zur SD verfügbar) in Abhängigkeit von der Ligazugehörigkeit (erste vs. zweite Liga) Unterschiede im G-SK manifestieren. Die durchgeführten Analysen allerdings zeigten, dass sich weder hinsichtlich der Ausprägung der Dimensionen Maskulinität bzw. Femininität noch in Bezug auf die Verteilung der vier G-SK-Typen Unterschiede zwischen Erst- und Zweitligaspielerinnen zeigen.

Wenngleich auch die Befundlage zu dürftig ist um daraus aussagekräftige Schlüsse zu ziehen, so implizieren die Ergebnisse doch, dass möglicherweise auch innerhalb einer einzigen Domäne – im vorliegenden Fall dem Mannschaftssport Fußball – Unterschiede hinsichtlich des G-SK der Sportlerinnen und Sportler bestehen, die mit der erfolgreichen Besetzung einer Spielposition bzw. dem damit verbundenen Aufgaben- und Anforderungsprofil assoziiert sind. Keinerlei Unterschiede scheinen sich hingegen in Abhängigkeit vom Leistungsniveau zu zeigen, was sich möglicherweise auf zwei Aspekte zurückführen lässt: Zum einen ist es denkbar, dass das Leistungsniveau de facto unerheblich ist, da die Spielstruktur und die Anforderungsprofile der verschiedenen Positionen weitestgehend gleich sind. Zum anderen besteht die Möglichkeit, dass bei der angeführten Studie zwei Leistungsniveaus miteinander verglichen werden, die einerseits beide sehr hoch angesiedelt sind und zudem sehr nahe beieinander liegen.

Die Studien in diesem Abschnitt, die sich mit den Gruppenunterschieden im G-SK befassen, sind sehr heterogen. Diese Heterogenität zeigt sich in Bezug auf die miteinander verglichenen Gruppen (z. B. körperlich-sportlich Aktive vs. Nicht-Aktive), die Operationalisierung des G-SK (z. B. BSRI, PAQ) sowie dessen Auswertung und Darstellung (z. B. separate Betrachtung der Dimensionen Maskulinität und Femininität oder Klassifikation in die vier G-SK-Typen) und nicht zuletzt natürlich die Befundlage. Im vorangegangenen Abschnitt wurde versucht, die Vielzahl der Studien in dieser Forschungslinie zu systematisieren, in einer übersichtlichen und dennoch detaillierten Form darzustellen und die

elementaren Erkenntnisse herauszuarbeiten. Hierzu zählt, dass die Existenz eines Zusammenhangs von G-SK und körperlich-sportlicher Aktivität als gesichert erachtet werden kann. Dies bezieht sich sowohl auf die Frage, ob und welcher Aktivität nachgegangen wird. In diesem Kontext scheint insbesondere die Ausprägung der Maskulinität bedeutsam zu sein. Mit genauerem Blick auf das biologische Geschlecht zeigt sich zudem, dass die Ausprägung des G-SK bei Mädchen und Frauen im Hinblick auf die Ausübung einer körperlich-sportlichen Aktivität eine noch wichtigere Rolle spielt als bei Jungen und Männern.

Im nachfolgenden Abschnitt schwenkt der Fokus von den Gruppenvergleichen auf verschiedene Ausprägungsformen sowie entwicklungsbezogene Aspekte körperlicher Aktivität und deren Zusammenhang mit dem G-SK.

(2) Ausprägungsformen und Entwicklung körperlicher Aktivität und G-SK

In den Studien, die im nachfolgenden Abschnitt dargestellt sind, wird das G-SK als unabhängige Variable betrachtet und untersucht, inwiefern Zusammenhänge mit verschiedenen Ausprägungsformen körperlicher Aktivität – wie bspw. der Ausübungsdauer oder -häufigkeit – bestehen (Athenstaedt, Mikula & Bredt, 2009; Baffi et al., 1991; Danoff-Burg, Mosher & Grant, 2006; Gadbois & Bowker, 2007, Gregson & Colley, 1986; Koivula, 1999; Parsons & Betz, 2001; Shifren & Bauserman, 1996). Ergänzt wird diese Forschungslinie durch Untersuchungen, die sich der Assoziation von G-SK und der Entwicklung körperlicher Aktivität über die Zeit widmen (Butcher, 1989; Colley, Griffith, Hugh, Landers & Jaggli, 1996; Covey & Feltz, 1991; Guillet, Sarrazin & Fontayne, 2000).

(a) Ausprägungsformen körperlicher Aktivität und G-SK: Die Ausübungsdauer körperlicher Aktivität – wenngleich auch recht unterschiedlich operationalisiert – ist die Variable, zu der die meisten Befunde innerhalb dieser Kategorie vorliegen. Zur Veranschaulichung sei hier exemplarisch die Studie von Gregson & Colley (1986) angeführt, die bei 236 britischen Jungen und Mädchen im Alter von 15 und 16 Jahren (55% weiblich, keine Angaben zu *M* und *SD* verfügbar) den Zusammenhang von G-SK und Sportausübung (in Minuten pro Woche) untersuchten. Bivariate Korrelationen zeigten zunächst, dass nur bei den Mädchen, nicht jedoch bei den Jungen, ein signifikanter ($p < .01$) Zusammenhang

zwischen Maskulinität und der Ausübungsdauer besteht, wohingegen die Dimension Femininität bei beiden Geschlechtern hiermit unkorreliert ist. Die nachfolgend durchgeführten Regressionsanalysen bestätigten bei den Mädchen Maskulinität sogar als einzigen relevanten Prädiktor der Ausübungsdauer, während sich bspw. die ebenfalls erfasste körperlich-sportliche Aktivität beider Elternteile als unbedeutend herausstellte. Zu ähnlicher Erkenntnis gelangten Parsons & Betz (2001), die 437 US-amerikanische Studentinnen im Alter von etwa 20 Jahren (keine Angaben zu *M* und *SD* verfügbar) untersuchten. Auch hier zeigte sich, dass diejenigen Frauen, deren Maskulinität am stärksten ausgeprägt war, pro Woche am längsten körperlich-sportlich aktiv waren. Wiederum ließen sich zwischen Femininität und der Ausübungsdauer keine Zusammenhänge beobachten. Statt die beiden Dimensionen Maskulinität und Femininität separat zu betrachten, bezog sich Koivula (1999) auf den Androgynie-Ansatz und teilte ihre Probanden (*N*=410 schwedische Studierende, *M*=25.5 Jahre, *SD*=5.7 Jahre, 49% weiblich) in die vier G-SK-Typen ein. Auch bei ihr zeigte sich, dass sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen der maskuline Typ signifikant ($p < .05$) mehr Zeit pro Woche mit körperlich-sportlicher Aktivität verbringt als die anderen Typen. Gadbois & Bowker (2007) wählten in ihrer Studie hinsichtlich der Ausübungsdauer einen anderen Rahmen und berücksichtigten nicht die Zeit der wöchentlichen Sportaktivitäten sondern erfassten die Anzahl der Jahre über die sie zum Untersuchungszeitpunkt bereits praktiziert wurden. Hierfür untersuchten sie 134 kanadische Schülerinnen und Schüler (60% weiblich, *M*=16.3 Jahre, keine Angaben zu *SD* verfügbar), die neben einer Selbstbeschreibung mit Persönlichkeitseigenschaften auf Grundlage des BSRI angaben, welche körperlichen Aktivitäten sie betrieben und wie viele Jahre sie diesen schon nachgingen. Die aufaddierten Ausübungszeiten wurden nachfolgend mit dem G-SK korreliert, wobei sich jedoch in der Gesamtstichprobe keine statistisch bedeutsamen Assoziationen zeigten. Da die Autoren diese Berechnungen jedoch nicht getrennt nach Geschlecht durchführten, kann nicht überprüft werden, ob dem G-SK bei separater Betrachtung nicht möglicherweise doch für Jungen oder Mädchen – so wie es sich in den oben aufgeführten Studien mehrfach zeigte – eine größere Bedeutung zukommt.

Mit gleichem Ergebnis untersuchten Athenstaedt und Mitarbeiter (2009) sowie Parsons & Betz (2001) den Zusammenhang von G-SK und der Anzahl ausgeübter körperlich-sportlicher Aktivitäten. Bei ihrer Untersuchung von 310 österreichischen Sekundarschülerinnen und -schülern (48% weiblich, $M=15.1$ Jahre, $SD=0.70$) konnten Athenstaedt et al. (2009) die Dimension Maskulinität als signifikanten ($p<.01$) Prädiktor identifizieren: Je maskuliner – in dieser Studie bezogen sowohl auf positive als auch negative Persönlichkeitseigenschaften - sich Mädchen und Jungen beschrieben, desto mehr körperlich-sportliche Aktivitäten übten sie aus. Auch Parsons & Betz (2001), die oben bereits im Zusammenhang mit der Ausübungsdauer aufgeführt wurden, wiesen einen statistisch bedeutsamen ($p<.05$) Zusammenhang zwischen der Anzahl der ausgeübten Sportarten und der Ausprägung der Maskulinitätsdimension nach. In beiden Studien waren keinerlei Assoziationen mit der Femininität der Probanden zu beobachten.

Eine weitere kleine Gruppe von Studien erfasste körperlich-sportliche Aktivität auf einer eher globalen Ebene, indem nicht einzelne Aspekte wie Ausübungsdauer oder Anzahl einzelner Aktivitäten erhoben wurden, sondern man das Verhalten holistisch erfasste. So befragten Baffi et al. (1991) bspw. 180 männliche Studierende ($M=22.4$ Jahre, keine Angaben zur SD verfügbar) indem sie ihnen einen Fragebogen mit Aussagen zu einer Vielzahl gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen vorlegten, die sie entsprechend ihres persönlichen Ausübens (fünfstufige Likert-Skala, 0=*never* bis 4=*always*) beantworten sollten. Gleichzeitig wurde das G-SK erfasst und nachfolgend Varianzanalysen berechnet, um zwischen den verschiedenen G-SK-Typen mögliche Unterschiede in abgefragten Verhaltensweisen aufzudecken. Es zeigte sich, dass maskuline Männer in der Kategorie *exercise and fitness* die höchsten Werte angaben und somit laut Selbstauskunft in höherem Maße körperlich-sportlich aktiv waren als die anderen Typen. Bei Danoff-Burg et al. (2006), die 201 US-amerikanische Studierende (67.2% weiblich; $M=18.92$ Jahre, $SD=1.24$) untersuchten, wurde die körperliche Aktivität ebenfalls zusammen mit weiteren Verhaltensweisen erfasst. Hier wurde lediglich ein Item verwendet (aus dem *Weight and Lifestyle Inventory* von Wadden & Foster, 2001), anhand dessen die Probanden ihr Aktivitätsverhalten einschätzen sollten (zehnstufige Likert-Skala, 1= *very sedentary* bis 10= *very*

active). Die durchgeführten Regressionsanalysen identifizierten Maskulinität als signifikanten ($p < .001$) Prädiktor körperlicher Aktivität, wohingegen sich Femininität²⁶ als unbedeutend erwies. Shifren & Bauserman (1996) wählten ein ähnliches Vorgehen und untersuchten in ihrer Studie 336 US-amerikanische Studierende (50% weiblich, $M=18.8$ Jahre, $SD=1.4$), wobei sie ebenfalls auf eine Skala zurückgriffen (*Health Behavior Inventory* von Berkman & Breslow, 1983), die die Ausübungshäufigkeit zehn gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen erfasst (siebenstufige Likert-Skala, 1 = *never* bis 7 = *always*). In Bezug auf die Kategorie *exercise* zeigten die durchgeführten Varianzanalysen signifikante ($p < .05$) Unterschiede zwischen den G-SK-Typen, wobei Androgyne und Maskuline die höchsten Mittelwerte aufwiesen, ergo aktiver waren.

Mit Blick auf die angeführten Studien zu den verschiedenen Ausprägungsformen körperlicher Aktivität zeigt sich somit wiederholt insgesamt ein sehr konsistentes Bild: Sowohl hinsichtlich der Ausübungsdauer körperlicher Aktivität, der Anzahl ausgeübter Aktivitäten sowie dem globalen körperlichen Aktivitätsverhalten erweist sich die G-SK-Dimension Maskulinität als bedeutsame Größe, während die Ausprägung der Femininität in keinem Zusammenhang zu diesen Ausprägungsformen steht.

Anders als bei all jenen Studien, die bis zu dieser Stelle beschrieben wurden und die Zusammenhänge von G-SK und körperlicher Aktivität jeweils zu einem bestimmten Zeitpunkt im Leben der Probanden eruierten, rückt bei den Untersuchungen, die im folgenden Abschnitt aufgeführt werden, die zeitliche Entwicklung der körperlichen Aktivität in Abhängigkeit vom G-SK in den Fokus.

(b) *Entwicklung der körperlichen Aktivität über die Zeit*: In ihrer Studie mit 336 französischen Handballspielerinnen ($M=14.07$ Jahre, $SD=0.79$) gingen Guillet und Mitarbeiter (2000) der Frage nach, ob der während der Adoleszenz zu beobachtende Dropout bei Sportlerinnen in dieser traditionell geschlechtsuntypischen Sportart im Zusammenhang mit dem G-SK steht. Hierfür erfassten die

²⁶ Die Autoren verwenden statt Maskulinität und Femininität die Begriffe *agency* bzw. *communio*, die auf Helgeson (1994) zurückgehen. Die Begriffe werden zwar weitestgehend synonym verwendet, unterscheiden sich jedoch dahingehend, dass *agency* und *communio* konzeptionell lediglich Teile der Gesamtkonstrukte Maskulinität bzw. Femininität abbilden. Während *agency* durch Persönlichkeitsmerkmale wie die Fokussierung auf das Selbst und persönliche Autonomie gekennzeichnet ist, wird mit *communio* die Fokussierung auf andere Menschen sowie Beziehungen verbunden (Danoff-Burg et al., 2001).

Autoren eingangs das G-SK der Spielerinnen und beobachteten diese anschließend über drei Jahre hinweg. In Bezug auf die G-SK Typisierung zeigten sich signifikante ($p < .001$) Gruppenunterschiede zwischen den Spielerinnen, die am Ende des Beobachtungszeitraums weiterhin aktiv und jenen, die im Laufe der Zeit ausgestiegen waren: Unter den Aktiven war der Anteil androgyn und maskulin typisierter Spielerinnen höher. Zudem konnten die Autoren zeigen, dass die Ausstiegsquote bei den eingangs als feminin typisierten Spielerinnen höher war und sich deren Anteil somit schneller verringerte als bspw. jener der androgynen, der sich nach Ende der zweiten Saison stabilisierte.

In Kanada untersuchte Butcher (1989) eine Gruppe von 134 Schülerinnen einmal jährlich über einen Zeitraum von insgesamt fünf Schuljahren ($M_{\text{Beginn}} = 11.5$ Jahre; $M_{\text{Ende}} = 15.4$ Jahre, keine Informationen zu SD verfügbar). Eine der forschungsleitenden Fragestellungen hierbei war, inwiefern sich das G-SK innerhalb dieses Zeitraums entwickelt und welche Zusammenhänge mit der Sportteilnahme der Schülerinnen bestehen. In Bezug auf die Entwicklung des G-SK und der Aktivität zeigten sich jeweils statistisch bedeutsame Unterschiede: Während die Ausprägung beider G-SK Dimensionen stärker wurde ($p_{\text{Fem}} < .01$; $p_{\text{Mask}} < .001$), ging die Sportteilnahme deutlich zurück ($p < .001$). Bei näherer Betrachtung zeigte sich jedoch, dass zu jedem einzelnen Messzeitpunkt ein signifikant ($p < .05$) positiver Zusammenhang zwischen Maskulinität und der Sportteilnahme bestand, Femininität jedoch – bis auf eine Ausnahme zum ersten Messzeitpunkt, wo sich eine negative Assoziation ($p < .01$) zeigte – weitestgehend unkorreliert war. Im Hinblick auf die G-SK-Typen zeigten sich ebenfalls signifikante ($p < .001$) Gruppenunterschiede: Maskulin typisierte Mädchen waren über alle fünf Messzeitpunkte hinweg die aktivsten, gefolgt von den androgynen.

Covey & Feltz (1991) wählten bei ihrer Untersuchung von 149 US-amerikanischen Schülerinnen im Jugendalter ($M = 16.42$, keine Angaben zu SD verfügbar) statt einer Beobachtung über einen bestimmten Untersuchungszeitraum eine andere Herangehensweise um die zeitliche Entwicklung der körperlichen Aktivität zu erfassen. Die Schülerinnen gaben Selbstauskunft über ihr gegenwärtiges sowie zurückliegendes Aktivitätsverhalten vor Beginn der Adoles-

zenz (sechsstufige Likert-Skala von 1=*very inactive* bis 6=*very active*), woraus die Autoren vier Gruppen bildeten: Jene, die zu beiden Zeitpunkten aktiv bzw. inaktiv waren sowie jene, deren Aktivitätsniveau sich vom ersten zum zweiten Zeitpunkt gesteigert bzw. reduziert hat. Signifikante Unterschiede im Zusammenhang mit dem G-SK zeigten sich sowohl beim Vergleich der Aktiven mit den Inaktiven ($p < .001$) als auch zwischen den Inaktiven und der Gruppe, deren Aktivitätsniveau sich erhöht hatte ($p < .01$): Bei den aktiven Mädchen war Maskulinität stärker und Femininität schwächer ausgeprägt als bei den inaktiven. Mädchen, die im Laufe der Adoleszenz aktiver geworden sind, gaben überdies höhere Maskulinitäts- und Femininitätswerte an, als jene die zuvor inaktiv waren und es geblieben sind.

Der Retrospektive bedienten sich auch Colley et al. (1996) bei ihrer Untersuchung von britischen Studierenden (68% weiblich, keine Angaben zum Alter verfügbar), indem sie die Probanden Angaben machen ließen, welches deren fünf präferierten Freizeitaktivitäten – notabene nicht explizit körperliche Aktivitäten – im Kindesalter (bis elf Jahre) und der Adoleszenz (zwölf bis 17 Jahre) waren. Diese Nennungen überprüften die Autoren auf Assoziationen mit dem G-SK, das ebenfalls erfasst wurde. Maskulinität war bei Jungen und Mädchen negativ mit dem Puppenspiel assoziiert ($p < .01$ bzw. $p < .05$). Positive Zusammenhänge ($p < .05$) zeigten sich jedoch in Bezug auf körperliche Aktivitäten: Bei Jungen war sie mit Rugby, bei Mädchen mit *British Bulldog* – einer Fangspielvariante – assoziiert. Überdies zeigte sich, dass bei Jungen Femininität mit Schwimmen ($p < .05$), bei Mädchen mit Puppen- und Fantasiespiel (z. B. Kaufmannsladen) einherging (jeweils $p < .05$). In den nachfolgend durchgeführten Regressionsrechnungen erwies sich bei Jungen zudem in der Kindheit gespieltes Rugby als signifikanter Prädiktor der im Jugendalter erfassten Maskulinität. Ebenso sagte bei Jungen Schwimmen im Kindesalter die Ausprägung der Femininität im Jugendalter vorher.

Die konsistenten Befunde zu den Ausprägungsformen und der Entwicklung der körperlichen Aktivität über die Zeit, die Gegenstand der beiden vorangegangenen Abschnitte waren, lassen sich mit Butcher (1989) folgendermaßen zusammenfassen:

In conclusion, masculine sex role orientation and sports participation are related, but the relationship does not appear to change throughout adolescence. It is present at an early age and seems to remain constant. (Butcher, 1989, p. 590)

Trotz der verschiedenen Herangehensweisen an die Forschungsfrage und unterschiedlichen Operationalisierungen sowohl hinsichtlich des G-SK als auch in Bezug auf die körperliche Aktivität erwies sich die Maskulinität als bedeutsame und vor allem fördernde Größe für das Aktivitätsverhalten, was jedoch nicht auf die Femininität zutrifft, die hiermit weitestgehend unkorreliert ist. Dort jedoch, wo sich ein Zusammenhang von Femininität und körperlicher Aktivität zeigte, war er entweder negativ oder bestand in der Ausübung einer Sportart (Schwimmen) mit weiblicher (Salminen, 1990) bzw. neutraler (Burke, 1986) Geschlechtstypikalität. Da die Befundlage hierzu jedoch defizitär ist, können anhand der vorliegenden Studien – anders als im Falle der Maskulinität – keine belastbaren Aussagen zur Rolle der Femininität in Bezug auf das körperliche Aktivitätsverhalten getroffen werden.

(3) Zusammenhänge von G-SK und aktivitätsbezogenen Drittvariablen

Der nachfolgende Abschnitt befasst sich mit körperlicher Aktivität lediglich in indirekter Weise, da hier primär die Zusammenhänge von G-SK und aktivitätsbezogenen und -bedingenden Drittvariablen im Zentrum des Forschungsinteresses stehen. Identifizieren lassen sich hierbei zwei Untersuchungsstränge: Studien, die sich mit den der Aktivität zugrundeliegenden *Motiven* bzw. *Motivation* befassen (Koivula, 1999; Park Sang, Jeon Jae & Youngsook, 2012) und solche, deren Schwerpunkt auf aktivitätsbezogenen *Selbstkonzept-Variablen* liegt (Chalabaev, Sarrazin & Fontayne, 2009; Gadbois & Bowker, 2007; Jun & Kyle, 2012; Lantz & Schröder, 1999; Miller & Heinrich, 2001; Miller & Levy, 1996).

(a) *Zusammenhänge von G-SK und Motivation*: In ihrer Untersuchung mit 410 schwedischen Studierenden (49% weiblich, $M=25.5$ Jahre, $SD=5.7$ Jahre) analysierte Koivula (1999), ob das G-SK der Probanden mit der Ausprägung der Motivstruktur in Bezug auf körperliche Aktivität assoziiert ist. Hierfür maß die Autorin bei den zum Untersuchungszeitpunkt körperlich-sportlich aktiven Probanden ($n=272$) die Ausprägung neun verschiedener Motive des Aktivitätsver-

haltens. Hierbei zeigten sich signifikante Unterschiede in Bezug auf die Ausprägung von insgesamt sechs Motiven: Bei maskulin typisierten Männern waren die Motive *competition/excitement* sowie *competence/skill*, bei femininen Frauen *appearance* stärker ausgeprägt als bei den anderen G-SK-Typen. Androgyne Frauen schließlich gaben bei den Motiven *physical health improvement*, *mood and stress coping* sowie *muscle improvement* höhere Werte an als die anders typisierten Probanden. Da keine geschlechtergetrennte Betrachtung erfolgte, sondern bei den durchgeführten Varianzanalysen stets alle acht Gruppen (Geschlecht x G-SK-Typ) miteinander verglichen wurden, ist es jedoch denkbar, dass somit aufschlussreiche Binnendifferenzen innerhalb der Geschlechter maskiert sind. Dennoch spiegeln auch diese Ergebnisse eindrucksvoll traditionelle Geschlechterrollen wider: Männer im Allgemeinen, maskulin typisierte im Speziellen, nennen verstärkt an Spannung, persönlichen Herausforderungen und individuellen Kompetenzen orientierte Beweggründe, wohingegen bei Frauen ein Motivspektrum zu beobachten ist, das Aspekte wie Erscheinungsbild und Körperformung, Gesundheitsförderung oder Stimmungsregulation umfasst.

Bei näherer Betrachtung unterscheiden sich die aufgeführten Motive in Bezug auf das Ausmaß, zu dem sie selbstbestimmt sind (Deci & Ryan, 2000) und somit um ihrer selbst willen verfolgt werden. Motive wie Spannung und Freude, das Bestehen von Herausforderungen und das Erleben des eigenen Könnens gelten als selbstbestimmt und spiegeln somit eine intrinsische Handlungsmotivation wider (Markland & Ingledew, 2007). Beweggründe wie bspw. Gewichtsverlust, Verbesserung der äußeren Erscheinung oder auch der Gesundheit hingegen beruhen auf selbst- oder fremdauferlegtem Druck, sind somit nicht selbstbestimmt und gehen auf eine extrinsische Motivation zurück (Markland & Ingledew, 2007). Es kann daher angenommen werden, dass nicht nur einzelne Motive, also diverse unterschiedliche Ziele, die Menschen mit der Aufnahme und Ausübung körperlicher Aktivität verfolgen (Ryan, Sheldon, Kasser & Deci, 1996), sondern auch die Selbstbestimmtheit und damit die Art der Motivation, mit der einer körperlichen Aktivität nachgegangen wird, mit dem G-SK assoziiert ist. Ausgehend von dieser Erkenntnis liegt die Vermutung nahe, dass Maskulinität und Selbstbestimmtheit körperlicher Aktivität in einem positiven Verhältnis

stehen, was Park Sang, Jeon Jae und Youngsook (2012) in ihrer Studie bei 208 koreanischen Studentinnen (keine Angaben zu M und SD verfügbar) untersucht haben. Dabei konnten die Autoren in den durchgeführten Regressionsrechnungen Maskulinität als signifikanten ($p < .05$) Prädiktor der intrinsischen Motivation identifizieren. In der Varianzanalyse zeigten sich zudem statistisch bedeutsame ($p < .001$) Unterschiede zwischen den G-SK-Typen, wobei androgyne und maskuline Frauen die höchste und feminine die niedrigste Ausprägung intrinsischer Motivation aufwiesen.

Die Theorie der Selbstbestimmtheit der Motivation (Deci & Ryan, 2000) liefert einen Rahmen zur Einordnung dieser Befunde. Sie postuliert die Existenz von drei angeborenen psychologischen Grundbedürfnissen nach Kompetenz, Autonomie und sozialer Eingebundenheit. Nur wenn diese Grundbedürfnisse durch die Ausübung einer Tätigkeit – im vorliegenden Fall körperliche Aktivität – befriedigt werden, kann sich intrinsische Motivation entwickeln (Deci & Ryan, 2000). Vor diesem Hintergrund unterscheiden Kasser und Ryan (1996) die Beweggründe zur Ausübung der Tätigkeit in *extrinsic* bzw. *intrinsic goals*. Dabei handelt es sich im ersten Fall um Motive, die in keinem oder evtl. gar hinderlichen Bezug zur Bedürfnisbefriedigung stehen, während letztere hierfür in hohem Maße zuträglich sind (Markland & Ingledew, 2007). Es scheint, als würden Personen mit ausgeprägter Maskulinität bei der Ausübung körperlich-sportlicher Aktivität in höherem Maße intrinsische Ziele verfolgen, was über die damit verbundene Bedürfnisbefriedigung auch den positiven Zusammenhang mit der stärker ausgeprägten intrinsischen Motivation bei diesen Personen erklären könnte. Allerdings ist die Befundlage in diesem Kontext mit lediglich zwei Studien zu dürftig, um belastbare Aussagen zu treffen.

(b) *Zusammenhänge von G-SK und weiteren Selbstkonzept-Variablen*: Gadbois und Bowker (2007), deren Studie bereits im vorangegangenen Kapitel im Zusammenhang mit der Ausübungsdauer körperlich-sportlicher Aktivität aufgegriffen wurde, untersuchten bei ihren jugendlichen Probanden (60% weiblich, $N=163$, $M=16.3$ Jahre, keine Angaben zu SD verfügbar) den Zusammenhang von G-SK und dem allgemeinen sowie körperbezogenen Selbstkonzept. Hierfür verwendeten die Autorinnen verschiedene Instrumente (*Body Esteem Scale*,

Mendelson, White & Mendelson, 1998; *Physical Self-Description Questionnaire*, Marsh, Richards, Johnson, Roche & Tremayne, 1994) anhand derer die Befragten Selbsteinschätzungen vornehmen sollten. Diese Einschätzungen bezogen sich unter anderem auf Körpergewicht und Körperfett, Auftreten und äußere Erscheinung, den allgemeinen Gesundheitsstatus sowie auf verschiedene aktivitätsbezogene Aspekte. Insbesondere bei den letztgenannten Variablen zeigten sich in der geschlechterheterogenen Gesamtstichprobe signifikante Korrelationen ($p < .05$) zwischen Maskulinität und der Selbstwahrnehmung von Sportkompetenz ($r = .41$), Koordination ($r = .30$), Kraft ($r = .33$), Beweglichkeit ($r = .20$) und Ausdauer ($r = .28$). Je stärker sich also die befragten Mädchen und Jungen mit maskulinen Persönlichkeitseigenschaften beschrieben, desto höher bewerteten sie auch ihre eigenen Fähigkeiten in Bezug auf ihre Kompetenz und die Ausprägung der motorischen Hauptbeanspruchungsformen.

Zu einem ähnlichen Erkenntnis gelangten auch Miller & Levy (1996) in ihrer Untersuchung an 145 US-amerikanischen Studentinnen ($M = 21.45$ Jahre, keine Angaben zu SD verfügbar). Auch hier zeigten sich statistisch bedeutsame ($p < .001$) Korrelationen zwischen der Maskulinität und der wahrgenommenen Sportkompetenz ($r = .44$). Femininität hingegen war nicht mit dieser Kompetenzeinschätzung assoziiert ($r = -.09$, $p = n.s.$). In einer weiteren Untersuchung fünf Jahre später überprüften Miller und Heinrich (2001), ob sich dieser Befund auch bei einer jüngeren Stichprobe replizieren ließe. Hierfür befragten die Autorinnen 189 US-amerikanische Schülerinnen ($M = 13.5$ Jahre, keine Angaben zu SD verfügbar) in ähnlicher Weise. Die durchgeführten Korrelationsanalysen bestätigten den Befund und zeigten erneut einen statistisch bedeutsamen Zusammenhang ($r = .52$, $p < .05$) von Maskulinität und wahrgenommener Sportkompetenz. Keine Assoziationen zeigten sich hingegen mit der Femininität ($r = -.11$, $p = n.s.$).

Chalabaev et al. (2009) wählten in ihrer Studie einen etwas anderen Ansatz und erfassten bei den von ihnen befragten Mädchen ($N = 102$, $M = 13.5$ Jahre, $SD = 1.2$ Jahre) statt der abstrakten globalen Sportkompetenz gezielt deren Einschätzung in Bezug auf ihre Leistungsfähigkeit beim Fußballspiel. Im Zuge der durchgeführten Strukturgleichungsmodellierung erwies sich lediglich Maskulinität als bedeutsamer Prädiktor ($\beta = .44$, $p < .01$) der wahrgenommenen Leistungs-

fähigkeit. Diese wiederum sagte die tatsächliche Leistung der Mädchen vorher ($\beta=.30$, $p<.01$), die die Autoren nachfolgend in einem echten Fußballspiel maßen. Ein Zusammenhang von Femininität und einer der erfassten Untersuchungsvariablen ließ sich hingegen nicht beobachten.

Eine weitere und im Hinblick auf die körperliche Aktivität ebenfalls relevante Facette des Selbstkonzepts bildet die aktivitätsbezogene Identität, die in der Literatur bspw. als *Athletic Identity* (Brewer, Van Raalte & Linder, 1993) oder auch *Leisure Identity* (Jun & Kyle, 2012) bezeichnet wird. Trotz uneinheitlicher Nomenklatur ist darunter stets das Ausmaß zu verstehen, zu dem sich ein Individuum mit einer bestimmten Aktivität identifiziert. Lantz & Schroeder (1999) zufolge beeinflusst die Tatsache, diese Identifikation als zentrale und saliente Dimension des individuellen Selbstkonzepts zu betrachten, die Aufnahme und Ausübung bestimmter körperlicher bzw. körperlich-sportlicher Aktivitäten. Dahinter steckt der Wunsch des Individuums das Selbst zum Ausdruck zu bringen und zu bestärken (Kyle, Absher, Norman, Hammit & Jodice, 2007; Stets & Biga, 2003; Stets & Burke, 2003). Vor diesem Hintergrund spielt auch das G-SK als eine Dimension des Selbst eine zentrale Rolle, da Menschen stärker solchen Tätigkeiten und Aktivitäten nachgehen, die hiermit kompatibel sind (Waldron, 1988, Sieverding, 2000, 2005). Das Selbst kann somit als primärer Motivator des Verhaltens angesehen werden (Stets & Burke, 2003), das sich über das Zusammenspiel verschiedener kontextspezifischer Selbstkonzept-Variablen - darunter das G-SK und die erwähnte aktivitätsbezogene Identität - in konkretem Handeln manifestiert.

Ebendieses Zusammenspiel von G-SK und aktivitätsbezogener Identität im Hinblick auf körperlich-sportliche Aktivität untersuchten Jun und Kyle (2012) in ihrer Studie mit US-amerikanischen Golferinnen ($n=141$, $M=39.6$ Jahre, $SD=17.9$) und Golfern ($n=240$, $M=45.4$ Jahre, $SD=14.9$). Hierbei überprüften die Autoren, inwiefern sich Maskulinität bzw. Femininität als relevante Prädiktoren der *Leisure Identity* erwiesen und ob diese Identität wiederum das Ausmaß körperlicher Aktivität vorherzusagen vermochte. Hierfür verwendeten sie die von Cieslak, Fink und Pastore (2005) modifizierte Athletic Identity Measurement Scale (AIMS-Plus), die die aktivitätsbezogene Identität anhand von fünf Sub-

skalen erfasst: Fremd- und Selbstwahrgenommene Identität, Negative und Positive Affektivität sowie Exklusivität. Letztgenannte bezieht sich auf das Ausmaß, inwiefern das individuelle Selbstwertgefühl ausschließlich vom Erfolg bei der Aktivitätsausübung – in diesem Fall des Golfspiels – abhängt. Es zeigte sich, dass Maskulinität die aktivitätsbezogene Identität sowohl bei Männern ($\beta=.20$, $p<.05$) als auch bei Frauen ($\beta=.24$, $p<.05$) vorhersagte. Diese wiederum erwies sich bei beiden Geschlechtern als relevanter Prädiktor des körperlichen Aktivitätsverhaltens (Männer: $\beta=.55$, $p<.001$, Frauen: $\beta=.58$, $p<.001$). Ein direkter Zusammenhang von Maskulinität und körperlicher Aktivität zeigte sich nur bei Männern ($\beta=.13$, $p<.05$), nicht jedoch bei Frauen. Femininität stand weder bei Männern noch bei den Frauen in einem Zusammenhang mit den anderen Untersuchungsvariablen. Je stärker sich also die Befragten beider Geschlechter mit maskulinen Persönlichkeitseigenschaften selbst beschrieben, desto stärker ausgeprägt war auch deren Identifikation mit dieser Aktivität und desto mehr Zeit verbrachten sie mit dem Golfspiel.

Mit ähnlichem Ergebnis untersuchten Lantz und Schroeder (1999) in ihrer Studie mit 409 US-amerikanischen Studierenden (58% weiblich, keine Angaben zu M und SD verfügbar) den Zusammenhang von G-SK, aktivitätsbezogener Identität und körperlicher Aktivität. Sie konnten zeigen, dass diejenigen Probanden, die sich besonders stark mit ihrer Aktivität identifizierten, eine signifikant ($p<.001$) stärker ausgeprägte Maskulinität aufwiesen als jene, bei denen die Identifikation schwächer ausgeprägt war. Bei dem ergänzenden Vergleich der G-SK-Typen im Hinblick auf die Identitätsausprägung wiesen maskuline Männer und Frauen signifikant ($p<.001$) höhere Werte auf als feminine oder undifferenzierte Personen. Eine ebenfalls durchgeführte Korrelationsanalyse mit den Angaben der gesamten Stichprobe zeigte zudem, dass zwischen aktivitätsbezogener Identität und Maskulinität ein signifikant positiver ($r=.37$, $p=k.a.$), bei Femininität hingegen signifikant negativer ($r=-.20$, $p=k.a.$) Zusammenhang bestand. Bei geschlechtergetrennter Betrachtung ließ sich jedoch nur noch die signifikante Assoziation von Maskulinität und Identität ($r_{Männer}=.28$; $r_{Frauen}=.39$, $p=k.a.$) beobachten.

Mit Blick auf diese konsistenten Befunde lässt sich somit festhalten, dass das G-SK – insbesondere jedoch dessen Dimension Maskulinität – mit verschiedenen aktivitätsbezogenen Selbstkonzept-Variablen assoziiert ist. Je stärker sie ausgeprägt ist, desto höher schätzen die Befragten ihre körperlichen Fähigkeiten bzw. ihre körperlich-sportliche Leistungsfähigkeit ein und desto stärker ist auch die Identifikation mit der durchgeführten Aktivität. Diese Ergebnisse lassen sich anhand des *Differentiated Additive Androgyny Models* (Marsh, 1987; Marsh & Byrne, 1991) erklären, das den Zusammenhang von G-SK und weiteren Selbstkonzept-Dimensionen darstellt (vgl. Kap. 6.3.2). Das Modell postuliert grundsätzlich einen Zusammenhang sowohl der Femininität als auch der Maskulinität mit dem individuellen Selbstkonzept. Dieser Zusammenhang variiert jedoch hochgradig in Abhängigkeit von der untersuchten Selbstkonzeptvariable. Während Femininität also stärker mit jenen Selbstkonzeptdimension zusammenhängt, die als stereotyp weiblich gelten, ist Maskulinität in höherem Maße mit solchen Facetten assoziiert, die stereotyp männlich sind. Körperlich-sportliche Aktivität mit ihren Anforderungen an Schnelligkeit und Kraft, Kampfeswille, Mut und Härte spiegelt das männliche Stereotyp eindeutig wider (Pfeffer & Alfermann, 2009), was somit die oben dargestellten Befunde verständlich macht.

7.4.2 G-SK und Essverhalten

Verglichen mit der Trefferzahl, die die Literaturrecherche im Zusammenhang mit dem körperlichen Aktivitätsverhalten lieferte (vgl. Kap. 7.4.1), konnten nur wenige Arbeiten gefunden werden, die sich mit dem Zusammenhang von G-SK und dem Essverhalten befassten. Begründet liegt dies darin, dass der Fokus in der vorliegenden Arbeit dabei explizit auf dem *normalen*, d. h. nicht-pathologischen, Essverhalten liegt. Somit wurde eine große Gruppe all jener Studien ausgeschlossen, die an klinischen Stichproben wie bspw. Patienten mit Essstörungen (z. B. Blashill, 2011; Green, Davids, Skaggs, Riopel & Hallengren, 2008; Hepp, Spindler & Milos, 2005; Klingenspor & Rastetter, 2004; Walcott, Pratt & Patel, 2003) durchgeführt wurden. Ebenfalls ausgeschlossen wurde eine Reihe von Studien, bei denen sich die Probanden nicht selbst – wie es beim G-SK der Fall ist – im Hinblick auf ihre Maskulinität bzw. Femininität beurteilen, sondern bei denen Dritte diese Einschätzung vornehmen (z. B. Burkle,

2009; Mooney & Lorenz, 1997; Turner, Ferguson, Craig, Jeffries & Beaton, 2013; Stein & Nermeroff, 1995; Vartanian, Herman & Polivy, 2007). Die aufgenommenen Arbeiten, die nachfolgend vorgestellt werden, lassen sich mit Blick auf die im Zusammenhang mit dem G-SK untersuchte abhängige Variable in drei Gruppen einteilen: 1) Zusammenhang von G-SK und dem Konsum von Energy-Drinks; 2) Zusammenhang von G-SK und globalem Essverhalten und (3) Zusammenhang von G-SK und gezügeltem Essverhalten.

1) Zusammenhang von G-SK und dem Konsum von Energy-Drinks

Der Konsum von Energy-Drinks soll die kognitive und physische Leistungsfähigkeit erhöhen. Der Forschungsstand zu dieser Thematik ist jedoch inkonsistent. Während in einigen Studien moderate Effekte beobachtet wurden (z. B. Alford, Cox & Wescott, 2001; Cureton et al., 2007; Reyner & Horne, 2002; Scholey & Kennedy, 2004; Warburton, Bersellini & Sweeney, 2001), konnte dies in anderen Studien nicht gezeigt werden (Carvajal-Sancho & Moncada-Jiménez, 2005; Umaña-Alvarado & Moncada-Jiménez, 2004).

Unabhängig davon, ob sich der Konsum dieser Produkte tatsächlich in einer Leistungssteigerung manifestiert, werden sie meist im Zusammenhang körperlich-sportlicher Aktivität, Toughness, Stärke und Nervenkitzel beworben. In diesem Image spiegeln sich Attribute der maskulinen Geschlechterrolle wider, was die Annahme zulässt, dass sich Konsumenten dieser Produkte möglicherweise mit dieser Rolle verstärkt identifizieren. Vor diesem Hintergrund erscheint es sinnvoll, den Zusammenhang von G-SK – insbesondere jedoch der Dimension Maskulinität – und der Konsum dieser Produkte zu erforschen. Hierfür untersuchte Miller (2008) insgesamt 795 US-amerikanische Studierende (48% weiblich, keine Angaben zum Alter verfügbar). Diese befragte die Autorin einerseits zu deren Konsum von Energy-Drinks sowie von alkoholischen Mixgetränken auf Basis von Energy-Drinks in den 30 Tagen, die der Erhebung vorangegangen waren. Anders als in den bisher im Forschungsstand der vorliegenden Arbeit beschriebenen Verfahren wurde das G-SK nicht mit einem Instrument erhoben, das wie bspw. das BSRI (Bem, 1974) oder der PAQ (Spence et al., 1974) auf dem Eigenschafts-Ansatz beruht (vgl. Kapitel 6.2.2). Stattdessen wurde auf das *Conformity to Masculine Norms Inventory* (Mahalik et al., 2003) zurückgegriffen,

dem der Einstellungs-Ansatz (vgl. Kapitel 6.2.2) zugrunde liegt. Dieses verlangt von den Probanden, bei insgesamt 144 Aussagen (z. B. „Ich mag es zu kämpfen“ oder „Wenn ich könnte, würde ich meine Sexualpartner häufig wechseln“), die sich elf Subskalen zuordnen lassen, den Grad ihrer Zustimmung auszudrücken. Miller (2008) konnte zeigen, dass Maskulinität geschlechtsübergreifend mit dem Konsum von Energy-Drinks ($r=.17$, $p<.05$) und alkoholischer Mixgetränke auf Basis von Energy-Drinks korreliert ($r=.20$, $p<.05$). Zudem zeigte sich bei dem Vergleich der zwei am Median des Maskulinitätsscores getrennten Gruppen, dass jene mit der stärkeren Ausprägung signifikant ($p<.05$) häufiger zu diesen beiden Getränken griffen. Auch die ergänzend durchgeführten multiplen linearen Regressionen bestätigten Maskulinität als signifikanten Prädiktor des Konsums von Energy-Drinks ($\beta=.15$, $p<.001$) und alkoholischer Mixgetränke auf der Basis von Energy-Drinks ($\beta=.26$, $p<.05$).

Zu vergleichbaren Resultaten kamen unlängst auch Wimer und Levant (2013), die in ihrer Studie zwei verwandte Maskulinitätskonstrukte auf ihren Zusammenhang mit dem Konsum von Energy-Drinks untersuchten. Hierfür legten sie einer Stichprobe von 589 Männern ($M=23.01$ Jahre, $SD=1.13$) das *Male Role Norms Inventory-Revised* (MRNI-R; Levant et al., 2007) sowie das *Conformity to Masculine Norms Inventory-46* (CMNI-46; Parent & Moradi, 2009), eine Kurzform des CMNI (Mahalik et al., 2003), vor und befragten sie überdies an wie vielen der 30 der Erhebung vorangegangenen Tage sie Energy-Drinks konsumiert haben und um welche Menge es sich dabei jeweils handelte. Auch hier zeigten sich die erwarteten positiven Zusammenhänge ($p<.01$) zwischen dem Konsum von Energy-Drinks und Maskulinität ($r_{MRNI-R}=.21$, $p<.01$; $r_{CMNI-46}=.21$, $p<.01$).

Diese Assoziationen traten auch in der Regressionsanalyse auf, die die unterschiedlichen Maskulinitätskonstrukte als signifikante Prädiktoren der Konsumhäufigkeit bestätigten. Je stärker sich also die befragten Männer mit der traditionellen maskulinen Geschlechtsrolle identifizierten, desto häufiger tranken sie auch Energy-Drinks.

Wenngleich aufgrund der überaus defizitären Forschungslage in diesem Bereich Vorsicht im Hinblick auf das Ableiten von Schlüssen geboten ist, so lassen

jedoch die dargestellten Befunde zumindest die Vermutung zu, dass zwischen dem G-SK und dem Verzehr bestimmter Lebensmittel Zusammenhänge bestehen. Diese Assoziationen dürften umso markanter sein, je stärker deren Konsum von geschlechtlichen Konnotationen geprägt ist. Hierbei spielen „zirkuläre Sexuierungsprozesse“ (Setzwein, 2009, S. 47) eine entscheidende Rolle, bei denen Objekten – wie im vorliegenden Fall ein Lebensmittel – ein Geschlecht zugeschrieben wird. Der Umgang mit diesen Objekten – hier der Verzehr dieses Lebensmittels – kann nachfolgend wiederum für die Geschlechtsdarstellung instrumentalisiert werden.

Als männlich konnotiertes Verhalten kann bspw. der Fleischverzehr erachtet werden (Setzwein, 2009), da Männer erwiesenermaßen deutlich häufiger und mehr Fleisch verzehren (Deutsche Gesellschaft für Ernährung, 2008, 2012; Max Rubner-Institut, 2008). Durch den Verzehr von Fleisch, bspw. in Form eines *Holzfallsteaks* oder *Jägerschnitzels*, kann somit wiederum die Geschlechtszugehörigkeit interaktiv hergestellt bzw. demonstriert werden. Gleiches gilt für den Verzehr von Obst und Gemüse, der bei Frauen deutlich höher ist als bei Männern (Deutsche Gesellschaft für Ernährung, 2008, 2012; Max Rubner-Institut, 2008) und somit als weiblich konnotiertes Verhalten gilt (Setzwein, 2009).

Somit ist anzunehmen, dass Personen, die sich verstärkt mit der maskulinen bzw. femininen Geschlechterrolle identifizieren, diese Lebensmittel in höherem Maße verzehren als jene, bei denen die Maskulinität bzw. Femininität weniger stark ausgeprägt ist. Dieser Zusammenhang von G-SK mit dem Fleisch- bzw. Obst- und Gemüsekonsum wurde bislang jedoch noch nicht ausreichend empirisch überprüft, weswegen die vorliegende Arbeit an ebendieser Forschungslücke ansetzt und den Konsum dieser Lebensmittelgruppen explizit in den Fokus nimmt.

Basierend auf der Prämisse, dass zwischen dem G-SK einer Person und dem Konsum einzelner Lebensmittel Zusammenhänge bestehen, kann davon ausgegangen werden, dass auch das individuelle Essverhalten als Ganzes mit dem G-SK assoziiert ist. Auf diesem Ansatz beruht eine Forschungslinie, deren Ergebnisse im nachfolgenden Abschnitt vorgestellt werden soll.

2) Zusammenhang von G-SK und globalem Essverhalten

Nicht einzelne Lebensmittel, wie bspw. im vorangegangenen Abschnitt Energy-Drinks, sondern das Essverhalten in seiner Gesamtheit stehen im Zentrum der Arbeiten, die im Folgenden vorgestellt werden.

Shifren und Bausermann (1996) befragten 336 in diesem Zusammenhang US-amerikanische Studierende (50% weiblich, $M=18.8$ Jahre, $SD=1.8$ Jahre) zu deren Gesundheitsverhalten (*Health Behaviors Inventory* von Berkman & Breslow, 1983), wobei die Autoren neben Rauchverhalten, Alkoholkonsum und körperlicher Aktivität (siehe Kapitel 7.4.1) auch das Essverhalten erfassten. Zwischen dem Index aus allen erfassten Verhaltensweisen und der Femininitäts-, nicht jedoch der Maskulinitätsskala, des BSRI zeigte sich eine signifikant positive Korrelation ($r=.31$, $p<.001$). Je stärker sich also die befragten Personen mit weiblichen Persönlichkeitseigenschaften beschrieben, desto günstiger war das Gesundheitsverhalten im Allgemeinen. In den Varianzanalysen, die getrennt nach den unterschiedlichen Verhaltensweisen durchgeführt wurden, zeigte sich zudem, dass androgyne Personen ein signifikant ($p<.05$) günstigeres Essverhalten an den Tag legten als dies bei anders typisierten Personen der Fall war.

In der Untersuchung von Danoff-Burg et al. (2006), die ebenfalls oben bereits im Zusammenhang mit dem körperlichen Aktivitätsverhalten aufgeführt ist, wurden 201 US-amerikanische Studierende (67.2% weiblich, $M=18.92$ Jahre, keine Angabe zu SD verfügbar) gebeten, ihr Essverhalten anhand von zwei Items zu charakterisieren. Hierbei wurde mittels einer fünfstufigen Skala erfasst, wie häufig die Probanden in den sechs Monaten vor der Befragung so genanntes *Binge Eating* praktiziert haben, also auf unkontrollierte Weise ungewöhnlich große Mengen gegessen haben (1=*seltener als 1x pro Woche* bis 5=*fast jeden Tag*). Überdies wurde mittels einer zehnstufigen Skala erfasst, als wie gesund sie ihr Essverhalten im Allgemeinen bezeichneten (1= *sehr ungesund* bis 10= *sehr gesund*). Als signifikante Prädiktoren des *Binge Eatings* erwiesen sich neben dem Geschlecht ($\beta=-.18$, $p<.001$) Maskulinität ($\beta =-.33$, $p<.01$) und Femininität ($\beta=.26$; $p<.05$), während ein gesundes Essverhalten lediglich vom Geschlecht ($\beta=.17$, $p<.05$) und Maskulinität ($\beta=.18$, $p<.05$) vorhergesagt wurden. Somit be-

stätigte sich, dass sich Frauen nach eigener Einschätzung gesünder ernähren als Männer, gleichzeitig ist jedoch auch die Auftrittswahrscheinlichkeit eines Binge Eating Ereignisses höher. Mit Blick auf das G-SK lässt sich konstatieren, dass Femininität ein Risiko- und Maskulinität ein Schutzfaktor für Binge Eating ist. Überraschenderweise zeigte sich ebenfalls, dass Maskulinität mit einer gesünderen Einschätzung des Essverhaltens einherging.

Von ähnlichen Ergebnissen berichten Levant & Wimer (2014) in ihrer aktuellen Studie mit 589 jungen Männern ($M=23.01$ Jahre, $SD=1.13$ Jahre). Wie bereits in ihrer Untersuchung zu den Zusammenhängen von G-SK und dem Konsum von Energy-Drinks (siehe oben, Wimer & Levant, 2013) griffen die Autoren auf das *Male Role Norms Inventory-Revised* (MRNI-R; Levant et al., 2007) sowie das *Conformity to Masculine Norms Inventory-46* (CMNI-46; Parent & Moradi, 2009) zurück. Die Vielzahl an eingesetzten Subskalen erlaubte den Autoren eine äußerst differenzierte Darstellung der Zusammenhänge unterschiedlicher Facetten maskuliner Identität mit Gesundheitsverhalten im Allgemeinen und dem Essverhalten, das sie mit insgesamt fünf Items aus dem *Health-Behavior Inventory* (Levant et al., 2011) erfassten, im Speziellen. Hierbei gaben die Probanden anhand einer siebenstufigen Likert-Skala (1= *immer* bis 7= *nie*) an, wie häufig sie die in den Items beschriebenen ernährungsbezogenen Verhaltensweisen (z. B. *Ich begrenze die Menge an Fett, die ich esse* oder *Ich vermeide es, große Mengen an Zucker zu essen*) an den Tag legten.

In der Regressionsanalyse erwiesen sich drei überprüfte Subskalen – alle aus dem CMNI-46 – als signifikante Prädiktoren des Essverhaltens ($\beta_{Winning}=-.30$, $p<.05$; $\beta_{Self-Reliance}=-.30$, $p<.05$; $\beta_{Violence}=-.33$, $p<.05$). Je stärker also bei den befragten Männern der Siegeswille, Selbstständigkeit und die Befürwortung von Gewalt ausgeprägt waren, desto günstiger war ihr Essverhalten. Als unbedeutend erwiesen sich hingegen bspw. Risikoverhalten, Emotionskontrolle sowie eine heterosexuelle Selbstpräsentation. Mit dieser Studie versuchten die Autoren, eine bereits zuvor durchgeführte Untersuchung (Levant et al., 2011) exakt zu replizieren. Interessanterweise zeigten sich in dieser vorangegangenen Untersuchung keinerlei Zusammenhänge zwischen der Maskulinität und dem Essverhalten. Levant und Wimer (2014) führen dies auf die Stichprobenzusam-

mensetzung zurück, da dies der einzige Punkt ist, in dem sich die Studien voneinander unterscheiden. Waren in der früheren Studie ausschließlich Studenten befragt worden, war in der nachfolgenden Studie ein beträchtlicher Anteil der Männer auf kommunaler Ebene rekrutiert worden. Aufgrund der Tatsache, dass Sozioökonomischer Status und Essverhalten in einem positiven Verhältnis stehen (Beydoun & Wang, 2008; Darmon & Drewnowski, 2008; Hanson & Chen, 2008; Hulshof, Brussaard, Kruizinga, Telman & Löwik, 2003), ist es denkbar, dass eine geringere Varianz in Bezug auf das Essverhalten in der exklusiv studentischen Population dazu geführt hat, dass sich keine Zusammenhänge identifizieren ließen.

Aufgrund der defizitären Studienlage lassen sich anhand der vorliegenden Untersuchungen in Bezug auf die Zusammenhänge von G-SK und dem globalen Essverhalten lediglich einige Tendenzen, nicht jedoch belastbare Erkenntnisse, aufzeigen. Ein maskulines G-SK, das sich in verschiedenen Verhaltensbereichen wie bspw. Alkohol- und Tabakkonsum in gesundheitsschädlicher Art und Weise manifestiert (zur Übersicht: Waldron, 1988; Sieverding, 2000, 2004, 2005, 2010), scheint im Hinblick auf das Essverhalten möglicherweise gesundheitsförderlich zu sein und sogar als Schutzfaktor gegen Essstörungen wie *Binge Eating* zu wirken.

Aussagen dazu, inwiefern Femininität mit dem Essverhalten zusammenhängt, lassen sich auf Grundlage der zwei vorgestellten Arbeiten, in denen diese Dimension des G-SK berücksichtigt wurde, hingegen nur schwer treffen. Einerseits zeigten androgyne Personen, bei denen also sowohl die Femininitäts- als auch die Maskulinitätsdimension stark ausgeprägt ist, das günstigste Essverhalten (Shifren & Bausermann, 1996), andererseits konnte bei Danoff-Burg et al. (2006) kein Zusammenhang mit dem Essverhalten, dafür jedoch mit dem Auftreten von *Binge Eating* Episoden festgestellt werden.

Neben dem Konsum einzelner Lebensmittel – hier Energy-Drinks – und dem globalen Essverhalten ist das gezügelte Essverhalten eine weitere Facette ernährungsbezogenen Handelns, das im Hinblick auf Assoziationen mit dem G-SK erforscht wurde. Die Untersuchungsergebnisse zu dieser Forschungslinie sollen im nachfolgenden Abschnitt vorgestellt werden.

3) Zusammenhang von G-SK und gezügeltem Essverhalten

Als gezügeltes Essverhalten (engl. *restrained eating*) wird

(...) ein zeitlich relativ überdauerndes Muster der Nahrungsaufnahme bezeichnet, gekennzeichnet durch eine kognitive Kontrolle und Übersteuerung physiologischer Hunger- und psychologischer Appetenzsignale, das auf eine geringere Kalorienzufuhr zum Zweck der Gewichtsreduktion und/oder Gewichtskontrolle zielt.“ (Westenhöfer & Pudel, 1989, S.150f)

Unzufriedenheit mit der eigenen Figur bzw. mit dem eigenen Körpergewicht gelten als starke Motive dieser Verhaltensweise (Pudel & Westenhöfer, 2003). Diese Unzufriedenheit ist auf Seiten der Mädchen und Frauen deutlich stärker ausgeprägt als bei Jungen und Männern (HBSC-Team Deutschland, 2011d; Kolip, 1997; Settertobulte, 2002) und speist sich aus der Diskrepanz zwischen tatsächlichem Erscheinungsbild und der gesellschaftlichen Schönheitsnorm, die insbesondere für Frauen ein dünnes Körperideal propagiert und Weiblichkeit mit Schlanksein gleichsetzt (Durkin & Paxton, 2002; Hähne & Dümmler, 2008; Sanderson, 2013; Wertheim, Paxton, Schutz & Muir, 1997). Die Körpermanipulation durch gezügeltes Essverhalten kann somit als Mittel interpretiert werden, der weiblichen Geschlechterrolle gerecht zu werden.

Neben diesem indirekten Zusammenhang von G-SK und gezügeltem Essverhalten, bei dem die Unzufriedenheit mit dem eigenen Äußeren eine wichtige Rolle spielt, kann auch der Wunsch, in der Interaktion mit anderen Menschen eine bestimmte Wahrnehmung zu erzeugen, als weiteres – möglicherweise komplementäres – Bindeglied zwischen G-SK und dem gezügelten Essverhalten betrachtet werden: Mäßigung, Zurückhaltung und Kontrolle beim Essgenuss werden als weibliche kulinarische Verhaltensweisen gewertet, während ein kräftiges Zulangen, ein schnelleres Esstempo oder eine Trinkfestigkeit als männliche Erscheinungsformen gelten (Setzwein, 2009). Sowohl die Art und Weise, wie man isst, als auch das, was man isst²⁷, kann das Ausmaß beeinflussen, zu dem man von Interaktionspartnern als maskulin bzw. feminin wahrgenommen wird (Burkle, 2009; Chaiken & Pliner, 1987; Counihan 2008; Mooney, DeTore & Malloy, 1994; Mooney & Lorenz, 1997; Vartanian et al., 2007). Somit kann da-

²⁷ Vgl. Kapitel 7.4.2, Abschnitt 1: *zirkuläre Sexuierungsprozesse*

von ausgegangen werden, dass gezügeltes Essverhalten auch dahingehend instrumentalisiert wird, Femininität in der sozialen Interaktion herzustellen und zu demonstrieren.

In diesen Kontext lassen sich die Forschungsergebnisse von Squires und Kagan (1985) einordnen. Die Autorinnen erfassten bei 162 Studentinnen ($M=22.7$ Jahre; $SD=4.8$ Jahre) neben dem G-SK mittels zweier Skalen sowohl unkontrolliertes als auch gezügeltes Essverhalten²⁸. In den Korrelationsanalysen zeigte sich, dass Femininität negativ mit unkontrolliertem ($r=-.17$, $p<.05$) sowie positiv mit gezügeltem Essverhalten ($r=.17$, $p<.05$) assoziiert ist. Zudem bestätigte sich Femininität in der Regressionsanalyse als bedeutsamer Prädiktor des gezügelten Essverhaltens. Zusammenhänge von Maskulinität und diesen Verhaltensweisen ließen sich nicht beobachten. Das bedeutet, dass Frauen mit einer stark ausgeprägten femininen Identität in höherem Maße gezügeltes und in geringerem Maße unkontrolliertes Essverhalten an den Tag legen.

Ganz ähnliche Ergebnisse liefert die Arbeit von Hawkins, Turrell und Jackson (1983), die in zwei aufwändigen Studien mit mehreren unabhängigen und gemischt-geschlechtlichen Stichproben von Studierenden die Zusammenhänge von G-SK, gezügeltem Essverhalten sowie Unzufriedenheit mit dem äußeren Erscheinungsbild untersuchten. Sowohl bei Männern als auch bei Frauen bestand ein positiver Zusammenhang von gezügeltem Essverhalten und Femininität ($r=.22$, $p<.01$) sowie eine negative Assoziation mit Maskulinität ($r=-.17$, $p<.05$). Überdies zeigte sich bei beiden Geschlechtern ein negativer Zusammenhang von der Unzufriedenheit mit dem äußeren Erscheinungsbild und Maskulinität ($r=-.38$; $p<.05$) sowie ein positiver mit Femininität ($r=.44$, $p<.05$). Unzufriedenheit mit dem äußeren Erscheinungsbild war wiederum mit dem gezügelten Essverhalten assoziiert ($r=.55$; $p<.05$). Je ausgeprägter also die Maskulinität bei den befragten Frauen und Männern war, desto geringer war deren Unzufriedenheit mit ihrem Äußeren und desto seltener zeigten sie gezügeltes Essverhalten. Genau entgegengesetzt verhielt es sich mit der Femininität: Je stärker

²⁸ Beispielitems aus den verwendeten Instrumenten COMPUL EAT und DIET (Kagan & Squires, 1984): *Wie häufig essen Sie zu viel, weil Sie traurig oder nervös sind?* (unkontrolliertes Essverhalten); *Wie häufig kommt es vor, dass Sie 24 Std. lang nichts Festes essen um anzunehmen?* (gezügeltes Essverhalten).

sie ausgeprägt war, desto unzufriedener waren die Probanden mit ihrem Körper und desto häufiger zeigten sie gezügeltes Essverhalten.

Ebenfalls von einem positiven Zusammenhang von Maskulinität und Zufriedenheit mit dem eigenen Aussehen ($r=.30$, $p<.01$) sowie einer negativen Assoziation mit gezügeltem Essverhalten ($r=-.22$, $p<.05$) berichten Thomas und James (1988), die in ihrer Studie 102 Afro-Amerikanerinnen (keine Angaben zu M und SD verfügbar) untersuchten. Hierfür erfassten die Autorinnen neben dem G-SK, inwiefern die Probandinnen mit verschiedenen Zonen ihres Körpers (z. B. Bauch, Hüfte) zufrieden waren (5-stufige Likert-Skala, 1=*sehr unglücklich* bis 5=*sehr glücklich*) und ob sie bereits Erfahrung mit diversen Ausprägungsformen gezügelten Essverhaltens (z. B. Diäten, Fasten) hatten. Neben dem bereits geschilderten Zusammenhang von Maskulinität und gezügeltem Essverhalten bzw. Zufriedenheit mit dem eigenen Aussehen konnten die Autorinnen zeigen, dass dieser auch zwischen dem Essverhalten und der Zufriedenheit mit dem eigenen Aussehen ($r=-.25$, $p<.01$) besteht. Je unzufriedener die Frauen waren, desto stärker ausgeprägt war deren gezügeltes Essverhalten. Anders jedoch als bei der zuvor beschriebenen Studie von Hawkins et al. (1983) zeigten sich in dieser Untersuchung keinerlei statistisch bedeutsame Zusammenhänge von Femininität mit gezügeltem Essverhalten bzw. der Zufriedenheit mit dem eigenen Äußeren. Somit bestätigte sich lediglich die Erkenntnis, dass ein maskulines Selbstkonzept sowohl mit einer größeren Zufriedenheit mit dem eigenen Aussehen als auch einer geringeren Tendenz zum gezügelten Essverhalten assoziiert ist und die beiden letztgenannten Variablen ebenfalls miteinander in Verbindung stehen.

Nur schwer lassen sich die Untersuchungsergebnisse von Van Strien (1989) mit den bisher vorgestellten Studien zur Assoziation von G-SK und gezügeltem Essverhalten zusammenführen. Zwar berichtet auch sie wie zuvor bspw. Hawkins et al. (1983) von einem positiven Zusammenhang von Femininität (*Wilk's* $\lambda=.98$, $p<.001$) mit der Körperunzufriedenheit, aber die Befunde zur Assoziation von G-SK und gezügeltem Essverhalten fallen aus der Reihe der zuvor dargestellten Arbeiten: Als einzige berichtet die Autorin in ihrer Studie mit 540 niederländischen Frauen (keine Angaben zu M und SD verfügbar) von ei-

nem positiven Zusammenhang von sowohl Femininität ($\beta=.13$, $p<.001$) als auch Maskulinität ($\beta=.09$, $p<.05$) mit dem gezügelten Essverhalten, welches sie mit der entsprechenden Skala des *Dutch Eating Behaviour Questionnaires* (DEBQ, Van Strien, Frijters, Bergers & Defares, 1986) erfasste. Hieraus leitet die Autorin den Schluss ab, dass gezügeltes Essverhalten mit Androgynie, also einer starken Ausprägung sowohl maskuliner als auch femininer Persönlichkeitseigenschaften, einhergeht und sich nicht einseitig mit Maskulinität oder Femininität in Verbindung bringen lässt (Van Strien, 1989). Diese Folgerung ist jedoch aus Sicht des Autors der vorliegenden Arbeit aus folgendem Grund fragwürdig: Im Hinblick auf die Forschungsmethodologie muss äußerst kritisch angemerkt werden, dass der Autorin zufolge die *Groninger Androgyny Scale* (GRAS, De Graaf, 1984), mithilfe derer das G-SK erfasst wurde, in dieser Studie, „high correlations between masculinity and femininity“ (Van Strien, 1989, S. 458) aufwies. Femininität und Maskulinität werden jedoch konzeptionell als separate und somit voneinander unabhängige Dimensionen verstanden, was andere gängige Instrumente zur Erfassung des G-SK (z. B. *BSRI*, Bem, 1974 oder *PAQ*, Spence et al., 1974) berücksichtigen und eine entsprechende Faktorenstruktur abzubilden vermögen. Die bestehende starke Korrelation der beiden Dimensionen des GRAS – zumindest in dieser Studie – ist mit diesem Konzept unvereinbar, was die Aussagekraft der Untersuchung deutlich mindert. Vor diesem Hintergrund darf also die Tatsache nicht überbewertet werden, dass sich beide Dimensionen als relevante Prädiktoren des gezügelten Essverhaltens erwiesen haben.

Zusammenfassen lassen sich die Befunde der vier vorgestellten Studien, die sich der Assoziationen von G-SK und dem gezügelten Essverhalten widmen, wie folgt: Während zwischen Femininität und dem gezügelten Essverhalten ein positiver Zusammenhang zu bestehen scheint, ist Maskulinität tendenziell negativ hiermit verbunden. Männer und Frauen mit einer stark ausgeprägten femininen Identität neigen also eher dazu, ihre Nahrungsaufnahme in unterschiedlicher Form zu beschränken, wohingegen jene mit einer ausgeprägten Maskulinität dies umso seltener tun. Eine entscheidende Einflussgröße ist hierbei wohl die Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit mit der eigenen äußeren Erscheinung, die als Triebfeder des gezügelten Essverhaltens relevant zu sein scheint und

ebenfalls mit dem G-SK zusammenhängt: Personen, die sich als feminin beschreiben, sind in geringerem Maße mit ihrem Aussehen zufrieden als jene mit einer stärker ausgeprägten maskulinen Identität.

Wenngleich auch weder gezügeltes Essverhalten noch die Zufriedenheit mit dem eigenen Aussehen Gegenstand der vorliegenden Arbeit sind, so ergeben sich aus diesen Befunden zumindest mittelbar Implikationen für die nachfolgende Untersuchung, die sich schwerpunktmäßig mit der Verzehrhäufigkeit verschiedener Lebensmittelgruppen befasst. Die beschriebenen Assoziationen von Femininität mit dem gezügelten Essverhalten und der Unzufriedenheit mit dem Äußeren lässt einen zugrunde liegenden Wunsch nach Körpermanipulation in Richtung Schlankheit vermuten. Dieser könnte sich möglicherweise auch in der Verzehrhäufigkeit verschiedener Lebensmittel widerspiegeln und sich bspw. dahingehend manifestieren, dass Femininität mit dem Konsum niedrigkalorischer Lebensmittel wie Obst und Gemüse einhergeht.

7.4.3 G-SK und Gesundheitszustand

Die Arbeiten, die sich mit den Zusammenhängen von G-SK und dem Gesundheitszustand befassen, lassen sich in Abhängigkeit von der im Zentrum des Forschungsinteresses stehenden Facette der Gesundheit systematisieren. Unterschieden werden hierbei Studien, die sich mit der (1) globalen Gesundheit befassen, solche, die sich (2) Aspekten der psychischen Gesundheit widmen und schließlich jene, bei denen (3) Ausprägungsformen der physischen Gesundheit untersucht werden. Da jedoch einige der nachfolgend vorgestellten Arbeiten verschiedene Facetten zugleich – bspw. Aspekte psychischer und physischer Gesundheit – beleuchten, ist die vorgeschlagene Unterteilung nicht immer trennscharf, so dass die verschiedenen Ergebnisse einer einzigen Studie an verschiedenen Stellen aufgeführt werden.

(1) G-SK und die Selbsteinschätzung der globalen Gesundheit

Der Terminus der „globalen Gesundheit“ (Woll, 2004, S. 187) bildet im Folgenden einen Überbegriff für all jene Indikatoren, die auf einer Selbsteinschätzung

der habituellen²⁹ körperlichen Gesundheit beruhen, ohne dabei detailliert spezifische Ausprägungsformungen der psychischen oder physischen Gesundheit zu berücksichtigen. Dass diese mit dem G-SK assoziiert ist, konnten Radley, Grove, Wright und Thurston (2000) zeigen. In ihrer Studie untersuchten die Autoren 120 Britinnen und Briten (50% weiblich, keine Angaben zu M und SD verfügbar) und erfassten bei diesen neben dem G-SK die globale Gesundheit (*General Health Rating Index*, GHRI, Davies & Ware, 1981). Die Autoren beobachteten in der gemischtgeschlechtlichen Gesamtstichprobe eine signifikant positive Korrelation ($r=.39$; $p<.001$) von Maskulinität und dem Score des GHRI, während Femininität nicht mit diesem Indikator assoziiert war. Der positive Zusammenhang bestätigte sich in der Regressionsanalyse, die Maskulinität ($\beta=.32$; $p<.01$) – nicht jedoch Femininität oder das Geschlecht – als bedeutsamen Prädiktor identifizierte. Je stärker sich also die befragten Männer und Frauen mit maskulinen Persönlichkeitseigenschaften selbst beschrieben, desto besser schätzten sie ihre Gesundheit ein.

Damit bestätigten die Autoren die Befunde von Annandale und Hunt (1990), die in ihrer ebenfalls im Vereinigten Königreich durchgeführten Studie mit 985 Probanden (55% weiblich, keine Angaben zu M und SD verfügbar) zu einem ähnlichen Ergebnis kamen. Hierbei wurden die Befragten gebeten, Angaben zum G-SK zu machen sowie ihre eigene Gesundheit zu bewerten, indem sie sie mit der anderer Personen gleichen Alters vergleichen sollten (vierstufiges Antwortformat von 1=*exzellent* bis 4=*schlecht*). Anhand der Werte, die die Probanden auf der Maskulinitäts- bzw. Femininitätsskala angegeben haben, wurden jeweils zwei am Mittelwert getrennte Gruppen (M_{Hoch} vs. M_{Niedrig} bzw. F_{Hoch} vs. F_{Niedrig}) gebildet und nachfolgend im Hinblick auf die Bewertung der globalen Gesundheit miteinander verglichen. Hier zeigte sich sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen, dass eine stärker ausgeprägte Maskulinität mit einer signifikant ($p_{\text{Männer}}<.001$; $p_{\text{Frauen}}<.01$) besseren Einschätzung der globalen Gesundheit einhergeht und dass Femininität hiermit in keinem Zusammenhang steht.

²⁹ *Habituelle Gesundheit* bezeichnet Becker (1989; 2006) zufolge ein Maß des über einen längeren Zeitraum hinweg aggregierten Gesundheitszustandes, der u. a. widerspiegelt, wie häufig und wie schwer eine Person während dieser Zeit erkrankt war oder wie sie sich im Allgemeinen fühlte. Diese unterscheidet der Autor von der *aktuellen Gesundheit*, unter der der für eine Person charakteristische Gesundheitszustand der unmittelbar zurückliegenden Tagen oder gar Wochen zu verstehen ist.

Statt einer separaten Betrachtung des Zusammenhangs von Maskulinität bzw. Femininität und der globalen Gesundheit wählte Downey (1984) in ihrer Studie mit 237 US-amerikanischen Männern ($M=48.2$ Jahre; $SD=5.4$) den Ansatz, die vier G-SK-Typen miteinander zu vergleichen. Aus den Angaben zu vier Items – Beschreibung des eigenen habituellen Gesundheitszustands, Vergleich mit Gleichaltrigen, Beschreibung des Energielevels und Zufriedenheit mit der Gesundheit – errechnete sie einen Index der globalen Gesundheit und ermittelte per Varianzanalyse die Gruppenunterschiede zwischen den einzelnen Typen. Hierbei zeigte sich, dass androgyne Männer, also jene mit ausgeprägter Maskulinität und Femininität, ihre Gesundheit signifikant ($p<.05$) besser beschrieben als bspw. undifferenzierte Männer, bei denen beide Dimensionen schwach ausgeprägt waren.

Dieser Befund muss jedoch aufgrund des fragwürdigen Vorgehens bei der Klassifikation der G-SK äußerst kritisch betrachtet werden: Die Autorin wendet das Median-Split-Verfahren an, bei denen die Probanden in Abhängigkeit ihrer relativen Position zum Median auf beiden Skalen den Gruppen zugeteilt werden. Personen, deren Werte bei Maskulinität und Femininität jeweils über dem Median liegen, werden somit bspw. den Androgynen zugeordnet. Dieses Verfahren hat sich jedoch nur bei geschlechtsheterogenen Stichproben als zuverlässig erwiesen, weswegen bei exklusiv männlichen bzw. weiblichen Stichproben beträchtliche Verzerrungen zu erwarten sind. Aufgrund der Tatsache, dass Männer signifikant höhere Maskulinitäts- und Frauen höhere Femininitätsscores erzielen als das andere Geschlecht (siehe Normstichproben: Bem, 1974; Schneider-Düker & Kohler, 1988) – was gemäß den Autoren sogar als Validitätskriterium gilt –, dürften wie hier in einer rein männlichen Stichprobe der Maskulinitäts-Median über und der Femininitäts-Median unter denen einer geschlechtsheterogenen Stichprobe liegen. Daraus resultiert logischerweise die nahezu gleichmäßige Verteilung der männlichen Probanden auf die vier G-SK-Typen, die in keiner der Normstichproben (Bem, 1974; Schneider-Düker & Kohler, 1988) zu finden ist. Downey (1984) selbst fällt dies zwar auf, sie gibt aber eine Alternativerklärung anstatt das Verfahren anzuzweifeln.

Abschließend sei auf die Studie von Ruffing-Rahal, Barin und Combs (1998) verwiesen, die bei ihrer Untersuchung einer sehr kleinen Stichprobe von lediglich 70 lebensälteren Frauen ($M=77.36$ Jahre; $SD=6.67$) konträr zu den oben vorgestellten Ergebnissen zu dem Schluss kommen, dass „self-rated health was not linked significantly with any gender orientation“ (S.11).

Von den vier hier aufgeführten Studien – wobei die Aussagekraft einer Untersuchung angezweifelt werden darf – suggerieren zwei einen positiven Zusammenhang von Maskulinität und der Einschätzung der globalen Gesundheit. Wenngleich auch die Studienlage hierzu insgesamt als defizitär zu beschreiben ist, so kann man in Anbetracht dieser Tatsache wohl von einer Tendenz sprechen, wonach Männer und Frauen mit einer ausgeprägten maskulinen Identität ihren eigenen Gesundheitszustand positiver beschreiben als jene, bei denen die Maskulinitätsdimension ihres G-SKs weniger stark ausgeprägt ist. Die Ausprägung der Femininität einer Person scheint hingegen nicht mit der Selbsteinschätzung der globalen Gesundheit assoziiert zu sein.

Im nachfolgenden Abschnitt wird der Fokus im Hinblick auf die untersuchten Gesundheitsindikatoren ein wenig enger gestellt und Studien aufgeführt, die sich mit den Zusammenhängen von G-SK und Facetten der psychischen Gesundheit befassen.

(2) G-SK und psychische Gesundheit

Die nachfolgend zusammengefasst dargestellten Ergebnisse lassen sich in Abhängigkeit von der untersuchten Facette der psychischen Gesundheit unterteilen in solche, die sich mit der affektiven Störung der Depression bzw. depressiven Symptomen befassen (Altstötter-Gleich, 2004; Gannon, Vaux, Rhodes & Luchetta, 1992; Lengua & Stormshak, 2000; Nezu, Nezu & Peterson, 1986; Priess, Lindberg & Hyde, 2009; Sharpe, Heppner & Dixon, 1995; Steenbarger & Greenberg; 1990; Stoppard & Paisley, 1987; Wolfram, Mohr & Borchert; 2009), jene, bei denen Aspekte des psychischen Wohlbefindens im Zentrum des Forschungsinteresses stehen (Downey; 1984; Gannon et al., 1992; Lubinski, Tellegen & Butcher, 1981; Ruffing-Rahal et al. 1998;) und schließlich solche, die sich verschiedenen Indikatoren der psychischen Gesundheit widmen (Altstötter-

Gleich, 2004; Annandale & Hunt, 1990; Mori, Nakashima, Yamazaki & Kurita; 2002; Sharpe et al., 1995; Wolfram et al., 2009; Woodhill & Samuels, 2003).

(a) Zusammenhang von G-SK und Depression: Der Forschungsstand in Bezug auf diese Thematik weist eine geradezu erstaunliche Konsistenz auf. Alle neun Studien dieser Forschungslinie deuten auf einen negativen Zusammenhang von Maskulinität und dem Auftreten von Depressionen bzw. depressiven Symptomen hin. Dieser Zusammenhang scheint altersunabhängig zu sein und zeigt sich sowohl bei Kindern und Jugendlichen (Priess et al., 2009), jungen Männern und Frauen (Gannon et al., 1992; Lengua & Stormshak, 2000; Nezu et al., 1984; Sharpe, et al., 1995; Stoppard & Paisley, 1987) sowie Personen im mittleren Erwachsenenalter (Altstötter-Gleich, 2004; Steenbarger, 1990; Wolfram et al., 2009).

Des Weiteren konnte in keiner der Studien ein Zusammenhang – weder positiv noch negativ – zwischen der Ausprägung der Femininität und dem Auftreten von Depressionen bzw. depressiven Symptomen beobachtet werden. Hierfür existieren in der Literatur verschiedene Erklärungsansätze. So ist es bspw. denkbar, dass Maskulinität aufgrund seiner positiven Assoziationen mit der Selbstwirksamkeit (Whitley, 1984), mit der wahrgenommenen Kompetenz (Wilson & Cairns, 1988) oder dem Selbstwertgefühl (Craighead & Green, 1989) zu einer Reduktion depressiver Symptome führt. Möglicherweise rührt der protektive Effekt der Maskulinität aber auch daher, dass sie die Wahrscheinlichkeit erhöht, Probleme direkt anzugehen anstatt sie zu internalisieren (Nolen-Hoeksema, 1994). Nicht außer Acht gelassen werden darf aber in diesem Zusammenhang die Möglichkeit, dass eine stark ausgeprägte maskuline Identität schlichtweg die Bereitschaft herabsetzen könnte, Beschwerden – noch dazu psychische, die wie die Depression stigmatisierend sind als „unmännlich“ (Möller-Leimkühler & Kasper, 2010, S. 149) gelten – trotz ihrer Existenz überhaupt zuzugeben (Courtenay, 2000; Sieverding, 2002).

(b) Zusammenhang von G-SK und subjektivem Wohlbefinden: Der Begriff des Wohlbefindens vereint eine Vielzahl verschiedener Komponenten. Diener (2000) nennt in diesem Zusammenhang die Zufriedenheit mit dem eigenen Leben als Ganzes sowie mit wichtigen Lebensbereichen sowie das Erleben vielfäl-

tiger erfreulicher und nur weniger unerfreulicher Emotionen und Stimmungslagen (positiver bzw. negativer Affekt). Eine detailliertere Beschreibung liefern Gerrig & Zimbardo (2011). Sie verstehen darunter die „optimale Gesundheit, verbunden mit der Fähigkeit, vollständig und aktiv in körperlichen, intellektuellen, emotionalen, geistigen, sozialen und sich in der Umwelt befindlichen Gesundheitsbereichen zu funktionieren“ (S. 748). Aus diesen beiden Begriffsbestimmungen, die sich mühelos um weitere Beispiele ergänzen ließen, geht bereits hervor, dass es sich beim Wohlbefinden um ein weitgefächertes Konstrukt handelt. Aus diesem Grund ist es notwendig, bei den nachfolgend aufgeführten Studien darauf zu achten, welcher Aspekt bzw. welche Aspekte des Wohlbefindens auf Zusammenhänge mit dem G-SK untersucht wurden, um bspw. auf den ersten Blick gegenläufige Untersuchungsergebnisse erklären und einordnen zu können.

Als exemplarisch hierfür können die Untersuchungen von Gannon et al. (1992) und Ruffing-Rahal et al. (1998) betrachtet werden. Während Gannon und Mitarbeiter (1992) in ihrer Untersuchung von 198 US-amerikanischen Studierenden (53% weiblich, $M=19.93$ Jahre, keine Anhaben zu SD verfügbar) einen positiven Zusammenhang von Maskulinität und Wohlbefinden beobachten konnten, zeigte sich in der Studie ($N=70$, 100% weiblich, $M=77.36$, $SD=6.67$) von Ruffing-Rahal et al. (1998) dieser Zusammenhang in Bezug auf Femininität. Obwohl beide Autorenteam im Hinblick auf die untersuchte abhängige Variable vom subjektiven Wohlbefinden (*Well-Being*) sprechen, greifen sie auf unterschiedliche Operationalisierungsmethoden bzw. Erhebungsinstrumente zurück: Gannon et al. (1992) verwenden die *Positive and Negative Affect Scales* (PANAS, Watson & Clark, 1988; dt. Übersetzung: Krohne, Egloff, Kohlmann & Tausch, 1996) und zielen somit auf die emotional-affektive Facette des subjektiven Wohlbefindens. Ruffing-Rahal et al. (1998) hingegen setzen mit dem *Integration Inventory* (II, Ruffing-Rahal, 1991) ein Verfahren ein, das der Autorin zufolge die „psychologisch-spirituelle“ (Ruffing-Rahal, 1994, p.41) Facette des subjektiven Wohlbefindens abbildet.

Die PANAS bestehen aus insgesamt 20 Items, je zehn zu positivem (z. B. *stark, stolz, entschlossen*) bzw. negativem Affekt (z. B. *ängstlich, beschämt, bekümm-*

mer), die die Probanden anhand einer fünfstufigen Likert-Skala hinsichtlich ihrer Ausprägungsstärke (1= *ganz wenig oder gar nicht* bis 5= *äußerst*) innerhalb der vorangegangenen zwölf Monate beurteilen sollen. Der Blick auf die angegebenen Beispielitems – insbesondere jene zum positiven Affekt – offenbart sehr deutliche Parallelen zum Wortlaut der Instrumente, mit denen das G-SK erfasst wird. So ist wird bspw. das Adjektiv *entschlossen* ebenfalls als Item der Maskulinitätsdimension des *BSRI* (Bem, 1974; Schneider-Düker & Kohler, 1988) verwendet. Entsprechend erscheinen auch die beobachteten Zusammenhänge zwischen Maskulinität und dem G-SK aufgrund der Ähnlichkeit im Hinblick auf die Operationalisierung wenig verwunderlich. Das II hingegen erfordert von den Befragten, Aussagen zur aktuellen Lebenssituation (z. B. *Ich wünsche mir häufig, jemanden zum Reden zu haben; Ich vermisse es häufig, von Anderen in den Arm genommen zu werden und Ich habe einen starken Glauben und Vertrauen in Gott*) anhand einer sechsstufigen Likert-Skala (1=*stimme nicht zu* bis 6=*stimme zu*) zu beurteilen. Aspekte des Wunsches nach Zuneigung und der Spiritualität, wie sie mit diesem Instrument verstärkt abgefragt werden, sind möglicherweise in höherem Maße mit einer femininen Identität kompatibel, weswegen sich die geschilderten Zusammenhänge von Femininität und dieser Facette des Wohlbefindens zeigten, die bei oberflächlicher Betrachtung jene von Gannon et al. (1992) zu widerlegen scheinen.

Gestützt werden die Befunde zum Zusammenhang von Maskulinität und Wohlbefinden auch durch die Untersuchung von Lubinski und Mitarbeitern (1981). Diese befragten 176 US-amerikanische Studierende (50% weiblich, keine Angaben zu Alter verfügbar) und griffen hierbei auf eine Kurzform des *BSRI* sowie die *Well-Being* Subskala des *Differential Personality Questionnaires* zurück (DPQ, Tellegen, 1979), womit ebenfalls die emotional-affektive Facette des Wohlbefindens erfasst wird. Maskulinität stellte sich hierbei als signifikanter Prädiktor ($\beta=.28$, $p<.001$) des Wohlbefindens heraus. Femininität trug mit 2% lediglich in geringem, wenngleich auch statistisch bedeutsamen Maße ($p<.01$), zur Varianzaufklärung bei.

Dies spiegelt sich auch in den Ergebnissen wider, von denen Downey (1984) berichtet. In ihrer Untersuchung von 237 männlichen Probanden ($M=48.2$ Jah-

re; $SD=5.37$ Jahre) zeigten androgyne Männer die höchsten Werte in Bezug auf das emotional-affektive Wohlbefinden, wie es mit der *Bradburn Affect Balance Scale* (ABS, Bradburn & Caplovitz, 1965) erhoben wurde. Allerdings sei auch hier erneut darauf hingewiesen, dass das Verfahren zur Klassifikation der G-SK-Typen per Median-Split in einer rein männlichen Stichprobe als fragwürdig bezeichnet werden muss (siehe auch Kap. 7.4.3, Abschnitt 1), und dieses Ergebnis mit Vorsicht zu interpretieren ist.

Die Befunde zum Zusammenhang von G-SK und subjektivem Wohlbefinden zeigen kein konsistentes Bild. Zurückzuführen ist dies vermutlich auf die Tatsache, dass das subjektive Wohlbefinden ein vielschichtiges Konstrukt ist und sich in Abhängigkeit der untersuchten Facette unterschiedliche Assoziationen mit der Maskulinität bzw. Femininität zeigen. Im Hinblick auf verschiedene emotional-affektive Aspekte scheint die Maskulinität in einem positiven Verhältnis zu stehen: Männer und Frauen mit einer starken Ausprägung maskulin konnotierter Persönlichkeitseigenschaften berichten hier von einem höheren Wohlbefinden.

Dies spiegelt die Befunde zum Zusammenhang von G-SK und der affektiven Störung der Depression (vgl. Kap. 7.4.3 Abschnitt 1) wider. Hier zeigte sich, dass eine maskuline Identität mit einer geringeren Ausprägung von Depressionen bzw. depressiver Stimmungen assoziiert ist. Femininität hingegen scheint mit der emotional-affektiven Facette des Wohlbefindens nicht zusammenzuhängen. Stattdessen zeigen sich möglicherweise Assoziationen mit anderen Facetten – wie bspw. oben dargestellt Spiritualität oder soziale Aspekte wie der Wunsch nach Zuneigung.

Hierzu besteht jedoch weiterer Bedarf an empirischer Forschung. Festzuhalten bleibt jedoch, dass die Zusammenhänge von G-SK und dem subjektiven Wohlbefinden kontextspezifisch sind und in Abhängigkeit von der untersuchten Facette des vielschichtigen Konstrukts unterschiedlich ausfallen.

Der nachfolgende Abschnitt nimmt Studien in den Fokus, bei denen eine Mehrzahl unterschiedlicher Indikatoren der seelischen Gesundheit auf ihre Zusammenhänge mit dem G-SK untersucht wurde.

(c) *Zusammenhang von G-SK und diversen Indikatoren seelischer Gesundheit:*

Inwiefern Ängstlichkeit bzw. Angst³⁰ mit der Ausprägung des G-SK assoziiert sind, ist Gegenstand zweier Studien, deren Ergebnisse nachfolgend vorgestellt werden sollen. Sharpe und Kollegen (1995) untersuchten hierfür insgesamt 80 männliche US-Amerikaner indem sie sie den PAQ (Spence & Helmreich, 1974) sowie das *State-Trait Anxiety Inventory-Trait* (STAI-T, Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1970) ausfüllen ließen. Die Korrelationsanalysen zeigten einen signifikant negativen Zusammenhang ($r=-.40$, $p<.001$) von Maskulinität und Ängstlichkeit. Je stärker sich die befragten Männer also mit der maskulinen Geschlechterrolle identifizierten, desto geringere Werte in Hinblick auf die Ängstlichkeit berichteten sie. Gleiches zeigte sich bei Wolfram und Kollegen (2009), der ebenfalls eine rein männliche Stichprobe von 81 Grundschullehrern untersuchte ($M=42.9$ Jahre, $SD=8.4$). Die Regressionsanalyse bestätigte Maskulinität als einzigen relevanten Prädiktor ($\beta=-.42$, $p<.001$) für die Ausprägung der Zustandsangst, nicht jedoch Femininität. Im Hinblick auf die verschiedenen G-SK-Typen zeigte sich zudem, dass Androgyne eine niedrigere Zustandsangst angaben als Feminine oder Undifferenzierte.

Mit einer Vielzahl unterschiedlicher Indikatoren aus dem Trierer Persönlichkeitsfragebogen (TPF, Becker, 1989) und dem Life-Orientations-Test (LOT, Scheier, Carver & Bridges, 1994) erfasste Altstötter-Gleich (2004) in ihrer in Deutschland durchgeführten Studie mit 409 Probanden (64% weiblich, $M=331$. Jahre, $SD=14.8$) die Zusammenhänge von G-SK und psychischer Gesundheit. Dabei erwies sich Maskulinität als bedeutsamer Prädiktor der Faktoren *seelische Gesundheit* ($\beta=.60$, $p<.001$), *Sinnerfülltheit vs. Depressivität* ($\beta=.39$, $p<.01$), *Selbstvergessenheit vs. Selbstzentrierung* ($\beta=.21$, $p<.01$), *Beschwerdefreiheit vs. Nervosität* ($\beta=.24$, $p<.001$), *Expansivität* ($\beta=.69$, $p<.001$), *Autonomie* ($\beta=.45$, $p<.001$), *Selbstwertgefühl* ($\beta=.37$, $p<.001$) und *dispositionaler Optimismus* ($\beta=.36$, $p<.001$). Femininität hingegen sagte die Ausprägung der Faktoren *Selbstvergessenheit vs. Selbstzentrierung* ($\beta=-.28$, $p<.01$), *Beschwerdefreiheit*

³⁰ *Angst* bezeichnet den Zustand, der mit einem unangenehmen Gefühl der Anspannung einhergeht und auf eine Bedrohung in der Zukunft gerichtet ist, während sich *Ängstlichkeit* auf eine Prädisposition bezieht, die eine Person veranlasst, bestimmte Situationen als bedrohlich wahrzunehmen und darauf mit (Zustands-)Angst zu reagieren (Becker, 2011)

vs. *Nervosität* ($\beta=-.18$, $p<.001$), *Autonomie* ($\beta=-.22$, $p<.001$), *Selbstwertgefühl* ($\beta=.15$, $p<.001$) und *Liebesfähigkeit* ($\beta=.56$, $p<.001$) voraus.

Die Untersuchungsergebnisse zeigen eine im Vergleich zur Femininität höhere Relevanz der Maskulinität im Hinblick auf die psychische Gesundheit, was sich zum einen in der Anzahl bedeutsamer Indikatoren, zum anderen in der Höhe der zu beobachteten Beta-Gewichte manifestiert (*masculine supremacy effect*, Cook, 1985). Männer und Frauen, die sich maskuline Persönlichkeitseigenschaften zuschreiben, weisen bei nahezu allen überprüften Indikatoren höhere Werte auf, was auf eine bessere psychische Gesundheit schließen lässt. Femininität hingegen erwies sich in Bezug auf Selbstvergessenheit (z. B. *sorglos*, *wenig ängstlich*), Beschwerdefreiheit (z. B. *fühlt sich körperlich wohl*) und Autonomie (z. B. *löst Probleme selbst*, *übernimmt Verantwortung für eigenes Leben*) gar als negativer Prädiktor (Beispielitems aus Becker, 1995). Personen mit einer stärker ausgeprägten Femininität geben hier niedrigere Werte an, was einem schlechteren Zustand der psychischen Gesundheit entspricht. Ausnahme hiervon sind Liebesfähigkeit, zu der ein positives Verhältnis steht und der Indikator Selbstwertgefühl, den sowohl Maskulinität als auch Femininität vorhersagen.

In ihrer Studie überprüft Altstötter-Gleich (2004) auch mögliche Interaktionseffekte der beiden G-SK Dimensionen als auch den Einfluss des biologischen Geschlechts auf die Untersuchungsvariablen. Hierbei zeigten sich keine nennenswerten Interaktionen zwischen Maskulinität und Femininität und auch das Geschlecht der Befragten spielt – bis auf den Indikator Liebesfähigkeit – keine Rolle. Somit leisten die Variablen Maskulinität und Femininität einen deutlichen und voneinander unabhängigen Beitrag zur Vorhersage der psychischen Gesundheit, der weit über das biologische Geschlecht hinausgeht.

Eine ähnliche Vielfalt von Indikatoren der seelischen Gesundheit überprüften Woodhill und Samuels (2003) in ihrer australischen Studie mit 196 Probanden (79% weiblich, keine Angaben zu *M* und *SD*). Erfasst wurden hierbei neben dem G-SK (EPAQ, Spence et al., 1974) die Akzeptanz anderer Menschen (*Acceptance of Others Scale*; Fey, 1955), die Lebensfreude (*Affectometer 2*; Kammann & Flett, 1983), die Kontrollüberzeugung (*Adult Nowicki-Strickland Inter-*

nal-External Control Scale; Nowicki & Duke, 1981), die Sozialkompetenz (Texas Social Behavior Inventory; Helmreich & Stapp, 1974) sowie das Selbstwertgefühl (*Rosenberg Self-Esteem Scale*; Rosenberg, 1979). Anders als in anderen Studien, die das gleiche Instrument zu Erfassung des G-SK verwendet haben, differenzierten die Autoren zwischen positiven und negativen Persönlichkeitseigenschaften der beiden Dimensionen Maskulinität und Femininität, anstatt diese als jeweils einen Faktor zu behandeln. Dies macht es möglich, sieben statt wie üblich vier G-SK-Typen zu identifizieren: Jeweils positive und negative Androgyne, Feminine und Maskuline sowie einen undifferenzierten Typ. Die Untersuchungen zeigten, dass positiv Maskuline und positiv Androgyne in allen Indikatoren die höchsten Werte angaben und somit gesünder waren als die anderen Typen. Zudem konnten die Autoren zeigen, dass drei positiven Typen in Hinblick auf alle Maße der seelischen Gesundheit bessere Werte berichteten als ihre negativen Entsprechungen.

Neben dem Ansatz, bestimmte Aspekte der seelischen Gesundheit separat zu erfassen und im Hinblick auf Zusammenhänge mit dem G-SK zu untersuchen, wird in anderen Studien eine ganzheitliche Erfassung der seelischen angestrebt. Ein Instrument, das diesen Zweck erfüllen soll, ist der *General Health Questionnaire* (GHQ, Goldberg, 1972). Er besteht aus einer Reihe von Fragen, die das kleinste gemeinsame Vielfache von Symptomen verschiedener psychiatrischer Syndrome darstellen (Goldberg & Hiller, 1979). Dieser wurde neben dem BSRI von Annandale und Hunt (1990) in ihrer Untersuchung an 985 Briten (53% weiblich, keine Angaben zu M und SD verfügbar) eingesetzt.

Es zeigte sich, dass Personen mit einer stark ausgeprägten Maskulinität signifikant ($p < .001$) höhere Werte angaben und ihrer seelische Gesundheit somit positiver bewerteten als jene, bei denen die Maskulinität weniger stark ausgeprägt war. Keine Zusammenhänge zeigten sich hingegen in Bezug auf die Femininität. Anders ist dies bei Mori et al. (2002), die 945 Japanerinnen und Japaner untersuchten (32% weiblich, $M_{\text{Männer}} = 36.9$ Jahre; $SD_{\text{Männer}} = 9.71$; $M_{\text{Frauen}} = 30.37$, $SD_{\text{Frauen}} = 8.34$). Hier berichten die Autoren von einem signifikant negativen Zusammenhang ($p < .05$) von Femininität und den GHQ-Werten bei Männern sowie einem gleichfalls negativem Zusammenhang ($p < .01$) von Maskulinität und der

seelischen Gesundheit bei Frauen. Die Autoren führen dies auf die im Vergleich zur westlichen Welt noch immer wesentlich rigideren Geschlechterrollen in Japan zurück und kommen zu dem Schluss, dass „men who have femininity and women who have masculinity do not fulfil society's expectations of them and feel it as pressure“ (Mori et al., 2002, p. 173). Die Befundlage zum Zusammenhang von G-SK und seelischer Gesundheit in ihrer Ganzheit – wie sie der GHQ abzubilden sucht – ist dünn und inkonsistent, was das Ableiten von Schlüssen erschwert. Dennoch bestätigen zumindest die Ergebnisse von Annandale und Hunt (1990) den Eindruck aus den vorangegangenen Abschnitten, dass Maskulinität mit einer gewissen Robustheit der psychischen Gesundheit einhergeht – zumindest in einem Kulturkreis, in dem die Ausprägung und das damit verbundene Ausleben der für das eigene Geschlecht untypischen G-SK Dimension – also Femininität bei Männern und Maskulinität bei Frauen – sozial akzeptiert ist und nicht wiederum selbst zu einer psychischen Belastung wird.

Die Ergebnisse der in diesem Abschnitt aufgeführten Studien zum Zusammenhang von G-SK und seelischer Gesundheit bestätigen weitestgehend jene, die in früheren Meta-Analysen mit vergleichbarem Untersuchungsfokus hervorgebracht wurden. So berichtet Whitley (1984) bspw. Zusammenhänge moderater Effektstärke von Maskulinität und dem Freisein von Depressionen und der psychischen Verfassung in Form von niedrigem Angstepfinden, niedriger Verärgerung sowie allgemeinem Wohlbefinden. Ein Zusammenhang von Femininität und Depression ließ sich nicht beobachten und die gefundene Assoziation mit der psychischen Verfassung war sehr schwach.

Eine weitere Meta-Analyse von Whitley (1983) zeigte überdies den oben beschriebenen starken Zusammenhang von Maskulinität und den schwächeren von Femininität und Selbstwertgefühl. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Ausprägung der maskulinen Identität und der seelischen Gesundheit besteht. Eine androgyne Identität scheint überdies mit einem hohen Maß an Selbstwertgefühl einherzugehen während Femininität nur mit vereinzelt Indikatoren in einer überdies eher schwachen Verbindung zu stehen. Zudem zeigte sich, dass möglicherweise in anderen Kulturkreisen mit rigideren sozialen Geschlechterrollen, eine

bestehende Inkongruenz von G-SK und Geschlecht (z. B. starke Ausprägung der Femininität bei Männern) zu einer Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit führen kann.

Im letzten Abschnitt des Kapitels zu den Zusammenhängen von G-SK und dem Gesundheitszustand richtet sich der Fokus nun auf primär physische Aspekte.

(3) G-SK und die physische Gesundheit

Im Hinblick auf die abhängigen Variablen, die auf Zusammenhänge mit dem G-SK überprüft werden, lassen sich die nachfolgend vorgestellten Studien einteilen. Unterscheiden kann man hierbei jene, bei denen das Empfinden körperlicher Beschwerden bzw. das Auftreten verschiedener Symptome im Zentrum steht (Annandale & Hunt, 1990; Gannon et al., 1992; Klonoff & Landrine, 1983; Olds & Shaver, 1980; Radley et al., 2000; Shifren & Bauserman, 1996; Shifren et al., 1993; Wech, 1983), solche, die sich biophysischen Parametern befassen (Annandale & Hunt, 1990; Hunt, Lewars, Emslie & Batty, 2007) und schließlich eine weitere Studie, die sich Aspekten des motorischen Funktionsstatus widmet (Delignieres, Marcellini, Brisswalter & Legros, 1994).

(a) Zusammenhang von G-SK und Angabe körperlicher Beschwerden: Die Befundlage zu diesem Forschungsgegenstand ist sehr homogen und deutet auf einen negativen Zusammenhang von Maskulinität sowie eine positive Assoziation von Femininität mit der Äußerung körperlicher Beschwerden hin. Je stärker sich die befragten Männer und Frauen an der männlichen Geschlechterrolle orientieren, desto weniger physische Symptome geben sie an, wohingegen sie umso mehr Beschwerden aufzählen, je stärker sie sich mit der weiblichen Rolle identifizieren. Lediglich in zwei Studien konnte dies nicht beobachtet werden.

So befragte Gannon (1992) eine Stichprobe 198 US-amerikanische Studierenden (53% weiblich, $M=19.93$; keine Angaben zu SD verfügbar) mittels EPAQ zur Ausprägung des G-SK und erfasste anhand des *Physical Symptoms Surveys* (PSS, Cuevas & Veaux, 1982) das Vorliegen somatischer Beschwerden, wobei sich jedoch keine Assoziationen der Untersuchungsvariablen zeigten.

Shifren et al. (1993) untersuchten in ihrer Studie ebenfalls Studierende in den Vereinigten Staaten ($N=145$, 73% weiblich, $M=18.7$ Jahre, keine Angaben zu

SD verfügbar) und ließen diese neben dem BSRI einen 77 Items umfassenden Gesundheitsfragebogen – kompiliert aus der *Health Checklist* (Cline & Chosey, 1972) und dem *Health Assessment Interview* (Marx, Garrity & Bowers, 1975) – ausfüllen. Dieser erfasste unter anderem Beschwerden wie Kopfweh, Zahnschmerzen oder auch Knochenbrüche. Weder die für die beiden G-SK-Dimensionen durchgeführten Korrelationsanalysen noch die Varianzanalysen mit den vier unterschiedlichen G-SK-Typen lieferten Hinweise auf Zusammenhänge mit der Beschwerdeäußerung. Als mögliche Ursache hierfür nennen die Autoren die Stichprobengröße, die „too small to detect a subtle relationship between these variables“ (p. 429) gewesen sei. Aus diesem Grund wiederholten Shifren & Bauserman (1996) die Studie mit einer deutlich größeren Stichprobe von 336 Studierenden (50% weiblich, $M=18.8$ Jahre, $SD=1.4$). Dabei zeigte sich, dass Maskulinität zwar schwach aber dennoch signifikant mit einer geringeren ($r=-.13$, $p<.05$) und Femininität mit einer höheren ($r=.15$, $p<.01$) Angabe körperlicher Beschwerden einherging.

Gleiches berichtet auch Annandale und Hunt (1990), die in Ihrer Studie 985 Personen untersuchten (55% weiblich, keine Angaben zu M und SD verfügbar). Zusammen mit dem G-SK erfasste sie bei den Probanden das Auftreten von insgesamt 31 Symptomen innerhalb des vorangegangenen Monats sowie die Anzahl der Arztbesuche im Vorjahr. Es zeigte sich, dass Personen mit ausgeprägter Maskulinität signifikant ($p<.001$) weniger Beschwerden berichteten als solche mit einer schwächeren Ausprägung. Gleichzeitig nannten Probanden mit ausgeprägter femininer Identität signifikant mehr Symptome ($p<.01$) und Arztbesuche ($p<.05$) als die Gruppe der weniger femininen Männer und Frauen.

Radley und Mitarbeiter (2000) untersuchten in ihrer Studie mit 120 britischen Probanden (50% weiblich, keine Angaben zu M und SD verfügbar) den Zusammenhang von G-SK und Herz-Kreislauf-Beschwerden, wofür sie neben dem BSRI den *Cardiac Symptomatology Index* (New York Heart Association, 1964) einsetzten. In diesem Instrument machen die Befragten Angaben zum Auftreten unterschiedlicher Symptome wie bspw. Atemnot, geschwellenen Füßen, Schwindelgefühle. Auch hier berichten die Autoren von einer signifikant

negativen Korrelation von Maskulinität ($r=-.27$, $p<.01$) sowie einem positiven Zusammenhang von Femininität ($r=.22$, $p<.05$) und berichteten Beschwerden.

Zwar erfolgte bei Wech (1983) keine separate Betrachtung der unabhängigen G-SK-Dimensionen Maskulinität und Femininität, dennoch lassen sich ihre Forschungsergebnisse hier einreihen. In ihrer Studie untersuchte die Autorin 121 US-amerikanische Studentinnen (keine Angabe zu M und SD verfügbar), indem sie sie das BSRI und die *Health Checklist* (Cline & Chosy, 1972) ausfüllen ließ und nachfolgend die vier G-SK-Typen im Hinblick auf die Anzahl genannter Beschwerden verglich. Dabei stellte sich heraus, dass maskuline Frauen signifikant ($p<.05$) weniger Symptome nannten als ihre Kommilitoninnen, die feminin klassifiziert wurden.

Dies zeigte sich auch bei Olds & Shaver (1980) in ihrer Studie mit 185 US-amerikanischen Studierenden (59% weiblich, $M=20.84$, keine Angaben zu SD verfügbar). Maskuline Männer und Frauen berichteten signifikant ($p<.05$) weniger Symptome – erfasst mit einem eigenständig entwickelten Instrument – als feminine. Zudem offenbarte die Korrelationsanalyse einen signifikant negativen Zusammenhang von Maskulinität und dem Symptomindex (Frauen: $r=-.35$, $p<.001$; Männer: $r=-.27$, $p<.01$). Dieser Index, der aus der Summe aller Einzelnennungen von Symptomen errechnet wurde, war zwar insgesamt nicht mit der Femininität assoziiert, aber dennoch hingen die Nennungen einzelner Symptome hiermit zusammen, und zwar stets positiv. Bei Männern waren dies bspw. Übelkeit ($r=.25$, $p<.05$) und Verstopfungen ($r=.24$, $p<.05$), bei Frauen Menstruationskrämpfe ($r=.29$, $p<.01$) oder Erschöpfungserscheinungen ($r=.28$, $p<.01$).

Von einem positiven Zusammenhang von Femininität und Beschwerdeäußerung berichten auch Klonoff und Kollegen (1983), die in ihrer Studie 51 US-amerikanische Studierende (60% weiblich, $M=22.0$ Jahre, $SD=6.7$) untersuchten. Hier erwies sich Femininität, erfasst mittels BSRI, als signifikanter Prädiktor ($p<.01$) der angegebenen Beschwerden, die per Cornell Medical Index (CMI, Brodman, Erdmann & Wolff, 1949) erhoben wurden. Insgesamt betrug die Varianzaufklärung des Faktors Femininität 9.5%, wohingegen Maskulinität in keinem bedeutsamen Zusammenhang mit dem Berichten von Symptomen stand.

Nach dieser Übersicht zur Studienlage im Hinblick auf den Zusammenhang von G-SK und körperlichen Beschwerden, die allesamt auf Selbstauskunft der Befragten beruhen, werden im nachfolgenden Abschnitt Untersuchungen vorgestellt, bei denen objektiv messbare Indikatoren der Gesundheit im Zentrum stehen.

(b) Zusammenhang von G-SK und biophysischen Gesundheitsparameter: Lediglich zwei Studien berücksichtigen auch objektiv messbare Indikatoren der physischen Gesundheit. In ihrer bereits mehrfach erwähnten Studie erhob Annandale (1990) nicht nur gesundheitsbezogene Selbsteinschätzungen sondern erfasste auch den Blutdruck der 945 Probanden (55% weiblich, keine Angabe zu M und SD verfügbar), den sie daraufhin ins Verhältnis zur Ausprägung des G-SK setzte. Hierbei zeigten sich jedoch keinerlei Zusammenhänge.

Auch in der Untersuchung ($N=1551$, 55% weiblich, $M=55.0$ Jahre, keine Angaben zu SD verfügbar) von Hunt und Mitarbeitern (2007) wurde der Blutdruck gemessen und ebenso wie der Body-Mass-Index (BMI) auf mögliche Assoziationen mit dem G-SK überprüft. Da es sich um eine über den Zeitraum von 17 Jahren laufende prospektive Kohortenstudie handelte, konnten die Autoren überdies Zusammenhänge zwischen dem G-SK und der Mortalität in diesem Zeitraum überprüfen. Anders als zuvor bei Annandale und Hunt (1990) zeigten sich bei den untersuchten Frauen sehr schwache aber dennoch statistisch bedeutsame Zusammenhänge zwischen Femininität und dem Blutdruck ($r=.09$, $p<.05$). In Bezug auf den Körpermasseindex wiesen die Autoren bei Männern eine signifikante Assoziation mit der Ausprägung der Maskulinität ($r=.16$, $p<.001$) nach, bei Frauen bestand ein schwächerer Zusammenhang mit der Femininität ($r=.08$, $p<.05$). Besonders interessant ist die Erkenntnis, dass bei Männern ein signifikanter negativer Zusammenhang ($p<.01$) zwischen der Femininität und der Mortalität aufgrund von koronarer Herzkrankheit besteht. Je stärker weibliche Persönlichkeitseigenschaften bei den Männern ausgeprägt sind, desto geringer ist das Sterblichkeitsrisiko im Hinblick auf dieses Leiden. Der Vergleich der G-SK-Typen zeigte überdies, dass maskuline Männer ein um 69% erhöhtes Sterberisiko gegenüber androgynen haben ($p<.01$).

Die hier aufgeführten Studien zeigen keine bzw. nur sehr schwache direkte Assoziationen zwischen dem G-SK und verschiedenen Gesundheitsparametern wie Blutdruck oder dem BMI. Gleichzeitig wird auch deutlich, dass wohl doch Zusammenhänge zwischen der geschlechtsrollenbezogenen Identität und dem Auftreten von mitunter schweren – gar tödlichen – gesundheitlichen Beeinträchtigungen bestehen. Dies wirft die Frage auf, welche anderen Faktoren evtl. vermittelnd zwischen dem G-SK auf der einen Seite und der Gesundheit auf der anderen Seite stehen. Zwar wurden bei Hunt und Kollegen (2007) mit dem Rauschtrinken und Tabakkonsum zwei gesundheitsrelevante Risikofaktoren kontrolliert, Forschungsbedarf besteht jedoch weiterhin im Hinblick auf gesundheitsförderliches Verhalten wie die körperliche Aktivität und eine ausgewogene Ernährung.

Im nachfolgenden Abschnitt richtet sich der Fokus auf den motorischen Funktionsstatus als weitere Facette der physischen Gesundheit.

(c) Zusammenhang von G-SK und motorischer Funktionsstatus: Mit dieser Forschungsfrage befassten sich bislang lediglich Delignières und Kollegen (1994) in Frankreich. Zu diesem Zweck befragten die Autoren 91 Probanden (50% weiblich, $M=40.1$ Jahre, $SD=8.2$) und ließen sie das BSRI bearbeiten und eine Selbsteinschätzung der motorischen Leistungsfähigkeit vornehmen (Borg, Skinner & Bar-Or, 1972). Dieses Instrument besteht aus insgesamt fünf Items, die anhand einer 13-stufigen Likert-Skala zu beantworten sind. Hierbei werden die Dimensionen Ausdauer (1= *Ich habe absolut keine Ausdauer* bis 13= *Ich bin außerordentlich belastbar*), Kraft (1=*Ich habe absolut keine Kraft* bis 13=*Ich bin außerordentlich stark*), Beweglichkeit (1=*Ich bin definitiv nicht beweglich* bis 13=*Ich bin außerordentlich beweglich*), Athletik (1=*Ich bin außergewöhnlich fett* und 13=*Ich bin außerordentlich athletisch*) und Fitness (1=*Ich bin komplett unfit* bis 13=*Ich bin außerordentlich fit*).

Während die Korrelationsanalysen keine Zusammenhänge zwischen Femininität und einer der erhobenen Facetten des motorischen Funktionsstatus erkennbar machten, zeigten sich deutliche Assoziationen von Maskulinität und Ausdauer ($r=.41$, $p<.001$), Kraft ($r=.43$, $p<.001$), Athletik ($r=.30$, $p<.01$) und Fitness ($r=.33$, $p<.001$), nicht jedoch Beweglichkeit ($r=-.04$, $p=n.s.$). Je stärker sich die befrag-

ten Männer und Frauen maskulin konnotierte Persönlichkeitseigenschaften zugeschrieben, desto besser schätzen sie auch ihre Leistungsfähigkeit ein.

Diese Ergebnisse zum Selbstkonzept in Bezug auf die physische Leistungsfähigkeit lassen sich in das *Differentiated Additive Androgyny Model* (Marsh, 1987; Marsh & Byrne, 1991) einordnen, das bereits oben (vgl. Kap. 7.4.1, Abschnitt 3) im Zusammenhang mit anderen aktivitätsbezogenen Selbstkonzeptvariablen erwähnt wurde. Dieses Modell basiert auf der Prämisse, dass beide G-SK-Dimensionen Femininität und Maskulinität grundsätzlich mit dem individuellen Selbstkonzept assoziiert sind, dass dieser Zusammenhang jedoch nach betrachteter Facette unterschiedlich ausfallen kann. Entscheidend ist hierbei, inwiefern die jeweilige Selbstkonzeptvariable typische Geschlechterrollen widerspiegelt (Flaherty & Dusek, 1980). In den Facetten Ausdauer, Kraft, Athletik und Fitness, bei denen Delignières und Kollegen (1994) Korrelationen mit der Maskulinität der Befragten nachwiesen, zeichnet sich die maskuline Geschlechterrolle bzw. das maskuline Stereotyp im Sport in hohem Maße ab (Pfeffer & Alfermann, 2009), wohingegen Beweglichkeit hiermit nicht zwingend in Verbindung gebracht wird.

Im nachfolgenden Kapitel werden die zentralen Erkenntnisse der vorangegangenen Literaturrecherche nochmals zusammengefasst und bestehende Forschungslücken identifiziert, an denen im Rahmen der vorliegende Arbeit angeknüpft werden soll.

7.5 Zusammenfassung der Literaturrecherche

Aufgrund der Vielzahl der analysierten Studien und der damit einhergehenden Fülle an Informationen erscheint eine zusammenfassende Betrachtung der zentralen Erkenntnisse sowie der identifizierten Forschungslücken, wie sie in diesem Kapitel erfolgen soll, angebracht.

7.5.1 Zentrale Erkenntnisse

Getrennt nach Untersuchungsdomäne werden nachfolgend die zentralen Ergebnisse der Literaturrecherche zusammengefasst und somit der aktuelle Forschungsstand wiedergegeben.

(1) Körperliche Aktivität

Insgesamt wurden 39 internationale Studien zur Assoziation von G-SK und dem körperlichen Aktivitätsverhalten in die Analyse des Forschungsstandes eingeschlossen und deren Ergebnisse aufbereitet. Trotz der großen Vielfalt in Bezug auf die zugrunde liegenden forschungsleitenden Fragestellungen, der Operationalisierungen der relevanten Variablen oder aber den gewählten Studiendesigns lassen sich in den Untersuchungsergebnissen drei deutliche Tendenzen erkennen:

Die Assoziation von G-SK und körperlich-sportlicher Aktivität: Es besteht ein Zusammenhang zwischen körperlich-sportlicher Aktivität und dem G-SK. Dies zeigt sich sowohl bei dem eher oberflächlichen Vergleich von aktiven mit nicht-aktiven Personen als auch innerhalb der Gruppe von Aktiven, wobei hier Charakteristika der verschiedenen Aktivitäten relevant sind. Bedeutsam sind in diesem Zusammenhang vor allem Assoziationen zwischen dem G-SK und aktivitätsbezogenen Drittvariablen, welche wiederum mit dem tatsächlichen Verhalten zusammenhängen.

Die zentrale Rolle der Maskulinität: Weitestgehend durchgängig zeigen die aufgeführten Studien, dass körperlich-sportliche Aktivität insbesondere mit der G-SK-Dimension Maskulinität assoziiert ist. Dies gilt sowohl in Bezug auf die Frage, ob Personen aktiv sind oder nicht, als auch hinsichtlich verschiedener Ausprägungsformen der Aktivität. Zudem scheint Maskulinität in einem förderlichen Zusammenhang mit dem aktivitätsbezogenen Selbstkonzept zu stehen und auch die Entstehung intrinsischer Motivation zu begünstigen, was sich wiederum im Verhalten widerspiegelt.

Die Relevanz des G-SK in Abhängigkeit vom Geschlecht: Die Befunde zeigen, dass das G-SK insbesondere für Mädchen und Frauen ein bedeutsamer Faktor in Bezug auf die Ausübung körperlich-sportlicher Aktivität ist. Jungen und Männer entsprechen durch die Aktivitätsausübung – insbesondere aber bei jenen Disziplinen, die bspw. Kampfeswille, Mut und Härte erfordern – gesellschaftlichen Rollenerwartungen vollumfänglich, wodurch Rollenkonflikte allenfalls in geringerem Maße zu erwarten sind. Körperlich-sportliche aktive Mädchen und Frauen hingegen scheinen durch die Ausübung solcher Aktivitäten jedoch aus

der traditionellen Geschlechterrolle heraus zu fallen. In diesem Zusammenhang kann ein maskulines Selbstkonzept möglicherweise den resultierenden Rollenkonflikt minimieren, der andernfalls gar zur Einstellung der Aktivität führen würde.

(2) Essverhalten

Insgesamt wurden zehn internationale Studien ausgewertet und vorgestellt, die den Zusammenhang von G-SK mit verschiedenen Ausprägungsformen des Essverhaltens beleuchten. Die dargestellten Befunde lassen drei zentrale Tendenzen erkennen.

Kontextabhängigkeit des Zusammenhangs von G-SK und Essverhalten: Anders als beim körperlichen Aktivitätsverhalten, das insgesamt eine deutlich maskuline Grundfärbung erkennen lässt (vgl. Kap. 7.4.1), bieten kulinarische Praktiken ein sehr weites Feld für die Herstellung und Demonstration von sowohl maskuliner als auch femininer Identität. Entsprechend finden sich auch Indizien für die Existenz von Zusammenhängen beider G-SK-Dimensionen mit dem Essverhalten. Diese sind jedoch in hohem Maße kontextabhängig. Betrachtet man den Verzehr bestimmter Lebensmittel, die wie bspw. Energy-Drinks ein Nimbus maskuliner Attribute wie Leistungsfähigkeit, Robustheit und Toughness umgibt, zeigen sich Assoziationen mit Facetten maskuliner Identität. Steht hingegen wie bei dem gezügelten Essen eine Verhaltensweise im Untersuchungsfokus, die an feminine Attribute wie Zurückhaltung und Mäßigung anknüpft, werden Zusammenhänge mit femininer Identität sichtbar.

Diametrale Zusammenhänge der G-SK-Dimensionen mit dem Essverhalten: Die vorgestellten Studien, in denen mit Maskulinität und Femininität beide Dimensionen des G-SK erfasst wurden, lassen im Hinblick auf deren Zusammenhang mit der beobachteten Facette des Essverhaltens umgekehrte Vorzeichen erkennen. Konkret zeigt sich dies bspw. im Falle des Binge Eatings oder des gezügelten Essverhaltens. Während mit der Ausprägung der Femininität auch die Auftrittshäufigkeit dieser beiden Verhaltensweisen signifikant zunimmt, steht die Maskulinität in einem negativen Verhältnis hierzu. Dies ist insofern interessant, als dass beide Dimensionen als voneinander unabhängig gelten und eben nicht als zwei Pole eines einzigen Kontinuums verstanden werden, was diese

entgegengesetzten Zusammenhänge leichter verständlich machen würde. Ungeklärt bleibt also die Frage, inwiefern sich das Zusammenspiel der beiden Dimensionen auf das Verhalten auswirkt.

Maskulinität ist nicht per se Risikofaktor: Eine ausgeprägte maskuline Identität wird mit einer Vielzahl gesundheitsschädlicher Verhaltensweisen in Verbindung gebracht (zur Übersicht: Waldron, 1988; Sieverding, 2000, 2004, 2005, 2010). Diesem Gedankengang folgend läge der Schluss nahe, dass sich Maskulinität auch im Hinblick auf das Essverhalten auf negative Art und Weise manifestieren könnte. Die vorliegenden Befunde machen jedoch eine Differenzierung erforderlich. Zwar geht mit einer ausgeprägten Maskulinität ein höherer Konsum von ungesunden Energy-Drinks sowie alkoholischer Mixgetränke auf Basis von Energy-Drinks einher, andererseits zeigt sich jedoch ein Zusammenhang mit einer insgesamt günstigen Ausprägung des globalen Essverhaltens. Überdies konnte gezeigt werden, dass Maskulinität als möglicher Schutzfaktor in Bezug auf das Binge Eating oder gezügeltes Essen fungiert, möglicherweise aufgrund einer damit einhergehenden größeren Zufriedenheit mit der eigenen Erscheinung.

(3) Gesundheit

Es wurden insgesamt 23 Studien vorgestellt, die sich mit dem Zusammenhang von G-SK und verschiedenen Indikatoren der Gesundheit befassten. Mit wenigen Ausnahmen zeigt sich ein konsistentes Bild im Hinblick auf die Untersuchungsergebnisse. Eine maskuline Identität geht dabei mit einer positiveren Bewertung der globalen sowie der psychischen als auch physischen Gesundheit einher, während die Zusammenhänge von Femininität zum einen deutlich schwächer ausgeprägt sind und zum anderen oftmals umgekehrte Vorzeichen tragen.

Nicht außer Acht gelassen werden darf hierbei jedoch die Tatsache, dass die verschiedenen gesundheitsbezogenen Indikatoren fast ausschließlich per Selbstauskunft erfasst wurden, so dass Verzerrungen nicht ausgeschlossen werden können. Dies gilt umso mehr, da *Gesundheit* in gewisser Weise selbst mit maskulin konnotierten Attributen wie Robustheit, Kraft und Widerstandsfähigkeit assoziiert wird und gesundheitliche Beeinträchtigungen Schwäche sig-

nalisieren. Personen mit einer stärkeren Ausprägung der Maskulinität im Geschlechtsrollen-Selbstkonzept könnten dies durch die – möglicherweise zu optimistische – Bewertung ihres Gesundheits-Selbstkonzepts unterstreichen. Hierfür spricht bspw. die Tatsache, dass zwischen dem G-SK und objektiven Gesundheitsparametern – wenngleich auch bislang nur defizitär erforscht – keine nennenswerten Zusammenhänge zu beobachten sind.

7.5.2 Forschungslücken und Ansatzpunkte

Neben bedeutsamen Erkenntnissen konnten in der Literaturrecherche auch diverse Forschungslücken sowie methodische Schwächen identifiziert werden, an denen die vorliegende Arbeit anzuknüpfen sucht. Diese werden nachfolgend getrennt nach Untersuchungsdomäne aufgeführt.

(1) Körperliche Aktivität

Die im Zusammenhang mit den Untersuchungen zur körperlichen Aktivität identifizierten Forschungslücken lassen sich unter anderem in der Stichprobensammensetzung, der Operationalisierung der Verhaltensweise sowie dem zugrundeliegenden Ansatz verorten.

Hinsichtlich der Stichprobensammensetzung gibt es verschiedene Aspekte, die einer kritischen Betrachtung bedürfen. Diese betreffen insbesondere das Durchschnittsalter, den Bildungsstand, die Geschlechterverteilung und die Größe der Untersuchungspopulationen. So zeigt sich, dass bei 67% der aufgeführten Studien das Durchschnittsalter der Probanden unter 20 Jahren, bei weiteren 30% zwischen 20 und 30 Jahren und nur bei 3% der Studien über 30 Jahren lag³¹. Über die Zusammenhänge von G-SK und körperlicher Aktivität im mittleren und späten Erwachsenenalter sind somit keine Aussagen möglich. Vor dem Hintergrund der zunehmenden altersbedingten gesundheitlichen Belastungen in diesen Lebensphasen wäre es jedoch durchaus relevant zu wissen, inwiefern auch hier G-SK und körperliches Aktivitätsverhalten assoziiert sind, um bspw. gendersensible Aktivitätsprogramme zur Gesundheitsförderung entwickeln bzw. optimieren zu können.

³¹ In diese Rechnung gingen von den insgesamt 39 Studien nur die 27 ein, bei denen das Durchschnittsalter angegeben war.

Mit Blick auf den Bildungsstand zeigt sich ebenfalls ein recht unausgewogenes Verhältnis: In 20 der 39 Studien bestanden die Stichproben ausschließlich aus Studierenden. Neben der bereits erwähnten Altersproblematik hat diese Tatsache auch andere Konsequenzen, die die Aussagekraft und Übertragbarkeit der Studienergebnisse einschränken. So besteht weitestgehend Konsens darin, dass Menschen aus den höheren Bildungsschichten im Allgemeinen einen gesundheitsförderlicheren Lebenswandel zeigen und auch in stärkerem Maße körperlich-sportlich aktiv sind als jene aus den bildungsfernen Schichten (RKI, 2006, 2010). Somit wäre es denkbar, dass aufgrund der geringeren Varianz in Bezug auf das Ausmaß körperlicher Aktivität innerhalb ausschließlich studentischer Stichproben jene Assoziationen mit dem G-SK unerkannt bleiben, die in einer heterogenen Population evident werden könnten.

Eine weitere stichprobenbezogene Einschränkung im Hinblick auf Aussagekraft und Übertragbarkeit der Studien ist überdies die Geschlechterzusammensetzung: Bei 21 der 39 Studien handelt es sich um ausschließlich weibliche (18 Studien) bzw. männliche (drei Studien) Probanden. Als problematisch ist hierbei in vielen Fällen (z. B. Guillet et al., 2000; Park Sang et al., 2012; Soroka & Bergier, 2011; Wilinski, 2012) das Verfahren zu bezeichnen, mittels derer die Probanden in die vier möglichen G-SK-Typen (Androgyne, Maskuline, Feminine und Undifferenzierte) eingeteilt werden. Das gängige Verfahren hierfür ist die Median-Split-Variante, bei der man die Gruppen anhand der am Median getrennten Scores auf der Maskulinitäts- und Femininitätsskala bildet. Frauen erzielen jedoch stets höhere Werte auf der F- und niedrigere Werte auf der M-Skala. Bei Männern ist dies genau umgekehrt, was in der Literatur auch als Validitätskriterium gilt (Bem, 1974; Schneider-Düker & Kohler, 1984). Dies trifft jedoch nur bei geschlechtsheterogenen Stichproben zu. Bei rein männlichen bzw. weiblichen Populationen ist der Median, anhand dessen die Einteilung vorgenommen wird, somit an einer anderen Stelle als bei jenen Untersuchungen, wo er anhand der Werte von Männern und Frauen ermittelt wird. Dies sorgt für Verzerrungen bei der Kategorisierung der Probanden, was die Vergleichbarkeit herabsetzt.

Abschließend sei auch auf die mitunter recht kleinen Stichproben verwiesen, auf die sich einige Ergebnisse stützen. Bei mehr als der Hälfte der Studien lag die Stichprobengröße unter 200 Probanden, bei etwas mehr als einem Viertel gar unter 100. So untersuchten bspw. Burke (1986) lediglich 49 und Chalip et al. (1980) gar nur 23 Frauen. Diese auch noch in die vier G-SK Typen zu unterteilen und miteinander zu vergleichen, erscheint methodisch fragwürdig.

Ein weiterer Punkt, der an dieser Stelle aufgegriffen sei, ist die mitunter zweifelhafte und unpräzise Operationalisierung körperlicher Aktivität. Diese beschränkte sich oftmals auf eine dichotome Klassifikation als Nicht-Sportler bzw. Sportler (z. B. Colker & Widom, 1980; Henschen et al., 1982; Miller & Heinrich, 2001; Miller & Levy, 1996; Park Sang et al., 2012), die Nennung ausgeübter Sportarten (z. B. Andre & Holland, 1995; Athenstaedt et al., 2009; Cazenave et al., 2007; Colley et al., 1996; Salminen, 1990) oder aber eine Selbsteinschätzung des globalen körperlichen Aktivitätsverhaltens – oftmals als Teil eines Instruments, das diverse gesundheitsrelevante Verhaltensweisen – erfasst (z. B. Baffi et al., 1991; Covey & Feltz, 1991; Danoff-Burg et al., 2006; Shifren & Bauserman, 1996). Merkmale körperlicher Aktivität wie etwa Ausübungsdauer, -häufigkeit und -intensität oder biographische Aspekte wurden bislang weitestgehend vernachlässigt. Hinzu kommt die Tatsache, dass der Fokus in den angeführten Studien primär auf explizit körperlich-sportlicher Aktivität lag und körperliche Aktivität im weiteren Sinne ausblendete. Aufgrund ihres gesundheitsförderlichen Charakters (siehe Kapitel 5.1) wäre es jedoch äußerst erstrebenswert, den Forschungsfokus hierauf auszudehnen um somit weiterführende Erkenntnisse zu generieren, von denen bspw. präventive Aktivitätsprogramme profitieren könnten. Somit lässt sich hier ein Forschungsdefizit identifizieren, das es zu schließen gilt.

Die Mehrheit der Studien zum Zusammenhang von G-SK und körperlicher Aktivität ist durch einen stark deskriptiven Charakter gekennzeichnet und entbehrt einer theoretischen Fundierung, die sich an Modellen und Theorien des Aktivitätsverhaltens orientiert. Die Beschränkung auf die Darstellung des Verhältnisses zweier Variablen – G-SK einerseits und körperliche Aktivität andererseits – greift jedoch zu kurz. Körperliche Aktivität ist eine komplexe Verhaltensweise,

die von einer Vielzahl von Determinanten bestimmt wird. Somit wäre es wünschenswert, wenn künftige Forschungsvorhaben in diesem Kontext verstärkt die theoriebasierte Exploration der Zusammenhänge von G-SK und körperlichem Aktivitätsverhalten in den Fokus nähmen anstatt auf der Ebene der Deskription zu verharren. An dieser Stelle setzt die vorliegende Arbeit an: Es soll überprüft werden, inwiefern sich ggf. zu beobachtende Zusammenhänge von G-SK und körperlicher Aktivität über die Mediation durch die verhaltensspezifische intrinsische Motivation erklären lassen.

(2) Essverhalten

Die analysierten Studien, die sich mit dem Zusammenhang von G-SK und dem globalen Essverhalten befassen, greifen hierfür allesamt auf Instrumente zurück, die zusätzlich noch weitere gesundheitsrelevante Verhaltensweisen abbilden. Vorteilhaft ist dies deswegen, weil sich somit ein umfassenderes Bild über die Zusammenhänge von G-SK und dem Gesundheitsverhalten ergibt und sich einzelne Verhaltensweisen in einem weiteren Kontext einordnen lassen. Problematisch ist dies jedoch deswegen, da die Erfassung des Essverhaltens oftmals nicht in einer Art und Weise erfolgt, die dessen Komplexität und Vielschichtigkeit gerecht wird. So lassen die Erhebungsmethoden keine Rückschlüsse auf die Lebensmittelwahl zu und beschränken sich bspw. auf eine bestenfalls vage Einschätzung des Essverhaltens auf einem Kontinuum zwischen *gesund* und *ungesund*. Fragwürdig ist dies insofern, als dass hierbei bereits auf Seiten der Probanden eine Kenntnis darüber vorausgesetzt wird, wie eine Ernährungsweise überhaupt beschaffen sein muss, um als *gesund* bezeichnet werden zu können. Zudem darf davon ausgegangen werden, dass die Befragten ihr eigenes Essverhalten – wenngleich es vielleicht auch zutreffend wäre – aufgrund des Effekts der sozialen Erwünschtheit vermutlich in geringerem Maße als *ungesund* bezeichnen, was die Angaben verzerren kann (Schnell, Hill & Esser, 2008). Zwar findet neben dem globalen Essverhalten auch der Konsum einzelner Lebensmittel in der Forschung Berücksichtigung, allerdings wird hier der Zusammenhang von G-SK und dem Verzehr bestimmter Lebensmittel bisher lediglich anhand von Energy-Drinks untersucht. Für den Verzehr von Obst- und Gemüse sowie Fleisch, die ihrerseits in hohem Maße

geschlechtlich konnotiert und hinsichtlich einer gesundheitsförderlichen Ernährungsweise besonders relevant sind, ist dies bislang noch nicht geschehen.

Eine weitere Schwäche, die im Zuge der Literaturrecherche evident wurde, ist, dass bei zwei der vier Studien eine rein männliche Stichprobe untersucht und darüber hinaus lediglich die G-SK-Dimension Maskulinität erfasst wurde. Der Kenntnisstand in Bezug auf möglicherweise geschlechtsspezifische Zusammenhänge von G-SK – insbesondere jedoch der Dimension Femininität – und dem Essverhalten ist somit als defizitär zu bezeichnen. Überdies setzen sich die Stichproben fast ausschließlich aus Studierenden zusammen. Zum einen ist dies problematisch, da die im Vergleich zu anfallenden Stichproben geringere Varianz im Hinblick auf den Sozioökonomischen Status Verzerrungen insbesondere bei gesundheitsbezogenen Outcome-Variablen wahrscheinlich machen (Hurrelmann, 2010; Mielck, 2005; Richter & Hurrelmann, 2009). Zum anderen liegt hierdurch der Fokus auf einem sehr begrenzten Altersabschnitt, was es schwer macht, Implikationen für frühere bzw. spätere Lebensphasen abzuleiten. Über mögliche Zusammenhänge bspw. in der Adoleszenz, die im Hinblick auf die Persönlichkeits-, Identitäts- und Selbstkonzeptentwicklung als prägender Lebensabschnitt betrachtet werden kann (Berk, 2011; Gerrig & Zimbardo, 2015) und in der ein wichtiges Fundament für spätere Gesundheitsverhaltensweisen gelegt wird (Pinquart & Silbereisen, 2002), liegen keinerlei Befunde vor.

Aus forschungsmethodologischer Sicht als problematisch zu bewerten ist auch hier in vielen Fällen die Zusammensetzung der Stichprobe. Dies betrifft sowohl das Geschlechterverhältnis (lediglich in vier von zehn Studien wurden Männer und Frauen untersucht) als auch den überdurchschnittlich hohen Sozioökonomischen Status der Probanden und die Alterszusammensetzung, was beides auf die Rekrutierung primär studentischer Stichproben (sieben der zehn Studien) zurückzuführen ist. Da auf die hiermit einhergehenden Schwierigkeiten und möglichen Verzerrungen bereits im vorangegangenen Abschnitt eingegangen wurden, soll an dieser Stelle davon abgesehen werden.

An diesen Forschungslücken und methodischen Schwächen soll im Rahmen der vorliegenden Arbeit angesetzt werden, indem die Güte des Essverhaltens nicht von den Probanden eingeordnet sondern auf Grundlage der Nennung von

Verzehrhäufigkeiten diverser Lebensmittel ermittelt und mit gängigen Empfehlungen verglichen wird. Zudem wird das Essverhalten von Jugendlichen und Erwachsenen beider Geschlechter erfasst und auf Zusammenhänge mit den beiden G-SK Dimensionen Maskulinität und Femininität untersucht. Hierbei erfolgt zudem eine differenzierte Betrachtung des Konsums von Obst- und Gemüse sowie Fleisch- und Wurstprodukten. Analog zum Vorgehen in Bezug auf das körperliche Aktivitätsverhalten soll auch beim Essverhalten exploriert werden, inwiefern mögliche Zusammenhänge mit dem G-SK über das Ausmaß der dem Verhalten zugrunde liegenden intrinsischen Motivation mediiert werden.

(3) Gesundheit

Die vorgestellten Studien zum Zusammenhang von G-SK und der Gesundheit befassen sich größtenteils nur mit einzelnen Indikatoren und vermögen es somit nicht, die diversen Gesundheitsparameter in einen umfassenderen Gesamtzusammenhang einzuordnen. Wünschenswert wäre es daher, den Gesundheitszustand mittels einer breiteren Batterie verschiedener Parameter zu erfassen.

Ein vielversprechendes und bislang vernachlässigtes Forschungsfeld sind die Assoziationen von G-SK und der Wahrnehmung bzw. Bewertung des motorischen Funktionszustands als Facette des physischen Selbstkonzepts, wozu bislang erst eine einzige Studie durchgeführt wurde. Diese zeigte zwar deutlich den hohen Stellenwert der Maskulinität, griff dafür jedoch auf ein Instrument zurück, das aus methodischer Sicht nicht optimal ist, da es möglicherweise anfällig für Verzerrungen und somit nicht besonders reliabel ist. Selbst zu beurteilen, ob man „*abnormally fat*“ (Delignières et al., 1994, p. 845) ist, könnte Personen aufgrund des Effektes der sozialen Erwünschtheit dazu verleiten, nicht wahrheitsgemäß zu antworten.

Ebenfalls setzt ein Item wie „*My fitness is slightly below the average for those of my age*“ (Delignières et al., 1994, p. 845) seitens der Befragten bereits voraus, dass sie überhaupt wissen, was genau *Fitness* ist und dazu noch, wie diese abstrakte Eigenschaft bei der Gruppe der Gleichaltrigen üblicherweise ausgeprägt ist. Wünschenswert wäre es somit, dass die subjektive Einschätzung des motorischen Funktionszustands mit einem Instrument erfolgt, das sich keiner abstrakten Anker bedient sondern – analog zum vorgeschlagenen Vorgehen in

Bezug auf die Erfassung des Essverhaltens anhand von Verzehrhäufigkeiten – konkrete motorische Aufgaben hinsichtlich ihrer Durchführbarkeit bewerten lässt.

Als verbesserungswürdig kann überdies auch die Tatsache bezeichnet werden, dass sich die bisher erzielten Erkenntnisse von den Zusammenhängen von G-SK und der Gesundheit zu einem großen Teil (elf von 23 Studien) auf Untersuchungen stützen, bei denen ausschließlich studentische – und somit recht junge – Stichproben befragt wurden. Zudem zeigt sich auch bei den übrigen Erhebungen mit anfallenden Stichproben, dass mehrheitlich Personen im frühen Erwachsenenalter untersucht wurden.

Kenntnisse in Bezug auf das mittlere und späte Erwachsenenalter liegen daher kaum vor, wenngleich dies jedoch aus zwei Gründen wünschenswert wäre: Zum einen handelt es sich hierbei um jene Lebensphasen, in denen gesundheitliche Umbrüche und Einschränkungen häufiger werden und somit Kenntnisse über mögliche Zusammenhänge von G-SK und der Gesundheit an Relevanz gewinnen. Zum anderen ist dies auch ein Personenkreis, der einer anderen Generation entstammt und möglicherweise noch ein anderes, stärker traditionell geprägtes Rollenverständnis hat, das sich möglicherweise auch im Zusammenhang von G-SK und der Gesundheit widerspiegelt.

An den genannten Aspekten soll im Rahmen der vorliegenden Studie angesetzt werden: Die Untersuchung in Bezug auf die Zusammenhänge von G-SK und Gesundheit wird auf kommunaler Ebene anhand einer gemischtgeschlechtlichen Stichprobe im mittleren und späten Erwachsenenalter erfolgen. Die Ermittlung des Gesundheitszustandes nimmt eine zentrale Rolle ein, wobei subjektive und objektive Messmethoden und Verfahren ineinandergreifen. Ein inhaltlicher Schwerpunkt wird dabei neben der Analyse der Assoziationen von G-SK und diesen Parametern zudem auf der Untersuchung moderierender Einflüsse des G-SK auf die Zusammenhänge zwischen diesen Indikatoren liegen. Obig beschriebenen Desiderat folgend, wird überdies für die Erfassung des motorischen Funktionszustands auf ein Verfahren zurückgegriffen werden, in dessen Zentrum die subjektive Einschätzung der Durchführbarkeit konkreter motorischer Aufgaben steht.

(4) Geschlechtsrollen-Selbstkonzept

Die Operationalisierung des G-SK erfolgte in den meisten der insgesamt 72 dargestellten Studien mittels eines der beiden populärsten Instrumente *BSRI* (Bem, 1974) oder *PAQ* (Spence et al., 1974). Bei beiden Verfahren werden den Befragten Adjektive präsentiert, anhand derer sie sich selbst beschreiben müssen. Dabei handelt es sich um Persönlichkeitseigenschaften, die zum Zeitpunkt der Entwicklung der beiden Instrumente in den Siebziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts als *typisch männlich* bzw. *typisch weiblich* galten. Geschlechterrollen, geschlechtsadäquates Verhalten und Persönlichkeitseigenschaften verändern sich im Laufe der Zeit (Spence & Buckner, 2000; Twenge, 1997). Vor allem die weibliche Geschlechterrolle ist heute weniger scharf umrissen, als sie es noch vor wenigen Dekaden war. Eigenschaften, die einst eher Männern zugesprochen wurden, sind heute auch bei Frauen sozial akzeptiert und erwünscht (Sieverding, 2004; Twenge, 1997).

Insofern stellt sich die Frage, inwiefern mit diesen Instrumenten auch 40 Jahre später noch etwas so dem gesellschaftlichen Wandel Unterworfenen wie das Geschlechtsrollen-Selbstkonzept zuverlässig gemessen werden kann. Dass dies tatsächlich problematisch sein kann, hat die Literaturrecherche deutlich gezeigt: Obwohl die beiden Dimensionen Maskulinität und Femininität als voneinander unabhängig betrachtet werden, was bei den Normstichproben auch empirisch gezeigt wurde (Bem, 1974; Spence et al., 1974), sind in den analysierten Studien – und hier insbesondere bei den jüngeren – teilweise signifikante und mitunter hohe Korrelationen berichtet worden. Bei Klonoff und Landrine (1992) zeigte sich bspw. ein Korrelationskoeffizient von $r=.45$ zwischen der M- und F-Skala des BSRI, bei Wolfram und Kollegen (2009) von $r=.46$ ($p<.01$) und bei Lengua und Stormshak (2000) sogar von $r=.91$ ($p<.001$). Verlässliche und vor allem differenzierte Aussagen zu möglichen Zusammenhängen von Maskulinität bzw. Femininität mit verschiedenen unabhängigen Variablen lassen sich nur schwer treffen wenn ein Instrument es nicht vermag, die beiden Dimensionen auseinanderzuhalten.

Angesichts dieser Befunde erscheint es daher geradezu fahrlässig, zur Erfassung des G-SK eines der existenten Verfahren unreflektiert einzusetzen, ohne

dieses zuvor auf seine psychometrischen Eigenschaften zu überprüfen und ggf. zu modifizieren. Dieses Vorgehen wurde jedoch in keiner der analysierten Studien angewandt. An dieser methodischen Schwäche soll im Rahmen der vorliegenden Arbeit angesetzt werden, indem der Bearbeitung der inhaltlichen Fragestellung eine intensive Überprüfung des Instruments zur Erfassung des G-SK mittels exploratorischer und konfirmatorischer Faktorenanalyse anhand zweier unabhängiger Stichproben vorgelagert wird.

III Empirische Untersuchung

8 Erklärungsansatz und Untersuchungsziele

Auf Grundlage der theoretischen Überlegungen sowie der Ergebnisse der Literaturrecherche (vgl. Kap. 7.4) sei nachfolgend ein theoretischer Erklärungsansatz formuliert, aus dem anschließend die Hypothesen für die vorliegende Untersuchung abgeleitet werden. Dieser Erklärungsansatz bildet den Ausgangspunkt für die empirische Untersuchung, die an den bereits aufgezeigten Forschungslücken (vgl. Kap. 7.5.2) ansetzt und diese zu schließen sucht.

8.1 Eigene Modellvorstellung

Um einen eigenen Erklärungsansatz entwickeln zu können, bedarf es eines theoretischen Bezugsrahmens, der die Entstehung von Gesundheit und Krankheit unter der Berücksichtigung gesellschaftlicher Gender-Konstruktionen beschreibt. In der vorliegenden Arbeit wurde hierfür auf das heuristische *Modell zu Geschlechterrollen und Gesundheit* (Sieverding, 2005, 2010), das bereits in Kapitel 6.3 ausführlich beschrieben worden ist, zurückgegriffen. Dieses Modell soll hinsichtlich der eigenen Untersuchungsziele überprüft und erweitert werden. Dies erfolgt auf drei verschiedenen Ebenen des Modells: 1) Auf der Ebene des individuellen Verhaltens, 2) auf der Ebene der Persönlichkeits- und Selbstkonzeptvariablen und 3) auf einer bisher nicht berücksichtigten und somit neu einzubringenden Ebene der verhaltensbezogenen Motivation.

8.1.1 Ebene des individuellen Verhaltens

Im Hinblick auf die Entstehung von Gesundheit und Krankheit kommt dem individuellen Gesundheitsverhalten eine ganz entscheidende Rolle zu (vgl. Kap. 5). Im Rahmen der vorliegenden Forschungsarbeit stehen mit der körperlichen Aktivität und dem Essverhalten sowie der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe bei Krankheit oder psychischen bzw. physischen Beschwerden drei bedeutsame gesundheitsrelevante Verhaltensweisen im Zentrum, die in Bezug auf mögliche Assoziationen mit dem G-SK bzw. dessen Maskulinitäts- und Femininitätsdimension eingehend untersucht werden sollen.

(1) Körperliche Aktivität

Möchte man die Ergebnisse der Literaturrecherche (vgl. Kap. 7.4.1) knapp zusammenfassen, so lässt sich konstatieren, dass sich insbesondere dort starke Zusammenhänge zwischen der Maskulinitätsdimension des Geschlechtsrollen-Selbstkonzepts und der körperlichen Aktivität zeigen, wo die untersuchte Verhaltensweise – wie insbesondere bei körperlich-sportlicher Aktivität – an typisch männliche Attribute wie Wettkampflust, Leistungswille und Durchhaltevermögen anknüpft. In der Forschung bislang weitestgehend vernachlässigt wurde jedoch die Frage, ob sich ähnliche Zusammenhänge auch im nicht-sportlichen Kontext, also bei der alltäglichen körperlichen Aktivität finden.

Die vorliegende Untersuchung geht von der Annahme aus, dass sich Maskulinität nicht nur in einer sportbezogenen und damit im Leistungskontext angesiedelten, sondern auch in einer *grundlegenden* Affinität hinsichtlich körperlicher (Alltags-)Aktivität widerspiegelt. Der Zusammenhang von Maskulinität und körperlicher Aktivität sollte sich daher in verschiedenen Ausprägungsmerkmalen niederschlagen, allerdings auch dort umso stärker sein, je mehr der Kontext – wie bspw. bei intensiver körperlicher Aktivität - nach typisch maskulinen Eigenschaften verlangt.

Da es sich bei dem Geschlechtsrollen-Selbstkonzept um eine zeitlich stabile Persönlichkeitsvariable handelt, liegt die Vermutung nahe, dass sich auch die mutmaßlich damit einhergehende Bewegungsaffinität über die Lebensspanne erstreckt. Folglich werden im Rahmen der vorliegenden Untersuchung auch Aspekte der Aktivitätsbiographie erfasst und hinsichtlich möglicher Zusammenhänge mit dem G-SK untersucht.

(2) Essverhalten

Normales, nicht-pathologisches Essverhalten wie es bei anorektischen oder bulimischen Patienten zu beobachten ist, wurde bislang kaum im Hinblick auf Zusammenhänge mit dem Geschlechtsrollen-Selbstkonzept untersucht (vgl. Kap. 7.4.2). Anders als in puncto körperlicher Aktivität, das insgesamt eine deutlich maskuline Grundfärbung erkennen lässt, bieten kulinarische Praktiken vielfältige Möglichkeiten für die Herstellung und Demonstration von sowohl

maskuliner als auch femininer Identität. Entsprechend finden sich auch Hinweise auf die Existenz von Zusammenhängen beider G-SK-Dimensionen mit dem Essverhalten. Diese sind jedoch in hohem Maße kontextabhängig. Betrachtet man den Verzehr bestimmter Lebensmittel, die wie bspw. Energy-Drinks ein Nimbus maskuliner Attribute wie Leistungsfähigkeit, Robustheit und Toughness umgibt, zeigen sich Assoziationen mit Facetten maskuliner Identität. Steht hingegen wie bei dem gezügelten Essen eine Verhaltensweise im Untersuchungsfokus, die an feminine Attribute wie Zurückhaltung und Mäßigung anknüpft, werden Zusammenhänge mit femininer Identität sichtbar.

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung soll an diesen Befunden angeknüpft werden. Oben beschriebener Logik folgend, wird ein Zusammenhang von Maskulinität mit dem Verzehr von Fleisch- und Wurst sowie eine Assoziation des Obst- und Gemüseverzehrs mit der femininen Identität vermutet, da der Konsum insbesondere dieser beiden Lebensmittelgruppen in hohem Maße geschlechtlich codiert ist.

Da sich eine gesunde Ernährungsweise durch eine ausgewogene Lebensmittelwahl sowie ein gewisses Maß an Mäßigung, Zurückhaltung und Kontrolle – allesamt eher mit Weiblichkeit assoziierte kulinarische Verhaltensweisen (Setzwein, 2009) – auszeichnet, wird des Weiteren auch der Annahme nachgegangen, dass ein Zusammenhang zwischen der Ausprägung der Femininität im G-SK und dem Grad der Übereinstimmung des Ernährungsmusters mit den gängigen Empfehlungen besteht.

(3) Arztbesuche

Klagsamkeit, Wehleidigkeit und das Eingestehen von Schwäche und Hilfsbedürftigkeit sind Eigenschaften, die gemeinhin als nicht besonders maskulin gelten. Folglich ist auch die Inanspruchnahme professioneller Hilfe bei physischen oder psychischen Problemen, die mit den genannten Eigenschaften assoziiert werden können, nicht mit einem maskulinen Selbstkonzept vereinbar. Belastbare Forschungsergebnisse zu dieser These gibt es bislang jedoch kaum.

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung soll an dieser Forschungslücke angesetzt werden. Im Zentrum steht dabei jedoch nicht die Frage, ob ein Zu-

sammenhang zwischen der Ausprägung des Geschlechtsrollen-Selbstkonzepts und dem Aufsuchen ärztlicher Hilfe besteht. Stattdessen soll der Annahme nachgegangen werden, dass Maskulinität einen moderierenden Effekt auf den Zusammenhang gesundheitsbezogener Selbsteinschätzungen und der Inanspruchnahme professioneller ärztlicher Hilfe hat. Diese Annahme baut darauf auf, dass Menschen mit einem stark ausgeprägten maskulinen G-SK möglicherweise für sich selbst oder auch nach außen hin den Anschein von Robustheit, Toughness und Unverwüstbarkeit wahren möchten. Folglich wäre es denkbar, dass diese Personen bei gleicher Beschwerdelast und gleicher Einschätzung der globalen Gesundheit sowie des motorischen Funktionszustands seltener den Gang zum Arzt wagen, als es Personen tun würden, bei denen die Maskulinitätsfacette weniger stark ausgeprägt ist.

8.1.2 Ebene der Persönlichkeits- und Selbstkonzeptvariablen

In Kapitel 6.3.2 wurde bereits ausführlich darauf eingegangen, wie das Geschlechtsrollen-Selbstkonzept mit anderen Selbstkonzeptfacetten assoziiert ist. Es zeigte sich, dass der Zusammenhang von G-SK und untersuchter Selbstkonzeptfacette hochgradig kontextspezifisch ist und in Abhängig von der untersuchten Domäne variiert: In jenen Bereichen, die die traditionell männliche Geschlechterrolle widerspiegeln, kann davon ausgegangen werden, dass Maskulinität mit einem positiverem Selbstbild einhergeht, während bei Personen mit hoher Femininität das Selbstkonzept in Bezug auf traditionell weibliche Domänen in dieser Weise stärker ausgeprägt ist.

Die vorliegende Untersuchung zielt darauf ab, Sieverdings (2005) Modell auch auf Ebene der Persönlichkeits- und Selbstkonzeptvariablen zu erweitern und zu überprüfen, inwiefern Binnenassoziationen zwischen dem Geschlechtsrollen-Selbstkonzept und dem Gesundheits-Selbstkonzept, also gesundheitsbezogenen Selbsteinschätzungen, bestehen. Die wenigen Studien, die sich bislang dieser Fragestellung gewidmet haben (vgl. Kap. 7.4.3), befassen sich größtenteils nur mit einzelnen Indikatoren, die oftmals jeweils auch nur mit einem oder wenigen Items erfasst wurden, und vermögen es somit nicht, unterschiedliche Gesundheitsparameter in einen umfassenderen Gesamtzusammenhang einzuordnen und differenzierte Aussagen über die Zusammenhänge von G-SK und

dem Gesundheits-Selbstkonzept zu treffen. Die vorliegende Forschungsarbeit zielt darauf ab, diese Forschungslücke zu schließen, und untersucht in diesem Kontext die Zusammenhänge von G-SK mit drei Facetten des Gesundheits-Selbstkonzepts: 1) Globale Gesundheit 2) Beschwerdewahrnehmung 3) motorischer Funktionsstatus.

(1) Globale Gesundheit

Erwachsene Personen bestimmen die Inhalte von Gesundheit sowohl positiv als auch negativ: Positiv im Sinne eines Vorhandenseins von Kraft, Stärke und Wohlbefinden sowie einer körperlichen und psychischen Handlungs- und Leistungsbereitschaft, negativ in Bezug auf das Fehlen von körperlichen und psychischen Beschwerden, ein geringes Ausmaß an Schmerzen sowie die Abwesenheit von Erkrankungen (Faltermaier, 2005). In dieser Laiendefinition des Gesundheitsbegriffs spiegeln sich mit Worten wie Kraft, Stärke, Leistungsbereitschaft Attribute wider, die auch mit der traditionellen männlichen Geschlechterrolle in Verbindung gebracht werden. Die Demonstration von Gesundheit ist daher in hohem Maße mit einem maskulinen Geschlechtsrollen-Selbstkonzept kompatibel. Das könnte dazu führen, dass Personen – Männer wie Frauen – mit stark ausgeprägter Maskulinität den eigenen Gesundheitszustand schönfärben und trotz möglicher Beeinträchtigungen eine zu optimistische Einschätzung abgeben.

Hinsichtlich der globalen Gesundheit ist jedoch mit einer Ausnahme zu rechnen: Das Achten auf die eigene Gesundheit, das von Rücksichtnahme auf die Signale des Körpers, von Schonung und Ruhe sowie von Maßhalten in Bezug auf verschiedene gesundheitsrelevante Verhaltensweisen geprägt ist und somit Attribute aufweist, die in höherem Maße der weiblichen Geschlechterrolle entsprechen, dürfte mit der Femininitätsdimension des G-SKs assoziiert sein.

Ausgehend von diesen Annahmen werden im Rahmen der vorliegenden Arbeit verschiedene zwei potentielle Zusammenhänge von G-SK und der globalen Gesundheit überprüft. Zum einen wird untersucht, ob Maskulinität direkt mit einer positiveren Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands und Femininität mit einem stärkeren Achten auf die Gesundheit einhergeht. Zum anderen werden aber auch moderierende Effekte der Maskulinitätsdimension auf den

Zusammenhang von Beschwerdewahrnehmung bzw. motorischem Funktionszustand mit dem subjektiven Gesundheitszustand sowie vom subjektiven Gesundheitszustand mit der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe überprüft.

(2) Beschwerdewahrnehmung

Wie bereits im Abschnitt zuvor skizziert, speist sich das Gesundheits-Selbstkonzept auch aus der subjektiven Wahrnehmung bzgl. physischer oder psychischer Beschwerden. In dieser Facette des Gesundheits-Selbstkonzepts spiegelt die Abwesenheit von Beschwerden Attribute der traditionellen männlichen Geschlechterrolle wie Widerstandsfähigkeit, Robustheit und geringe Klagsamkeit wider. Folglich sind auch hier Assoziationen von G-SK und der berichteten Beschwerdewahrnehmung zu erwarten.

Die vorliegende Untersuchung geht von der Annahme aus, dass Maskulinität mit einer geringeren Nennung von Beschwerden seitens der Befragten einhergeht. Darüber hinaus wird vermutet, dass es sowohl zwischen der Beschwerdewahrnehmung und der Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustands als auch zwischen der Beschwerdewahrnehmung und der Inanspruchnahme von ärztlicher Hilfe Zusammenhänge gibt, die durch ein maskulines Geschlechtsrollen-Selbstkonzept moderiert werden.

(3) Motorischer Funktionsstatus

Die dritte Facette des Gesundheits-Selbstkonzepts bildet die physische Leistungsfähigkeit im Sinne des motorischen Funktionsstatus. Da die körperliche Leistungsfähigkeit – insbesondere hinsichtlich der motorischen Hauptbeanspruchungsformen Kraft und Ausdauer – in hohem Maße mit der männlichen Geschlechterrolle in Verbindung gebracht wird, sind auch hier Zusammenhänge mit der Maskulinitätsdimension des Geschlechtsrollen-Selbstkonzept zu erwarten.

Analog zum Vorgehen im Hinblick auf die Beschwerdewahrnehmung, sollen im Rahmen der vorliegenden Untersuchung drei Annahmen überprüft werden: Zum einen, dass Maskulinität mit einer positiveren Bewertung des motorischen Funktionsstatus einhergeht, zum anderen, dass sowohl zwischen dem motorischen Funktionszustand und der subjektiven Gesundheit als auch zwischen

dem motorischen Funktionsstatus und der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe Zusammenhänge bestehen, die durch ein maskulines G-SK moderiert werden.

Sowohl im Hinblick auf die Ausübung körperlicher Aktivität und das Essverhalten als auch in Bezug auf die verschiedenen Facetten des Gesundheits-Selbstkonzepts, wird neben den bereits beschriebenen Vermutungen auch jeweils die Annahme überprüft, dass der Zusammenhang von Geschlechtsrollen-Selbstkonzept und der untersuchten Variablen stärker ist als jener, der zwischen der Variablen und dem biologischen Geschlecht besteht.

8.1.3 Ebene der verhaltensbezogenen Motivation

In Kapitel 6.3.1 wurde bereits ausführlich dargelegt, wie G-SK und gesundheitsrelevantes Verhalten aus motivationspsychologischer Perspektive zusammenhängen. Demnach ist die Ausprägung der intrinsischen Motivation einer Handlung mit der Befriedigung von den drei Grundbedürfnissen Kompetenzerleben, soziale Eingebundenheit und in besonderem Maße des Autonomiebedürfnisses abhängig (Deci & Ryan, 2000). Sind tätigkeitsbezogene Werte, Ziele und Einstellungen kongruent mit dem bereits bestehenden individuellen Wertesystem im Selbst, so stillt der Handlungsvollzug dieses Autonomiebedürfnis, was der intrinsischen Motivation dienlich ist (Ryan et al., 1997). Das Geschlechtsrollen-Selbstkonzept – also die Identifikation mit gesellschaftlichen Geschlechterrollen im Selbst – bildet einen wichtigen Teil dieses individuellen Wertesystems (Athenstaedt & Alfermann, 2011; Sieverding, 2005, 2007, 2010). Es kann somit davon ausgegangen werden, dass die Ausübung bestimmter Verhaltensweisen, die mit dem G-SK kompatibel sind, das individuelle Autonomiebedürfnis befriedigen, was wiederum die Ausprägung intrinsischer Motivation begünstigt. Körperliche, insbesondere jedoch intensive körperlich-sportliche Aktivität mit ihren Anforderungen an Kraft und Schnelligkeit, Mut, Kampfeswille und Härte (Pfeffer & Alfermann, 2009), ist mit einem maskulinen G-SK hochgradig kompatibel.

Im Gegensatz dazu gilt die mit einem ausgewogenen und gesundheitsförderlichen Essverhalten assoziierte Mäßigung und Zurückhaltung sowie die Wahl von weniger energiereichen und im Volksmund *gesunden* Speisen wie bspw. Obst und Gemüse als typisch weiblich (Setzwein, 2004, 2009), weswegen sie in höherem Maße mit einem femininem G-SK in Einklang steht. Dies lässt die An-

nahme zu, dass aufgrund der im situationsspezifischen Handlungsvollzug erfolgenden Befriedigung des Autonomiebedürfnisses die intrinsische Motivation zu körperlicher Aktivität mit der Maskulinitätsdimension des G-SK zusammenhängt während jene zu einem gesundheitsförderlichen Essverhalten mit der Femininitätsdimension assoziiert ist.

Somit ist folgender Wirkungszusammenhang denkbar, der in der vorliegenden Arbeit überprüft wird: Der von Sieverding (2005, 2010) postulierte Zusammenhang von G-SK und gesundheitsrelevantem Handeln – hier: die Ausübung körperlicher Aktivität und das Essverhalten – ist kein direkter, sondern wird über die verhaltensspezifische intrinsische Motivation mediiert. Männer und Frauen mit stark ausgeprägter Maskulinität sind in höherem Maße intrinsisch motiviert, körperlich aktiv zu sein, was sich im tatsächlichen Aktivitätsverhalten niederschlägt. Gleiches gilt für ein gesundheitsförderliches Essverhalten, nur dass hier die Femininitätsdimension ausschlaggebend ist.

8.1.4 Zusammenfassung

Die Erweiterungen und Anpassungen an dem Ausgangsmodell von Sieverding (2005) sind auf drei unterschiedlichen Ebenen lokalisiert. Auf der Verhaltensebene werden Zusammenhänge von G-SK mit der körperlichen Aktivität und dem Essverhalten sowie der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe postuliert. Auf Ebene der Persönlichkeits- und Selbstkonzeptvariablen werden Assoziationen von G-SK mit verschiedenen Facetten des Gesundheits-Selbstkonzepts angenommen und auf Ebene der verhaltensbezogenen Motivation ein mediiender Einfluss des Geschlechtsrollen-Selbstkonzepts auf die verhaltensspezifische intrinsische Motivation vermutet.

In Abbildung 14 ist das theoretische Untersuchungsmodell, in dem bereits Verweise auf die Untersuchungshypothesen (H_1 - H_{20}) skizziert sind, grafisch dargestellt. Es handelt sich dabei jedoch um eine grobe und oberflächliche Illustration der angenommenen und zu untersuchenden Zusammenhänge. Vergrößerte und detailliertere Ausschnitte aus der Übersichtsgrafik finden sich an den entsprechenden Stellen in den nachfolgenden Kapiteln, in denen auch die Untersuchungshypothesen aufgeführt sind.

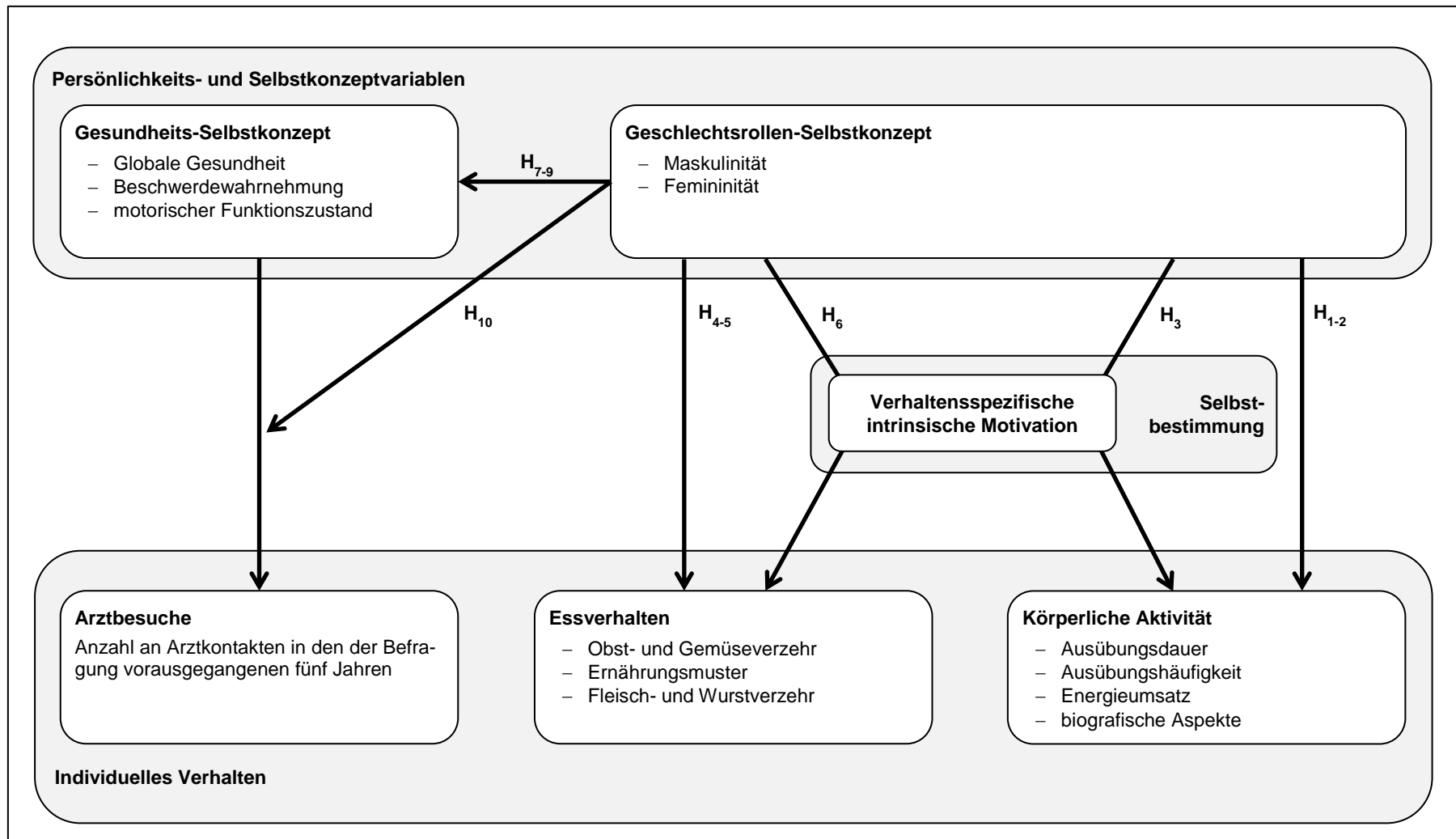


Abb. 14: Grafische Darstellung des theoretischen Untersuchungsmodells

8.2 Untersuchungshypothesen

In Kapitel 8.1 wurden auf Grundlage der Literaturrecherche und eigener Überlegungen eine Modellvorstellung entwickelt und Erwartungen bezüglich der Zusammenhänge des Geschlechtsrollen-Selbstkonzepts mit verschiedenen Variablen der körperlichen Aktivität und des Essverhaltens sowie unterschiedlichen Facetten des Gesundheits-Selbstkonzepts formuliert. Diese sollen nun in operationalisierte Hypothesen umgewandelt werden. Mit Bezug zum eigenen Erklärungsansatz werden folgende Untersuchungshypothesen aufgestellt.

8.2.1 Körperliche Aktivität

H₁: Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem G-SK und körperlicher Aktivität.

Maskulinität geht einher mit

- einem erhöhten Maß intensiver körperlicher Aktivität (H_{1a}),
- einer größeren Ausübungshäufigkeit körperlicher Aktivität (H_{1b}),
- einer erhöhten Wahrscheinlichkeit, sich gemäß den Empfehlungen bzgl. körperlicher Aktivität zu bewegen (H_{1c}),
- einem erhöhten Energieumsatz durch körperliche Aktivität (H_{1d})

sowie nur bei Erwachsenen mit

- einer erhöhten Wahrscheinlichkeit, während der Kindheit und Jugend körperlich-sportlich aktiv gewesen zu sein (H_{1e}) und
- einer erhöhten Wahrscheinlichkeit, seit der Jugend körperlich-sportlich aktiv gewesen zu sein (H_{1f}).

H₂: Das G-SK spielt in Bezug auf die körperliche Aktivität eine bedeutsamere Rolle als das Geschlecht.

Maskulinität ist ein stärkerer Prädiktor

- der Ausübungsdauer intensiver körperlicher Aktivität (H_{2a}),
- der Ausübungshäufigkeit körperlicher Aktivität (H_{2b}),
- des Umsetzens der Empfehlungen bzgl. körperlicher Aktivität (H_{2c}),
- des Energieumsatzes durch körperliche Aktivität (H_{2d}),

sowie nur bei Erwachsenen

- der Ausübung körperlich-sportlicher Aktivität während Kindheit und Jugend (H_{2e}) und
- der Ausübung körperlich-sportlicher Aktivität seit der Jugend (H_{2f})

als das männliche Geschlecht.

H₃: Der Zusammenhang zwischen Maskulinität und

- der Ausübungsdauer intensiver körperlicher Aktivität (H_{3a}),
- der Ausübungshäufigkeit körperlicher Aktivität (H_{3b}) sowie
- dem Energieumsatz durch körperliche Aktivität (H_{3c})

wird durch die intrinsische Motivation bzgl. körperlicher Aktivität mediert.

8.2.2 Essverhalten

H₄: Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem G-SK und dem Essverhalten.

Femininität geht einher mit

- einem häufigeren Obst- und Gemüseverzehr (H_{4a}),
- einer erhöhten Wahrscheinlichkeit eines empfehlungsgemäßen Verzehrs von Obst und Gemüse (H_{4b}),
- einem erhöhten Grad der Entsprechung des Ernährungsmusters mit den gängigen Empfehlungen (H_{4c}) und
- einer erhöhten Wahrscheinlichkeit, ein gesundes Ernährungsmuster einzuhalten (H_{4d}).

Maskulinität ist mit einem häufigeren Fleisch- und Wurstverzehr assoziiert (H_{4e}).

H₅: Das G-SK spielt in Bezug auf das Essverhalten eine bedeutsamere Rolle als das Geschlecht.

Femininität ist ein stärkerer Prädiktor

- der Häufigkeit des Obst- und Gemüseverzehrs (H_{5a}),
- des empfehlungsgemäßen Verzehrs von Obst und Gemüse (H_{5b}),
- des Grades der Entsprechung des Ernährungsmusters mit den gängigen Empfehlungen (H_{5c}) und
- des Einhaltens eines gesunden Ernährungsmusters (H_{5d})

als das weibliche Geschlecht.

Maskulinität ist ein stärkerer Prädiktor für die Häufigkeit des Fleisch- und Wurstverzehrs als das männliche Geschlecht (H_{5e}).

H₆: Der Zusammenhang zwischen Femininität und

- der Verzehrhäufigkeit von Obst und Gemüse (H_{6a}) sowie
- dem Grad der Entsprechung des Ernährungsmusters mit den gängigen Empfehlungen (H_{6b})

wird durch die intrinsische Motivation bzgl. gesunden Essverhaltens mediert.

8.2.3 Gesundheits-Selbstkonzept

H₇: Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem G-SK und dem Gesundheits-Selbstkonzept.

Maskulinität geht einher mit

- einer erhöhten Wahrscheinlichkeit, den eigenen Gesundheitszustand *sehr gut* oder *gut* zu bewerten (H_{7a}),
- einer erhöhten Wahrscheinlichkeit, den Einfluss des eigenen Gesundheitszustands auf die Leistungsfähigkeit als (*sehr*) *positiv* zu bewerten (H_{7b}),
- einer erhöhten Wahrscheinlichkeit, den Einfluss des eigenen Gesundheitszustands auf die Freizeitaktivitäten als (*sehr*) *positiv* zu bewerten (H_{7c}),
- einer erhöhten Wahrscheinlichkeit, den eigenen Gesundheitszustand im Vergleich mit anderen Personen gleichen Alters und Geschlechts als (*viel*) *besser* bewerten (H_{7d}),
- einer erhöhten Wahrscheinlichkeit, die Veränderung des eigenen Gesundheitszustands in den der Befragung vorangegangenen fünf Jahren als (*sehr*) *verbessert* zu bewerten (H_{7e}),
- einer geringeren Angabe von Beschwerden (H_{7f}) sowie
- einer positiveren Bewertung des motorischen Funktionsstatus (H_{7g}).

Femininität geht einer erhöhten Wahrscheinlichkeit einher, das Achten auf die Gesundheit als (*sehr*) *stark* zu bezeichnen (H_{7h}).

H₈: Das G-SK spielt in Bezug auf die Einschätzung des Gesundheits-Selbstkonzepts eine bedeutsamere Rolle als das Geschlecht.

Maskulinität ist ein stärkerer Prädiktor

- der Bewertung des aktuellen Gesundheitszustands als (*sehr*) *gut* (H_{8a}),
- der Bewertung des Einflusses des aktuellen Gesundheitszustands auf die Leistungsfähigkeit als (*sehr*) *positiv* (H_{8b}),
- der Bewertung des Einflusses des aktuellen Gesundheitszustands auf die Freizeitaktivitäten als (*sehr*) *positiv* (H_{8c}),
- der Bewertung des aktuellen Gesundheitszustands im Vergleich mit anderen Personen gleichen Alters und Geschlechts als (*viel*) *besser* (H_{8d}),
- der Bewertung der Veränderung des aktuellen Gesundheitszustands in den der Befragung vorangegangenen fünf Jahren als (*sehr*) *verbessert* (H_{8e}),
- der Angabe von Beschwerden (H_{8f}) sowie
- der Bewertung des motorischen Funktionsstatus (H_{8g})

als das männliche Geschlecht.

Femininität ist ein stärkerer Prädiktor des Achtens auf die Gesundheit als das weibliche Geschlecht (H_{8h}).

H₉: Das G-SK moderiert den Zusammenhang von Beschwerdewahrnehmung und motorischem Funktionsstatus auf die Einschätzung des aktuellen Gesundheitszustands.

Maskulinität geht bei

- gleicher Beschwerdewahrnehmung (H_{9a}) bzw.
- gleicher Einschätzung des motorischen Funktionszustands (H_{9b})

mit einer besseren Bewertung des aktuellen Gesundheitszustands einher.

H₁₀: Das G-SK moderiert den Zusammenhang von Gesundheits-Selbstkonzept und Arztbesuchen.

Maskulinität geht bei

- gleicher Beschwerdewahrnehmung (H_{10a}),
- gleicher Einschätzung des Gesundheitszustands (H_{10b}) bzw.
- gleicher Einschätzung des motorischen Funktionszustands (H_{10c})

mit weniger Arztbesuchen einher.

9 Forschungsmethodologie

Die Erhebung der empirischen Daten für die vorliegende Forschungsarbeit erfolgte in drei Querschnittuntersuchungen, die im Rahmen des interdisziplinären Verbundprojekts EATMOTIVE³² in den Jahren 2011 und 2012 durchgeführt wurden.

9.1 Untersuchungsdesign

Auf den Vorgaben der empirischen Sozialforschung basierend (Kromrey, 2009), wurde in allen drei durchgeführten Studien ein querschnittliches Untersuchungsdesign gewählt. Die für die vorliegende Arbeit relevanten Variablen wurden allesamt per Selbstauskunft mittels Fragebogenerhebungen³³ erfasst, die sich jedoch in Bezug auf die Darreichungs- und Bearbeitungsform der Umfragematerialien unterscheiden. Überdies wurde angestrebt, drei Stichproben zu akquirieren, die sich hinsichtlich ihrer Alterszusammensetzung deutlich voneinander abgrenzen lassen.

In Studie I erfolgte die Datenerhebung in Einzeltestungen mittels *Paper-Pencil-Test* (Jonkisz, Moosbrugger & Brandt, 2012, S. 35). Zielpopulation der Studie waren gesunde Personen im mittleren (40-65 Jahre) und höheren (ab 65 Jahre) Erwachsenenalter (Berk, 2011).

Studie II war eine internetbasierte Umfrage, die mittels des Software-Pakets SoSci Survey[®] programmiert und von den Probanden online bearbeitet wurde. Grundlage für die Wahl dieser Form der Testadministration war die Absicht, eine deutlich jüngere Stichprobe zu erreichen als in Studie I. Da in Deutschland die Internetnutzung im Allgemeinen (Statistisches Bundesamt, 2012) sowie die gesundheitsbezogene Internetnutzung im Speziellen (Lausen, Potapov & Prokosch, 2008) insbesondere in dem für Studie II relevanten frühen (18-40 Jahre) Erwachsenenalter (Berk, 2011) stark ausgeprägt ist, war es indiziert, sich im

³² EATMOTIVE – Warum wir essen, was wir essen: Motive, sozialer Kontext und ökonomische Implikationen. Gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (Kennziffer des Forschungsprojekts: 770/10)

³³ Sämtliche Umfrage- sowie relevante Werbungs- und Informationsmaterialien zu den Studien finden sich im Anhang der vorliegenden Arbeit.

Rahmen der vorliegenden – ebenfalls gesundheitsbezogenen – Umfrage dieses Kanals zu bedienen.

Im Rahmen der Datenerhebung zu Studie III, in deren Fokus männliche und weibliche Studienteilnehmer in der Adoleszenz (11-18 Jahre; Berk, 2011) sowie deren Eltern stehen, wurde ebenfalls ein *Paper-Pencil-Test* als Administrationsform gewählt, die in dreifacher Form – je ein Exemplar für die Jugendlichen und beide Elternteile – ausgehändigt wurden³⁴.

9.2 Stichprobenbildung

Bei Studie I handelte es sich um die fünfte Welle der seit 1992 laufenden Bad Schönborner Gesundheitsstudie (u.a. Jekauc, 2009; Niermann, Krapf, Renner, Reiner & Woll, 2014; Reiner, Niermann, Krapf & Woll, 2013; Woll, 1996, 2004; Woll, Tittlbach, Schott & Bös, 2004).

Zur Rekrutierung von Probanden für die Erhebung 2011 wurden zum einen sämtliche Teilnehmer aller vorangegangenen Erhebungszeitpunkte postalisch sowie anschließend telefonisch kontaktiert und eingeladen, zum anderen wurden auf Grundlage des Melderegisters der Gemeinde neue Versuchspersonen geworben. Komplettiert wurden diese Bemühungen durch Werbemaßnahmen in der Lokalpresse sowie durch Ausnutzung persönlicher Netzwerke der Versuchspersonen. Zur Studienteilnahme aufgerufen wurden insgesamt 1063 Personen, von denen jedoch 604 von einer Teilnahme absahen. Die Zahl der Probanden, die zumindest einen Teil der Studie absolviert haben, beläuft sich somit auf 459. Von diesen waren 205 Erstteilnehmer, 254 haben bereits bei mindestens einer weiteren Erhebung mitgemacht und 83 haben sich sogar in allen fünf Wellen beteiligt.

Vor dem erwähnten Hintergrund, zum Zwecke der Konstruktvalidierung des für die vorliegende Arbeit zentralen Messinstruments *BSRI* eine jüngere Stichprobe erreichen zu wollen, erfolgte die Rekrutierung der Probanden für Studie II über studentische Multiplikatoren in höheren Semestern sowie deren persönliche Netzwerke. Für Kontakte im persönlichen Umfeld konnte ein Kärtchen mit der

³⁴ Die Eltern erhielten zwei identische Bögen. Das Umfragematerial der Jugendlichen war im Umfang geringfügig reduziert und in Bezug auf manche Formulierungen und die persönliche Anrede (*Du* statt *Sie*) angepasst.

Internetadresse des Fragebogens (www.soscisurvey.de/g12) überreicht, für solche in der Distanz konnte ein vom Autor der vorliegenden Arbeit verfasstes Schreiben per E-Mail weitergeleitet werden. Inzentiviert wurde die Teilnahme durch die Verlosung von fünf Wertgutscheinen eines Online-Versandhauses. Aufgerufen wurde der Fragebogen 1484 Mal. Von diesen haben 945 Personen die Befragung nicht gestartet, sondern bereits auf der ersten Seite, auf der eine Begrüßung sowie eine Kurzanleitung des Autors der vorliegende Arbeit hinterlegt war, wieder abgebrochen. Durch weitere 112 Abbrüche im Verlauf der Befragung reduzierte sich die Zahl der verwertbaren Datensätze auf eine Anzahl von 427, die in die statistischen Analysen eingingen. Im Verhältnis zu Aufrufen³⁵ der Seite entspricht dies einer Quote von 28.77%.

Die Akquise der Probanden für Studie III erfolgte in Kooperation mit insgesamt elf weiterführenden Schulen³⁶ aus dem Landkreis Konstanz, die sich nach vorheriger schriftlicher Anfrage bereit erklärt hatten, das Forschungsvorhaben zu unterstützen. Um den Anreiz zu erhöhen, sich an dieser Umfrage zu beteiligen, wurden unter allen teilnehmenden Familien, von denen vollständige³⁷ Untersuchungsmaterialien retourniert wurden, zehn Familienaufenthalte im Wert von 40 Euro in einem Kletterpark am Bodensee verlost. Überdies konnten 20 Einkaufsgutscheine eines Online-Versandhauses im Wert von 25 Euro gewonnen werden. Neben dieser Inzentivierung der Probanden erhielten die teilnehmenden Schulen bzw. deren Rektorat als Anerkennung für deren Unterstützung ein Poster mit ausgewählten Ergebnissen zur körperlichen Aktivität und dem Essverhalten der jeweiligen Schülerinnen und Schüler.

Von den insgesamt 1745 verteilten Umfragesets wurden 317 wieder zurückgegeben, was einer Gesamtrücklaufquote von etwa 18.2% entspricht. Es sei jedoch erwähnt, dass die Responseraten in Abhängigkeit vom Schultyp Schwankungen aufweisen: Waldorfschule 25.0%, Haupt- und Werkrealschulen 19.9%, Gymnasien 19.5%, Berufsschulen 13.3% und Realschule 12.4%. Von den re-

³⁵ Auf die Begriffe *Rücklaufquote* bzw. *Responserate* wird bewusst verzichtet, da nicht nachvollzogen werden kann, wie viele Personen der Aufruf zur Studienteilnahme de facto erreicht hat.

³⁶ Davon vier Gymnasien, drei Haupt- bzw. Werkrealschulen, zwei Berufsschulen, eine Realschule sowie eine Waldorfschule

³⁷ Vollständig waren die Materialien dann, wenn die bearbeiteten Fragebögen des Jugendlichen sowie beider Eltern bzw. eines Elternteils (bei allein Erziehenden) vorlagen und weitestgehend ausgefüllt waren.

turnierten Umfragesets konnten jedoch 20 Stück nicht verwendet werden, da sie entweder gänzlich unbearbeitet abgegeben wurden oder in einem rudimentären Ausfüllungszustand vorlagen, der jegliche weitere Verwertung ausschloss. In die statistischen Analysen gehen somit die Daten einer anfallenden Stichprobe von insgesamt 519 Erwachsenen sowie 297 Jugendlichen ein. Da diese beiden Studienpopulationen in der vorliegenden Arbeit nicht zusammengelegt werden sondern stets eine separate Betrachtung erfolgt, werden die Erwachsenen fortlaufend als Stichprobe IIIa, die Jugendlichen als Stichprobe IIIb bezeichnet.

9.3 Durchführung

Die Datenerhebung zu Studie I erfolgte während eines sechswöchigen Untersuchungszeitraums von November bis Dezember 2011. Im Rathaus der Gemeinde erfolgte sowohl die medizinische Untersuchung unter ärztlicher Aufsicht (Blutabnahme, Blutdruckmessung, Körpergewicht- und Körperfettmessung) als auch die fragebogenstützte Erhebung. Das Studienteam vor Ort bestand aus einem Allgemeinmediziner, der Studienleiterin sowie zwei hilfswissenschaftlichen Mitarbeitern. Die Untersuchung der einzelnen Probanden nahm durchschnittlich 90 Minuten in Anspruch und umfasste folgende Stationen, die nacheinander durchlaufen wurden: 1) Empfang und Begrüßung der Probanden, 2) Erklärung des bevorstehenden Untersuchungsablaufs, 3) Arztgespräch mit anthropometrischen Messungen, Blutabnahme und Blutdruckmessung, 4) Bearbeitung der Fragebögen und 5) Gespräch mit Studienleitung über Messergebnisse. Im Anschluss an die Untersuchung vor Ort erfolgte die postalische Zustellung der ermittelten Laborwerte an die Probanden sowie – wenn gewünscht – an den Hausarzt.

Die computergestützte und internetbasierte Umfrage der Studie II fand im direkten Anschluss an Studie I während vier Wochen im Zeitraum von Januar bis Februar 2012 statt. Unter der Adresse www.soscisurvey.de/g12 konnte der Fragebogen aufgerufen und ausgefüllt werden. Die Bearbeitung des Online-Fragebogens erfolgte anonym und nahm ca. 15-20 Minuten in Anspruch. Um die Anonymität der Probanden zu wahren, wurden diejenigen, die sich an der Verlosung beteiligen wollten, am Ende der Umfrage auf eine separate und nicht

mit der Befragung in Verbindung stehende Website weitergeleitet, auf der eine E-Mail-Adresse hinterlassen werden konnte. Diese Adressen wurden am Ende des Untersuchungszeitraums im Tabellenkalkulationsprogramm Microsoft Excel[®] mit einer Zufallszahl versehen, anschließend nach dieser Zufallszahl sortiert und die ersten fünf Adressen ausgewählt. Die Gewinner wurden per E-Mail kontaktiert, die postalische Adresse erfragt und die Gutscheine per Einschreiben versandt.

Für Studie III wurden die Umfragematerialien innerhalb von zwei aufeinanderfolgender Wochen in den Monaten April und Mai 2012 an den Kooperationsschulen verteilt. Das Studienteam, das aus zwei bis drei Projektmitarbeitern bestand, suchte die Schulklassen während des regulären Unterrichts in deren Klassenzimmern auf. Vor der Aushändigung der Umfragematerialien wurde die Studie kurz vorgestellt und das Vorgehen in Bezug auf das Ausfüllen der Fragebögen und deren anschließende Rückgabe erläutert. Die Materialien wurden von den Schülerinnen und Schülern nicht während des Unterrichts bzw. in Anwesenheit der Studienleitung bearbeitet, sondern mit nach Hause genommen und anschließend verschlossen im Sekretariat der jeweiligen Schulen abgegeben, von wo sie zwei Wochen später wieder abgeholt wurden.

Nach erfolgter Abholung durch die Studienleitung wurden die Umfragematerialien umgehend von den ausgefüllten Losabschnitten getrennt. Die Gewinnerinnen und Gewinner wurden von einer externen Mitarbeiterin gezogen und erhielten anschließend ihre Gutscheine per Einschreiben. Sämtliche Losabschnitte sowie alle anderen Informationen, anhand derer man auf die Identität der Befragten hätte schließen können, wurden daraufhin vernichtet bzw. unwiderruflich gelöscht.

9.4 Eingesetzte Erhebungsinstrumente

Die Operationalisierung der Variablen erfolgte unter Berücksichtigung des eigenen Erklärungsansatzes sowie der Untersuchungshypothesen und -ziele, wobei auf jene Erhebungsinstrumente zurückgegriffen wurden, die in Tabelle 11 aufgeführt sind.

Tab. 11: Erhobene Variablen und verwendete Messinstrumente

Variable	Messinstrument	Einsatz in Studie			
		I	II	IIIa	IIIb
Soziodemografische Merkmale	Alter & Geschlecht	X	X	X	X
	Schul- & Bildungsabschluss bzw. Schulform	X	X	X	X
	Erwerbstätigkeit	X	X	X	
	(Eigenständig entwickelte Instrumente)				
Geschlechtsrollen-Selbstkonzept	<i>Bem Sex-Role Inventory</i> (Bem, 1974; Schneider-Düker & Kohler 1988)	X	X	X	X
Körperliche Aktivität	<i>Godin Leisure-Time Exercise Questionnaire</i> (Godin & Shephard, 1985)			X	X
	<i>Moderate-to-Vigorous Physical Activity Screening Measure</i> (Prochaska, Sallis & Long, 2001)			X	X
	Biografische Aspekte körperlich-sportlicher Aktivität (Eigenständig entwickelte Instrumente)			X	
Essverhalten	<i>Food-Frequency-Fragebogen</i> (Winkler & Döring, 1995)			X	X
Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe	<i>Arztkontakte</i> (Woll, 2004)	X			
Gesundheits-Selbstkonzept	<i>Globale Gesundheit</i> (Woll, 2004)	X			
	<i>Gießener Beschwerdebogen GBB-24</i> (Brähler, Hinz & Scheer, 2008)	X			
	<i>Fragebogen zur Erfassung des motorischen Funktionsstatus</i> (Bös et al., 2002)	X			
Verhaltensbezogene intrinsische Motivation	<i>Regulation of Eating Behaviour Scale</i> (Pelletier, Dion, Slovinec-D'Angelo & Reid, 2004)			X	X
	<i>Behavioral Regulation in Exercise Behavior Questionnaire-2</i> (Markland & Tobin, 2004)			X	X

9.4.1 Soziodemographische Merkmale

In allen durchgeführten Studien wurden von den erwachsenen Studienteilnehmern per Selbstauskunft Angaben zu den soziodemographischen Variablen

Alter, Geschlecht, Familienstand, Schul- und Ausbildungsabschluss sowie Erwerbstätigkeit erfasst. Aus den Nennungen zu Schul- und Ausbildungsabschluss wurde in Anlehnung an Woll (2004) ein Schichtindex errechnet. Dieser weist drei Ausprägungen auf: Unterschicht, Mittelschicht und Oberschicht. Von den jugendlichen Studienteilnehmern in Studie IIIb wurden lediglich Alter, Geschlecht und besuchte Schulart erfragt. Die Schichtzugehörigkeit der Kinder entspricht der von Vater oder Mutter, je nachdem, welche höher ist.

9.4.2 Geschlechtsrollen-Selbstkonzept

Das Geschlechtsrollen-Selbstkonzept wurde mittels des von Schneider-Düker und Kohler (1988) ins Deutsche übersetzten *Bem Sex Role Inventorys* (Bem, 1974) – kurz: BSRI – erfasst. Das Instrument umfasst im Original drei Skalen mit je 20 persönlichkeitsbezogenen Adjektiven anhand derer eine Selbstbeschreibung durch die Probanden erfolgt. Diese Adjektive stellen Indikatoren für die zwei voneinander unabhängigen latenten Dimensionen des Geschlechtsrollen-Selbstkonzepts dar: *Maskulinität* und *Femininität* (Altstötter-Gleich, 2004). Die beiden Skalen zur Erfassung der *Maskulinität* (m-Skala) und *Femininität* (f-Skala) wurden ursprünglich in einen geschlechtsneutralen Kontext mit sozial erwünschten Eigenschaften eingebettet (SE-Skala), der jedoch kaum verwendet wird (Altstötter-Gleich, 2004; Hunt et al. 2007; Schneider-Düker & Kohler, 1988). Auch in der vorliegenden Untersuchung wurde aus testökonomischen Gründen ebenfalls auf den Einsatz der SE-Skala verzichtet und lediglich die Skalen mit den *typisch männlichen* und *typisch weiblichen* Persönlichkeitseigenschaften (Sieverding, 2004) verwendet. Die Probanden wurden instruiert, sich mit Hilfe der in Listenform dargebotenen Persönlichkeitseigenschaften selbst zu beschreiben und anzugeben, wie sehr die entsprechende Eigenschaft auf sie zutrifft. Hierfür stand eine siebenstufige Likert-Skala zur Verfügung (0=*fast nie* bis 6=*immer*).

Während in den Studien I und II noch die vollständigen f- bzw. m-Skalen mit jeweils 20 Items zum Einsatz kamen, wurden in Studie III bereits gekürzte Skalen verwendet. Neben den zwölf Items, die sich im Rahmen der exploratorischen Faktorenanalyse als geeignet erwiesen haben (siehe Kapitel 10.1) wurden jedoch auch vier (m-Skala) bzw. drei (f-Skala) Items beibehalten, die die

Selektionskriterien nur knapp verfehlten. Somit wurde in Studie III eine auf insgesamt 19 Items gekürzte Version des BSRI eingesetzt.

9.4.3 Körperliche Aktivität

Das Grundproblem bei der Erfassung und Quantifizierung körperlicher bzw. körperlich-sportlicher Aktivität sieht Woll (2004) darin, dass es hierfür keine allgemein anerkannte Methode gibt. Stattdessen findet sich in der Literatur eine Vielzahl verschiedener Verfahren und Methoden, aus der es mit Blick auf die jeweilige forschungsleitende Fragestellung eine Selektion zu treffen gilt. Ähnlich wie bei der Erfassung des Essverhaltens lassen sich auch hierbei auf einer ersten Gliederungs- bzw. Systematisierungsebene *direkte* Erfassungsmethoden (z. B. Tagebuchaufzeichnung, Verhaltensbeobachtung, elektronisch oder mechanisch gestützte Aufzeichnung von Körperbewegungen, Interviews, Fragebögen) und *indirekte* Diagnoseverfahren (z. B. durch Bestimmung der Energiezufuhr mittels Ernährungsprotokollen oder des Energieumsatzes anhand des Sauerstoffverbrauchs) voneinander unterscheiden (Woll, 2004).

Eine Vielzahl dieser Verfahren schied jedoch aufgrund der folgenden Selektionskriterien, die für die vorliegende Untersuchung formuliert wurden und erfüllt werden mussten, aus: Das verwendete Verfahren musste nicht nur reliabel und valide sondern aufgrund der anvisierten Größe und Zusammensetzung der Stichprobe sowohl aus Probanden- als auch aus Untersuchungsleitersicht in hohem Maße ökonomisch und praktikabel sein. Gleichzeitig sollte die körperliche Aktivität hinsichtlich ihrer Merkmale Ausübungsdauer, -häufigkeit und -intensität sowie der dabei umgesetzte Energie in hinreichendem Maße differenziert erfasst werden, so dass sich mögliche Assoziationen mit dem Geschlechtsrollen-Selbstkonzept untersuchen ließen. Diesen Kriterien werden von den Probanden selbst auszufüllenden Kurzfragebögen am ehesten gerecht, weshalb in der vorliegenden Untersuchung ein Rückgriff auf dieses *direkte* Diagnoseverfahren erfolgte. Zwar reduziert sich hierdurch die Zahl der infrage kommenden Instrumente deutlich, gleichwohl bedarf es auch bei den verbleibenden Verfahren mit Blick auf die Fragestellung einer sorgfältigen Eignungsprüfung.

Die Erfassung der körperlichen Aktivität erfolgte im Rahmen der Studie III vor dem Hintergrund sich ergänzender Prämissen: Einerseits sollte das Aktivitätsverhalten der jugendlichen und erwachsenen Probanden in Abhängigkeit vom Geschlechtsrollen-Selbstkonzept hinsichtlich gängiger Empfehlungen bzgl. einer gesundheitsförderlichen Aktivität erfasst und bewertet werden. Da solch ein Verfahren allerdings meist keine differenzierten Aussagen darüber erlaubt, wie viel Zeit bspw. mit körperlichen Aktivitäten verschiedener Intensität verbracht und wie viel Energie dabei umgesetzt wurde – was mit Blick auf die forschungsleitende Fragestellung jedoch eine wichtige Erkenntnis ist – sollte ein zweites Verfahren diese Lücke schließen. Darüber hinaus sollten auch biographische Aspekte erfasst werden, um eruieren zu können, ob sich das G-SK in einer gewissen Affinität zur körperlich-sportlichen Aktivität manifestiert, die sich über die Lebensspanne zieht.

Die Wahl fiel schließlich nach sorgfältiger Prüfung der verschiedenen Optionen auf die Kombination zweier etablierter Instrumente: Das von Prochaska, Sallis und Long (2001) entwickelte *Moderate to Vigorous Physical Activity Screening Measure (MVPA)* sowie den *Godin Leisure-Time Exercise Questionnaire (GLTEQ)* von Godin und Shephard (1985). Zudem wurde für die Erfassung der biographischen Aspekte der körperlich-sportlichen Aktivität eigenständig zwei Items entworfen.

Moderate to Vigorous Physical Activity Screening Measure (MVPA): Das *MVPA* ist ein ebenso weit verbreitetes wie reliables und valides Instrument, das mittels zweier kurzer und einfach zu beantwortender Items erfasst, an wie vielen der *zurückliegenden sieben Tage* (ausgehend vom Befragungszeitpunkt) sowie an wie vielen Tagen einer *normalen Woche* die Befragten insgesamt mindestens 30 bzw. 60 Minuten³⁸ körperlich aktiv waren bzw. sind (Prochaska, Sallis & Long, 2001). In der Einleitung zu den Items weisen die Autoren darauf hin, dass zu *körperlicher Aktivität* all jene Tätigkeiten zählen, bei denen das Herz schneller schlägt und die Atemfrequenz erhöht ist. Überdies werden Beispielaktivitäten genannt, die das Verständnis erleichtern sollen. Anhand des Mittelwerts aus

³⁸ Sowohl bei den Jugendlichen als auch bei deren Eltern wurde das gleiche Instrument verwendet. Entsprechend der Empfehlungen der WHO (2011) wurde bei den Erwachsenen jedoch erfragt, an wie vielen Tagen der vorangegangenen bzw. einer normalen Woche sie jeweils mindestens 30 Minuten – nicht wie bei den Jugendlichen 60 Minuten – körperlich aktiv waren.

beiden Angaben lässt sich überprüfen, inwiefern gängige Guidelines zur körperlichen Aktivität erfüllt werden. Prochaska, Sallis und Long (2001) beziehen sich auf die Guidelines des Councils for Physical Education for Children (1998), wonach Jugendliche an fünf oder mehr Tagen pro Woche mit mindestens moderater Intensität für jeweils 60 Minuten körperlich aktiv sein sollten. Für Erwachsene liegt die empfohlene Dauer bei 30 Minuten moderat-bis-intensiver körperlicher Aktivität an fünf oder mehr Tagen pro Woche. Entsprechend gelten den Autoren zufolge die Guidelines als erfüllt, wenn der Mittelwert beider *MVPA*-Items größer als fünf ist.

Die Stärken des *MVPA* liegen darin, dass es sehr kurz und äußerst einfach zu bearbeiten ist und zudem eine unkomplizierte Auswertung ermöglicht, womit es den genannten Bedingungen einer hohen Testökonomie und Praktikabilität gerecht wird. Überdies ist es ein reliables und valides Verfahren, das eine verlässliche Einschätzung der körperlichen Aktivität ermöglicht und zudem auch signifikant mit objektiven Maßen des Aktivitätsverhaltens korreliert (Prochaska, Sallis & Long, 2001). Die große Schwäche des Verfahrens ist jedoch ganz offensichtlich, dass keine differenzierten Aussagen über die exakte Dauer, Häufigkeit oder Intensität körperlicher Aktivität möglich sind, ganz zu schweigen von der Angabe eines – wenn auch nur groben – Energieumsatzes durch körperliche Tätigkeiten. Diese Größen sind jedoch vor dem Hintergrund der forschungsleitenden Fragestellung in hohem Maße relevant, weshalb sie mit einem zweiten Instrument operationalisiert werden sollen.

Godin Leisure-Time Exercise Questionnaire (GLTEQ): Der *GLTEQ* gilt ebenfalls als reliables und valides Instrument zur Erfassung der körperlichen Aktivität sowohl bei jugendlichen als auch bei erwachsenen Stichproben (Godin und Shephard, 1985). Probanden geben an, wie häufig sie in ihrer Freizeit im Durchschnitt während eines siebentägigen Referenzzeitraums *anstrengende*, *mäßige* und *leichte* körperliche Aktivitäten von mindestens 15 Minuten Dauer ausüben. Zum besseren Verständnis geben die Autoren eine Erläuterung zu den verschiedenen Intensitäten und nennen Beispielaktivitäten aus den verschiedenen Kategorien. Das zweite Item des Instruments ist dem *MVPA* sehr ähnlich, da es sich ebenfalls darauf bezieht, wie häufig die Befragten innerhalb sieben Tagen moderate bis intensive körperliche Aktivitäten ausüben. Um Redundanzen in der

Befragung zu vermeiden und aufgrund der Tatsache, dass das *MVPA* den gleichen Sachverhalt deutlich detaillierter erfasst (*MVPA*: achtstufiges Antwortformat von *0 Tage* bis *7 Tage*; *GLTEQ*: dreistufiges Format *nie/selten, manchmal, oft*) und überdies die Bezugnahme zu Aktivitätsguidelines erlaubt (s. o.), wurde dieses zweite Item des *GLTEQ* lediglich zur Kalkulation des Energieumsatzes herangezogen, nicht jedoch, um Aussagen bzgl. der Ausübungshäufigkeit körperlicher Aktivität oder zum Einhalten der Aktivitätsguidelines zu treffen.

Godin und Shephard (1985) sehen für die Auswertung des Instruments folgendes Verfahren vor: Die Nennungen der Ausübungshäufigkeiten *anstrengender, mäßiger* und *leichter* Aktivitäten werden mit den Faktoren neun, fünf bzw. drei multipliziert. Die im Anschluss daran errechnete Summe spiegelt den Gesamtenergieumsatz pro Woche durch körperliche Aktivität in der Einheit des *metabolische Äquivalents* bzw. *metabolic equivalent of task* (MET) wider. Dabei handelt es sich gemäß Ainsworth und Mitarbeitern (1993, 2000) um einen relationalen Wert, der ausdrückt, um welchen Faktor der Energieumsatz während körperlicher Aktivität erhöht ist, verglichen mit dem Energieumsatz während ruhigen Sitzens ($\cong 1 \text{ MET} \cong 4.18 \text{ kJ pro kg Körpergewicht pro Stunde}$).

Das Originalinstrument wurde dahingehend geringfügig erweitert, dass die Befragten neben der Nennung der Häufigkeiten der ausgeübten Aktivitäten in den verschiedenen Intensitäten zudem berichten, wie viel Zeit sie pro Woche insgesamt mit diesen Aktivitäten verbringen. Diese leichte Modifikation erlaubt eine detaillierte Erfassung der Zeit, die mit Aktivitäten in den verschiedenen Intensitäten verbracht wurde. Vor dem Hintergrund der forschungsleitenden Fragestellung ist dies essentiell, da vor allem in Bezug auf intensive körperliche Aktivität Assoziationen mit dem Geschlechtsrollen-Selbstkonzept vermutet werden, was für eine detailliertere Erfassung dieser Variablen spricht. Entsprechend geht neben dem Energieverbrauch durch körperliche Aktivität und der Ausübungshäufigkeit körperlicher Aktivitäten auch die damit verbrachte Zeit mit in die statistischen Analysen ein.

Nicht zuletzt aufgrund der vorgenommenen Modifikationen liefert der *GLTEQ* differenziertere Ergebnisse zur körperlichen Aktivität als der *MVPA*. Dennoch ist auch dieses Verfahren nicht frei von Schwächen. Als defizitär bezeichnet Woll

(2004) grundsätzlich bei dieser Art der Selbstaussagen die Tatsache, dass bislang nur sehr wenig darüber bekannt ist, wie die Befragten körperliche Aktivitäten überhaupt kodieren, welche Aspekte (z. B. Intensität und Dauer) sie in diesem Zusammenhang beachten und wie sie gespeichert bzw. wieder abgerufen werden. Unschärfen im Sinne eines *over-* oder *underreporting* – sei es aufgrund von Fehleinschätzungen, die sich auf mangelnde Erinnerung und fehlerhafte Wahrnehmung zurückführen lassen oder aufgrund von sozialer Erwünschtheit entstehen – können somit erwartet werden. Darüber hinaus ergeben sich additiv weitere Unschärfen durch die Berechnung des aktivitätsbezogenen METs. Ainsworth und Kollegen (2000) betonen in diesem Zusammenhang, dass der Energieumsatz bei Individuen, die die gleiche Tätigkeit ausüben, mitunter so deutlich schwanken kann, dass das kalkulierte MET unter Umständen weit entfernt vom wahren Wert liegt. Da jedoch Vergleiche auf der Ebene des Individuums zu keinem Zeitpunkt intendiert waren, und die Validitäts- und Reliabilitätsprüfungen durchweg zufrieden stellende Ergebnisse für größere Stichproben liefern (Godin & Shephard, 1985), sind die genannten Schwächen zwar nicht gänzlich zu vernachlässigen, aber im Rahmen der vorliegenden Untersuchung zumindest zu verkraften.

Neben der aktuellen körperlichen Aktivität sollten bei den erwachsenen Teilnehmerinnen und Teilnehmern in Studie III auch biografische Aspekte der körperlich-sportlichen Aktivität erfasst und hinsichtlich der forschungsleitenden Fragestellung untersucht werden. Hierfür wurden eigenständig zwei Items formuliert, mittels derer erhoben werden konnte, ob die Befragten *während* bzw. *seit* dem Kindes- und Jugendalter körperlich-sportlich aktiv gewesen sind. Der Wortlaut war: *Haben Sie als Kind und Jugendliche(r) regelmäßig (d. h. mindestens 2x pro Woche für mindestens 30 Min.) Sport getrieben?* bzw. *Waren Sie vom Jugendalter bis zum heutigen Tag durchgehend regelmäßig sportlich aktiv (abgesehen von Pausen bis zu einem Jahr z. B. wegen Verletzungen, Schwangerschaft etc.)?*

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass eine Kombination aus *MVPA*, *GLTEQ* sowie den eigenständig entwickelten Items bzgl. der biographischen Aspekte körperlich-sportlicher Aktivität mit Blick auf die forschungsleitende Fra-

gestellung sowie die Rahmenbedingungen der Studie einen akzeptablen Kompromiss aus Testökonomie und Praktikabilität auf der einen Seite sowie einer im ausreichenden Maße differenzierten Erfassung des körperlichen Aktivitätsverhaltens auf der anderen Seite darstellt.

9.4.4 Essverhalten

Es besteht wissenschaftlicher Konsens darin, dass das Essverhalten einen starken Einfluss auf diverse Gesundheitsparameter ausübt und mit der Entstehung bzw. Entwicklung von verschiedenen Risikofaktoren wie bspw. Übergewicht oder Bluthochdruck zusammenhängt (vgl. Kap. 5.3). Daher kommt der Erfassung des Essverhaltens eine zentrale Rolle innerhalb der epidemiologischen Forschung zu. Weil das Essen jedoch eine sehr komplexe Verhaltensweise ist, die ein Mensch – anders als bspw. das Sporttreiben – zwangsläufig und sogar mehrmals täglich ausüben muss (Niermann, 2011), ist ihre Erfassung recht aufwendig. In diesem Kontext haben sich verschiedene Verfahren bewährt, die sich in *indirekte* Verfahren (z. B. Agrarstatistiken, Verbrauchsstatistiken) und *direkte* Methoden unterteilen lassen (Müller, 2008). Bei letztgenannten unterscheidet der Autor zudem zwischen prospektiven (z. B. Ernährungsprotokolle, Tagebücher) und retrospektiven (z. B. 24-Stunden-Erinnerungen, Food-Frequency-Fragebögen) Verfahren. Bei all diesen Methoden stehen sich jedoch Winkler und Döring (1995) zufolge stets zwei Forderungen gegenüber, die sich nur schwer vereinbaren lassen: Es sollen zum einen umfassende Ernährungsmuster abgebildet werden, zum anderen sollen diese Erhebungsmethoden keinen großen Arbeitsaufwand erfordern.

In der vorliegenden Arbeit wurde in allen drei Studien mit der Verwendung einer Lebensmittelhäufigkeitsliste auf ein direktes, retrospektives Verfahren zurückgegriffen. Vor dem Hintergrund der forschungsleitenden Fragestellung bildet diese Methodik die bestmögliche Option, das Essverhalten der jugendlichen und erwachsenen Probanden zu operationalisieren. Da eine quantitative Bewertung der Energie- und Nährstoffaufnahme zu keinem Zeitpunkt intendiert war, sondern eine qualitative Einordnung des Essverhaltens erfolgen sollte, wurde auf die Nennung von Portionsgrößen, wie sie bei anderen Verfahren angewandt wird, verzichtet.

Zur Erfassung des Essverhaltens wurde ein validierter Food-Frequency-Fragebogen (Winkler & Döring, 1995, 1998) verwendet. Mit diesem Instrument wird die Verzehrhäufigkeit von insgesamt 24 Lebensmittelgruppen erhoben, indem die Probanden mittels einer siebenstufigen³⁹ Skala (0=*nie* bis 6=*mehrmals täglich*) angeben, wie häufig sie diese verzehren. Im Rahmen einer differenzierten Betrachtung und Charakterisierung des Essverhaltens wurden auf Basis der erhobenen Verzehrhäufigkeiten verschiedene Indizes gebildet, die in die statistische Analyse eingingen.

Kumulativer Ernährungsmusterindex: Diese Indexvariable ist ein Indikator dafür, inwiefern das individuelle Ernährungsmuster der Probanden mit aktuellen Verzehrsempfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (2011) übereinstimmt (Winkler & Döring, 1995, 1998). In die Kalkulation dieses Index' gehen jene 15 Lebensmittelgruppen ein, die sich hinsichtlich ihres „präventiven Wertes“ (Winkler & Döring, 1995, S. 289) in Bezug auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen möglichst eindeutig als positiv oder negativ bewerten lassen und auf die eine Übertragung der Verzehrsempfehlungen der DGE möglich ist. Entsprechend der Empfehlungen werden die 15 Lebensmittelgruppen in ein dreistufiges Format umcodiert (0=*abweichende* bzw. *falsche* Verzehrhäufigkeit, 1=*normale* bzw. *mittlere* Verzehrhäufigkeit und 2=*optimale* bzw. *richtige* Verzehrhäufigkeit), so dass sich die in Tabelle 12 dargestellte Bewertungsmatrix ergibt (Winkler & Döring, 1995).

Die Güte des Ernährungsmusters kann folglich durch einen Summenscore im Bereich von 0 bis 30 beschrieben werden. Basierend auf den Normwerten, die im Rahmen der WHO MONICA Herz-Kreislauf-Studie Augsburg (Winkler & Döring, 1995; Winkler, Döring & Keil, 1991, 1992) ermittelt werden konnten, empfehlen die Autoren überdies eine dreiteilige Klassifizierung des Ernährungsmusters in *ungünstig* (Score ≤ 13), *normal* (Scores 14 und 15) und *günstig* (Score ≥ 16), die in der vorliegenden Arbeit ebenfalls ergänzend angewandt wurde.

³⁹ Das Instrument bietet im Original lediglich eine sechsstufige Antwortskala, die als größte Verzehrhäufigkeit die Option *täglich* erlaubt. Die siebte Stufe *mehrmals täglich* wurde hinzugefügt, um auch die aktuellen Verzehrsempfehlungen für die Lebensmittelgruppe *Obst und Gemüse* (DGE, 2011) differenziert überprüfen zu können.

Tab. 12: Bewertungsmatrix zur Bildung des Ernährungsmusterindex nach Winkler & Döring (1995), ergänzt um die Auswahloption *mehrmals täglich*.

Integrierte Lebensmittelgruppen	Verzehrhäufigkeiten						
	nie	etwa 1x im Monat	mehr- mals im Monat	etwa 1x in der Woche	mehr- mals in der Woche	täglich	mehr- mals täglich
Fleisch (ohne Wurstwaren)	0	1	2	2	1	0	0
Wurstwaren, Schinken	0	1	2	2	1	0	0
Fisch	0	0	1	2	2	1	0
Kartoffeln	0	0	0	0	1	2	1
Teigwaren	0	0	0	0	1	2	1
Reis	0	0	0	0	1	2	1
Salat oder Gemüse, roh zubereitet	0	0	0	0	1	2	2
Gemüse, gekocht	0	0	0	0	1	2	2
Frisches Obst	0	0	0	0	1	2	2
Schokolade, Pralinen	2	2	1	1	0	0	0
Kuchen, Gebäck, Kekse	2	2	1	1	0	0	0
Salzige Knabbereien wie Erdnüsse, Chips etc.	2	2	1	1	0	0	0
Vollkorn-, Schwarz- und Knäckebrötchen	0	0	0	0	1	2	2
Haferflocken, Müsli, Cornflakes	0	0	1	1	2	2	1
Eier	2	2	2	2	1	0	0

In der Kalkulation dieses Summenscores gehen jedoch wichtige Informationen zu den Verzehrhäufigkeiten einzelner Lebensmittelgruppen unter. Für die forschungsleitende Fragestellung der vorliegenden Arbeit sind jedoch insbesondere die Verzehrhäufigkeiten von Obst und Gemüse sowie von Fleisch und Wurst die zentralen Variablen. Aus diesem Grund wird ihnen besondere Aufmerksamkeit geschenkt und zwei weitere Indizes errechnet, die genauere Rückschlüsse auf den Konsum dieser Lebensmittelkategorien erlaubt.

Indizes zur Verzehrhäufigkeit von Lebensmittelkategorien: Der Verzehr von Obst und Gemüse sowie der von Fleisch und Wurst ist sowohl in hohem Maße geschlechtlich codiert (Setzwein, 2004, 2009, Schritt, 2011) als auch von herausragender gesundheitlicher Bedeutung (DGE, 2008). Eine separate Betrachtung der einzelnen Lebensmittelgruppen – also bspw. Obst und Gemüse (roh und gekocht) jeweils für sich betrachtet – erscheint jedoch weder in Bezug auf die geschlechtlichen Konnotationen, die mit ihrem Verzehr einhergehen (Schritt, 2011) noch hinsichtlich ihres gesundheitlichen Werts sinnvoll. In diesem Zusammenhang ist es daher angebracht, diese Lebensmittelgruppen als Einheiten zu sehen. Aus diesem Grund gehen die Verzehrhäufigkeiten von *Salat oder Gemüse, roh zubereitet*, *Gemüse gekocht* und *frisches Obst* in Form eines Index in die statistischen Analysen ein. Gleiches gilt für *Fleisch (ohne Wurstwaren)* und *Wurstwaren, Schinken*, die ebenfalls zu einem Index zusammengefasst werden. Bewusst werden hier *Geflügel* und *Fisch* nicht für die Indexbildung berücksichtigt, obwohl dies im Sinne eines Index‘ tierischer Produkte denkbar wäre. Grund hierfür ist, dass der Verzehr dieser Lebensmittelgruppen zum einen in wesentlich geringerem Maße geschlechtlich codiert ist (Setzwein, 2004, 2010; Schritt, 2011), zum anderen heben sich dieses Lebensmittelgruppen in Bezug auf ihren präventiven Wert (Winkler & Döring, 1995) und hinsichtlich der empfohlenen Verzehrhäufigkeit (DGE, 2011) von *Fleisch (ohne Wurstwaren)* bzw. *Wurstwaren, Schinken* ab.

Zur Indexberechnung wurden die Nennungen zu den einzelnen Items umcodiert, so dass sie einer Verzehrhäufigkeit pro Woche entsprechen (vgl. Tab. 13). Als Summenscores der einzelnen Lebensmittelgruppen gingen die beiden Indizes anschließend in die statistischen Analysen ein.

Tab. 13: Umcodierung der Lebensmittel-Items zur Indexberechnung

	Verzehrhäufigkeiten						
	nie	etwa 1x im Monat	mehr- mals im Monat	etwa 1x in der Woche	mehr- mals in der Woche	täglich	mehr- mals täglich
Lebensmittel (z. B. <i>frisches Obst</i>)	0	0	0	1	3	7	14

Das verwendete Instrument ist zwar hinreichend validiert (Winkler & Döring, 1998), dennoch ist auch dieses Verfahren nicht frei von Schwächen, was die Messqualität der Daten zum Essverhalten beeinflussen könnte. Muff (2009) verweist in diesem Zusammenhang auf die Möglichkeit, dass die Einschätzung des Essverhaltens insbesondere für bildungsschwache Personengruppen eine beträchtliche kognitive Herausforderung darstellt, was aufgrund von Fehleinschätzungen zu einem Messbias führen könnte. Bei Jugendlichen sei hiervon sogar in einem noch stärkeren Maße davon auszugehen. Bei ihnen könnte zudem auch die geringer ausgeprägte Lesefähigkeit zu Verständnisschwierigkeiten und somit zu verfälschten Ergebnissen beitragen. Auch der Einfluss der sozialen Erwünschtheit bei verschiedenen Items wie *Frisches Obst* oder *Schokolade, Pralinen*, die im Volksmund typischerweise als „gesund“ bzw. „ungesund“ angesehen werden (Pudel & Westenhöfer, 2003), kann sich im Sinne einer Über- bzw. Unterbewertung dieser Lebensmittelgruppen auswirken. Müller (2008) sieht überdies eine weitere Schwäche darin, dass allein die unscharfe Erinnerung an verzehrte Lebensmittel häufige Fehleinschätzungen bewirken kann. Insbesondere solche Lebensmittel, die zwischendurch und nicht zu den Hauptmahlzeiten verzehrt werden, können leicht vergessen werden (McDiarmid & Blundell, 1998). Auch die Tatsache, dass viele Speisen aus mehreren Zutaten und Nahrungsmitteln bestehen, die in verarbeiteter Form verzehrt werden, kann dazu führen, dass bestimmte Lebensmittel konsumiert werden, ohne dass man sich dessen explizit bewusst ist (Muff, 2009), was einen Bias hervorrufen könnte.

Angesichts der Tatsache, dass in der vorliegenden Arbeit das Essverhalten größerer Menschengruppen untersucht wurde, dürften die genannten Gesichtspunkte jedoch eine untergeordnete Rolle spielen. Es kann nämlich davon ausgegangen werden, dass sich bei größeren Kollektiven die verschiedenen Fehler statistisch ausgleichen, was zwar zu einer erhöhten Fehlervarianz führen kann, die sich allerdings – wie in der vorliegenden Untersuchung – durch die Stichprobengröße kompensieren lässt (Müller, 2008). Mögliche Unschärfen oder Verzerrungen bei der Erhebung sind überdies auch insofern tolerierbar, als dass es in der vorliegenden Arbeit primär um eine grobe Abbildung von Mustern des Essverhaltens geht und bspw. nicht die exakte Berechnung der Aufnahme

verschiedener Nährstoffe oder Ähnlichem im Fokus steht. Zudem überwiegen die Vorteile dieses Verfahrens, die vor allem in der hohen Testökonomie (z. B. Kürze der Bearbeitungszeit, Einfachheit der Auswertung) sowie der Validität des Instruments liegen.

9.4.5 Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe

Wie häufig die Probanden in den fünf Jahren vor der Untersuchung im Rahmen von Studie I ärztliche Hilfe in Anspruch genommen haben, wurde mit einem einzelnen Items erfasst. Hierfür wurde aus dem Instrument *Arztkontakte* von Woll (2004) auf die Frage nach der relativen Häufigkeit ärztlicher Behandlung zurückgegriffen. Das Item lautet: „*Wie oft haben Sie im Laufe der letzten fünf Jahre ärztliche Behandlung in Anspruch genommen (außer zu Vorsorgeuntersuchungen)?*“ Die Befragten hatten die Möglichkeit, die Anzahl der Arztbesuche pro Jahr in ein freies Feld hinter dem Item einzutragen.

9.4.6 Gesundheits-Selbstkonzept

Die Erfassung gesundheits- und fitnessbezogener Parameter kann auf unterschiedliche Weise erfolgen. Objektive Verfahren bedienen sich im Zuge der Diagnose hierbei meist einer Fremdeinschätzung durch Fachpersonal wie bspw. Ärzte, Therapeuten oder Sportwissenschaftler. Subjektive Verfahren berücksichtigen hingegen die persönliche Wahrnehmung und Beurteilung durch die befragte Person und bilden als gesundheitsrelevante Selbsteinschätzungen das Gesundheits-Selbstkonzept (Sieverding, 2005). Zwar gelten diese subjektive Verfahren als zuverlässige Prädiktoren in Bezug auf Mortalität, Morbidität und die künftige Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (Benyamini, Blumstein, Lusky & Modan, 2003; Bosworth et al. 1999; Idler & Benyamini, 1997; Fiscella & Franks 2000; Knesebeck 1997; Lange, 2011; Lesser 2000; Lüschen 1997; RKI, 2006, 2010; Schwarze, Andersen & Anger, 2000) und stehen in dieser Hinsicht den komplexen objektiven biomedizinischen Verfahren nicht nach (Müller & Heinzl-Gutenbrunner, 2001). Dennoch kann bei diesen Verfahren – anders als bei den objektiven Methoden – davon ausgegangen werden, dass die Angaben verzerrt werden, bspw. durch den selbstwertdienlichen Wunsch der befragten Person, sich in einer gewissen Weise zu präsentie-

ren und dafür den eigenen Gesundheits- und Fitnesszustand schönzufärben. In der vorliegenden Arbeit soll untersucht werden, inwiefern das Geschlechtsrollen-Selbstkonzept mit ebendiesen gesundheitsbezogenen Selbsteinschätzungen und nicht einem tatsächlichen, also anhand objektiver Kriterien erfassten Gesundheits- bzw. Fitnesszustand assoziiert ist. Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen wurde auf die folgenden subjektiven Verfahren zur Erfassung des Gesundheits-Selbstkonzepts zurückgegriffen.

Globale Gesundheit: Die von Woll (2004) entwickelte Skala zur Erfassung des selbsteingeschätzten körperlichen Gesundheitszustands umfasst im Original sieben Items, die dem Autor zufolge das gesamte Kontinuum von schlechter bis guter Gesundheit abbilden. Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurde jedoch das Item *Wie fühlen sie sich momentan?* nicht eingesetzt. Grund für den Ausschluss ist, dass hiermit nicht primär der habituelle Gesundheitszustand sondern das aktuelle Befinden bzw. die Gestimmtheit erfasst wird, die mitunter sogar auf Tagesebene starken Schwankungen unterliegen (Parkinson, Briner, Reynolds & Totterdell, 1995; Totterdell, Parkinson, Briner & Reynolds, 1997; Triemer & Rau, 2001) und somit vor dem Hintergrund des Forschungsinteresses als ungeeigneter Indikator betrachtet wird. Ebenfalls ausgeschlossen wurde das Item *Ich schlafe normalerweise gut*, da die Bewertung Schlafqualität für die vorliegende Untersuchung keine Rolle spielt. Stattdessen wurde der Skala mit der Frage *Wie stark achten Sie im Allgemeinen auf Ihre Gesundheit?* ein selbstentwickeltes Item hinzugefügt, anhand dessen erfasst wird, wie stark das Berücksichtigten der eigenen Gesundheit im Alltag verwurzelt ist. Somit besteht das eingesetzte Instrument aus den folgenden sechs Items:

- a) *Wie beschreiben Sie Ihren aktuellen Gesundheitszustand?*
- b) *Wie wirkt sich Ihr derzeitiger Gesundheitszustand auf Ihre Leistungsfähigkeit im Alltag aus?*
- c) *Wie wirkt sich Ihr derzeitiger Gesundheitszustand auf Ihre Freizeitaktivitäten aus?*
- d) *Wie beschreiben Sie Ihren Gesundheitszustand im Vergleich mit anderen Personen Ihres Alters und Ihres Geschlechts?*
- e) *Hat sich Ihr Gesundheitszustand in den letzten fünf Jahren verändert?*

f) *Wie stark achten Sie im Allgemeinen auf Ihre Gesundheit?*

Zur Beantwortung der Fragen standen den Probanden jeweils fünfstufige Likert-Skalen zur Verfügung. Die interne Konsistenz der Skala, die Woll (2004) mit einem Cronbach's α von .79 beziffert, liegt in Studie I, in der sie ausschließlich eingesetzt wurde, bei .81. und ist somit als gut zu bezeichnen.

Körperliche Fitness: Der motorische Funktionsstatus wurde anhand der Kurzform des von Bös und Mitarbeitern (2002) entwickelten FFB-Mot erfasst. Mit jeweils drei Items werden Selbsteinschätzungen zu den motorischen Hauptbeanspruchungsformen Kraft, Ausdauer, Beweglichkeit und Koordination eingeholt. Dabei werden die Probanden befragt, wie gut sie unterschiedliche Tätigkeiten (z. B. *Einen Kilometer ohne Pause joggen*) bewältigen können, wofür ihnen eine fünfstufige Antwortskala von *Ich kann diese Tätigkeit nicht* bis *Ich habe keine Probleme* zur Verfügung steht. Die Autoren geben für die Subskalen interne Konsistenzen von Cronbach's α = .79-.88 und für die Gesamtskalen (Kurz- und Langform) .87-.92 an⁴⁰. In Studie I, in der der FFB-Mot eingesetzt wurde, beträgt die interne Konsistenz der gesamten Skala Cronbach's α = .86, die der Subskala Kraft .75, Ausdauer .80 sowie Beweglichkeit und Koordination je .73.

Beschwerdewahrnehmung: Die Erfassung der Beschwerdewahrnehmung erfolgte unter Rückgriff auf den Gießener Beschwerdebogen GBB-24 von Brähler, Hintz und Scheer (2008). In diesem Bogen sind insgesamt 24 Beschwerden aufgelistet, die die Probanden anhand einer fünfstufigen Skala (0=*nie* bis 4=*sehr oft*) in Bezug auf ihre Auftretenshäufigkeit beurteilen sollen. Im Zuge der Auswertung können jeweils sechs Items zu den vier Subskalen Erschöpfung, Magenbeschwerden, Gliederschmerzen und Herzbeschwerden zusammengefasst werden. Zudem lassen sich ein Gesamtwert über alle 24 Items hinweg ermitteln, der den gesamten Beschwerdedruck widerspiegelt, oder physische (Magenbeschwerden, Gliederschmerzen und Herzbeschwerden) und psychische Beschwerden (Erschöpfung) separat betrachten. Im Zuge der statistischen Auswertung werden diese Auswertungsebenen berücksichtigt und die Angaben jeweils als Summenscores der einzelnen Beschwerdeformen zusammengefasst

⁴⁰ Eine detailliertere Angabe über die internen Konsistenzen der einzelnen Subskalen ist nicht möglich, da Bös und Mitarbeiter (2002) hierzu keine Information angeben.

als psychische und physische Beschwerden und in Form eines Gesamtwerts analysiert.

Bei der Reliabilitätsprüfung des Instruments stellte sich heraus, dass das Item *Erbrechen* mit einem Wert von .28 eine inakzeptable Trennschärfe aufwies, weshalb es für die weiteren statistischen Analysen ausgeschlossen und für die Berechnungen der Summenscores nicht weiter berücksichtigt wurde. Nach Ausschluss dieses Items sind die internen Konsistenzen der einzelnen Skalen mit Werten von Cronbach's α .73-.90 als akzeptabel bis sehr gut zu bezeichnen. Eine Übersicht über den Aufbau des eingesetzten Instruments sowie Details zu den internen Konsistenzen der einzelnen Skalen liefert Abbildung 15.

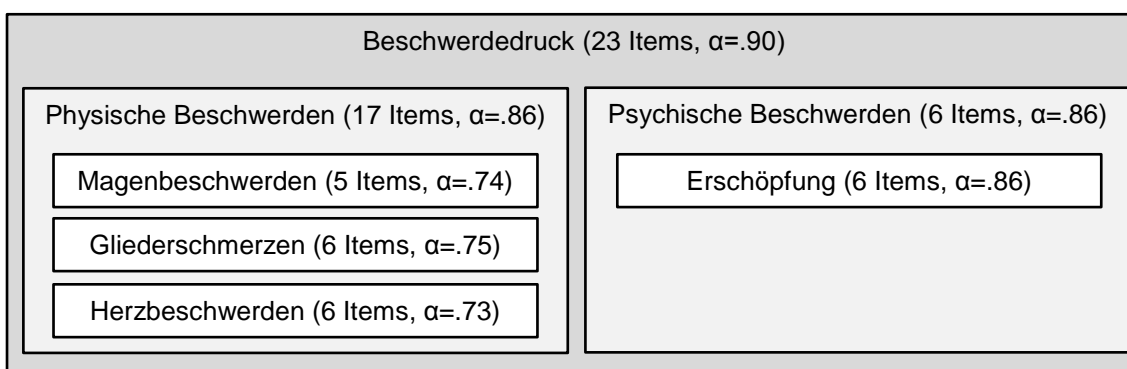


Abb. 15: Aufbau des GBB-24 mit Itemanzahlen und Alpha-Koeffizienten der Skalen

9.4.7 Verhaltensbezogene intrinsische Motivation

Die intrinsische Motivation nimmt in der Modellvorstellung, die der vorliegenden Arbeit zugrunde liegt, eine zentrale Rolle ein (vgl. Kap. 6.3.1 und 8.1.3). Es wird angenommen, dass sie den Zusammenhang von G-SK auf die körperliche Aktivität und das Essverhalten mediiert. Erfasst wurde sie verhaltensspezifisch, d.h. separat für körperliche Aktivität bzw. das Essverhalten. Dabei wurde auf zwei Instrumente zurückgegriffen, die mit ihren Subskalen nicht nur die intrinsische Motivation sondern alle Regulationsformen entlang des Kontinuums der Selbstbestimmung von *Amotivation* bis *intrinsische Motivation* abbilden (vgl. Deci & Ryan, 2000, Ryan & Deci, 2000, 2004). Hierfür wurden die von Niemann (2011) ins Deutsche übersetzten Versionen des *Behavioral Regulation in Exercise Behavior Questionnaire II (BREQ-II)* von Markland und Tobin (2004) sowie die *Regulation of Eating Behavior Scale (REBS)* von Pelletier und Mitarbeitern (2004) eingesetzt.

Im Gegensatz zu den Originalinstrumenten, die eine fünf- (BREQ-II) bzw. siebenstufige (REBS) Ratingskala verwenden, wurde in der vorliegenden Untersuchung für beide Instrumente ein vierstufiges Antwortformat (0=*trifft nicht zu* bis 3=*trifft zu*) gewählt. Dies geschah, um die Beantwortung zu vereinheitlichen und zu erleichtern, um die Tendenz zu Extremangaben zu reduzieren (Bühner, 2006) sowie um die Probanden zu einer Entscheidung zu bewegen (Moosburger & Kelava, 2011). Die Übersetzungen beider Instrumente wurden vor Studienbeginn nochmals mittels Rückübersetzungsmethode (Brislin, 1970) überprüft und anschließend lediglich geringfügig modifiziert. Tabelle 14 fasst die internen Konsistenzen der einzelnen Subskalen der beiden verwendeten Instrumente zusammen.

Tab. 14: Interne Konsistenzen (Cronbach's α) der verwendeten Instrumente *BREQ-II* (Markland & Robin, 2004) und *REBS* (Pelletier et al., 2004) in den beiden Stichproben von Studie III

	Erwachsene (N=519)			Jugendliche (N=297)		
	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt	weiblich	männlich
<i>BREQ-II</i>						
Amotivation	.80	.83	.79	.79	.69	.83
External	.75	.79	.68	.81	.86	.74
Introjiert	.60	.57	.64	.66	.66	.66
Identifiziert	.75	.76	.75	.68	.68	.69
Intrinsisch	.91	.91	.90	.90	.91	.89
<i>REBS</i>						
Amotivation	.67	.68	.65	.77	.74	.79
External	.72	.70	.73	.75	.72	.78
Introjiert	.58	.55	.62	.67	.70	.57
Identifiziert	.76	.78	.73	.78	.73	.80
Intrinsisch	.63	.60	.63	.86	.82	.88

Aktivitätsbezogene intrinsische Motivation: Der BREQ-II erfasst die Ausprägung der Selbstbestimmung körperlich-sportlicher Aktivität mittels 19 Items, die sich auf die fünf Subskalen Amotivation (vier Items), externale Regulation (vier Items), introjierte Regulation (drei Items), identifizierte Regulation (vier Items) und intrinsische Motivation (vier Items) verteilen. Die internen Konsistenzen der einzelnen Subskalen können als zufriedenstellend bis sehr gut bezeichnet werden, wie aus Tabelle 14 hervorgeht. Insbesondere jedoch weist die Skala zur

Erfassung der intrinsischen Motivation weist über beide Stichproben hinweg eine exzellente interne Konsistenz von $.89 < \alpha < .91$ auf.

Ernährungsbezogene intrinsische Motivation: Im REBS wird die Selbstbestimmung einer gesunden Ernährungsweise anhand von 24 Items erfasst. Das verwendete Instrument umfasst vier Subskalen mit jeweils vier Items. Die Reliabilitätsanalyse liefert für die im Rahmen der vorliegenden Studie relevante Subskala der intrinsischen Motivation in Abhängigkeit von der Stichprobe unterschiedliche Werte (siehe Tab. 14). Während die interne Konsistenz der Skala bei der jugendlichen Stichprobe durchweg als gut und sehr gut zu bezeichnen ist, finden sich bei den Erwachsenen vor allem in der Gesamtstichprobe zwar keine inakzeptablen aber dennoch fragwürdige Werte von $.60 < \alpha < .63$.

9.5 Datenanalyse und Auswertungsstrategie

Vor der Darstellung der Untersuchungsergebnisse sei an dieser Stelle eine zusammenfassende Übersicht über das Vorgehen bei der Datenauswertung gegeben. In diesem Zusammenhang soll sowohl der Umgang mit fehlenden Werten bzw. unvollständigen Datensätzen beschrieben als auch die Auswahl der verschiedenen statistischen Verfahren, die im Rahmen der Hypothesenprüfung eingesetzt wurden, erläutert werden.

9.5.1 Umgang mit fehlenden Werten

Jeweils einer der ersten Schritte nach Ende der drei Erhebungen, die die empirischen Daten für die vorliegende Untersuchung lieferten, war die Datensatzüberprüfung und -bereinigung. Hier wurden die fehlenden Werte in Anlehnung an Jekauc (2009) mittels Maximum-Likelihood unter Anwendung des Erwartungsmaximierungsalgorithmus (expectation maximization) geschätzt und ersetzt. Dies war jedoch nur in wenigen Fällen nötig, da die Datensätze – insbesondere im Hinblick auf die für die vorliegende Untersuchung relevanten Variablen – weitestgehend vollständig waren. Keinerlei fehlende Werte fanden sich bspw. im Datensatz von Studie II, da bei der Erstellung des Online-Fragebogens eine entsprechende Option gewählt wurde, die dies unterbinden sollte.

Voraussetzung für den Einsatz der Maximum-Likelihood-Methode ist gemäß Jekauc (2009) ein zufallsbedingter Datenausfall (Missing At Random). Dass dieser vorlag, wurde mittels Little's (1988) MCAR-Test überprüft. Ebenso muss gemäß Mess (2007) gewährleistet sein, dass sich die Messvariablen einer multivariaten Normalverteilung annähern. Eine Überprüfung der Variablen auf eine Normalverteilung war ohnehin indiziert, um hinsichtlich der Auswertungsverfahren eine Auswahl treffen zu können. Für diese Überprüfung wurde auf den Kolmogorov-Smirnow-Test bzw. Shapiro-Wilk-Test zurückgegriffen. Wurde bei den überprüften Variablen eine Abweichung von der Normalverteilung festgestellt, wurden für die nachfolgenden Analysen statistische Verfahren gewählt, die hinsichtlich einer Verletzung der Normalverteilung als robust gelten.

9.5.2 Beschreibung des Vorgehens und Auswahl der statistischen Verfahren

Bei den statistischen Analysen wurde ein schrittweises Vorgehen gewählt, das in Abbildung 16 illustriert ist. Zunächst wurde in Rahmen umfangreicher Vorarbeiten das für die vorliegende Forschungsarbeit zentrale Messinstrument *Bem Sex Role Inventory* (BSRI) hinsichtlich seiner Faktorenstruktur und psychometrischen Güte überprüft. Im ersten Schritt der eigentlichen Untersuchung wurden nachfolgend die Untersuchungsvariablen der körperlichen Aktivität und des Essverhaltens sowie des Gesundheits-Selbstkonzepts im Hinblick auf mögliche Geschlechtsunterschiede analysiert. In einem zweiten Schritt wurde anschließend geprüft, inwiefern Zusammenhänge zwischen dem Geschlechtsrollen-Selbstkonzept einerseits sowie dem biologischen Geschlecht andererseits mit den Untersuchungsvariablen bestehen. Ausgehend von der Annahme, dass sich die Maskulinitätsdimension des G-SKs moderierend sowohl auf den Zusammenhang von Beschwerdewahrnehmung bzw. motorischem Funktionszustand und der Einschätzung der subjektiven Gesundheit als auch auf den Zusammenhang der verschiedenen Facetten des Gesundheits-Selbstkonzepts und Arztbesuchen auswirkt, wurden in einem dritten Schritt entsprechende Moderatoranalysen durchgeführt. Bei den Untersuchungsvariablen im Bereich der körperlichen Aktivität und des Essverhaltens werden mediierende Einflüsse der verhaltensspezifischen intrinsischen Motivation vermutet, weswegen hier Mediatoranalysen angestellt wurden.

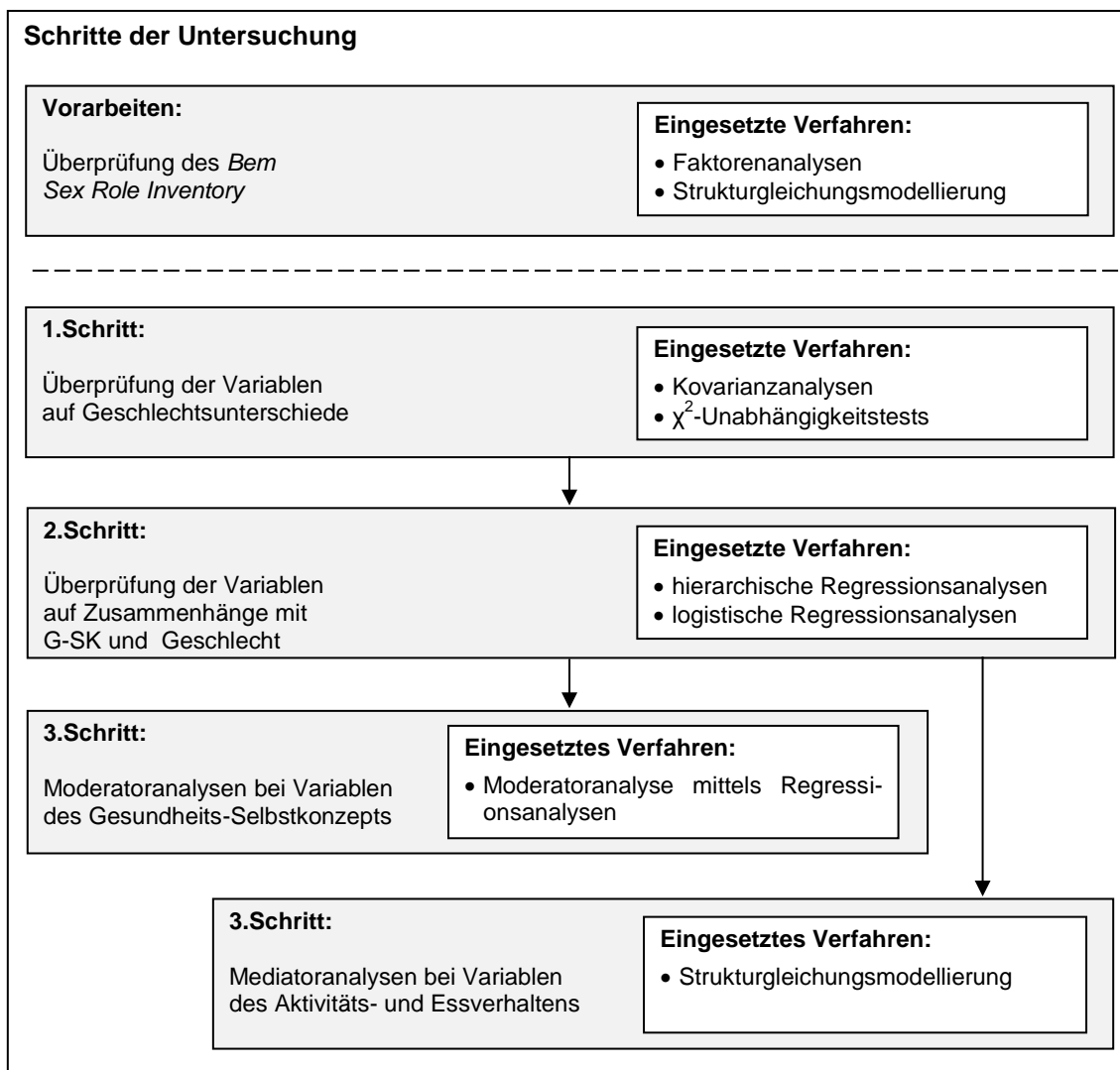


Abb. 16: Darstellung der Untersuchungsschritte und der eingesetzten statistischen Verfahren

(1) Überprüfung des *Bem Sex Role Inventory*

Das *Bem Sex Role Inventory* (BSRI) von Bem (1978; deutsche Übersetzung von Schneider-Düker & Kohler, 1988) ist das am weitesten verbreitete Instrument zur Erfassung des Geschlechtsrollen-Selbstkonzepts (Beere, 1990). Es wurde seit seiner Publikation im Jahr 1974 in vielen unterschiedlichen Untersuchungskontexten – darunter auch Gesundheit und gesundheitsrelevantes Verhalten – eingesetzt und fand seit seiner Übersetzung auch im deutschsprachigen Forschungsraum vielfältige Verwendung. Die große Popularität des Instruments kann jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass dessen Verwendung vielfach kritisch gesehen wird (Berger, 2010). Schwerpunkte der kritischen Auseinandersetzung mit dem Instrument sind dessen psychometrische Eigenschaf-

ten, insbesondere jedoch die Skalenstruktur und Itemkennwerte, deren Replikation vor allem in der jüngeren Vergangenheit vielfach misslang (Archer, 1989; Altstötter-Gleich, 2004; Athenstaedt, 2003; Ballard-Reisch & Elton, 1992; Blanchard-Fields, Suhrer-Roussel & Hertzog, 1994; Koestner & Aube, 1995; Locksley & Colten, 1979; Marsh, 1985; Meyers & Gonda, 1982; Pedhazur & Tetenbaum, 1979; Spence, 1993; Spence & Buckner, 1995, 2000; Spence & Helmreich, 1980; Strauß, Köller & Möller, 1996; Twenge, 1999).

Aus diesem Grund verwundert es nicht, dass sich der wissenschaftliche Diskurs in Bezug auf das BSRI in den letzten Jahren verstärkt darauf bezog, inwiefern die Items in der heutigen Gesellschaft eine Differenzierung zwischen den Dimensionen *Femininität* und *Maskulinität* überhaupt noch gewährleisten können (Berger, 2010). Diesbezüglich ist die Befundlage allerdings inkonsistent: Während in einer Studie von Holt und Ellis (1998) bspw. eine korrekte Zuordnung bei 18 von 20 Items der Femininitätsdimension sowie bei allen 20 Items der Maskulinitätsdimension gelang, konnten bei Auster und Ohm (2000) lediglich acht der Items zutreffend als *maskulin* klassifiziert werden, wohingegen dies bei 18 *femininen* Items möglich war. Auch Choi und Fuqua (2003) kommen nach der Durchsicht von 23 faktoranalytischen Studien zum BSRI zu dem Schluss, dass sich die ursprüngliche Struktur des Instruments heute nicht mehr replizieren lässt. Mit einer deutlich gekürzten Version des BSRI hingegen konnten Choi, Fuqua und Newman (2009) das Instrument jedoch zum einen wesentlich ökonomischer machen, zum anderen auch dessen psychometrische Güte deutlich verbessern.

Mit Blick auf diese Befunde war somit eine Überprüfung der Faktorenstruktur, der Messinvarianz sowie der psychometrischen Güte der deutschen Version des für die vorliegende Untersuchung zentralen Instruments, dessen Übersetzung bereits aus dem Jahr 1988 stammt, indiziert. Ziel war es, mittels exploratorischer und konfirmatorischer Faktorenanalyse anhand zweier unabhängiger Stichproben (Studien I und II) die psychometrische Güte des Instruments zu überprüfen bzw. zu verbessern sowie eine Invarianztestung durchzuführen. Handlungsleitend war darüber hinaus ebenfalls die Absicht, das Instrument, das im Original insgesamt 60 Items umfasst, zu kürzen und somit dessen Testöko-

nomie zu verbessern, was insbesondere für den Einsatz in der jugendlichen Stichprobe von Studie III als wichtig erachtet wird.

Neben dem Softwarepaket IBM SPSS Statistics[®], das für die exploratorische Faktorenanalyse eingesetzt wurde, ist für die konfirmatorische Faktorenanalyse sowie die Invarianztestung mittels Strukturgleichungsmodellierung auf das Programm IBM SPSS Amos[®] zurückgegriffen worden.

(2) Überprüfung der Variablen auf Geschlechtsunterschiede

Die Überprüfung der Untersuchungsvariablen auf Geschlechtsunterschiede erfolgte maßgeblich aus zwei Gründen: Zum einen können so die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchungen mit jenen anderer Studien verglichen, werden. Zum anderen bildet die Kenntnis über etwaige Geschlechtsunterschiede den Ausgangspunkt für die weiteren Untersuchungsschritte, bei denen es zu überprüfen gilt, ob bzw. inwiefern tatsächlich das biologische Geschlecht für die beobachtbaren Unterschiede ursächlich ist und nicht doch ein stärkerer Zusammenhang mit dem Geschlechtsrollen-Selbstkonzept besteht.

Um die Untersuchungsvariablen auf mögliche Geschlechtsunterschiede überprüfen zu können, wurden bei metrisch skalierten Variablen Kovarianzanalysen durchgeführt, bei denen das Alter der Befragten als Kovariate in die Analyse mit einging. Dies erfolgte vor dem Hintergrund, dass sowohl hinsichtlich der Ausübung körperlicher Aktivität und des Essverhaltens als auch insbesondere in puncto gesundheitsbezogener Selbsteinschätzungen, wie sie bei der Erfassung des Gesundheits-Selbstkonzepts erfolgten, mit Alterseinflüssen zu rechnen ist, die sich hierdurch korrigieren lassen (Bortz & Schuster, 2010). Bei dichotomer Merkmalsausprägung der Untersuchungsvariablen wurden χ^2 -Unabhängigkeitstests angestellt, um Geschlechtsunterschiede zwischen männlichen und weiblichen Probanden zu ermitteln. Beide Verfahren wurden jeweils mit dem Statistikprogramm IBM SPSS Statistics[®] durchgeführt.

(3) Überprüfung der Variablen auf Assoziationen mit G-SK und Geschlecht

Eines der Hauptziele der vorliegenden Arbeit ist es, die Bedeutung des Geschlechtsrollen-Selbstkonzepts für die Ausübung körperlicher Aktivität und das Essverhalten sowie in Bezug auf unterschiedliche Facetten des Gesundheits-

Selbstkonzepts zu untersuchen und dabei gleichzeitig zu eruieren, ob es in Bezug auf die Merkmalsausprägung ggf. gar eine höhere Relevanz besitzt als das biologische Geschlecht. Denn wie bereits in Kap. 2.1.2 dargestellt, wird Geschlechtsunterschieden in der gesundheitsbezogenen Forschung nur selten „ein zweiter Blick“ (Stephenson & McKee, 1993, S. 151) gewährt. Der üblichen Praxis entspricht es eher, diese Unterschiede als gegeben hinzunehmen und nicht weiter darüber nachzudenken, woher sie stammen und was ihnen zugrunde liegt (Athenstaedt & Alfermann, 2011).

Der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit dem Geschlechtsrollen-Selbstkonzept wird in diesem Zusammenhang eine große Bedeutung beigegeben, da dies eine Möglichkeit darstellt, zu klären, ob die gefundenen Unterschiede auf das biologische Geschlecht oder die gesellschaftlichen Geschlechterrollen zurückgeführt werden können, die die Menschen in ihrem Selbstkonzept internalisiert haben.

Als geeigneten Weg schlagen die Athenstaedt und Alfermann (2011) regressionsanalytische Verfahren vor, die detaillierte Rückschlüsse darauf zulassen, inwiefern Unterschiede allein durch die Variable Geschlecht oder auch durch das Geschlechtsrollen-Selbstkonzept in Form von Selbstzuschreibungen stereotyper Persönlichkeitseigenschaften aufgeklärt werden können.

In der vorliegenden Arbeit wurden im Rahmen der statistischen Analysen daher multiple hierarchische Regressionen mit paarweisem Fallausschluss berechnet, bei denen in einem ersten Schritt das Geschlecht und in einem zweiten Schritt die GI-Dimensionen Maskulinität und Femininität z-standardisiert als Prädiktoren eingingen.

Zudem wurde das Alter der Probanden sowohl bei der jugendlichen als auch bei der erwachsenen Stichprobe als Kontrollvariable berücksichtigt. Analog hierzu wurde bei Variablen mit dichotomer Merkmalsausprägung verfahren, nur dass hier binär logistische Regressionsanalysen durchgeführt wurden. Sowohl die multiplen hierarchischen als auch die binär logistischen Regressionsanalysen wurden jeweils mit dem Statistikprogramm IBM SPSS Statistics® durchgeführt.

(4) Überprüfung auf Moderatoreffekte der Maskulinitätsdimension

Um zu überprüfen, ob sich der angenommene Moderatoreffekt der Maskulinitätsdimension des G-SKs auf die Zusammenhänge von Beschwerdewahrnehmung bzw. motorischen Funktionsszustand auf die Einschätzung der subjektiven Gesundheit sowie auf die Assoziation dieser drei Variablen mit der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe tatsächlich bemerkbar macht (vgl. Kap. 8.1.2), wurden erneut Regressionsanalysen durchgeführt.

Als Prädiktoren der abhängigen Untersuchungsvariablen gingen die unabhängige Variable, die Moderatorvariable sowie die Interaktion dieser beiden Variablen in die Analyse ein. Durchgeführt wurden die Berechnungen mittel Statistiksoftware IBM SPSS Statistics[®], für die zu diesem Zwecke das frei erhältliche Erweiterungstool *Process* (zu beziehen unter: <http://afhayes.com/spss-sas-and-plus-macros-and-code.html>) installiert wurde. Dieses Tool bietet den Vorteil, dass die Prädiktoren vor der eigentlichen Analyse automatisch am Gesamtmittelwert zentriert werden (Grand Mean Centering), was eine Interpretation der Ergebnisse überhaupt erst ermöglicht (Field, 2012).

(5) Überprüfung auf Mediatoreffekte der intrinsischen Motivation

Die vorliegende Untersuchung zielt unter anderem darauf ab, zu klären, ob die Zusammenhänge von G-SK und Ausprägungsformen der körperlichen Aktivität und des Essverhaltens direkter Art sind oder von der verhaltensspezifischen intrinsischen Motivation mediiert werden (vgl. Kap. 8.1.3). Diese Frage soll mittels Strukturgleichungsmodellierung unter Rückgriff auf das Programm IBM SPSS Amos[®] beantwortet werden. Hierfür wurden jeweils Vergleiche zwischen zwei Modellen angestellt, bei denen zunächst ein direkter Zusammenhang zwischen unabhängiger Variable – d. h. der Maskulinitäts- bzw. Femininitätsdimension des Geschlechtsrollen-Selbstkonzepts – und der abhängigen Variable der körperlichen Aktivität bzw. des Essverhaltens modelliert und das Ausgangsmodell nachfolgend mit einem zweiten Modell verglichen wurde, bei dem die verhaltensspezifische intrinsische Motivation als Mediator ergänzt wurde. Anhand der Veränderung von Modellanpassung und Effektstärken lassen sich somit Aussagen bzgl. des Mediationseffekts treffen. Die verwendeten Indizes seien nachfolgend aufgeführt.

(6) Überprüfung der Modellanpassungsgüte mittels Indizes

Zur Gütebeurteilung der Modellanpassung im Rahmen dieser Mediatorprüfung sowie bei der konfirmatorischen Faktorenanalyse im Zusammenhang mit der Überprüfung des Bem Sex Role Inventorys wurden verschiedene Indizes verwendet.

Der χ^2 -Test oder auch *Likelihood-Ratio-Test* ist das wichtigste inferenzstatistische Gütekriterium (Weiber & Mühlhaus, 2010) und überprüft die Übereinstimmung des getesteten Modells mit den empirischen Daten. Hierbei wird die Nullhypothese überprüft, dass die empirischen und modelltheoretischen Kovarianzmatrizen gleich sind (Schermelleh-Engel et al., 2003). Je geringer die Differenz zwischen den beiden Matrizen ist, desto geringer ist auch der χ^2 -Wert. Dieser Wert ist jedoch gemäß Weiber und Mühlhaus (2010) unter anderem aus folgenden Gründen mit Vorsicht zu interpretieren:

- Er ist ein Maß für die Anpassungsgüte des Gesamtmodells und nimmt auch dann hohe Werte an, wenn nur in Teilen des Prüfmodells Abweichungen von der empirischen Varianz-Kovarianz-Matrix bestehen.
- Er ist in hohem Maße von der Stichprobengröße abhängig, wodurch Modelle, die an einem großen Datensatz geprüft werden, in der Regel abgelehnt werden.
- Er ist an eine Reihe von Voraussetzungen geknüpft (z. B. Multinormalverteilung aller beobachteten Variablen), die in der praktischen Anwendung häufig nicht erfüllt werden.

Überdies weisen Schermelleh-Engel und Mitarbeiter (2003) darauf hin, dass der χ^2 -Wert mit der Komplexität des Modells assoziiert ist und umso größer wird, je einfacher das Modell ist. Aufgrund dieser Schwächen wird empfohlen, den χ^2 -Wert nur als deskriptives Gütekriterium zu interpretieren und ihn mit den Freiheitsgraden ins Verhältnis (χ^2/df) zu setzen, wobei gilt, dass der Modell-Fit umso besser ist, je kleiner dieser Wert ist (Weiber & Mühlhaus 2010).

Der *Standardized Root Mean Square Residual* (SRMR) stellt Weston und Gore (2006) zufolge ein Gütemaß dar, das mittlerweile in jedem Fall zur Modellevaluation herangezogen werden sollte. Es handelt sich um ein deskriptives Maß der

quadratischen Abweichungen zwischen der Kovarianzmatrix der Stichprobe und der geschätzten Kovarianzmatrix des Prüfmodells, das mit der Anzahl der insgesamt erhobenen Messvariablen in Beziehung gesetzt wird (Weiber & Mühlhaus, 2010). Modelle mit einem SRMR-Wert von $\leq .10$ gelten als akzeptabel.

Beim *Comparative Fit Index* (CFI) handelt es sich um ein inkrementelles Fitmaß, das auf einem Modellvergleich basiert und die Differenz zwischen dem zu testenden Modell und einem sehr restriktiven, hypothetischen Modell, bei dem zwischen den einzelnen Variablen keinerlei Abhängigkeiten bestehen, beschreibt (Hu & Bentler, 1999; Bentler, 1990). Werte von $\geq .90$ gelten als akzeptabel (Weiber & Mühlhaus, 2010).

Der *Root-Mean-Square-Error of Approximation* (RMSEA) ist wie der χ^2 -Test ein inferenzstatistisches Maß, das jedoch nicht wie dieser die absolute Richtigkeit eines Modells testet, sondern vielmehr, ob ein Prüfmodell die Realität näherungsweise abbilden kann (Schermelleh-Engler et al., 2003). Werte $\leq .08$ deuten auf einen akzeptablen, solche $\leq .05$ auf einen guten Modell-Fit hin, während Werte von $\geq .10$ als inakzeptabel gelten (Browne & Cudeck, 1993).

Da es sich bei den Modellen, die Rahmen der Mediatoranalysen miteinander verglichen werden, um nicht-genestete Modelle handelt, bei der ein zusätzlicher Prädiktor in die Regression mit aufgenommen wird, ändert sich die Konfiguration der Gleichung grundsätzlich. Die zuvor beschriebenen Gütekriterien und Fitmaße χ^2 -Test bzw. *Likelihood-Ratio-Test*, *SRMR*, *CFI* und *RMSEA* eignen sich folglich nicht für die Beurteilung von Veränderungen in Bezug auf die Modellanpassungen. In diesem Fall sind sog. *Informationskriterien* heranzuziehen, die neben der Anpassung der zu vergleichenden Modelle auch die Modellparameter und die Stichprobengröße berücksichtigen (Weiber & Mühlhaus, 2010). Im Rahmen der Mediatoranalysen (Kapitel 10.3.3 und 10.4.3) wird zu diesem Zweck das *Akaike Information Criterion* (AIC) verwendet. Es setzt den χ^2 -Wert mit den zu schätzenden Modellparametern so in Beziehung, dass die Komplexität des Modells wie eine „Bestrafung“ (Weiber & Mühlhaus, S. 174) wirkt. Die Autoren verweisen darauf, dass bzgl. der Informationskriterien keine Schwellenwerte existieren, bei deren Erreichen von einem akzeptablen bzw. guten Modell gesprochen werden kann.

10 Untersuchungsergebnisse

Im Zentrum dieses Kapitels stehen die Ergebnisse, die im Rahmen der statistischen Analysen ermittelt wurden. Deren Darstellung erfolgt in mehreren aufeinanderfolgenden Schritten. Zunächst werden die Befunde hinsichtlich der Überprüfung des *Bem Sex Role Inventorys* zur Erfassung des Geschlechtsrollen-Selbstkonzepts aufgeführt. Anschließend seien die deskriptiven Analysen der Zusammensetzung der verschiedenen Untersuchungsstichproben sowie jene der in den einzelnen Studien erfassten Untersuchungsvariablen vorgestellt. Abschließend sind die Ergebnisse der inferenzstatistischen Hypothesenprüfungen bezogen auf körperliche Aktivität, Essverhalten und das Gesundheits-Selbstkonzept jeweils separat dargestellt.

10.1 Überprüfung des zentralen Instruments *BSRI*

Die Überprüfung der psychometrischen Güte des *BSRI* erfolgte in vier aufeinanderfolgenden Schritten. Zunächst wurde die Struktur des Instruments mittels exploratorischer Faktorenanalyse überprüft und unpassende Items eliminiert. Das so entstandene Modell wurde anschließend per konfirmatorischer Faktorenanalyse an einer unabhängigen Stichprobe abgesichert. Nachfolgend wurde das Modell mittels Multi-Group-Analysen auf Messinvarianz, die als Indikator für die Qualität und Validität der Messung gilt und Voraussetzung für Gruppenvergleiche bzw. Vergleiche über die Zeit ist, überprüft. Abschließend erfolgte eine Reliabilitätsanalyse sowohl auf Skalen- als auch auf Itemebene.

(1) Exploratorische Faktorenanalyse und Skalenverbesserung

Die Überprüfung der internen Struktur erfolgte zunächst mittels exploratorischer Faktorenanalyse (EFA) anhand des Datensatzes der Studie I, nachdem überprüft wurde, dass die Bedingungen hierfür gegeben waren (Keyser-Meyer-Olkin-Test =.86, Bartlett-Test auf Sphärität: $\chi^2(780)=5297.36$, $p<.001$. Kein Itempaar wies eine Korrelation von $r>.85$ auf).

Zudem wurden die Items auf eine multivariate Normalverteilung überprüft: In Bezug auf Schiefe und Kurtosis der Verteilung lagen sämtliche analysierte

Items deutlich unter den von Curran, West und Finch (1996) vorgeschlagenen Schwellenwerten von 2.0 bzw. 7.0.

Als Extraktionsmethode wurde eine Hauptachsen-Faktorenanalyse mit Promax-Rotation und Kaiser-Normalisierung bei paarweisem Fallausschluss gewählt und als Kriterium für die Extraktion der Faktoren ein Eigenwert >1 definiert (Russell, 2002; Reise, Waller & Comrey, 2000).

Schrittweise wurden nachfolgend Items eliminiert, die sich aufgrund zu niedriger Faktorladung ($<.40$), ungenügender Kommunalität ($<.30$), zu hoher Nebenladungen ($>.30$) oder mangelnder Trennschärfe ($<.30$) nicht zuordnen ließen (Worthington & Whittaker, 2006). Am Schluss des Selektionsprozesses verblieben zwölf Items, die sich auf die zwei Faktoren Maskulinität (m-Skala) und Femininität (f-Skala) verteilen. Die erklärte Gesamtvarianz in Studie I beträgt 42.1%, wovon auf Faktor I (m-Skala) 24.6% und auf Faktor II (f-Skala) 17.5% entfallen. In Tabelle 15 finden sich die Ergebnisse der exploratorischen Faktorenanalyse.

Tab. 15: Exploratorische Faktorenanalyse des modifizierten BSRI – Faktorladungen und deskriptive Statistiken ($N=394$)

	Faktor 1	Faktor 2	$M(SD)$	Schiefe	Kurtosis	r_{it}	h^2
[m1] <i>trete bestimmt auf</i>	.72	-.12	3.46 (1.19)	-0.39	-0.06	.64	.51
[m2] <i>entschlossen</i>	.71	.01	3.97 (.99)	-0.58	0.64	.61	.51
[m3] <i>sicher</i>	.69	.02	4.03 (.98)	-0.89	0.92	.58	.48
[m4] <i>habe Führungseigenschaften</i>	.57	-.08	3.66 (1.35)	-0.34	-0.25	.50	.31
[m5] <i>konsequent</i>	.55	-.06	4.05 (1.08)	-0.52	0.32	.45	.30
[m6] <i>kraftvoll</i>	.50	.17	3.55 (1.10)	-0.18	-0.03	.44	.31
[f1] <i>feinfühlig</i>	.05	.73	4.09 (1.15)	-0.54	0.29	.65	.55
[f2] <i>bemühe mich, verletzte Gefühle zu besänftigen</i>	.07	.68	3.91 (1.21)	-0.47	0.08	.61	.49
[f3] <i>weichherzig</i>	.22	.67	3.81 (1.24)	-0.38	-0.12	.55	.44
[f4] <i>empfindsam</i>	.04	.64	3.89 (1.23)	0.16	2.50	.56	.40
[f5] <i>herzlich</i>	.25	.63	4.22 (1.09)	-0.66	0.80	.57	.52
[f6] <i>romantisch</i>	.12	.51	2.93 (1.16)	-0.08	0.30	.44	.31

M – Mittelwert, SD – Standardabweichung r_{it} – Itemtrennschärfe, h^2 – Kommunalitäten

(2) Kreuzvalidierung des gekürzten Instruments

Die Faktorenstruktur wurde anhand konfirmatorischer Faktorenanalyse kreuzvalidiert (Fabrigar, Wegener, McCallum & Strahan, 1999). Zur Beurteilung der Modellgüte wurde auf gängige Fit-Indizes zurückgegriffen (Beauducel & Wittman, 2005; Hu & Bentler, 1999; Schermelleh-Engler, Moosbrugger & Müller, 2003; Weiber & Mülhhaus, 2010), die bereits in Kapitel 9.5 erläutert wurden.

Das Messmodell (vgl. Abb. 17) zeigt in der konfirmatorischen Faktorenanalyse anhand des Datensatzes der Studie II ($N=427$) einen akzeptablen Fit ($\chi^2=158.16$, $df=52$, $p<.001$; $\chi^2/df=3.04$; $CFI=.93$; $SRMR=.07$; $RMSEA=.07$, CI .06/.08.). Überdies zeigt sich, dass die beiden Faktoren *Maskulinität* und *Femininität* erwartungsgemäß nicht korrelieren ($r=.05$, n.s.). Zwar impliziert die signifikante Chi-Quadrat-Statistik, dass die Nullhypothese abzulehnen sei und somit ein guter Modellfit nicht gegeben ist, allerdings muss bei der Interpretation jedoch auch berücksichtigt werden, dass im vorliegenden Fall die Stichprobe mit $N=427$ recht groß ist.

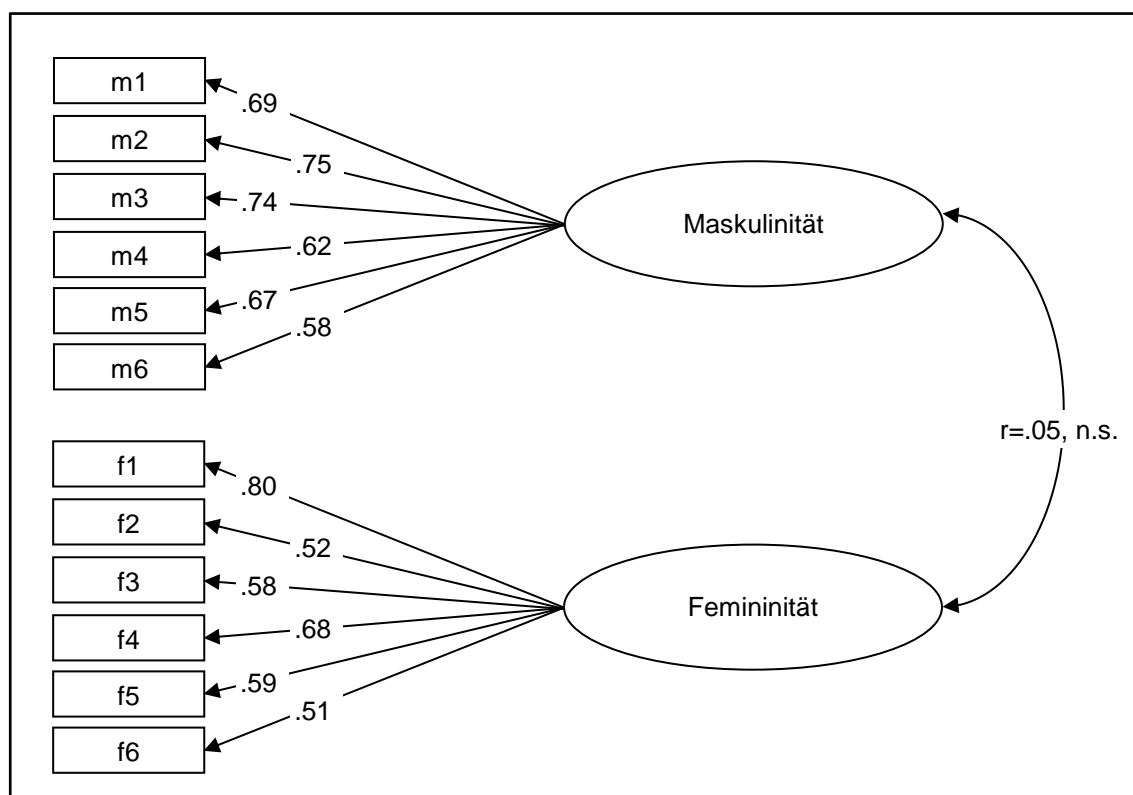


Abb. 17: Modell des Geschlechtsrollen-Selbstkonzepts mit Angabe der im Rahmen der konfirmatorischen Faktorenanalyse ermittelten Faktorladungen.

Beim Chi-Quadrat Test, der bei Stichproben dieser Größenordnung bereits sehr sensibel auf marginale Abweichungen zwischen der beobachteten und der modellimplizierten Kovarianzmatrix reagiert, kann dies daher auch dann zu einer Ablehnung der Nullhypothese führen, wenn die Fehlanpassung des Modells vernachlässigbar wäre (Bollen, 1989). Eine weiterer Faktor, der möglicherweise zu der signifikanten Chi-Quadrat Statistik führt, ist die leichte Rechtsschiefe der Items (vgl. Tab. 15). Die komplementär zur Chi-Quadrat-Statistik eingesetzten Fitindizes *CFI*, *SRMR* und *RMSEA*, die allesamt im akzeptablen Bereich liegen, lassen jedoch den Schluss zu, dass das vorliegende Messmodell angenommen werden kann.

Auf Grundlage der vorliegenden Ergebnisse kann somit der Schluss gezogen werden, dass es sich bei den latenten Dimensionen *Maskulinität* und *Femininität* de facto um zwei unabhängige Faktoren handelt, denen sich die eingesetzten Items eindeutig zuordnen lassen. Somit ist eine Grundvoraussetzung für den Einsatz des Instruments im weiteren Verlauf der Untersuchung gegeben.

(3) Überprüfung auf Messinvarianz

Für die Validität des Instruments muss überdies Invarianz des Messmodells über verschiedene Gruppen (z. B. Altersklassen, Geschlecht) hinweg vorliegen (Vandenberg & Lance, 2000; MacCallum & Austin, 2000). Hierbei lassen sich Weiber und Mühlhaus (2010) sowie Steenkamp & Baumgartner (1998) zufolge verschiedene Stufen unterscheiden. *Konfigurale Messinvarianz* liegt vor, wenn über alle Gruppen hinweg die Struktur der Faktorladungsmatrizen identisch ist. *Metrische Messinvarianz* ist gegeben, wenn neben dem Vorliegen dieser identischen Struktur auch die Höhe der Faktorladungen über die Gruppen hinweg gleich ist. Von *skalarer Messinvarianz* kann ausgegangen werden, wenn zusätzlich zu den vorangegangenen Bedingungen auch die Konstanten der Indikatoren (Intercepts) der Messmodelle äquivalent sind. *Messfehler-Invarianz* schließlich kann dann gezeigt werden, wenn neben den drei vorangegangenen Stufen auch die Bedingung erfüllt ist, dass sich die Fehlervarianz in den verschiedenen Gruppen nicht unterscheidet. Eine Invarianzstufe gilt dann als bestätigt, wenn ein Modell mit einer der beschriebenen Identitätsrestriktionen einen ebenso guten Fit aufweist wie das gleiche Modell ohne diese Restriktion.

Im vorliegenden Fall wurde die Messinvarianz mittels Multi-Group-Analysen überprüft (Byrne, 2004; Vandenberg & Lance, 2000). Hierbei wurden schrittweise fünf Modelle miteinander verglichen, wobei gemäß obiger Beschreibung in jedem Schritt eine weitere Restriktion vorgenommen wurde (Wu, Li & Zumbo, 2007). Als Vergleichsgruppen dienen die Datensätze der Studien I ($N=394$) und II ($N=427$), Männer ($N=360$) und Frauen ($N=461$) sowie die am Median getrennten Altersgruppen ≤ 45 Jahre ($N=405$) bzw. ≥ 46 Jahre ($N=416$)⁴¹. Als Beurteilungskriterien der Messinvarianz wurde bei jedem sukzessiven Modellvergleich zum einen die χ^2 -Differenz sowie ergänzend die Empfehlungen von Chen (2007) berücksichtigt. Demzufolge liegt bei gleich großen Stichproben mit $N > 300$ Messinvarianz vor, wenn nur eine geringfügige Veränderung des $CFI \leq 0.010$ mit gleichzeitiger Veränderung des $RMSEA \leq 0.015$ oder des $SRMR \leq 0.030$ zu beobachten ist.

In Tabelle 16 sind die im Zuge der Invarianzüberprüfung ermittelten Fit-Indizes der unterschiedlich restriktiven Messmodelle in den verglichenen Gruppen dargestellt. Mit Blick auf die Indizes der Modellgüte zeigt sich, dass das betrachtete Kausalmodell (Modell A) in allen überprüften Gruppen einen akzeptablen Fit aufweist, wodurch die *konfigurale Invarianz* gezeigt werden kann. Wie aus Tab. 18 ebenfalls hervorgeht, bleiben die Veränderungen in Bezug auf die Fitindizes zwischen den Modellen A und B jeweils deutlich unter den von Chen (2007) empfohlen Grenzwerten, was *metrische Invarianz* impliziert.

Unter Berücksichtigung der χ^2 -Differenz zeigt sich zudem, dass das Messmodell sowohl über die beiden unabhängigen Stichproben ($\Delta\chi^2=10.701$, $\Delta df=10$, $p=.381$) als auch über beide Altersgruppen ($\Delta\chi^2=10.533$, $\Delta df=10$, $p=.395$) hinweg äquivalent ist und sich zwischen Modell B mit gleichen Faktorenladungen und dem unrestringierten Modell A keine signifikanten Unterschiede zeigen. Beim Vergleich der Geschlechter trifft dies jedoch nicht zu: Der Chi-Quadrat-Differenz-Test offenbart beim Vergleich der Modelle A und B bei Männern und Frauen einen zwar geringfügigen aber dennoch statistisch bedeutsamen Unterschied ($\Delta\chi^2=23.231$, $\Delta df=10$, $p=.010$).

⁴¹ Für die Geschlechts- und Altersgruppen wurden zuvor die separaten Datensätze der Studie I und II zu einem einzigen Datensatz zusammengefasst.

Tab. 16: Invarianzüberprüfung des modifizierten BSRI – Vergleich unterschiedlich restriktiver Modelle nach Stichprobe, Alter und Geschlecht

	χ^2	<i>df</i>	χ^2/df	<i>CFI</i>	<i>SRMR</i>	<i>RMSEA</i>	<i>90%CI</i>	<i>AIC</i>	$\Delta\chi^2$	Δdf	<i>p</i>
Invarianz nach Stichprobe											
Modell A	328.091	104	3.155	.925	.0773	.051	.045/.058	480.091			
Modell B	338.792	114	2.972	.925	.0790	.049	.043/.055	470.792	10.701	10	.381
Modell C	372.695	126	2.958	.928	.0793	.049	.043/.055	480.695	33.903	12	.001
Modell D	382.312	129	2.964	.916	.0817	.049	.043/.055	484.312	9.617	3	.022
Modell E	421.740	141	2.991	.906	.0841	.049	.044/.055	499.740	39.428	12	<.001
Invarianz nach Alter											
Modell A	324.214	104	3.117	.926	.0722	.051	.045/.057	476.214			
Modell B	334.748	114	2.936	.926	.0730	.049	.043/.055	466.748	10.533	10	.395
Modell C	406.555	126	3.227	.906	.0732	.052	.047/.058	514.555	71.807	12	<.001
Modell D	410.900	129	3.185	.905	.0775	.052	.046/.057	512.900	4.345	3	.227
Modell E	427.304	141	3.031	.904	.0774	.050	.044/.055	505.304	16.404	12	.173
Invarianz nach Geschlecht											
Modell A	343.594	104	3.127	.924	.0640	.051	.045/.057	477.178			
Modell B	369.126	114	3.056	.919	.0650	.050	.044/.056	480.409	23.231	10	.010
Modell C	494.037	126	3.975	.871	.0650	.060	.055/.066	608.792	152.383	12	<.001
Modell D	503.844	129	4.027	.866	.0717	.061	.055/.066	621.442	18.650	3	<.001
Modell E	557.730	141	4.089	.850	.0731	.061	.056/.067	654.613	57.171	12	<.001

Anmerkungen: χ^2 = Chi-Quadrat-Statistik; *df*= Freiheitsgrade; *CFI*= Comparative Fit Index; *SRMR*= Standardized Root Mean Residual; *RMSEA*= Root Mean Square Error of Approximation; *90%CI*= 90% Konfidenzintervall; *AIC*= Akaike's Information Criterion; $\Delta\chi^2$ = Chi-Quadrat-Differenz; Δdf = Differenz der Freiheitsgrade; *p*= Signifikanzwert; Modell A= Äquivalenz der faktoriellen Struktur; Modell B= Modell A + Annahme gleicher Faktorladungen; Modell C= Modell B + Annahme gleicher Intercepts; Modell D= Modell C + Annahme gleicher Faktor-Kovarianzen; Modell E= Modell D + Annahme gleicher Messfehler

Aufgrund der bereits erwähnten eingeschränkten Aussagekraft des Chi-Quadrat-Tests im vorliegenden Fall (große Stichprobe, leichte Rechtsschiefe der Items) sowie der Tatsache, dass sich mit Blick auf die komplementären Fitindizes lediglich vernachlässigbare Differenzen ($\Delta CFI=0.005$, $\Delta RMSEA= 0.001$, $\Delta SRMR=0.0010$) zeigen, kann für das Messmodell somit auch *metrische Invarianz* gezeigt werden.

Wesentlich deutlichere Unterschiede sowohl in Bezug auf die Chi-Quadrat-Veränderung als auch hinsichtlich der übrigen Fitindizes zeigen sich jedoch über alle drei Gruppen hinweg beim Vergleich der Modelle B und C. Entsprechend kann dem Messmodell keine skalare Invarianz bestätigt werden. Da dies jedoch Voraussetzung für die Untersuchung auf weitere – noch strikere – Invarianzstufen wäre, wird die Überprüfung auf Messinvarianz an dieser Stelle nicht weiter fortgeführt. Stattdessen sollen die Befunde sowie deren Implikationen für die forschungsleitende Fragestellung diskutiert werden.

Für das geprüfte Instrument kann ein mittlerer Grad faktorieller Invarianz bestätigt werden. Das bedeutet zum einen, dass die Befragten in allen verglichenen Gruppen den gleichen gedanklichen Referenzrahmen bei der Selbstbeschreibung mit den *typisch männlichen* bzw. *typisch weiblichen* Items haben und dass das geprüfte Messmodell somit eine identische „kognitive Struktur“ (Weiber & Mühlhaus, 2010, S. 235) abbildet (konfigurale Invarianz). Dies zeigt sich im Hinblick auf die Dimensionalität des Konstrukts und an der identischen Zuordnung der Items zu den latenten Konstrukten Maskulinität und Femininität. Zum anderen ist überdies auch die Stärke der Zusammenhänge zwischen diesen Konstrukten und den zugehörigen Items in allen Gruppen identisch (metrische Invarianz). Unterschiede zeigen sich jedoch in Bezug auf die Konstanten der Items. Konsequenz hieraus ist, dass Gruppenvergleiche der latenten Konstruktmittelwerte aufgrund möglicher Verzerrungen unzulässig sind (Weiber & Mühlhaus, 2010). Für die forschungsleitende Fragestellung ist dies jedoch nicht weiter relevant, da das Geschlechtsrollen-Selbstkonzept in der vorliegenden Arbeit ausschließlich als unabhängige Variable behandelt wird und Vergleiche bspw. zwischen Männern und Frauen im Hinblick auf diese Variable nicht vorgesehen sind. Mit der Erfassung des Geschlechtsrollen-Selbstkonzepts wird

vielmehr das Ziel verfolgt, Zusammenhänge zwischen Maskulinität bzw. Femininität und subjektiv erfassten Facetten des Gesundheits-Selbstkonzepts (Gesundheits- bzw. Fitnesszustand und Beschwerdewahrnehmung) sowie der Ausübung körperlicher Aktivität und dem Essverhalten zu explorieren. Dafür muss gewährleistet sein, dass das Messmodell in verschiedenen Stichproben, die sich bspw. in Bezug auf Alters- oder Geschlechterzusammensetzung unterscheiden, das Konstrukt des Geschlechtsrollen-Selbstkonzepts in gleicher Weise erfasst. Durch das Vorliegen konfiguraler und metrischer Messinvarianz und der dadurch implizierten Strukturgleichheit sind die nötigen Grundvoraussetzungen für die Verwendung des modifizierten BSRI in der vorliegenden Arbeit gegeben. Gleichwohl hat die nichtgegebene Messinvarianz auf strikteren Stufen (skalare Invarianz und Messfehler-Invarianz) zur Konsequenz, dass die nachfolgende Reliabilitätsüberprüfung des Instruments getrennt nach Stichprobe, Alter und Geschlecht durchgeführt werden muss (Weiber & Mühlhaus, 2010).

(4) Reliabilitätsanalyse des modifizierten BSRI

Zunächst erfolgte innerhalb der verschiedenen Stichproben eine Reliabilitätsanalyse auf Skalenebene, wofür die m- bzw. f-Skala jeweils separat untersucht wurden. Die Ergebnisse dieser Überprüfung finden sich in Tabelle 17.

Tab. 17: Reliabilitätsanalyse der modifizierten BSRI-Skalen

Skala	Studie	Alter	Geschlecht	N	M (SD)	95% CI	α
m-Skala	I	≤ 45	♂	47	3.88 (0.77)	3.66-4.11	.78
			♀	69	3.75 (0.75)	3.57-3.93	.74
		≥ 46	♂	142	3.86 (0.84)	3.72-4.00	.83
	II	≤ 45	♀	136	3.70 (0.71)	3.58-3.83	.75
			♂	106	4.09 (0.84)	3.93-4.25	.85
		≥ 46	♀	183	3.84 (0.86)	3.71-3.96	.84
f-Skala	I	≤ 45	♂	65	3.92 (0.84)	3.72-4.13	.87
			♀	73	3.75 (0.82)	3.56-3.94	.80
		≥ 46	♂	47	3.68 (0.83)	3.44-3.92	.81
	II	≤ 45	♀	69	4.07 (0.77)	3.88-4.26	.77
			♂	142	3.48 (0.90)	3.33-3.63	.83
		≥ 46	♀	136	4.05 (0.70)	3.93-4.16	.75
II	≤ 45	♂	106	3.84 (0.80)	3.68-3.99	.79	
		♀	183	4.21 (0.77)	4.10-4.32	.76	
	≥ 46	♂	65	3.53 (0.79)	3.33-3.72	.78	
			♀	73	4.05 (0.68)	3.89-4.21	.64

N – Stichprobengröße, M – Mittelwert, SD – Standardabweichung, 95%CI - 95% Konfidenzintervall, α – Cronbach's Alpha

Die internen Konsistenzen der beiden BSRI-Skalen sind als akzeptabel bis gut zu bezeichnen. Lediglich in Studie II zeigt sich für Frauen der Altersgruppe ≥ 46 Jahre ein fragwürdiger Wert von $\alpha = .64$. Insgesamt scheint die Maskulinitätsskala mit Werten von $\alpha = .75$ bis $\alpha = .87$ in höherem Maße intern konsistent zu sein als die Femininitätsskala, für die sich Werte von $\alpha = .64$ bis $\alpha = .83$ zeigen, was auch bei der Entwicklung des Originalinstruments (Bem, 1974) sowie dessen deutscher Übersetzung (Schneider-Düker & Kohler, 1988) zu beobachten war. Die Reliabilitätsanalyse auf Itemebene wurde ebenfalls getrennt nach Stichprobe, Alter und Geschlecht durchgeführt. Die Ergebnisse unter Berücksichtigung von Mittelwerten, Standardabweichungen, Trennschärfen und Faktorladungen sind in den Tabellen 18 und 19 auf den nachfolgenden zwei Seiten dargestellt. In Bezug auf Trennschärfen und Faktorladungen zeigt die durchgeführte Reliabilitätsanalyse auf Itemebene für fast alle Adjektive der beiden BSRI-Skalen akzeptable bis gute Werte. Lediglich das Item [f6] *romantisch* weist in beiden Studien jeweils bei den Frauen der Altersklasse ≥ 46 Jahre problematische Trennschärfen ($r_{it \text{ Studie I}} = .29$, $r_{it \text{ Studie II}} = .27$) und Faktorladungen ($a_{\text{Studie I}} = .37$, $a_{\text{Studie II}} = .36$) auf. Da in den übrigen Stichproben die Werte jedoch im akzeptablen Bereich liegen und auch die internen Konsistenzen der gesamten Femininitätsskala in den entsprechenden Stichproben tolerierbar sind ($\alpha_{\text{Studie I}} = .75$; $\alpha_{\text{Studie II}} = .64$), wird das Item nicht von weiteren statistischen Analysen ausgeschlossen.

Somit lässt sich festhalten, dass die im Rahmen der exploratorischen Faktorenanalyse ermittelte Struktur des BSRI einer Überprüfung mittels konfirmatorischer Faktorenanalyse standhält. Unter Berücksichtigung der verschiedenen Indizes kann der globale Modellfit als akzeptabel bezeichnet werden. Über verschiedene Personengruppen hinweg kann für das Messmodell konfigurale und metrische Invarianz bestätigt werden, wodurch die Grundvoraussetzung zum Einsatz im Rahmen der vorliegenden Untersuchung gegeben ist. Darüber hinaus zeigen die beiden gekürzten Skalen – bis auf eine Ausnahme – akzeptable bis gute interne Konsistenzen in allen untersuchten Stichproben. Vor diesem Hintergrund kann der Versuch, das zentrale Erhebungsinstrument der vorliegenden Studie mittels exploratorischer und konfirmatorischer Faktorenanalyse zu überprüfen, zu kürzen und gleichzeitig eine verbesserte psychometrische Güte zu erzielen, als erfolgreich bezeichnet werden.

Tab. 18: Itemanalysen des modifizierten BSRI (M-Skala)

Item	Studie	Alter	Geschlecht	N	M (SD)	r _{it}	a	
[m1] <i>trete bestimmt auf</i>	I	≤ 45	♂	47	3.51 (1.25)	.60	.65	
			♀	69	3.33 (1.13)	.58	.64	
		≥ 46	♂	142	3.56 (1.22)	.68	.80	
	[m2] <i>entschlossen</i>	I	≤ 45	♂	135	3.42 (1.18)	.62	.70
				♀	106	3.86 (1.16)	.56	.62
			≥ 46	♂	183	3.61 (1.22)	.71	.75
[m3] <i>sicher</i>		II	≤ 45	♂	65	3.75 (1.16)	.71	.76
				♀	73	3.51 (1.35)	.67	.77
			≥ 46	♂	47	4.09 (1.00)	.59	.67
	[m4] <i>habe Führungseigen-schaften</i>	I	≤ 45	♀	69	4.17 (1.00)	.43	.54
				♂	142	3.94 (1.02)	.71	.79
			≥ 46	♀	135	3.85 (0.94)	.61	.77
[m5] <i>konsequent</i>		II	≤ 45	♂	106	4.17 (1.09)	.79	.86
				♀	183	4.16 (1.09)	.66	.71
			≥ 46	♂	65	3.97 (0.94)	.77	.84
	[m6] <i>kraftvoll</i>	I	≤ 45	♀	73	3.92 (1.10)	.44	.48
				♂	47	4.04 (0.93)	.69	.82
			≥ 46	♀	69	3.87 (1.01)	.56	.76
[m7] <i>trete bestimmt auf</i>		II	≤ 45	♂	142	4.08 (1.00)	.66	.72
				♀	135	4.05 (0.96)	.49	.61
			≥ 46	♂	106	4.24 (0.94)	.75	.81
	[m8] <i>entschlossen</i>	I	≤ 45	♀	183	3.77 (1.25)	.63	.65
				♂	65	4.03 (0.94)	.72	.79
			≥ 46	♀	73	4.08 (1.06)	.76	.87
[m9] <i>sicher</i>		II	≤ 45	♂	47	3.83 (1.26)	.42	.46
				♀	69	3.51 (1.38)	.44	.44
			≥ 46	♂	142	4.05 (1.32)	.57	.69
	[m10] <i>habe Führungseigen-schaften</i>	I	≤ 45	♀	135	3.27 (1.28)	.50	.55
				♂	106	4.27 (1.09)	.67	.72
			≥ 46	♀	183	3.64 (1.25)	.59	.57
[m11] <i>konsequent</i>		II	≤ 45	♂	65	3.98 (1.28)	.68	.73
				♀	73	3.38 (1.24)	.56	.63
			≥ 46	♂	47	4.00 (1.27)	.45	.55
	[m12] <i>kraftvoll</i>	I	≤ 45	♀	69	3.96 (1.04)	.58	.70
				♂	142	4.07 (1.11)	.51	.60
			≥ 46	♀	135	4.11 (1.01)	.32	.42
[m13] <i>entschlossen</i>		II	≤ 45	♂	106	4.23 (1.08)	.62	.69
				♀	183	4.15 (1.06)	.59	.65
			≥ 46	♂	65	4.17 (1.04)	.71	.76
	[m14] <i>sicher</i>	I	≤ 45	♀	73	4.23 (0.97)	.41	.49
				♂	47	3.83 (0.96)	.47	.60
			≥ 46	♀	69	3.65 (1.61)	.34	.40
[m15] <i>habe Führungseigen-schaften</i>		II	≤ 45	♂	142	3.44 (1.13)	.52	.55
				♀	135	3.53 (1.06)	.42	.47
			≥ 46	♂	106	3.76 (1.22)	.50	.56
	[m16] <i>konsequent</i>	I	≤ 45	♀	183	3.70 (1.09)	.50	.55
				♂	65	3.63 (1.08)	.47	.52
			≥ 46	♀	73	3.37 (1.18)	.54	.60

N – Stichprobengröße, M – Mittelwert, SD – Standardabweichung, r_{it} – Itemtrennschärfe, a – Faktorladung

Tab. 19: Itemanalysen des modifizierten BSRI (F-Skala)

Item	Studie	Alter	Geschlecht	N	M (SD)	r_{it}	a
[f1] <i>feinfühlig</i>	I	≤ 45	♂	47	3.94 (1.22)	.64	.73
			♀	69	4.39 (1.02)	.38	.42
		≥ 46	♂	142	3.64 (1.24)	.71	.80
	II	≤ 45	♂	136	4.45 (0.91)	.59	.68
			♀	106	4.10 (1.04)	.68	.77
		≥ 46	♂	183	4.61 (0.97)	.60	.59
			♂	65	3.82 (1.17)	.71	.84
			♀	73	4.30 (0.94)	.59	.80
	[f2] <i>bemühe mich, verletzte Gefühle zu besänftigen</i>	I	≤ 45	♂	47	3.77 (1.24)	.65
♀				69	4.16 (1.12)	.49	.61
≥ 46			♂	142	3.58 (1.26)	.63	.66
II		≤ 45	♂	136	4.17 (1.11)	.55	.65
			♀	106	4.00 (1.20)	.45	.51
		≥ 46	♂	183	4.20 (1.30)	.45	.47
			♂	65	3.72 (1.10)	.41	.49
			♀	73	3.96 (1.32)	.35	.45
	[f3] <i>weichherzig</i>	I	≤ 45	♂	47	3.70 (1.28)	.36
♀				69	4.03 (1.28)	.64	.79
≥ 46			♂	142	3.46 (1.25)	.48	.58
II		≤ 45	♂	136	4.11 (1.10)	.59	.75
			♀	106	3.70 (1.17)	.48	.61
		≥ 46	♂	183	4.02 (1.16)	.58	.69
			♂	65	3.46 (1.11)	.52	.58
			♀	73	4.12 (1.27)	.31	.43
	[f4] <i>empfindsam</i>	I	≤ 45	♂	47	3.87 (1.14)	.69
♀				69	4.00 (1.24)	.60	.66
≥ 46			♂	142	3.58 (1.22)	.64	.76
II		≤ 45	♂	136	4.08 (1.10)	.53	.62
			♀	106	3.66 (1.19)	.62	.71
		≥ 46	♂	183	4.37 (1.11)	.55	.63
			♂	65	3.62 (1.20)	.52	.62
			♀	73	4.14 (1.03)	.47	.60
	[f5] <i>herzlich</i>	I	≤ 45	♂	47	4.23 (1.13)	.68
♀				69	4.57 (0.99)	.57	.69
≥ 46			♂	142	3.92 (1.12)	.64	.62
II		≤ 45	♂	136	4.35 (1.01)	.43	.45
			♀	106	4.17 (0.96)	.53	.61
		≥ 46	♂	183	4.55 (1.04)	.42	.42
			♂	65	3.98 (1.02)	.65	.77
			♀	73	4.67 (0.91)	.33	.39
	[f6] <i>romantisch</i>	I	≤ 45	♂	47	2.57 (0.95)	.39
♀				69	3.28 (1.12)	.40	.43
≥ 46			♂	142	2.70 (1.26)	.53	.63
II		≤ 45	♂	136	3.12 (1.05)	.29	.37
			♀	106	3.39 (1.27)	.51	.57
		≥ 46	♂	183	3.51 (1.20)	.46	.44
			♂	65	2.55 (1.23)	.40	.43
			♀	73	3.12 (1.31)	.27	.36

N – Stichprobengröße, M – Mittelwert, SD – Standardabweichung, r_{it} – Itemtrennschärfe, a – Faktorladung

10.2 Deskriptive Analyse der Stichproben und Untersuchungsvariablen

Die deskriptive Betrachtung der erhobenen Daten dient primär dazu, diese zu sondieren und einen ersten Erkenntnisgewinn bzgl. der Stichprobenzusammensetzung sowie etwaiger Zusammenhänge zwischen den Untersuchungsvariablen zu erhalten. Somit lässt sich ein auch erster Überblick erzielen, der hinsichtlich der Entscheidung über den Einsatz weiterer statistischer Verfahren bedeutsam ist. Die deskriptive Darstellung gliedert sich in zwei Bereiche: Zunächst wird die Stichprobenzusammensetzung berichtet und im Anschluss werden die Untersuchungsvariablen beschrieben.

10.2.1 Stichprobenzusammensetzung

In allen drei Studien wurden jeweils *ad-hoc-Stichproben* (Bortz & Schuster, 2010) von 394 (Studie I), 427 (Studie II), 519 (Studie IIIa - Erwachsene) bzw. 297 (Studie IIIb – Jugendliche) Personen untersucht. Eine Übersicht über die Stichprobenzusammensetzung in Bezug auf die soziodemographischen Merkmale Geschlecht, Alter sowie Schichtzugehörigkeit findet sich in Tabelle 20.

In Studie I haben nahezu gleich viele Männer (48%) wie Frauen (52%) teilgenommen. Somit kann zwar das Geschlechterverhältnis in dieser Stichprobe als ausgeglichen bezeichnet werden, dennoch unterscheiden sich die teilnehmenden Männer und Frauen hinsichtlich ihres Alters sowie der Schichtzugehörigkeit signifikant voneinander: Frauen sind im Schnitt knapp vier Jahre jünger ($t=3.60$; $df=391$; $p<.001$; $d=.36$). Auch mit Blick auf die Anteile beider Geschlechter in den verschiedenen Altersklassen lassen sich statistisch bedeutsame Unterschiede feststellen: Während Männer stärker in den höheren Altersklassen (>60 Jahre) vertreten sind, findet sich ein größerer Anteil der Frauen in unteren bzw. mittleren den Altersklassen bis 59 Jahre ($\chi^2=20.35$, $df=5$; $p<.01$). Zudem gehört ein größerer Teil der Männer der Ober- und ein geringerer Teil der Mittelschicht an ($\chi^2=20.61$, $df=2$; $p<.001$).

Ein etwas weniger ausgeglichenes Geschlechterverhältnis findet sich in der Stichprobe von Studie II, in der die Frauen 60% der Gesamtpopulation ausmachen. Als erfolgreich können indes die Bemühungen bezeichnet werden, eine jüngere Stichprobe als in der ersten Studie zu akquirieren.

Tab. 20: Stichprobenprobenbeschreibung der Studien I, II und III – Geschlecht, Alter und Schichtzugehörigkeit

	Studie I (N=394)			Studie II (N=427)			Studie IIIa (N=519)			Studie IIIb (N=297)		
	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt	weibl.	männl.
Geschlecht	394 (100%)	205 (52.0%)	189 (48.0%)	427 (100%)	256 (60.0%)	171 (40.0%)	519 (100%)	289 (55.7%)	224 (43.2%)	297 (100%)	172 (57.9%)	125 (42.1%)
Alter												
<i>Range</i>	25-78	25-75	30-78	22-76	22-74	22-76	27-74	28-72	27-74	11-17	11-16	12-17
<i>M</i>	52.67	50.80	54.70	37.16	34.89	40.57	46.35	45.24	47.78	14.05	13.94	14.19
<i>SD</i>	10.90	10.35	11.15	15.12	14.00	16.11	5.75	4.93	6.38	1.16	1.12	1.22
Alter klassiert (10 Jahre)												
<i><30 Jahre</i>	3 (0.8%)	3 (1.5%)	-	215 (50.4%)	147 (57.4%)	68 (39.8%)	2 (0.4%)	1 (0.4%)	1 (0.5%)	297 (100%)	172 (100%)	125 (100%)
<i>30-39 Jahre</i>	44 (11.2%)	29 (14.2%)	15 (7.9%)	55 (12.9%)	28 (10.9%)	27 (15.8%)	39 (7.8%)	29 (10.2%)	10 (4.5%)			
<i>40-49 Jahre</i>	122 (31.0%)	65 (31.9%)	57 (30.2%)	39 (9.1%)	19 (7.4%)	20 (11.7%)	349 (69.4%)	206 (72.8%)	143 (65.0%)			
<i>50-59 Jahre</i>	114 (29.0%)	67 (32.8%)	47 (24.9%)	71 (16.6%)	45 (17.6%)	26 (15.2%)	100 (19.9%)	46 (16.3%)	54 (24.5%)			
<i>60-69 Jahre</i>	78 (19.8%)	31 (15.2%)	47 (24.9%)	39 (9.1%)	14 (5.5%)	25 (14.6%)	8 (1.6%)	-	8 (3.6%)			
<i>≥ 70 Jahre</i>	32 (8.1%)	9 (4.4%)	23 (12.2%)	8 (1.9%)	3 (1.2%)	5 (2.9)	5 (1.0%)	1 (0.4%)	4 (1.8%)			
Schicht												
Unterschicht	10 (2.6%)	8 (3.9%)	2 (1.1%)	61 (14.6%)	51 (20.3%)	10 (6.0%)	91 (17.5%)	60 (20.8%)	30 (13.4%)	67 (23.9%)	34 (21.0%)	33 (28.0%)
Mittelschicht	222 (56.9%)	134 (66.0%)	88 (47.1%)	28 (6.7%)	5 (2.0%)	23 (13.9%)	112 (21.6%)	61 (21.1%)	51 (22.8%)	58 (20.7%)	36 (22.2%)	22 (18.6%)
Oberschicht	158 (40.5%)	61 (30.0%)	97 (51.9%)	398 (78.7%)	195 (77.7%)	152 (80.1%)	294 (56.6%)	156 (54.0%)	136 (60.7%)	155 (55.4%)	92 (56.8%)	63 (53.4%)

Zwar ist die Altersspanne der Probanden in Studie II (22-76 Jahre) nahezu gleich groß wie jene in Studie I (25-78 Jahre), das Durchschnittsalter der Stichprobe liegt jedoch mehr als 15 Jahre darunter. Zudem macht die Altersklasse der unter 30-Jährigen bereits die Hälfte der gesamten Studienpopulation aus.

Der Altersunterschied zwischen Männern und Frauen innerhalb der Stichprobe von Studie II ist mit mehr als fünf Jahren noch ein wenig größer als der in Studie I und auch signifikant ($t=3.86$; $df=425$; $p<.001$; $d=.37$). Ebenfalls statistisch bedeutsam ($\chi^2=21.70$, $df=5$; $p<.001$) ist die Tatsache, dass der Anteil der Männer in der jüngsten Altersklasse (<30 Jahre) geringer, jener in den beiden höchsten Altersklassen (60-69 Jahre und ≥ 70 Jahre) hingegen höher ist als bei den Frauen. Mit Blick auf die Schichtzugehörigkeit zeigen sich ebenfalls Geschlechtsunterschiede: Der Anteil von Frauen, die der Unterschicht angehören ist wesentlich höher als jener der Männer, die hingegen in der Mittelschicht stärker vertreten sind ($\chi^2=34.98$, $df=2$; $p<.001$).

Während mit durchschnittlich rund 14 Jahren die männlichen und weiblichen Jugendlichen in der Studie IIIb nahezu gleich alt sind, sind die befragten Männer in Studie IIIa mit knapp 48 Jahren signifikant älter ($t= 5.03$; $df=501$; $p<.001$; $d=.45$) als die Frauen, die zum Untersuchungszeitpunkt im Schnitt etwa 45 Jahre alt waren. Auch hinsichtlich der Zugehörigkeit zu den verschiedenen Altersklassen unterscheiden sich die befragten Männer, die stärker in den Klassen 50 Jahre und älter vertreten sind, signifikant von den Frauen ($\chi^2=23.55$, $df=5$; $p<.001$), die zu höheren Anteilen in den jüngeren Klassen von 30-49 Jahren zu finden sind.

Hinsichtlich der Schichtzugehörigkeit lassen sich weder bei den Erwachsenen noch bei den Jugendlichen statistisch bedeutsame Geschlechtsunterschiede feststellen. Allerdings ist zu bemerken, dass insgesamt die Oberschicht mit 56.6% der Erwachsenen und 55.4% der Jugendlichen in beiden Stichproben deutlich überrepräsentiert ist.

In Bezug auf die besuchte Schulform unterscheiden sich jedoch die befragten Mädchen und Jungen signifikant ($\chi^2=14.25$, $df=4$; $p<.01$) voneinander, wie aus Tabelle 21 hervorgeht.

Tab. 21: Besuchte Schulform der jugendlichen Probanden in Studie III nach Geschlecht

	Gesamt (N=297)	Mädchen (n=172)	Jungen (n=125)
Besuchte Schulform			
Haupt- und Werkrealschule	49 (16.5%)	22 (12.8%)	27 (21.6%)
Waldorfschule	15 (5.1%)	12 (7.0%)	3 (2.4%)
Gewerbe- und Berufsschule	11 (3.7%)	3 (1.7%)	8 (6.4%)
Realschule	30 (10.1%)	14 (8.1%)	16 (12.8%)
Gymnasium	192 (64.6%)	121 (70.3%)	71 (56.8%)

Während ein größerer Anteil der Jungen eine Haupt- bzw. Werkrealschule besucht, ist jener Anteil der Mädchen deutlich größer, die auf ein Gymnasium zur Schule gehen. Im Schuljahr 2010/2011 besuchten deutschlandweit 34.4% der Schülerinnen und Schüler allgemein bildender Schulen das Gymnasium, 26.4% die Realschule, 15.9% die Hauptschule und 0.9% eine Waldorfschule (Statistisches Bundesamt, 2012c). Ein Blick auf die Verteilung der besuchten Schulformen innerhalb der Stichprobe zeigt somit, dass das Gymnasium stark überrepräsentiert ist, während weit weniger Jugendliche als im Bundesdurchschnitt die Realschule besuchen. Dies lässt sich darauf zurückführen, dass im Zuge der Datenerhebung mehr Gymnasiastinnen und Gymnasiasten erreicht werden konnten: Während das Studienteam Unterstützung von vier Gymnasien erhielt, war hierfür lediglich eine der angefragten Realschulen bereit.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass in keiner der drei Studien eine Repräsentativität der Stichprobe in Bezug auf die Schichtzugehörigkeit gegeben ist. Insbesondere in Studie II ist mit knapp 80% die Oberschicht deutlich überrepräsentiert. Bei den Jugendlichen zeigt sich ebenfalls eine gewisse Schiefelage mit Blick auf die besuchte Schulform. Dies ist jedoch nicht nur in der vorliegenden Arbeit der Fall, sondern stellt ein generelles Problem der empirischen Gesundheitsforschung dar (Jungbauer-Gans & Gross, 2006). So ist bei Studien im Gesundheitskontext sehr häufig ein so genannter *selection bias* zu beobachten: Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die freiwillig an einer solchen Untersuchung teilnehmen, unterscheiden sich von den Nicht-Teilnehmenden oftmals hinsichtlich verschiedener Merkmale, darunter bspw. Migrationshintergrund,

Familientyp, Einkommensverhältnisse, Schulbildung und Schichtzugehörigkeit (Goodman & Gatward, 2008; Regber et al., 2013; Strandhagen et al., 2010).

Für die vorliegende Untersuchung ist dies insofern relevant, als dass durch die Überrepräsentation der Oberschicht in der Stichprobe Verzerrungen in den Angaben zur körperlichen Aktivität und dem Essverhalten zu erwarten sind. So hat sich in der epidemiologischen Forschung vielfach gezeigt, dass bei Personen und Familien mit einem höheren sozioökonomischen Status ein gesünderes Essverhalten (HBSC-Team, 2011a, 2011e; Hurrelmann, 2010; Mensink et al., 2007) zu beobachten ist und diese in höherem Maße körperlich bzw. körperlich-sportlich aktiv sind (HBSC-Team, 2011c, 2011f, Ianotti et al., 2009, RKI, 2003, 2006, 2010). Mit Blick auf die Interpretation der vorliegenden Untersuchungsergebnisse müssen diese Verzerrungen berücksichtigt werden.

10.2.2 Darstellung der zentralen Untersuchungsvariablen

Die Befunde hinsichtlich der zentralen Untersuchungsvariablen werden nachfolgend getrennt nach Studie aufgeführt. Zunächst wird dabei auf die Ausprägung der verschiedenen Variablen eingegangen und anschließend anhand von Interkorrelationsmatrizen mögliche Zusammenhänge beschrieben und diskutiert. Auf etwaige Geschlechtsunterschiede wird nur bei jenen wenigen Variablen eingegangen, die nicht ohnehin explizit darauf untersucht und in eigenen Kapiteln aufgearbeitet werden (Kap. 10.3.1, 10.4.1 und 10.5.1).

Hinsichtlich der Ausprägung der G-SK-Dimensionen Maskulinität und Femininität zeigt sich bei den Probanden von Studie I (vgl. Tab. 22), dass Männer höhere Maskulinitäts- und Frauen höhere Femininitätswerte berichten. Statistisch signifikant ist dies jedoch nur im Falle der Femininität ($t=4.92$; $df=392$; $p<.001$; $d=.50$). In Bezug auf die Maskulinität ($t=1.47$; $df=391$; $p=.06$; $d=.15$), wo Frauen ähnlich hohe Werte angeben wie Männer, zeigt sich lediglich eine entsprechende Tendenz, was als Indiz dafür zu deuten ist, dass Frauen ihre Geschlechterrolle heute anders und weniger strikt interpretieren als Männer dies tun. Für Frauen scheint es in höherem Maße üblich zu sein, auch *typisch männliche* Persönlichkeitseigenschaften zu zeigen, während dies für Männer im Hinblick auf *typisch weibliche* Charakteristika noch immer eher unüblich ist.

Tab. 22: Darstellung der zentralen Variablen in Studie I

	gesamt		männlich		weiblich	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Geschlechtsrollen-Selbstkonzept						
Maskulinität	3.79	0.77	3.86	0.82	3.72	0.72
Femininität	3.81	0.84	3.54	0.88	4.05	0.72
Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe						
Arztkontakte	4.71	4.88	4.62	6.03	4.79	3.51
Gesundheits-Selbstkonzept						
Beschwerdewahrnehmung						
Gesamtscore	19.93	11.21	18.58	11.23	21.21	11.12
Physische Beschwerden	14.04	8.23	13.32	7.95	14.75	8.48
Psychische Beschwerden	5.97	4.09	5.34	4.38	6.54	3.73
Motorischer Funktionsstatus						
Gesamtscore	46.33	9.20	47.02	9.45	45.69	8.96
Kraft	12.34	2.53	13.11	2.34	11.62	2.52
Ausdauer	11.41	3.30	11.74	3.39	11.12	3.21
Beweglichkeit	10.69	3.18	9.79	3.25	11.52	2.89
Koordination	11.96	3.04	12.35	3.08	11.58	2.98
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Globale Gesundheit						
Gesundheitszustand aktuell						
<i>(sehr) gut</i>	314	80.1	152	80.4	162	79.8
<i>(sehr) schlecht</i>	18	4.6	11	5.8	7	3.4
Auswirkung auf Leistungsfähigkeit						
<i>(sehr) positiv</i>	252	64.3	120	63.8	132	64.7
<i>(sehr) negativ</i>	48	12.2	21	11.2	27	13.2
Auswirkung auf Freizeitaktivitäten						
<i>(sehr) positiv</i>	238	61.0	110	58.8	128	63.1
<i>(sehr) negativ</i>	45	11.5	23	12.3	22	10.8
Gesundheitszustand im Vergleich						
<i>(viel) besser</i>	181	46.6	95	51.1	86	42.6
<i>(viel) schlechter</i>	31	8.0	14	7.5	17	8.4
Veränderung Gesundheitszustand						
<i>(sehr) verbessert</i>	69	17.5	31	16.5	38	18.8
<i>(sehr) verschlechtert</i>	91	23.3	46	24.5	45	22.3
Achten auf die Gesundheit						
<i>sehr stark & stark</i>	214	54.6	77	41.0	137	67.2
<i>überhaupt nicht & wenig</i>	28	7.1	18	9.6	10	4.9

Anmerkung: *N*=394, *M* – Mittelwert, *SD* – Standardabweichung

Im Hinblick auf die Arztkontakte in den der Befragung vorausgegangenen fünf Jahren zeigt sich eine statistisch bedeutsame ($t=5.18$; $df=364$; $p<.001$; $d=.54$) Ungleichheit zwischen den Geschlechtern: Während Männer den Arzt in diesem Zeitraum im Schnitt 4,6 Mal besuchten, wurden Frauen etwa 4,8 Mal in einer Praxis vorstellig. Zudem zeigt sich eine signifikante Korrelation ($r=.18$; $p<.001$) mit dem Alter der Befragten. Je älter die Probanden waren, desto häufiger waren sie beim Arzt.

Keine Zusammenhänge mit dem Alter der Befragten zeigten sich jedoch in Bezug auf die Beschwerdewahrnehmung, weder in der Gesamtschau ($r=.05$; $p=n.s.$), noch bei getrennter Betrachtung von physischen ($r=.09$; $p=n.s.$) bzw. psychischen Beschwerden ($r=-.04$; $p=n.s.$).

Sehr deutliche Assoziationen mit dem Alter sind hingegen bei den Angaben zum motorischen Funktionsstatus zu beobachten: Je älter die befragten Personen waren, desto geringer schätzen sie ihre Leistungsfähigkeit insgesamt ($r=-.49$; $p<.001$) sowie in Bezug auf die separat ermittelten motorischen Hauptbeanspruchungsformen Kraft ($r=-.31$; $p<.001$), Ausdauer ($r=-.37$; $p<.001$), Beweglichkeit ($r=-.27$; $p<.001$) und Koordination ($r=-.52$; $p<.001$) ein.

Insgesamt sehr positiv fällt die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustands der Befragten aus. Mehr als 80% der Probanden geben an, sich guter bzw. sehr guter Gesundheit zu erfreuen, was jedoch mit dem erreichten Lebensalter abnimmt ($r=-.14$; $p<.01$). Auch die Auswirkung des eigenen Gesundheitszustands auf die Leistungsfähigkeit und die Freizeitaktivitäten bewerten die Befragten – unabhängig vom Lebensalter – sehr positiv: 60% bzw. 64% der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer beschreiben sie als gut bzw. sehr gut.

Knapp die Hälfte der Befragten gab an, dass ihr eigener Gesundheitszustand im Vergleich mit anderen Personen gleichen Alters und Geschlechts besser oder gar viel besser sei. Hier zeigt sich auch Zusammenhang mit dem Alter ($r=.23$; $p<.001$), der sicherlich auch auf einen gewissen Messbias hindeutet: Personen, die im Alter noch gesund genug sind, bei einer auch körperlich herausfordernden Untersuchung teilzunehmen, sind sicherlich auch etwas gesünder als ihre Alters- und Geschlechtsgenossen.

Eine Verschlechterung des eigenen Gesundheitszustands in den der Befragung vorausgegangenen fünf Jahren berichtet etwa ein Viertel der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer. Diese Beurteilung ist jedoch nicht mit dem Alter assoziiert ($r=-.06$; $p=n.s.$).

Dass sie stark oder gar sehr stark auf die eigene Gesundheit achten, gaben mehr als die Hälfte der Befragten an, wobei sich jedoch ein deutlicher Geschlechtsunterschied ($\chi^2=27.14$, $df=2$, $p<.001$) zeigte, da Frauen dies wesentlich häufiger angaben als Männer.

Da die Geschlechtsunterschiede in den hier nur kurz dargestellten Variablen zum Gesundheits-Selbstkonzept – ebenso wie jene im Bereich der körperlichen Aktivität sowie des Essverhaltens – ein eigener Untersuchungsschwerpunkt der vorliegenden Arbeit sind, werden sie in separaten Kapiteln nochmals aufgegriffen und vertieft behandelt.

Um einen ersten Eindruck nicht nur in hinsichtlich der Ausprägung der einzelnen erfassten Merkmale, sondern auch in Bezug auf die Zusammenhänge zwischen den einzelnen Untersuchungsvariablen zu gewinnen, rät Mess (2008) dazu, eine Interkorrelationsmatrix aufzustellen (vgl. Tab. 23).

Der Blick auf die Interkorrelationen der in Studie I erfassten Variablen zeigt, dass die beiden G-SK Dimensionen Maskulinität und Femininität nicht miteinander assoziiert sind. Negative Zusammenhänge bestehen jedoch zwischen Maskulinität und der Anzahl der Arztkontakte sowie der Beschwerdewahrnehmung, sowohl gesamthaft als auch bei einzelner Betrachtung der physischen bzw. psychischen Beschwerden.

Dem gegenüber stehen positive Assoziationen der Maskulinitätsdimension mit der Bewertung des allgemeinen motorischen Funktionszustands sowie den motorischen Hauptbeanspruchungsformen Kraft, Ausdauer und Koordination sowie sämtlichen Variablen der globalen Gesundheit.

Femininität hingegen steht in Verbindung mit einer höheren Wahrnehmung psychischer Beschwerden, der Einschätzung der eigenen Beweglichkeit sowie dem Ausmaß, zu dem die Befragten auf ihre Gesundheit achten.

Tab. 23: Interkorrelationsmatrix der zentralen Variablen in Studie I

	MAS	FEM	ARZ	BGE	BPH	BPS	MGE	MKR	MAU	MBE	MKO	GAK	GLE	GFR	GVE	GÄN	GAC
MAS	1.00	.09	-.11*	-.20**	-.17**	-.17**	.17**	.20**	.16*	.06	.12*	.17**	.24**	.15**	.20**	.11*	.16**
FEM		1.00	-.08	.09	.08	.13*	.09	-.02	.04	.15*	.07	.05	.04	.08	.04	.04	.31**
ARZ			1.00	.32**	.27**	.32**	-.22**	-.18**	-.24**	-.06	-.20**	-.26**	-.30**	-.27**	-.18**	-.06	.05
BGE				1.00	.96**	.81**	-.28**	-.32**	-.26**	-.05	-.21**	-.50**	-.49**	-.44**	-.35**	-.18**	-.02
BPH					1.00	.60**	-.27**	-.30**	-.26**	-.07	-.20**	.48*	-.45**	-.42**	-.31**	-.17**	-.07
BPS						1.00	-.21**	-.25**	-.20**	.01	-.16**	-.39*	-.43**	-.36**	-.35**	-.16**	-.01
MGE							1.00	.76**	.80**	.67**	.83**	.32**	.33**	.27**	.25**	.13**	.12*
MKR								1.00	.55**	.28**	.58**	.31**	.32**	.26**	.28**	.09	.04
MAU									1.00	.31**	.55**	.26**	.31**	.30**	.25**	.18**	.08
MBE										1.00	.42**	.18**	.17**	.13*	.10	.04	.20**
MKO											1.00	.22	.20**	.17**	.14**	.06	.01
GAK												1.00	.74**	.61**	.42**	.38**	.12*
GLE													1.00	.79**	.51**	.44**	.17**
GFR														1.00	.49**	.46**	.20**
GVE															1.00	.32**	.27**
GÄN																1.00	.12*
GAC																	1.00

MAS – Maskulinität, FEM – Femininität, ARZ – Arztkontakte, BGE – Beschwerdewahrnehmung (gesamt), BPH – Beschwerdewahrnehmung (physisch), BPS – Beschwerdewahrnehmung (psychisch), MGE – Motorischer Funktionsstatus (gesamt), MKR – Motorischer Funktionsstatus (Kraft), MAU – Motorischer Funktionsstatus (Ausdauer), MBE – Motorischer Funktionsstatus (Beweglichkeit), MKO – Motorischer Funktionsstatus (Koordination), GAK – Gesundheitszustand aktuell, GLE – Auswirkung des Gesundheitszustands auf Leistungsfähigkeit, GFR – Auswirkung des Gesundheitszustands auf Freizeitaktivitäten, GVE – Gesundheitszustand im Vergleich, GÄN – Veränderung des Gesundheitszustands in den zurückliegenden 5 Jahren, GAC – Achten auf die Gesundheit

* Die Korrelation ist auf dem .05-Niveau signifikant (2-seitig)

** Die Korrelation ist auf dem .001-Niveau signifikant (2-seitig)

Diese Ergebnisse sind durchweg konsistent mit dem von Marsh und Byrne (1991) formulierten *Differentiated Androgyny Model* (vgl. Kap. 6.3.2), wonach Zusammenhänge von Geschlechtsrollen-Selbstkonzept mit anderen Selbstkonzeptvariablen – in diesem Fall dem Gesundheits-Selbstkonzept – hochgradig kontextspezifisch sind und in Abhängigkeit von der untersuchten Domäne variieren.

In Bereichen, die die traditionell männliche Geschlechterrolle, die durch Attribute wie Kraft, Durchsetzungsstärke, Robustheit und geringer Klagsamkeit charakterisiert ist, widerspiegeln, zeigen sich wie bei den Variablen zum motorischen Funktionszustand sowie der Einschätzung der globalen Gesundheit positive, bei jenen die dieser Rolle widersprechen, wie bspw. die Äußerung von Beschwerden oder die Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe, negative Assoziationen mit der Maskulinität.

Die Identifikation mit der traditionell weiblichen Geschlechterrolle hingegen ist mit einer gewissen Klagsamkeit im Hinblick auf wahrgenommene Beschwerden sowie mit der Sorge um die eigene Gesundheit hochgradig kompatibel, was die Assoziation von Femininität und der Wahrnehmung psychischer Beschwerden sowie dem Ausmaß, zu dem die Befragten nach eigenen Angaben achten, erklären könnte.

Wenig überraschend sind die anderen beobachteten Zusammenhänge zwischen den Untersuchungsvariablen, wie etwa die positiven Korrelationen von Arztkontakten mit der Beschwerdewahrnehmung sowie die negativen Assoziationen dieser Variable mit der Einschätzung des motorischen Funktionszustands sowie der Bewertung der globalen Gesundheit, weswegen an dieser Stelle nicht weiter darauf eingegangen werden soll.

Mit Blick auf die dargestellten deskriptiven Analysen der im Rahmen von Studie I erhobenen Variablen lässt sich folgender Schluss ableiten: Bei Maskulinität und Femininität handelt es sich um voneinander unabhängige Dimensionen des Geschlechtsrollen-Selbstkonzepts, die mit den verschiedenen Variablen des Gesundheits-Selbstkonzepts in einer mit dem eigenen Erklärungsansatz (Kap. 8) konsistenten Art und Weise assoziiert sind.

Eine deutlich tiefergehende Analyse der Zusammenhänge von G-SK und dem Gesundheits-Selbstkonzept im Rahmen der inferenzstatistischen Hypothesenprüfung findet sich in Kapitel 10.5.

An dieser Stelle soll mit der deskriptiven Analyse der in Studie II eingesetzten Variablen fortgefahren werden (vgl. Tab. 24). Diese beschränkt sich jedoch lediglich auf die beiden G-SK-Dimensionen Maskulinität bzw. Femininität, da Studie II mit dem primären Ziel durchgeführt wurde, zum Zwecke der Konstruktvalidierung des für die vorliegende Arbeit zentralen Messinstruments *BSRI* eine jüngere und somit zu Studie I komplementäre Stichprobe erreichen zu wollen (vgl. Kap. 9).

Tab. 24: Darstellung der zentralen Variablen in Studie II

	gesamt		männlich		weiblich	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Geschlechtsrollen-Selbstkonzept						
Maskulinität	4.06	0.85	4.19	0.84	3.98	0.85
Femininität	3.99	0.80	3.71	0.80	4.16	0.75

M – Mittelwert, *SD* – Standardabweichung

Anders als bei Studie I zeigen sich in bei den Probanden von Studie II signifikante Geschlechtsunterschiede sowohl hinsichtlich der Ausprägung der Dimension Maskulinität ($t=2.55$; $df=425$; $p<.05$; $d=.25$) als auch in Bezug auf die Femininität ($t=5.87$; $df=425$; $p<.001$; $d=.57$), wenngleich auch hier – wie auch bei Studie I – der Unterschied im Hinblick auf die Femininität deutlicher ist. Darüber hinaus ergeben die statistischen Analysen, das die beiden Dimensionen nicht miteinander assoziiert sind ($r=.05$; $p=n.s.$).

Somit bestärken diese Befunde den zuvor gewonnenen Eindruck, dass Maskulinität und Femininität voneinander unabhängig sind und dass sich Frauen in höherem Maße auch mit der maskulinen Geschlechterrolle zu identifizieren scheinen als Männer dies mit der femininen Rolle tun.

Abschließend folgen an dieser Stelle die deskriptiven Analysen zu den im Rahmen von Studie III erfassten Untersuchungsvariablen, die wiederum zunächst hinsichtlich Ihrer Ausprägung dargestellt seien (vgl. Tab. 25)

Tab. 25: Darstellung der zentralen Variablen in Studie III

		gesamt		männlich		weiblich	
		M	SD	M	SD	M	SD
Geschlechtsrollen-Selbstkonzept							
Maskulinität	Jugendliche	3.79	1.01	3.96	1.00	3.66	1.00
	Erwachsene	4.10	0.88	4.26	0.80	3.98	0.91
Femininität	Jugendliche	3.93	0.96	3.55	0.93	4.20	0.90
	Erwachsene	3.99	0.86	3.63	0.83	4.28	0.78
Intrinsische Motivation							
bzgl. körperlicher Aktivität	Jugendliche	2.30	0.72	2.25	0.74	2.34	0.70
	Erwachsene	2.24	0.76	2.22	0.78	2.26	0.74
bzgl. gesunden Essverhaltens	Jugendliche	1.98	0.63	1.79	0.68	2.11	0.55
	Erwachsene	1.88	0.67	1.72	0.71	2.01	0.61
Körperliche Aktivität							
Dauer _{gesamt} ¹	Jugendliche	301.39	229.37	336.46	246.80	274.53	212.18
	Erwachsene	377.15	451.53	417.16	543.46	353.29	372.39
Dauer _{intensiv}	Jugendliche	166.96	130.26	194.55	154.58	146.01	103.93
	Erwachsene	111.97	146.47	112.70	152.51	112.48	143.88
Dauer _{mäßig}	Jugendliche	99.49	89.76	121.10	111.48	81.11	60.53
	Erwachsene	123.76	186.29	133.66	239.83	118.17	135.68
Dauer _{leicht}	Jugendliche	64.37	142.40	56.56	121.07	70.51	157.35
	Erwachsene	140.13	252.21	146.92	282.44	138.68	233.27
Häufigkeit ²	Jugendliche	3.92	1.64	3.87	1.76	3.95	1.55
	Erwachsene	4.30	1.97	4.09	2.00	4.44	1.95
Energieumsatz ³	Jugendliche	51.76	28.27	53.25	27.98	50.60	28.55
	Erwachsene	45.51	25.47	44.91	25.21	47.80	24.86
Essverhalten							
Obst & Gemüseverzehr ⁴	Jugendliche	13.42	8.00	11.53	8.18	14.80	7.59
	Erwachsene	14.25	7.39	12.59	7.05	15.45	7.42
Fleisch & Wurstverzehr ⁴	Jugendliche	5.70	4.63	6.70	4.45	4.94	4.63
	Erwachsene	5.41	3.55	6.12	3.64	4.81	3.27
Ernährungsmusterindex ⁵	Jugendliche	13.39	3.28	12.96	3.33	13.71	3.21
	Erwachsene	15.05	3.24	14.22	3.30	15.62	3.06

Anmerkung: $N_{\text{Jugendliche}}=297$, $N_{\text{Erwachsene}}=519$, M – Mittelwert, SD – Standardabweichung

¹ Angabe in Minuten pro Woche

² Angabe in Tagen pro Woche

³ Angabe des metabolischen Äquivalents

⁴ Verzehrhäufigkeit pro Woche

⁵ Mögliche Werte 0-30. Je höher der Index, desto größer die Übereinstimmung mit Empfehlungen

Umgekehrt verhält es sich im Hinblick auf die Femininität, wo die weiblichen Jugendlichen ($t=5.98$; $df=295$; $p<.001$; $d=.70$) und Erwachsenen ($t=9.11$; $df=511$; $p<.001$; $d=.81$) höhere Scores angeben.

In Bezug auf die Ausprägung der intrinsischen Motivation bzgl. körperlicher Aktivität zeigen sich sowohl bei den Jugendlichen als auch bei den Erwachsenen bei beiden Geschlechtern ähnliche Werte, die sich nur marginal und nicht in statistisch bedeutsamem Maße unterscheiden. Anders verhält es sich jedoch mit Blick auf die intrinsische Motivation bzgl. gesunden Essverhaltens: Jungen und Männer geben hier jeweils signifikant niedrigere Werte an als die befragten Mädchen ($t=4.56$; $df=.295$; $p<.001$; $d=.53$) und Frauen ($t=5.02$; $df=509$; $p<.001$; $d=.45$).

Diese Befunde spiegeln die in der wissenschaftlichen Literatur beschriebenen Geschlechterverhältnisse in Bezug auf körperliche Aktivität (vgl. Kap. 5.2) und das Essverhalten (Kap. 5.4) wieder. Nicht nur Jungen und Männern, sondern auch Mädchen und Frauen bietet die körperliche Aktivität heutzutage ein weites Betätigungsfeld innerhalb dessen sie sich nach eigenen Vorlieben entfalten und Freude daraus schöpfen können.

Sich gesundheitsförderlich und ausgewogen zu ernähren, sich zu mäßigen und auf bestimmte Lebensmittel zu verzichten, scheint etwas zu sein, das Jungen und Männern weniger zuzusagen scheint, weswegen die intrinsische Motivation hierzu geringer ausgeprägt ist.

Erneut sei an dieser Stelle davon abgesehen, detailliert auf die Ergebnisse sowie etwaige Geschlechtsunterschied in den Variablen zur körperlichen Aktivität bzw. des Essverhaltens einzugehen. Dies erfolgt in den Kapiteln 10.3.1 bzw. 10.4.1.

Stattdessen sollen erneut die Binnenzusammenhänge zwischen den einzelnen erfassten Untersuchungsvariablen in Augenschein und hinsichtlich ihrer Implikationen für das weitere Vorgehen bewertet werden. Aus der Interkorrelationsmatrix in Tabelle 26 können die entsprechenden Assoziationen der in Studie III untersuchten Merkmale abgelesen werden.

Tab. 26: Interkorrelationsmatrix der zentralen Variablen in Studie III

	MAS	FEM	AKT	ESS	GES	INT	MÄS	LEI	HÄU	ENE	OBS	FLE	ERN
MAS	1.00	.10	.15**	.07	.14*	.08	.01	.01	.07	.07	.08	.04	.12*
FEM	.11	1.00	.00	.22**	.08	.07	-.02	.03	.05	.11	.17**	-.08	.13*
AKT	.31**	.10	1.00	.17**	.28**	.41**	.26**	.09	.24**	.27**	.18**	-.04	.28**
ESS	.15*	.23**	.29**	1.00	.06	.07	.06	.01	.02	.02	.26**	-.06	.26**
GES	.23*	-.06	.38**	.14*	1.00	.55**	.56**	.79**	.35**	.44**	.07	-.01	.05
INT	.29**	-.11	.43**	.11	.81**	1.00	.25**	.27**	.28**	.45**	.17*	.01	.15**
MÄS	.17*	-.02	.08	-.03	.65**	.25**	1.00	.22**	.34**	.35**	.06	.00	.04
LEI	.02	.03	.11	.10	.29**	.12	.21**	1.00	.17**	.23**	.04	.00	.04
HÄU	.30**	.09	.47**	.25**	.54**	.42**	.22**	.10	1.00	.50**	.17**	-.09*	.12*
ENE	.26**	.01	.43**	.15*	.60**	.44**	.41**	.28**	.62**	1.00	.17**	-.11*	.04
OBS	.07	.17**	.07	.33**	.06	-.04	.08	.19**	.15*	.18**	1.00	-.13**	.55**
FLE	.18**	-.04	.00	-.12	.03	.07	.01	-.07	.01	-.05	.00	1.00	-.27**
ERN	.06	.18**	.17**	.17**	.15*	.03	.07	.08	.12	.18*	.58**	-.18**	1.00

Anmerkung: Die Daten unterhalb der grau hinterlegten Diagonalen beziehen sich auf Stichprobe der Jugendlichen ($N=297$), jene darüber auf die der Erwachsenen ($N=519$).

MAS – Maskulinität, FEM – Femininität, AKT – Intrinsische Motivation bzgl. körperlicher Aktivität, ESS – intrinsische Motivation bzgl. gesunden Essverhaltens, GES – Gesamtausübungsdauer körperlicher Aktivität, INT – Ausübungsdauer intensiver körperlicher Aktivität, MÄS – Ausübungsdauer mäßiger körperlicher Aktivität, LEI – Ausübungsdauer leichter körperlicher Aktivität, HÄU – Ausübungshäufigkeit körperlicher Aktivität, ENE – Energieumsatz durch körperliche Aktivität, OBS – Verzehrhäufigkeit von Obst und Gemüse, FLE – Verzehrhäufigkeit von Fleisch und Wurst, ERN – Ernährungsmusterindex

* Die Korrelation ist auf dem .05-Niveau signifikant (2-seitig)

** Die Korrelation ist auf dem .001-Niveau signifikant (2-seitig)

Auch in Studie III erweisen sich die G-SK-Dimensionen FMaskulinität und Femininität sowohl bei der jugendlichen als auch bei der erwachsenen Stichprobe als unkorreliert.

Konform mit dem eigenen Erklärungsansatz (Kap. 8) zeigt sich in beiden Stichproben, dass Maskulinität mit der intrinsischen Motivation bzgl. körperlicher Aktivität assoziiert ist. Darüber hinaus besteht ein Zusammenhang von Maskulinität mit der Gesamtausübungsdauer körperlicher Aktivität sowie bei den Jugendlichen mit der Ausübungsdauer intensiver und mäßiger körperlicher Aktivität, der Ausübungshäufigkeit und dem Energieumsatz durch körperliche Aktivität.

Femininität geht sowohl bei den Jugendlichen als auch bei den Erwachsenen mit der Ausprägung der intrinsischen Motivation bzgl. eines gesunden Essverhaltens sowie mit der Verzehrhäufigkeit von Obst- und Gemüse sowie einem günstigeren Ernährungsmusterindex, der die Übereinstimmung mit gängigen

Verzehrsempfehlungen widerspiegelt, einher. Darüber hinaus zeigt sich, dass bei den Jugendlichen Maskulinität mit der Verzehrhäufigkeit von Fleisch und Wurst assoziiert ist.

Ebenfalls miteinander in Verbindung stehen erwartungsgemäß die intrinsische Motivation und das korrespondierende Verhalten, was eine bedeutsame Implikation in Bezug auf den postulierten Mediatoreffekt der intrinsischen Motivation auf den Zusammenhang von G-SK und Verhalten ist.

10.3 Analysen zur körperlichen Aktivität

Dem in Kapitel 9.5.2 beschriebenen schrittweisen Vorgehen bei der Untersuchung entsprechend, soll auch die Darstellung der Ergebnisse erfolgen. Folglich werden zunächst die Befunde zu den Analysen hinsichtlich der Geschlechtsunterschiede dargestellt, bevor in einem weiteren Schritt die Ergebnisse zu den Zusammenhängen von G-SK bzw. biologischem Geschlecht mit den Untersuchungsvariablen aufgeführt werden. Abschließend werden die Ergebnisse der Mediatoranalysen berichtet.

10.3.1 Überprüfung auf Geschlechtsunterschiede

Als erstes wurde überprüft, inwiefern sich bei den Untersuchungsvariablen zur körperlichen Aktivität Geschlechtsunterschiede zeigen. In Tabelle 27 sind die Mittelwerte und Standardabweichungen sowie die Ergebnisse der Kovarianzanalysen für die Stichprobe der Jugendlichen und Erwachsenen getrennt nach Geschlecht dargestellt.

Signifikante Geschlechtsunterschiede zeigen sich lediglich bei den Jugendlichen und hier auch nur im Zusammenhang mit der Ausübungsdauer intensiver und mäßiger körperlicher Aktivität, wobei Jungen jeweils höhere Werte angeben. Der mit körperlicher Aktivität einhergehende Energieumsatz – hier angegeben als metabolisches Äquivalent (MET) – zeigt zwar auch einen geringfügig erhöhten Wert bei den männlichen Jugendlichen, allerdings ist dies statisch nicht signifikant. Ebenfalls unbedeutend ist der marginale Unterschied in Bezug auf die Häufigkeit ausgeübter körperlicher Aktivität, bei dem weibliche Jugendliche einen minimal höheren Mittelwert aufweisen.

Tab. 27: Ausprägungsformen körperlicher Aktivität nach Geschlecht

		männlich		weiblich		<i>F</i>	<i>df</i> _{1,df} ₂	<i>p</i>	η^2
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>				
Dauer _{gesamt} ¹	Jug.	336.46	246.80	274.53	212.18	2.03	2,219	.13	.02
	Erw.	417.16	543.46	353.29	372.39	2,89	2,285	.06	.02
Dauer _{intensiv}	Jug.	194.55	154.58	146.01	103.93	5.59	2,271	.00	.04
	Erw.	112.70	152.51	112.48	143.88	1.98	2,409	.14	.01
Dauer _{mäßig}	Jug.	121.10	111.48	81.11	60.53	6.39	2,248	.00	.05
	Erw.	133.66	239.83	118.17	135.68	0.40	2,409	.67	.00
Dauer _{leicht}	Jug.	56.56	121.07	70.51	157.35	0.29	2,225	.75	.00
	Erw.	146.92	282.44	138.68	233.27	0.84	2,356	.43	.01
Häufigkeit ²	Jug.	3.87	1.76	3.95	1.55	1.08	2,272	.34	.01
	Erw.	4.09	2.00	4.44	1.95	2.25	2,495	.11	.01
Energieumsatz ³	Jug.	53.25	27.98	50.60	28.55	1.37	2,223	.26	.01
	Erw.	44.91	25.21	47.80	24.86	0.56	2,311	.58	.00

¹Angabe in Minuten pro Woche

²Angabe in Tagen pro Woche

³Angabe des metabolischen Äquivalents

Im Gegensatz zu den Jugendlichen sind bei den Erwachsenen keinerlei statistisch signifikante Geschlechtsunterschiede zu beobachten. Überdies fällt auf, dass Frauen bei den untersuchten Variablen durchweg höhere Werte angeben als Männer, wenngleich auch nur in geringem und in statistisch nicht bedeutsamen Maße.

Mittels χ^2 -Unabhängigkeitstests wurde zudem überprüft, inwiefern sich bei den Untersuchungsvariablen mit dichotomer Merkmalsausprägung Geschlechtsunterschiede zeigen. Im Hinblick auf die Frage, ob die Empfehlungen bzgl. körperlicher Aktivität eingehalten werden, zeigen sich weder bei den Jugendlichen noch bei den Erwachsenen statistisch bedeutsame Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Studienteilnehmern (vgl. Tab. 28).

Nur etwa jeder dritte Junge und jedes dritte Mädchen ist in empfohlenem Ausmaß körperlich aktiv und bewegt sich mindestens 60 Minuten bei moderatem bis intensivem Anstrengungsgrad an fünf oder mehr Tagen pro Woche.

Tab. 28: Einhaltung aktivitätsbezogener Empfehlungen nach Geschlecht

		männlich	weiblich	χ^2	<i>df</i>	<i>p</i>
Empfehlungen ^a eingehalten	Jugendliche	39 (33.9%)	46 (29.3%)	0.66	1	.42
	Erwachsene	92 (41.4%)	134 (47.3%)	1.76	1	.19

^aJugendliche mindestens 60, Erwachsene mindestens 30 Minuten moderate bis anstrengende körperliche Aktivität an fünf oder mehr Tagen pro Woche

Bei den Erwachsenen ist der Anteil der Personen, die sich empfehlungsgemäß bewegen, etwas höher als bei den Jugendlichen – bei den Frauen sogar fast jede zweite – dennoch zeigen sich auch hier keine signifikanten Geschlechtsunterschiede.

Anders verhält es sich hinsichtlich der biographischen Aspekte in Bezug auf die Ausübung körperlich-sportlicher Aktivität (vgl. Tab. 29).

Tab. 29: Biographische Aspekte körperlich-sportlicher Aktivität nach Geschlecht

	männlich	weiblich	χ^2	<i>df</i>	<i>p</i>
körperlich-sportliche Aktivität während Kindheit und Jugend	183 (83.2%)	211 (73.8%)	6.38	1	.01
körperlich-sportliche Aktivität seit der Jugend	115 (52.5%)	114 (40.1%)	7.63	1	.01

Mit über 83 Prozent berichteten signifikant mehr Männer als Frauen, während ihrer Kindheit und Jugend regelmäßig, d. h. mindestens 2x pro Woche für mindestens 30 Minuten, Sport getrieben zu haben. Ebenso gaben die befragten Männer mit über 50% in statistisch bedeutsamen Maße häufiger an als Frauen, seit dem Jugendalter bis zum Zeitpunkt der Befragung durchgehend, d. h. abgesehen von Pausen bis zu einem Jahr bspw. wegen Verletzungen etc. regelmäßig körperlich-sportlich aktiv gewesen zu sein.

10.3.2 Überprüfung auf Assoziationen mit G-SK und Geschlecht

Wesentliches Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, die Bedeutung des Geschlechtsrollen-Selbstkonzepts für das körperliche Aktivitätsverhalten zu untersuchen und dabei gleichzeitig zu eruieren, ob es in Bezug auf die Merkmalsausprägung ggf. gar eine höhere Relevanz besitzt als das biologische Geschlecht. Zu diesem Zweck wurden bei den metrisch skalierten Variablen mul-

multiple hierarchische Regressionsanalysen durchgeführt, bei denen zunächst nur Alter und Geschlecht und in einem weiteren Schritt die G-SK Dimensionen Maskulinität und Femininität als Prädiktoren eingeschlossen wurden. Die Ergebnisse der Analysen sind in Tabelle 30 dargestellt.

Bei den Jugendlichen resultiert der Einschluss der Prädiktoren Alter und Geschlecht im ersten Schritt lediglich in einem signifikanten R^2_{korrr} für die Kriterien *Dauer intensiver körperliche Aktivität* sowie *Dauer moderater körperlicher Aktivität*, was die Ergebnisse der Kovarianzanalyse widerspiegelt. Die Hinzunahme der G-SK-Dimensionen Maskulinität und Femininität im zweiten Analyseschritt führt dazu, dass R^2_{korrr} auch bei den Kriterien *Gesamtdauer*, *Häufigkeit* und *Energieumsatz* signifikant wird und sich somit im zweiten Schritt der Regression für alle aktivitätsbezogenen Kriterien ein statistisch bedeutsamer Zuwachs der Varianzaufklärung – im Sinne eines signifikanten ΔR^2 – einstellt.

Hinsichtlich der Ausübungsdauer intensiver körperlicher Aktivität reduzierte sich unter Berücksichtigung der G-SK-Dimensionen Femininität und Maskulinität im zweiten Schritt der Regressionsanalyse der β -Koeffizient des Geschlechts von -.18 auf -.09 und wurde nicht-signifikant. Gleichzeitig erwiesen sich jedoch Maskulinität und überraschenderweise auch Femininität als signifikante Prädiktoren der Ausübungsdauer intensiver körperlicher Aktivität, wenngleich auch mit unterschiedlichen Vorzeichen. Für die Stichprobe der Jugendlichen können H_{1a} und H_{2a} somit angenommen werden: Nicht das Geschlecht ist für die Übungshäufigkeit intensiver körperlicher Aktivität entscheidend, sondern das G-SK. Je maskuliner sich die Jugendlichen beider Geschlechter beschreiben, desto mehr Zeit verbringen sie mit intensiver körperlicher Aktivität und je femininer diese Selbstbeschreibung ausfällt, desto kürzer ist die Ausübungsdauer.

Was die Kriterien Übungshäufigkeit sowie Energieumsatz durch körperliche Aktivität angeht, zeigen sich bei der jugendlichen Stichprobe spiegelbildliche Ergebnisse. Mit β -Koeffizienten von .31 bzw. .20 erwies sich Maskulinität als einziger statistisch bedeutsamer Prädiktor, wohingegen das Geschlecht wie auch im ersten Schritt der Regressionsanalyse unbedeutend blieb. Somit können für die Jugendlichen auch H_{1b} und H_{2b} sowie H_{1d} und H_{2d} bestätigt werden.

Tab. 30: Ergebnisse der Regressionsanalysen mit aktivitätsbezogenen Kriterien und Geschlecht, Alter sowie G-SK als Prädiktoren

	Dauer (gesamt)		Dauer (intensiv)		Dauer (mäßige)		Dauer (leicht)		Häufigkeit		Energie- umsatz	
	β	$R^2_{korr.}$	β	$R^2_{korr.}$	β	$R^2_{korr.}$	β	$R^2_{korr.}$	β	$R^2_{korr.}$	β	$R^2_{korr.}$
Jugendliche (N=218-270)												
Alter	.03		.07		-.02		-.02		-.09		-.10	
Geschlecht	-.13		-.18**		-.22***		.05		.02		-.06	
		.01		.03**		.04**		-.01		.00		.00
Alter	.03		.07		-.02		-.02		-.09		-.10	
Geschlecht	-.07		-.09		-.22**		.05		.05		-.03	
Maskulinität ¹	.23**		.30***		.14*		.02		.31***		.20**	
Femininität ¹	-.08		-.12*		.03		.01		.02		.01	
		.05**		.11***		.06**		-.02		.09***		.04*
ΔR^2		.05**		.09***		.02		.00		.09***		.04*
Erwachsene (N=284-494)												
Alter	-.13*		-.10*		.02		.07		.04		-.01	
Geschlecht	-.04		.03		-.03		.00	-.00	.10*		.07	
		.01		.01		-.00			.01			.00
Alter	-.14*		-.12*		.03		.07		.05		-.01	
Geschlecht	-.04		.06		-.07		-.12		.12*		.06	
Maskulinität ¹	.13*		.14**		.10		.01		.10*		.07	
Femininität ¹	.08		-.03		.15**		.04		-.01		.07	
		.03**		.02*		.03**		-.01		.01		.00
ΔR^2		.03*		.02*		.04**		.00		.01		.01

¹ z-standardisierter Skalenmittelwert

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$;

Erneut ist nicht das Geschlecht der Jugendlichen maßgebend, sondern die Ausprägung ihrer Maskulinität im Selbstkonzept. Je stärker sie ausgeprägt ist, desto häufiger sind sie körperlich aktiv und desto mehr Energie setzen sie durch körperliche Aktivität um.

In der Stichprobe der Erwachsenen resultiert der Einschluss der beiden Prädiktoren Alter und Geschlecht im ersten Schritt zu keinem signifikanten $R^2_{\text{kor.}}$, was erneut die Ergebnisse der Kovarianzanalyse (vgl. Tab 27) bestätigt. Die Hinzunahme der G-SK-Dimensionen Maskulinität und Femininität im zweiten Analyseschritt führt dazu, dass $R^2_{\text{kor.}}$ für die Gesamtausübungsdauer sowie in Bezug auf die Ausübungsdauer intensiver und mäßiger körperlicher Aktivität signifikant wird und sich hinsichtlich dieser Kriterien ein statistisch bedeutsamer Zuwachs der Varianzaufklärung – im Sinne eines signifikanten ΔR^2 – einstellt. Wie bei den Jugendlichen auch, ist Maskulinität bei den Erwachsenen mit einem β -Koeffizienten von .14 der stärkste Prädiktor hinsichtlich der Ausübungsdauer intensiver körperlicher Aktivität, wohingegen dem Geschlecht keine signifikante Bedeutung beikommt. H_{1a} und H_{2a} können somit auch für die Stichprobe der Erwachsenen angenommen werden. Allerdings spielt bei dieser Stichprobe – anders als bei den Jugendlichen – auch das Alter der Befragten eine statistisch bedeutsame Rolle. Je älter die befragten Erwachsenen waren, desto weniger Zeit verbrachten sie mit intensiver körperlicher Aktivität. Da bezüglich der Kriterien Ausübungshäufigkeit und Energieumsatz durch körperliche Aktivität weder im ersten noch im zweiten Schritt der Regressionsanalysen eine statistisch bedeutsame Varianzaufklärung durch die überprüften Prädiktoren erzielt wurde, können H_{1b} und H_{2b} sowie H_{1d} und H_{2d} für die Stichprobe der Erwachsenen nicht angenommen werden. Das G-SK ist hinsichtlich dieser Kriterien kein relevanter Prädiktor und somit auch nicht bedeutsamer als das Geschlecht. Mittels binärer logistischer Regressionen wurde in einem weiteren Schritt überprüft, ob bzw. in welchem Maße sich Assoziationen zwischen dem G-SK bzw. dem Geschlecht und der Einhaltung der Empfehlungen bzgl. körperlicher Aktivität beobachten lassen. Erneut zeigen sich Zusammenhänge lediglich bei den Jugendlichen, nicht jedoch bei den Erwachsenen. Die Hinzunahme von Maskulinität und Femininität als Prädiktoren im zweiten Schritt der Regressionsanalyse liefert einen signifikanten Zuwachs der Modellanpassung (vgl. Tab. 31).

Tab. 31: Güte des logistischen Regressionsmodells – Empfehlungen bzgl. körperlicher Aktivität

	χ^2	df	p	-2 Log-Likelihood	Cox&Snell R ²	Nagelkerkes R ²
Jugendliche (N=272)						
Schritt 1	0.87	2	.65	337.01	.00	.00
Schritt 2 partiell	15.11	2	.00			
Schritt 2 gesamt	15.97	4	.00	321.90	.06	.08
	χ^2	df	p	-2 Log-Likelihood	Cox&Snell R ²	Nagelkerkes R ²
Erwachsene (N=495)						
Schritt 1	1.94	2	.38	677.70	.00	.01
Schritt 2 partiell	1.62	2	.45			
Schritt 2 gesamt	3.56	4	.47	676.08	.01	.01

Der Blick auf die einzelnen Prädiktoren der Regressionsgleichung (vgl. Tab. 32) bestätigt H_{1c} und H_{2c} für die Stichprobe der Jugendlichen: Eine erhöhte Ausprägung der Maskulinität geht mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit einher, in empfohlenem Maße körperlich aktiv zu sein. Kein bedeutsamer Zusammenhang zeigt sich diesbezüglich jedoch mit dem Geschlecht der Befragten.

Tab. 32: Logistische Regressionskoeffizienten – Empfehlungen bzgl. körperlicher Aktivität

	B	SE	p	Exp (b)	95% CI	
					Lower	Upper
Jugendliche (N=272)						
Alter	-0.05	0.11	.65	0.95	0.76	1.18
Geschlecht	0.23	0.27	.39	1.26	0.75	2.12
Intercept	-0.17	1.56	.91	0.84		
Alter	-0.06	0.12	.59	0.94	0.75	1.18
Geschlecht	0.13	0.30	.66	1.14	0.64	2.05
Maskulinität ¹	0.54	0.15	<.001	1.72	1.28	2.30
Femininität ¹	0.04	0.15	.81	1.04	0.77	1.39
Intercept	-0.03	1.61	.98	0.97		
Erwachsene (N=495)						
Alter	0.01	0.02	.76	1.01	0.97	1.04
Geschlecht	-0.26	0.19	.17	0.77	0.53	1.11
Intercept	-0.34	0.74	.64	0.71		
Alter	0.07	0.02	.66	1.01	0.98	1.04
Geschlecht	-0.36	0.21	.09	0.70	0.46	1.05
Maskulinität ¹	0.12	0.10	.23	1.13	0.93	1.36
Femininität ¹	-0.07	0.10	.47	0.93	0.76	0.14
Intercept	-0.41	0.75	.59	0.67		

¹ z-standardisierter Skalenmittelwert

Bei den erwachsenen Studienteilnehmerinnen und -teilnehmern wurde zudem überprüft, ob bzw. in welchem Maße sich Zusammenhänge zwischen dem G-SK bzw. dem Geschlecht und zwei biographischen Aspekten hinsichtlich körperlich-sportlicher Aktivität zeigen.

In Bezug auf die Frage, ob die Erwachsenen während ihrer Kindheit und Jugend regelmäßig körperlich-sportlich aktiv gewesen sind, führt der Einschluss von Maskulinität und Femininität im zweiten Schritt der Regressionsanalyse nicht zu einem signifikanten Zuwachs bei der Modellanpassung (vgl. Tab. 33).

Tab. 33: Güte des logistischen Regressionsmodells – *Sportliche Aktivität während Kindheit und Jugend*

	χ^2	df	p	-2 Log-Likelihood	Cox&Snell R ²	Nagelkerkes R ²
Schritt 1	9.33	2	.01	519.09	.02	.03
Schritt 2 partiell	5.73	2	.06			
Schritt 2 gesamt	15.06	4	.01	513.36	.03	.05

Zwar kann Maskulinität mit einem β -Koeffizienten von .26 als signifikanter Prädiktor körperlich-sportlicher Aktivität im Kindes- und Jugendalter bestätigt werden, allerdings ist dieser Zusammenhang weniger bedeutsam als jener zwischen dem Kriterium und dem biologischen Geschlecht (vgl. Tab. 34). H_{1e} kann somit angenommen werden, wohingegen die Nullhypothese zu H_{2e} nicht verworfen werden kann.

Tab. 34: Logistische Regressionskoeffizienten – *Sportliche Aktivität während Kindheit und Jugend*

	B	SE	p	Exp (b)	95% CI	
					Lower	Upper
Alter	-0.03	0.02	.16	0.97	0.94	1.01
Geschlecht	0.68	0.24	.00	1.98	1.25	3.13
Intercept	2.25	0.89	.01	9.45		
Alter	-0.02	0.02	.24	0.98	0.94	1.02
Geschlecht	0.59	0.26	.03	1.80	1.07	3.01
Maskulinität ¹	0.26	0.12	.02	1.30	1.04	1.63
Femininität ¹	0.01	0.12	.99	1.00	0.79	1.28
Intercept	2.10	0.90	.02	8.17		

¹ z-standardisierter Skalenmittelwert

N = 498

Auch hinsichtlich der Frage, ob die Erwachsenen seit ihrer Jugend regelmäßig körperlich-sportlich aktiv gewesen sind, kann durch den Einschluss des Geschlechtsrollen-Selbstkonzepts im zweiten Schritt der Regressionsanalyse kein signifikanter Zuwachs bei der Modellanpassung erzielt werden (vgl. Tab. 35).

Tab. 35: Güte des logistischen Regressionsmodells – *Sportliche Aktivität seit Jugend*

	χ^2	df	p	-2 Log-Likelihood	Cox&Snell R ²	Nagelkerkes R ²
Schritt 1	9.33	2	.01	672.03	.02	.03
Schritt 2 partiell	3.59	2	.17			
Schritt 2 gesamt	12.92	4	.01	668.44	.03	.03

Das biologische Geschlecht der Befragten bleibt der einzig statistisch bedeutsame Prädiktor, wenngleich auch Maskulinität mit $p=.06$ das Signifikanzniveau nur knapp verfehlt (vgl. Tab. 36).

Tab. 36: Logistische Regressionskoeffizienten – *Sportliche Aktivität seit Jugend*

	B	SE	p	Exp (b)	95% CI	
					Lower	Upper
Alter	0.00	.02	.79	1.00	.97	1.04
Geschlecht	0.54	.19	.00	1.72	1.19	2.49
Intercept	-0.64	.75	.39	.53		
Alter	0.01	.02	.62	1.01	.98	1.04
Geschlecht	0.43	.21	.04	1.53	1.01	2.31
Maskulinität ¹	0.19	.10	.06	1.21	.99	1.47
Femininität ¹	-0.07	.10	.50	.93	.76	1.14
Intercept	-0.77	.76	.31	.46		

¹ z-standardisierter Skalenmittelwert
N= 495

Mit Blick auf die Ergebnisse der Regressionsanalysen können demnach H_{1f} und H_{2f} nicht angenommen werden. Es besteht kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem G-SK und der regelmäßigen Ausübung körperlich-sportlicher Aktivität seit dem Jugendalter.

10.3.3 Überprüfung auf Mediatoreffekte durch intrinsische Motivation

Hypothesenkonform konnten bei den Jugendlichen und Erwachsenen Zusammenhänge von Maskulinität und der Ausübungsdauer intensiver körperlicher

Aktivität beobachtet werden. Darüber hinaus zeigten sich bei den Jugendlichen auch Assoziationen von Maskulinität mit der Ausübungshäufigkeit sowie dem Energieumsatz durch körperliche Aktivität.

Im Erklärungsansatz der vorliegenden Arbeit (vgl. Kap. 8.1) wird eine Mediation der intrinsischen Motivation auf die Zusammenhänge von Maskulinität und diesen verschiedenen Ausprägungsformen der körperlichen Aktivität postuliert. Da sich jedoch bei der Stichprobe der Erwachsenen bei der Überprüfung der Assoziationen von G-SK bzw. Geschlecht (vgl. Kap. 10.3.2) keine Zusammenhänge zwischen Maskulinität mit der Ausübungshäufigkeit oder dem Energieumsatz ermitteln ließen, können H_{3b} und H_{3c} für die Stichprobe der Erwachsenen bereits ohne Überprüfung nicht angenommen werden: Wo kein Zusammenhang zwischen zwei Variablen besteht, kann auch keine Drittvariable mediiieren.

Mittels Strukturgleichungsmodellierung wurden zwei alternative Modelle analysiert – eines, das den direkten Zusammenhang von Maskulinität und der aktivitätsbezogenen Variable abbildet, und eines, bei dem die intrinsische Motivation als Mediator hinzumodelliert wurde. Diese beiden Modelle wurden überprüft, so dass sich aus den Veränderungen der Pfadkoeffizienten sowie dem erklärten Anteil der Varianz in der abhängigen Variable Rückschlüsse bzgl. der postulierten Mediation durch die intrinsische Motivation ableiten lassen.

Bei der Stichprobe der Jugendlichen lässt sich der Zusammenhang zwischen Maskulinität und der Ausübungsdauer intensiver körperlicher Aktivität, der bereits bei den Regressionsanalysen beobachtet werden konnte, replizieren (vgl. Abb. 18, Modell I). Mit seinem signifikanten β -Koeffizienten von .33 kann dieser als ausgeprägt bezeichnet werden. Eine Mediation im postulierten Sinne würde dann vorliegen, wenn dieser Zusammenhang unter der Berücksichtigung der intrinsischen Motivation abgeschwächt oder gar wegfallen würde. Dies erfolgte im nächsten Schritt (vgl. Abb. 18, Modell II). Unter Berücksichtigung der aktivitätsbezogenen intrinsischen Motivation zeigt sich eine deutlich schwächere Assoziation von Maskulinität und der Ausübungsdauer intensiver körperlicher Aktivität. Gleichzeitig finden sich mit β -Koeffizienten von .34 bzw. .38 ausgeprägte Assoziationen von Maskulinität und intrinsischer Motivation bzw. intrinsischer

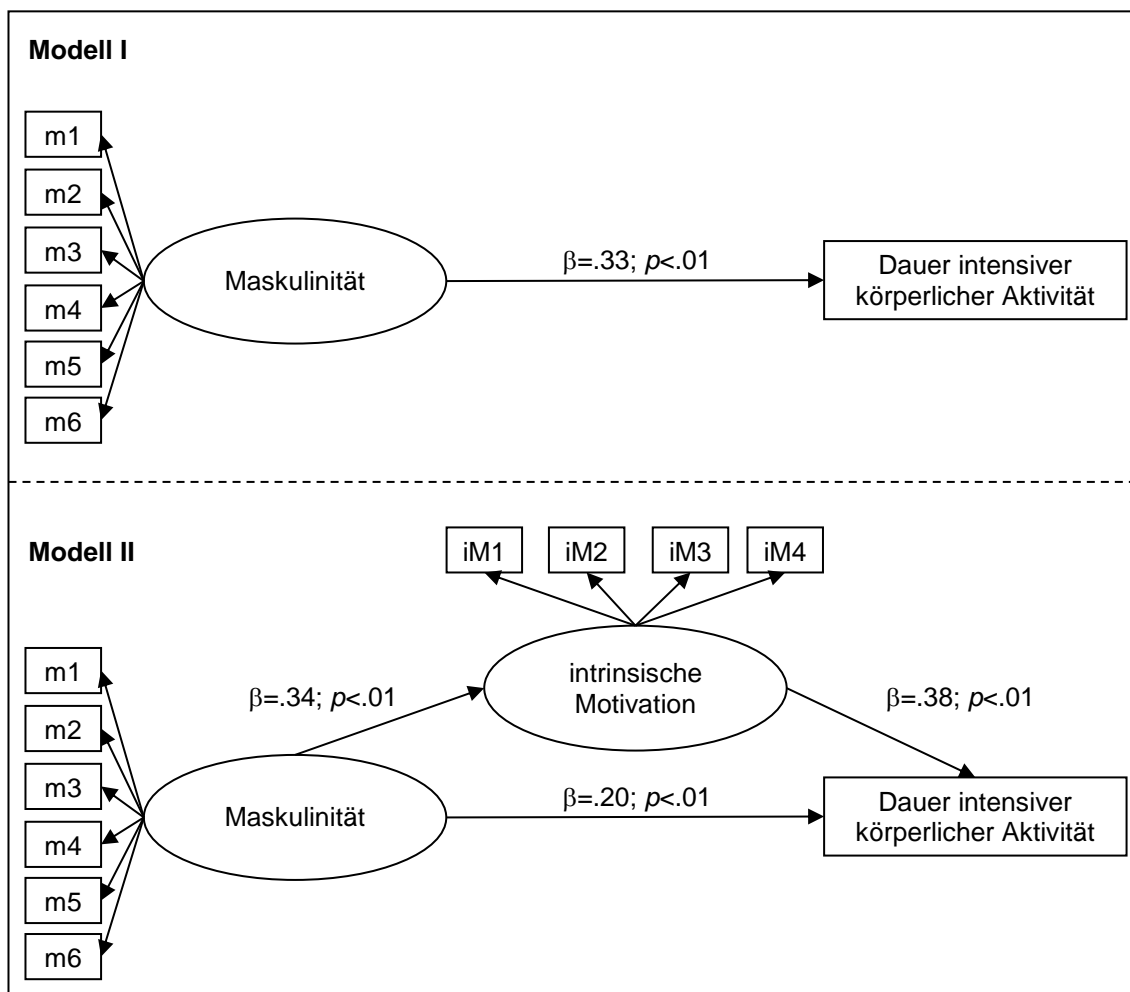


Abb. 18: Modelle zur Analyse des postulierten Mediatoreffekts der intrinsischen Motivation auf den Zusammenhang von Maskulinität und der Ausübungsdauer intensiver körperlicher Aktivität bei Jugendlichen

Motivation und der Aktivitätsvariablen. Der erklärte Anteil der Varianz ist bei Modell II mit $R^2 = .24$ gegenüber Modell I mit $R^2 = .11$ deutlich höher. Mit Blick auf die Gütemaße (vgl. Tab. 37) können zwar beide Modelle als akzeptabel bezeichnet werden, allerdings weist Modell II einen besseren Gesamtfitt auf. Der deutlich höhere AIC von Modell II ist auf dessen wesentlich größere Komplexität zurückzuführen.

Tab. 37: Modellanpassung im Rahmen der Analyse des postulierten Mediatoreffekts der intrinsischen Motivation auf den Zusammenhang von Maskulinität und der Ausübungsdauer intensiver körperlicher Aktivität bei Jugendlichen

	χ^2	df	p	χ^2/df	CFI	SRMR	RMSEA	AIC
Modell I	46.91	14	<.001	3.35	.93	.05	.09	88.91
Modell II	79.50	42	<.001	1.89	.97	.04	.06	149.50

Bei der Stichprobe der Erwachsenen zeigt sich ein ähnliches Bild (vgl. Abb. 19).

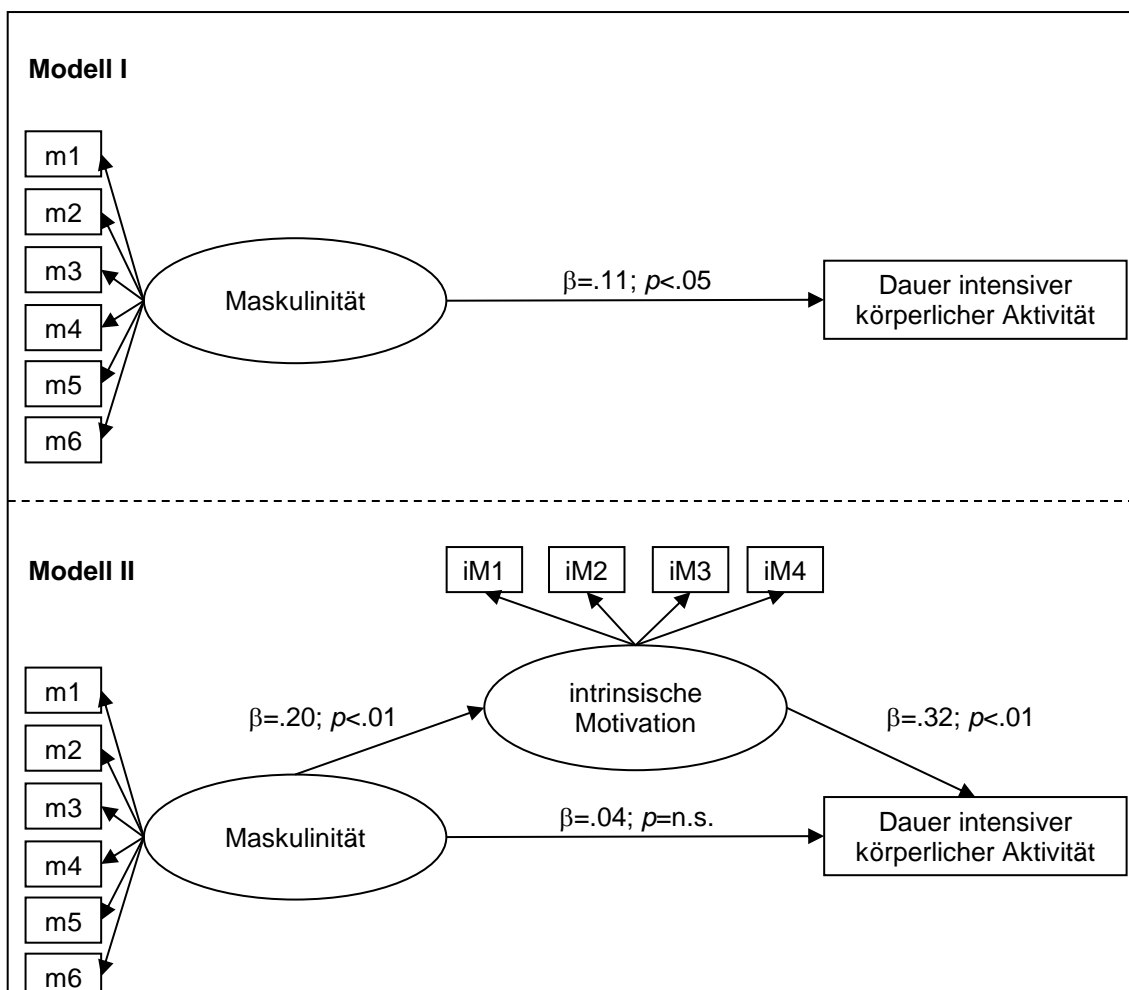


Abb. 19: Modelle zur Analyse des postulierten Mediatoreffekts der intrinsischen Motivation auf den Zusammenhang von Maskulinität und der Ausübungsdauer intensiver körperlicher Aktivität bei Erwachsenen

Auch hier fällt unter der Berücksichtigung der aktivitätsbezogenen intrinsischen Motivation der Zusammenhang zwischen Maskulinität und der Ausübungsdauer intensiver körperlicher Aktivität schwächer aus und ist nicht-signifikant. Ebenso zeigen sich die gleichen Assoziationen von Maskulinität, intrinsischer Motivation und der Ausübungsdauer intensiver körperlicher Aktivität.

Der erklärte Anteil der Varianz liegt mit $R^2 = .01$ bei Modell und $R^2 = .11$ bei Modell I zwar insgesamt deutlich niedriger als bei der Stichprobe der Jugendlichen, aber auch bei den Erwachsenen zeigt sich ein deutlich höherer Determinationskoeffizient bei dem Modell, das die intrinsische Motivation berücksichtigt. Erneut kann die Modellanpassung (vgl. Tab. 38) in beiden Fällen als akzeptabel bezeichnet werden, wengleich auch jene von Modell II besser ausfällt.

Tab. 38: Modellanpassung im Rahmen der Analyse des postulierten Mediatoreffekts der intrinsischen Motivation auf den Zusammenhang von Maskulinität und der Ausübungsdauer intensiver körperlicher Aktivität bei Erwachsenen

	χ^2	<i>df</i>	<i>p</i>	χ^2/df	<i>CFI</i>	<i>SRMR</i>	<i>RMSEA</i>	<i>AIC</i>
Modell I	32.32	14	.00	2.31	.98	.03	.06	74.32
Modell II	84.76	42	<.001	2.02	.98	.04	.05	154.76

Vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse kann H_{3a} somit angenommen werden: Jungen und Mädchen bzw. Männer und Frauen mit einer ausgeprägten Maskulinität sind in höherem Maße intrinsisch motiviert, körperlich aktiv zu sein, weswegen sie auch dann auch mehr Zeit mit intensiver körperlicher Aktivität verbringen.

Bei der Stichprobe der Jugendlichen galt es überdies zu prüfen, ob bzw. inwiefern sich diese Zusammenhänge auch im Hinblick auf die übrigen Ausprägungsformen körperlicher Aktivität, d. h. Ausübungshäufigkeit und Energieumsatz durch körperliche Aktivität, beobachten lassen. Bei diesen Untersuchungsvariablen zeigten sich im vorangegangenen Schritt Assoziationen mit der G-SK-Dimension Maskulinität, die nun ebenfalls in Bezug auf eine etwaige Mediation durch die intrinsische Motivation bzgl. körperlicher Aktivität analysiert werden sollen.

Auch im Hinblick auf die Ausübungshäufigkeit körperlicher Aktivität zeigt sich bei den Jugendlichen das gleiche Bild (vgl. Abb. 20) wie zuvor bei der Ausübungsdauer intensiver körperlicher Aktivität.

Wird die aktivitätsbezogene intrinsische Motivation berücksichtigt, fällt der direkte Zusammenhang von Maskulinität und der Ausübungshäufigkeit körperlicher Aktivität mit einem β -Koeffizienten von .16 schwächer aus, wohingegen sich mit β -Koeffizienten von .31 bzw. .44 ausgeprägte Assoziationen zwischen Maskulinität und intrinsischer Motivation bzw. intrinsischer Motivation und Ausübungshäufigkeit zeigen.

Auch das Bestimmtheitsmaß verändert sich: Liegt der erklärte Anteil der Varianz in der abhängigen Variable bei Modell I bei $R^2=.09$, fällt er bei Modell II mit $R^2=.26$ deutlich höher aus.

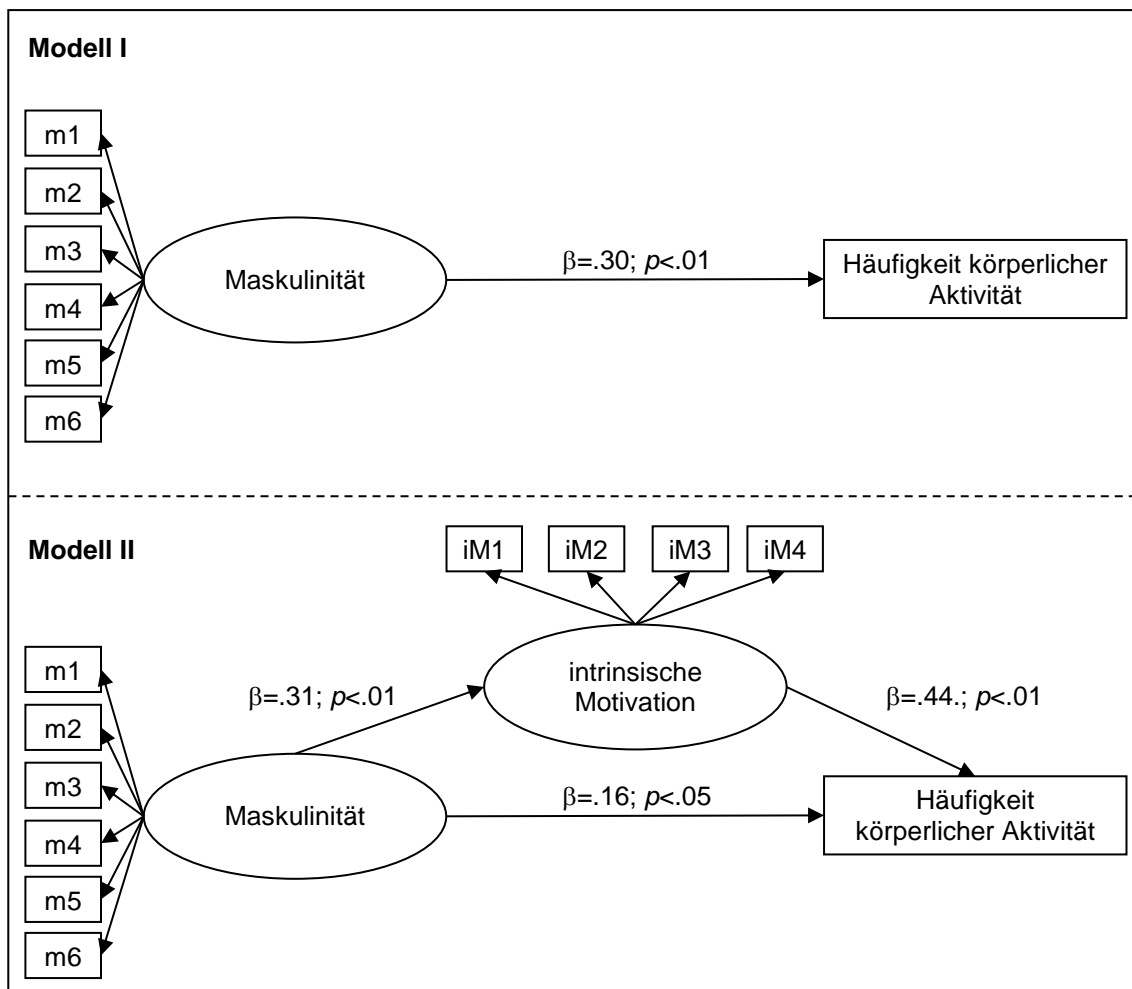


Abb. 20: Modelle zur Analyse des postulierten Mediatoreffekts der intrinsischen Motivation auf den Zusammenhang von Maskulinität und der Ausübungshäufigkeit körperlicher Aktivität bei Jugendlichen

Ebenso weist das Modell mit der intrinsischen Motivation als Mediator gegenüber Model I eine erheblich bessere Modellanpassung auf (vgl. Tab. 39).

Tab. 39: Modellanpassung im Rahmen der Analyse des postulierten Mediatoreffekts der intrinsischen Motivation auf den Zusammenhang von Maskulinität und der Ausübungshäufigkeit körperlicher Aktivität bei Jugendlichen

	χ^2	df	p	χ^2/df	CFI	SRMR	RMSEA	AIC
Modell I	52.13	14	<.001	3.72	.93	.05	.10	94.13
Modell II	86.32	42	<.001	2.06	.97	.05	.06	156.32

Die abschließend durchgeführte Überprüfung des postulierten Mediatoreffekts der intrinsischen Motivation auf den Zusammenhang von Maskulinität und den Energieumsatz durch körperliche Aktivität förderte ein mit den zuvor beschriebenen Befunden identisches Ergebnis zutage (vgl. Abb. 21).

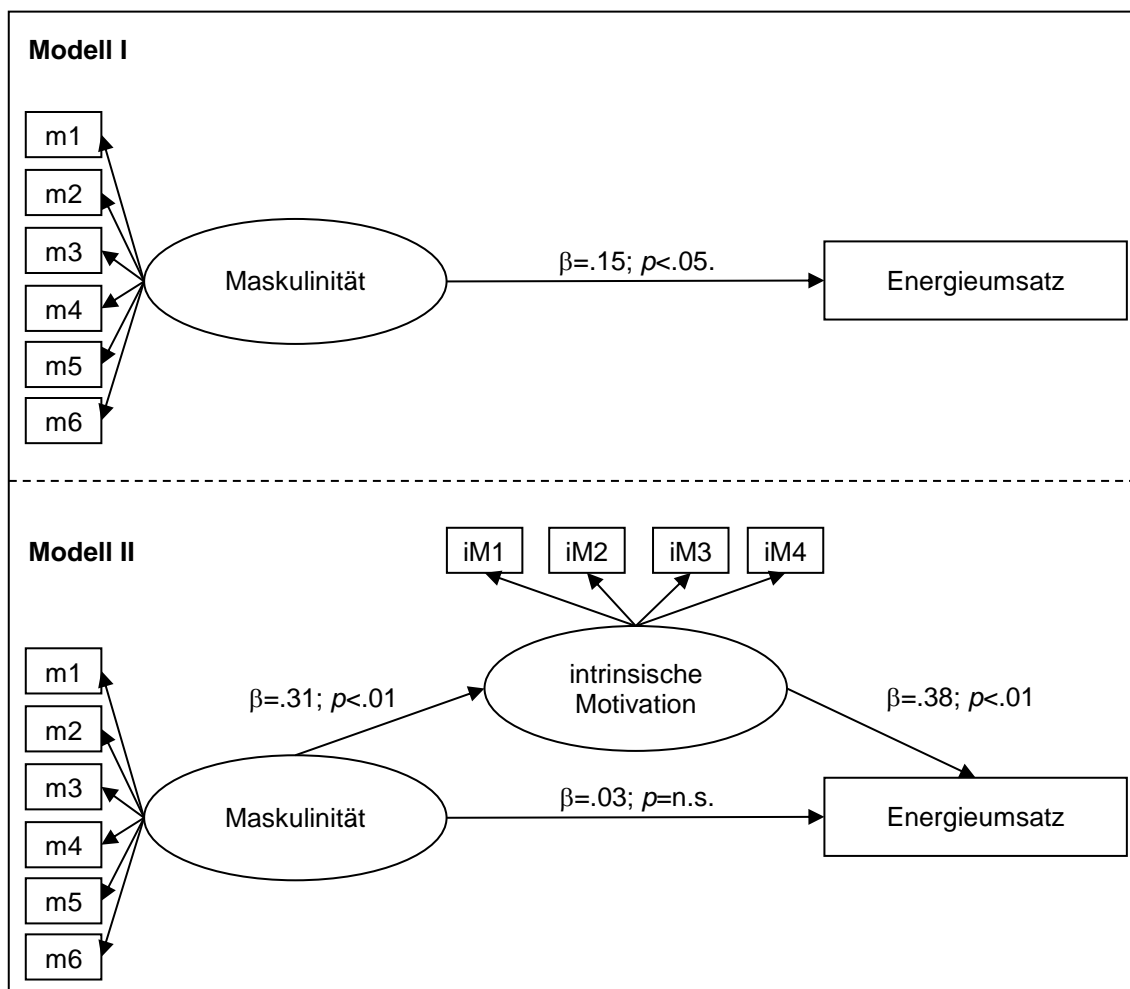


Abb. 21: Modelle zur Analyse des postulierten Mediatoreffekts der intrinsischen Motivation auf den Zusammenhang von Maskulinität und Energieumsatz durch körperliche Aktivität bei Jugendlichen

Der in Modell I ohnehin schwache aber dennoch signifikante Zusammenhang von Maskulinität und Energieumsatz durch körperliche Aktivität fällt unter Berücksichtigung der aktivitätsbezogenen intrinsischen Motivation unbedeutend aus, wohingegen sich ausgeprägte Assoziationen zwischen Maskulinität, intrinsischer Motivation und dem Energieumsatz durch körperliche Aktivität zeigen.

Der erklärte Anteil der Varianz in der abhängigen Variable bei Modell I ist mit $R^2 = .04$ deutlich niedriger als in Modell II, wo er bei $R^2 = .16$ liegt. Im Hinblick auf die Anpassung können beide Modelle als akzeptabel bezeichnet werden, wengleich Modell II etwas bessere Werte bei den eingesetzten Gütemaßen aufweist (vgl. Tab. 40).

Zumindest für die Stichprobe der Jugendlichen können somit auch H_{3b} und H_{3c} angenommen werden: Mädchen und Jungen mit einer ausgeprägten Maskulinität sind in höherem Maße intrinsisch motiviert, körperlich aktiv zu sein, weswe-

gen sie nicht nur mehr Zeit mit intensiver körperlicher Aktivität verbringen (siehe oben), sondern auch häufiger aktiv sind und dabei mehr Energie verbrauchen.

Tab. 40: Modellanpassung im Rahmen der Analyse des postulierten Mediatoreffekts der intrinsischen Motivation auf den Zusammenhang von Maskulinität und dem Energieverbrauch durch körperliche Aktivität bei Jugendlichen

	χ^2	<i>df</i>	<i>p</i>	χ^2/df	<i>CFI</i>	<i>SRMR</i>	<i>RMSEA</i>	<i>AIC</i>
Modell I	39.68	14	<.001	2.83	.93	.05	.09	81.68
Modell II	75.30	42	<.001	1.79	.97	.05	.06	145.30

Analog zum Vorgehen im Rahmen der statistischen Analysen in Bezug auf die körperliche Aktivität wurde auch bei der Auswertung der Daten im Hinblick auf das Essverhalten vorgegangen. Die Darstellung der Ergebnisse ist Gegenstand des nachfolgenden Kapitels.

10.4 Analysen zum Essverhalten

Bei der Darstellung der Untersuchungsergebnisse in Bezug auf das Essverhalten wird dem in Kapitel 9.5.2 beschriebenen schrittweisen Vorgehen entsprochen und zunächst die Befunde zu den Analysen hinsichtlich der Geschlechtsunterschiede dargestellt. Nachfolgend werden in einem weiteren Schritt die Ergebnisse zu den Assoziationen von G-SK bzw. biologischem Geschlecht mit den Untersuchungsvariablen aufgeführt bevor abschließend die Ergebnisse der Mediatoranalysen berichtet werden.

10.4.1 Überprüfung auf Geschlechtsunterschiede

Zunächst wurde überprüft, inwiefern sich bei den Untersuchungsvariablen des Essverhaltens Geschlechtsunterschiede zeigen. In Tabelle 41 sind die Mittelwerte und Standardabweichungen sowie die Ergebnisse der Kovarianzanalysen bzgl. der Verzehrhäufigkeiten von Obst und Gemüse bzw. Fleisch und Wurst sowie in Bezug auf den Ernährungsmusterindex für die Stichprobe der Jugendlichen und Erwachsenen getrennt nach Geschlecht dargestellt.

Die Kovarianzanalysen zeigen, dass sowohl Mädchen als auch Frauen signifikant häufiger Obst und Gemüse verzehren, als es Jungen bzw. Männer tun.

Tab. 41: Übersicht über Verzehrhäufigkeiten von Obst und Gemüse bzw. Fleisch und Wurst sowie über den Ernährungsmusterindex bei Jugendlichen und Erwachsenen nach Geschlecht

		männlich		weiblich		<i>F</i>	<i>df</i> ₁ , <i>df</i> ₂	<i>p</i>	η^2
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>				
Obst und Gemüse¹	Jug.	11.53	8.18	14.80	7.59	6.98	2,282	.00	.05
	Erw.	12.59	7.05	15.45	7.42	9.25	2,486	<.001	.04
Fleisch und Wurst¹	Jug.	6.70	4.45	4.94	4.63	5.55	2,282	<.001	.04
	Erw.	6.12	3.64	4.81	3.27	9.74	2,498	<.001	.04
Ernährungsmusterindex²	Jug.	12.96	3.33	13.71	3.21	3.22	2,260	.04	.02
	Erw.	14.22	3.30	15.62	3.06	11.57	2,404	<.001	.05

¹ Verzehrhäufigkeit pro Woche

² Mögliche Werte 0-30. Je höher der Index, desto größer die Übereinstimmung mit Empfehlungen

Jungen essen diese Lebensmittel im Schnitt etwa 11.5 Mal, Mädchen sogar knapp 15 Mal pro Woche. Bei den Erwachsenen liegen die Mittelwerte bei gleichem Geschlechterverhältnis noch ein wenig über jenen der Jugendlichen. Männer greifen rund 12.6 Mal pro Woche zu Obst oder Gemüse, Frauen tun dies sogar noch rund drei Mal häufiger.

Bei der Verzehrhäufigkeit von Fleisch und Wurst verhält es sich anders herum: Hier sind es Jungen und Männer, die in statistisch bedeutsamem Maße häufiger zugreifen als es Mädchen und Frauen tun. Jungen essen diese Lebensmittel knapp sieben Mal pro Woche, während Mädchen nur auf etwa fünf Mal pro Woche kommen. Geringfügig niedriger sind die Mittelwerte bei den Erwachsenen: Rund sechs Mal pro Woche essen Männer Fleisch und Wurst, Frauen – ähnlich wie Mädchen – lediglich knapp fünf Mal.

Der Ernährungsmusterindex ist ein Maß dafür, inwiefern die Lebensmittelwahl den gängigen Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung entspricht. Er kann einen Wert zwischen null und 30 annehmen, wobei 30 der höchstmöglichen Übereinstimmung entspricht. Auch in Bezug auf dieses Maß zeigen die Kovarianzanalysen statistisch signifikante Geschlechtsunterschiede. Sowohl bei den Jugendlichen als auch bei den Erwachsenen sind es jeweils die weiblichen Befragten, deren Ernährungsmuster in höherem Maße den Empfehlungen entspricht und somit als gesünder bezeichnet werden kann.

Neben der Frage, wie häufig die männlichen und weiblichen Studienteilnehmer zu den unterschiedlichen Lebensmitteln greifen bzw. wie stark deren Ernährungsmuster mit den Empfehlungen übereinstimmt, sollte auch überprüft werden, ob es eher Jungen oder Mädchen bzw. Männer oder Frauen sind, die in empfohlenem Maße, d. h. täglich oder mehrmals täglich (DGE, 2011), Obst und Gemüse verzehren oder deren Ernährungsmuster als *günstig* bezeichnet werden kann, was bei einem Indexscore von ≥ 16 gegeben ist (Winkler & Döhring, 1995). Dies wurde mittels χ^2 -Unabhängigkeitstests überprüft (vgl. Tab 42).

Die Analysen ergaben, dass Mädchen und Frauen signifikant häufiger die Empfehlungen bzgl. des Verzehrs von Obst und Gemüse einhalten, als es bei Jungen und Männern der Fall ist. Während jeweils rund drei Viertel der weiblichen Befragten täglich oder gar mehrmals täglich Obst und Gemüse verzehren, tut dies lediglich die Hälfte der Jungen und 62% der Männer.

Tab. 42: Übersicht bzgl. des empfehlungsgemäßen Verzehrs von Obst und Gemüse sowie bzgl. des Einhaltens eines günstigen Ernährungsmusters bei Jugendlichen und Erwachsenen nach Geschlecht

		männlich	weiblich	χ^2	df	p
Obst und Gemüse ^a	Jugendliche	66 (53.7%)	128 (76.2%)	16.22	1	<.001
	Erwachsene	137 (62.0%)	213 (75.5%)	10.73	1	.00
Günstiges Ernährungsmuster ^b	Jugendliche	27 (24.1%)	40 (26.7%)	0.22	1	.64
	Erwachsene	67 (37.6%)	123 (52.1%)	8.57	1	.00

^a Nennungen der Antworten *täglich* oder *mehrmals täglich*

^b Ernährungsmusterindex ≥ 16

Ein insgesamt als günstig zu bezeichnendes Ernährungsmuster zeigt jede zweite Frau aber nur etwa jeder dritte Mann. Bei den Jugendlichen ist das Verhältnis ausgeglichen, weswegen sich – anders als bei den Erwachsenen – keine signifikanten Geschlechtsunterschiede zeigen: Bei beiden Geschlechtern kann das Ernährungsmuster nur jeweils bei rund einem Viertel der Befragten als günstig bezeichnet werden.

10.4.2 Überprüfung auf Assoziationen mit G-SK und Geschlecht

Auch im Hinblick auf das Essverhalten ist es das Ziel der vorliegenden Arbeit, den Stellenwert des Geschlechtsrollen-Selbstkonzepts zu untersuchen und da-

bei gleichzeitig zu analysieren, ob es in Bezug auf die Merkmalsausprägung ggf. gar eine höhere Relevanz besitzt als das Geschlecht der Befragten. Analog zum Vorgehen bei den Untersuchungen zur körperlichen Aktivität wurden daher bei den metrisch skalierten Variablen des Essverhaltens multiple hierarchische Regressionsanalysen durchgeführt, bei denen zunächst nur Alter und Geschlecht und in einem weiteren Schritt die G-SK Dimensionen Maskulinität und Femininität als Prädiktoren eingeschlossen wurden. Die Ergebnisse der Analysen sind in Tab. 43 dargestellt.

Tab. 43: Ergebnisse der Regressionsanalysen mit ernährungsbezogenen Kriterien und Geschlecht, Alter sowie G-SK als Prädiktoren

	Obst & Gemüse		Ernährungsmusterindex		Fleisch & Wurst	
	β	$R^2_{korr.}$	β	$R^2_{korr.}$	β	$R^2_{korr.}$
Jugendliche (N=261-283)						
Alter	-.08		-.11		.05	
Geschlecht	.19**		.10		-.18**	
		.05**		.02		.03**
Alter	-.09		-.11		.05	
Geschlecht	.17**		.06		-.16*	
Maskulinität ¹	.08		.05		.16**	
Femininität ¹	.10		.15*		-.01	
		.07**		.05*		.05**
ΔR^2		.02		.03*		.03*
Erwachsene (N=405-499)						
Alter	.01		.10		-.04	
Geschlecht	.19***		.23***		-.20***	
		.03***		.05***		.04***
Alter	.02		.12		-.04	
Geschlecht	.17**		.26***		-.19***	
Maskulinität ¹	.09		.17**		.01	
Femininität ¹	.09		.01		-.02	
		.05***		.07***		.04**
ΔR^2		.02**		.03***		.00

¹ z-standardisierter Skalenmittelwert

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$;

Bei den Jugendlichen resultiert der Einschluss der Prädiktoren Alter und Geschlecht im ersten Schritt in einem signifikanten $R^2_{korr.}$ für die Kriterien Obst- und Gemüse- sowie Fleisch- und Wurstverzehr, was im Wesentlichen die Ergebnisse der Kovarianzanalyse widerspiegelt, wengleich auch bei der Regressionsanalyse der Prädiktor Geschlecht hinsichtlich des Ernährungsmusterinde-

xes die Signifikanzgrenze unterschreitet und sich somit als nicht relevant erwiesen hat. Die Hinzunahme von Maskulinität und Femininität im zweiten Analyseschritt führt dazu, dass R^2_{korrr} zwar bei allen Kriterien signifikant wird, ein statistisch bedeutsamer Zuwachs der Varianzaufklärung – im Sinne eines signifikanten ΔR^2 – ergibt sich jedoch lediglich hinsichtlich der Verzehrhäufigkeit von Fleisch und Wurst sowie in Bezug auf den Ernährungsmusterindex.

Für die Verzehrhäufigkeit von Obst und Gemüse muss daher konstatiert werden, dass das G-SK keine Bedeutsamkeit hat. Das Geschlecht der befragten Jugendlichen bleibt hier der einzig statistisch signifikante Prädiktor, so dass die Nullhypothesen zu H_{8a} und H_{8b} nicht verworfen werden können.

Anders verhält es sich bei den Jugendlichen im Hinblick auf den Ernährungsmusterindex. Femininität erweist sich als relevanter Prädiktor hinsichtlich der Übereinstimmung des Ernährungsmusters mit den gängigen Empfehlungen. Jugendliche beider Geschlechter mit einer stark ausgeprägten Femininität zeigen ein Essverhalten, das in höherem Maße den Empfehlungen entspricht und somit als gesünder bezeichnet werden kann. Da dem Geschlecht keine bedeutende Aufklärungskraft zukommt, können H_{9a} und H_{9b} angenommen werden.

In Bezug auf die Verzehrhäufigkeit von Fleisch und Wurst erweisen sich bei den Jugendlichen sowohl das Geschlecht als auch die Maskulinität als relevante Prädiktoren. Da die β -Koeffizienten jedoch mit einem Betrag von .16 exakt gleich hoch ausfallen, kann die Annahme, dass Maskulinität eine bedeutsamere Rolle hinsichtlich der Verzehrhäufigkeit von Fleisch und Wurst spielt als das Geschlecht, nicht verifiziert werden. Während also H_{4e} angenommen werden kann, kann die Nullhypothese zu H_{5e} nicht verworfen werden.

Bei den Erwachsenen ergibt der Einschluss der Prädiktoren Alter und Geschlecht im ersten Schritt ein signifikantes R^2_{korrr} für alle drei ernährungsbezogenen Kriterien, wodurch die Ergebnisse der Kovarianzanalyse bestätigt werden. Die Hinzunahme der G-SK-Dimensionen Maskulinität und Femininität im zweiten Analyseschritt führt dazu, dass R^2_{korrr} zwar bei allen Kriterien signifikant wird, ein statistisch bedeutsamer Zuwachs der Varianzaufklärung – im Sinne eines signifikanten ΔR^2 – ergibt sich jedoch lediglich hinsichtlich der Verzehrhäufigkeit von Obst und Gemüse sowie in Bezug auf den Ernährungsmusterin-

dex. In Bezug auf die Verzehrhäufigkeit von Obst und Gemüse bleibt – trotz des signifikanten Zuwachses der Varianzaufklärung im zweiten Schritt – das Geschlecht der Erwachsenen der einzige bedeutsame Prädiktor. Wie bei der jugendlichen Stichprobe können somit weder H_{8a} noch H_{8b} angenommen werden.

Hinsichtlich der Vorhersage des Ernährungsmusterindex erweist sich überraschenderweise Maskulinität – nicht jedoch wie angenommen Femininität – als statistisch bedeutsam. Somit ernähren sich erwachsene Männer und Frauen gesünder, je stärker die Maskulinität bei ihnen ausgeprägt ist. Dieses hypothesenkonträre Ergebnis führt dazu, dass die Nullhypothesen zu H_{4c} und H_{5c} für die Stichprobe der Erwachsenen nicht verworfen werden können.

Was die Verzehrhäufigkeit von Fleisch und Wurst anbelangt, so trägt das G-SK nicht zu einem Zuwachs der Varianzaufklärung bei. Maskulinität erweist sich nicht – wie postuliert – als Prädiktor der Verzehrhäufigkeit dieser Lebensmittelgruppe, weswegen H_{4e} und H_{5e} nicht angenommen werden können.

Mittels binärer logistischer Regressionen wurde in einem weiteren Schritt überprüft, ob bzw. in welchem Maße sich Zusammenhänge zwischen dem G-SK bzw. dem Geschlecht und der Einhaltung der Empfehlungen bzgl. des Verzehrs von Obst und Gemüse beobachten lassen. Diesbezüglich erweist sich jedoch sowohl bei den Jugendlichen als auch bei den Erwachsenen das Geschlecht als einzig relevanter Prädiktor. Die Hinzunahme der G-SK-Dimensionen Maskulinität und Femininität als Prädiktoren im zweiten Schritt der Regressionsanalyse liefert keinen signifikanten Zuwachs bei der Modellanpassung (vgl. Tab. 44).

Tab. 44: Güte des logistischen Regressionsmodells – *Obst- oder Gemüseverzehr täglich oder mehrmals täglich*

	χ^2	df	p	-2 Log-Likelihood	Cox&Snell R^2	Nagelkerkes R^2
Jugendliche (N=291)						
Schritt 1	16.88	2	<.001	353.57	.06	.08
Schritt 2 partiell	3.54	2	.17			
Schritt 2 gesamt	20.42	4	<.001	350.03	.07	.09
Erwachsene (N=494)						
Schritt 1	10.80	2	.01	600.65	.02	.03
Schritt 2 partiell	0.60	2	.74			
Schritt 2 gesamt	11.40	4	.02	600.05	.02	.03

Mit Blick auf die einzelnen Prädiktoren der Regressionsgleichung (vgl. Tab. 45) lässt sich festhalten, dass weder bei der jugendlichen noch bei der erwachsenen Stichprobe ein statistisch bedeutsamer Zusammenhang von Femininität und dem Einhalten der Empfehlung bzgl. des täglichen Verzehrs von Obst und Gemüse besteht. H_{4b} und H_{5b} können daher nicht angenommen werden.

Tab. 45: Logistische Regressionskoeffizienten – *Obst- oder Gemüseverzehr täglich oder mehrmals täglich*

	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>	<i>Exp (b)</i>	<i>95% CI</i>	
					<i>Lower</i>	<i>Upper</i>
Jugendliche (N=291)						
Alter	0.09	0.11	.40	1.10	0.88	1.36
Geschlecht	-1.04	0.26	<.001	0.35	0.21	0.59
Intercept	-0.12	1.54	.94	0.89		
Alter	0.09	0.11	.43	1.09	0.88	1.36
Geschlecht	-0.96	0.28	.00	0.38	0.22	0.66
Maskulinität ¹	0.11	0.13	.39	1.12	0.87	1.45
Femininität ¹	0.21	0.14	.15	1.23	0.93	1.63
Intercept	-0.07	1.55	.97	0.94		
Erwachsene (N=494)						
Alter	0.00	.02	.99	1.00	0.97	1.03
Geschlecht	-0.64	.20	.00	0.53	0.35	0.78
Intercept	1.10	.79	.17	2.99		
Alter	0.00	0.02	.99	1.00	0.97	1.04
Geschlecht	-0.58	0.23	.01	0.56	0.36	0.87
Maskulinität ¹	-0.01	0.11	.95	0.99	0.80	1.23
Femininität ¹	0.08	0.11	.45	1.09	0.88	1.35
Intercept	1.07	0.79	.18	2.90		

¹ z-standardisierter Skalenmittelwert

Das gleiche gilt in Bezug auf die Frage, ob sich mit der Ausprägung der Femininität die Wahrscheinlichkeit erhöht, ein günstiges Ernährungsmuster zu zeigen, d. h. einen Indexscore ≥ 16 zu erzielen. Erneut wurden hierfür binäre logistische Regressionen durchgeführt (vgl. Tab. 46).

Anders als zuvor bei den Analysen bzgl. des empfehlungsgemäßen Verzehrs von Obst und Gemüse resultiert bei den Erwachsenen die Hinzunahme der GSK-Dimensionen Maskulinität und Femininität als Prädiktoren im zweiten Schritt der Regressionsanalyse in einem signifikanten Zuwachs der Modellanpassung.

Tab. 46: Güte des logistischen Regressionsmodells – *Gesundes Ernährungsmuster*

	χ^2	df	p	-2 Log-Likelihood	Cox&Snell R ²	Nagelkerkes R ²
Jugendliche (N=262)						
Schritt 1	2.46	2	.29	295.45	.01	.01
Schritt 2 partiell	1.47	2	.48			
Schritt 2 gesamt	3.93	4	.42	293.99	.02	.02
Erwachsene (N=487)						
Schritt 1	11.00	2	.00	548.64	.03	.04
Schritt 2 partiell	8.12	2	.02			
Schritt 2 gesamt	19.12	4	.00	540.52	.05	.06

Wie sich bereits zuvor bei den multiplen hierarchischen Regressionsanalysen im Hinblick auf den Ernährungsmusterindex gezeigt hat, bestätigen die binären logistischen Regressionsanalysen den hypothesenkonträren Zusammenhang von Maskulinität und Ernährungsmuster bei der Stichprobe der Erwachsenen (vgl. Tab. 47).

Tab. 47: Logistische Regressionskoeffizienten – *Gesundes Ernährungsmuster*

	B	SE	p	Exp (b)	95% CI	
					Lower	Upper
Jugendliche (N=279)						
Alter	-0.19	0.13	.14	0.83	0.65	1.06
Geschlecht	-0.09	0.29	.75	0.91	0.52	1.61
Intercept	1.60	1.77	.36			
Alter	-0.19	0.13	.13	0.82	0.64	1.06
Geschlecht	-0.08	0.32	.79	0.92	0.50	1.71
Maskulinität ¹	0.14	0.15	.35	1.16	0.85	1.56
Femininität ¹	0.08	0.15	.60	1.08	0.80	1.46
Intercept	1.68	1.78	.35	5.34		
Erwachsene (N=487)						
Alter	0.02	0.02	.23	1.02	0.99	1.06
Geschlecht	-0.68	0.21	.00	0.51	0.34	0.77
Intercept	-0.92	0.85	.28	0.40		
Alter	0.03	0.02	.11	1.03	0.99	1.07
Geschlecht	-0.82	0.24	.00	0.44	0.28	0.70
Maskulinität ¹	0.31	0.11	.01	1.36	1.09	1.70
Femininität ¹	-0.05	0.12	.96	1.00	0.79	1.25
Intercept	1.23	0.86	.15	0.29		

¹ z-standardisierter Skalenmittelwert

10.4.3 Überprüfung auf Mediatoreffekte durch intrinsische Motivation

Im Erklärungsansatz der vorliegenden Arbeit (vgl. Kap. 8.1) wird eine Mediation der intrinsischen Motivation auf die Zusammenhänge von Femininität und die Verzehrhäufigkeit von Obst und Gemüse sowie die Ausprägung des Ernährungsmusterindex postuliert. Da sich jedoch bei der Stichprobe der Erwachsenen bei der Überprüfung der Assoziationen von G-SK bzw. Geschlecht (vgl. Kap. 10.4.2) keine Zusammenhänge zwischen Femininität und diesen Variablen ermitteln ließen, können H_{6a} und H_{6b} für die Stichprobe der Erwachsenen bereits vor einer etwaigen Überprüfung nicht angenommen werden: Es besteht hier kein Zusammenhang, weswegen die Überprüfung auf Interaktionseffekte durch eine Drittvariable hinfällig ist.

Bei den Jugendlichen hingegen konnten hypothesenkonforme Assoziationen des Geschlechtsrollen-Selbstkonzepts mit Ausprägungen des Essverhaltens gezeigt werden: Maskulinität ist mit der Verzehrhäufigkeit von Fleisch und Wurst assoziiert, Femininität mit der Ausprägung des Ernährungsmusterindex. Da sich jedoch auch bei den Jugendlichen kein Zusammenhang von Femininität mit der Verzehrhäufigkeit von Obst und Gemüse beobachten ließ, kann H_{11} auch für diese Stichprobe verworfen werden.

Die Assoziation von Femininität mit der Ausprägung des Ernährungsmusterindex, d. h. dem Grad der Übereinstimmung des Essverhaltens mit den gängigen Empfehlungen, soll nun vor dem Hintergrund der forschungsleitenden Fragestellung hinsichtlich des postulierten Mediatoreffekts analysiert werden.

Mittels Strukturgleichungsmodellierung wurden in zwei aufeinanderfolgenden Schritten alternative Modelle analysiert – eines, das den direkten Zusammenhang von Femininität und dem Ernährungsmusterindex abbildet und eines, bei dem die intrinsische Motivation als Mediator hinzumodelliert wurde. Diese beiden Modelle wurden überprüft, so dass sich aus den Veränderungen der Pfadkoeffizienten sowie der Indizes zur Gütebeurteilung der Modellanpassungen Rückschlüsse bzgl. der postulierten Mediation durch die intrinsische Motivation ableiten lassen.

Bei der Stichprobe der Jugendlichen lässt sich der Zusammenhang zwischen Femininität und dem Ernährungsmusterindex, der bereits bei den Regressions-

analysen beobachtet werden konnte, replizieren (vgl. Abb. 22, Modell I). Mit seinem signifikanten β -Koeffizienten von .21 kann dieser als mäßig bezeichnet werden. Eine Mediation im postulierten Sinne liegt vor, wenn dieser Zusammenhang unter der Berücksichtigung der intrinsischen Motivation in Bezug auf eine gesunde Ernährung abgeschwächt oder gar wegfallen würde. Dies erfolgte im nächsten Schritt (vgl. Abb. 22, Modell II). Unter Berücksichtigung der intrinsischen Motivation wird die Assoziation von Femininität und dem Ernährungsmusterindex deutlich abgeschwächt und nicht-signifikant.

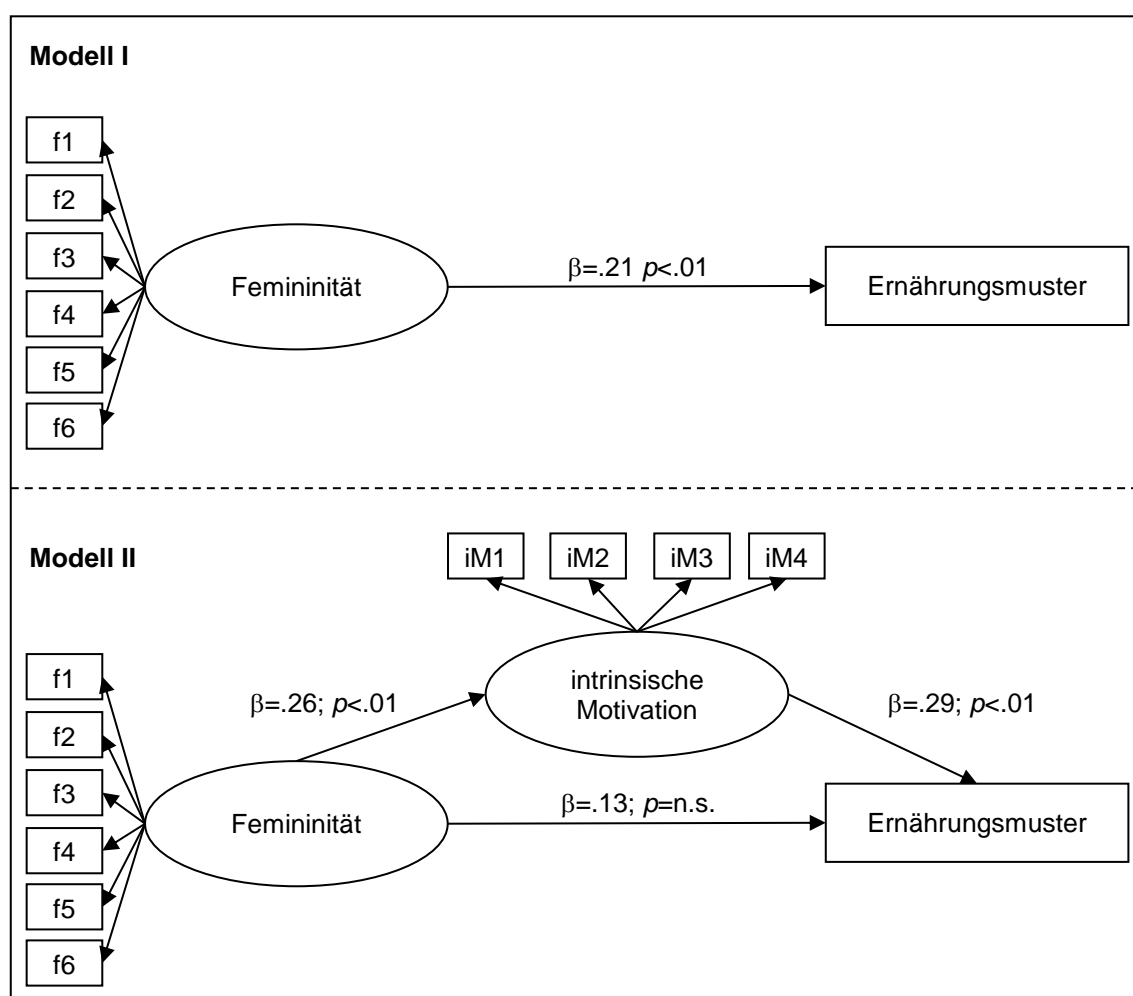


Abb. 22: Modelle zur Analyse des postulierten Mediatoreffekts der intrinsischen Motivation auf den Zusammenhang von Femininität und dem Ernährungsmusterindex bei Jugendlichen

Gleichzeitig zeigen sich mit β -Koeffizienten von .26 bzw. .29 ausgeprägte Zusammenhänge von Femininität und intrinsischer Motivation bzw. intrinsischer Motivation und dem Ernährungsmusterindex. Der erklärte Anteil Varianz liegt bei Modell I bei $R^2 = .04$ und bei Modell II bei $R^2 = .12$.

Mit Blick auf die Gütemaße (vgl. Tab. 48) können zwar beide Modelle als akzeptabel bezeichnet werden, allerdings weist Modell II einen besseren Gesamtfit auf. Der deutlich höhere *AIC* von Modell II ist auf dessen wesentlich größere Komplexität zurückzuführen.

Tab. 48: Modellanpassung im Rahmen der Analyse des postulierten Mediatoreffekts der intrinsischen Motivation auf den Zusammenhang von Femininität und dem Ernährungsmusterindex bei Jugendlichen

	χ^2	<i>df</i>	<i>p</i>	χ^2/df	<i>CFI</i>	<i>SRMR</i>	<i>RMSEA</i>	<i>AIC</i>
Modell I	25.46	14	.03	1.82	.97	.04	.06	67.46
Modell II	53.11	42	.12	1.26	.99	.05	.03	123.11

Diese Befunde bestätigen die Annahme, dass bei den Jugendlichen der Zusammenhang von Femininität und dem Entsprechungsgrad des Ernährungsmusters mit gängigen Empfehlungen vollständig durch die intrinsische Motivation bzgl. einer gesunden Ernährung mediiert wird. Jugendliche – Jungen wie Mädchen – mit einer ausgeprägten Femininität sind in hohem Maße intrinsisch motiviert, sich gesund zu ernähren, was sich in einer hohen Übereinstimmung des Ernährungsmusters mit den gängigen Empfehlungen widerspiegelt. H_{6b} kann somit bestätigt werden.

10.5 Analysen zum Gesundheits-Selbstkonzept

Analog zum schrittweisen Vorgehen im Rahmen der vorliegenden Untersuchung, das in Kap. 9.5.2 beschrieben wurde, sowie zur Darstellung der Untersuchungsergebnisse hinsichtlich der Ausübung körperlicher Aktivität und des Essverhaltens in den beiden vorangegangenen Kapiteln soll auch bei den Befunden im Zusammenhang mit dem Gesundheits-Selbstkonzept zunächst die Überprüfung auf Geschlechtsunterschiede erfolgen, bevor im Anschluss daran Zusammenhänge der Untersuchungsvariablen mit dem G-SK bzw. dem biologischen Geschlecht analysiert werden und abschließend deren Überprüfung hinsichtlich der postulierten Moderatoreffekte dargestellt wird.

10.5.1 Überprüfung auf Geschlechtsunterschiede

Die Darstellung der Untersuchungsergebnisse zur Überprüfung der unterschiedlichen Facetten des Gesundheits-Selbstkonzepts auf Geschlechtsunter-

schiede erfolgt schrittweise. Zunächst werden die Befunde bzgl. der globalen Gesundheit, nachfolgend zur Beschwerdewahrnehmung und abschließend hinsichtlich der Einschätzung des motorischen Funktionszustands berichtet.

(1) Globale Gesundheit

In Bezug auf die Einschätzung der globalen Gesundheit anhand verschiedener Variablen zeigen sich zwischen den befragten Frauen und Männern – bis auf eine Ausnahme – keine statistisch bedeutsamen Unterschiede (vgl. Tab. 49).

Tab. 49: Selbsteinschätzung der globalen Gesundheit nach Geschlecht

	männlich	weiblich	χ^2	df	p
Gesundheitszustand aktuell¹					
<i>sehr gut & gut</i>	152 (80.4%)	162 (79.8%)	1.78	2	.41
<i>weder noch</i>	26 (13.8%)	34 (16.7%)			
<i>sehr schlecht & schlecht</i>	11 (5.8%)	7 (3.4%)			
Auswirkung auf Leistungsfähigkeit²					
<i>sehr positiv & positiv</i>	120 (63.8%)	132 (64.7%)	0.71	2	.70
<i>überhaupt nicht</i>	47 (25.0%)	45 (22.1%)			
<i>sehr negativ & negativ</i>	21 (11.2%)	27 (13.2%)			
Auswirkung auf Freizeitaktivitäten³					
<i>sehr positiv & positiv</i>	110 (58.8%)	128 (63.1%)	0.74	2	.69
<i>überhaupt nicht</i>	54 (28.9%)	53 (26.1%)			
<i>sehr negativ & negativ</i>	23 (12.3%)	22 (10.8%)			
Gesundheitszustand im Vergleich⁴					
<i>viel besser & besser</i>	95 (51.1%)	86 (42.6%)	2.83	2	.24
<i>gleich</i>	77 (41.4%)	99 (49.0%)			
<i>viel schlechter & schlechter</i>	14 (7.5%)	17 (8.4%)			
Veränderung des Gesundheitszustands⁵					
<i>sehr verbessert & verbessert</i>	31 (16.5%)	38 (18.8%)	0.50	2	.78
<i>gleich geblieben</i>	111 (59.0%)	119 (58.9%)			
<i>sehr verschlechtert & verschlechtert</i>	46 (24.5%)	45 (22.3%)			
Achten auf die Gesundheit⁶					
<i>sehr stark & stark</i>	77 (41.0%)	137 (67.2%)	27.14	2	<.001
<i>etwas</i>	93 (49.5%)	57 (27.9%)			
<i>überhaupt nicht & wenig</i>	18 (9.6%)	10 (4.9%)			

¹ Wie beschreiben Sie Ihren aktuellen Gesundheitszustand?

² Wie wirkt sich Ihr derzeitiger Gesundheitszustand auf Ihre Leistungsfähigkeit im Alltag aus?

³ Wie wirkt sich Ihr derzeitiger Gesundheitszustand auf Ihre Freizeitaktivitäten aus?

⁴ Wie beschreiben Sie Ihren Gesundheitszustand im Vergleich mit anderen Personen Ihres Alters und Ihres Geschlechts?

⁵ Hat sich Ihr Gesundheitszustand in den letzten fünf Jahren verändert?

⁶ Wie stark achten Sie im Allgemeinen auf Ihre Gesundheit?

Die durchgeführten χ^2 -Unabhängigkeitstests bestätigten Geschlechtsunterschiede lediglich im Hinblick auf die Frage, wie stark die untersuchten Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer auf ihre eigene Gesundheit achten. Signifikant ($\chi^2 = 27.14$, $df=2$, $p < .001$) mehr Frauen als Männer antworten in diesem Zusammenhang, dass sie dies *stark* bzw. *sehr stark* tun. Bei Männern hingegen ist der Anteil größer, die dies nach eigener Angabe lediglich *etwas*, *wenig* oder *überhaupt nicht* tun.

(2) Beschwerdewahrnehmung

Zur Ermittlung von Geschlechtsunterschieden im Hinblick auf die Beschwerdewahrnehmung wurden Kovarianzanalysen durchgeführt, bei denen das Alter der Befragten als Kovariate berücksichtigt wurde. Eine Übersicht der Ergebnisse findet sich in Tabelle 50.

Tab. 50: Beschwerdewahrnehmung nach Geschlecht

	männlich		weiblich		F	df ₁ ,df ₂	p	η^2
	M	SD	M	SD				
Beschwerden gesamt	18.58	11.23	21.21	11.12	3.48	2,346	.03	.02
Physische Beschwerden	13.32	7.95	14.75	8.48	3.57	2,356	.03	.02
Psychische Beschwerden	5.34	4.38	6.54	3.73	4.08	2,369	.02	.02

Es zeigt sich, dass Männer sowohl in der Gesamtschau als auch bei einer separaten Betrachtung von physischen und psychischen Beschwerden eine signifikant geringere Beschwerdelast angeben.

3) Bewertung des motorischen Funktionsstatus

Bei der Ermittlung von Geschlechtsunterschieden hinsichtlich der Einschätzung des motorischen Funktionsstatus wurden ebenfalls Kovarianzanalysen durchgeführt und das Alter der Befragten als Kovariate berücksichtigt. Wie aus Tabelle 51 hervorgeht, schätzen Männer ihre Fitness deutlich besser ein als Frauen. Lediglich in puncto Beweglichkeit geben sich Männer durchschnittlich signifikant geringere Werte. Hinsichtlich der anderen erfassten motorischen Hauptbeanspruchungsformen Kraft, Ausdauer und Koordination jedoch bewerten sich Männer besser als Frauen es tun.

Tab. 51: Einschätzung des motorischen Funktionsstatus nach Geschlecht

	männlich		weiblich		<i>F</i>	<i>df</i> ₁ , <i>df</i> ₂	<i>p</i>	η^2
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>				
Funktionsstatus gesamt	47.02	9.45	45.69	8.96	67.97	2,380	<.001	.26
Kraft	13.11	2.34	11.62	2.52	55.94	2,389	<.001	.22
Ausdauer	11.74	3.39	11.12	3.21	37.69	2,390	<.001	.16
Beweglichkeit	9.79	3.25	11.52	2.89	27.61	2,386	<.001	.13
Koordination	12.35	3.08	11.58	2.98	90.41	2,386	<.001	.32

Diese optimistischere Einschätzung in drei der vier erfassten Bereiche führt auch zu einem signifikant höheren Gesamtscore der männlichen gegenüber den weiblichen Befragten.

Im nächsten Schritt soll überprüft werden, inwiefern diese Facetten des Gesundheits-Selbstkonzepts mit dem Geschlechtsrollen-Selbstkonzept bzw. dem biologischen Geschlecht assoziiert sind.

10.5.2 Überprüfung auf Assoziationen mit G-SK und Geschlecht

Wie in Bezug auf die körperliche Aktivität und das Essverhalten, so ist es auch hinsichtlich der Facetten des Gesundheits-Selbstkonzepts das Ziel der vorliegenden Arbeit, den Stellenwert des Geschlechtsrollen-Selbstkonzepts zu ermitteln und dabei gleichzeitig zu eruieren, ob es mit Blick auf die Merkmalsausprägung ggf. einen höheren Stellenwert besitzt als das Geschlecht der Befragten.

Somit wurden analog zum Vorgehen bei den Untersuchungen zum Aktivitäts- und Essverhalten bei den Untersuchungsvariablen der Facetten des Gesundheits-Selbstkonzepts binäre logistische bzw. multiple hierarchische Regressionsanalysen durchgeführt, bei denen zunächst nur Alter und Geschlecht und in einem weiteren Schritt die G-SK Dimensionen Maskulinität und Femininität als Prädiktoren eingeschlossen wurden.

Erneut soll die Darstellung Befunde im Rahmen der Überprüfung der verschiedenen Facetten des Gesundheits-Selbstkonzepts auf Zusammenhänge mit dem Geschlechtsrollen-Selbstkonzept und dem Geschlecht der befragten schrittweise erfolgen. Zunächst werden die Ergebnisse hinsichtlich der Variablen der Globalen Gesundheit berichtet, nachfolgend jene zur Beschwerdewahrnehmung und zu Einschätzung des motorischen Funktionszustands.

(1) Globale Gesundheit

Mittels binärer logistischer Regressionen wurde überprüft, ob sich Zusammenhänge zwischen dem G-SK bzw. dem Geschlecht und der subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustands zeigen bzw. ob sich mit der Ausprägung der Maskulinität die Wahrscheinlichkeit erhöht, den eigenen Gesundheitszustand als gut bzw. sehr gut zu bezeichnen.

Die Hinzunahme der G-SK-Dimensionen Maskulinität und Femininität als Prädiktoren im zweiten Schritt der Regressionsanalyse liefert einen signifikanten Zuwachs der Modellanpassung (vgl. Tab. 52).

Tab. 52: Güte des logistischen Regressionsmodells – *Gesundheitszustand sehr gut & gut*

	χ^2	<i>df</i>	<i>p</i>	-2 Log-Likelihood	Cox&Snell R^2	Nagelkerkes R^2
Schritt 1	6.32	2	.04	384.44	.02	.03
Schritt 2 partiell	7.80	2	.02			
Schritt 2 gesamt	14.12	4	.01	376.64	.04	.06

Der Blick auf die einzelnen Prädiktoren der Regressionsgleichung (vgl. Tab. 53) bestätigt H_{7a} und H_{8a} . Maskulinität geht mit einer signifikant höheren Wahrscheinlichkeit einher, den eigenen Gesundheitszustand als gut bzw. sehr gut zu bezeichnen. Kein statistisch bedeutsamer Zusammenhang zeigt sich diesbezüglich jedoch mit dem Geschlecht der Befragten.

Tab. 53: Logistische Regressionskoeffizienten – *Gesundheitszustand sehr gut & gut*

	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>	<i>Exp (b)</i>	95% <i>CI</i>	
					<i>Lower</i>	<i>Upper</i>
Alter	-0.03	0.01	.01	0.97	0.95	0.99
Geschlecht	0.17	0.26	.52	1.18	0.71	1.97
Intercept	2.91	0.65	<.001	18.26		
Alter	-0.03	0.01	.02	0.97	0.95	1.00
Geschlecht	0.07	0.28	.79	1.08	0.62	1.85
Maskulinität ¹	0.36	0.13	.01	1.43	1.11	1.85
Femininität ¹	-0.04	0.14	.77	0.96	0.73	1.26
Intercept	2.88	0.66	<.001	17.78		

¹ z-standardisierter Skalenmittelwert

N = 391

Im Hinblick auf die Frage, ob ein Zusammenhang zwischen G-SK bzw. Geschlecht und der Einschätzung des Einflusses des aktuellen Gesundheitszustands auf die Leistungsfähigkeit besteht, wurde in gleicher Weise verfahren.

Zunächst wurden Alter und Geschlecht der Befragten in der Regressionsanalyse berücksichtigt. Im zweiten Analyseschritt wurden nachfolgend auch Maskulinität und Femininität ergänzt, was einen signifikanten Zuwachs der Modellanpassung zur Folge hatte (vgl. Tab. 54).

Tab. 54: Güte des logistischen Regressionsmodells – *Auswirkung auf Leistungsfähigkeit sehr positiv & positiv*

	χ^2	df	p	-2 Log-Likelihood	Cox&Snell R ²	Nagelkerkes R ²
Schritt 1	0.26	2	.88	509.83	.00	.00
Schritt 2 partiell	10.10	2	.01			
Schritt 2 gesamt	10.36	4	.04	499.73	.03	.04

Die Übersicht der im Rahmen der Regressionsgleichung berücksichtigten Prädiktoren (vgl. Tab. 55) bestätigt H_{7b} und H_{8b}. Maskulinität geht mit einer höheren Wahrscheinlichkeit einher, den Einfluss des eigenen Gesundheitszustands auf die Leistungsfähigkeit als *positiv* oder *sehr positiv* zu bewerten. Keine statistisch bedeutsame Rolle spielte hinsichtlich dieser Einschätzung das Geschlecht der Befragten.

Tab. 55: Logistische Regressionskoeffizienten – *Auswirkung auf Leistungsfähigkeit sehr positiv & positiv*

	B	SE	p	Exp (b)	95% CI	
					Lower	Upper
Alter	-0.01	0.01	.63	1.00	0.98	1.02
Geschlecht	-0.01	0.22	.96	0.99	0.65	1.51
Intercept	0.84	0.52	.11	2.32		
Alter	-0.00	0.01	.79	0.99	0.98	1.02
Geschlecht	-0.08	0.23	.72	0.92	0.59	1.45
Maskulinität ¹	0.34	0.11	.02	1.41	1.13	1.75
Femininität ¹	0.00	0.11	.99	1.00	0.80	1.25
Intercept	0.77	0.53	.14	2.18		

¹ z-standardisierter Skalenmittelwert

N = 391

Ein vergleichbares Ergebnis lieferte die Überprüfung der Annahme, dass ein Zusammenhang von Geschlechtsrollen-Selbstkonzept und der Einschätzung des Einflusses des eigenen Gesundheitszustands auf die Freizeitaktivitäten besteht.

Wiederum resultierte der Einschluss der G-SK-Dimensionen in einer signifikanten Verbesserung der Modellanpassung (vgl. Tab. 56).

Tab. 56: Güte des logistischen Regressionsmodells – *Auswirkung auf Freizeitaktivitäten sehr positiv & positiv*

	χ^2	df	p	-2 Log-Likelihood	Cox&Snell R ²	Nagelkerkes R ²
Schritt 1	3.22	2	.20	517.32	.01	.01
Schritt 2 partiell	6.57	2	.04			
Schritt 2 gesamt	9.80	4	.04	510.75	.03	.03

Wie bereits zuvor im Hinblick auf die Leistungsfähigkeit, erweist sich Maskulinität als einziger relevanter Prädiktor für die Einschätzung des Einflusses des Gesundheitszustands auf die Freizeitaktivitäten (vgl. Tab. 57), wohingegen das Geschlecht als Einflussgröße statistisch unbedeutend bleibt.

Tab. 57: Logistische Regressionskoeffizienten – *Auswirkung auf Freizeitaktivitäten sehr positiv & positiv*

	B	SE	p	Exp (b)	95% CI	
					Lower	Upper
Alter	0.02	0.01	.11	1.02	1.00	1.04
Geschlecht	-0.23	0.21	.28	0.79	0.52	1.20
Intercept	-0.26	0.51	.61	0.77		
Alter	0.02	0.01	.07	1.02	1.00	1.04
Geschlecht	-0.24	0.23	.28	0.78	0.50	1.22
Maskulinität ¹	0.25	0.11	.02	1.29	1.04	1.59
Femininität ¹	0.07	0.11	.54	1.07	0.86	1.33
Intercept	-0.36	0.52	.49	0.70		

¹ z-standardisierter Skalenmittelwert

N = 389

H_{7c} und H_{8c} können somit angenommen werden: Maskulinität geht mit einer höheren Wahrscheinlichkeit einher, den Einfluss der eigenen Gesundheit auf die Freizeitaktivitäten als positiv oder sehr positiv zu bewerten.

Etwas anders verhält es sich jedoch hinsichtlich der Frage, ob bzw. inwiefern G-SK bzw. Geschlecht mit der Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands im Vergleich zu anderen Personen gleichen Alters und Geschlechts assoziiert sind. Hier führt bereits der Einschluss der Prädiktoren Alter und Geschlecht zu einer signifikanten Modellanpassung (vgl. Tab. 58).

Tab. 58: Güte des logistischen Regressionsmodells – *Gesundheitszustand im Vergleich viel besser & besser*

	χ^2	df	p	-2 Log-Likelihood	Cox&Snell R ²	Nagelkerkes R ²
Schritt 1	22.07	2	<.001	512.55	.06	.07
Schritt 2 partiell	9.00	2	.01			
Schritt 2 gesamt	31.07	4	<.001	503.54	.08	.10

Allerdings erweist sich beim Blick auf die Prädiktoren der Regressionsgleichung auch in Bezug auf diese Variable Maskulinität – gemeinsam mit dem Alter der Befragten – als signifikanter Prädiktor der Einschätzung des Gesundheitszustands im Vergleich zu anderen Personen gleichen Alters und Geschlechts (vgl. Tab. 59). Somit können H_{7d} und H_{8d} angenommen und die entsprechenden Nullhypothesen verworfen werden.

Tab. 59: Logistische Regressionskoeffizienten – *Gesundheitszustand im Vergleich viel besser & besser*

	B	SE	p	Exp (b)	95% CI	
					Lower	Upper
Alter	0.04	0.01	<.001	1.04	1.02	1.07
Geschlecht	0.21	0.21	.31	1.24	0.82	1.88
Intercept	-2.51	0.54	<.001	0.08		
Alter	0.05	0.01	<.001	1.05	1.03	1.07
Geschlecht	0.16	0.23	.49	1.17	0.75	1.83
Maskulinität ¹	0.32	0.11	.00	1.38	1.11	1.71
Femininität ¹	0.01	0.11	.92	1.01	0.81	1.27
Intercept	-2.66	0.56	<.001	0.07		

¹ z-standardisierter Skalenmittelwert

N = 387

Wiederum ist nicht das Geschlecht der Befragten ausschlaggebend, sondern deren G-SK. Maskulinität geht mit einer höheren Wahrscheinlichkeit einher, den

eigenen Gesundheitszustand im Vergleich mit anderen Personen gleichen Alters und Geschlechts als *besser* oder *viel besser* zu bewerten.

Wie sich der Gesundheitszustand in den fünf Jahren, die der Befragung vorausgegangen sind, geändert hat bzw. ob die Einschätzung bzgl. dieser Frage im Zusammenhang mit dem Geschlecht bzw. dem Geschlechtsrollen-Selbstkonzept steht, wurde in einem weiteren Schritt überprüft. Erneut wurde im zweiten Schritt der Regressionsanalyse, bei dem die G-SK-Dimensionen Maskulinität und Femininität als Prädiktoren eingeschlossen wurde, eine signifikante Verbesserung der Modellanpassung erzielt (vgl. Tab. 60).

Tab. 60: Güte des logistischen Regressionsmodells – *Veränderung des Gesundheitszustands sehr verbessert & verbessert*

	χ^2	df	p	-2 Log-Likelihood	Cox&Snell R ²	Nagelkerkes R ²
Schritt 1	0.65	2	.72	362.99	.00	.00
Schritt 2 partiell	10.32	2	.01			
Schritt 2 gesamt	10.97	4	.03	352.67	.03	.05

Wie die Übersicht über die Prädiktoren der Regressionsgleichung zeigt (vgl. Tab. 61), erweist sich nur Maskulinität als statistisch relevanter Prädiktor.

Tab. 61: Logistische Regressionskoeffizienten – *Veränderung des Gesundheitszustands sehr verbessert & verbessert*

	B	SE	p	Exp (b)	95% CI	
					Lower	Upper
Alter	-0.01	0.01	.61	0.99	0.97	1.02
Geschlecht	-0.14	0.28	.60	0.87	0.51	1.48
Intercept	-1.14	0.65	.08	0.32		
Alter	-0.00	0.01	.77	1.00	0.97	1.02
Geschlecht	-0.16	0.29	.59	0.86	0.48	1.52
Maskulinität ¹	0.42	0.15	.01	1.52	1.13	2.03
Femininität ¹	0.14	0.15	.33	1.15	0.86	1.54
Intercept	-1.33	0.68	.05	0.27		

¹ z-standardisierter Skalenmittelwert

N = 389

Auch H_{7e} und H_{8e} können somit angenommen werden. Maskulinität geht mit einer höheren Wahrscheinlichkeit einher, die Veränderung des eigenen Ge-

sundheitszustands in den der Befragung vorausgegangenen fünf Jahren als *verbessert* oder *sehr verbessert* zu bewerten.

Abschließend wurde überprüft, inwiefern sich Zusammenhänge von G-SK bzw. Geschlecht und dem Ausmaß zeigen, zu dem die befragten Personen nach eigener Auffassung auf ihre Gesundheit achten. Anders als bei den oben bereits untersuchten Variablen der *Globalen Gesundheit* zeigte hier der im ersten Schritt durchgeführte χ^2 -Unabhängigkeitstest einen signifikanten Geschlechtsunterschied ($\chi^2 = 27.14$, $df=2$, $p < .001$), da Frauen häufiger angaben, *stark* bzw. *sehr stark* auf ihre Gesundheit zu achten. Dies spiegelt sich auch in der Güte der Modellanpassung wieder (vgl. Tab. 62).

Tab. 62: Güte des logistischen Regressionsmodells – *Achten auf Gesundheitszustand sehr stark & stark*

	χ^2	<i>df</i>	<i>p</i>	-2 Log-Likelihood	Cox&Snell R^2	Nagelkerkes R^2
Schritt 1	32.03	2	<.001	506.87	.08	.11
Schritt 2 partiell	17.15	2	<.001			
Schritt 2 gesamt	49.19	4	<.001	489.72	.12	.16

Die Hinzunahme von Maskulinität und Femininität im zweiten Schritt resultierte jedoch nochmals in einer signifikanten Verbesserung der Modellanpassung. Neben dem Alter und dem Geschlecht stellte sich hypotesenkonform auch Femininität als relevanter Prädiktor heraus (vgl. Tab. 63).

Tab. 63: Logistische Regressionskoeffizienten – *Achten auf Gesundheitszustand sehr stark & stark*

	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>	<i>Exp (b)</i>	95% <i>CI</i>	
					<i>Lower</i>	<i>Upper</i>
Alter	0.02	0.01	.03	1.02	1.00	1.04
Geschlecht	1.17	0.22	<.001	0.31	0.20	0.47
Intercept	-0.41	0.52	.43	0.66		
Alter	0.03	0.01	.01	1.03	1.01	1.05
Geschlecht	-1.03	0.23	<.001	0.36	0.23	0.56
Maskulinität ¹	0.21	0.11	.06	1.24	0.99	1.54
Femininität ¹	0.39	0.12	.00	1.48	1.17	1.86
Intercept	-0.67	0.54	.21	0.51		

¹ z-standardisierter Skalenmittelwert
N = 391

H_{7h} kann somit angenommen werden: Eine ausgeprägte Femininität geht – verglichen mit einer schwächeren Ausprägung dieser G-SK-Dimension – mit einer höheren Wahrscheinlichkeit einher, *stark* bzw. *sehr stark* auf die eigene Gesundheit zu achten. Da dieser Zusammenhang jedoch mit einem β -Koeffizienten von .39 deutlich schwächer ausfällt als jener mit dem biologischen Geschlecht der Befragten ($\beta=-1.03$), kann die Nullhypothese zu H_{8h} nicht verworfen werden.

(2) Beschwerdewahrnehmung

Zur Überprüfung der Angaben bzgl. Beschwerdewahrnehmung hinsichtlich der postulierten Assoziationen von G-SK bzw. Geschlecht wurden erneut multiple hierarchische Regressionen durchgeführt, bei denen in einem ersten Schritt Alter und Geschlecht der Befragten und im zweiten Schritt die G-SK-Dimensionen Maskulinität und Femininität ergänzt wurden.

Der Einschluss der Prädiktoren Alter und Geschlecht im ersten Schritt resultiert in einem signifikanten $R^2_{korr.}$ für alle drei überprüften Kriterien, also sowohl für die angegebene Gesamtbeschwerdelast als auch für die Teilmenge physischer und psychischer Beschwerden (vgl. Tab. 64). Das Geschlecht erweist sich als relevanter Prädiktor, was die Ergebnisse der Kovarianzanalyse widerspiegelt.

Tab. 64: Ergebnisse der Regressionsanalysen mit beschwerdebezogenen Kriterien und Geschlecht, Alter sowie G-SK als Prädiktoren

	Beschwerden gesamt		Physische Beschwerden		Psychische Beschwerden	
	β	$R^2_{korr.}$	β	$R^2_{korr.}$	β	$R^2_{korr.}$
Alter	.07		.11		.02	
Geschlecht	.13*		.11*		.15**	
		.01*		.01*		.02*
Alter	.07		.10		-.02	
Geschlecht	.08		.06		.09	
Maskulinität ¹	-.20***		-.17**		-.18**	
Femininität ¹	.10		.09		.12*	
		.06***		.04**		.06***
ΔR^2		.05***		.03**		.04**

¹ z-standardisierter Skalenmittelwert

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$;

N=344-368

Die Hinzunahme der G-SK-Dimensionen Maskulinität und Femininität im zweiten Analyseschritt führt bei allen drei beschwerdebezogenen Kriterien zu einem statistisch bedeutsamem Zuwachs der Varianzaufklärung – im Sinne eines signifikanten ΔR^2 .

Unter Berücksichtigung der G-SK-Dimensionen Femininität und Maskulinität im zweiten Schritt der Regressionsanalyse reduzierten sich der β -Koeffizienten des Geschlechts bei der Gesamtbeschwerdelast von .13 auf .08, bei den physischen Beschwerden von .11 auf .06 und bei den psychischen Beschwerden von .15 auf .09. Zudem rutschten die β -Koeffizienten unter die Signifikanzgrenze und verloren somit ihre statistische Bedeutsamkeit. Gleichzeitig erwies sich jedoch Maskulinität als signifikanter – negativer – Prädiktor aller beschwerdebezogenen Kriterien. Somit können H_{7f} und H_{8f} angenommen werden: Maskulinität geht mit einer geringeren Angabe wahrgenommener Beschwerden einher, wohingegen sich das Geschlecht der Befragten als irrelevant erwies.

Überraschenderweise stellt sich auch Femininität als Prädiktor psychischer Beschwerden heraus und geht mit einer höheren Nennung von Beschwerden aus diesem Formenkreis einher.

(3) Bewertung des motorischen Funktionsstatus

Die Regressionsanalysen bzgl. der Einschätzung des motorischen Funktionszustands unter Einschluss der Prädiktoren Alter und Geschlecht im ersten Schritt resultieren in einem signifikanten R^2_{korrr} für alle überprüften Kriterien, also sowohl für den Gesamtfunktionsstatus als auch hinsichtlich der einzelnen erfassten motorischen Hauptbeanspruchungsformen (vgl. Tab. 65).

Sowohl das Alter als auch das Geschlecht der Befragten erweisen sich im ersten Schritt der Analyse als signifikante Prädiktoren aller überprüften Kriterien. Je älter die Personen sind, desto schlechter schätzen sie ihren Funktionsstatus ein. Ebenso bewerten Frauen – mit einer Ausnahme beim Kriterium Beweglichkeit – ihre Fitness schlechter als Männer, was im Wesentlichen die Kovarianzanalysen (Vgl. Kap. 10.5.1) widerspiegelt.

Tab. 65: Ergebnisse der Regressionsanalysen zum motorischen Funktionsstatus

	Gesamt		Kraft		Ausdauer		Beweglichk.		Koordination	
	β	$R^2_{\text{korr.}}$	β	$R^2_{\text{korr.}}$	β	$R^2_{\text{korr.}}$	β	$R^2_{\text{korr.}}$	β	$R^2_{\text{korr.}}$
Alter	-.52***		-.38***		-.40***		-.23***		-.56***	
Geschlecht	-.17***		-.36***		-.17***		.23***		-.23***	
		.26***		.22***		.16***		.12***		.32***
Alter	-.51***		-.37***		-.39***		-.22***		-.55***	
Geschlecht	-.17***		-.36***		-.16**		.22***		-.25***	
Maskulinität ¹	.11*		.14*		.12*		.07		.06	
Femininität ¹	.07		.12		.04		.05		.08	
		.28***		.24***		.17***		.12***		.33***
ΔR^2		.02**		.02**		.02*		.01		.01*

¹ z-standardisierter Skalenmittelwert

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$;

$N = 381-387$

Die Hinzunahme der G-SK-Dimensionen Maskulinität und Femininität im zweiten Analyseschritt führt bis auf das Kriterium Beweglichkeit bei allen anderen zu einem statistisch bedeutsamem Zuwachs der Varianzaufklärung – im Sinne eines signifikanten ΔR^2 . Maskulinität erweist sich als signifikanter Prädiktor der Einschätzung des Gesamtfunktionsstatus sowie in Bezug auf die Einschätzung von Kraft und Ausdauer. H_{7g} kann somit bestätigt werden. Allerdings kann H_{8g} mit Blick auf die im Vergleich zum Prädiktor Geschlecht niedrigeren β -Koeffizienten nicht angenommen werden: Maskulinität geht zwar mit einer besseren Bewertung des motorischen Funktionsstatus einher, allerdings ist dessen Bedeutsamkeit geringer als die des biologischen Geschlechts der Befragten.

10.5.3 Überprüfung auf Moderatoreffekte durch Maskulinität

Abschließend soll der Annahme nachgegangen werden, dass Maskulinität einen moderierenden Effekt auf die Zusammenhänge der einzelnen gesundheitsbezogenen Einschätzungen des Gesundheits-Selbstkonzepts sowie dieser Einschätzungen und der Inanspruchnahme professioneller ärztlicher Hilfe hat. Diese Annahme baut darauf auf, dass Menschen mit einem stark ausgeprägten maskulinen G-SK möglicherweise für sich selbst oder auch nach außen hin den Anschein von Robustheit, Toughness und Unverwundbarkeit wahren möchten. Zunächst wurde überprüft, ob sich die Maskulinität moderierend auf den Zu-

sammenhang von Beschwerdewahrnehmung auf die Einschätzung des aktuellen Gesundheitszustands auswirkt.

Wie zu erwarten war, zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang von Beschwerdewahrnehmung und der Einschätzung des Gesundheitszustands: Je höher die wahrgenommene Beschwerdelast ist, desto schlechter wird der Gesundheitszustand beschrieben (vgl. Tab. 66).

Tab. 66: Analyse des postulierten Moderatoreffekts von Maskulinität auf den Zusammenhang von Beschwerdelast und den aktuellen Gesundheitszustand

	B	SE	t	p	95% CI	
					Lower	Upper
Konstante	1.77	0.03	69.23	<.001	1.72	1.82
Maskulinität ¹	0.04	0.03	1.14	.26	-0.03	0.11
Beschwerden ¹	-0.02	0.00	-7.25	<.001	-0.03	-0.02
Maskulinität x Beschwerden	0.01	0.00	3.25	.01	0.00	0.01

R² = .27

¹ z-standardisierter Skalenmittelwert

N = 384

Des Weiteren deutet die signifikante Interaktion Maskulinität und Beschwerden darauf hin, dass in der Tat ein Moderatoreffekt von Maskulinität auf den beschriebenen Zusammenhang von Beschwerdewahrnehmung und Gesundheitseinschätzung besteht. Abbildung 23 illustriert diesen Moderatoreffekt.

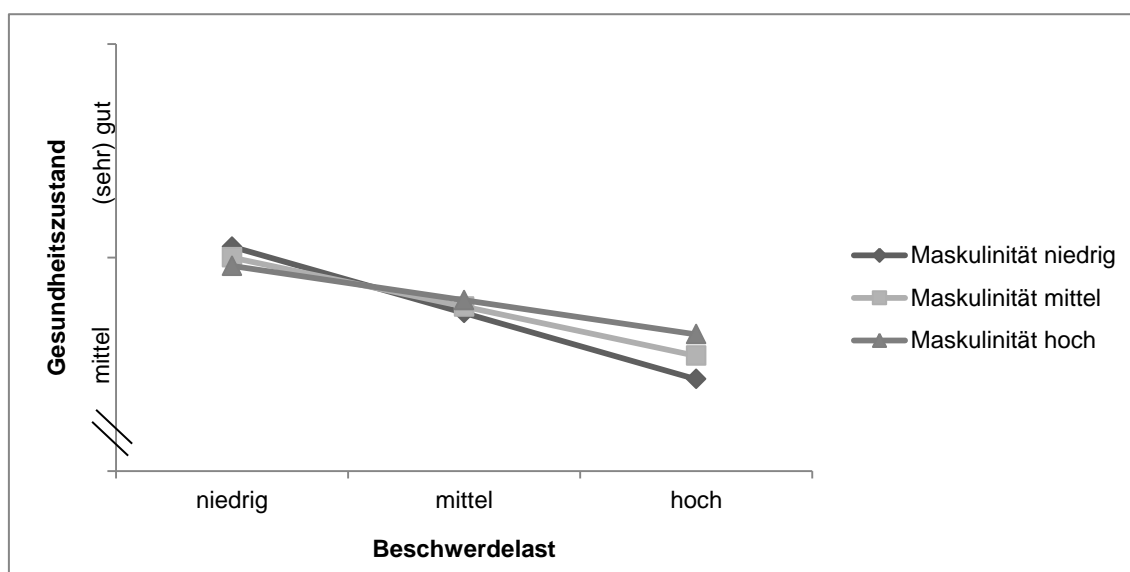


Abb. 23: Darstellung des Moderatoreffekts von Maskulinität auf den Zusammenhang von Beschwerdelast und Einschätzung des Gesundheitszustands

H_{9a} kann somit angenommen werden: Maskulinität geht bei gleicher Beschwerdewahrnehmung mit einer besseren Bewertung des eigenen Gesundheitszustands einher.

In gleicher Weise wurde überprüft, ob sich Maskulinität auch moderierend auf den Zusammenhang der Einschätzung des motorischen Funktionsstatus mit jener des aktuellen Gesundheitszustands auswirkt (vgl. Tab. 67).

Tab. 67: Analyse des postulierten Moderatoreffekts von Maskulinität auf den Zusammenhang des motorischen Funktionsstatus mit dem aktuellen Gesundheitszustand

	B	SE	t	p	95% CI	
					Lower	Upper
Konstante	1.76	0.03	66.53	<.001	1.71	1.81
Maskulinität ¹	0.06	0.04	1.69	.09	-0.01	0.13
Funktionszustand ¹	0.02	0.00	4.33	<.001	0.01	0.02
Maskulinität x Funktionszustand	0.00	0.00	-1.08	.28	-0.01	0.00

R² = .10

¹ z-standardisierter Skalenmittelwert

N = 382

Es zeigte sich ein zu erwartender positiver Zusammenhang von der Einschätzung des motorischen Funktionszustands mit der Einschätzung des aktuellen Gesundheitszustands, der sich auch in Abbildung 24 erkennen lässt.

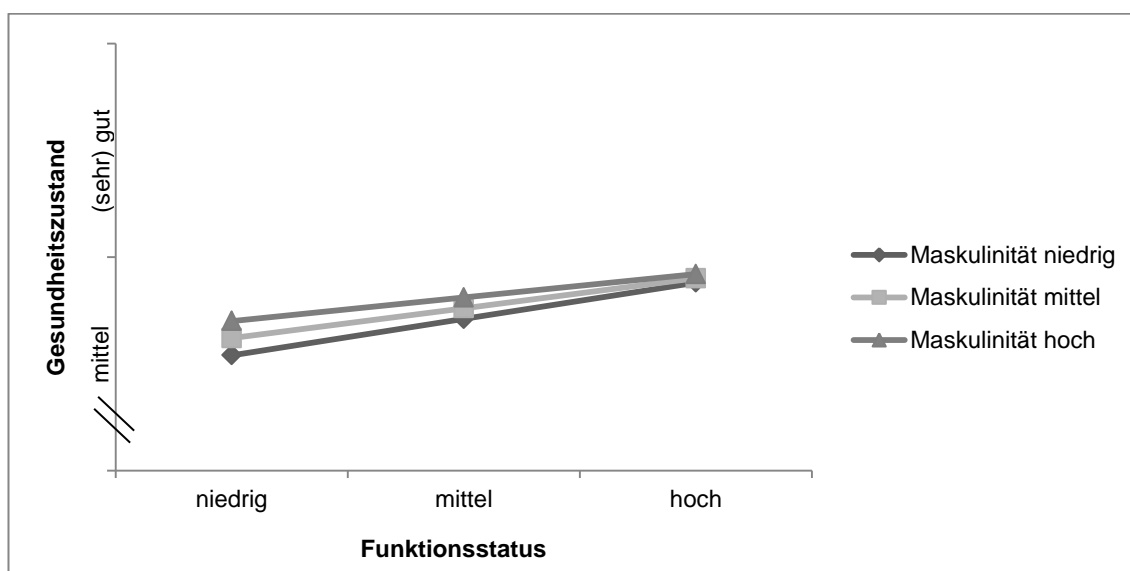


Abb. 24: Darstellung des Moderatorerffekts von Maskulinität auf den Zusammenhang von Funktionsstatus und Einschätzung des Gesundheitszustands

Der postulierte Moderatoreffekt der Maskulinität auf diese Assoziation konnte jedoch nicht beobachtet werden, wie sich an der nicht-signifikanten Interaktion von Maskulinität und Funktionszustand ablesen lässt. Die grafische Darstellung lässt zwar Tendenzen in der postulierten Weise erahnen, dennoch kann H_{9b} aufgrund der ausgebliebenen Beobachtung eines Moderatoreffekts zugunsten der Nullhypothese nicht angenommen werden.

In weiteren Schritten wurde überprüft, ob die Zusammenhänge von Beschwerdewahrnehmung, Einschätzung des Gesundheitszustands und des motorischen Funktionsstatus mit der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe durch die Maskulinität moderiert werden. In Bezug auf den Zusammenhang von Beschwerden und Arztbesuchen lieferte die Analyse keine Überraschung (vgl. Tab. 68).

Tab. 68: Analyse des postulierten Moderatoreffekts von Maskulinität auf den Zusammenhang von Beschwerdewahrnehmung und der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe

	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>95% CI</i>	
					<i>Lower</i>	<i>Upper</i>
Konstante	3.00	0.21	14.38	<.001	2.59	3.41
Maskulinität ¹	-0.37	0.58	-0.64	.52	-1.50	0.77
Beschwerden ¹	0.11	0.03	4.38	<.001	0.06	0.17
Maskulinität x Beschwerden	-0.07	0.08	-0.88	.38	-0.23	0.09

$R^2 = .14$

¹ z-standardisierter Skalenmittelwert

$N = 362$

Die Beschwerdewahrnehmung ist – wie zu erwarten war – signifikanter Prädiktor der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe. Die nicht-signifikante Interaktion von Maskulinität und Beschwerdewahrnehmung deutet jedoch darauf hin, dass Maskulinität nicht moderierend auf diesen Zusammenhang einwirkt, wenngleich auch die Grafik dies suggeriert (vgl. Abb. 25).

H_{10a} kann somit nicht angenommen werden. Maskulinität wirkt sich nicht auf den Zusammenhang von Beschwerdewahrnehmung und Arztbesuchen aus. Demnach kann nicht davon ausgegangen werden, dass Personen, die unter vergleichbaren Beschwerden leiden, seltener einen Arzt aufsuchen, wenn bei ihnen die Maskulinitätsdimension im Geschlechtsrollen-Selbstkonzept stark ausgeprägt ist.

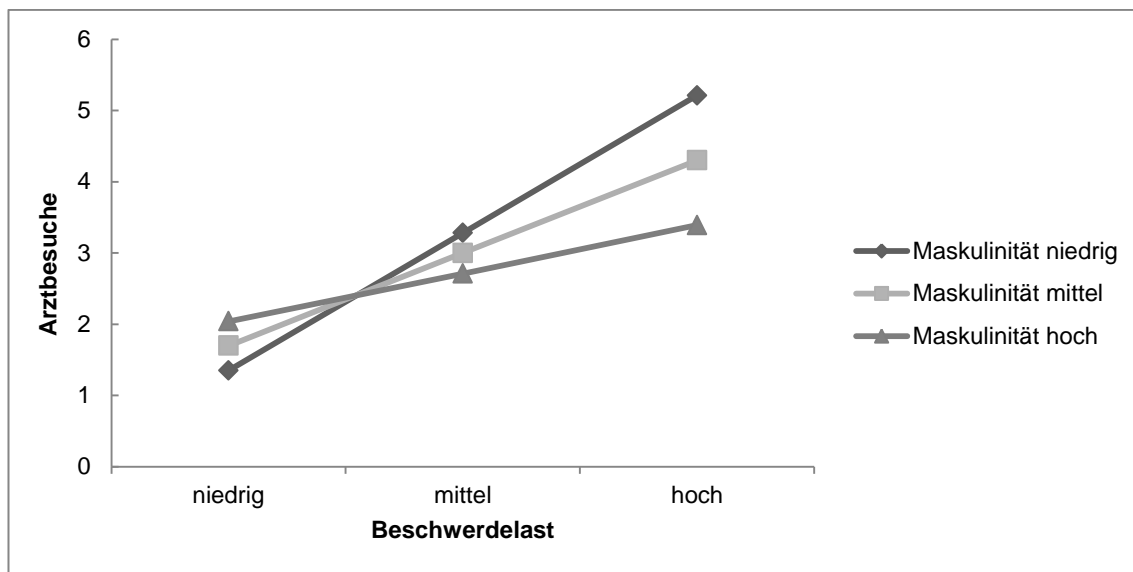


Abb. 25: Darstellung des Moderatoreffekts von Maskulinität auf den Zusammenhang von Beschwerdelast und der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe

Ein ähnliches Bild zeigt sich im Hinblick auf den untersuchten Zusammenhang der Einschätzung des aktuellen Gesundheitszustands mit der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe (vgl. Tab. 69).

Tab. 69: Analyse des postulierten Moderatoreffekts von Maskulinität auf den Zusammenhang von der Einschätzung des Gesundheitszustands und der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe

	B	SE	t	p	95% CI	
					Lower	Upper
Konstante	3.02	0.20	15.11	<.001	2.63	3.41
Maskulinität ¹	-0.20	0.54	-0.38	.71	-1.26	0.85
Gesundheitszustand ¹	-2.11	0.59	-3.61	<.001	-3.26	-0.96
Maskulinität x Gesundheitszustand	1.09	0.99	1.11	.27	-0.85	3.03

R² = .11

¹ z-standardisierter Skalenmittelwert

N = 371

Wiederum zeigte sich lediglich der zu erwartende signifikante Zusammenhang zwischen der Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands und der Anzahl der Arztbesuche. Personen, die ihren Gesundheitszustand als schlecht bzw. sehr schlecht bewerten, gehen folglich häufiger zum Arzt als jene, die ihre Gesundheit positiv bewerten. Dieser Zusammenhang lässt sich auch aus der grafischen Darstellung in Abbildung 26 ablesen. Maskulinität wirkt sich auf diesen Zusammenhang nicht in statistisch bedeutsamem Maße aus.

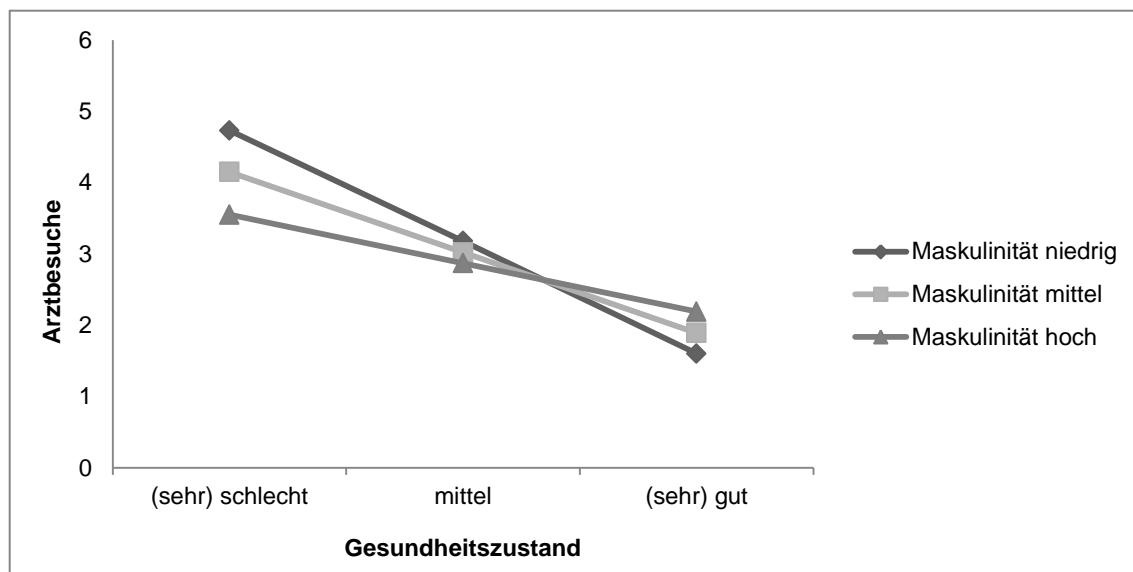


Abb. 26: Darstellung des Moderatoreffekts von Maskulinität auf den Zusammenhang von der Einschätzung des Gesundheitszustands und der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe

Abschließend wurde überprüft, inwiefern die Einschätzung des motorischen Funktionsstatus mit der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe einhergeht und ob die Ausprägung der Maskulinität hierbei eine Rolle spielt (vgl. Tab. 70).

Tab. 70: Analyse des postulierten Moderatoreffekts von Maskulinität auf den Zusammenhang von der Einschätzung des motorischen Funktionsstatus und der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe

	B	SE	t	p	95% CI	
					Lower	Upper
Konstante	3.01	0.21	14.57	<.001	2.60	3.42
Maskulinität ¹	-0.14	0.36	-0.32	.75	-0.81	0.59
Funktionszustand ¹	-0.09	0.03	-2.85	.01	-0.15	-0.03
Maskulinität x Funktionszustand	0.12	0.13	0.88	.38	-0.15	0.38

R² = .10

¹ z-standardisierter Skalenmittelwert

N = 363

Auch im Hinblick auf diese Fragestellung zeigt sich lediglich der zu erwartende Zusammenhang von der Einschätzung des motorischen Funktionsstatus und Arztbesuchen (vgl. Abb. 27). Personen, die ihren motorischen Funktionsstatus hoch einschätzen, gehen seltener zum Arzt als jene, um deren Fitness es weniger gut bestellt ist. Maskulinität spielt in dieser Gleichung keine entscheidende Rolle.

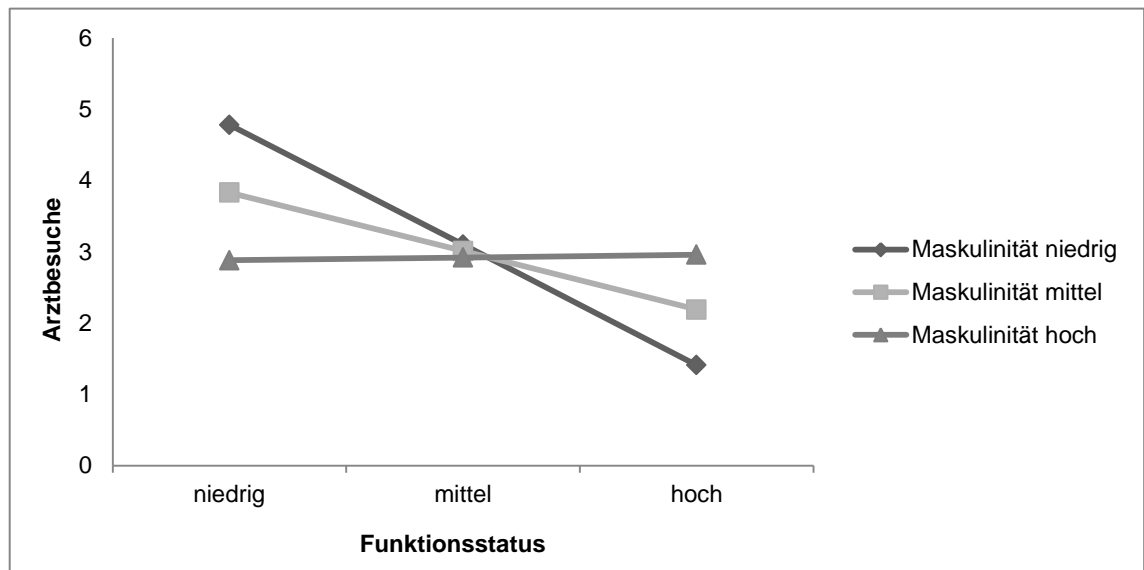


Abb. 27: Darstellung des Moderatoreffekts von Maskulinität auf den Zusammenhang von der Einschätzung des motorischen Funktionsstatus und der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe

Somit können weder H_{10b} noch H_{10c} angenommen werden. Insgesamt bleibt demnach festzuhalten, dass im Hinblick auf die Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe keinerlei Moderatoreffekte durch die Maskulinität beobachtet werden konnten.

IV Zusammenfassung und Ausblick

11 Zusammenfassung und Diskussion

Das zentrale Konstrukt der vorliegenden Forschungsarbeit ist das Geschlechtsrollen-Selbstkonzept (G-SK), also die Identifikation eines Individuums mit gesellschaftlichen Geschlechterstereotypen und -rollen. Es spiegelt wider, zu welchem Ausmaß diese Aspekte ins Selbstkonzept integriert wurden und sich Personen folglich in Hinblick auf die Ausprägung ihrer Femininität und Maskulinität selbst wahrnehmen.

Wesentliches Ziel der Arbeit war es, die Bedeutung des Geschlechtsrollen-Selbstkonzepts für die Ausübung körperlicher Aktivität und das Essverhalten sowie für gesundheitsbezogene Selbsteinschätzungen im Sinne des Gesundheits-Selbstkonzepts zu untersuchen und dabei zu eruieren, ob es in Bezug auf die Merkmalsausprägung gar eine höhere Relevanz besitzt als das biologische Geschlecht. Diese forschungsleitende Fragestellung wurde bislang weder auf nationaler noch auf internationaler Ebene in hinreichendem Maße untersucht. An dieser Forschungslücke wurde angeknüpft, um weiterführende und tiefer gehende Kenntnisse hinsichtlich der Zusammenhänge von Geschlecht, Gesundheit und gesundheitsrelevantem Handeln zu erlangen.

Nach systematischer Aufarbeitung des aktuellen Forschungsstands wurden hierfür insgesamt drei Studien mit unterschiedlicher Schwerpunktsetzung durchgeführt. Zielpopulation von Studie I waren gesunde Personen im mittleren und höheren Erwachsenenalter, bei denen die empirischen Daten bzgl. des Gesundheits-Selbstkonzepts und der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe erhoben wurden. Darüber hinaus haben die Teilnehmer an Studie I das für die vorliegende Arbeit zentrale Instrument *Bem Sex Role Inventory* (BSRI) zur Erfassung des Geschlechtsrollen-Selbstkonzepts ausgefüllt. Dieses Instrument musste vor seiner Verwendung im Rahmen der statistischen Analysen intensiv hinsichtlich seiner psychometrischen Güte überprüft und daraufhin grundlegend überarbeitet werden. Da das Instrument in Studie I lediglich von Personen im mittleren und höheren Erwachsenenalter bearbeitet wurde, die Überprüfung jedoch idealerweise an einem Datenersatz erfolgen sollte, der eine größere Altersspanne

abdeckt, wurde Studie II durchgeführt. Sie wurde als Online-Studie konzipiert und erreichte somit insbesondere Personen im frühen Erwachsenenalter, die bei Studie I zuvor nicht berücksichtigt werden konnten. Das überarbeitete Instrument konnte schließlich in Studie III eingesetzt werden, wo Jugendliche sowie deren Eltern zu ihrer körperlichen Aktivität und ihrem Essverhalten befragt wurden.

Die erwarteten Zusammenhänge von Geschlechtsrollen-Selbstkonzept mit der Ausübung körperlicher Aktivität und dem Essverhalten sowie dem Gesundheits-Selbstkonzept und der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe wurden in einem eigenen theoretischen Erklärungsansatz beschrieben. Ausgangspunkt hierfür war das heuristische *Modell zu Geschlechterrollen und Gesundheit* (Sieverding, 2005, 2010), das einen theoretischen Bezugsrahmen liefert, der die Entstehung von Gesundheit und Krankheit unter der Berücksichtigung gesellschaftlicher Gender-Konstruktionen beschreibt. Dieses Modell wurde auf drei Ebenen erweitert, wofür Erkenntnisse aus verschiedenen Modellen und Theorien des Gesundheitsverhaltens – insbesondere dem *Eccles Expectancy-Value Model* (Eccles et al., 1983) und der *Self-Determination Theory* (Ryan & Deci, 1985, 2000) – sowie im Falle des *Differentiated Androgyny Model* (Marsh & Byrne, 1991) aus der Genderforschung die Grundlage bildeten.

Das eigene Erklärungsmodell geht von drei zentralen Annahmen aus. Erstens: Das Geschlechtsrollen-Selbstkonzept ist mit der Ausübung körperlicher Aktivität und dem Essverhalten sowie mit gesundheitsbezogenen Selbsteinschätzungen im Sinne eines Gesundheits-Selbstkonzepts assoziiert und spielt diesbezüglich eine bedeutsamere Rolle als das biologische Geschlecht. Zweitens: Der Zusammenhang von G-SK und körperlicher Aktivität bzw. Essverhalten ist kein direkter, sondern wird von der verhaltensspezifischen intrinsischen Motivation mediiert. Drittens: Das G-SK moderiert die Zusammenhänge gesundheitsbezogener Selbsteinschätzungen untereinander sowie jene dieser Selbsteinschätzungen mit der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe. Alle diese Erwartungen zu den verschiedenen postulierten Zusammenhängen wurden anschließend als operationalisierte Hypothesen formuliert, so dass sie empirisch geprüft werden konnten.

Vor der Hypothesenprüfung war jedoch die umfangreiche und aufwendige Überprüfung der psychometrischen Eigenschaften des *BSRI* nötig. Ziel war es, mittels exploratorischer und konfirmatorischer Faktorenanalyse anhand zweier unabhängiger Stichproben (Studien I und II) die psychometrische Güte des Instruments zu ermitteln bzw. zu verbessern sowie eine Invarianztestung durchzuführen. Handlungsleitend war darüber hinaus die Absicht, das Instrument, das im Original insgesamt 60 Items umfasst, zu kürzen und somit dessen Testökonomie zu verbessern, was insbesondere für den Einsatz in der jugendlichen Stichprobe von Studie III als wichtig erachtet wurde. Die Überprüfung erfolgte in vier aufeinanderfolgenden Schritten. Zunächst wurde die Struktur des Instruments mittels exploratorischer Faktorenanalyse überprüft und unpassende Items eliminiert. Das so entstandene Modell wurde anschließend per konfirmatorischer Faktorenanalyse an einer unabhängigen Stichprobe abgesichert. Nachfolgend wurde das Modell mittels Multi-Group-Analysen auf Messinvarianz überprüft. Abschließend erfolgte eine Reliabilitätsanalyse sowohl auf Skalen- als auch auf Itemebene.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die im Rahmen der exploratorischen Faktorenanalyse ermittelte Struktur des *BSRI* einer Überprüfung mittels konfirmatorischer Faktorenanalyse standhält. Unter Berücksichtigung der verschiedenen Indizes kann der globale Modellfit des überarbeiteten Instruments als akzeptabel bezeichnet werden. Über verschiedene Personengruppen hinweg kann für das Messmodell konfigurale und metrische Invarianz bestätigt werden, wodurch die Grundvoraussetzung zum Einsatz im Rahmen der vorliegenden Untersuchung gegeben war. Darüber hinaus zeigen die beiden gekürzten Skalen für die Dimensionen Maskulinität und Femininität – bis auf eine Ausnahme – akzeptable bis gute interne Konsistenzen in allen untersuchten Stichproben. Vor diesem Hintergrund kann der Versuch, das zentrale Erhebungsinstrument der vorliegenden Studie mittels exploratorischer und konfirmatorischer Faktorenanalyse zu überprüfen, zu kürzen und gleichzeitig eine verbesserte psychometrische Güte zu erzielen, als erfolgreich bezeichnet werden.

In allen drei Studien wurden jeweils *ad-hoc-Stichproben* (Bortz & Schuster, 2010) von 394 (Studie I), 427 (Studie II) und 519 (Studie IIIa – Erwachsene)

bzw. 297 (Studie IIIb – Jugendliche) Personen untersucht. In keiner der drei Studien ist eine Repräsentativität der Stichprobe in Bezug auf die Schichtzugehörigkeit gegeben. Insbesondere in Studie II ist mit knapp 80% der Befragten die Oberschicht deutlich überrepräsentiert. Bei den Jugendlichen zeigt sich ebenfalls eine gewisse Schieflage mit Blick auf die besuchte Schulform, da Gymnasiasten mit rund 65% ebenfalls überproportional vertreten sind. Dies ist jedoch nicht nur in der vorliegenden Arbeit der Fall, sondern stellt ein generelles Problem der empirischen Gesundheitsforschung dar (Jungbauer-Gans & Gross, 2006). So ist bei Studien im Gesundheitskontext sehr häufig ein so genannter *selection bias* zu beobachten: Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die freiwillig an einer solchen Untersuchung teilnehmen, unterscheiden sich von den Nicht-Teilnehmenden oftmals hinsichtlich verschiedener Merkmale, darunter bspw. Migrationshintergrund, Familientyp, Einkommensverhältnisse, Schulbildung und Schichtzugehörigkeit (Goodman & Gatward, 2008; Regber et al., 2013; Strandhagen et al., 2010). Für die vorliegende Untersuchung ist dies insofern relevant, als dass durch die Überrepräsentation der Oberschicht in der Stichprobe Verzerrungen insbesondere in den Angaben zur Ausübung körperlicher Aktivität und dem Essverhalten zu erwarten sind. So hat sich in der epidemiologischen Forschung vielfach gezeigt, dass bei Personen und Familien mit einem höheren sozioökonomischen Status ein gesünderes Essverhalten (HBSC-Team, 2011a, 2011e; Hurrelmann, 2010; Mensink et al., 2007) zu beobachten ist und diese in höherem Maße körperlich bzw. körperlich-sportlich aktiv sind (HBSC-Team, 2011c, 2011f, Iannotti et al., 2009, RKI, 2003, 2006, 2010).

Das Vorgehen im Rahmen der Hypothesenprüfung erfolgte schrittweise. In einem ersten Schritt wurden die Untersuchungsvariablen der körperlichen Aktivität und des Essverhaltens sowie des Gesundheits-Selbstkonzepts im Hinblick auf mögliche Geschlechtsunterschiede analysiert, wofür Kovarianzanalysen berechnet bzw. χ^2 -Unabhängigkeitstests durchgeführt wurden. In einem zweiten Schritt wurde anschließend mittels regressionsanalytischer Verfahren geprüft, inwiefern Zusammenhänge zwischen dem Geschlechtsrollen-Selbstkonzept einerseits sowie dem biologischen Geschlecht andererseits mit den Untersuchungsvariablen bestehen. Ausgehend von der Annahme, dass das G-SK die Zusammenhänge gesundheitsbezogener Selbsteinschätzungen untereinander

sowie jene dieser Selbsteinschätzungen mit der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe moderiert, wurden in einem dritten Schritt entsprechende Moderatoranalysen durchgeführt. Bei den Untersuchungsvariablen im Bereich der körperlichen Aktivität und des Essverhaltens werden mediierende Einflüsse der verhaltensspezifischen intrinsischen Motivation vermutet, weswegen hier per Strukturgleichungsmodellierung Mediatoranalysen angestellt wurden.

In Bezug auf die körperliche Aktivität zeigte sich bei den Jugendlichen hypothesenkonform, dass hinsichtlich Ausübungsdauer intensiver körperlicher Aktivität, Ausübungshäufigkeit körperlicher Aktivität sowie Energieumsatz durch körperliche Aktivität nicht das Geschlecht entscheidend ist, sondern das G-SK: Je maskuliner sich die Jugendlichen beider Geschlechter beschreiben, desto mehr Zeit verbringen sie mit intensiver körperlicher Aktivität, desto häufiger sind sie körperlich aktiv und desto höher ist der Energieumsatz durch körperliche Aktivität. Wie bei den Jugendlichen auch, ist Maskulinität bei den Erwachsenen der stärkste Prädiktor hinsichtlich der Ausübungsdauer intensiver körperlicher Aktivität, wohingegen dem Geschlecht keine statistisch signifikante Bedeutung beikommt. Was jedoch die Kriterien Ausübungshäufigkeit körperlicher Aktivität und Energieumsatz durch körperliche Aktivität anbelangt, so konnte bei den Erwachsenen kein Zusammenhang mit dem G-SK beobachtet werden.

Dort, wo sich Zusammenhänge von Maskulinität und den verschiedenen Ausprägungsformen körperlicher Aktivität zeigten, wurden nachfolgend Mediatoranalysen durchgeführt. Das heißt, dass bei den Jugendlichen getestet wurde, ob die intrinsische Motivation bzgl. körperlicher Aktivität den Zusammenhang von Maskulinität und der Ausübungsdauer intensiver körperlicher Aktivität, der Ausübungshäufigkeit körperlicher Aktivität sowie den Energieumsatz durch körperliche Aktivität mediiert. Bei den Erwachsenen beschränkte sich die Überprüfung folglich auf den Zusammenhang von Maskulinität und der Ausübungsdauer intensiver körperlicher Aktivität.

Mittels Strukturgleichungsmodellierung wurden in zwei aufeinanderfolgenden Schritten alternative Modelle analysiert – eines, das den direkten Zusammenhang von Maskulinität und der aktivitätsbezogenen Variable abbildet, und eines, bei dem die intrinsische Motivation als Mediator hinzumodelliert wurde. Diese

beiden Modelle wurden überprüft, so dass sich aus den Veränderungen der Pfadkoeffizienten sowie der Indizes zur Gütebeurteilung der Modellanpassungen Rückschlüsse bzgl. der postulierten Mediation durch die intrinsische Motivation ableiten lassen.

Hypothesenkonform zeigte sich bei allen überprüften Zusammenhängen, dass die intrinsische Motivation die im Schritt zuvor identifizierte Assoziation von Maskulinität und den verschiedenen Ausprägungsformen körperlicher Aktivität mediiert. Mädchen und Jungen bzw. Frauen und Männer, die sich stark mit der männlichen Geschlechterrolle identifizieren, sind in höherem Maße intrinsisch motiviert, körperlich aktiv zu sein, was sich im Aktivitätsverhalten widerspiegelt.

Im Hinblick auf das Essverhalten wurde in gleicher Weise verfahren. Die statistischen Analysen bestätigten die postulierten Zusammenhänge von G-SK und den untersuchten Variablen des Essverhaltens: Femininität geht mit einer gesünderen Ernährung im Sinne einer höheren Übereinstimmung des Essverhaltens mit den gängigen Verzehrsempfehlungen einher, wohingegen Maskulinität die Häufigkeit des Verzehrs von Fleisch und Wurst vorhersagte. Allerdings konnte dies nur bei den jugendlichen Studienteilnehmern beobachtet werden, nicht jedoch bei den erwachsenen Probanden. Für die Assoziation von Femininität und der Übereinstimmung des Essverhaltens mit den gängigen Empfehlungen zeigte die anschließend durchgeführte Analyse ebenfalls eine Mediation durch die ernährungsbezogene intrinsische Motivation. Mädchen und Jungen mit femininem G-SK sind in hohem Maße intrinsisch motiviert, sich gesund zu ernähren, was sich auch in deren Essverhalten manifestiert. Der Zusammenhang von Maskulinität mit dem Fleisch- und Wurstverzehr wurde in Ermangelung eines validen und reliablen Instruments, das die intrinsische Motivation hinsichtlich des Verzehrs dieser Lebensmittel abbilden könnte, im Rahmen der Mediatoranalysen nicht untersucht.

Die Befunde zusammenfassend, kann davon ausgegangen werden, dass mit der Ausübung gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen, die in hohem Maße mit dem Geschlechtsrollen-Selbstkonzept der handelnden Person kompatibel sind – bei körperlicher Aktivität und dem Verzehr von Fleisch und Wurst mit Maskulinität, im Hinblick auf eine ausgewogene und gesundheitsförderliche Ernährung

mit Femininität – eine Bedürfnisbefriedigung einhergeht, die sich in einer ausgeprägten intrinsischen Motivation manifestiert. Allerdings lieferte die Untersuchung auch Ergebnisse, die einer weiteren Betrachtung bedürfen.

Im Hinblick auf die körperliche Aktivität zeigten sich bei der Stichprobe der erwachsenen Studienteilnehmer durchweg geringere β -Koeffizienten bei dem Prädiktor Maskulinität sowie ein kleinerer Zuwachs der Varianzaufklärung unter Einschluss des G-SK im zweiten Schritt der Regressionsanalyse als bei den Jugendlichen. Dies deutet darauf hin, dass das G-SK für das körperliche Aktivitätsverhalten im Jugendalter eine höhere Relevanz hat als bei Erwachsenen. Eine denkbare Erklärung hierfür wäre, dass Erwachsenen aufgrund von Berufstätigkeit oder familiären Verpflichtungen die Zeit fehlt, körperlich bzw. körperlich-sportlich aktiv zu sein. Das spiegelt sich auch in der deutlich geringeren Dauer wider, die Erwachsene angeben, mit intensiver körperlicher Aktivität zu verbringen. Das Ausüben körperlicher Aktivität Erwachsener ist somit – verglichen mit dem der Jugendlichen – in geringerem Maße selbstbestimmt und von Anforderungen aus der Umwelt überlagert, weswegen die Zusammenhänge von G-SK und Aktivitätsverhalten weniger stark ins Gewicht fallen könnten.

Reflektiert man die Untersuchungsergebnisse in Bezug auf die Zusammenhänge von G-SK und körperlicher Aktivität vor dem Hintergrund des aktuellen Forschungsstands, zeigt sich, dass sie diesen zum einen in unterschiedlichen Aspekten widerspiegeln, zum anderen jedoch auch weit über das bisher Untersuchte hinausgehen und somit bis dato bestehende Forschungslücken schließen. Die systematische Analyse des Forschungsstands (vgl. Kap. 7.4) lieferte unter anderem zwei wesentliche Erkenntnisse: Zum einen, dass das G-SK mit körperlicher Aktivität assoziiert ist, und zum anderen, dass insbesondere die *Maskulinität* hierbei eine zentrale Rolle spielt. Mit Blick auf die Untersuchungsergebnisse der vorliegenden Arbeit können diese beiden Erkenntnisse als bestätigt bezeichnet werden. Darüber hinaus lieferten die durchgeführten Studien bzw. deren Analysen auch eine Vielzahl weiterer Erkenntnisse, die bislang nicht im Fokus wissenschaftlicher Untersuchungen standen.

Bei 67% der Studien zum Zusammenhang von G-SK und körperlicher Aktivität, die im Rahmen der systematischen Analyse bearbeitet wurden, lag das Durch-

schnittsalter der Probanden unter 20 Jahren, bei weiteren 30% zwischen 20 und 30 Jahren und nur bei 3% der Studien über 30 Jahren. Erkenntnisse darüber, inwiefern diese Zusammenhänge auch im mittleren oder späteren Erwachsenenalter bestehen, lagen somit nicht vor. Und tatsächlich zeigen die Analysen, die im Rahmen der vorliegenden Arbeit durchgeführt wurden, dass es hinsichtlich der Bedeutsamkeit des G-SK für die körperliche Aktivität sogar einen ganz deutlichen Unterschied macht, ob man Kinder und Jugendliche oder Erwachsene untersucht. Bei der jüngeren Stichprobe ist die Assoziation von G-SK bzw. seiner Maskulinitätsdimension stärker ausgeprägt als bei den untersuchten Erwachsenen, weswegen Erkenntnisse, die durch Studien mit jungen Probanden gewonnen wurden, nicht generalisiert werden sollten. Stattdessen sollten künftige Studien in einem längsschnittlichen Design die Entwicklung der Assoziation von G-SK und körperlicher Aktivität über die Zeit untersuchen.

Anders als bei vielen Studien zuvor, können aufgrund der Herangehensweise im Rahmen der vorliegenden Untersuchung auch differenzierte Aussagen über den Stellenwert des Geschlechtsrollen-Selbstkonzepts sowie bzgl. der Frage getroffen werden, ob es in Bezug auf die Ausübung körperlicher Aktivität eine höhere Relevanz besitzt als das Geschlecht der Befragten. Dies ermöglicht zum einen die gemischtgeschlechtliche Stichprobenszusammensetzung sowie die Wahl der statistischen Verfahren. Bei 21 der 39 Studien, die im Rahmen der Forschungsstandanalyse erfasst wurden, sind ausschließlich weibliche (18 Studien) bzw. männliche (drei Studien) Probanden untersucht wurden, so dass hierzu keine Aussage getroffen werden konnte. Bei 17 weiteren wurde dieser Frage nicht nachgegangen. Die einzige Studie, die einen vergleichbaren Ansatz wählte (Athenstaedt et al., 2009), erfasste lediglich die Anzahl körperlich-sportlicher Aktivitäten und untersuchte diese im Hinblick auf Zusammenhänge mit dem G-SK. Hier zeigte sich, dass Mädchen und Jungen umso mehr körperlich-sportliche Aktivitäten ausübten, je maskuliner sie sich beschrieben. Hierin spiegelt sich die auch in der vorliegenden Untersuchung bestätigte Beziehung von Maskulinität und körperlicher Aktivität – insbesondere bei Jugendlichen – wider. Allerdings lag der Schwerpunkt hier auf körperlich-sportlicher Aktivität, Alltagsaktivität wurde nicht untersucht und eine Differenzierung hinsichtlich verschiedener Merkmale körperlicher Aktivität erfolgte ebenso wenig.

Hier schließt sich ein weiterer Punkt an, der bisher vernachlässigt wurde: Die unpräzise bzw. fragwürdige Operationalisierung körperlicher Aktivität. Diese beschränkte sich bislang oftmals auf eine dichotome Klassifikation als Nicht-Sportler bzw. Sportler (z. B. Miller & Heinrich, 2001; Park Sang et al., 2012), die Nennung ausgeübter Sportarten (z. B. Athenstaedt et al., 2009; Cazenave et al., 2007; Colley et al., 1996) oder aber eine oberflächliche Selbsteinschätzung des globalen körperlichen Aktivitätsverhaltens – oftmals als Teil eines Instruments, das diverse gesundheitsrelevante Verhaltensweisen erfasst (z. B. Danoff-Burg et al., 2006; Shifren & Bauserman, 1996). Merkmale körperlicher Aktivität wie etwa Ausübungsdauer, -häufigkeit und -intensität oder biographische Aspekte wurden bislang weitestgehend vernachlässigt. Zwar finden sich einige Forschungsarbeiten (Athenstaedt et al., 2009; Baffi et al., 1991; Butcher, 1989; Colley et al., 1996; Covey & Feltz, 1991; Danoff-Burg et al., 2006; Gadbois & Bowker, 2007; Gregson & Colley, 1986; Guillet et al., 2000; Koivula, 1999; Parsons & Betz, 2001; Shifren & Bauserman, 1996), die diese Ausprägungsformen berücksichtigt haben und Maskulinität unisono als relevanten Prädiktor identifizieren, aber alle diese Studien wurden im Kontext des (Leistungs-)Sports durchgeführt.

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurde an diesen Forschungslücken angesetzt. Es konnte gezeigt werden, dass sich die Assoziation von G-SK und körperlicher Aktivität nicht nur auf körperlich-sportliche Aktivität sowie deren qualitative Aspekte (z. B. ausgeübte Sportart) beschränkt, sondern dass sich der Zusammenhang von Maskulinität und körperlicher Aktivität auch in der körperlichen Aktivität im Alltag widerspiegelt.

Die Mehrheit der bisherigen Studien zum Zusammenhang von G-SK und körperlicher Aktivität ist durch einen stark deskriptiven Charakter gekennzeichnet und entbehrt einer theoretischen Fundierung, die sich an Modellen und Theorien des Aktivitätsverhaltens orientiert. Die Beschränkung auf die Darstellung des Verhältnisses zweier Variablen – das G-SK einerseits und körperlicher Aktivität andererseits – greift jedoch zu kurz. Körperliche Aktivität ist eine komplexe Verhaltensweise, die von einer Vielzahl von Determinanten bestimmt wird. In der vorliegenden Arbeit konnte gezeigt werden, dass die aktivitätsbezogene

intrinsische Motivation den Zusammenhang von Maskulinität und Aktivität mediert. Hiermit wurde eine Fragestellung verfolgt und geklärt, die auf Vorarbeiten von Koivula (1999) sowie Park Sang und Mitarbeiter (2012) aufbaute.

Koivula (1999) untersuchte, ob das G-SK der Probanden mit der Ausprägung der Motivstruktur in Bezug auf körperliche Aktivität assoziiert ist. Bei maskulin typisierten Männern waren die Motive *competition/excitement* sowie *competence/skill*, bei femininen Frauen *appearance* stärker ausgeprägt als bei den anderen G-SK-Typen. Diese Ergebnisse spiegeln traditionelle Geschlechterrollen wider: Männer im Allgemeinen, maskulin typisierte im Speziellen, nennen verstärkt an Spannung, persönlichen Herausforderungen und individuellen Kompetenzen orientierte Beweggründe, wohingegen bei Frauen ein Motivspektrum zu beobachten ist, das Aspekte wie Erscheinungsbild und Körperformung, Gesundheitsförderung oder Stimmungsregulation umfasst. Bei näherer Betrachtung unterscheiden sich diese Motive in Bezug auf das Ausmaß, zu dem sie selbstbestimmt sind (Deci & Ryan, 2000) und somit um ihrer selbst willen verfolgt werden. Motive wie Spannung und Freude, das Bestehen von Herausforderungen und das Erleben des eigenen Könnens gelten als selbstbestimmt und spiegeln somit eine intrinsische Handlungsmotivation wider (Markland & Ingledew, 2007). Beweggründe wie bspw. Gewichtsverlust, Verbesserung der äußeren Erscheinung oder auch der Gesundheit hingegen beruhen auf selbst- oder fremdauferlegtem Druck, sind somit nicht-selbstbestimmt und gehen auf eine extrinsische Motivation zurück (Markland & Ingledew, 2007). Es konnte somit angenommen werden, dass nicht nur einzelne Motive, also diverse unterschiedliche Handlungsziele, die Menschen mit der Aufnahme und Ausübung körperlicher Aktivität verfolgen (Ryan, Sheldon, Kasser & Deci, 1996), sondern auch die Art der Motivation, mit der einer körperlichen Aktivität nachgegangen wird, mit dem G-SK assoziiert ist.

Ausgehend von dieser Erkenntnis lag die Vermutung nahe, dass Maskulinität und die intrinsische Motivation zu körperlicher Aktivität in einem positiven Verhältnis stehen, was Park Sang et al. (2012) untersucht haben. In ihrer Studie mit 208 koreanischen Studentinnen konnten sie in den durchgeführten Regressionsrechnungen Maskulinität als signifikanten Prädiktor der intrinsischen aktivi-

tätsbezogenen Motivation identifizieren. Allerdings wurde nicht überprüft, inwiefern sich dieser Zusammenhang auch tatsächlich in der Ausübung körperlicher Aktivität manifestiert. Die vorliegende Studie konnte diese Frage klären und bestätigte, dass Personen mit ausgeprägter Maskulinität in höherem Maße intrinsisch motiviert sind, körperlich aktiv zu sein, was sich auch tatsächlich im Aktivitätsverhalten niederschlägt.

Schwerer zu interpretierende Ergebnisse lieferten die Analysen zum Essverhalten. Zum einen zeigte sich, dass das biologische Geschlecht sowohl bei der jugendlichen als auch der erwachsenen Stichprobe eine wesentlich bedeutsamere Rolle spielt als in Bezug auf körperliche Aktivität. Mädchen und Frauen verzehren häufiger Obst und Gemüse, seltener Fleisch und Wurst und haben insgesamt ein Ernährungsmuster, das in höherem Maße den Empfehlungen entspricht und somit als gesundheitsförderlicher bezeichnet werden kann. Denkbar wären hierfür zwei – möglicherweise komplementäre – Erklärungen:

Anders als beim sehr weiten Betätigungsfeld körperlicher Aktivität bzw. Sport, der „in seiner Vielfalt (Leistungssport, Gesundheitssport, Funsport, Risikosport etc.) sowohl die Bedürfnisse von Frauen als auch der Männer befriedigen [kann]“ (Pfeffer & Alfermann, 2009, S. 67) und der mittlerweile kaum mehr Stigmatisierungspotential hat, bestehen im Hinblick auf das Essverhalten – sowohl was die Auswahl von Speisen angeht als auch in Bezug auf kulinarische Praktiken – durchaus noch unterschiedliche gesellschaftliche Erwartungen an Männer und Frauen. So wird bspw. der Verzehr blutiger Steaks oder das herzhaft Zubeißen in eine Keule als *unweiblich*, das Nippen am Rand eines Teeglasses oder das Knabbern von Möhren in der Kaffeepause als *unmännlich* erachtet (Setzwein, 2009). Diese Erwartungen erzeugen einen gewissen Konformitätsdruck, dem sich Männer und Frauen durch eine entsprechende Speisewahl beugen – zumal das Essen meist in Gesellschaft und damit unter Beobachtung stattfindet. Bei körperlicher, insbesondere jedoch körperlich-sportlicher Aktivität hingegen finden bspw. Frauen, die aufgrund einer ausgeprägten Maskulinität im G-SK hochgradig intrinsisch motiviert sind, körperlich aktiv zu sein, vielfältige Möglichkeiten, dies zu tun, ohne dabei Gefahr zu laufen, als *unweiblich* wahrgenommen zu werden.

Der zweite Erklärungsansatz hängt ebenfalls mit gesellschaftlichen Erwartungen – insbesondere an Frauen – zusammen: Setzwein (2009) vermutet hinter der Gesundheitsorientierung von Frauen in Wirklichkeit eine Attraktivitätsorientierung: „Viele Frauen und bereits Mädchen in der vorpuberalen Phase stellen ihr Ernährungswissen und vermeintliches Gesundheitsbewusstsein in den Dienst einer Modellierung des Körpers“ (S. 43). Vor diesem Hintergrund können die Ergebnisse dahingehend interpretiert werden, dass Mädchen und Frauen durch ihr gesundheitsförderliches Essverhalten beabsichtigen, ein gesellschaftlich akzeptiertes Schönheitsideal zu erreichen. Diesbezüglich könnte der Druck, der auf ihrer Geschlechtszugehörigkeit fußt, möglicherweise so stark sein, dass er andere Einflussgrößen – wie etwa das G-SK – überlagert.

Möchte man die Ergebnisse zum Essverhalten vor dem Hintergrund des Forschungsstands diskutieren, so ist das schwierig, da im Rahmen der Literaturanalyse nur wenige Studien identifiziert werden konnten, die sich mit den Zusammenhängen von G-SK und Essverhalten befassen. Im Hinblick auf den Verzehr bestimmter Lebensmittel im weitesten Sinn befassten sich lediglich zwei Studien mit der Assoziation von G-SK und dem Konsum von Energy-Drinks: Miller (2008) konnte zeigen, dass Maskulinität geschlechtsübergreifend mit dem Konsum von Energy-Drinks und alkoholischer Mixgetränke auf Basis von Energy-Drinks korreliert. Auch bei Wimer und Levant (2013) zeigten sich die Zusammenhänge zwischen dem Konsum von Energy-Drinks und Maskulinität. Unabhängig davon, ob sich der Konsum dieser Produkte tatsächlich in einer Leistungssteigerung manifestiert, werden sie meist im Zusammenhang körperlich-sportlicher Aktivität, Toughness, Stärke und Nervenkitzel beworben. In diesem Image spiegeln sich Attribute der maskulinen Geschlechterrolle wider, was die Annahme zulässt, dass sich Konsumenten dieser Produkte möglicherweise mit dieser Rolle verstärkt identifizieren. In der vorliegenden Untersuchung wurden die Verzehrhäufigkeiten von Obst und Gemüse sowie Fleisch und Wurst im Hinblick auf Zusammenhänge mit dem G-SK analysiert. Beide Lebensgruppen sind in hohem Maße geschlechtlich konnotiert – Obst und Gemüse als *weiblich*, Fleisch und Wurst als *männlich* (Setzwein, 2009). Wie bei den Energy-Drinks, so zeigte sich auch im Hinblick auf den Fleisch- und Wurstverzehr zumindest bei den Jugendlichen ein Zusammenhang mit der Maskulinität, während Femin-

inität mit der Verzehrhäufigkeit von Obst und Gemüse assoziiert war. Hierbei scheinen „zirkuläre Sexuierungsprozesse“ (Setzwein, 2009, S. 47) eine entscheidende Rolle zu spielen, bei denen Objekten – wie im vorliegenden Fall ein Lebensmittel – ein Geschlecht zugeschrieben wird. Der Umgang mit diesen Objekten – hier: der Verzehr dieses Lebensmittels – kann nachfolgend wiederum für die Geschlechterdarstellung instrumentalisiert werden. Die vorliegende Untersuchung bestätigt somit die Annahme, dass Personen, die sich verstärkt mit der maskulinen bzw. femininen Geschlechterrolle identifizieren, entsprechende Lebensmittel in höherem Maße verzehren als jene, bei denen die Maskulinität bzw. Femininität weniger stark ausgeprägt ist.

Anders als bei den großen epidemiologischen Studien, im Rahmen derer der Gesundheitszustand der Bevölkerung erfasst und auch Geschlechtsunterschiede hinsichtlich der subjektiven Einschätzung der Gesundheit berichtet wurden (RKI, 2006, 2010, 2014a, 2014b), brachte die vorliegende Untersuchung keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Einschätzung der globalen Gesundheit hervor. Lediglich bei der Frage, wie stark sie auf ihre Gesundheit achten, gaben mehr Frauen als Männer an, dass sie dies stark bzw. sehr stark tun. Es konnten jedoch alle Hypothesen bestätigt werden, die einen Zusammenhang zwischen G-SK und den Untersuchungsvariablen zur Globalen Gesundheit postulierten: Maskulinität geht bei Männern und Frauen mit einer signifikant höheren Wahrscheinlichkeit einher, den eigenen Gesundheitszustand als gut bzw. sehr gut zu beschreiben. Femininität hingegen erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass die Befragten stark bzw. sehr stark auf ihre Gesundheit achten, wenngleich in Bezug auf diese Variable das Geschlecht einen deutlich stärkeren Einfluss ausübt. Möglicherweise ist dies darauf zurückzuführen, dass Frauen hinsichtlich geschlechtsspezifischer Präventionsangebote wie etwa Früherkennungsuntersuchungen früher anspruchsberechtigt sind – bei Frauen bereits ab dem 20. Lebensjahr, bei Männern erst ab dem 45. Zudem müssen Männer hierfür meist extra eine Facharztpraxis aufsuchen, wohingegen für Frauen diese Barriere aufgrund der häufigen Besuche beim Frauenarzt oft wegfällt (RKI, 2006, 2010). Frauen bieten sich somit mehr und zu einem früheren Zeitpunkt Möglichkeiten, auf ihre Gesundheit zu achten, was den stärkeren Einfluss des Geschlechts auf diese Untersuchungsvariable erklären könnte.

Im Hinblick auf die Angabe von Beschwerden zeigen sich bei oberflächlicher Betrachtung des Geschlechts, wie es in der epidemiologischen Forschung Usus ist, die erwarteten Unterschiede, dass Männer sowohl insgesamt als auch differenziert nach psychischen und physischen Aspekten eine geringe Beschwerdelast angeben. Unter Berücksichtigung des Geschlechtsrollen-Selbstkonzepts zeigt sich jedoch, dass das Geschlecht irrelevant und allein die Ausprägung der Maskulinität die Nennung von Beschwerden vorherzusagen vermag. Folglich geben Personen – Männer wie Frauen – umso weniger Beschwerden an, je mehr sie sich mit der traditionellen männlichen Geschlechterrolle, die durch Attribute wie Toughness, Robustheit und Stärke charakterisiert ist, identifizieren.

Entsprechend spiegelbildlich verhält es sich mit der subjektiven Einschätzung des motorischen Funktionszustands: Obwohl hier das Geschlecht aufgrund der unterschiedlichen körperlichen Voraussetzungen von Männern und Frauen weiterhin eine hohe Relevanz für die Angaben hat, geht auch die Ausprägung der Maskulinität mit einer besseren Einschätzung des Fitnesszustands einher – insbesondere in den Bereichen Kraft und Ausdauer, die wiederum Attribute der maskulinen Geschlechterrolle darstellen.

In Bezug auf das Gesundheits-Selbstkonzept – in der vorliegenden Arbeit operationalisiert als Einschätzungen bzgl. der Globalen Gesundheit, der Beschwerdewahrnehmung und des motorischen Funktionszustands – stützen die Befunde somit die Annahme, die Marsh und Byrne (1991) in ihrem *Differentiated Androgyny Model* postulieren. Der Zusammenhang von G-SK und Selbstkonzept ist hochgradig kontextspezifisch und variiert in Abhängigkeit von der untersuchten Domäne. In Bereichen, die die traditionell männliche Geschlechterrolle widerspiegeln, kann davon ausgegangen werden, dass jene Typen mit einer stark ausgeprägten Maskulinität ein positiveres Selbstbild zum Ausdruck bringen. Bei Personen mit hoher Femininität hingegen ist das Selbstkonzept in Bezug auf traditionell weibliche Domänen stärker ausgeprägt.

Dieses positive – möglicherweise zu optimistische – Darstellen der eigenen Gesundheit als eine Art Demonstration von Stärke und Widerstandskraft, die mit einer starken Ausprägung der Maskulinität einhergeht, könnte dazu führen, Warnsignale der Psyche oder des Körpers zu ignorieren und trotz Indikation

von einer Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe abzusehen. Aus diesem Grund wurde im Rahmen der vorliegenden Arbeit auch die Annahme überprüft, dass Maskulinität einen moderierenden Effekt auf die Zusammenhänge der einzelnen gesundheitsbezogenen Einschätzungen des Gesundheits-Selbstkonzepts sowie dieser Einschätzungen und der Inanspruchnahme professioneller ärztlicher Hilfe hat. Allerdings zeigte sich hierbei jedoch lediglich, dass Maskulinität bei gleicher Beschwerdewahrnehmung mit einer besseren Bewertung des eigenen Gesundheitszustands einhergeht. Keinerlei Moderatoreffekte konnten jedoch in Bezug auf die Zusammenhänge von Beschwerdelast, dem aktuellen Gesundheits- bzw. Fitnesszustand und der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe beobachtet werden. Folglich kann – obwohl sich entsprechende Tendenzen gezeigt haben – nicht davon ausgegangen werden, dass Personen mit stark ausgeprägter Maskulinität trotz gesundheitlicher Beeinträchtigungen seltener zum Arzt gehen als jene, bei denen die Maskulinität weniger stark ausgeprägt ist. Ein möglicher Grund, dass sich diese Annahmen nicht bestätigen ließen, kann in der Stichprobenszusammensetzung liegen. In Studie I, im Rahmen derer dies überprüft wurde, waren mehr als die Hälfte der Befragten 50 Jahre und älter. In diesem Alter ist der Anteil an Personen, die regelmäßig ärztliche Hilfe in Anspruch nimmt besonders hoch, während er im jungen und mittleren Erwachsenenalter besonders gering ist (RKI, 2010, 2014a). Gehen Menschen ohnehin regelmäßig zum Arzt – sei es aufgrund chronischer Leiden, die in diesem Alter an Bedeutsamkeit gewinnen –, spielen andere Einflussfaktoren wie etwa das G-SK keine wichtige Rolle mehr. Hinzu kommt die Tatsache, dass in der Stichprobe der Anteil an Befragten, die aus der Oberschicht kommen, überproportional groß war. Möglicherweise wissen jene Personen besser um die Bedeutsamkeit regelmäßiger Arztkontakte, so dass sie – wenn vielleicht auch widerwillig – den Arzt aufsuchen, wenn dies nötig ist.

In Hinblick auf die Zusammenhänge von G-SK und Gesundheits-Selbstkonzept ist der Forschungsstand relativ eindeutig. Es finden sich insgesamt 23 Studien, die sich mit dem Zusammenhang von G-SK und verschiedenen Indikatoren der Gesundheit befassten. Mit wenigen Ausnahmen zeigt sich ein konsistentes Bild im Hinblick auf deren Untersuchungsergebnisse. Eine maskuline Identität geht

dabei mit einer positiveren Bewertung der globalen sowie der psychischen und physischen Gesundheit einher, während die Zusammenhänge von Femininität zum einen deutlich schwächer ausgeprägt sind und zum anderen oftmals umgekehrte Vorzeichen tragen. Die oben berichteten Ergebnisse liegen mit diesen Befunden gänzlich auf einer Linie. Doch auch im Hinblick auf diese Forschungsfrage geht die vorliegende Untersuchung einen Schritt weiter, da sie differenzierte Aussagen über den Stellenwert des Geschlechtsrollen-Selbstkonzepts sowie bzgl. der Frage erlaubt, ob es hinsichtlich der Ausprägung der unterschiedlichen Indikatoren des Gesundheits-Selbstkonzepts eine höhere Relevanz besitzt als das Geschlecht der Befragten.

Als größte Stärke der vorliegenden Forschungsarbeit kann die Tatsache bezeichnet werden, dass sie Geschlechtsunterschieden – im Sinne von Stephenson und McKee (1993) – einen zweiten Blick widmet. Wurde die Variable Geschlecht in den statistischen Analysen der epidemiologischen Forschung bisher lediglich als Confounder betrachtet, ist sie in der vorliegenden Arbeit theoretischer Bezugspunkt. Fand der wissenschaftliche Diskurs zum Thema Geschlecht und Gesundheit bislang primär auf einer Ebene statt, die vorrangig ein Differenzverständnis postuliert, in dem es darum geht, Geschlechtsunterschiede im Sinne von geschlechtsspezifischen bzw. geschlechtstypischen Präferenzen und Eigenschaften zu finden (Hartmann-Tews, 2006; Voss, 2006), wurde in der vorliegenden Arbeit ein Ansatz gewählt, der analytisch an der Selbstkonzept-Forschung anschließt und danach fragt, was Frauen und Männer zu Ungleichen und Verschiedenen macht. Dadurch konnte die Ebene des bloßen Konstatierens von Geschlechtsunterschieden verlassen werden und eine tiefer gehende und differenzierte Analyse der körperlichen Aktivität und des Essverhaltens sowie des Gesundheits-Selbstkonzepts erfolgen.

Eine weitere Stärke der vorliegenden Arbeit liegt in der intensiven Überprüfung, Überarbeitung und Verbesserung des zentralen Messinstruments zur Erfassung des Geschlechtsrollen-Selbstkonzepts. Anders als bei vielen Studien, bei denen das unveränderte Original der Skala mit all ihren Schwächen (vgl. Kap. 9.5.2, Abschnitt 1) eingesetzt wurde, fand im Vorfeld der eigentlichen Untersuchung zu der forschungsleitenden Fragestellung eine gründliche und umfassende

Auseinandersetzung mit dem *BSRI* statt. Es kann somit davon ausgegangen werden, dass die eingesetzte Skala das G-SK verlässlich erfasst.

Positiv lässt sich zudem bewerten, dass im Rahmen der vorliegenden Untersuchung sowohl die körperliche Aktivität und das Essverhalten als auch die verschiedenen Facetten des Gesundheits-Selbstkonzepts anhand einer breiten Palette verschiedener Messverfahren ermittelt wurden. Dadurch ließ sich die bei anderen Studien zu beobachtenden, stark reduzierte Darstellung und Beschränkung auf einzelne gesundheitsbezogene Aspekte überwinden und ein größerer Kontext abbilden.

Die Daten der vorliegenden Untersuchung wurden in drei Studien erhoben, an denen die Probanden freiwillig teilnahmen. Bei auf Freiwilligkeit basierenden Untersuchungen besteht immer das Problem der Stichprobenselektivität – insbesondere im Hinblick auf jene, die Fragestellungen im Gesundheitskontext behandeln. Hieran nehmen vor allem solche Personen teil, die bereits ein Interesse an der Thematik haben und sich durch eine höhere Gesundheitsaffinität auszeichnen. Ebendieser Personenkreis ist jedoch dann auch häufig gesünder, in höherem Maße körperlich aktiv und ernährt sich gesundheitsförderlicher (Jungbauer-Gans & Gross, 2006).

Als problematisch kann auch die Erfassung des Essverhaltens mittels Selbstangaben bezeichnet werden. Muff (2009) verweist in diesem Zusammenhang auf die Möglichkeit, dass die Einschätzung des Essverhaltens insbesondere für bildungsschwache Personengruppen eine beträchtliche kognitive Herausforderung darstellt, was aufgrund von Fehleinschätzungen zu einem Messbias führen könnte. Bei Jugendlichen sei hiervon sogar in einem noch stärkeren Maße davon auszugehen. Bei ihnen könnte zudem auch die geringer ausgeprägte Lesefähigkeit zu Verständnisschwierigkeiten und somit zu verfälschten Ergebnissen beitragen. Auch der Einfluss der sozialen Erwünschtheit bei verschiedenen Items wie *Frisches Obst* oder *Schokolade, Pralinen*, die im Volksmund typischerweise als *gesund* bzw. *ungesund* angesehen werden (Pudel & Westenhöfer, 2003), kann sich im Sinne einer Über- bzw. Unterbewertung dieser Lebensmittelgruppen auswirken. Müller (2008) sieht überdies eine weitere Schwäche darin, dass allein die unscharfe Erinnerung an verzehrte Lebensmittel häu-

fige Fehleinschätzungen bewirken kann. Insbesondere solche Lebensmittel, die zwischendurch und nicht zu den Hauptmahlzeiten verzehrt werden, können leicht vergessen werden (McDiarmid & Blundell, 1998). Auch die Tatsache, dass viele Speisen aus mehreren Zutaten und Nahrungsmitteln bestehen, die in verarbeiteter Form verzehrt werden, kann dazu führen, dass bestimmte Lebensmittel konsumiert werden, ohne dass man sich dessen explizit bewusst ist (Muff, 2009), was einen Bias hervorrufen könnte.

Im Hinblick auf die Erfassung der körperlichen Aktivität sind die Probleme ganz ähnlich gelagert, da auch diese per Selbstangabe ermittelt wurde. Als defizitär bezeichnet Woll (2004) diesbezüglich die Tatsache, dass bislang nur sehr wenig darüber bekannt ist, wie die Befragten körperliche Aktivitäten überhaupt kodieren, welche Aspekte (z. B. Intensität und Dauer) sie in diesem Zusammenhang beachten und wie sie gespeichert bzw. wieder abgerufen werden. Unschärfen im Sinne eines *over-* oder *underreporting* – sei es aufgrund von Fehleinschätzungen, die sich auf mangelnde Erinnerung und fehlerhafte Wahrnehmung zurückführen lassen oder aufgrund von sozialer Erwünschtheit entstehen – können somit erwartet werden. Darüber hinaus ergeben sich additiv weitere Unschärfen durch die Berechnung des aktivitätsbezogenen METs. Ainsworth und Kollegen (2000) betonen in diesem Zusammenhang, dass der Energieumsatz bei Individuen, die die gleiche Tätigkeit ausüben, mitunter deutlich schwanken kann, so dass das kalkulierte MET unter Umständen weit entfernt vom wahren Wert liegt.

12 Ausblick

Ausgangspunkt der vorliegenden Arbeit war ein bestehendes Forschungsdefizit im Hinblick auf die Frage, welche Bedeutung dem Geschlechtsrollen-Selbstkonzept für die Ausübung körperlicher Aktivität und das Essverhalten sowie gesundheitsbezogenen Selbsteinschätzungen im Sinne des Gesundheits-Selbstkonzepts zukommt. Die gewonnenen Erkenntnisse stützen die Annahme, dass es sich beim G-SK um ein Konstrukt handelt, das bezüglich dieser gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen und Selbsteinschätzungen eine hohe Relevanz besitzt und mitunter sogar eine wichtigere Rolle spielt als das Geschlecht einer Person. Zudem brachte die Untersuchung auch Ergebnisse und Erkenntnisse ans Tageslicht, die Implikationen für künftige Forschungsarbeiten enthalten.

Ein ganz wesentlicher Anknüpfungspunkt für die weitere Forschung ist das Verfahren zur Erfassung des Geschlechtsrollen-Selbstkonzepts. In der vorliegenden Arbeit wurde hierfür auf das am weitesten verbreitete *Bem Sex Role Inventory* zurückgegriffen, das bereits 1974 entwickelt und 1988 ins Deutsche übersetzt worden ist. Auch die anderen gängigen Verfahren stammen etwa aus dieser Zeit. Blickt man zurück auf die gesellschaftlichen Veränderungen in den vier Dekaden, die seit der Entwicklung des Instruments vergangen sind, muss man sich zwangsläufig fragen, inwiefern ein Instrument aus dieser Zeit auch heute noch zuverlässig ein Konstrukt wie das G-SK erfassen kann. Hierbei handelt es sich um die Identifikation mit gesellschaftlichen Geschlechterrollen, die – vor allem für das weibliche Geschlecht – in den zurückliegenden 40 Jahren einen unvergleichbaren Entwicklungsprozess durchlaufen haben. Aus diesem Grund wurde das BSRI vor seinem Einsatz in den statistischen Analysen im Rahmen der vorliegenden Arbeit intensiv hinsichtlich seiner psychometrischen Güte überprüft und überarbeitet. Dabei zeigte sich, dass das Instrument in seiner ursprünglichen Form – so wie es noch immer in vielen aktuellen Studien eingesetzt wird – für den Einsatz in der Forschung schlichtweg ungeeignet ist. Zwar konnte aufgrund der intensiven Überarbeitung des Instruments schließlich eine gekürzte Version mit zufriedenstellender psychometrischer Güte und akzeptabler Modellanpassung eingesetzt werden, dennoch wäre es wohl empfehlens-

wert, sich von den betagten Skalen mit teilweise altmodischen anmutenden Items wie „benutzt keine barschen Worte“ (Schneider-Düker & Kohler, 1988, S. 262) zu verabschieden und die Entwicklung neuer und zeitgemäßer Instrumente voranzutreiben. Wünschenswert wäre in diesem Kontext auch, dass hier der Einsatz in Stichproben unterschiedlichen Alters bedacht würde. Kindern und Jugendlichen dürfte es schwerfallen, sich dahingehend einzuschätzen, ob sie „geschäftsmäßiges Verhalten“ zeigen oder „Führungseigenschaften“ besitzen (Schneider-Düker & Kohler, 1988, S. 262), wie es im BSRI von ihnen verlangt wird. Dies erscheint umso bedeutsamer, da die vorliegende Arbeit gezeigt hat, dass der Zusammenhang von G-SK mit der körperlichen Aktivität und dem Essverhalten bei den befragten Kindern und Jugendlichen offenbar stärker ausgeprägt ist und eine noch größere Rolle spielt als bei Erwachsenen. Daher sollte diese Zielgruppe künftig mit geeigneten Instrumenten untersucht werden.

Die im Rahmen der vorliegenden Untersuchung gewonnene Erkenntnis, dass das G-SK hinsichtlich gesundheitsrelevanten Verhaltens bei den Heranwachsenden eine bedeutendere Größe zu sein scheint als bei den Erwachsenen, sollte für künftige Forschung zum Anlass genommen werden, zu überprüfen, inwiefern sich die Assoziation von G-SK und Verhalten über die Zeit entwickelt. Hierfür wären Längsschnittuntersuchungen nötig, mithilfe derer auch überprüft werden könnte, ob nicht möglicherweise Kohorteneffekte für die vorliegenden Befunde verantwortlich sind.

Ein großes Problem aller empirischen Studien, die sich auf Daten aus Selbstangaben stützen, ist, dass sie die Realität oftmals verzerrt wiedergeben. Aus diesem Grund wäre es wünschenswert, wenn künftig verstärkt objektive Verfahren – insbesondere zur Erfassung gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen – eingesetzt würden. Für die körperliche Aktivität könnte dies bedeuten, dass Akzelerometer verwendet werden, die verlässlichere Daten bzgl. Bewegungsintensität, -dauer und -häufigkeit liefern als es die in der vorliegenden Studie eingesetzten Verfahren tun. Im Hinblick auf das Essverhalten wäre es unter Umständen auch denkbar, experimentell zu arbeiten. Probanden könnten etwa beobachtet werden, zu welcher Art von Lebensmittel sie greifen, wenn sie sich einer Auswahl von Speisen gegenüber sehen. Denkbar wäre auch eine Manipu-

lation der Situation durch gezieltes Priming, das bei den Probanden kognitive Konzepte von Maskulinität und Femininität aktiviert. Schmid Mast, Sieverding, Esslen, Graber und Jäncke (2008) haben auf diese Weise zeigen können, dass Maskulinität zu schnelles Autofahren bewirkt. Probanden, die während einer Fahrt in einem Fahrsimulator über das Autoradio typisch männliche Wörter wie *Anzug*, *Vater* und *stark* vorgespielt kamen, begingen signifikant mehr Geschwindigkeitsübertretungen als jene unter den anderen Untersuchungsbedingungen. Übertragen auf das Essverhalten könnte also überprüft werden, ob sich durch die Aktivierung der kognitiven Konzepte von Maskulinität und Femininität die Speisenwahl beeinflussen lässt, was unter Umständen bedeutsame Implikationen für präventive Interventionen hätte, die auf die Veränderung von Essgewohnheiten abzielen.

Ein weiterer Ansatzpunkt für die künftige Forschung wäre die Überprüfung der Übereinstimmung objektiver Gesundheitsparameter mit den subjektiven Angaben zum Gesundheitszustand der Probanden vor dem Hintergrund des G-SK. Die vorliegende Studie hat gezeigt, dass die Angaben zum Gesundheits-Selbstkonzept überaus stark mit dem G-SK bzw. dessen Maskulinitätsdimension assoziiert sind. Durchaus denkbar wäre es, dass Personen – Frauen wie Männer – mit stark ausgeprägter Maskulinität ebendiese durch allzu positive Angaben bzgl. ihrer Gesundheit nach außen demonstrieren möchten, wobei objektive Indikatoren möglicherweise ein anderes Bild zeichnen würden. Diese Herangehensweise wäre auch im Kontext körperlicher Aktivität denkbar und überaus wünschenswert, wo sich durch den gleichzeitigen Einsatz objektiver und subjektiver Verfahren die Veridikalität der Selbstangaben vor dem Hintergrund des G-SK überprüfen ließe.

13 Literaturverzeichnis

- Ainsworth, B. E., Haskell, W. L., Leon, A. S., Jacobs, D. R. Jr., Montoye, H. J., Sallis, J. F. & Paffenbarger, R. S. Jr. (1993). Compendium of physical activities: classification of energy costs of human physical activities. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 25(1), 71-80.
- Ainsworth, B. E., Haskell, W. L., Whitt, M. C., Irwin, M. L., Swartz, A. M., Strath, S. J., O'Brien, W. L., Bassett, D. R. Jr., Schmitz, K. H., Emplaincourt, P. O., Jacobs, D. R. Jr. & Leon, A. S. (2000). Compendium of physical activities: an update of activity codes and MET intensities. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 32(Suppl. 9), 498-504.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Ajzen, I. & Madden, J. T. (1986). Prediction of goal-directed behavior: Attitudes, intentions, and perceived behavioral control. *Journal of Experimental Social Psychology*, 22, 453-474.
- Alexey, U. & Kersting, M. (1999). *Was Kinder essen – und was sie essen sollten*. München: Hans Marseille Verlag.
- Alfermann, D. (1996). *Geschlechterrollen und geschlechtstypisches Verhalten*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Alfermann, D. (2006). Psychosoziale Entwicklung und ihre Bedeutung für die Geschlechterordnung im Sport. In I. Hartmann-Tews & B. Rulofs (Hrsg.), *Handbuch Sport und Geschlecht* (S. 68-77). Schorndorf: Hofmann.
- Alford, C., Cox, H. & Wescott, R. (2001). The effects of Red Bull energy drink on human performance and mood. *Amino acids*, 21, 139-150.
- Altgeld, T. (2012). Die doppelte Verborgenheit von Männergesundheit(spolitik). In M. Theunert (Hrsg.), *Männerpolitik – Was, Männer und Väter stark macht* (S. 259-282). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Altgeld, T. & Kolip, P. (2009). Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention: Ein Beitrag zur Qualitätsverbesserung im Gesundheitswesen. In P. Kolip & T. Altgeld (Hrsg.), *Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention* (S. 15-26). Weinheim und München: Juventa.
- Altstötter-Gleich, C. (2004). Expressivität, Instrumentalität und psychische Gesundheit. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 25(3), 123-139.
- Anderman, E. M. & Young, A. J. (1994). Motivation and strategy use in science: Individual differences and classroom effects. *Journal of Research in Science Teaching*, 31(8), 811-831.

- Annandale, E. & Hunt, K. (1990). Masculinity, femininity and sex: an exploration of their relative contribution to explaining gender differences in health. *Sociology of Health & Illness*, 12(1), 24-46.
- Andre, T. & Holland, A. (1995). Relationship of sport participation to sex role orientation and attitudes toward women among high school males and females. / Relation entre la pratique sportive, le role sexuel et les attitudes a l'egard des femmes chez des lyceens garcons et filles. *Journal of Sport Behavior*, 18(4), 241-253.
- Archer, J. (1989). The relationship between gender-role measures: A review. *British Journal of Social Psychology*, 28, 173-184.
- Armstrong, G. L., Conn, L. A. & Pinner, R. W. (1999). Trends in infectious disease mortality in the United States during 20th century. *The journal of the American Medical Association*, 281(1), 61-66.
- Athenstaedt, U. (2002). Gender role self-concept, gender role attitudes and the participation in gender-typed vocational and leisure sport courses. *Psychologische Beiträge*, 44(4), 585-595.
- Athenstaedt, U. (2003). On the content and structure of the gender role self-concept: Including gender-stereotypical behaviors in addition to attributes. *Psychology of Women Quarterly*, 27, 309-318.
- Athenstaedt, U., Mikula, G. & Bredt, C. (2009). Gender role self-concept and leisure activities of adolescents. *Sex Roles*, 60(5-6), 399-409.
- Athenstaedt, U. & Alfermann, D. (2011). *Geschlechterrollen und ihre Folgen – Eine sozialpsychologische Betrachtung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Atkinson, J. W. (1964). *An introduction to motivation*. Princeton, NJ: Van Nostrand.
- Aronson, E., Wilson, T. D. & Akert, R. M. (2004). *Sozialpsychologie*. München: Pearson.
- Auster, C. J. & Ohm, S. C. (2000). Masculinity and femininity in contemporary American society: A reevaluation using the Bem Sex-Role Inventory. *Sex Roles*, 43, 499-528.
- Babitsch, B. & Maschewsky-Schneider (2010). Gender Bias in der gesundheitsbezogenen Forschung. In I. Hartmann-Tews, B. Dahmen & D. Emberger (Hrsg.), *Gesundheit in Bewegung: Impulse aus Geschlechterperspektive* (S. 21-26). Köln: Deutsche Sporthochschule.
- Baffi, C. R., Redican, K. J., Sefchick, M. K. & Impara, J. C. (1991). Gender role identity, gender role stress, and health behaviors: An exploratory study of selected college males. *Health Values: Health Behavior, Education & Promotion*, 15(1), 9-18.

- Ballard-Reisch, D., & Elton, M. (1992). Gender orientation and the Bem Sex Role Inventory: A psychological construct revisited. *Sex Roles, 27*, 291-306.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy. The Exercise of Control*. New York, NY: W. H. Freeman and Company.
- Bandura, A. (2006). Health promotion from the perspective of Social Cognitive Theory. In P. Norman, C. Abraham & M. Conner (Eds.), *Understanding and changing health behavior. From health beliefs to self-regulation* (pp. 299-339). London: Routledge.
- Bar Tal, D. (1978). Attributional analysis of achievement-related behavior. *Review of Educational Research, 48*(2), 259-271.
- Beauducel, A. & Wittman, W. W. (2005). Simulation Study on fit indexes in confirmatory factor analysis (CFA) based on data with slightly distorted simple structure. *Structural Equation Modeling, 12*(1), 41-75.
- Becker, E. (2011). *Angst*. München: Reinhardt.
- Becker, M. H. (1979). *The health belief model and personal health behavior*. Thorofare, NJ: Slack.
- Becker, P. (1989). *Der Trierer Persönlichkeitsfragebogen (TPF)*. Göttingen: Hogrefe.
- Becker, P. (1995). *Seelische Gesundheit und Verhaltenskontrolle*. Göttingen: Hogrefe.
- Becker, P. (2006). *Gesundheit durch Bedürfnisbefriedigung*. Göttingen: Hogrefe.
- Becker, P., Bös, K., Mohr, A., Tittlbach, S. & Woll, A. (2000). Eine Längsschnittstudie zur Überprüfung biopsychosozialer Modellvorstellungen zur habituellen Gesundheit. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 8*(3), 94-110.
- Beckmann, J. & Heckhausen, H. (2010). Motivation durch Erwartung und Anreiz. In J. Heckhausen & H. Heckhausen (Hrsg.), *Motivation und Handeln* (S. 105-143). Berlin und Heidelberg: Springer.
- Beckmann, P. (2003). *EU-Beschäftigungsquote: Auch richtige Zahlen können in die Irre führen: IAB-Kurzbericht Nr. 11/2003*. Nürnberg. Aufgerufen am 18.08.2012 unter <http://doku.iab.de/kurzber/2003/kb1103.pdf>.
- Beere, C. A. (1990). *Gender roles: A handbook of tests and measures*. New York: Greenwood Press.

- Bellas, P. A., Asch, S. M. & Wilkes, M. (2000). What students bring to medical school: Attitudes toward health promotion and prevention. *American Journal of Preventive Medicine*, 18, 242-248.
- Bem, S. L. (1974). The measurement of psychological androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 155-162.
- Bem, S. L. (1981). Gender schema theory: a cognitive account of sex-typing. *Psychological Review*, 88, 354-364.
- Bentler, P. M. (1990). Comparative fit indexes in structural models. *Psychological Bulletin*, 107, 238-246.
- Benyamini, Y. (2011). Health and Illness Perceptions. In H. S. Friedman (Ed.). *The Oxford Handbook of Health Psychology* (pp. 281-314). New York: Oxford University Press.
- Benyamini, Y., Blumstein, T., Lusky, A. & Modan, B. (2003). Gender Differences in the Self-Rated Health–Mortality Association: Is It Poor Self-Rated Health That Predicts Mortality or Excellent Self-Rated Health That Predicts Survival? *The Gerontologist*, 43(3), 396-405.
- Berger, A. (2010). *Entwicklung und Validierung eines Inventars zur Erfassung positiver und negativer Attribute des Geschlechtsrollenselbstkonzepts*. Dissertation der Universität Potsdam.
- Berk, L. E. (2011). *Entwicklungspsychologie* (5. Aufl.). München: Pearson.
- Berkman, L. & Breslow, L. (1983). *Health and ways of living: The Alameda county study*. New York: Oxford University Press.
- Beydoun, M. A. & Wang, Y. (2008). How do socio-economic status, perceived economic barriers and nutritional benefits affect quality of dietary intake among US adults? *European Journal of Clinical Nutrition*, 62(3), 303-313.
- Bird, C. E. & Rieker, P. P. (1999). Gender matters: an integrated model for understanding men's and women's health. *Social Science and medicine*, 48, 745-755.
- Bischof-Köhler, D. (2006). *Von Natur aus anders. Die Psychologie der Geschlechtsunterschiede*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Blanchard-Fields, F., Suhrer-Roussel, L. & Hertzog, C. (1994). A confirmatory factor analysis of the Bem Sex Role Inventory: Old questions, new answers. *Sex Roles*, 30, 423-457.
- Blashill, A. J. (2011). Gender roles, eating pathology, and body dissatisfaction in men: A meta-analysis. *Body Image*, 8(1), 1-11.

- Boeing, H., Bechthold, A., Bub, A., Ellinger, S., Haller, D., Kroke, A., Leschick-Bonnet, E., Müller, M. J., Oberritter, H., Schulze, M., Stehle, P. & Watzl, B. (2012). *Gemüse und Obst in der Prävention ausgewählter chronischer Krankheiten*. Deutsche Gesellschaft für Ernährung. Aufgerufen am 22.09.2012 unter: <http://www.dge.de/pdf/ws/Stellungnahme-OuG-Prävention-chronischer-Krankheiten-2007-09-29.pdf>.
- Bös, K., Abel, T., Woll, A., Niemann, S., Schott, N. & Tittlbach, S. (2002). Der Fragebogen zur Erfassung des motorischen Funktionsstatus (FFB-Mot). *Diagnostica*, 48,101-111.
- Bös, K., Worth, A., Opper, E., Oberger, J., Romahn, N., Wagner, M., Jekauc, D., Mess, F. & Woll, A. (2009). *Motorik-Modul: Eine Studie zur motorischen Leistungsfähigkeit und körperlich-sportlichen Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. Baden-Baden: Nomos.
- Bois, J. E., Sarrazin, P. G., Brustad, R. J., Trouilloud, D. O. & Cury, F. (2002). Mothers' expectancies and young adolescents' perceived physical competence: a year-long study. *The Journal of Early Adolescence*, 22, 384-406.
- Bollen, K. A. (1989). *Structural equations with latent variables*. New York: Wiley.
- Bolte, G. (2008). Gender in der Epidemiologie. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 51, 3-12.
- Borg, G., Skinner, J. S. & Bar-Or, O. (1972). Self-appraisal of physical performance capacity. *Report from the Institute of Applied Psychology*, 32, University of Stockholm.
- Bortz, J. (2005). *Statistik für Sozialwissenschaftler* (6. Aufl.). Berlin: Springer.
- Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation*. Heidelberg: Springer Medizin.
- Bortz, J. & Schuster, C. (2010). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (7. Aufl.). Berlin und Heidelberg: Springer.
- Bosworth, H. B., Siegler, I. C., Brummett, B. H., Barefoot J. C., Williams R. B., Clapp-Channing, N. E. & Mark, D. B. (1999): The association between self-rated health and mortality in a well-characterized sample of coronary artery disease patients. *Medical Care*, 37, 1226-1236.
- Bourke, J. (1994). *Working-Class Cultures in Britain 1890-1960*. London: Routledge.
- Bowker, A., Gadbois, S. & Cornock, B. (2003). Sports Participation and Self-Esteem: Variations as a Function of Gender and Gender Role Orientation. *Sex Roles*, 49(1/2), 47-58.
- Bradburn, N. M. & Caplovitz, D. (1965). *Reports on Happiness*. Chicago: Aldine.

- Brähler, E., Hinz, A., & Scheer, J. W. (2008). *GBB-24 – Der Gießener Beschwerdebogen* (3. Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Brannon, R. (1976). No "sissy stuff": The stigma of anything vaguely feminine. In D. David & R. Brannon (Eds.), *The forty-nine percent majority* (pp. 1-40). Reading, MA: Addison-Wesley.
- Brettschneider, W. D. & Kleine, T. (2002). *Jugendarbeit in Sportvereinen. Anspruch und Wirklichkeit*. Hofmann: Schorndorf.
- Breuer, C., (2002). Zur Dynamik der Sportnachfrage im Lebenslauf. *Sport und Gesellschaft – Sport and Society*, 1, 50-72.
- Brewer, B. W., Van Raalte, J. L. & Linder, D. E. (1993). Athletic identity: Hercules' muscles or Achilles heel? *International Journal of Sport Psychology*, 24, 237-254.
- Brislin, R. W. (1970). Back-translation for cross-cultural research. *Journal of Cross Cultural Psychology*, 3, 185-216.
- Brodman, K. Erdmann, A. J. & Wolff, H. G. (1949). *Manual: Cornell Medical Index Health Questionnaire*. Ithaca, NY: Cornell University Medical College.
- Brody, L. (1999). *Gender, emotion, and the family*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Browne, M. W. & Cudeck, R. (1993). Alternative Ways of Assessing Equation Model Fit. In K. A. Bollen & J. S. Long (Eds.): *Testing Structural Equation Models* (pp. 136-162). Newbury Park, CA: Sage.
- Bründel, H., Hurrelmann, K. (1999). *Konkurrenz, Karriere, Kollaps. Männerforschung und der Abschied vom Mythos Mann*. München: Kohlhammer.
- Brunstein, J. C. & Heckhausen, H. (2010). Leistungsmotivation. In J. Heckhausen & H. Heckhausen (Hrsg.), *Motivation und Handeln* (S. 145-192). Berlin und Heidelberg: Springer.
- Bryman, A. (2008). *Social Research Methods*. New York: Oxford University Press.
- Bühner, M. (2006). *Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion*. München: Pearson Studium.
- Bundeskriminalamt (2011). *Polizeiliche Kriminalstatistik Bundesrepublik Deutschland – Berichtsjahr 2010*. Wiesbaden: BKA.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BFSFJ) (2005). *Gender-Datenreport: 1. Datenreport zur Gleichstellung von Frauen und Männern in der Bundesrepublik Deutschland*. Aufgerufen am 18.08.2012 unter <http://www.bmfsfj.de/doku/Publikationen/genderreport/0-einleitung.html>.

- Burke, K. L. (1986). Comparison of psychological androgyny within a sample of female college athletes who participate in sports traditionally appropriate and traditionally inappropriate for competition by females. *Perceptual and Motor Skills*, 63(2, Pt. 2), 779-782.
- Burkle, C. W. (2009). Metrosexuality can stuff it: Beef consumption as (hetero-masculine) fortification. *Text and Performance Quarterly*, 29(1), 77-93.
- Burrmann, U., Krysmanski, K. & Bauer, J. (2002). Sportbeteiligung, Körperkonzept, Selbstkonzept und Kontrollüberzeugungen im Jugendalter. *Psychologie und Sport*, 9(1), 20-33.
- Butcher, J. E. (1989). Adolescent girls' sex role development: Relationship with sports participation, self-esteem, and age at menarche. *Sex Roles*, 20(9-10), 575-593.
- Byrne, B. M. (2004). Testing for multigroup invariance using AMOS graphics: A road less traveled. *Structural Equation Modeling*, 11, 272-300.
- Caron, S. L., Carter, D. B., & Brightman, L. A. (1985). Sex-role orientation and attitudes towards women: Differences among college athletes and non-athletes. *Perceptual and Motor Skills*, 61(3, Pt. 1), 803-806.
- Carter, D. B. & Patterson, C. J. (1982). Sex roles as conventions: The development of children's conceptions of sex-role stereotypes. *Developmental Psychology*, 18, 812-824.
- Carvajal-Sancho, A. & Moncada-Jiménez, J. (2005). The acute effect of an energy drink on the physical and cognitive performance of male athletes. *Kinesiologica Slovenica*, 11, 5-16.
- Cazenave, N., Le Scanff, C., & Woodman, T. (2007). Psychological profiles and emotional regulation characteristics of women engaged in risk-taking sports. *Anxiety Stress and Coping*, 20(4), 421-435.
- Cejka, M. A. & Eagly, A. H. (1999). Gender-stereotypic images of occupations correspond to the sex segregation of employment. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 25, 413-423.
- Centers for Disease Control & National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2003). Physical activity and good nutrition: Essential elements to prevent chronic diseases and obesity. *Nutrition in Clinical Care*, 6, 135-138.
- Chaiken, S. & Pliner, P. (1987). Women, but not men, are what they eat: the effect of meal size and gender on perceived femininity and masculinity. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 13(2), pp. 166-176.

- Chalabaev, A., Sarrazin, P., & Fontayne, P. (2009). Stereotype endorsement and perceived ability as mediators of the girls' gender orientation–soccer performance relationship. *Psychology of Sport & Exercise, 10*(2), 297-299.
- Chalabaev, A., Sarrazin, P., Fontayne, P., Bioché, J. & Clément-Guillotin, C. (2013). The influence of sex stereotypes and gender roles on participation and performance in sport and exercise: Review and future directions. *Psychology of Sport and Exercise, 14*, 136-144.
- Chalip, L., Villiger, J., & Duignan, P. (1980). Sex-role identity in a select sample of women field hockey players. / Identite sexuelle d' un echantillon de joueuses de hockey sur gazon. *International Journal of Sport Psychology, 11*(4), 240-248.
- Chatzisarantis, N., Hagger, M., Biddle, S., Smith, B. & Wang, J. (2003). A meta-analysis of perceived locus of causality in exercise, sport, and physical education. *Journal of Sport and Exercise Psychology, 25*, 284-306.
- Chen, F. F. (2007). Sensitivity of fit indexes to lack of measurement invariance. *Structural Equation Modeling, 14*, 464-504.
- Chen, S., Boucher, H. C. & Tapias, M. P. (2006). The relational self revealed: Integrative conceptualization and implications for interpersonal life. *Psychological Bulletin, 132*, 151-179.
- Choi, N., & Fuqua, D. R. (2003). The structure of the Bem Sex-Role Inventory: A summary report of 23 validation studies. *Educational and Psychological Measurement, 63*, 872-887.
- Choi, N., Fuqua, D. R. & Newman, J. L. (2009). Exploratory and confirmatory Studies of the structure of the Bem Sex Role Inventory Short Form with two divergent samples. *Educational and Psychological Measurement, 69*(4), 696-705.
- Cieslak, T. J., Fink, J. S. & Pastore, D. L. (2005). Measuring the athletic identity construct: Scale development and validation. *Journal of Sport & exercise Psychology, 27*(Suppl.), 48.
- Cline, D. W. & Chosey, J. J. (1972). A prospective study of life changes and subsequent health changes. *Archives of General Psychiatry, 27*, 51-53.
- Cohen, S., & Williamson, G. (1988). Perceived stress in a probability sample of the United States. In S. Spacapan & S. Oskamp (Eds.), *The Social Psychology of Health* (pp. 31–67). Newbury Park, CA: Sage.
- Colker, R., & Widom, C. S. (1980). Correlates of female athletic participation: Masculinity, femininity, self-esteem, and attitudes toward women. *Sex Roles, 6*(1), 47-58.

- Colley, A., Griffith, D., Hugh, M., Landers, K., & Jaggli, N. (1996). Childhood play and adolescent leisure preferences: Associations with gender typing and the presence of siblings. *Sex Roles, 35*(3-4), 233-245.
- Colley, A., Roberts, N., & Chipps, A. (1985). Sex-role identity, personality and participation in team and individual sports by males and females. *International Journal of Sport Psychology, 16*(2), 103-112.
- Constantinople, A. (1973). Masculinity – Femininity: An exception to a famous dictum? *Psychological Bulletin, 80*, 389-407.
- Conen, D. & Kuster, M. (1988). Geschlechts- und symptom-spezifisches Verhalten männlicher Assistenzärzte? *Sozial- und Präventivmedizin, 33*, 167-172.
- Cook, E. P. (1985). *Psychological androgyny*. Elmsford, NY: Pergamon.
- Counihan, C. (2008). *Food and Culture: A Reader*. New York: Routledge.
- Courtenay, W. H. (2000). Constructions of Masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science and Medicine, 50*, 1385-1401.
- Council for Physical Education for Children (1998). *Physical activity for children: A statement of guidelines*. Reston, VA: National Association for Sport and Physical Education.
- Covey, L. A., & Feltz, D. L. (1991). Physical activity and adolescent female psychological development. *Journal of Youth and Adolescence, 20*(4), 463-474.
- Craighead, L. W. & Green, B. J. (1989). Relationship between depressed mood and sex-typed personality characteristics in adolescents. *Journal of Youth and Adolescence, 18*, 467-474.
- Crandall, V. C., Kathkovsky, W. & Crandall, V. J. (1965). Children's belief in their own control of reinforcement in intellectual-academic achievement situations. *Child Development, 36*, 91-109.
- Cuevas, J. & Vaux, A. (1982). *The physical symptoms survey: Descriptive, reliability and validity data from college and alcoholic samples*. Paper presented at the Annual Midwestern Psychological Association Meeting, May.
- Cureton, K. J., Warren, G. L., Millard-Stafford, M. L., Wingo, J. E., Tril, J. & Buyckx, M. (2007). Caffeinated sports drink: ergogenic effects and possible mechanisms. *International Journal of Sport Nutrition and Exercise Metabolism, 17*, 35-55.
- Currie, C., Hurrelmann, K., Settertobulte, W., Smith, R. Todd, J. (2000). *Health and health behaviour among young people*. WHO Regional Office for Europe, Health Policy for Children and Adolescents (HEPCA), Series Nr. 1.

- Curran, P.J., West, S.G. & Finch, J.F. (1996). The robustness of test statistics to nonnormality and specification error in confirmatory factor analysis. *Psychological Methods*, 1, 16-29.
- Danoff-Burg, S., Mosher, C. E., & Grant, C. A. (2006). Relations of agentic and communal personality traits to health behavior and substance use among college students. *Personality and Individual Differences*, 40(2), 353-363.
- Darlison, E. (2000). Geschlechterrolle und Sport. *Orthopädie*, 29, 957-968.
- Darmon, N. & Drewnowski, A. (2008). Does social class predict diet quality? *American Journal of Clinical Nutrition*, 87(5), 1107-1117.
- Darwin, C. (1859). *The origin of species by natural selection*. New York: Mentor.
- Davies, A. R. & Ware, J. E. (1981). *Measuring Health Perceptions in the Health Insurance Experiment*. Santa Monica, CA: Rand.
- Deaux, K. & LaFrance, M. (1998). Gender. In D. T. Gilbert, S. T. Fiske & G. Linzey (Eds.), *The Handbook of social psychology, Vol I* (4th ed., pp. 788-827). New York: Random House.
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum.
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2000). The “what” and “why” of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227-268.
- DeHoff, J. B. & Forrest, K. A. (1987). Die Gesundheit des Mannes. In J. Swanson & K. A. Forrest (Hrsg.), *Die Sexualität des Mannes* (S. 24-29). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- De Graf, A. (1984). *Konstruktie van een verbeterde versie van de Groninger Androgynie Schaal (GRAS)*. Heymans Bulletins Psychologische Instituten R. U. Groningen.
- Delaney, W., & Lee, C. (1995). Self-esteem and sex roles among male and female high school students: Their relationship to physical activity. *Australian Psychologist*, 30(2), 84-87.
- Delignieres, D., Marcellini, A., Brisswalter, J. & Legros, P. (1994). Self-perception of fitness and personality traits. *Perceptual & Motor Skills*, 78(3), 843-851.
- Department of Health (2004). *Physical activity – health improvement and prevention: at least five a week*. Department of Health. London. Eingesehen am 21.09.2012 unter http://sportkeighley.com/documents/Information/five_a_week.pdf.

- DeSalvo, K. B., Bloser, N., Reynolds, K., He, J. & Munter, P. (2006). Mortality prediction with a single general self-rated health question: A meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 21, 267-275.
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) (2008). *Ernährungsbericht 2008*. Bonn: Deutsche Gesellschaft für Ernährung.
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) (2012). *Ernährungsbericht 2012*. Bonn: Deutsche Gesellschaft für Ernährung.
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) (2011). *Vollwertig essen und trinken nach den 10 Regeln der DGE*. Zugriff am 22.09.2012 unter www.dge.de/pdf/10-Regeln-der-DGE.pdf.
- De Vet, H. C. W, Terwee, C. B., Mokkink, L. B & Knol, D. L. (2011). *Measurement in Medicine: a practical guide*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Diehl, J. M. (1983). Speisen- und Gewürzpräferenzen von berufstätigen Erwachsenen, Teil II: Abhängigkeit der Präferenzen von Geschlecht, Alter, Schulbildung und Relativgewicht. *Ernährungs-Umschau*, 30, S.304-309.
- Diehl, J. M. (1999). Nahrungspräferenzen 10-14-jähriger Jungen und Mädchen. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, 129, 151-161.
- Diener, E. (2000). Subjective Well-Being. The Science of Happiness and a Proposal for a National Index. *American Psychologist*, 55, 1, 34-43
- Dinges, M. (2006). Männergesundheit in historischer Perspektive: Die Gene erklären nur den kleineren Teil des Geschlechtsunterschiedes. *Blickpunkt der Mann*, 4(1), 21-24.
- Dinges, M. (2010). Männlichkeit und Gesundheit: Aktuelle Debatte und historische Perspektiven. In D. Bardehle & M. Stiehler (Hrsg.), *Erster Deutscher Männergesundheitsbericht* (S. 2-16). München: Zuckschwerdt.
- Doll, R. & Peto, R. (1981). *The Cause of Human Cancer*. Oxford: Oxford University Press.
- Downey, A. M. (1984). The relationship of sex-role orientation to self-perceived health status in middle-aged males. *Sex Roles*, 11(3-4), 211-225.
- Duhme, H., Weiland, S. K., Rudolph, P., Wienke, A., Kramer, A. & Keil, U. (1998). Asthma and Allergies among Children in West and East Germany: a Comparison between Muenster and Greifswald using the ISAAC Phase I Protocol. *European Respiratory Journal*, 11, 840-847.
- Durkin, S. J., & Paxton, S. J. (2002). Predictors of vulnerability to reduced body image satisfaction and psychological well-being in response to exposure to idealized female media images in adolescent girls. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 995-1005.

- Dweck, C. S. (1986). Motivational processes affecting learning. *American Psychologist*, 41, 1040–1048.
- Eccles (Parsons), J. S. (1984). Sex differences in mathematics participation. In M. L. Maehr & M. W. Steinkamp (Eds.), *Women in science. Vol. 2. Advances in motivation and achievement* (pp. 93-137). Greenwich, CT: JAI Press, Inc.
- Eccles, J. S. (1993). School and family effects on the ontogeny of children's interests, self-perception, and activity choice. In J. Jacobs (Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation, 1992: Developmental perspectives on motivation* (pp. 145-208). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Eccles (Parsons), J. S., Adler, T. F., Futterman, R., Goff, S. B., Kaczala, C. M., Meece, J. L. & Midgley, C. (1983). Expectations, values, and academic behaviors. In J. T. Spence (Ed.), *Achievement and achievement motivation* (pp. 75-146). San Francisco, Freeman.
- Eccles, J. S. & Harold, R. A., (1991). Gender Differences in sport involvement: Applying the Eccles' Expectancy-Value Model. *Journal of Applied Sport Psychology*, 3, 7-35.
- Eccles, J. S., Wigfield, A. & Schiefele, U. (1998). Motivation to succeed. In W. Damon (Series Ed.) & N. Eisenberg (Vol. Ed.), *Handbook of child psychology* (5th ed., Vol. III, pp. 1017-1095). New York, NY: Wiley.
- Eccles, J. S., Wigfield, A. Harold, R. D. & Blumenfeld, P. (1993). Age and gender differences in children's self- and task perceptions during elementary school. *Child Development*, 64, 830-847.
- Eckes, T. (2008). Geschlechterstereotype: Von Rollen, Identitäten und Vorurteilen. In R. Becker & B. Kortendiek (Hrsg.), *Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung – Theorie, Methoden, Empirie* (S.178-189). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Ellert, U., Neuhauser, H. & Roth-Isigkeit, A. (2007). Schmerzen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Prävalenz und Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Ergebnisse des Kinder und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 5/6, 711-717.
- Elliot, A. J. (1999). Approach and avoidance motivation and achievement goals. *Educational Psychologist*, 34, 169–189.
- Ellrott, T. (2011). „Gesunde Ernährung“ und „Genuss“. *Ernährung und Medizin*, 26, 110-114.
- Eickenberg, H.-U. & Hurrelmann, K. (1997). Warum fällt die Lebenserwartung von Männern stärker hinter die der Frauen zurück? Medizinische und soziologische Erklärungsansätze. *Zeitschrift für Sozialisationsforschung und Erziehungssoziologie*, 17, 118-134.

- Erlinghagen, Frick & Wagner (2006). Ein Drittel der 17-jährigen Jugendlichen in Deutschland treibt keinen Sport. In Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung e. V. (Hrsg.), *Wochenbericht* (29), 73, 421-427.
- European Commission. (2011) *The state of men's health in Europe*. Brussels: European Commission.
- Evans, J., Frank, B., Oliffe, J. L. & Gregory, D. (2011). Health, illness, men and masculinities (HIMM): a theoretical framework for understanding men and their health. *Journal of Men's Health*, 8(1), 7-15.
- Ezzati, M., Lopez, A. D., Rodgers, A., Vander Hoorn, S., Murray, C. J. L. & Comparative Assessment Collaborating Group (2002), Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *The Lancet*, 360, 1347-1360.
- Fabrigar, L. R., Wegener, D. T., MacCallum, R. C. & Strahan, E. J. (1999). Evaluating the use of exploratory factor analysis in psychological research. *Psychological Methods*, 4(3), 272-299.
- Fagot, B., Rodges, C. S. & Leinbach, M. D. (2000). Theories of Gender Socialisation. In T. Eckes & H. M. Trautner (Eds.). *The Developmental Social Psychology of Gender* (p. 65-89). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Faltermaier, T. (2004). Männliche Identität und Gesundheit. Warum Gesundheit von Männern? In T. Altgeld (Hrsg.): *Männergesundheit. Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention* (S. 11-34). Weinheim und München: Juventa.
- Faltermaier, T. (2005). *Gesundheitspsychologie. Grundrisse der Psychologie, Band 21*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Felder, H. & Brähler, E. (1999). Weiblichkeit, Männlichkeit und Gesundheit. In E. Brähler & H. Felder (Hrsg.), *Weiblichkeit, Männlichkeit und Gesundheit. Medizinpsychologische und psychosomatische Untersuchungen* (S. 9-30). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Fenstermaker, S., West, C. & Zimmermann, D. H. (1991). Gender inequality: New conceptual terrain. In R. Lesser-Blumberg (ed.), *Gender, family, and economy: The triple overlap* (pp. 289-307). Newbury Park, CA: Sage.
- Fey, W. (1955). Acceptance by others and its relation to acceptance of self and others: A revaluation. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 50, 274-276.
- Field, A. (2012). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics, 4th Edition*. Los Angeles/London/New Delhi/Singapore/Washington, DC: Sage.
- Finch, J. F. & West, S. G. (1997). The investigation of personality structure: Statistical methods. *Journal of Research in Personality*, 31, 439-485.

- Fiscella, K. & Franks, P. (2000). Individual income, income inequality, health, and mortality: what are the relationships? *Health Service Research, 35*, 307–18.
- Flaherty, J. F. & Dusek, J. B. (1980). An investigation of the relationship between psychological androgyny and components of self-concept. *Journal of Personality and Social Psychology, 38*, 984-992.
- Floyd, F. J. & Widaman, K. F. (1995). Factor analysis in the development and refinement of clinical assessment instruments. *Psychological assessment, 7*(3), 286-299.
- Fredricks, J. A. & Eccles, J. S. (2002). Children's competence and value beliefs from childhood through adolescence: Growth trajectories in two male-sex-typed domains. *Developmental Psychology, 38*(4), 519-533.
- Fredricks, J. A. & Eccles, J. S. (2005). Family socialization, gender, and sport motivation and involvement. *Journal of Sport & Exercise Psychology, 27*, 3-31.
- Franke, G. H., Jagla, M., Salewski, C. & Jäger, S. (2007). Psychologisch-diagnostische Verfahren zur Erfassung von Stress und Krankheitsbewältigung im deutschsprachigen Raum. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 16*, 41-55.
- Franzkowiak, P. (1986). *Risikoverhalten und Gesundheitsbewusstsein bei Jugendlichen*. Berlin: Springer.
- Fried-Buchalter, S. (1997). Fear of success, fear of failure, and the imposter phenomenon among male and female marketing managers. *Sex Roles, 37*, 847-859.
- Frieze, I. H. (1975). Women's expectations for causal attributions of success and failure. In T. Mednick, S. Tangi & L. W. Hoffman (Eds.), *Women and achievement. Social and motivational analysis* (pp. 158-171). New York, NY: John Wiley and Sons.
- Fuchs, R. (2003). *Sport, Gesundheit und Public Health*. Göttingen: Hogrefe.
- Fuchs, R. (2007). Bewegung, Gesundheit und Public Health. In T. von Lengerke (Hrsg.), *Public Health Psychologie. Individuum und Bevölkerung zwischen Verhältnissen und Verhalten* (S. 77-91). Weinheim und München: Juventa.
- Gadbois, S., & Bowker, A. (2007). Gender differences in the relationships between extracurricular activities participation, self-description, and domain-specific and general self-esteem. *Sex Roles, 56*(9-10), 675-689.
- Gannon, L., Vaux, A., Rhodes, K. & Luchetta, T. (1992). A 2-domain model of well-being – Everyday events, social support, and gender-related Personality-factors. *Journal of Research in Personality, 26*(3), 288-301.

- Gerber, M. (2008). *Sport, Stress und Gesundheit bei Jugendlichen*. Schorndorf: Hofmann.
- Gerhards, J. & Rössel, J. (2003). *Das Ernährungsverhalten Jugendlicher im Kontext ihrer Lebensstile. Eine empirische Studie*. Köln: Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung.
- Gerhards, J. Rössel, J., Beckert-Zieglschmid, C. & Bennat, J. (2004). Geschlecht, Lebensstile und Ernährung. In M. Jungbauer-Gans & P. Kriwy (Hrsg.). *Soziale Benachteiligung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen* (S. 151-175). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Gerrig, R. J. & Zimbardo, P. G. (2011). *Psychologie. (19., akt. Aufl.)*. München: Pearson Studium.
- Gerrig, R. J. & Zimbardo, P. G. (2015). *Psychologie. (20., akt. Aufl.)*. München: Pearson Studium.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2012a). *Sterbeziffer, häufigste Todesursachen (altersstandardisiert, ab 1998)*. Zugriff am 13.07.2012 unter: <http://www.gbe-bund.de/glossar/Todesursachenstatistik.html>.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2012b). *Angezeigte und anerkannte Berufskrankheiten im Bereich der gewerblichen Berufsgenossenschaften und Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand*. Zugriff am 16.08.2012 unter: http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=71168880&nummer=842&p_sprache=D&p_inind=-&p_aid=62619054.
- Gijsbers van Wijk, C. M. T. & Kolk, A. M. (1997). Sex differences in physical symptoms: The contribution of symptom perception theory. *Social Science & Medicine*, 50, 1385-1401.
- Gochman, D. S. (1997). Health behavior research: Definitions and diversity. In: D. S. Gochman (Hrsg.) *Handbook of health behavior research: Personal and social determinants* (Vol. I, pp.. 3-20). New York, NY: Plenum Press.
- Godin, G. & Shephard (1985). A simple method to assess exercise behavior in the community. *Canadian Journal of Applied Sport Science*, 10, 141-146.
- Goldberg, D. P. (1972). The detection of psychiatric illness by a questionnaire. *Maudsley Monograph No. 21*. London: Open University Press.
- Goldberg, D. P. & Hiller, V. F (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.
- Goodman, A. & Gatward, R. (2008). Who are we missing? Area deprivation and survey participation. *European Journal of Epidemiology*, 23(6).379–387.

- Green, M. A., Davids, C. M., Skaggs, A. K., Riopel, C. M., & Hallengren, J. J. (2008). Femininity and eating disorders. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 16(4), 283-293.
- Greenwald, A. G., Banaji, M. R., Rudman, L. A., Farnham, S. D., Nosek, B. A. & Mellott, D. S. (2002). A unified theory of implicit attitudes, stereotypes, self esteem, and self concept. *Psychological Review*, 109, 3-25.
- Gregson, J. F., & Colley, A. (1986). Concomitants of sport participation in male and female adolescents. *International Journal of Sport Psychology*, 17(1), 10-22.
- Guillet, E., Sarrazin, P., & Fontayne, P. (2000). 'If it contradicts my gender role, I'll stop': Introducing survival analysis to study the effects of gender typing on the time of withdrawal from sport practice: A 3-year study. *European Review of Applied Psychology / Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 50(4), 417-421.
- Hähne, C. & Dümmler, K. (2008). Einflüsse von Geschlecht und sozialer Ungleichheit auf die Wahrnehmung und den Umgang mit dem Körper im Jugendalter. In M. Richter, K. Hurrelmann, A. Klocke, W. Melzer & U. Ravens-Sieberer (Hrsg.), *Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten* (S. 93-115). Weinheim und München: Juventa.
- Hänsel, F. (2007). Körperliche Aktivität und Gesundheit. In R. Fuchs, W. Göhner & H. Seelig (Hrsg.), *Aufbau eines körperlich-aktiven Lebensstils: Theorie, Empirie und Praxis* (S. 23-44). Göttingen: Hogrefe.
- Härtel, U. (2002). Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems bei Männern und Frauen. In K. Hurrelmann & P. Kolip (Hrsg.), *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit* (S. 273-290). Bern: Huber.
- Haffner, J., Roos, J., Steen, R., Parzer, P., Klett, M. & Resch, F. (2006). *Lebenssituation und Verhalten von Jugendlichen. Gesundheitsbericht Rhein-Neckar-Kreis/Heidelberg*. Aufgerufen am 12.09.2012 unter <http://www.rhein-neckar-kreis.de/servlet/PB/show/1599900/Jugendgesundheitsstudie2005.pdf>.
- Hallal, P. C., Victoria, C. G., Azevedo, M. R. & Wells, J. C. (2006). Adolescent physical activity and health: a systematic review. *Sports Medicine*, 36(12), 1019-1030.
- Hanson, M. & Chen, E. (2007). Socioeconomic Status and health behaviors in adolescence: A review of the literature. *Journal of Behavioural Medicine*, 30, 263-285.
- Harris, D. M. & Guten, S. (1979). Health-protective behaviour: an exploratory study. *Journal of Health and Social Behavior*, 20, 17-29.

- Harrison, J. B. (1987). Warnung: Die männliche Geschlechtsrolle birgt Gefahren. In J. M. Swanson & K. A. Forrest (Hrsg.), *Die Sexualität des Mannes* (S. 30-41). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Hartmann-Tews, I. (2006). Soziale Konstruktion von Geschlecht im Sport und in den Sportwissenschaften. In I. Hartmann-Tews & B. Rulofs (Hrsg.), *Handbuch Sport und Geschlecht* (S. 40-53). Schorndorf: Hofmann.
- Hartmann-Tews, I. (2009). Der bewegte Mann – Sportengagement und somatische Kultur der Geschlechterordnung. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.), *Gesundheitsförderung konkret, Band 14, Gesundheit von Jungen und Männern – Hintergründe, Zugangswege und Handlungsbedarfe für Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 65-77). Köln: BZgA.
- Hawkins, R. C., Turell, S., & Jackson, L. J. (1983). Desirable and undesirable masculine and feminine traits in relation to students' dieting tendencies and body image dissatisfaction. *Sex Roles*, 9(6), 705-718.
- HBSC-Team Deutschland (2011a). *Studie Health Behaviour in School-aged Children – Faktenblatt „Gemüsekonsum von Kindern und Jugendlichen“*. Bielefeld: WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion.
- HBSC-Team Deutschland (2011b). *Studie Health Behaviour in School-aged Children – Faktenblatt „Körperbild und Diätverhalten von Kindern und Jugendlichen“*. Bielefeld: WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion.
- HBSC-Team Deutschland (2011c). *Studie Health Behaviour in School-aged Children – Faktenblatt „Körperliche Aktivität bei Kindern und Jugendlichen“*. Bielefeld: WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion.
- HBSC-Team Deutschland (2011d). *Studie Health Behaviour in School-aged Children – Faktenblatt „Körperbild und Diätverhalten von Kindern und Jugendlichen“*. Bielefeld: WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion.
- HBSC-Team Deutschland (2011e). *Studie Health Behaviour in School-aged Children – Faktenblatt „Obstkonsum von Kindern und Jugendlichen“*. Bielefeld: WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion.
- HBSC-Team Deutschland (2011f). *Studie Health Behaviour in School-aged Children – Faktenblatt „Sportliche Aktivität bei Kindern und Jugendlichen“*. Bielefeld: WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion.
- Heindl, I. (2003). *Studienbuch Ernährungsbildung*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.

- Helgeson, V. S. (1994). Relation of agency and communion to well-being: evidence and potential explanations. *Psychological Bulletin*, 116, 412-428.
- Henschen, K. P., Edwards, S. W., & Mathinos, L. (1982). Achievement motivation and sex-role orientation of high school female track and field athletes versus nonathletes. *Perceptual and Motor Skills*, 55(1), 183-187.
- Hepp, U., Spindler, A., & Milos, G. (2005). Eating Disorder Symptomatology and Gender Role Orientation. *International Journal of Eating Disorders*, 37(3), 227-233.
- Hessel, A., Geyer, M., Plöttner, G., Schmidt, B. & Brähler, E. (1999). Subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit und subjektive Morbidität in Deutschland – Ergebnisse einer bevölkerungsrepräsentativen Befragung. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 49, 264-274.
- Hinz, A. (2008). Jungen und Gesundheit/Risikoverhalten. In M. Matzner & W. Tischner (Hrsg.), *Handbuch Jungen-Pädagogik* (S. 232-244). Weinheim und Basel: Beltz.
- Hölling, H. & Schlack, R. (2007). Essstörungen im Kindes- und Jugendalter. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 5/6, 794-799.
- Hollmann, W. & Strüder, H. (2009). *Sportmedizin: Grundlagen für körperliche Aktivität, Training und Präventivmedizin* (5., vollst. überarb. u. erw. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Hollstein, W. (2002). Der Mann als Täter und Opfer – Die Erkenntnisleistung der Männerforschung für den Kontext von Gesundheit und Krankheit. In K. Hurrelmann & P. Kolip (Hrsg.), *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit* (S. 53-66). Bern: Huber.
- Holt, C. L., & Ellis, J. B. (1998). Assessing the current validity of the Bem Sex-Role Inventory. *Sex Roles*, 39, 929-941.
- Houseworth, S., Peplow, K., & Thirer, J. (1989). Influence of sport participation upon sex role orientation of caucasian males and their attitudes toward women. *Sex Roles*, 20(5/6), 317-325.
- Hoyenga, K. B. & Hoyenga, K. T. (1979). *The question of sex differences: Psychological, cultural, and biological issues*. Boston, MA: Little, Brown & Co.
- Hu, L. & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1-55.

- Hulshof, K. F. A. M., Brussaard, J. H., Kruizinga, A. G., Telman, J. & Löwik, R. H. (2003). Socio-economic status, dietary intake and 10y trends: the Dutch National Food Consumption Survey. *European Journal of Clinical Nutrition*, 57, 128-137.
- Hunt, K., Lewars, H., Emslie, C. & Batty, G. D. (2007). Decreased risk of death from coronary heart disease amongst men with higher 'femininity' scores: a general population cohort study. *International Journal of Epidemiology*, 36, 612-620.
- Hurrelmann, K., Klocke, A., Melzer, W. & Ravens-Sieberer, U. (2003). *Jugendgesundheitssurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der WHO*. Weinheim und München: Juventa.
- Hurrelmann, K. (2010). *Gesundheitssoziologie*. Weinheim und München: Juventa.
- Hurrelmann, K. (2007). Gesundheit- und Entwicklungsprobleme von jungen Männern. In M. Stiehler & T. Klotz (Hrsg.), *Männerleben und Gesundheit. Eine interdisziplinäre, multiprofessionelle Einführung* (S. 49-49). Weinheim und München: Juventa.
- Huston, A. C. (1983). Sex-Typing. In E. M. Hetherington (Ed.), *Handbook of child psychology: Socialisation, personality, and social development* (Vol. 4, pp. 388-467). New York, NY: Wiley.
- Ianotti, R. J., Janssen, I., Haug, E., Kololo, H., Annaheim, B. & Borraccino, A. (2009). Interrelationships of adolescent physical activity, screen-based sedentary behavior, and social and psychological health. *International Journal of Public Health*, 54, 191-198.
- Idler, E. & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior* 38(1), 21-37.
- Imhof, A. E. (1990). *Lebenserwartungen in Deutschland vom 17. Bis 19. Jahrhundert*. Weinheim: VCA Acta humaniora.
- Institute of Medicine (2001). *Exploring the biological contributions to human health: Does sex matter? Report of the Committee on Understanding the Biology of Sex and Gender Differences*. Washington: National Academy Press.
- Jacobs, J. E., Lanza, S., Osgood, D. W., Eccles, J. S. & Wigfield, A. (2002). Changes in children's self-competence and values: Gender and domain differences across grades one through twelve. *Child Development*, 73(2), 509-527.

- Jahn, I. (2005). Die Berücksichtigung der Geschlechterperspektive – Neue Chancen für Qualitätsverbesserungen in Epidemiologie und Gesundheitsforschung. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 48, 287-295.
- Jahn, I., Kolip, P. (2002). *Die Kategorie Geschlecht als Kriterium für die Projektförderung von Gesundheitsförderung Schweiz*. Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin. Zugriff am 21.06.2012 unter http://www.gesunde-maenner.ch/data/data_257.pdf.
- Jakobi, F., Wittchen, H. U., Höltling, C., Höfler, M., Müller, N., Pfister, H. & Lieb, R. (2004). Prevalence, Comorbidity, and Correlates of Mental Disorders in the General Population: Results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine*, 34, 597-611.
- Jekauc, D. (2009). *Entwicklung und Stabilität der körperlich-sportlichen Aktivität im mittleren Erwachsenenalter – Eine prospektive Längsschnittstudie*. Berlin: Logos.
- Jonkisz, E., Moosbrugger, H. & Brandt, H. (2012). Planung und Entwicklung von Tests und Fragebogen. In H. Moosbrugger & A. Kelava (Hrsg.), *Testtheorie und Fragebogenentwicklung (2. Aufl.)* (S. 27-74). Berlin und Heidelberg: Springer.
- Jun, J., & Kyle, G. T. (2012). Gender Identity, Leisure Identity, and Leisure Participation. *Journal of Leisure Research*, 44(3), 353-378.
- Jungbauer-Gans, M. & Gross, C. (2006). Erklärungsansätze sozial differenzierter Gesundheitschancen. In M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (S. 77-98). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kagan, D. M. & Squires, R. L. (1984). Eating disorders among adolescents: Patterns and prevalence. *Adolescence*, 19 (72), 15-29.
- Kahl, H., Dortschy, R. & Ellsäßer, G. (2007). Verletzungen bei Kindern und Jugendlichen (1-17 Jahre) und Umsetzung von persönlichen Schutzmaßnahmen. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 5/6, 718-727.
- Kamman, R. & Flett, R. (1983). *Sourcebook for measuring well-being with the Affectometer 2*. Dunedin, New Zealand: University of Otago.
- Kamtsiuris, P, Atzpodien, K., Ellert, U., Schlack, R. & Schlaud, M. (2007). Prävalenz von somatischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 5/6, 686-700.

- Kandrack, M. A., Grant, K. R. & Segall, A. (1991). Gender differences in health related behaviour: Some Unanswered Questions. *Social Science and Medicine*, 32, 579-590.
- Kasl, S. V. & Cobb, S. (1966). Health behavior, illness behavior, and sick role behavior. I. Health and illness behavior. *Archives of Environmental Health*, 12. 246-266.
- Kasser, T. & Ryan, R. (1996). Further examining the American dream: Differential correlates of intrinsic and extrinsic goals. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22, 280-287.
- Kasten, H (2003). *Weiblich – Männlich. Geschlechterrollen durchschauen*. München: Ernst Reinhardt.
- Keil, U., Chambless, L. E., Doring, A., Filipiak, B. & Stieber, J. (1997). The relation of alcohol intake to coronary heart disease and all-cause mortality in a beer-drinking population. *Epidemiology*, 8, 687-688.
- Kendler, K. S. & Prescott, C. A. (1999). A population-based twin study of lifetime major depression in men and women. *Archives of General Psychiatry*, 56, S. 39-44.
- Kirscht, J. P. (1983). Preventive health behavior: A review of research and issues. *Health Psychology*, 2, 277-301.
- Klingenspor, B., & Rastetter, D. (2004). Gender identity development and bulimic eating behavior in adolescence. *Zeitschrift Fur Sozialpsychologie*, 35(2), 67-82.
- Klonoff, E. A., & Landrine, H. (1992). Sex roles, occupational roles, and symptom-reporting – A test of competing hypotheses on sex-differences. *Journal of Behavioral Medicine*, 15(4), 355-364.
- Klotz, T. (1997). *Männergesundheit. Geschlechtsspezifische Unterschiede im Gesundheits- und Krankheitszustand*. Diplomarbeit an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld.
- Klotz, T. (2002). Spezifische Gesundheitsprobleme von Männern. In K. Hurrelmann & P. Kolip (Hrsg.), *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit* (S. 241-257). Bern: Huber.
- Klotz, T. (2007). Männergesundheit in der Medizin. In M. Stiehler & T. Klotz (Hrsg.), *Männerleben und Gesundheit – Eine interdisziplinäre, multiprofessionelle Einführung*. Weinheim und München: Juventa.
- Knesebeck, O. (1997). *Subjektive Gesundheit im Alter. Soziale, psychische und somatische Einflüsse*. Münster: LIT.

- Knoll, M., Banzer, W. & Bös, K. (2006). Aktivität und physische Gesundheit. In: K. Bös & W. Brehm (Hrsg.): *Handbuch Gesundheitssport* (S. 82-102). Schorndorf: Hoffmann.
- Koca, C., Asci, F. H., & Kirazci, S. (2005). Gender role orientation of athletes and nonathletes in a patriarchal society: A study in Turkey. *Sex Roles, 52*(3-4), 217-225.
- Koestner, T. & Aube, J. (1995). A multifactorial approach to the study of gender characteristics. *Journal of Personality, 63*, 681-710.
- Kohlberg, L. (1966). A cognitive developmental analysis of children's sex-role concepts and attitudes. In E. E. Maccoby (Ed.), *The development of sex differences* (pp. 82-173). Stanford, CA: Stanford University Press.
- Kohlberg, L. (1969). Stage and sequence: The cognitive developmental approach to socialization. In D. A. Goslin (Ed.), *Handbook of socialization theory and research* (pp. 347-380). Skokie, IL: Rand McNally.
- Koivula, N. (1999). Sport participation: differences in motivation and actual participation due to gender typing. *Journal of Sport Behavior, 22*(3), 360-380.
- Kolb, H. & Mandrup-Poulsen, T. (2010). The global diabetes epidemic as a consequence of lifestyle-induced low-grade inflammation. *Diabetologia, 53*, 1, 10-20.
- Kolip, P. (1997). *Geschlecht und Gesundheit im Jugendalter – Die Konstruktion von Geschlecht über somatische Kulturen*. Opladen: Leske & Budrich.
- Kolip, P. & Hurrelmann, K. (2002). Geschlecht – Gesundheit – Krankheit: Eine Einführung. In K. Hurrelmann & P. Kolip (Hrsg.), *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit* (S. 13-31). Bern: Huber
- Kolip, P. & Koppelin, F. (2002). Geschlechtsspezifische Inanspruchnahme von Prävention und Krankheitsfrüherkennung. In K. Hurrelmann & P. Kolip (Hrsg.), *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit* (S. 491-504). Bern: Huber
- Konowalczyk, S. (2009). *Touchdown der Frauen – Zur Androgynie im Ladies American Football*. Unveröffentlichte Magisterarbeit an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel.
- Krapf, F., Niermann, C., Reiner, M. & Woll A. (2012). Männer und Gesundheitsverhalten – eine Frage der Femininität? In M. Wegner, J.-P. Brückner & S. Kratzenstein (Hrsg.), *Sportpsychologische Kompetenz und Verantwortung. 44. Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft Sportpsychologie* (S. 102). Hamburg: Czwalina.
- Krohne, H. W., Egloff, B., Kohlmann, C.-W., & Tausch, A. (1996). Untersuchung mit einer deutschen Form der Positive and Negative Affect Schedule (PANAS). *Diagnostica, 42*, 139-156.

- Krølner, R., Rasmussen, M., Brug, J., Klepp, K.-I., Wind, M. & Due, P. (2011). Determinants of fruit and vegetable consumption among children and adolescents: a review of the literature. Part II: qualitative studies. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 8:112.
- Kromrey, H. (2009). *Empirische Sozialforschung*. Stuttgart: Lucius & Lucius.
- Krug, S., Jordan, S. & Lampert, T. (2012). Körperliche Aktivität: Wie aktiv sind die Deutschen? Erste Ergebnisse aus der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 5-7.
- Kurth, B.-M. & Schaffrath Rosario, A. (2007). Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 5/6, 736-743.
- Kyle, G. T., Absher, J., Norman, W., Hammitt, W. & Jodice, L. (2007). A modified involvement scale. *Leisure Studies*, 26 (4), 399-427.
- Lampert, T. (2004). Gesunde Kindheit – Ansatzpunkte für Prävention und Gesundheitsförderung. *Die Krankenversicherung*, Januar, 17-21.
- Lampert, T., Mensink, G. B. M., Romahn, N. & Woll, A. (2007). Körperlich-sportliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 5/6, 634-642.
- Lampert, T. & Ziese, T., Saß, A. C. & Häfelinger, M. (2005). Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. In Robert Koch-Institut (Hrsg.), *Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Lange, C. (2011). Gesundheit und Krankheit von Männern und Jungen – ein Überblick über die aktuelle Datenlage. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.), *Gesundheitsförderung konkret, Band 14, Gesundheit von Jungen und Männern – Hintergründe, Zugangswege und Handlungsbedarfe für Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 45-64). Köln: BZgA.
- Langness, A., Leven, I. & Hurrelmann, K. (2006). Jugendliche Lebenswelten: Familie, Schule, Freizeit. In S. D. Holding (Hrsg.), *Jugend 2006. Eine pragmatische Generation unter Druck* (S. 49-102). Frankfurt am Main: Fischer.
- Lantz, C. D., & Schroeder, P. J. (1999). Endorsement of masculine and feminine gender roles: differences between participation in and identification with the athletic role. *Journal of Sport Behavior*, 22(4), 545-557.

- Larson, J. N., Hannon, J. C. & Brusseau, T. A. (2015). Physical Activity Interventions in Middle School and High School Girls – A Review. *Sport Science Review*, 24(1-2), 41-70.
- Lausen, B., Potapov, S. & Prokosch, H.-U. (2008). Gesundheitsbezogene Internetnutzung in Deutschland 2007. *GMS Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie*, 4(2). Zugriff am 21.08.2013 unter: <http://www.egms.de/static/de/journals/mibe/2008-4/mibe000065.shtml>.
- Lawlor, D. A., Ebrahim, S. & Davey Smith, G. (2002). Role of endogenous oestrogen in aetiology of coronary heart disease: analysis of age related trends in coronary heart disease and breast cancer in England and Wales and Japan. *British Medical Journal*, 325, 311-312.
- Lazarus, R. S. (2000). Toward better research on stress and coping. *American Psychologist*, 55, 665-673.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Leach, H. (1999). Food habits. In J. Mann, A. S. Trsuwell (Eds.). *Essentials of human nutrition*. (pp. 515-521). Oxford, New York & Tokyo: Oxford University Press.
- Leaper, C. & Friedman, C. K. (2007). The socialization of gender. In J. E. Grusec & P. D. Hastings (Eds.), *Handbook of socialization: Theory and research* (pp. 561-578). New York: Guilford.
- Lee, I. M., Paffenbarger, R. S. & Hsieh, C. C. (1992). Time trends in physical activity among college alumni, 1962-1988. *American Journal of Epidemiology*, 135, 915-925.
- Lengua, L. J. & Stormshak, E. A. (2000). Gender, Gender Roles, and Personality: Gender Differences in the Prediction of Coping and Psychological Symptoms. *Sex Roles*, 43, 787-820.
- Lesser, G. T. (2000): Social and productive activities in elderly people.. *British Medical Journal*, 320. 185.
- Levant, R. F., Smalley, K. B., Aupont, M., House, A., Richmond, K. & Noronha, D. (2007). Initial Validation of the Male Role Norms Inventory-Revised. *Journal of Men's Studies*, 15, 85-100.
- Levant, R. F., & Wimer, D. J. (2014). Masculinity constructs as protective buffers and risk factors for men's health. *American Journal of Men's Health*, 8, 110-120.
- Levant, R. F., Wimer, D. J., & Williams, C. M. (2011). An evaluation of the Health Behavior Inventory-20 (HBI-20) and its relationships to masculinity and attitudes towards seeking psychological help among college men. *Psychology of Men & Masculinity*, 12(1), 26-41.

- Levesque, C. S., Williams, G. C., Elliot, D., Pickering, M. A., Bodenhammer, B & Finley, P. J. (2007). Validating the theoretical structure of the Treatment Self-Regulation Questionnaire (TSRQ) across three different health behaviors. *Health Education Research*, 22, 691-702.
- Lewin, K. (1938). *The conceptual representation and the measurement of psychological forces*. Durham, NC: Duke University Press.
- Lippke, S. & Vögele, C. (2006). Sport und körperliche Aktivität. In B. Renneberg & P. Hammelstein (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 195-216). Heidelberg: Springer.
- Lips, H. M. (1988). *Sex and gender: An introduction*. Mountainview: Mayfield Publishing.
- Little, R. J. A. (1988). A Test of Missing Completely at Random for Multivariate Data with Missing Values. *Journal of the American Statistical Association*, 83, 1198-1202.
- Locksley, A., & Colten, M. E. (1979). Psychological androgyny: A case of mistaken identity? *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1017-1031.
- Lönquist, J. (2000). Psychiatric aspects of suicidal behavior: Depression. In K. Hawton & K. van Heeringen (Eds.), *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide* (pp. 107-120). Chichester, UK: John Wiley and Sons.
- Lubinski, D., Tellegen, A., & Butcher, J. N. (1981). The relationship between androgyny and subjective indicators of emotional well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 40(4), 722-730.
- Lüschen, G. (1997): After Unification: Gender and subjective Health status in East and West Germany. *Social Science and Medicine*, 44, 1313–1323.
- Luy, M. (2002a). Warum Frauen länger leben. Erkenntnisse aus einem Vergleich von Kloster- und Allgemeinbevölkerung. *Materialien zur Bevölkerungswissenschaft, Heft 106*. Wiesbaden: BiB.
- Luy, M. (2002b). Die geschlechtsspezifischen Sterblichkeitsunterschiede. Zeit für eine Zwischenbilanz. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 35, 412-429.
- Maccoby, E. (2000). *Psychologie der Geschlechter*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- MacCullum, R. C. & Austin, J. T. (2000). Applications of structural equation modelling in psychological research. *Annual Review of Psychology*, 51, 201-226.
- Macdiarmid, J. & Blundell, J. (1998). Assessing dietary intake: Who, what and why of under-reporting. *Nutrition Research Reviews*, 11, 231-253.

- Macdonald, N. E., & Hyde, J. S. (1980). Fear of success, need achievement, and fear of failure: A factor analytic study. *Sex Roles*, 6, 695–711.
- Macintyre, S., Hunt, K. & Sweeting, H. (1996). Gender differences in health. Are things really as simple as they seem? *Social Science and Medicine*, 42, 617-624.
- MacMahan, I. D. (1973). Relationships between causal attributions and expectancy of success. *Journal of Personality and Social Psychology*, 28(1), 108-114.
- Maes, L., Verecken, C. & Johnston, M. (2001). Eating and dieting. In C. Currie, O. Samdal, W. Boyce & R. Smith (Eds.), *Health Behavior in School-aged Children: A WHO Cross-National Study (HSBC). Research Protocol for the 2001/2002 Survey* (pp. 39-58). Child and Adolescent Health research Unit, University of Edinburgh.
- Mahalik, J.R., Locke, B., Ludlow, L., Diemer, M., Scott, R.P.J., Gottfried, M., & Freitas, G. (2003). Development of the Conformity to Masculine Norms Inventory. *Psychology of Men and Masculinity*, 4, 3-25.
- Malina, R. M. (1996). Tracking of physical activity and physical fitness across the lifespan. *Research Quarterly for exercise and Sport*, 67 (Supplement), 48-57.
- Marcell, A. V., Ford, C. A., Pleck, J. H. & Sonenstein, F. L. (2007). Masculine beliefs, parental communication, and male adolescents' health care use. *Pediatrics*, 119, 966-975.
- Marmot, M. G., Kogevinas, M. & Elston, M. A. (1991). Socioeconomic status and disease. In B. Badura & I. Kickbusch (Eds.), *Health promotion research* (pp. 113-146). Copenhagen: WHO.
- Markland, D. & Ingledew, D. K. (2007). Exercise participation motives – A self-Determination Theory perspective. In M. S. Hagger & N. L. D. Chatzisarantis (Eds.), *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Exercise and Sport*. 23-34. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Markland, D. & Tobin, V. (2004). A modification to the behavioral regulation in exercise questionnaire to include assessment of Amotivation. *Journal of Sport and exercise psychology*, 26, 191-196.
- Marsh, H. W. (1985). The structure of masculinity/femininity: An application of confirmatory factor analysis to higher-order factor structures and factorial invariance. *Multivariate Behavioral Research*, 20, 427-449.
- Marsh, H. W. (1987). Masculinity, femininity and androgyny. Their relations to multiple dimensions of self-concept. *Multivariate Behavioral Research*, 22, 91-118.

- Marsh, H. W. (1988). *Self Description Questionnaire: A theoretical and empirical basis for the measurement of multiple dimensions of preadolescent self-concept: A test manual and a research monograph*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Marsh, H. W. (1990). *SDQ II. Manual & research monograph*. New York: The Psychological Corporation.
- Marsh, H. W. & Byrne, B. M. (1991). Differentiated additive androgyny model: Relations between masculinity, femininity and multiple dimensions of self-concept. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 811-828.
- Marsh, H. W. & Jackson, S. A. (1986). Multidimensional self-concepts, masculinity, and femininity as a function of women's involvement in athletics. *Sex Roles*, 15(7-8), 391-415.
- Marsh, H. W., Richards, G. E., Johnson, S., Roche, L. & Tremayne, P. (1994). Physical Self-Description Questionnaire: Psychometric properties and a multitrait-multimethod analysis of relations to existing instruments. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 16, 270-305.
- Martin, C. L. & Halverson, C. F. (1981). A schematic processing model of sex typing and stereotyping in children. *Child Development*, 52, 1119-1134.
- Martin, C. L., Ruble, D. N. & Szkrybalko, J. (2002). Cognitive theories of early gender development. *Psychological Bulletin*, 128, 903-933.
- Marx, M. B., Garrity, T. F. & Bowers, F. R. (1975). The influence of recent life experience on the health of college freshmen. *Journal of Psychosomatic Research*, 19, 87-89.
- Matteo, S. (1986). The effect of sex and gender-schematic processing on sport participation. *Sex Roles*, 15(7-8), 417-432.
- Max Rubner-Institut (2008). *Nationale Verzehrsstudie II*. Max Rubner-Institut, Karlsruhe.
- McDonough, P. & Walters, V. (2001). Gender and health: reassessing patterns and explanations. *Social Science and Medicine*, 52, 547-559.
- McGinnis, J. M., & Foege, W. H. (1993). Actual causes of death in the United States. *Journal of the American Medical Association*, 270, 2207-2212.
- McPherson, K. (2007). Moderate alcohol consumption and cancer. *Annals of Epidemiology*, 17, 46-48.
- McQueen, D. V. (1988). Directions for research in health behavior related to health promotion: an overview. In R. Anderson, J. K. Davies, I. Kickbusch & D. V. McQueen (Eds.), *Health behaviour research and health promotion* (pp. 251-265). Oxford: Oxford University Press.

- Meece, J. L., Bower Glienke, B. & Burg, S. (2006). Gender and motivation. *Journal of School psychology, 44*, 351-373.
- Mendelson, B. K., White, D. R. & Mendelsohn, M. J. (1998). *Manual for the Body Esteem Scale for adolescents and adults*. Montreal: Concordia University.
- Mensink, G. (2004). Essen Männer anders? In T. Altgeld (Hrsg.), *Männergesundheit: Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention* (S. 155-170). Weinheim & München: Juventa.
- Mensink, G., Kleiser, C. & Richter, A. (2007). Lebensmittelverzehr bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 5/6*, 609-623.
- Methfessel, B. (2005). Fachwissenschaftliche Konzeption: Soziokulturelle Grundlagen der Ernährungsbildung. In: H. Heseke & K. Schlegel-Matthies (Hrsg.), *Paderborner Schriften zur Ernährungs- und Verbraucherbildung* (Band 7). Universität Paderborn.
- Merbach, M. & Brähler, E. (2004a). Daten zu Krankheiten und Sterblichkeit von Jungen und Männern. In T. Altgeld (Hrsg.), *Männergesundheit – Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention* (S. 67-84). Weinheim und München: Juventa.
- Merbach, M & Brähler, E. (2004b). Prävention und Gesundheitsförderung bei Männern und Frauen. In K. Hurrelmann, T. Klotz & J. Haisch (Hrsg.): *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 317-327). Bern: Hans Huber.
- Mess, F. (2007). *Sport als Medium zur organisationalen Sozialisation von neuen Mitarbeitern?* Dissertation der Universität Konstanz.
- Merbach, M., Singer, S. & Brähler, E. (2002). Psychische Störungen bei Männern und Frauen. In K. Hurrelmann & P. Kolip (Hrsg.), *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit* (S. 258-272). Bern: Huber.
- Michels, K. B. (2005). The role of nutrition in cancer development and prevention. *International Journal of Cancer, 114*, 163-165.
- Middleton, M. J. & Midgley, C. (1997). Avoiding the demonstration of lack of ability: An underexplored aspect of goal theory. *Journal of Educational Psychology, 89*, 710-718.
- Mielck, A. (2005). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion*. Bern: Hans Huber.

- Miller, C. F., Trautner, H. M. & Ruble, D. N. (2006). The role of gender stereotypes in children's preferences and behavior. In L. Balter & C. Tamis-LeMonda (Eds.), *Child psychology: A handbook of contemporary issues* (pp. 293-323). Philadelphia, PA: Psychology Press.
- Miller, J. L., & Heinrich, M. (2001). Gender role conflict in middle school and college female athletes and non-athletes. / Conflit de role lie au genre chez des jeunes filles sportives et non sportives scolarises dans des etablissements d'enseignement secondaire (1e cycle) et superieur). *Physical Educator*, 58(3), 124-133.
- Miller, J. L., & Levy, G. D. (1996). Gender role conflict, gender-typed characteristics, self-concepts, and sport socialization in female athletes and non-athletes. *Sex Roles*, 35(1-2), 111-122.
- Miller, K. E. (2008). Wired: Energy drinks, jock identity, masculine norms, and risk taking. *Journal of American College Health*, 56(5), 481-489.
- Möller-Leimkühler, A. M. (2003). The gender gap in suicide and premature death or: why are men so vulnerable? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 253, 1-8.
- Möller-Leimkühler, A. M. & Kasper, S. (2010). Psychische und Verhaltensstörungen. In D. Bardehle & M. Stiehler (Hrsg.), *Erster Deutscher Männergesundheitsbericht* (S. 135-160), München: W. Zuckschwerdt.
- Mönnichs, G. & von Lengerke, T. (2004). Unzufriedenheit mit dem eigenen Gewicht nach Reduktionsdiät bei Frauen und Männern: Ergebnisse des KO-RA-Survey 2000. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 12, 116-130.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. & The PRISMA Group (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med.* 6, e1000097.
- Mokdad, A., Marks, J. S., Stroup, D. F. & Gerberding, J. L. (2004). Actual Causes of Death in the United States, 2000. *Journal of the American Medical Association*, 291(10), 1238-1245.
- Mokdad, A., Marks, J. S., Stroup, D. F. & Gerberding, J. L. (2005). Correction: Actual Causes of Death in the United States, 2000. *Journal of the American Medical Association*, 293(3), 293-294.
- Mooney, K., DeTore, J. & Malloy, K. A. (1994). Perceptions of women related food choice. *Sex Roles*, 36(9/10), Pp. 433-442.
- Mooney, K. M. & Lorenz, E. (1997). The Effects of food and gender on interpersonal perceptions. *Sex Roles*, 36(9/10), 639-653.
- Moosbrugger, H & Kelava, A. (2011). *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion*. Heidelberg: Springer.

- Mori, M., Nakashima, Y., Yamazaki, Y., & Kurita, H. (2002). Sex-role orientation, marital status and mental health in working women. *Archives Womens Mental Health*, 5(4), 161-176.
- Morris, J. N. (1996). Körperliche Aktivität gegen Herzinfarkt. In The Club of Cologne (Hrsg.), *Gesundheitsförderung und körperliche Aktivität* (S. 104-115). Köln: Strauß.
- Morrison, V. & Bennett, P. (2009). *An Introduction to Health Psychology* (2nd Edition). Harlow: Pearson Education.
- Müller, M. J. (2008). *Ernährungsmedizinische Praxis: Methoden – Prävention – Behandlung*. Heidelberg: Springer.
- Müller, U. & Heinzl-Gutenbrunner, M. (2001). *Krankheiten und Beschwerden (subjektive Gesundheit) unter Bewertung der eigenen Gesundheit*. Wiesbaden: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung.
- Muff, C. (2009). *Soziale Ungleichheit im Ernährungsverhalten – Theoretische Hintergründe und empirische Befunde*. Münster: LIT.
- Mukamal, K. J., Chung, H., Jenny, N. S., Kuller, L. H., Longstreth, W. T. Jr., Mittleman, M. A., Burke, G. L., Cushman, M., Psaty, B. M. & Siscovick, D. S. (2006). Alcohol consumption and risk of coronary heart disease in older adults: The cardiovascular Health Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54, 30-37.
- Mullan, E., Markland, D., & Ingledew, D.K. (1997). A graded conceptualisation of self-determination in the regulation of exercise behaviour: Development of a measure using confirmatory factor analytic procedures. *Personality and Individual Differences*, 23, 745-752.
- Munley, G. A., McLoughlin, A. & Forrester, J. J. (1999). Gender differences in health-check attendance and intention in young adults: An application of the health model. *Behaviour Change*, 16, 237-245.
- Mummendey, H. D. (1990). *Psychologie der Selbstdarstellung*. Göttingen: Hgrefe.
- Myers, A. M., & Gonda, G. (1982). Empirical validation of the Bem Sex-Role Inventory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43, 304-318.
- Myers, A. M., & Lips, H. M. (1978). Participation in competitive amateur sports as a function of psychological androgyny. *Sex Roles*, 4(4), 571-578.
- Ness, A. R., Frankel, S. J., Gunnell, D. J., Smith, G. D. (1999). Are we really dying for a tan? *British Medical Journal*, 319, 114-116.
- Ness, A. R., Frankel, S. J., Gunnell, D. J., Smith, G. D. (2002). Are we still dying for a tan? *Journal of Cosmetic Dermatology*, 1(1), 43-46.

- Niermann, C. (2011). *Vom Wollen und Handeln – Selbststeuerung, sportliche Aktivität und gesundheitsrelevantes Verhalten*. Hamburg: Feldhaus
- Niermann, C., Krapf, F., Renner, B., Reiner, M. & Woll A. (2014). Family Health Climate Scale (FHC-Scale): Development and validation. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 11:30.
- Neubauer, G. (2003). Wie geht's den Jungs? Jungengesundheit und Aspekte einer jungenbezogenen Gesundheitsförderung. *Blickpunkt der Mann*, 1, 24-28.
- Neubauer, G., Winter, R. (2010). Jungengesundheit in Deutschland: Themen, Praxis, Probleme. In D. Bardehle & M. Stiehler (Hrsg.), *Erster Deutscher Männergesundheitsbericht*. München: W. Zuckschwerdt.
- Neumark-Sztainer, D. & Hannan, J. P. (2000). Weight-related behaviors among adolescent girls and boys. Results from a national survey. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 6, 569-577.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., & Peterson, M. A. (1986). Negative life stress, social support, and depressive symptoms: Sex roles as a moderator variable. *Journal of Social Behavior & Personality*, 1(4), 599-609.
- New York Heart Association (1964). *Diseases of the Heart and Blood Vessels: nomenclature and criteria for diagnosis (6th ed.)*. Boston: Little Brown.
- Nolen-Hoeksema, S. (1994). An interactive model for the emergence of gender differences in depression in adolescence. *Journal of Research on Adolescence*, 4, 519-534.
- Nowicki, S. & Duke, M. (1981). The Nowicki-Strickland Life Span Locus of Control Scales: Construct validation. In H. M. Lefcourt (Ed.), *Research with the locus of control construct (Vol. 2)* (pp. 16-43). New York: Academic Press.
- Oepping, A. & Francke, A. (2009). Essen und Ernährung in der frühkindlichen Bildung. In: H. Heseke & K. Schlegel-Matthies (Hrsg.), *Paderborner Schriften zur Ernährungs- und Verbraucherbildung (Band 8)*, Universität Paderborn.
- Olds, D. E., & Shaver, P. (1980). Masculinity, femininity, academic performance, and health: Further evidence concerning the androgyny controversy. *Journal of Personality*, 48(3), 323-341.
- Pajares, F. (1996). Self-efficacy beliefs in academic settings. *Review of Educational Research*, 66(4), 543-578.
- Pajares, F. & Valiante, G. (1997). Influence of self-efficacy on elementary students' writing. *Journal of Educational Research*, 90(6), 353-360.

- Pajares, F. & Valiante, G. (2001). Gender differences in writing motivation and achievement of middle school students: A function of gender orientation?. *Contemporary Educational Psychology*, 26(3), 366-381.
- Parent, M. C. & Moradi, B. (2009). Confirmatory factor analysis of the Conformity to Masculine Norms Inventory and development of the Conformity to Masculine Norms Inventory-46. *Psychology of Men & Masculinity*, 10(3), 175-189.
- Park Sang, H., Jeon Jae, H., & Youngsook, K. (2012). The Relationship between Gender Role Identity and Intrinsic Motivation of Female University Students Based on Exercise Participation. *International Journal of Applied Sports Sciences*, 24(2), 99-108.
- Parkinson, B., Briner, R. B., Reynolds, S. & Totterdell, P. (1995). Time frames for mood: relations between momentary and generalized ratings of affect. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 21, 331-339.
- Parson, B. & Bales, R. F. (1964). *Family: Socialisation and interaction process*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Parsons, E. M., & Betz, N. E. (2001). The relationship of participation in sports and physical activity to body objectification, instrumentality, and locus of control among young women. *Psychology of Women Quarterly*, 25(3), 209-222.
- Pate, R. R., Pratt, M., Blair, S. N. et al. (1995). Physical activity and Public Health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *Journal of the American Medical Association*, 273, 402-407.
- Pate, R. R., Trost, S. G., Dowda, M., Ott, A., Ward, D., Saunders, R. et al. (1999). Tracking of physical activity, physical inactivity and health-related physical fitness in rural youth. *Pediatric Exercise Science*, 11, 364-376.
- Pedhazur, E. J., & Tetenbaum, T. J. (1979). Bem Sex Role Inventory: A theoretical and methodological critique. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 996-1016.
- Pelletier, L. G., Dion, S. C., Slovinec-D'Angelo, M., Reid, R. (2004). Why do you regulate what you eat? Relationships between forms of regulation, eating behaviours, sustained dietary behaviour change, and psychological adjustment. *Motivation and Emotion*, 28, 245-277.
- Pennebaker, J. W. (1982). *The psychology of physical symptoms*. New York: Springer.
- Peto, R. & Lopez, A. D. (1990). Worldwide mortality from current smoking patterns. In B. Durston & K. Jamronzik (Eds.), *Tobacco and Health 1990: The Global war. Proceedings of the 7th World Conference on Tobacco and Health* (pp. 66-68). Perth: Health Department of Western Australia.

- Pfeffer, I., Alfermann, D. (2009): Fitnesssport für Männer – Figurtraining für Frauen?! Gender und Bewegung. In: P. Kolip & T. Altgeld (Hrsg.): *Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention*. (S. 41-60) Weinheim und München: Juventa.
- Pinquart, M. & Silbereisen, R. K. (2002). Gesundheitsverhalten im Kindes- und Jugendalter – Entwicklungspsychologische Erklärungsansätze. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 45, 873-878.
- Pintrich, P. R. & DeGroot, E. V. (1990). Motivational and self-regulated learning components of classroom academic performance. *Journal of Educational Psychology*, 82, 33-40.
- Pintrich, P. R. & Schunk, D. H. (1996). *Motivation in education: Theory, research, and applications*. Englewood Cliffs, NJ: Merrill-Prentice Hall.
- Piccinelli, M. & Wilkinson, G. (2002). Gender differences in depression. *British Journal of Psychiatry*, 177, 486-492.
- Pickett, W. (2004). Injuries. In C. Currie, C. Roberts, A. Morgan, R. Smith, W. Settertobulte, O. Samdal & V. B. Rasmussen (Eds.), *Young people's health in context – Health behavior in school-aged children (HBSC) study: International report from the 2001/2002 survey* (pp. 154-152). Copenhagen: WHO.
- Pigott, T. (1999). Gender Differences in the Epidemiology and Treatment of Anxiety Disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60(suppl. 18), 4-15.
- Priess, H. A., Lindberg, S. M., & Hyde, J. S. (2009). Adolescent gender-role identity and mental health: Gender intensification revisited. *Child Development*, 80(5), 1531-1544.
- Prochaska, J. J., Sallis, J. F. & Long, B. (2001). A physical activity screening measure for use with adolescents in primary care. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 155, 554-559.
- Prochaska, J. O. (2007). Stages of Change – Phasen der Verhaltensänderung, Bereitschaft und Motivation. In J. Kerr, R. Weitkunat & M. Moretti (Hrsg.), *ABC der Verhaltensänderung. Der Leitfaden für erfolgreiche Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 118-132). München: Urban und Fischer.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.
- Prochaska, J. O. & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12, 38-48.
- Pudel, V. & Westenhöfer, J. (2003). *Ernährungspsychologie – Eine Einführung* (3., unveränderte Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

- Pudel, V. (2010). Ernährung – Gewicht – Diät. Die Mythen und die Fakten. In: G. Reich & M. Cierpka (Hrsg.), *Psychotherapie der Essstörungen: Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend* (S. 1-26). Stuttgart: Thieme.
- Radley, A., Grove, A., Wright, S., & Thurston, H. (2000). Gender-role identity after heart attack: Links with sex and subjective health status. *Psychology & Health, 15*(1), 123-133.
- Raithel, J. (2003). Risikobezogenes Verhalten und Geschlechtsrollenorientierung im Jugendalter. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 11*(1), 21-28.
- Raithel, J. (2004). *Jugendliches Risikoverhalten*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Rasmussen, M., Krølner, R., Klepp, K.-I., Lytle, L., Brug, J., Bere, E. & Due, P. (2006). Determinants of fruit and vegetable consumption among children and adolescents: a review of the literature. Part I: quantitative studies. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 3*-22.
- Ravens-Sieberer, U., Ellert, E. & Erhart, M. (2007). Gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Eine Normstichprobe für Deutschland aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 5/6*, 810-818.
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S. & Erhart, M. (2007). Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 5/6*, 871-878.
- Real, T. (1999). *Mir geht's doch gut. Männliche Depression*. Bern: Scherz.
- Regber, S., Novak, M., Eiben, G., Lissner, L., Hense, S., Zerkova Sandström, T., Ahrens, W. & Mårild, S. (2013). Assessment of selection bias in a health survey of children and families – the IDEFICS Sweden-study. *BMC Public Health, 13*:418.
- Reiner, M., Niermann, C., Krapf, F. & Woll, A. (2013). Stress, Sport und Beschwerdewahrnehmung – Puffereffekte von Sport und körperlicher Aktivität. *Sportwissenschaft, 43*(4), 264-275.
- Reinisch, J. M., Ziemba-Davis, M. & Sanders, S. A. (1991). Hormonals contributions to sexually dimorphic behavioral development in humans. *Psychoneuroendocrinology, 16*, 213-278.
- Reise, S. P., Waller, N. G. & Comrey, A. L. (2000). Factor analysis and scale revision. *Psychological assessment, 12*, 287-297.

- Renner, B. & Schwarzer, R. (2003). Applied fields: Health. In R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *The encyclopedia of psychological assessment* (Vol. 1, S. 69-72). London: Sage.
- Renner, B. & Staudinger, U. M. (2008). Gesundheitsverhalten alter Menschen. In: A. Kuhlmei (Hrsg.), *Alter, Gesundheit und Krankheit* (S. 193-206). Bern: Huber.
- Renner, B., Sproesser, G., Strohbach, S. & Schupp, H. T. (2012). Why we eat what we eat: The Eating Motivation Survey (TEMS). *Appetite*, 59, 117-128.
- Resch, M. (2002). Der Einfluss von Familien- und Erwerbsarbeit auf die Gesundheit. In K. Hurrelmann & P. Kolip (Hrsg.), *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit* (S. 403-418). Bern: Huber.
- Reyner, L. A. & Horne, J. A. (2002). Efficacy of a „functional energy drink“ in counteracting driver sleepiness. *Physiology & Behavior*, 75, 331-335.
- Rheinberg, F. (2010). Intrinsische Motivation und Flow-Erleben. In J. Heckhausen & H. Heckhausen (Hrsg.), *Motivation und Handeln*. (S. 365-388). Berlin und Heidelberg: Springer.
- Richter, M. (2005). *Gesundheitsverhalten im Jugendalter – Der Einfluss sozialer Ungleichheit*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Richter, M. & Hurrelmann, K. (Hrsg.) (2009). *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Konzepte*. Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften.
- Rodin, J. & Ickovics, R. (1990). Women's Health. Review and Research Agenda. *American Psychologist*, 45, 133-142.
- Robert Koch-Institut (2003). *Bundes-Gesundheitssurvey: Körperliche Aktivität. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Robert Koch-Institut (2005). *Gesundheit von Männern und Frauen im mittleren Lebensalter. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Robert Koch-Institut (2006). *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin: Robert Koch-Institut
- Robert Koch-Institut (2007). *Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 38 – Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Robert Koch-Institut (2010). *Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2009“*. *Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin: Robert Koch-Institut.

- Robert Koch-Institut (2011). *Sterblichkeit, Todesursachen und regionale Unterschiede. Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Robert Koch-Institut (2014a). *Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012“*. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Robert Koch-Institut (2014b). *Gesundheitliche Lage der Männer in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Robins, L. N. & Regier, D. A. (1991). *Psychiatric Disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study*. New York: Free Press.
- Rolls, B. J., Ello-Martin, J. A. & Tohill, B. C. (2004). What can intervention studies tell us about the relationship between fruit and vegetable consumption and weight management? *Nutrition Reviews*, 62, 1-17.
- Rost, R. (1997). *Ernährung, Fitness und Sport*. Berlin: Ullstein/Mosby.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. New York: Basic Books.
- Rosenbrock, R. & Kümpers, S. (2006). Die Public Health Perspektive. Krankheit vermeiden – Gesundheit fördern. In C. Wendt & C. Wolf (Hrsg.). *Soziologie der Gesundheit* (S. 243-269). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Ruble, D. N., Alvarez, J., Bachman, M., Cameron, J., Fuligni, A., Coll, C. G. & Rhee, E. (2004). The development of a sense of “we”: The emergence and implications of children’s collective identity. In M. Bennett & F. Sani (Eds.), *The development of the social self* (pp. 29-74). New York: Psychology Press.
- Ruble, D. N., Martin, C. L. & Berenbaum, S. A. (2006). Gender development. In E. Eisenberg, W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology: Vol. 3, Social, emotional, and personality development* (pp. 858-932). Hoboken, NJ: Wiley.
- Ruble, D. N., Taylor, L. J., Cyphers, L., Greulich, F. K., Lurye, L. E & Shrout, P. E. (2007). The role of gender constancy in early gender development. *Child development*, 78, 1121-1136.
- Rudman, L. A. (1998). Self-promotion as a risk factor for women: The costs and benefits of counterstereotypical impression management. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 629-645.
- Rudman, L. A. & Fairchild, K. (2004). Reactions to counterstereotypical behavior. The role of backlash in cultural stereotype maintenance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 1004-1010.

- Ruffing-Rahal, M. A. (1991). Initial psychometric evaluation of a qualitative well-being. *Health Values, 15*, 2, 10–20.
- Ruffing-Rahal, M. A. (1994). Evaluation of group health promotion with community-dwelling older women. *Public Health Nursing, 11*, 1, 38-48.
- Ruffing-Rahal., M. A., Barin, L. J. & Combs, C. J. (1998). Gender role orientation as a correlate of perceived health, health behavior, and qualitative well-being in older women. *Journal of Women and Aging, 10*(1), 3-19.
- Rulofs, B., Combrink, C. & Borchers, I. (2002). Sportengagement im Lebenslauf von Frauen und Männern. In H. Allmer (Hrsg.), *Sportengagement im Lebensverlauf* (S. 39-59). Sankt Augustin: Academia.
- Runge, T.E., Frey, D., Gollwitzer, P. M., Helmreich, R. L. & Spence, J. T. (1981). Masculine (instrumental) and feminine (expressive) traits. A comparison between students in the United States and West Germany. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 12*.142-162
- Russell, D. W. (2002). In search of underlying dimensions: The use (and abuse) of factor analysis. *Personality and Social Psychology Bulletin, 28*, 1629-1646.
- Rutter, M., Silberg, J., O'Connor, T. & Smirhoff, E. (1999). Genetics and child psychiatry: II. Empirical research findings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 40*, 19-55.
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2000). Self-Determination Theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development and well-being. *American Psychologist, 55*, 68-78.
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2004). Overview of Self-Determination Theory: An organismic dialectal perspective. In E. L. Deci & R. M. Ryan (Eds.), *Handbook of Self-Determination Research* (pp. 3-33). Rochester: The University of Rochester Press.
- Ryan, R. M., Kuhl, J., & Deci, E. L. (1997). Nature and autonomy: An organizational view of social and neurobiological aspects of self-regulation in behavior and development. *Development and Psychopathology, 9*, 701-728.
- Ryan, R. M., Sheldon, K. M., Kasser, T. & Deci, E. L. (1996). All goals are not created equal: An organismic perspective on the nature of goals and their regulation. In M. Gollwitzer & J. A. Bargh. (Eds.), *The psychology of action: Linking motivation and cognition to behavior* (pp. 7-26). New York: Guilford.
- Ryan, R. M., Patrick, H., Deci, E. L. & Williams, G. C. (2008). Facilitating health behavior change and its maintenance: Interventions based on Self-Determination Theory. *The European Health Psychologist, 10*, 2-5.

- Ryan, R. M., Plant, R. W. & O'Malley, S. (1995). Initial motivations for alcohol treatment: Relations with patient characteristics, treatment involvement and dropout. *Addictive Behaviors*, 20, 279-297.
- Sabo, D. & Gordon, D. F. (1995). Rethinking men's health and illness. In D. Sabo & D. F. Gordon (Eds.). *Men's health and illness: Gender, power, and the body* (pp. 1-22). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Sallis, J. F., & Owen, N. (1999). *Physical activity and behavioural medicine*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Sallis, J. F., Prochaska, J. J. & Taylor, W. C. (2000). A review of correlates of physical activity of children and adolescents. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 32(5). 963-975.
- Salminen, S. (1990). Sex role and participation in traditionally inappropriate sports. *Perceptual & Motor Skills*, 71(3, Part 2), 1216-1218.
- Samitz, G., Egger, M. & Zwahlen, M. (2012). *Körperliche Aktivität und Gesamtsterblichkeit: neue Metaanalyse zur Dosis-Wirkungs-Beziehung*. Online-Publikation. Eingesehen am 19.09.2012 unter <http://kardiologie-gefaessmedizin.universimed.com/artikel/k%C3%B6rperliche-aktivit%C3%A4t-und-gesamtsterblichkeit-neue-metaanalyse-z>
- Sanderson, C. A. (2013). *Health Psychology (2nd Edition)*. Hoboken, NJ: Wiley
- Schannwell, C. M., Schoebel, F. C., Lazica, D., Marx, R., Plehn, G. & Leschke, M. et al. (2000). Besonderheiten der koronaren Herzkrankheit in der klinischen Symptomatik und Erstdiagnostik bei Frauen. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 125, 1417-1423.
- Scheier, M. F., Carver, C. S. & Birdges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait-anxiety, self-mastery and self-esteem): A reevaluation of the life-orientation-test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 1063-1078.
- Schepank, H. (1992). Geschlechtsunterschiede in Manifestation und Verlauf psychogener Erkrankungen. In E. Brähler & H. Felder (Hrsg.), *Weiblichkeit, Männlichkeit und Gesundheit* (S. 176-189). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H. & Müller, H. (2003). Evaluating the fit of structural equation models: Testing of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods of Psychological Research Online*, 8(2), 23-74.
- Schlack, R., Hölling, H., Kurth, B.-M. & Huss, M. (2007). Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 5/6, 827-835.

- Schlaud, M., Atzpodien, K. & Thierfelder, W. (2007). Allergische Erkrankungen. Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 5/6, 701-710.
- Schlicht, W. & Brand, R. (2007). *Körperliche Aktivität, Sport und Gesundheit. Eine interdisziplinäre Einführung*. Weinheim: Juventa.
- Schlicht, W. & Strauß, B. (2003). *Sozialpsychologie des Sports. Eine Einführung*. Göttingen: Hogrefe.
- Schmerl, C. & Nestmann, F. (1990). *Ist Geben seliger als Nehmen? Frauen und Social Support*. Frankfurt am Main: Campus Verlag.
- Schmerl, C. (2002). Die Frau als wandelndes Risiko – Von der Frauenbewegung zur Frauengesundheitsbewegung bis zur Frauengesundheitsforschung. In K. Hurrelmann & P. Kolip (Hrsg.), *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit* (S. 32-52). Bern: Huber.
- Schmid Mast, M., Sieverding, M., Esslen, M., Graber, K. & Jäncke, L. (2008). Maculinity causes speeding in young men. *Accident Analysis & Prevention*, 40, 840-842
- Schmidt, B. (2002). Gesundheit und Krankheit im Erwachsenenalter. In K. Hurrelmann & P. Kolip (Hrsg.), *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit - Männer und Frauen im Vergleich*. (S. 191-205). Bern: Hans Huber.
- Schneider-Düker, M. & Kohler, A. (1988). Die Erfassung des von Geschlechtersrollen – Ergebnisse zur deutschen Neukonstruktion des Bem Sex-Role-Inventory. *Diagnostica*, 34(3), 256-270.
- Schnell, R., Hill, P. B. & Esser, E. (2008). *Methoden der empirischen Sozialforschung*. München: Oldenbourg.
- Scholey, A. B. & Kennedy, D. O. (2004). Cognitive and physiological effects of an „energy drink“: an evaluation of the whole drink and of glucose, caffeine and herbal flavouring fractions. *Psychopharmacology*, 176, 320-330.
- Schritt, K. (2011). *Ernährung im Kontext von Geschlechterverhältnissen. Analyse zur Diskursivität gesunder Ernährung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schwarze, J., Andersen H. H. & Anger, S. (2000): Self-rated health and changes in self-rated health as predictors of mortality – First evidence from German panel data. *DIW Discussion Paper, No. 203*, Berlin.
- Schwarzer, R. (2004). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Einführung in die Gesundheitspsychologie*. Göttingen: Hogrefe.

- Sharpe, M. J., Heppner, P. P., & Dixon, W. A. (1995). Gender role conflict, instrumentality, expressiveness, and well-being in adult men. *Sex Roles, 33*(1-2), 1-18.
- Shavelson, R. J., Hubner, J. J. & Stanton, G. C. (1976). Self-Concept: Validation of Construct Interpretations. *Review of Educational Research, 46*(3), 407-441.
- Shifren, K. & Bausermann, R. L. (1996). The relationship between instrumental and expressive traits, health behaviors, and perceived physical health. *Sex Roles, 34*(11-12), 841-864.
- Seelig, H. & Fuchs, R. (2009). Messung der sport- und bewegungsbezogenen Selbstkonkordanz. *Zeitschrift für Sportpsychologie, 13*(4), 121-139.
- Sell, K., Gedrich, K., Fischer, B., Döring, A. & KORA-Studiengruppe (2003). Trends im Ernährungsverhalten in der Region Augsburg. Ergebnisse der MONICA-/ KORA-Studien 1984 bis 2001. *Ernährungs-Umschau, 50*(6), 208-213.
- Settertobulte, W. (2002). Gesundheit und Krankheit im Jugendalter. In K. Hurrelmann & P. Kolip (Hrsg.), *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit - Männer und Frauen im Vergleich* (S. 179-190). Bern: Huber.
- Setzwein, M. (2004a). Ernährung als Thema der Geschlechterforschung. In J. Rückert-John (Hrsg.), *Hohenheimer Beiträge zu Gender und Ernährung: Gender und Ernährung* (S. 50-72). Hohenheim: Eigenverlag der Universität Hohenheim.
- Setzwein, M. (2004). „Männliches Lustprinzip“ und „weibliches Frustprinzip“? Ernährung, Emotionen und die soziale Konstruktion von Geschlecht. *Ernährungs-Umschau, 51*(12), S. 504-507.
- Setzwein, M. (2009). Frauenessen – Männeressen? Doing gender und Essverhalten. In: P. Kolip & T. Altgeld (Hrsg.): *Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention* (S. 41-60) Weinheim und München: Juventa.
- Severiens, S. & ten Dam, G. (1998). A multilevel meta-analysis of gender differences in learning orientations. *British Journal of Educational Psychology, 68*, 595-608.
- Sieverding, M. (1990). *Psychologische Barrieren in der beruflichen Entwicklung von Frauen. Das Beispiel der Medizinerinnen*. Stuttgart: Ferdinand Enke.
- Sieverding, M. (2000). Risikoverhalten und präventives Verhalten im Geschlechtervergleich: Ein Überblick. *Zeitschrift für medizinische Psychologie, 9*, 7-16.

- Sieverding, M. (2002). Gender and health-related attitudes: The role of a „macho“ self-concept. In G. Weidner, S. M. Kopp & M. Kristenson (Eds.), *Heart Disease: Environment, Stress and Gender. NATO Science Series, Series I: Life and Behavioural Sciences* (Volume 327, pp. 237-250). Amsterdam: IOS Press.
- Sieverding, M. (2004). Achtung! Die männliche Rolle gefährdet Ihre Gesundheit! *Psychomed*, 16, 25-30.
- Sieverding, M. (2005). Geschlecht und Gesundheit. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie: Gesundheitspsychologie* (S. 55-70). Göttingen: Hogrefe.
- Sieverding, M. (2010). Genderforschung in der Gesundheitspsychologie. In G. Steins (Hrsg.), *Handbuch Geschlechterforschung und Psychologie* (S. 189-201). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Signorella, M. L., Bigler, R. S. & Liben, L. S. (1993). Developmental differences in children's gender schemata about others: A meta-analytic review. *Developmental Review*, 13, 147-183.
- Smith, D. W. E. & Warner, H. R. (1990). Overview of biomedical perspectives: Possible relationships between genes on the sex chromosomes and longevity. In M. G. Ory & H. R. Warner (Eds.), *Gender, health, and longevity. Multidisciplinary perspectives* (pp. 41-55). New York: Springer.
- Soroka, A., & Bergier, J. (2011). Sense of gender identity in women practicing football with consideration of the formation. *Polish Journal of Sport & Tourism*, 18(1), 45-51.
- Speilberger, C. D., Gorsuch, R. L. & Lushene, R. E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Spence, J. T. (1985). Gender identity and implications for concepts of masculinity and femininity. In T. B. Sonderegger (Ed.), *Nebraska symposium on motivation: Vol 32., Psychology and gender* (pp. 59-96). Lincoln, NE: University of Nebraska Press.
- Spence, J. T. (1993). Gender-related traits and gender ideology: Evidence for a multifactorial theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 624-635.
- Spence, J. T. & Buckner, C. (1995). Masculinity and femininity: Defining the undefinable. In P. J. Kalbfleisch & M. J. Cody (Eds.), *Gender, power, and communication in interpersonal relationships* (pp. 105-138). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Spence, J. T., & Buckner, C. E. (2000). Instrumental and expressive traits, trait stereotypes, and sexist attitudes. *Psychology of Women Quarterly*, 24, 44-62.

- Spence, J. T. & Hall, S. K. (1996). Children's gender related self-perceptions, activity preferences, and occupational stereotypes: A test of three models of gender constructs. *Sex Roles*, 35, 659-691.
- Spence, J. T., & Helmreich, R. L. (1980). Masculine instrumentality and feminine expressiveness: Their relationships with sex role attitudes and behaviors. *Psychology of Women Quarterly*, 5, 147-163.
- Spence, J. T., Helmreich, R., & Stapp, J. (1974). The Personal Attributes Questionnaire: A measure of sex role stereotypes and masculinity-femininity. *Journal Supplement Abstract Service Catalog of Selected Documents in Psychology*, 4, 43-44.
- Spence, J. T., Helmreich, R., & Stapp, J. (1975). Ratings of self and peers on sex role attributes and their relation to self-esteem and conceptions of masculinity and femininity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32(1), 29-39.
- Sproesser, G., Strohbach, S., Schupp, H., & Renner, B. (2011). Candy or apple? How self-control resources and motives impact dietary healthiness in women. *Appetite*, 56, 784-787.
- Squires, R. L., & Kagan, D. M. (1985). Sex-role and eating behaviors among college women. *International Journal of Eating Disorders*, 4(4), 539-548.
- Statistisches Bundesamt (2010). *Geringer Altersunterschied bei Paaren in Deutschland – Pressemitteilung vom 12.10.2013*. Zugriff am 03.05.2013 unter https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/zdw/2010/PD10_041_p002.html.
- Statistisches Bundesamt (2012a). *Gesundheit – Todesursachen in Deutschland*. Zugriff am 01.06.2012 unter <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Todesursachen/Todesursachen2120400107004.pdf>.
- Statistisches Bundesamt (2012b). *Periodensterbetafeln für Deutschland 1871/1881-2008/2010*. Zugriff am 07.07.2012 unter https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/Bevoelkerungsbewegung/PeriodensterbetafelnPDF_5126202.pdf.
- Statistisches Bundesamt (2012c). *Schulen auf einen Blick*. Zugriff am 03.05.2013 unter https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/BildungForschungKultur/Schulen/BroschuereSchulenBlick0110018129004.pdf?__blob=publicationFile.
- Statistisches Bundesamt (2012d). *Private Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien 2012*. Zugriff am 21.08.2013 unter: https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/EinkommenKonsumLebensbedingungen/ITNutzung/Tabellen/NutzungInternetAlter_IKT.html;jsessionid=0427642D787511C85302AF43117F060A.cae2.

- Stauffer, D. & Klotz, T. (2001). The sex-specific life expectancy and the influence of testosterone in a mathematical aging simulation model and its consequences for prevention. *The Aging Male*, 4, 95-99.
- Steenkamp, J. B. & Baumgartner, H. (1998). Assessing Measurement Invariance in cross-national consumer research. *Journal of Consumer Research*, 25, 173-180.
- Steenbarger, B. N., & Greenberg, R. P. (1990). Sex roles, stress, and distress: A study of person by situation contingency. *Sex Roles*, 22(1-2), 59-68.
- Stein, R. I. & Nermeroff, C. J. (1995). Moral overtones of food: judgment of others based on what they eat. *Personality and Psychology Bulletin*, 21(5), 480-490.
- Stepptoe, A., Pollard, T. M., & Wardle, J. (1995). Development of a measure of the motives underlying the selection of food: the food choice questionnaire. *Appetite*, 25(3), 267-284.
- Stephenson, P. & McKee, M. (1993). Look twice. *European Journal of Public Health*, 3(3), 151-152
- Stets, J. E. & Biga, C. F. (2003). Bringing identity theory into environmental sociology. *Sociological Theory*, 21(4), 398-423.
- Stets, J. E. & Burke, P. J. (2003). A sociological approach to self and identity. In M. R. Leary & J. P. Tangney (Eds.), *Handbook of self and identity* (pp. 128-152). New York: Guilford Press.
- Stoddard, T. & Turiel, E. (1985). Children's concepts of cross-gender activities. *Child development*, 56, 1241-1252.
- Stoppard, J. M., & Paisley, K. J. (1987). Masculinity, femininity, life stress, and depression. *Sex Roles*, 16(9-10), 489-496.
- Strandhagen, E., Berg, C., Lissner, L., Nunez, L., Rosengren, A., Toren, K. & Thelle, D. S. (2010). Selection bias in a population survey with registry linkage: potential effect on socioeconomic gradient in cardiovascular risk. *European Journal of Epidemiology*, 25(3).163–172.
- Strauß, B., Köller, O., & Möller, J. (1996). Geschlechtsrollentypologien – eine empirische Prüfung des additiven und des balancierten Modells. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 17, 67-83.
- Strauß, B. & Möller, J. (1999). Androgynie: Typ oder Trait? Zur Struktur und Messung des psychologischen Geschlechts. In U. Bock & D. Alfermann (Hrsg.), *Androgynie. Vielfalt der Möglichkeiten. Querelles. Jahrbuch für Frauenforschung* (Band 4, S. 200-209). Stuttgart: J. B. Metzler.
- Stürmer, S. (2009). *Sozialpsychologie*. München & Basel: E. Reinhardt.

- Sygusch, R. (2005). Jugendsport – Jugendgesundheit. Ein Forschungsüberblick. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 8, 863-872.
- Sygusch, R., Wagner, P., Opper, E. & Worth, A. (2006). Aktivität und Gesundheit im Kindes- und Jugendalter. In K. Bös & W. Brehm (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitssport* (S. 118-128). Handbuch Gesundheitssport. Schorndorf: Hofmann.
- Stillion, J. M. (1985). *Death and the sexes. An examination of differential longevity, attitudes, behaviors, and coping skills*. Washington: Hemisphere.
- Tajfel, H. (1982). *Gruppenkonflikt und Vorurteil: Entstehung und Funktion sozialer Stereotypen*. Bern: Huber.
- Telama, R. Yang, X., Laasko, L. & Viikari, J. (1997). Physical activity in childhood and adolescence as predictor of physical activity in young adulthood. *American Journal of Preventive Medicine*, 13, 317-323.
- Thomas, V. G., & James, M. D. (1988). Body-Image, dieting tendencies, and sex role traits in urban black women. *Sex Roles*, 18(9-10), 523-529.
- Tobin, D. D., Menon, Me., Menon, Ma., Spatta, B. C., Hodges, E. V. E. & Perry, D. G. (2010). The intrapsychics of gender: A model of self socialization. *Psychological Review*, 117, 601-622.
- Totterdale, P., Parkinsons, B., Briner, R. B., Reynolds, S. (1997). Forecasting feelings: The accuracy and effects of self-predictions of mood. *Journal of Social Behavior and Personality*, 12, 631-650.
- Trautner, H. M. (1991). Die Gesundheit der Männer ist das Glück der Frauen – Gesprächsbeitrag. In Gesundheitsakademie/Landesinstitut für Schule und Weiterbildung Nordrhein-Westfalen (Hrsg.), *Die Gesundheit der Männer ist das Glück der Frauen?* (S. 15-28). Frankfurt am Main: Mabuse.
- Trautner, H. M. (2008). Entwicklung der Geschlechtsidentität. In R. Oerter & L. Montada (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (6. Aufl., S. 625-651). Weinheim: Beltz.
- Trautner, H. M., Ruble, D. N., Cyphers, B. K., Behrendt, R. & Hartmann, P. (2005). Rigidity and flexibility of gender stereotypes in childhood: Developmental or differential?. *Infant and Child Development*, 14, 365-381.
- Triemer, A. & Rau, R. (2001). Stimmungskurven im Arbeitsalltag – eine Feldstudie. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*. 22(1), 42-55.
- Troiano, R. P., Berrigan, D., Dodd, K. W., Mâsse, L. C., Tilert, T. & McDowell, M. (2008). Physical Activity in the United States Measured by Accelerometer. *Medicine & Science in Sport & Exercise*, 40(1), 181-188.

- Trudeau, F. & Shepard, R. J. (2008). Physical education, school physical activity, school sports and academic performance. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical activity*, 5:10.
- Tuschen-Caffier, B. (2005). Essstörungen und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung*, 14, 201-208.
- Turner, J. C. (1982). Towards a cognitive redefinition of the social group. In H. Tajfel (Ed.), *Social identity and intergroup relations* (pp. 15-40). Cambridge: Cambridge University Press.
- Turner, P. J. & Gervai, J. (1995). A multidimensional study of gender typing in preschool children and their parents: Personality, attitudes, preferences, behavior, and cultural differences. *British Journal of Developmental Psychology*, 11, 323-342.
- Turner, K., Ferguson, S., Craig, J., Jeffries, A. & Beaton, S. (2013). Gendered identity negotiations through food consumption. *Young consumer*, 14(3), 280-288.
- Twenge, J. M. (1997). Changes in masculine and feminine traits over time: A meta-analysis. *Sex Roles*, 36, 305-325.
- Twenge, J. M. (1999). Mapping gender. The multifactorial approach and the organization of gender-related-attributes. *Psychology of Women Quarterly*, 23, 485-502.
- Ugucioni, S. M., & Ballantyne, R. H. (1980). Comparison of attitudes and sex roles for female athletic participants and non participants. *International Journal of Sport Psychology*, 11(1), 42-48.
- Umaña-Alvarado, M. & Moncada-Jiménez, J. (2004). The effect of an energy drink on aerobic performance in male athletes. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 36, 174-175.
- Vandenberg, R. J. & Lance, C. E. (2000). A review and synthesis of the measurement invariance literature: Suggestions, practices, and recommendations for organizational research. *Organizational Research Methods*, 3(4), 4-70.
- Van der Horst, K., Paw, M. J. C. A., Twisk, J. W. R. & van Mechelen, W. (2007). A brief review on correlates of physical activity and sedentariness in youth. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 39(8), 1241-1250.
- Van Dieren, S., Beulens, J. W., van der Schouw, Y. T., Grobbee, D. E. & Neal, B. (2010). The global burden of diabetes and its complications: an emerging pandemic. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 1, 3-8.
- Van Strien, T. (1989). Dieting, dissatisfaction with figure, and sex role orientation in women. *International Journal of Eating Disorders*, 8(4), 455-462.

- Van Strien, T., Frijters, J. E. R., Bergers, G. P. A. & Defares, P. B. (1986). The Dutch Eating Behaviour Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behaviour. *International Journal of Eating Disorders*, 5, 295-315.
- Vartanian, L. R. Herman, C. P. & Pilovy, J. (2007). Consumption stereotypes and impression management: how you are what you eat. *Appetite*, 48(3), 265-277.
- Vogt, I. (1993). Psychologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften. In K. Hurrelmann & U. Laaser (Hrsg.), *Gesundheitswissenschaften: Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis* (S. 46-62). Weinheim: Beltz.
- Von Lengerke, T. (2007). Die "holy four". Rauchen, Alkoholkonsum, Bewegung und Ernährung (RABE). In T. von Lengerke (Hrsg.), *Public Health-Psychologie. Individuum und Bevölkerung zwischen Verhältnissen und Verhalten* (S. 74-77). Weinheim und München: Juventa.
- Voss, A. (2006). Gesundheitssport aus der Geschlechterperspektive. In I. Hartmann-Tews & B. Rulofs (Hrsg.), *Handbuch Sport und Geschlecht* (S. 89-96). Schorndorf: Hofmann.
- Wadden, T.A. & Foster, G.D. (2001). *Weight and Lifestyle Inventory*. Philadelphia: University of Pennsylvania.
- Waldron, I. (1983). Sex differences in human mortality: the role of genetic factors. *Social Science and Medicine*, 17, 321-333.
- Waldron, I. (1988). Gender and health-related behavior. In D. S. Gochman (Ed.), *Health behavior* (pp. 193-208). New York: Plenum.
- Waldron, I. (1997). Changing Gender Roles and Gender Differences in Health Behavior. In D. S. Gochman (Ed.), *Handbook of Health Behavior Research I – Personal and Social Determinants* (pp. 303-328). New York: Plenum Press.
- Waldron, I. (2002). Krankheit und Mortalität bei Säuglingen und Kleinkindern. In K. Hurrelmann & P. Kolip (Hrsg.), *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit* (S. 159-178). Bern: Huber.
- Wagner, P. & Alfermann, D. (2006). Allgemeines und physisches Selbstkonzept. In K. Bös & W. Brehm (Hrsg.): *Handbuch Gesundheitssport* (S. 334-345). Schorndorf: Hoffmann.
- Wagner, P. & Brehm, W. (2006). Aktivität und psychische Gesundheit. In: K. Bös & W. Brehm (Hrsg.): *Handbuch Gesundheitssport* (S. 103-117). Schorndorf: Hoffmann.

- Wagner, P. & Brehm, W. (2008). Körperlich-sportliche Aktivität und Gesundheit. In J. Beckmann & M. Kellmann (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie. Serie V. Anwendungen der Sportpsychologie* (S. 543-608). Göttingen: Hogrefe.
- Wagner, P., Woll, A., Singer, R. & Bös, K. (2006). Körperliche und sportliche Aktivität: Definitionen, Klassifikationen und Methoden. In K. Bös & W. Brehm (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitssport* (S. 58-68). Schorndorf: Hofmann.
- Walcott, D. D., Pratt, H. D., & Patel, D. R. (2003). Adolescents and eating disorders: Gender, racial, ethnic, sociocultural and socioeconomic issues. *Journal of Adolescent Research*, 18(3), 223-243.
- Warburton, D. M., Bersellini, E. & Sweeney, E. (2001). An evaluation of a caffeinated taurine drink on mood, memory and information processing in healthy volunteers without caffeine abstinence. *Psychopharmacology*, 158, 322-328.
- Wardle, J., Haase, A. M., Steptoe, A., Nillapun, M., Jonwutiwes, K. & Bellisle, F. (2004). Gender Differences in Food Choice: The Contribution of Health Beliefs and Dieting. *Annals of Behavioral Medicine*, 27(2), 107-116.
- Watson, D., & Clark, L. A. (1988). Development and Validation of Brief Measures of Positive and Negative Affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070.
- Wech, B. A. (1983). Sex-role orientation, stress, and subsequent health status demonstrated by two scoring procedures for Bem's scale. *Psychological Reports*, 52(1), 69-70.
- Weiber, R. & Mülhhaus, D. (2010). *Strukturgleichungsmodellierung – Eine anwendungsorientierte Einführung in die Kausalanalyse mit Hilfe von AMOS, SmartPLS und SPSS*. Berlin/Heidelberg: Springer.
- Weidner, G. (2000). Why do men get more heart disease than women? An international perspective. *Journal of American College Health*, 48, 291-294.
- Weiland, S. K., Rapp, K., Klenk, J. & Keil, U. (2006). Zunahme der Lebenserwartung. *Deutsches Ärzteblatt*, 103(16), 1072-1077.
- Weksler, M. E. (1990). A possible role for the immune system in the gender longevity differential. In M. G. Ory & H. R. Warner (Eds.), *Gender, health, and longevity. Multidisciplinary perspectives* (pp. 109-115). New York: Springer.
- Wertheim, E. H., Paxton, S. J., Schutz, H. K. & Muir, S. L. (1997). Why do adolescent girls watch their weight? An interview study examining sociocultural pressures to be thin. *Journal of Psychosomatic Research*, 42, 345-355.

- West, C. & Zimmermann, D. H. (1987). Doing gender. *Gender and Society*, 1, 125-151.
- Weston, R. & Gore, P. A. (2006). A Brief Guide to Structural Equation Modeling. *The Counseling Psychologist*, 34, 719-751.
- Westenhöfer, J. & Pudiel, V. (1989). Verhaltensmedizinische Überlegungen zur Entstehung und Behandlung von Eßstörungen. In R. Wahl & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltensmedizin. Konzepte, Anwendungsgebiete, Perspektiven* (S. 149-162). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Westenhöfer, J. & Pudiel, V. (1990). Einstellungen der deutschen Bevölkerung zum Essen. *Ernährungs-Umschau*, 37, 311-316.
- Whitley, B. E. (1983). Sex-role orientation and self-esteem: a critical meta-analytical review. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 773-786.
- Whitley, B. E. (1984). Sex-role orientation and psychological well-being: Two meta-analyses. *Sex Roles*, 12, 207-225.
- Wickler, W. & Seibt, U. (1983). *Männlich weiblich. Der große Unterschied und seine Folgen*. München und Zürich: Piper.
- Wigfield, A. & Eccles, J. S. (1992). The development of achievement task values: A theoretical analysis. *Developmental Review*, 12, 265-310.
- Wigfield, A. & Eccles, J. S. (2000). Expectancy-value Theory of achievement motivation. *Contemporary Educational Psychology*, 25, 68-81.
- Wilinski, W. (2012). Gender Identity in Female Football Players. *Human Movement*, 13(1), 40-47.
- Wilkinson, R. G., Noack, R. H., Pitner, M.-T. & Grabmayr, S. (2001). *Kranke Gesellschaften: Soziales Gleichgewicht und Gesundheit*. Wien: Springer.
- Williams, G. C., Freedman, Z. R. & Deci, E. L. (1998). Supporting autonomy to motivate glucose control in patients with diabetes. *Diabetes Care*, 21, 1644-1651.
- Williams, G. C., Rodin, G. C., Ryan, R. M. Grolnick, W. S. & Deci, E. L. (1998). Autonomous regulation and long-term medication adherence in adult outpatients. *Health Psychology*, 17, 269-276.
- Williams, J. E. & Best, D. L. (1990). *Measuring sex stereotypes. A multinational study*. Beverly Hills: Sage.
- Wilson, P. M., Mack, D. E. & Grattan, K. P. (2008). Understanding motivation for exercise: A Self-Determination perspective. *Canadian Psychology*, 49, 250-256.

- Wilson, P. M., Rodgers, W. M., Loitz, C., & Scime, G. (2006). It's who I am ... really! The importance of integrated regulation in exercise contexts. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 11, 79-104.
- Wilson, R. & Cairns, E. (1988). Sex-role attributes, perceived competence and the development of depression in adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 29, 635-650.
- Wimer, D. J., & Levant, R. F. (2013). Energy drink use and its relationship to masculinity, jock identity, and fraternity membership among men. *American Journal of Men's Health*, 7(4), 317-328.
- Winkler, G. & Döring, A. (1995). Kurzmethode zur Charakterisierung des Ernährungsmusters: Einsatz und Auswertung eines Food-Frequency-Fragebogens. *Ernährungs-Umschau*, 42(8), 289-291.
- Winkler, G. & Döring, A. (1998). Validation of a short qualitative food frequency list used in several German large scale surveys. *Zeitschrift für Ernährungswissenschaft*, 37(3), 234-241.
- Winkler, G., Döring, A. & Keil, U. (1991). Selected nutrient intakes of middle-aged men in southern Germany. Results from the WHO MONICA Augsburg Dietary Survey of 1984/85. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 35(5), 284-291.
- Winkler, G., Döring, A. & Keil, U. (1992). Food intake and nutrient sources in the diet of middle-aged men in Southern Germany: Results from the WHO MONICA Augsburg Dietary Survey of 1984/85. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 36(1), 12-22.
- Winter, R. (2012). Jungenpolitik. In M. Theunert (Hrsg.), *Männerpolitik – Was Jungen, Männer und Väter stark macht* (S. 149-172). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Weineck, J. (2007). *Optimales Training: Leistungsphysiologische Trainingslehre unter besonderer Berücksichtigung des Kinder- und Jugendtrainings* (15., vollst. überarb. u. erw. Aufl.). Balingen: Spitta.
- Wolfram, H.-J., Mohr, G., & Borchert, J. (2009). Gender role self-concept, gender-role conflict, and well-being in male primary school teachers. *Sex Roles*, 60(1-2), 114-127.
- Woll, A. (1996). *Gesundheitsförderung in der Gemeinde – eine empirische Untersuchung zum Zusammenhang von sportlicher Aktivität, Fitness und Gesundheit bei Personen im mittleren und späteren Erwachsenenalter*. Neulsenburg: LinguaMed.
- Woll, A. (2004). *Sportliche Aktivität, Fitness und Gesundheit – Methodenband I*. Berlin: Dissertation.de.

- Woll, A. (2006). *Sportliche Aktivität, Fitness und Gesundheit im Lebenslauf: Eine internationale Längsschnittstudie*. Schorndorf: Hofmann.
- Woll, A. & Bös, K. (2004). Wirkungen von Gesundheitssport. *Bewegungstherapie und Gesundheitssport* 20(2), 1-10.
- Woll, A., Tittlbach, S. & Bös, K. (2006). Aktivität und Gesundheit im Erwachsenenalter. In K. Bös & W. Brehm (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitssport* (S. 129-141). Handbuch Gesundheitssport. Schorndorf: Hofmann.
- Woll, A., Tittlbach, S., Schott, N. & Bös, K. (2004). *Diagnose körperlich-sportlicher Aktivität, Fitness und Gesundheit. Methodenband II*. Berlin: dissertation.de.
- World Cancer Research Fund (2007). *Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: A Global Perspective*. Washington: American Institute for Cancer research.
- World Health Organisation (WHO) (1946). *Constitution*. Genf: WHO.
- World Health Organisation (WHO) (2002a). *Mainstreaming gender equity in health – The need to move forward. Madrid Statement*. Eingesehen am 15.10.2012 unter: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/76508/A75328.pdf.
- World Health Organisation (WHO) (2002b). *The World Health Report: Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organisation (WHO) (2009). *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Eingesehen am 19.09.2012 unter: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf.
- World Health Organisation (WHO) (2011). *Global Recommendations on Physical Activity for Health*. Eingesehen am 19.09.2012 unter http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf.
- Worthington, R. L., & Whittaker, T. A. (2006). Scale development research: A content analysis and recommendations for best practices. *The Counseling Psychologist*, 34, 806-838.
- Wrisberg, C. A., Draper, M. V., & Everett, J. J. (1988). Sex role orientations of male and female collegiate athletes from selected individual and team sports. *Sex Roles*, 19(1-2), 81-90.
- Xie, B., Gilliland, F. D., Li, F.-Y. & Rocket, H. R. (2003). Effects of ethnicity, family income, and education on dietary intake among adolescents. *Preventive Medicine*, 36, 30-40.
- Zilbergeld, B. (2000). *Die neue Sexualität der Männer*. Tübingen: DGVT.

- Zimmerman, B. J. & Martinez Pons, M. (1990). Student differences in self-regulated learning: Relating grade, sex, and giftedness to self-efficacy and strategy use. *Journal of Educational Psychology*, 82(1), 51-59.
- Zubragel, S. & Settertobulte, W. (2003). Korpermasse und Ernahrungsverhalten bei Jugendlichen. In K. Hurrelmann, A. Klocke, W. Melzer & U. Ravens-Sieberer (Hrsg.), *Jugendgesundheitssurvey – Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation* (S. 159-182). Weinheim und Munchen: Juventa.

14 Anlagen

- I. Tabellarische Übersicht der Ergebnisse der Literaturrecherche
- II. Werbeplakat (Studie I)
- III. Einverständniserklärung (Studie I)
- IV. Anamnesebogen (Studie I)
- V. Fragebogen (Studie I)
- VI. Auswertungsbogen für individuelles Feedback (Studie I)
- VII. Presseinformationen (Studie I)
- VIII. Informationskärtchen zur Studienteilnahme (Studie II)
- IX. Begleitschreiben (Studie II)
- X. Online-Fragebogen (Studie II)
- XI. Anschreiben an Kooperationsschulen (Studie III)
- XII. Informationsbroschüre zur Studienteilnahme (Studie III)
- XIII. Elternfragebogen (Studie III)
- XIV. Schülerfragebogen (Studie III)

I. Tabellarische Übersicht der Ergebnisse der Literaturrecherche

Quelle	N	Alter	Anteil weibl.	Population	Land	Zusammenfassung der relevanten Ergebnisse
Studien mit Bezug zu körperlicher Aktivität						
Andre & Holland (1995)	376	n. a.	59%	Schülerinnen und Schüler	USA	Maskulinität sowohl bei männlichen als auch weiblichen körperlich-sportlich Aktiven stärker ausgeprägt. Keine Unterschiede im Hinblick auf Femininität. Kein Zusammenhang von ausgeübter Sportart und Ausprägung der Maskulinität oder Femininität.
Athenstaedt (2002)	335	26.5 ± 6.9	59%	Studierende	AUT	Bei Frauen, nicht jedoch bei Männern, besteht ein Zusammenhang zwischen G-SK und der Ausübung geschlechtstypischer Sportkurse: Sportlerinnen, die an maskulin typisierten Kursen teilnahmen, beschrieben sich weniger feminin als jene Frauen aus neutral eingestuften Sportkursen und überdies signifikant maskuliner als jene aus den femininen Sportkursen.
Athenstaedt et al. (2009)	310	15.1 ± 0.7	48%	Schülerinnen und Schüler	AUT	Maskulinität sagte körperliches Aktivitätsverhalten vorher: Je maskuliner sich die Jugendlichen beider Geschlechter beschreiben, desto größer die Anzahl an Sportaktivitäten, die sie ausüben.
Baffi et al. (1991)	180	22.4	0%	Studierende	USA	Maskuline Männer gaben beim eingesetzten Instrument in der Kategorie <i>exercise and fitness</i> die höchsten Werte an und waren somit laut Selbstauskunft in höherem Maße körperlich-sportlich aktiv als androgyn, undifferenziert oder feminin klassifizierte Männer.
Burke (1986)	49	n. a.	100%	Studierende	USA	Frauen, die <i>unangemessene</i> Sportarten wie Basketball oder Softball ausübten, hatten eine stärker ausgeprägte Maskulinität als jene in den <i>angemessenen</i> Sportarten Schwimmen und Tennis. Keine Unterschiede im Hinblick auf Femininität oder Typisierung (androgyn, feminin, maskulin und undifferenziert).

Quelle	N	Alter	Anteil weibl.	Population	Land	Zusammenfassung der relevanten Ergebnisse
Butcher (1989)*	134	11.5-15.4	100%	Schülerinnen	CAN	Über die Adoleszenz hinweg haben Sportlerinnen höhere Maskulinitätswerte als Nichtsportlerinnen – bei vergleichbar ausgeprägter Femininität. Maskulinität und Ausübung körperlich-sportlicher Aktivität sind miteinander assoziiert und dies ändert sich auch nicht im Verlauf der Adoleszenz.
Caron et al. (1985)	365	k. a.	0%	Studierende	USA	Teamsportler (z.B. Football, Basketball) gaben höhere Maskulinitätswerte an als jene, die einer Individualsportart nachgingen (z.B. Fechten, Golf). Keinerlei Unterschiede im Zusammenhang mit der Femininität zu beobachten.
Cazenave et al. (2007)	180	20.1 ± 2.1, 26.6 ± 8.2, 38.2 ± 6.0	100%	Sportlerinnen (diverse Sportarten)	FRA	Maskulinität in beiden Gruppen der Risikosportlerinnen (hobbymäßig bzw. professionell betrieben) höher ausgeprägt. Überdies niedrigere Ausprägung der Femininitätsdimension bei Hobby-Risikosportlerinnen.
Chalabaev et al. (2009)	102	13.5 ± 1.2	100%	Schülerinnen	FRA	Maskulinität bedeutsamer Prädiktor der wahrgenommenen Leistungsfähigkeit beim Fußballspiel, welche wiederum die tatsächliche Leistung vorhersagte. Keine Zusammenhänge von Femininität und den Untersuchungsvariablen.
Chalip et al. (1980)	23	19.9	100%	Feldhockeyspielerinnen	NZL	Verglichen mit einer Normstichprobe, waren unter den Feldhockeyspielerinnen androgyne und maskuline überfeminine und undifferenzierte Frauen unterrepräsentiert.
Colker & Widom (1980)	256	n. a.	100%	Studierende	USA	Femininität bei Sportlerinnen schwächer ausgeprägt als bei Nichtsportlerinnen. Keine Unterschiede bzgl. G-SK-Ausprägung in Abhängigkeit von praktizierter Sportart. Sportlerinnen mit hohem sportbezogenem Commitment gaben höhere Maskulinitätswerte an als jene mit schwachem.
Colley et al. (1985)	156	19.5	53%	Studierende	GBR	Nur bei Frauen Zusammenhang zwischen G-SK und ausgeübter Sportart: Unter den Teamsportlerinnen (z. B. Basketball, Volleyball) waren Maskuline und Androgyne, bei jenen aus einer Individualsportart (z. B. Tennis, Badminton) Feminine und Undifferenzierte stärker vertreten.

Quelle	N	Alter	Anteil weibl.	Population	Land	Zusammenfassung der relevanten Ergebnisse
Colley et al. (1996)	168	k. a.	68%	Studierende	GBR	Positive Zusammenhänge von Maskulinität und körperlichen Aktivitäten in der Kindheit: Bei Männern war sie mit Rugby, bei Frauen mit British Bulldog (Fangspielvariante) assoziiert. Überdies zeigte sich, dass bei Männern Femininität mit Schwimmen, bei Frauen mit Puppen- und Fantasiespiel (z. B. Kaufmannsladen) in der Kindheit einherging.
Covey & Feltz (1991)	149	16.4	100%	Schülerinnen	USA	Unterschiede beim Vergleich sowohl von Aktiven mit den Inaktiven als auch zwischen Inaktiven und jenen, deren Aktivitätsniveau sich erhöht hatte: Bei Aktiven war Maskulinität stärker und Femininität schwächer ausgeprägt als bei den Inaktiven. Mädchen, die im Laufe der Adoleszenz aktiver geworden sind, gaben zudem höhere Maskulinitätswerte an, als jene, die inaktiv waren und es geblieben sind.
Danoff-Burg et al. 2006	201	18.9	67%	Studierende	USA	Maskulinität erwies sich als Prädiktor körperlicher Aktivität, Femininität stellte sich als unbedeutend heraus.
Delaney & Lee (1995)	163	15.6	56%	Schülerinnen und Schüler	AUS	Maskulinität und Femininität bei körperlich-sportlichen Aktiven stärker ausgeprägt als bei inaktiver Vergleichsgruppe.
Gadbois & Bowker (2007)	134	16.3	60%	Schülerinnen und Schüler	CAN	Keine Zusammenhänge zwischen G-SK und der Ausübungsdauer verschiedener körperlich-sportlicher Aktivitäten. Korrelationen zwischen Maskulinität und Selbstwahrnehmung von Sportkompetenz, Koordination, Kraft, Beweglichkeit und Ausdauer. Je maskuliner sich die Befragten mit beschrieben, desto höher bewerteten sie ihre Fähigkeiten in Bezug auf ihre Sportkompetenz und die Ausprägung der motorischen Hauptbeanspruchungsformen.
Gregson & Colley (1986)	236	15-16	55%	Schülerinnen und Schüler	GBR	Nur bei Mädchen besteht ein Zusammenhang zwischen Maskulinität und der Ausübungsdauer körperlich-sportlicher Aktivität. Femininität bei beiden Geschlechtern hiermit unkorreliert ist. Maskulinität einziger relevanter Prädiktor der Ausübungsdauer, während sich bspw. die körperlich-sportliche Aktivität der Eltern als unbedeutend erwies.

Quelle	N	Alter	Anteil weibl.	Population	Land	Zusammenfassung der relevanten Ergebnisse
Guillet et al. (2000)*	336	14.1 ± 0.8	100%	Handball-spielerinnen	FRA	Gruppenunterschiede zwischen Spielerinnen, die am Ende des Beobachtungszeitraums weiterhin aktiv und jenen, die ausgestiegen waren: Unter den Aktiven war der Anteil androgyn und maskulin typisierter Spielerinnen höher. Zudem war die Ausstiegsquote bei den eingangs feminin typisierten Spielerinnen höher und deren Anteil verringerte sich schneller als bei anders typisierten Spielerinnen.
Henschen et al. (1982)	134	n. a.	100%	Schülerinnen	USA	Unter den Sporttreibenden waren Androgyne und Maskuline stärker, Undifferenzierte geringer vertreten. Bei androgynen und maskulinen Mädchen zeigte sich zudem eine stärker ausgeprägte sportbezogene Leistungsmotivation.
Houseworth et al. (1989)	95	n. a.	0%	Studierende	USA	Weder Unterschiede zwischen Sportlern und Nicht-Sportlern noch zwischen den einzelnen Sportartengruppen.
Jun & Kyle (2012)	485	49.9 & 40.8	36.5 & 36.9%	Golferinnen und Golfer	USA	Bei beiden Geschlechtern ist Maskulinität Prädiktor der sportbezogenen Identität, die wiederum die tatsächliche Sportteilnahme vorhersagt. Bei Männern sagte Maskulinität die Sportteilnahme auch direkt vorher. Femininität hat bei beiden Geschlechtern weder einen direkten noch einen indirekten (über die sportbezogene Identität) Effekt.
Koca et al. (2005)	841	22-23	53%	Studierende	TUR	Männliche Sportler haben höhere Maskulinitäts- und Femininitätswerte, weibliche nur höhere Maskulinitätswerte als Nichtsportler. Bei männlichen und weiblichen Sportlern sind die androgyn Typisierten am stärksten vertreten.
Koivula (1999)	410	25.5 ± 5.7	49%	Studierende	SWE	Das sportbezogene Motiv <i>Wettkampf</i> wird von maskulinen Männern sowie androgynen und maskulinen Frauen besonders hoch bewertet. Das Motiv <i>Äußere Erscheinung</i> ist für feminine Frauen an stärksten. Die Motive <i>Gesundheit</i> sowie <i>Stressbewältigung</i> bewerten androgyne Frauen als äußerst bedeutsam. Maskuline Männer und Frauen verbringen mit körperlicher Aktivität mehr Zeit pro Woche als die anders Typisierten des jeweiligen Geschlechts.

Quelle	N	Alter	Anteil weibl.	Population	Land	Zusammenfassung der relevanten Ergebnisse
Lantz & Schröder (1999)	409	n. a.	58%	Studierende	USA	Körperlich-sportlich Aktive beider Geschlechter gaben höhere Maskulinitäts- und niedrigere Femininitätswerte an als Nichtsportler. Maskulinität korrelierte positiv und Femininität negativ mit der sportbezogenen Identität. Getrennt nach Geschlecht verliert die negative Korrelation an Signifikanz, nur Maskulinität bleibt mit der Identität assoziiert.
Marsh & Jackson (1986)	198	16.7, 22.4	100%	Schülerinnen, Studierende, Gewichtheberinnen	AUS	Sportlerinnen gaben höhere Maskulinitätswerte an als Nichtsportlerinnen. Keine Unterschiede in Hinblick auf Femininität. Zwischen den Sportlerinnen keine Unterschiede, trotz Altersunterschied und ausgeübter Sportart.
Matteo (1986)	80	n. a.	n. a.	Studierende	USA	Maskuline und androgyne Frauen übten häufiger als <i>weiblich</i> bzw. <i>neutral</i> angesehene Sportarten aus als anders typisierte Frauen. Bei den untersuchten Männern zeigte sich, dass Maskuline weniger Erfahrungen mit als <i>weiblichen</i> betrachteten Sportarten gesammelt haben als die anders Typisierten.
Miller & Heinrich (2001)	189	13.5, 19-21	100%	Schülerinnen, Studierende	USA	Sportlerinnen gaben höhere Maskulinitätswerte an als Nichtsportlerinnen. Maskulinität korrelierte positiv mit wahrgenommener Sportkompetenz, globalem Selbstkonzept und der Sportausübung der Mutter.
Miller & Levy (1996)	145	21.5	100%	Studierende	USA	Sportausübung korreliert positiv mit Maskulinität und negativ mit Femininität. Maskulinität korreliert positiv mit dem Selbstkonzept in Bezug auf Aussehen und Körperbild sowie wahrgenommener Sportkompetenz. Femininität korreliert negativ mit dem Selbstkonzept in Bezug auf das Aussehen.
Myers & Lips (1978)	99	17-48	48%	Rückschlagsportlerinnen und -sportler	CAN	Männliche Sportler waren zum größten Teil maskulin, weibliche androgyn typisiert. Unter den Sportlerinnen, die aus Wettkampfgründen an der Sportveranstaltung, im Rahmen derer die Untersuchung stattfand, teilnahmen, war der Großteil androgyn oder maskulin typisiert.

Quelle	N	Alter	Anteil weibl.	Population	Land	Zusammenfassung der relevanten Ergebnisse
Park Sang et al. (2012)	208	n. a.	100%	Studierende	KOR	Unter Sportlerinnen und Nichtsportlerinnen androgyn Typisierte am stärksten vertreten. Unterschiede bei Femininen bzw. Maskulinen: Bei den Sportlerinnen mehr Maskuline und weniger Feminine vertreten, bei den Nichtsportlerinnen umgekehrt. Sportlerinnen geben höhere Maskulinitäts- und niedriger Femininitätswerte an als Nichtsportlerinnen. Intrinsische sportbezogene Motivation bei maskulinen und androgynen Frauen höher als bei den anders Typisierten.
Parsons & Betz (2001)	437	<20	100%	Studierende	USA	Frauen, deren Maskulinität am stärksten ausgeprägt war, waren pro Woche am längsten körperlich-sportlich aktiv. Zwischen Femininität und der Ausübungsdauer körperlich-sportlicher Aktivität ließen sich keine Zusammenhänge beobachten. Zudem zeigte sich ein Zusammenhang zwischen der Anzahl der ausgeübten Sportarten und der Ausprägung der Maskulinitätsdimension des G-SKs.
Salminen (1990)	839	10-16	46%	Schülerinnen und Schüler	FIN	Lediglich bei Mädchen zeigten sich Unterschiede: Maskuline und androgyn Mädchen übten häufiger Sportarten aller drei Kategorien – <i>männlich</i> (z. B. Fußball, Karate), <i>weiblich</i> (z. B. Gymnastik, Reiten) und <i>neutral</i> (z. B. Schwimmen, Leichtathletik) – aus als feminine und undifferenzierte.
Shifren & Bauserman (1996)	336	18.8 ± 1.4	50%	Studierende	USA	In Bezug auf die Kategorie <i>exercise</i> zeigten die Varianzanalysen Unterschiede zwischen den vier G-SK-Typen, wobei Androgyn und Maskuline die höchsten Mittelwerte aufwiesen, also angaben, aktiver zu sein als die anders Typisierten.
Snyder & Spreitzer (1976)	556	n. a.	100%	Schülerinnen	USA	70% der Schülerinnen, die Gymnastik betreiben, aber nur 44% derjenigen, die Basketball spielen, empfinden sich als sehr feminin.
Soroka & Bergier (2011)	63	22.5	100%	Fußballspielerinnen	POL	Auf allen Spielpositionen waren die androgynen Spielerinnen am stärksten vertreten, unter den Stürmerinnen jedoch signifikant häufiger als auf den anderen Positionen.

Quelle	N	Alter	Anteil weibl.	Population	Land	Zusammenfassung der relevanten Ergebnisse
Uguccioni & Ballantyne (1980)	333	19.4	100%	Studierende	USA	Wettkampfsportlerinnen mehrheitlich androgyn und maskulin typisiert, Nichtsportlerinnen zumeist feminin und undifferenziert, Freizeitsportlerinnen ebenfalls sehr häufig feminin.
Wilinski (2012)	94	20.8	100%	Fußballspielerinnen	POL	Fußballspielerinnen geben höhere Maskulinitätswerte an als Nichtsportlerinnen. Keine Unterschiede im Hinblick auf die Femininität. Im Vergleich zu Nichtsportlerinnen sind bei Fußballspielerinnen androgyn Typisierte überrepräsentiert. Keine Unterschiede bzgl. Ligazugehörigkeit. Maskulinität korrelierte mit Aggressivität im Allgemeinen sowie mit indirekter und verbaler Aggressivität im Speziellen
Wrisberg et al. (1988)	381	n. a.	67%	Studierende	USA	Unterschiede zwischen Männern und Frauen in Bezug auf die Verteilung der G-SK-Typen bei Individualsportlern, nicht aber bei den Mannschaftsportarten. Bei den Mannschaftsportlerinnen und -sportlern sind Maskuline und Androgynne, bei den Individualsportlern Feminine und Undifferenzierte am stärksten vertreten.
Studien mit Bezug zum Essverhalten						
Danoff-Burg et al. 2006	201	18.9	67%	Studierende	USA	Männliches Geschlecht und Maskulinität negative Prädiktoren des <i>Binge Eatings</i> , Femininität positiv hiermit assoziiert. Weibliches Geschlecht und Maskulinität gehen mit einem gesunden Essverhalten einher.
Hawkins et al. (1983)	322	n. a.	54%	Studierende	USA	Femininität positiv und Maskulinität negativ mit gezügeltem Essverhalten von Männern und Frauen assoziiert. Bei beiden Geschlechtern negativer Zusammenhang von Unzufriedenheit mit äußerer Erscheinung und Maskulinität sowie ein positiver mit Femininität. Unzufriedenheit wiederum mit gezügeltem Essverhalten assoziiert. Je ausgeprägter die Maskulinität, desto geringer die Unzufriedenheit mit dem Äußeren und desto seltener wurde gezügeltes Essverhalten gezeigt – mit Femininität verhielt es sich umgekehrt.

Quelle	N	Alter	Anteil weibl.	Population	Land	Zusammenfassung der relevanten Ergebnisse
Levant et al. (2011)	323	20.4 ± 5.3	0%	Studierende	USA	Keinerlei Zusammenhänge zwischen der Maskulinität und dem Essverhalten zu beobachten.
Levant & Wimer (2014)	589	23.0 ± 1.1	0%	Studierende	USA	Drei Subskalen des <i>Conformity to Masculine Norms Inventorys</i> erwiesen als signifikante Prädiktoren des Essverhaltens. Je stärker bei den Befragten <i>Siegeswille</i> , <i>Selbstständigkeit</i> und die <i>Befürwortung von Gewalt</i> ausgeprägt waren, desto günstiger war ihr Essverhalten. Als unbedeutend erwiesen sich hingegen bspw. <i>Risikoverhalten</i> , <i>Emotionskontrolle</i> sowie eine <i>heterosexuelle Selbstpräsentation</i> .
Miller (2008)	795	n. a.	48%	Studierende	USA	Maskulinität korreliert geschlechtsübergreifend mit dem Konsum von Energy-Drinks und alkoholischen Mixgetränke auf Basis von Energy-Drinks. Die ergänzend durchgeführten multiplen linearen Regressionen bestätigten Maskulinität als signifikanten Prädiktor des Konsums von Energy-Drinks und alkoholischer Mixgetränke auf der Basis von Energy-Drinks.
Shifren & Bauserman (1996)	336	18.8 ± 1.4	50%	Studierende	USA	Je stärker sich die Befragten femininen Persönlichkeitseigenschaften beschrieben, desto günstiger war das Gesundheitsverhalten im Allgemeinen. In den Varianzanalysen, die getrennt nach den unterschiedlichen Verhaltensweisen durchgeführt wurden, zeigte sich, dass androgyne Personen ein signifikant günstigeres Essverhalten an den Tag legten als dies bei anders Typisierten der Fall war
Squires & Kagan (1985)	162	22.7 ± 4.8	100%	Studierende	USA	Femininität negativ mit unkontrolliertem sowie positiv mit gezügeltem Essverhalten assoziiert. Femininität zudem in der Regressionsanalyse als bedeutsamer Prädiktor des gezügelten Essverhaltens bestätigt. Keine Zusammenhänge mit Maskulinität beobachtet. Frauen mit einer stark ausgeprägten femininen Identität zeigen demnach in höherem Maße gezügeltes und in geringerem Maße unkontrolliertes Essverhalten.

Quelle	N	Alter	Anteil weibl.	Population	Land	Zusammenfassung der relevanten Ergebnisse
Thomas & James (1988)	102	n. a.	100%	Afro-Amerikanerinnen	USA	Zusammenhang von Maskulinität und gezügeltem Essverhalten bzw. Zufriedenheit mit dem eigenen Aussehen und zwischen dem Essverhalten und der Zufriedenheit mit dem eigenen Aussehen. Je unzufriedener die Frauen waren, desto stärker ausgeprägt war deren gezügeltes Essverhalten. Keinerlei statistisch bedeutsame Zusammenhänge von Femininität mit gezügeltem Essverhalten bzw. der Zufriedenheit mit dem eigenen Äußeren beobachtet.
Van Strien (1989)	540	20-22, 25-27, 30-32	100%	anfallend	NED	Positiver Zusammenhang von sowohl Femininität als auch Maskulinität mit gezügeltem Essverhalten beobachtet.
Wimer & Levant (2013)	589	23.1 ± 1.1	0%	Studierende	USA	Positive Zusammenhänge zwischen dem Konsum von Energy-Drinks und Maskulinität. Je stärker sich die befragten Männer mit der traditionellen maskulinen Geschlechtsrolle identifizierten, desto häufiger tranken sie auch Energy-Drinks.
Studien mit Bezug zum Gesundheitszustand						
Altstötter-Gleich (2004)	409	33.1 ± 14.8	64%	anfallend	GER	Maskulinität signifikanter Prädiktor u. a. von <i>Seelischer Gesundheit, Sinnerfülltheit, Beschwerdefreiheit, Selbstwertgefühl</i> und <i>Optimismus</i> . Femininität u.a. negativ assoziiert mit <i>Beschwerdefreiheit</i> und <i>Autonomie</i> .
Annandale (1990)	985	n. a.	55%	anfallend	GBR	Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen zeigte sich, dass eine stärker ausgeprägte Maskulinität mit einer besseren Einschätzung der globalen Gesundheit einhergeht und dass Femininität hiermit in keinem Zusammenhang steht. Personen mit ausgeprägter Maskulinität berichteten zudem weniger Beschwerden als solche mit einer schwächeren Ausprägung, Probanden mit starker femininer Identität signifikant mehr Symptome und Arztbesuche als die Gruppe der weniger femininen Befragten. Keine Zusammenhänge von G-SK und biophysischen Parametern.


Quelle	N	Alter	Anteil weibl.	Population	Land	Zusammenfassung der relevanten Ergebnisse
Delignieres et al. (2004)	91	40.1 ± 8.2	50%	n. a.	FRA	Keine Zusammenhänge zwischen Femininität und einer der erhobten Facetten des motorischen Funktionsstatus. Deutliche Assoziationen von Maskulinität und Ausdauer, Kraft, Athletik und Fitness, nicht jedoch Beweglichkeit. Je stärker sich die befragten Männer und Frauen maskulin konnotierte Persönlichkeitseigenschaften zuschrieben, desto besser schätzen sie auch ihre Leistungsfähigkeit ein.
Downey (1984)	237	48.2 ± 5.4	0%	anfallend	USA	Androgyne Männer, also jene mit ausgeprägter Maskulinität und Femininität, beschrieben ihre Gesundheit besser als anders typisierte Männer.
Gannon et al. (1992)	198	19.9	53%	Studierende	USA	Maskulinität negativ mit <i>Depression</i> und <i>negativem Affekt</i> sowie positiv mit <i>positivem Affekt</i> assoziiert. Keine Zusammenhänge mit physischen Symptomen bzw. Beschwerden beobachtet.
Hunt et al. (2007)*	1551	~ 55	55%	anfallend	GBR	Bei Frauen schwache aber dennoch bedeutsame Zusammenhänge zwischen Femininität und dem Blutdruck. In Bezug auf den BMI bei Männern eine signifikante Assoziation mit der Maskulinität, bei Frauen mit der Femininität. Bei Männern zeigte sich ein signifikanter negativer Zusammenhang zwischen der Femininität und der Mortalität aufgrund von koronarer Herzkrankheit. Der Vergleich der GSK-Typen zeigte überdies, dass maskuline Männer ein um 69% erhöhtes Sterberisiko gegenüber androgynen haben.
Klonoff & Landrine (1992)	51	22.0 ± 6.7	61%	anfallend	USA	Femininität signifikanter Prädiktor der angegebenen Beschwerden. Hohe Varianzaufklärung durch den Faktor Femininität, Maskulinität stand in keinem bedeutsamen Zusammenhang mit dem Berichten von Symptomen.
Lengua & Stormshak (2000)	250	18.8	56%	Studierende	USA	Maskulinität negativ mit Depression bzw. depressiven Symptomen korreliert. Maskulinität negativer Prädiktor für Depression. Keine Zusammenhänge mit Femininität beobachtet.

Quelle	N	Alter	Anteil weibl.	Population	Land	Zusammenfassung der relevanten Ergebnisse
Lubinski et al. (1981)	176	<30	50%	Studierende	USA	Maskulinität signifikanter Prädiktor des Wohlbefindens. Femininität trug lediglich in geringem, wenngleich auch statistisch bedeutsamen Maße, zur Varianzaufklärung bei.
Mori et al. (2002)	945	36.9 ± 9.7	32%	Angestellte	JAP	Negativer Zusammenhang von Femininität und subjektiven Gesundheitsindikatoren bei Männern sowie negativer Zusammenhang von Maskulinität und der seelischen Gesundheit bei Frauen.
Nezu et al. (1986)	168	30.4, 20.9	59%	Studierende	USA	Maskulinität negativer Prädiktor für Depression. Keine Zusammenhänge mit Femininität beobachtet.
Olds & Shaver (1980)	185	20.8	59%	Studierende	USA	Maskuline Männer und Frauen berichteten signifikant weniger Symptome als feminine. Dieser Symptomindex war zwar insgesamt nicht mit der Femininität assoziiert, aber Nennungen einzelner Symptome hingen hiermit zusammen, und zwar stets positiv. Bei Männern waren dies bspw. Übelkeit und Verstopfungen, bei Frauen Menstruationskrämpfe oder Erschöpfungserscheinungen.
Priess et al. (2009)*	410	11.5	51%	Schülerinnen und Schüler	USA	Maskulinität negativ mit Depression bzw. depressiven Symptomen assoziiert. Keine Zusammenhänge mit Femininität beobachtet.
Radley et al. (2000)	120	n. a.	50%	anfallend	GBR	Positive Korrelation von Maskulinität und dem Score der globalen Gesundheit. Femininität hiermit nicht assoziiert. Der positive Zusammenhang bestätigte sich in der Regressionsanalyse, die Maskulinität – nicht jedoch Femininität oder das Geschlecht – als bedeutsamen Prädiktor identifizierte. Zudem wurden eine negative Korrelation von Maskulinität sowie ein positiver Zusammenhang von Femininität und Anzahl der Beschwerden beobachtet.
Ruffing-Rahal et al. (1998)	70	77.4 ± 6.7	100%	anfallend	USA	Mit Ausnahme von vereinzelt Items wurden keine Zusammenhänge von G-SK und dem subjektiven Gesundheitszustand beobachtet.

Quelle	N	Alter	Anteil weibl.	Population	Land	Zusammenfassung der relevanten Ergebnisse
Sharpe et al. (1995)	80	25-85	0%	anfallend	USA	Maskulinität positiv mit Selbstwertgefühl und negativ mit Zustandsangst/Ängstlichkeit sowie depressiven Symptomen korreliert. Keine Assoziation bzgl. Femininität. Keine Verbindung von G-SK und Stresssymptomatik.
Shifren & Bauserman (1996)	336	18.8 ± 1.4	50%	Studierende	USA	Maskulinität mit einer geringeren und Femininität mit einer höheren Angabe körperlicher Beschwerden assoziiert.
Shifren et al. (1993)	145	18.7	71%	Studierende	USA	Weder die für Maskulinität und Femininität durchgeführten Korrelationsanalysen noch die Varianzanalysen mit den vier unterschiedlichen G-SK-Typen lieferten Hinweise auf Zusammenhänge mit der Beschwerdeäußerung.
Steenbarger (1990)	105	28.6	100%	Krankenpflegerinnen	USA	Maskulinität negativ mit Depression bzw. depressiven Symptomen assoziiert. Androgyne signifikant weniger depressive Symptome als anders Typisierte. Keine Zusammenhänge von Depression und Femininität beobachtet.
Stoppard & Paisley (1987)	402	19.3	66%	Studierende	CAN	Maskulinität korreliert negativ mit Depression bzw. depressiven Symptomen. Keine Korrelation mit Femininität beobachtet. Maskulinität und Femininität negative Prädiktoren für Depression, allerdings Maskulinität viel stärker.
Wech (1983)	121	n. a.	100%	Studierende	USA	Maskuline Frauen nannten signifikant weniger Symptome nannten als ihre feminin klassifizierten Kommilitoninnen.
Wolfram et al. (2009)	81	42.9 ± 8.4	0%	Grundschullehrer	GER	Maskulinität negativ mit Angst- und Depressionssymptomatik und positiv mit Arbeitszufriedenheit assoziiert. Femininität ebenfalls negativ mit Angst- und Depressionssymptomatik einhergehend. Androgyne geben niedrigere Depressionswerte an als alle anders Typisierten und niedrigere Angstwerte als Feminine und Undifferenzierte.
Woodhill & Samuels (2003)	196	n. a.	79%	anfallend	AUS	Maskuline und Androgyne gaben bei allen Indikatoren die höchsten Werte an und waren somit – nach eigener Aussage – gesünder als die anders typisierten Befragten.

Anmerkung: Mit * gekennzeichnet sind Studien mit längsschnittlichem Design, alle anderen sind Querschnittuntersuchungen.

II. Werbeplakat (Studie I)



**Gesundheit
zum
Mitmachen**

„Gesundheit zum Mitmachen“


Gesundheit in Bad Schönborn

Das Gesundheitsprojekt „Gesundheit zum Mitmachen“ geht 2011 in eine neue Runde. Hierzu laden wir alle erwachsenen Bürgerinnen und Bürger herzlich ein!

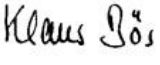
- **02.11.2011 – 10.12.2011**
- **Kostenlose Gesundheitsuntersuchung**
- Fragebogen zu den Themenkomplexen: „Sportaktivität“, „Körperliche Aktivität“, „allgemeine Gesundheit“, „Ernährung und Ernährungsverhalten“
- **Dauer: 1 – 2 Stunden**
- **Rathaus Mingolsheim**

Mo – Mi: 08:30 – 11:30 Uhr; 13:00 – 15:30 Uhr;
Do – Fr: 08:30 – 11:30 Uhr; 14:00 – 17:30 Uhr,
Sa: 09:00 – 17:30 Uhr

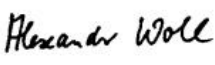
- Infos und Terminvergabe unter:
gesundheitszumitmachen@uni-konstanz.de
 Rainer Kiefer: 0174 – [REDACTED]
 Miriam Reiner: 0178 – [REDACTED]




Klaus Detlef Hüge
Bürgermeister




Prof. Dr. Klaus Bös
Universität Karlsruhe




Prof. Dr. Alexander Woll
Universität Konstanz



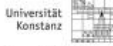
AOK Mittlerer
Oberrhein



Gemeine Bad Schönborn



KIT
Karlsruhe Institute of Technology



Universität
Konstanz

III. Einverständniserklärung (Studie I)



Gesundheitsförderung in der Gemeinde
„Gesundheit zum Mitmachen“

Projektträger



Gemeinde
Bad Schönborn



AOK
Mittlerer-Oberrhein



KIT
Karlsruher Institut für Technologie



Universität
Konstanz

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, an einer Befragung sowie einer grundlegenden medizinischen Untersuchung im Rahmen des Projektes "Gesundheit zum Mitmachen", durchgeführt vom KIT Karlsruher Institut für Technologie und der Universität Konstanz, unter der Leitung: Prof. Dr. Klaus Bös und Prof. Dr. Alexander Woll, teilzunehmen.

Ich bin mit der Speicherung der erhobenen Daten und der anschließenden vollkommen anonymisierten, wissenschaftlichen Auswertung einverstanden.

Ich kann die Untersuchung jederzeit abbrechen oder Teile davon auslassen und die Verwendung der Daten zurückziehen.

Die Teilnahme geschieht auf eigenes Risiko.

Name: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

IV. Anamnesebogen (Studie I)

Codenummer: _____ Untersuchungsdatum: _____

Medizinische Untersuchung

Gesundheit zum Mitmachen 2011

VorabSind Sie mit einer Blutentnahme einverstanden
(Cholesterin, Triglyzeride, Harnsäure, Glukose, GGT) Ja NeinHaben Sie einen Herzschrittmacher? Ja NeinSind Sie schwanger? Ja NeinSollen Ihre Untersuchungsergebnisse an Ihren Hausarzt
weitergeleitet werden? Ja Nein

Wenn Ja: Name des Hausarztes: _____

Wann haben Sie das letzte Mal etwas gegessen? Vor _____ Stunden

Datum: _____ Unterschrift: _____

Medizinische MesswerteGröße cm Gewicht kg BMI ,

BMI Einteilung (bitte ankreuzen)	<input type="checkbox"/>	< 18,5	Untergewichtig
	<input type="checkbox"/>	18,5 – 24,9	Normalgewicht
	<input type="checkbox"/>	25 – 29,9	Übergewichtig
	<input type="checkbox"/>	> 30	stark Übergewichtig

Taillenumfang: cm Hüftumfang cm W/H Ratio ,

Waist-Hip Ratio Einteilung (bitte ankreuzen)	Frauen		Männer	
	<input type="checkbox"/>	<0,8	<0,9	Untergewichtig
	<input type="checkbox"/>	0,8-0,84	0,9-0,99	Normalgewicht
<input type="checkbox"/>	>0,85	>1,0		Übergewichtig

BIA: R Xc s α , R \uparrow R \downarrow

Fettprozent: _____ Wasserprozent: _____

Blutdruck

Systolischer Blutdruck (oberer Wert) _____

Diastolischer Blutdruck (unterer Wert) _____

V. Fragebogen (Studie I)

Codenummer: _____ Untersuchungsdatum: _____

Gemeinde
Bad Schönborn

Bad Schönborn

AOK Mittlerer Oberrhein
Die Gesundheitskasse



Kommunale Gesundheitsförderung in Bad Schönborn

Fragebogen 2011 – Bewegung, Ernährung und Gesundheit



Mit freundlicher Unterstützung von



Universität
Konstanz



Gotthard-Schettler-Klinik





Hallo, ich heiße PIT und werde Sie beim Ausfllen dieses Fragebogens begleiten.

Bitte fllen Sie den Fragebogen aus, indem Sie in die vorgegebenen Kästchen ein Kreuz machen:

Beispiel:

Geschlecht männlich weiblich

oder in die vorgegebenen Linien Ihre Eintragungen machen:

Beispiel: sonstige Angebote: Tanzkurs

Der Fragebogen enthält eine Reihe von Aussagen, die Sie bewerten sollen. Neben jeder Aussage finden Sie mehrere Kästchen bzw. Ziffern. Kreuzen Sie bitte das Kästchen bzw. die Ziffer an, das dem Ausmaß Ihrer Zustimmung am besten entspricht.

Scheuen Sie sich nicht, auch extreme Werte anzukreuzen, wenn dies für Sie zutrifft. Es gibt dabei keine „richtigen“ oder „falschen“ Angaben, es kommt auf Ihr Erleben an. Am besten kreuzen Sie, ohne lange zu überlegen, die Zahl der Stelle an, die Ihrer ersten Einschätzung entspricht.

Beispiel:

	trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	unent- schieden	trifft eher zu	trifft völlig zu
1. Ich bin mit meinem Leben zufrieden.	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>

Gehen Sie bei der Beantwortung der Fragen bitte der Reihe nach vor, Frage für Frage. berspringen Sie eine oder mehrere Fragen nur dann, wenn im Text ausdrücklich darauf hingewiesen wird.

Wir bitten Sie, diese Punkte beim Ausfllen des Fragebogens zu beachten.

Bei Problemen oder Verständnisfragen, steht Ihnen unser „Test-Team“ gerne mit Rat zur Seite!

Für Ihre Teilnahmebereitschaft möchten wir uns recht herzlich bedanken!

Jetzt geht's los...

Teil I – Familienanamnese

1. Welche der folgenden Krankheiten sind bei Ihren Eltern, Großeltern, Geschwistern oder Kindern aufgetreten? (Bitte pro Zeile das jeweils zutreffende Kästchen ankreuzen)

	ja	nein	weiß nicht
Herz- und Kreislauferkrankungen (z. B. Herzinfarkt, Bluthochdruck, Schlaganfall)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskuläre, Gelenk- oder Wirbelsäulenerkrankung (z. B. Gicht, Gelenkrheumatismus, Osteoporose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stoffwechselerkrankung (z. B. Zucker, Psoriasis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebserkrankung (z. B. Lunge, Brust)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankung (z. B. Asthma, chron. Bronchitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eigenanamnese

Allgemeines gesundheitliches Niveau

2. Wie oft haben Sie im Laufe der letzten fünf Jahre ärztliche Behandlung in Anspruch genommen? (außer zu Vorsorgeuntersuchungen) ca. _____ mal pro Jahr
 Wie viele dieser Behandlungen wurden in einer Facharztpraxis durchgeführt? ca. _____ Behandlungen pro Jahr in Facharztpraxis
3. Wie oft waren Sie im Laufe der letzten fünf Jahre bei ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen? _____ mal pro Jahr
4. Wie viele Arbeitstage waren Sie während der letzten fünf Jahre durchschnittlich pro Jahr arbeitsunfähig? ca. _____ Tage pro Jahr
5. Haben Sie sich während der letzten fünf Jahre stationär (mehrtägig) im Krankenhaus aufgehalten? (z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Magen-Darm-Trakt, Unfälle, tiefe Beinvenen-Thrombose) ja nein
- Wenn ja, mit welcher Erkrankung? _____
- Dauer des Aufenthalts 2-4 Tage
 5-7 Tage
 8 Tage und länger
6. Haben Sie derzeit eine der folgenden Erkrankungen?
- Herz-Kreislauf-Erkrankung? (Bluthochdruck, koronare Herzerkrankung, Herzinfarkt, Schlaganfall) ja nein
- Wenn ja, welche? _____ ja nein
- Wenn Bluthochdruck, wie hoch ungefähr? _____
- Lungenerkrankung? (z. B. Asthma, chronische Bronchitis) ja nein
- Wenn ja, welche? _____
- Erkrankung des Magen-Darm-Traktes? ja nein
- Wenn ja, welche? _____

Schilddrüsenerkrankung oder hormonelle Störung?

ja nein

Wenn ja, welche? _____

Fettstoffwechselstörung? (z. B. Cholesterin-, Triglyceriderhöhung)

ja nein

Wenn ja, welche? _____

Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)?

ja nein

Wenn ja, welchen Typus?

- Typ I Diabetes
 Typ II Diabetes
 Weiß nicht

Wenn ja, ist der Diabetes insulinpflichtig?

ja nein

7. Haben Sie Allergien?

ja nein

Wenn ja, welche? _____

8. Trinken Sie Alkohol?

ja nein

Wenn ja, welchen Alkohol? (z. B. Bier, Wein, Schnaps)

An wie vielen Tagen in der Woche trinken Sie Alkohol?

An _____ Tagen

9. Rauchen Sie?

ja nein

Wenn ja, wie viele Zigaretten rauchen Sie pro Tag?

_____ Zigaretten pro Tag

Wie lange rauchen Sie schon? Seit _____ Jahren

Wenn nein, haben Sie jemals geraucht?

ja nein

Wenn sie geraucht haben, wie viele Zigaretten pro Tag?

_____ Zigaretten pro Tag

Wie viele Jahre haben Sie geraucht? _____ Jahre

Wann haben Sie damit aufgehört? Vor _____ Monaten/Jahren

10. Hat sich Ihr Gewicht in den letzten 6 Monaten verändert?

Wenn ja, wie?

Zunahme von ca. _____ kg bzw.

Abnahme von ca. _____ kg

11. Plagen Sie in Ihrem Alltag Beschwerden? Bitte beurteilen Sie wie stark Ihnen in Ihrem Alltag folgende Beschwerden zu schaffen machen. Kreuzen Sie bitte die jeweils zutreffende Ziffer an.

Ich fühle mich durch folgende Beschwerden beeinträchtigt:	nie	selten	manchmal	häufig	sehr oft
Schwächegefühl	0	1	2	3	4
Herzklopfen, -jagen oder -stolpern	0	1	2	3	4
Druck- oder Völlegefühl im Bauch	0	1	2	3	4
Übermäßiges Schlafbedürfnis	0	1	2	3	4
Gelenk- und Gliederschmerzen	0	1	2	3	4
Schwindelgefühl	0	1	2	3	4
Kreuz- oder Rückenschmerzen	0	1	2	3	4
Nacken- oder Schulterschmerzen	0	1	2	3	4
Erbrechen	0	1	2	3	4
Übelkeit	0	1	2	3	4
Kloßgefühl, Enge oder Würgen im Hals	0	1	2	3	4
Aufstoßen	0	1	2	3	4
Sodbrennen oder saures Aufstoßen	0	1	2	3	4
Kopfschmerzen	0	1	2	3	4
Rasche Erschöpfbarkeit	0	1	2	3	4
Müdigkeit	0	1	2	3	4
Gefühl der Benommenheit	0	1	2	3	4
Schweregefühl oder Müdigkeit in den Beinen	0	1	2	3	4
Mattigkeit	0	1	2	3	4
Stiche, Schmerzen oder Ziehen in der Brust	0	1	2	3	4
Magenschmerzen	0	1	2	3	4
Anfallsweise Atemnot	0	1	2	3	4
Druckgefühl im Kopf	0	1	2	3	4
Anfallsweise Herzbeschwerden	0	1	2	3	4

12. Medikamenteneinnahme

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

ja nein

Wenn ja, welche? (Mehrfachnennungen möglich)

- Mittel zur Senkung des Blutzuckerspiegels
- Mittel zur Senkung des Blutfettspiegels
- Blutdrucksenkende Mittel
- Herzmittel
- Kreislaufmittel/blutdrucksteigernde Mittel
- Mittel gegen Rheuma, Gelenksbeschwerden
- Pille zur Schwangerschaftsverhütung
- Schlankheitsmittel, Appetitzügler
- Schmerzmittel
- Beruhigungs-, Schlaf-, stimmungsbeeinflussende Mittel
- Sonstiges, und zwar: _____

13. Bitte beurteilen Sie anhand der folgenden Fragen Ihren Gesundheitszustand

Kreuzen Sie bitte jeweils eines der fünf Kästchen entsprechend Ihrer Einschätzung an.

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | sehr
schlecht | schlecht | weder
noch | gut | sehr
gut |
| a) Wie beschreiben Sie selbst Ihren aktuellen Gesundheitszustand? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | sehr
negativ | negativ | überhaupt
nicht | positiv | sehr
positiv |
| b) Wie wirkt sich Ihr derzeitiger Gesundheitszustand auf Ihre Leistungsfähigkeit im Alltag aus? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Wie wirkt sich Ihr derzeitiger Gesundheitszustand auf Ihre Freizeitaktivitäten aus? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | viel
schlechter | schlechter | gleich | besser | viel
besser |
| d) Wie beschreiben Sie Ihren Gesundheitszustand im Vergleich mit anderen Personen Ihres Alters und Ihres Geschlechtes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | sehr ver-
schlechtert | ver-
schlechtert | gleichge-
blieben | ver-
bessert | sehr ver-
bessert |
| e) Hat sich Ihr Gesundheitszustand in den letzten 5 Jahren verändert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | überhaupt
nicht | wenig | etwas | stark | sehr
stark |
| f) Wie stark achten Sie im Allgemeinen auf Ihre Gesundheit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Teil 2 - Angaben zur Person und Familie14. Geschlecht männlich weiblich15. Nationalität deutsch sonstige: _____

16. Alter _____ Jahre

17. Leben Sie in einer Partnerschaft? ja nein18. Leben Sie mit Ihrem Partner in einem gemeinsamen Haushalt? ja nein

Wie lange leben Sie mit ihrem aktuellen Partner zusammen? _____ Jahre _____ Monate

Dauer der Partnerschaft? _____ Jahre _____ Monate

19. Familienstand ledig verheiratet
 verwitwet geschieden

Anzahl der Kinder _____

Gesamtzahl der im Haushalt lebenden Personen _____

20. Welchen Schulabschluss haben Sie und Ihr fester Lebenspartner?

	Sie selbst	Ihr Partner
keinen Schulabschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Volks-/Hauptschulabschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realschul-/Fachschulabschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachhochschulreife	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hochschulreife/Abitur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachhochschul-/Hochschulabschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**21. Welcher der folgenden Gruppen würden Sie sich und Ihren festen Lebenspartner beruflich zuordnen?
Rentnerinnen und Rentner bitte derjenigen Gruppe zuordnen, die der früheren hauptsächlichsten
Erwerbstätigkeit entspricht** (Bitte nur eine Antwort für Sie und eine Antwort für Ihren Partner ankreuzen)

	Sie selbst	Ihr Partner
nie erwerbstätig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeiter		
ungelernter/angelernter Arbeiter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facharbeiter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbständige		
alleine arbeitend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bis zu 9 Mitarbeiter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit 10 und mehr Mitarbeitern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angestellte		
mit einfacher Tätigkeit (z. B. VerkäuferIn, StenotypistIn)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit qualifizierter Tätigkeit (z. B. SachbearbeiterIn, BuchhalterIn)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit hochqualifizierter Tätigkeit oder Leitungsfunktion (z. B. AbteilungsleiterIn, GeschäftsführerIn)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beamte (einschließlich Zeit- oder Berufssoldaten)		
einfacher Dienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mittlerer Dienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gehobener Dienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
höherer Dienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Sie selbst und Ihr Partner sind zur Zeit

	Sie selbst	Ihr Partner
Hausfrau/Hausmann (auch Elternzeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
in Ausbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
teilzeitbeschäftigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vollzeitbeschäftigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
arbeitslos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
erwerbsunfähig (für mind. 6 Monate)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
im Ruhestand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. In dieser Tabelle sind eine Reihe Eigenschaften aufgeführt. Sie sollen sich mit Hilfe dieser Eigenschaften selbst beschreiben. Geben Sie bitte bei jeder Eigenschaft anhand der folgenden 7-Punkte-Skala an, wie sehr die jeweilige Eigenschaft auf Sie zutrifft.

	(fast) nie	ge- wöhn- lich nicht	manch- mal, aber selten	gele- gent- lich	oft	meis- tens	immer
habe Führungseigenschaften	1	2	3	4	5	6	7
romantisch	1	2	3	4	5	6	7
trete bestimmt auf	1	2	3	4	5	6	7
abhängig von anderen Personen	1	2	3	4	5	6	7
ehrgeizig	1	2	3	4	5	6	7
weichherzig	1	2	3	4	5	6	7
respekteinflößend	1	2	3	4	5	6	7
bemühe mich, verletzte Gefühle zu besänftigen	1	2	3	4	5	6	7
kann andere kritisieren, ohne mich dabei unbehaglich zu fühle	1	2	3	4	5	6	7
glücklich	1	2	3	4	5	6	7
verteidige die eigene Meinung	1	2	3	4	5	6	7
feinfühlig	1	2	3	4	5	6	7
entschlossen	1	2	3	4	5	6	7
sinnlich	1	2	3	4	5	6	7
sachlich	1	2	3	4	5	6	7
fröhlich	1	2	3	4	5	6	7
nicht leicht beeinflussbar	1	2	3	4	5	6	7
nachgiebig	1	2	3	4	5	6	7
unerschrocken	1	2	3	4	5	6	7
bescheiden	1	2	3	4	5	6	7
intelligent	1	2	3	4	5	6	7
empfänglich für Schmeicheleien	1	2	3	4	5	6	7
hartnäckig	1	2	3	4	5	6	7
empfindsam	1	2	3	4	5	6	7
bin bereit, etwas zu riskieren	1	2	3	4	5	6	7
selbstaufopfernd	1	2	3	4	5	6	7
kraftvoll	1	2	3	4	5	6	7
benutze barsche Worte	1	2	3	4	5	6	7
furchtlos	1	2	3	4	5	6	7
verspielt	1	2	3	4	5	6	7
scharfsinnig	1	2	3	4	5	6	7
verführerisch	1	2	3	4	5	6	7
wetteifernd	1	2	3	4	5	6	7
achtet auf die eigene äußere Erscheinung	1	2	3	4	5	6	7
sicher	1	2	3	4	5	6	7
leidenschaftlich	1	2	3	4	5	6	7
zeige geschäftsmäßiges Verhalten	1	2	3	4	5	6	7
herzlich	1	2	3	4	5	6	7
konsequent	1	2	3	4	5	6	7
liebe Sicherheit	1	2	3	4	5	6	7

Teil 3 - Angaben zu Ihren Aktivitäten im Alltag

Wenn es im Folgenden um körperliche Aktivitäten geht, sind damit Tätigkeiten gemeint, bei denen das Herz schneller schlägt und für einige Zeit die Atmung erhöht ist. Zu den körperlichen Aktivitäten zählen beispielsweise Sport, der Fußweg zur Arbeit oder zum Einkaufen. Einige Beispiele hierfür sind: Laufen, Tanzen, Gartenarbeit, Schwimmen, Spaziergang mit dem Hund...



Frage 24 und 25 beziehen sich auf die **gesamte Zeit, die Sie jeden Tag körperlich aktiv sind**. Zählen Sie die gesamte Zeit zusammen, die Sie jeden Tag mit körperlichen Aktivitäten verbringen.

24. An wie vielen der **letzten sieben Tage** waren Sie für mindestens 60 Minuten am Tag körperlich aktiv?

0 Tage 1 Tag 2 Tage 3 Tage 4 Tage 5 Tage 6 Tage 7 Tage

25. An wie vielen Tagen einer **normalen Woche** sind Sie für mindestens 60 Minuten am Tag körperlich aktiv?

0 Tage 1 Tag 2 Tage 3 Tage 4 Tage 5 Tage 6 Tage 7 Tage

26. Bitte beurteilen Sie inwieweit die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen und kreuzen Sie für jede Aussage die entsprechende Ziffer an.

In meinem Alltag körperlich aktiv zu sein, ist etwas ...	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft zu
das ich häufig tue.	1	2	3	4
das ich automatisch tue.	1	2	3	4
das ich tue, ohne mich bewusst daran erinnern zu müssen.	1	2	3	4
das mich verrückt macht, wenn ich es nicht tue.	1	2	3	4
das ich tue, ohne darüber nachzudenken.	1	2	3	4
das mich Anstrengung kosten würde, es nicht zu tun.	1	2	3	4
das zu meiner (<i>täglichen, wöchentlichen, monatlichen</i>) Routine gehört.	1	2	3	4
mit dem ich anfangen, ohne zu bemerken, dass ich es tue.	1	2	3	4
was für mich schwierig wäre, es nicht zu tun.	1	2	3	4
worüber ich mir keine Gedanken zu machen brauche, es zu tun.	1	2	3	4
was „typisch“ für mich ist.	1	2	3	4
was ich schon lange tue.	1	2	3	4

27. Treiben Sie Sport?

ja nein

28. Nun geht es um Ihre Einstellung zum Sporttreiben. Was sind Gründe dafür, dass Sie Sport treiben bzw. dass Sie keinen Sport treiben? Bitte beurteilen Sie inwieweit die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen und kreuzen Sie für jede Aussage die entsprechende Ziffer an!

Warum treiben Sie (keinen) Sport?	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft zu
Ich treibe Sport, weil andere Personen sagen, dass ich es tun soll.	1	2	3	4
Ich fühle mich schuldig, wenn ich keinen Sport treibe.	1	2	3	4
Ich schätze die positiven Folgen des Sporttreibens.	1	2	3	4
Ich treibe Sport, weil es mir Spaß macht.	1	2	3	4
Ich sehe keinen Grund, warum ich Sport treiben sollte.	1	2	3	4
Ich treibe Sport, weil meine Freunde/Familie/Partner sagen, ich solle Sport treiben.	1	2	3	4
Ich schäme mich, wenn ich mal einen Sporttermin/eine Einheit verpasse.	1	2	3	4
Es ist mir wichtig, regelmäßig Sport zu treiben.	1	2	3	4
Ich verstehe nicht, warum ich mich meine Zeit mit Sport vertreiben soll.	1	2	3	4
Ich genieße es, Sport zu treiben.	1	2	3	4
Ich treibe Sport, weil sonst andere unzufrieden mit mir wären, wenn ich es nicht täte.	1	2	3	4
Sport zu treiben, bringt doch nichts.	1	2	3	4
Ich komme mir minderwertig vor/habe ein schlechtes Gefühl, wenn ich mal länger keinen Sport getrieben habe.	1	2	3	4
Ich denke, dass sich regelmäßiges Sporttreiben auszahlt.	1	2	3	4
Ich empfinde Sport als eine angenehme Tätigkeit.	1	2	3	4
Ich fühle mich von meinen Freunden/meiner Familie unter Druck gesetzt, Sport zu treiben.	1	2	3	4
Ich werde unruhig, wenn ich nicht regelmäßig Sport treibe.	1	2	3	4
Sportlich aktiv zu sein bereitet mir Freude und Zufriedenheit.	1	2	3	4
Ich halte Sporttreiben für Zeitverschwendung.	1	2	3	4

29. Wie stark halten die folgenden Hindernisse Sie vom Sporttreiben ab?

Bitte beurteilen Sie wie stark jedes einzelne Hindernis Sie persönlich vom Sporttreiben abhält und kreuzen Sie für jedes Hindernis die entsprechende Ziffer an.

	gar nicht	etwas	stark	sehr stark
Das Wetter ist schlecht.	1	2	3	4
Ich bin müde.	1	2	3	4
Freunde wollen etwas mit mir unternehmen.	1	2	3	4
Ich bin krank.	1	2	3	4
Ich habe keine Lust.	1	2	3	4
Es ist noch viel Arbeit zu erledigen.	1	2	3	4
Ich habe Schmerzen.	1	2	3	4
Zuhause ist es gemütlich.	1	2	3	4
Ich habe schlechte Laune.	1	2	3	4
Ich bin verletzt.	1	2	3	4
Es läuft etwas Gutes im Fernsehen.	1	2	3	4
Ich bin niedergeschlagen.	1	2	3	4
Ich bin im Stress.	1	2	3	4

Wenn Sie keinerlei sportliche Aktivität ausüben, fahren Sie nun bitte bei Frage 38 fort.

30. Wie oft sind Sie in der Regel sportlich aktiv?

- weniger als einmal pro Woche
 einmal pro Woche
 zweimal pro Woche
 dreimal oder öfter pro Woche

31. Wie intensiv ist Ihre sportliche Aktivität dabei in der Regel?

- locker und leicht (*ohne Schwitzen oder Kurzatmigkeit*)
 flott und zügig (*etwas Schwitzen und Kurzatmigkeit*)
 hart und anstrengend (*deutliches Schwitzen und Kurzatmigkeit*)

32. Wie lange dauern Ihre Übungseinheiten in der Regel?

(Bitte berücksichtigen Sie nur die reine Übungszeit ohne Transportwege, Duschen, usw.)

- weniger als 20 Minuten
 20 bis 40 Minuten
 mehr als 40 Minuten

33. Welche Sportarten betreiben Sie aktuell?

Bitte geben Sie für die aufgeführten und die von Ihnen ergänzten Sportarten an, wie viele Minuten pro Woche und wie viele Wochen pro Jahr Sie diese Sportart betreiben.

Sportart	Min./Woche	Wie viele Wochen pro Jahr betreiben Sie diese Sportart?
Joggen		
Schwimmen		
Rad fahren		
Wandern/Walking		
Skilanglauf (<i>im Winter</i>)		
Gymnastik		
Tennis		
Andere Sportarten: (<i>Zusätzliche Sportarten bitte eintragen</i>)		

34. Wo betreiben Sie überwiegend diese Aktivitäten? (Mehrfachnennungen möglich)

- In einem Turn- oder Sportverein
 Bei kommerziellen Anbietern (*z. B. Fitness-Studios*)
 Bei anderen Vereinen, Gruppen oder Organisationen (*z. B. Krankenkassen, Volkshochschule, Betrieb etc.*)
 Privat, unabhängig von Organisationen

35. Betreiben Sie diese körperlichen Aktivitäten überwiegend... (Mehrfachnennungen möglich)

- alleine
 mit Lebenspartner/Familienangehörigen
 mit Freunden und Bekannten
 in einer Sportgruppe

Wenn Sie in einer Gruppe sportlich aktiv sind, ist dies überwiegend... (keine Mehrfachnennungen)

- eine relativ feste Gruppierung
 eine wechselnde Gruppierung

36. Nehmen Sie an sportlichen Wettkämpfen teil?

- ja, häufig ja, selten heute nicht mehr, aber früher nein, noch nie

37. Haben Sie seit Ihrer Schulzeit durchgehend Sport betrieben? (keine Pausen, die länger als ein Jahr dauerten)

- ja nein

38. Sind oder waren Sie bzw. Angehörige Ihrer Familie Mitglied in einem Sportverein?

Sind oder waren Sie Mitglied im Sportverein?

- ja nein

Wenn ja, wie viele Jahre sind oder waren Sie Mitglied?

ca. ____ Jahre

Mit welchem Alter sind Sie (*zum ersten Mal*) in den Sportverein eingetreten?

mit ca. ____ Jahren

Bitte kreuzen Sie bei jeder der nachfolgenden Aussagen an, ob diese auf Sie zutrifft oder nicht.

	trifft nicht zu	trifft zu	keine Angabe
Mein Lebenspartner ist oder war länger als ein Jahr aktives Mitglied in einem Sportverein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind bzw. mindestens eines meiner Kinder ist oder war länger als ein Jahr aktives Mitglied in einem Sportverein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Eltern oder zumindest ein Elternteil ist oder war länger als ein Jahr aktives Mitglied in einem Sportverein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Geschwister oder mindestens ein Geschwisterteil ist oder war länger als ein Jahr aktives Mitglied in einem Sportverein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keiner meiner näheren Familienangehörigen (<i>Partner, Kind, Eltern, Geschwister</i>) ist oder war länger als ein Jahr aktives Mitglied in einem Sportverein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

39. Wie groß ist die Entfernung, die Sie an einem typischen Wochentag zu Fuß gehen?

(Berücksichtigen Sie dabei alle Strecken auf dem Weg zur Arbeit, während der Arbeit und in der Freizeit.)

- ich gehe fast nie zu Fuß
 weniger als 1km/Tag (*nur im Haus*)
 1-2 km/Tag (*im Haus und kleinere Gehstrecken*)
 3-5 km/Tag (*größere Gehstrecken außer Haus*)
 6-9 km/Tag
 10 km und mehr

40. Wie viele Minuten gehen Sie in der Regel täglich zu Fuß? ca. _____ Min.

41. Benutzen Sie an typischen Wochentagen das Fahrrad – wenn das Wetter es zulässt – täglich oder fast täglich zur Fortbewegung? (zur Arbeit, zum Einkaufen etc.)

nein ja, und meine tägliche Fahrradsstrecke beträgt ca. _____ km

42. Wie viele Minuten fahren Sie in der Regel täglich Fahrrad? ca. _____ Min.

43. Führen Sie andere körperlich anstrengende Freizeittätigkeiten (fast) täglich aus? (z. B. Gartenarbeit)

ja nein

Falls ja, welche? _____

Wie viel Zeit verbringen Sie insgesamt damit? _____ Min./Woche

44. Wie würden Sie Ihre Tätigkeit am Arbeitsplatz, oder falls Sie Hausfrau/-mann sind, Ihre Hausarbeit, beschreiben? (Kreuzen Sie bitte die für Sie zutreffende Aussage an)

- Ich arbeite überwiegend sitzend.
 Ich arbeite überwiegend stehend.
 Ich bin bei der Arbeit überwiegend in Bewegung.

45. Wie viel körperliche Anstrengung erfordert diese Tätigkeit?

- keine besondere körperliche Anstrengung
 mäßige körperliche Anstrengung
 schwere körperliche Anstrengung

46. Die folgenden Fragen beziehen sich auf die letzten 5 Jahre!

Haben Sie...

- | | ja | nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a) an gesundheitsorientierten Sportangeboten (z. B. <i>Wirbelsäulengymnastik, Lauf- oder Walkingtreff, Training im Fitnesscenter oder Verein</i>) teilgenommen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) die Information des Bad Schönborner Gesundheitsprojektes im Mitteilungsblatt gelesen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) an Aktionstagen des Gesundheitsprojektes (<i>außer an den Gesundheitsuntersuchungen</i>), z. B. am Walking-Festival, teilgenommen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) an angebotenen Kontroll- und Vorsorgeuntersuchungen teilgenommen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

47. Wie lange beschäftigen Sie sich in Ihrer freien Zeit (außerhalb von Beruf o. ä.) durchschnittlich pro Tag mit den folgenden Dingen?

	Montag bis Freitag	Samstag & Sonntag
Fernsehen, Video und DVD	pro Tag ca. _____ Min.	pro Tag ca. _____ Min.
Zeitung/Zeitschriften/Buch lesen	pro Tag ca. _____ Min.	pro Tag ca. _____ Min.
Spiele am PC oder Spielekonsole (z. B. <i>Playstation</i>)	pro Tag ca. _____ Min.	pro Tag ca. _____ Min.
PC und Internet	pro Tag ca. _____ Min.	pro Tag ca. _____ Min.
sonstige sitzende Tätigkeiten (z. B. <i>Musik hören, mit Freunden zusammensitzen, handarbeiten, malen, basteln</i>)	pro Tag ca. _____ Min.	pro Tag ca. _____ Min.

Teil 4 – Fragen zur Familie

48. Im Folgenden finden Sie Aussagen, die sich auf den Alltag in Ihrer Familie beziehen. Beurteilen Sie bitte bei jeder Aussage, inwieweit diese auf Sie zutrifft und kreuzen Sie die entsprechende Zahl an.

Wenn in den Aussagen der Begriff „gesunde Ernährung“ auftaucht, dann ist damit zum einen eine vielfältige und abwechslungsreiche Kost gemeint. Diese besteht aus reichlich Getreideprodukten (z. B. Vollkornbrot, Reis, Nudeln etc.) und Kartoffeln, Milch und Milchprodukten sowie Obst und Gemüse. Fettreiche, stark gesalzene oder gesüßte Lebensmittel (z. B. Schokolade, Chips etc.) und Getränke (z. B. Limonade, Cola) sowie Fast Food (z. B. Hamburger) werden dabei nur in Maßen verzehrt. Zum anderen bezieht sich eine „gesunde Ernährung“ auch darauf, sich Zeit für regelmäßige, über den Tag verteilte Mahlzeiten zu nehmen.

Mit „körperlicher Aktivität“ sind all jene Tätigkeiten gemeint, die zu einer Beschleunigung des Herzschlags und der Atmung führen. Dies sind sportliche Aktivitäten wie z. B. Joggen, Fußballspielen und Schwimmen, die mit dem Ziel ausgeführt werden, sich zu bewegen und körperlich aktiv zu sein sowie sonstige (Alltags-) Aktivitäten wie z. B. zu Fuß oder mit dem Rad zur Arbeit, Gartenarbeit oder mit dem Hund spazieren gehen.



In unserer Familie...	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft zu
mögen wir das Miteinander bei gemeinsamen körperlichen Aktivitäten (z. B. bei Radtouren, Wanderungen).	1	2	3	4
versuchen wir immer auf dem neuesten Stand in Sachen gesunder Ernährung zu bleiben.	1	2	3	4
erinnern wir uns gegenseitig daran, in unserem Alltag körperlich aktiv zu sein.	1	2	3	4
sind wir aufmerksam für Neuigkeiten hinsichtlich gesunder Ernährung.	1	2	3	4
reden wir über unsere sportlichen Aktivitäten.	1	2	3	4
spielt eine gesunde Ernährung eine große Rolle.	1	2	3	4
bestärken wir uns gegenseitig darin, im Alltag auf unsere Gesundheit zu achten.	1	2	3	4
ist es ganz normal, dass man regelmäßig körperlich aktiv ist.	1	2	3	4
sind wir uns einig, dass es eine gute Sache ist, im Alltag auf eine gesunde Ernährung zu achten.	1	2	3	4
ziehen wir gesunde Lebensmittel vor, auch wenn andere besser schmecken.	1	2	3	4
gibt es selten Auseinandersetzungen in Bezug auf Gesundheitsthemen.	1	2	3	4
herrscht Einigkeit darüber, dass Sporttreiben eine gute Sache ist.	1	2	3	4
schätzen wir das Miteinander beim Essen.	1	2	3	4
ist es üblich, dass man regelmäßig Sport treibt.	1	2	3	4
gibt es selten Auseinandersetzungen in Bezug auf Essens- und Ernährungsangelegenheiten.	1	2	3	4
unternehmen wir gemeinsam Dinge, die unserer Gesundheit gut tun.	1	2	3	4
sind wir gerne gemeinsam sportlich aktiv.	1	2	3	4
machen wir uns schlau, welche Lebensmittel gut für uns sind.	1	2	3	4
nimmt jeder gerne an gemeinsamen Mahlzeiten teil.	1	2	3	4

	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft zu
finden wir es wichtig, im Alltag auf unsere Gesundheit zu achten.	1	2	3	4
gehört es einfach dazu, dass man sich um eine gesunde Ernährung bemüht.	1	2	3	4
stimmen wir darin überein, dass wir unsere Freizeit lieber mit sportlichen Aktivitäten verbringen als z. B. vor dem Fernseher, PC o. ä. zu sitzen.	1	2	3	4
legen wir großen Wert darauf, uns in unserem Alltag gesundheitsbewusst zu verhalten.	1	2	3	4
besprechen wir, wie wir uns körperlich fit halten können.	1	2	3	4
achten wir automatisch darauf, dass wir uns gesund ernähren.	1	2	3	4
ziehen wir an einem Strang, wenn es darum geht, in unserem Alltag auf unsere Gesundheit zu achten.	1	2	3	4
lesen wir Beiträge (z. B. in Zeitschriften), in denen es um Gesundheit und gesundheitsförderliches Verhalten geht.	1	2	3	4
helfen wir uns gegenseitig, unsere körperlichen Aktivitäten zu planen.	1	2	3	4
haben wir Freude daran, gemeinsam etwas für unsere Gesundheit zu tun.	1	2	3	4
haben wir gemeinsame Vorstellungen, wie man gesund leben kann.	1	2	3	4
erinnern wir einander, auf eine gesunde Ernährung zu achten.	1	2	3	4
sind wir einer Meinung, dass sportliche Aktivitäten zum Alltag dazu gehören.	1	2	3	4
suchen wir gezielt nach Informationen, wie man sich gesund ernähren kann.	1	2	3	4
interessieren wir uns für Gesundheitsthemen in den Medien.	1	2	3	4
ist es uns wichtig, Lebensmittel so auszuwählen, dass sie gut für unsere Gesundheit sind.	1	2	3	4
ist es selbstverständlich, regelmäßig Sport zu treiben und sich körperlich zu betätigen.	1	2	3	4
reden wir darüber, welche Lebensmittel gesund sind.	1	2	3	4
legen wir viel Wert darauf, uns gesund zu ernähren.	1	2	3	4
erinnern wir uns gegenseitig daran, uns gesundheitsbewusst zu verhalten.	1	2	3	4
haben wir Spaß bei gemeinsamen körperlichen Aktivitäten (z. B. bei Radtouren, Wanderungen usw.).	1	2	3	4
sind wir uns in Ernährungsfragen einig.	1	2	3	4
spielen Gesundheitsthemen in unserem Alltag eine große Rolle.	1	2	3	4
hat sportliche Aktivität Vorrang vor anderen Freizeitbeschäftigungen.	1	2	3	4
tauschen wir uns darüber aus, wie wir gesund leben können.	1	2	3	4
sind wir meist einer Meinung, wenn es um unser Essen und die Auswahl der Lebensmittel geht.	1	2	3	4
legen wir großen Wert darauf, uns im Alltag viel zu bewegen.	1	2	3	4
finden wir es wichtig, in unserem Alltag darauf zu achten, dass wir uns gesund ernähren.	1	2	3	4
lassen wir für unsere Sporteinheiten/Sporttermine schon mal andere Dinge ausfallen.	1	2	3	4
ermuntern wir uns gegenseitig, auf eine gesunde Ernährung zu achten.	1	2	3	4
unterstützen wir uns gegenseitig darin, gesund zu leben.	1	2	3	4
schauen wir im Fernsehen Sendungen zum Thema Bewegung und Sport.	1	2	3	4
gehört es einfach dazu, sich im Alltag gesundheitsbewusst zu verhalten.	1	2	3	4
nimmt jeder gerne daran teil, wenn wir gemeinsam etwas Gutes für unsere Gesundheit tun wollen.	1	2	3	4
ernähren wir uns gewohnheitsmäßig gesund.	1	2	3	4

	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft zu
ist es uns wichtig, unseren Alltag gesundheitsförderlich zu gestalten.	1	2	3	4
teilen wir die Ansicht, dass wir unsere Freizeit gerne mit sportlichen Aktivitäten verbringen.	1	2	3	4
gehören gemeinsame Mahlzeiten zu unserem Familienalltag dazu.	1	2	3	4
bewegen wir uns gewohnheitsmäßig viel in unserem Alltag.	1	2	3	4
stimmen wir darin überein, dass es sich lohnt, sich gesund zu ernähren.	1	2	3	4
gehört es einfach dazu, dass wir uns in unserer Freizeit körperlich betätigen.	1	2	3	4
ist es üblich, dass jeder im Alltag auf seine Gesundheit achtet.	1	2	3	4
unterstützen wir einander dabei, auf ungesunde Dinge zu verzichten.	1	2	3	4
finden wir es schön, gemeinsam sportlich aktiv zu sein.	1	2	3	4
mögen wir das Miteinander bei gemeinsamen Unternehmungen, die gut für unsere Gesundheit sind.	1	2	3	4
suchen wir gezielt nach aktuellen Erkenntnissen zum Thema Sport und Bewegung, um auf dem neuesten Stand zu bleiben.	1	2	3	4
schmeckt es uns am besten, wenn wir gemeinsam am Tisch sitzen.	1	2	3	4
hat sportliche Aktivität in unserem Alltag einen hohen Stellenwert.	1	2	3	4
ist es selbstverständlich, dass wir gesunde Lebensmittel auswählen.	1	2	3	4
halten wir zusammen, wenn es um Gesundheitsangelegenheiten geht.	1	2	3	4
schenken wir Informationen zum Thema Sport und Bewegung Aufmerksamkeit.	1	2	3	4
ist es ganz normal, dass jeder ein gesundes Leben führt.	1	2	3	4
sammeln wir Informationen (z. B. im Internet etc.) zum Thema Sport und Bewegung.	1	2	3	4
sind wir es gewohnt, uns so zu verhalten, dass es unserer Gesundheit gut tut.	1	2	3	4
fordern wir einander auf, körperlich aktiv zu sein.	1	2	3	4
verbringen wir gerne Zeit miteinander bei gemeinsamen gesundheitsförderlichen Tätigkeiten.	1	2	3	4
sind wir aufmerksam für Informationen, die etwas mit "Gesundheit" zu tun haben.	1	2	3	4
ist es ganz normal, dass wir zu gesunden Lebensmitteln greifen.	1	2	3	4
lesen wir Zeitungsartikel, Zeitschriftenbeiträge o. ä. in denen es um Fitness, Bewegung und Sport geht.	1	2	3	4
versuchen wir so oft wie möglich gemeinsam zu essen.	1	2	3	4
sammeln wir Informationen zum Thema "Gesundheit".	1	2	3	4
ist es selbstverständlich, sich im Alltag so zu verhalten, dass es der Gesundheit gut tut.	1	2	3	4
ist es uns wichtig, körperlich aktiv zu sein.	1	2	3	4
sind wir uns in Gesundheitsfragen meist einig.	1	2	3	4
verbringen wir gerne Zeit miteinander bei gemeinsamen sportlichen Aktivitäten.	1	2	3	4
sind gesunde Verhaltensweisen fester Bestandteil unseres Alltags.	1	2	3	4
sprechen wir darüber, wie wir uns gesund ernähren können.	1	2	3	4
schauen wir Sendungen (z. B. Reportagen), die sich mit Gesundheit befassen.	1	2	3	4
unterhalten wir uns darüber, wie wir ein gesundes Leben führen können.	1	2	3	4
interessieren wir uns für Beiträge (z. B. in Zeitschriften) zum Thema "gesunde Ernährung".	1	2	3	4
besteht eine große Gemeinsamkeit darin, dass wir uns alle gerne bewegen.	1	2	3	4

Teil 5 – Fragen zu Ihrem Befinden

49. Wie gut können Sie folgende Tätigkeiten bewältigen?

Kreuzen Sie bitte das Kästchen an, das Ihrer Einschätzung am besten entspricht. Es kommt nicht darauf an, die Tätigkeit oft durchgeführt zu haben. Entscheidend ist, was Sie sich wirklich zutrauen.

Können Sie...	Ich kann diese Tätigkeit nicht	Ich habe große Probleme	Ich habe mäßige Probleme	Ich habe leichte Probleme	Ich habe keine Probleme
einen schweren Einkaufskorb (8 kg) über mehrere Etagen tragen?	1	2	3	4	5
aus der Rückenlage ohne Hilfe den Oberkörper aufrichten? (Situp)	1	2	3	4	5
2 schwere Koffer über mehrere Etagen tragen?	1	2	3	4	5
2 km schnell gehen („walken“) ohne auszuruhen?	1	2	3	4	5
1 km ohne Pause joggen?	1	2	3	4	5
30 Min ohne Pause joggen (ca. 5 Km)?	1	2	3	4	5
auf einem Stuhl sitzend mit den Händen den Boden erreichen?	1	2	3	4	5
aus dem Stand mit gestreckten Knien den Boden erreichen?	1	2	3	4	5
im Stehen mit dem Kopf die gestreckten Knie berühren?	1	2	3	4	5
auf einem Bein stehen ohne sich festzuhalten? (mind. 25 Sek.)	1	2	3	4	5
einen Purzelbaum?	1	2	3	4	5
mit Abstützen über einen 1m hohen Zaun springen?	1	2	3	4	5

50. Die folgenden Fragen beschäftigen sich damit, wie häufig Sie sich während des letzten Monats durch Stress belastet fühlten. (Bitte kreuzen Sie pro Aussage eine Antwort an)

	nie	selten	manchmal	häufig	sehr oft
Wie oft haben Sie sich im letzten Monat darüber aufgeregt, dass etwas völlig Unerwartetes eingetreten ist?	1	2	3	4	5
Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, wichtige Dinge in Ihrem Leben nicht beeinflussen zu können?	1	2	3	4	5
Wie oft haben Sie sich im letzten Monat nervös und „gestresst“ gefühlt?	1	2	3	4	5
Wie oft haben Sie sich im letzten Monat sicher im Umgang mit persönlichen Aufgaben und Problemen gefühlt?	1	2	3	4	5
Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, dass sich die Dinge nach Ihren Vorstellungen entwickeln?	1	2	3	4	5
Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, mit all den anstehenden Aufgaben und Problemen nicht richtig umgehen zu können?	1	2	3	4	5
Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, mit Ärger in Ihrem Leben klar zu kommen?	1	2	3	4	5
Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, alles im Griff zu haben?	1	2	3	4	5
Wie oft haben Sie sich im letzten Monat darüber geärgert, wichtige Dinge nicht beeinflussen zu können?	1	2	3	4	5
Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, dass sich die Probleme so aufgestaut haben, dass Sie diese nicht mehr bewältigen können?	1	2	3	4	5

Teil 6 – Fragen zu Ihrer Ernährung

51. Wie oft essen/trinken Sie normalerweise folgende Lebensmittel?

Bitte geben Sie für jedes Lebensmittel bzw. Getränk an, wie häufig Sie dieses verzehren.

	nie	etwa 2x im Mo- nat oder seltener	mehr- mals im Monat	etwa 2x in der Woche	mehr- mals in der Woche	täglich	mehr- mals täglich
Fleisch (<i>ohne Wurstwaren</i>)	1	2	3	4	5	6	7
Wurstwaren, Schinken	1	2	3	4	5	6	7
Geflügel	1	2	3	4	5	6	7
Fisch	1	2	3	4	5	6	7
Kartoffeln	1	2	3	4	5	6	7
Teigwaren (<i>Nudeln etc.</i>)	1	2	3	4	5	6	7
Reis	1	2	3	4	5	6	7
Salat oder Gemüse, roh zubereitet	1	2	3	4	5	6	7
Gemüse, gekocht	1	2	3	4	5	6	7
Frisches Obst	1	2	3	4	5	6	7
Schokolade, Pralinen	1	2	3	4	5	6	7
Kuchen, Gebäck, Kekse	1	2	3	4	5	6	7
Sonstige Süßwaren (<i>Bonbons, Kompotte u.ä.</i>)	1	2	3	4	5	6	7
Salzige Knabbereien (<i>gesalzene Erdnüsse, Chips etc.</i>)	1	2	3	4	5	6	7
Weißbrot, Mischbrot, Toastbrot	1	2	3	4	5	6	7
Vollkorn-, Schwarzbrot, Vollkornbrötchen, Knäckebrot	1	2	3	4	5	6	7
Haferflocken, Müsli, Cornflakes	1	2	3	4	5	6	7
Quark, Joghurt, Dickmilch	1	2	3	4	5	6	7
Käse	1	2	3	4	5	6	7
Eier	1	2	3	4	5	6	7
Milch einschl. Buttermilch	1	2	3	4	5	6	7
Obstsäfte, sonstige Erfrischungsgetränke (<i>Limonade, Cola u.ä.</i>)	1	2	3	4	5	6	7
Mineralwasser	1	2	3	4	5	6	7
Diätlimonaden, sonst. Diätgetränke	1	2	3	4	5	6	7

52. Bitte beurteilen Sie inwieweit die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen und kreuzen Sie für jede Aussage die entsprechende Ziffer an

Mich in meinem Alltag gesund zu ernähren ist etwas ...	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft zu
das ich häufig tue.	1	2	3	4
das ich automatisch tue.	1	2	3	4
das ich tue, ohne mich bewusst daran erinnern zu müssen.	1	2	3	4
das mich verrückt macht, wenn ich es nicht tue.	1	2	3	4
das ich tue, ohne darüber nachzudenken.	1	2	3	4
das mich Anstrengung kosten würde, es nicht zu tun.	1	2	3	4
das zu meiner täglichen Routine gehört.	1	2	3	4
mit dem ich anfangen, ohne zu bemerken, dass ich es tue.	1	2	3	4
was für mich schwierig wäre, es nicht zu tun.	1	2	3	4
worüber ich mir keine Gedanken zu machen brauche, es zu tun.	1	2	3	4
was „typisch“ für mich ist.	1	2	3	4
was ich schon lange tue.	1	2	3	4

53. Wie häufig pro Woche nehmen Sie die folgenden Mahlzeiten zu sich und wie viel Zeit lassen Sie sich dabei?
Bitte kreuzen Sie pro Mahlzeit ein Kästchen an und schätzen Sie, wie viel Zeit Sie sich durchschnittlich für diese Mahlzeit nehmen.

	nie	1-2x	3-4x	5-6x	täglich	durchschnittliche Dauer/Minuten
Frühstück	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Mitagessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Abendessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Zwischenmahlzeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

54. Wie häufig greifen Sie zu den folgenden Lebensmitteln?

	nie	selten	manchmal	häufig	sehr oft
Lebensmittel aus biologischem Anbau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fast Food (z. B. Hamburger, Döner)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fettreduzierte Lebensmittel (z. B. fettreduzierter Käse, Joghurt, fettreduzierte Wurstwaren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vorbereitete, garfertige Lebensmittel (z. B. Tiefkühl-Gemüse, -Obst, paniertes Fleisch)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mischfertige Lebensmittel (z. B. Kartoffelpüree, Fertigsoußen, Backmischung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fertiggerichte (z. B. Tiefkühlpizza, Eintopf in Konserve)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

55. Warum essen Sie, was Sie essen?

Ich esse das, was ich esse, ...	trifft nie zu	trifft sehr selten zu	trifft selten zu	trifft manch- mal zu	trifft häufig zu	trifft sehr häufig zu	trifft immer zu
weil ich Hunger habe.	1	2	3	4	5	6	7
weil es mir gut schmeckt.	1	2	3	4	5	6	7
weil ich Appetit darauf habe.	1	2	3	4	5	6	7
weil es schnell zuzubereiten ist.	1	2	3	4	5	6	7
weil ich frustriert bin.	1	2	3	4	5	6	7
weil es wenig Kalorien enthält.	1	2	3	4	5	6	7
weil es preiswert ist.	1	2	3	4	5	6	7
weil es mich fit hält. (z. B. vital, leistungsfähig)	1	2	3	4	5	6	7
weil es „in“ ist.	1	2	3	4	5	6	7
weil ich es kenne.	1	2	3	4	5	6	7
weil es zu bestimmten Situationen dazugehört.	1	2	3	4	5	6	7
weil ich traurig bin.	1	2	3	4	5	6	7
weil ich mein Gewicht halten möchte.	1	2	3	4	5	6	7
aufgrund von Traditionen. (z. B. Familientradition, Feste)	1	2	3	4	5	6	7
weil es gesellig ist.	1	2	3	4	5	6	7
weil ich mir etwas gönnen möchte.	1	2	3	4	5	6	7
weil ich mich damit ausgewogen ernähre.	1	2	3	4	5	6	7
weil es angenehm sättigend ist.	1	2	3	4	5	6	7
weil es unhöflich wäre, nicht zu essen.	1	2	3	4	5	6	7
weil es aus biologischer Landwirtschaft stammt.	1	2	3	4	5	6	7
weil es wenig Aufwand bedeutet.	1	2	3	4	5	6	7
um es mir gut gehen zu lassen.	1	2	3	4	5	6	7
weil ich es gerne mag.	1	2	3	4	5	6	7
weil es ansprechend präsentiert wird. (z. B. schön verpackt)	1	2	3	4	5	6	7
um jemanden, der mir eine Freude machen will, nicht zu enttäuschen.	1	2	3	4	5	6	7
weil es naturbelassen ist. (z. B. nicht gentechnisch verändert)	1	2	3	4	5	6	7
weil ich dabei Zeit mit anderen Menschen verbringen kann.	1	2	3	4	5	6	7
weil ich nicht mehr Geld ausgeben möchte.	1	2	3	4	5	6	7
weil es unbelastet ist. (z. B. keine Pestizide, Schadstoffe, Antibiotika)	1	2	3	4	5	6	7
weil es mich spontan anspricht. (z. B. in Augenhöhe platziert, farbliche Gestaltung)	1	2	3	4	5	6	7
weil ich damit vor anderen gut dastehe.	1	2	3	4	5	6	7
weil es von mir erwartet wird.	1	2	3	4	5	6	7
weil es einfach zuzubereiten ist.	1	2	3	4	5	6	7

	trifft nie zu	trifft sehr selten zu	trifft selten zu	trifft manch- mal zu	trifft häufig zu	trifft sehr häufig zu	trifft immer zu
weil es ein Zusammensein gemütlicher macht.	1	2	3	4	5	6	7
weil ich es in der Werbung oder im Fernsehen gesehen habe.	1	2	3	4	5	6	7
weil ich Energie brauche.	1	2	3	4	5	6	7
weil ich mich einsam fühle.	1	2	3	4	5	6	7
weil es wenig Fett enthält.	1	2	3	4	5	6	7
um mich damit für etwas zu belohnen.	1	2	3	4	5	6	7
weil ich es üblicherweise esse.	1	2	3	4	5	6	7
weil es im Sonderangebot ist.	1	2	3	4	5	6	7
weil andere es gut finden.	1	2	3	4	5	6	7
weil ich damit aufgewachsen bin.	1	2	3	4	5	6	7
weil es gesund ist.	1	2	3	4	5	6	7
weil ich es gewohnt bin, das zu essen.	1	2	3	4	5	6	7

56. Aus welchen Gründen achten Sie auf Ihre Ernährungsweise bzw. aus welchen Gründen achten Sie nicht darauf? Bitte beurteilen Sie für die folgenden Aussagen, inwieweit diese auf Sie zutreffen und kreuzen Sie die jeweils richtige Ziffer an.

Warum achten Sie (nicht) auf Ihr Essverhalten?	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft zu
Es macht mir Spaß, Mahlzeiten auszudenken, die gut für meine Gesundheit sind.	1	2	3	4
Ich wüsste nicht, wie der Aufwand, gesund zu essen, meinen Gesundheitszustand verbessern sollte.	1	2	3	4
Auf meine Ernährung zu achten, halte ich für eine gute Sache.	1	2	3	4
Ich will mich nicht für mein Aussehen schämen.	1	2	3	4
Es wird von mir erwartet.	1	2	3	4
Es ist mir lästig, auf meine Ernährung zu achten.	1	2	3	4
Andere Personen liegen mir damit in den Ohren.	1	2	3	4
Ich möchte schlank sein.	1	2	3	4
Eine gesunde Ernährungsweise stimmt mit anderen wichtigen Sichtweisen in meinem Leben überein.	1	2	3	4
Einige Personen, die mir nahe stehen, wären verärgert, wenn ich mein Essverhalten nicht kontrollieren würde.	1	2	3	4
Auf eine gesunde Ernährung zu achten, ist zu einem wesentlichen Teil dessen geworden, was mich ausmacht.	1	2	3	4
Ich hätte ein schlechtes Gewissen, wenn ich nicht auf mein Essverhalten achten würde.	1	2	3	4
Ich finde es ist Zeitverschwendung, auf seine Ernährung zu achten.	1	2	3	4
Ich bin überzeugt, dass ich mich dadurch besser fühle.	1	2	3	4
Ich kann keine Vorteile darin sehen, sein Essverhalten zu kontrollieren.	1	2	3	4
Es macht mir Freude, gesunde Mahlzeiten herzurichten.	1	2	3	4
Gesund zu essen ist ein Teil der Lebensweise, die ich für mich gewählt habe.	1	2	3	4
Ich würde mich schämen, wenn ich mich nicht gesund ernähren würde.	1	2	3	4

	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft zu
Ich denke, dass ich mir etwas Gutes damit tue.	1	2	3	4
Wegen des befriedigenden Gefühls, gesund zu essen.	1	2	3	4
Es ist langfristig gut für meine Gesundheit.	1	2	3	4
Eine gesunde Ernährung ist ein wesentlicher Bestandteil meines Lebens.	1	2	3	4
Personen, die mir nahe stehen, bestehen darauf.	1	2	3	4
Ich probiere gerne neue Möglichkeiten aus, mich gesund zu ernähren.	1	2	3	4

Teil 7 – Fragen zu Ihrer Arbeitsbelastung

Bei den folgenden Fragen sollen Sie bitte Auskunft über Ihre Arbeit geben. Wenn Sie momentan nicht erwerbstätig oder in Rente sind, gehen Sie zu Frage 59, dort wartet PIT auf Sie.

57. Welche der folgenden Bedingungen treffen auf Ihre derzeitige Berufstätigkeit zu?

- | | trifft nicht zu | trifft zu |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a) Überstunden, extrem lange Arbeitszeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Schicht- oder Nachtarbeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Lärm, Hitze, Kälte oder Feuchtigkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) hoher Zeitdruck durch Termindruck, hohes Arbeitstempo, Akkordarbeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) unangenehme oder einseitige körperliche Beanspruchung
(z. B. Arme, Beine, Körperhaltung) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) Arbeit überwiegend am PC | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) weiter Anfahrtsweg zum Arbeitsplatz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

58. Wie schätzen Sie Ihre Arbeitstätigkeit ein?

	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft zu
Ich lege selbst fest, wie ich bei der Arbeit vorgehe.	1	2	3	4
Ich kann mein Arbeitstempo selbst bestimmen.	1	2	3	4
Meine Arbeit ist abwechslungsreich.	1	2	3	4
Ich bin mit Freude bei der Arbeit.	1	2	3	4
Ich kann bei Bedarf eine Arbeitspause einlegen.	1	2	3	4
Ich habe einen sicheren Arbeitsplatz.	1	2	3	4
Ich habe Einfluss darauf, welche Arbeit mir zugeteilt wird.	1	2	3	4
Es wiederholen sich immer wieder die gleichen Arbeitsaufgaben.	1	2	3	4
Ich bin stolz auf das, was ich in meiner Tätigkeit leiste.	1	2	3	4
Ich muss bei meiner Arbeit einfache Entscheidungen treffen, bei denen man kaum überlegen muss.	1	2	3	4
Ich kann bei meiner Arbeit zeigen, was ich weiß und was ich kann.	1	2	3	4

Und zum Schluss...



Toll, Sie haben es geschafft!
Herzlichen Dank für Ihre Bereitschaft,
an unserer Untersuchung teilzunehmen.

59. Wären Sie bereit, nächstes Jahr an einer ähnlichen Untersuchung nochmals teilzunehmen?

- ja nein

Freiwilliger Teil – Schlafgewohnheiten

Ausreichend und guter Schlaf spielt eine wichtige Rolle für unser Tagesempfinden. Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Schlafgewohnheiten in den letzten vier Wochen. Kreuzen Sie bitte die Antworten an, die für Sie am ehesten zutreffen! Gehen Sie bei der Beantwortung der Fragen zügig vor und lassen Sie keine Frage aus.

60. Wie lange schlafen Sie in der Regel nachts? (Gesamtschlafdauer ohne Wachphasen) _____ Stunden

61. Wie lange brauchen Sie abends in der Regel um einzuschlafen, nachdem Sie das Licht gelöscht haben? _____ Minuten

62. Wie oft wachen Sie während Ihres nächtlichen Schlafes auf? ca. _____ mal

63. Wie lange sind Sie dann insgesamt wach? ca. _____ Minuten

64. Wie schätzen Sie im Allgemeinen die Qualität Ihres Schlafes ein?
(Bitte markieren Sie mit einem Kreuz die Ausprägung, die für Sie zutrifft)

- sehr schlecht sehr gut
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

65. Fühlen sie sich tagsüber müde und erschöpft?

- sehr selten sehr häufig
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

66. Wie lange schlafen Sie in der Regel tagsüber? ca. _____ Minuten
(Geben Sie 0 an, wenn Sie tagsüber nicht schlafen.)

67. Haben Sie ein Kribbeln, Ziehen, Stechen oder ein Unruhegefühl in den Beinen bzw. einen ausgeprägten Bewegungsdrang der Beine, wenn Sie sich abends zum Schlafen hinlegen?

- fast jeden Abend
 mehrmals pro Woche
 etwa einmal pro Woche
 2-3 mal pro Monat
 etwa einmal pro Monat
 weniger als einmal pro Monat
 gar nicht

68. Wurde bei Ihnen Schnarchen beobachtet?

- nein
- ab und zu
- regelmäßig leicht
- regelmäßig stark

69. Wurde bei Ihnen bereits eine Schlafkrankung von ärztlicher Seite diagnostiziert?

- Insomnie (*Ein- und Durchschlafstörung*)
- Restless Legs (*Syndrom der unruhigen Beine*)
- Schlaf-Apnoe-Syndrom
- sonstiges _____


70. Wie oft erinnern Sie sich in letzter Zeit (einige Monate) an ihre Träume?

- fast jeden Morgen
- mehrmals pro Woche
- etwa einmal pro Woche
- 2-3 mal pro Monat
- etwa einmal pro Monat
- weniger als einmal pro Monat
- gar nicht

71. Haben Sie in letzter Zeit (einige Monate) Albträume gehabt?

- mehrmals pro Woche
- etwa einmal pro Woche
- 2-3 mal pro Monat
- etwa einmal pro Monat
- etwa 2-4 mal pro Jahr
- etwa einmal pro Jahr
- weniger als einmal pro Jahr
- nie

VI. Auswertungsboge für Individuelles Feedback (Studie I)



Gesundheitsförderung in der Gemeinde
„Gesundheit zum Mitmachen“

Individuelles Feedback zur Untersuchung 2011

Medizinische Messwerte

Größe cm Gewicht kg BMI ,

BMI Einteilung

<input type="text"/>	< 18,5	Untergewichtig
<input type="text"/>	18,5 – 24,9	Normalgewichtig
<input type="text"/>	25 – 29,9	Übergewichtig
<input type="text"/>	> 30	stark Übergewichtig

Taillenumfang: cm Hüftumfang cm **W/H Ratio** ,

Waist-Hip Ratio Einteilung

	Frauen	Männer	
<input type="text"/>	<0,8	<0,9	Untergewichtig
<input type="text"/>	0,8-0,84	0,9-0,99	Normalgewichtig
<input type="text"/>	>0,85	>1,0	Übergewichtig

BIA: Fettprozent: _____ **Wasserprozent:** _____

Blutdruck

Systolischer Blutdruck (oberer Wert) _____

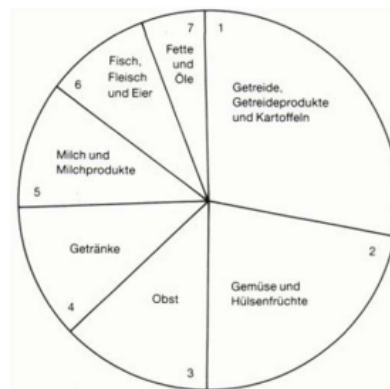
Diastolischer Blutdruck (unterer Wert) _____

Fitness

	Persönliche Werte	Maximale Werte
Gesamtfitness		60
Kraft		15
Ausdauer		15
Beweglichkeit		15
Koordination		15

Ernährung

	nie	Etwa 1x pro Monat oder seltener	Mehrmals im Monat	Etwa 1x in der Woche	Mehrmals in der Woche	täglich	Mehrmals täglich
Fleisch	0	1	2	3	4	5	6
Wurstwaren / Schinken	0	1	2	3	4	5	6
Geflügel	0	1	2	3	4	5	6
Fisch	0	1	2	3	4	5	6
Kartoffeln	0	1	2	3	4	5	6
Teigwaren	0	1	2	3	4	5	6
Reis	0	1	2	3	4	5	6
Salat / Gemüse (roh)	0	1	2	3	4	5	6
Gemüse (gekocht)	0	1	2	3	4	5	6
Frisches Obst	0	1	2	3	4	5	6
Schokolade	0	1	2	3	4	5	6
Kuchen, Gebäck	0	1	2	3	4	5	6
Sonstige Süßwaren	0	1	2	3	4	5	6
Salzige Knabbereien	0	1	2	3	4	5	6
Weißbrot, Mischbrot, Toastbrot	0	1	2	3	4	5	6
Vollkorn-, Schwarzbrot	0	1	2	3	4	5	6
Haferflocken, Müsli	0	1	2	3	4	5	6
Quark, Joghurt, Dickmilch	0	1	2	3	4	5	6
Käse	0	1	2	3	4	5	6
Eier	0	1	2	3	4	5	6
Milch	0	1	2	3	4	5	6
Obstsäfte	0	1	2	3	4	5	6
Mineralwasser	0	1	2	3	4	5	6
Diätlimonade / sonst. Diätgetränke	0	1	2	3	4	5	6



DGE Ernährungskreis

VII. Presseinformationen (Studie I)**Liebe Bürgerinnen und Bürger
der Gemeinde Bad Schönborn,**

Wie bereits angekündigt, startet das Projekt „Gesundheit zum Mitmachen“ in Bad Schönborn am 02.11.2011 bis 10.12.2011 in eine neue Runde. Die Planungen hierfür sind schon sehr weit fortgeschritten.

Die diesjährige Untersuchung knüpft an die vergangenen Untersuchungen der Jahre 1992, 1997, 2002, 2008 und 2010 an. Die aktuelle sportliche und körperliche Aktivität und die Gesundheit der Bad Schönborner Bevölkerung liegen uns sehr am Herzen. Das Projekt „Gesundheit zum Mitmachen“ und die gesundheitlichen Aktivitäten in Bad Schönborn konnten in den letzten Jahren bereits einige wichtige und renommierte Preise gewinnen, darunter den „Deutschen Präventionspreis 2007“ und den „Deutschen Gesundheitspreis 2009“ und gelten somit als Modell für andere Kommunen.

In diesem Jahr kommt zu den Themenschwerpunkten „Sportliche und körperliche Aktivität“ und „Allgemeine Gesundheit“ noch der Komplex „Ernährung und Ernährungsverhalten“ hinzu. Dies wird mit Hilfe eines neuen, veränderten und vor allem verkürzten Fragebogens sowie einer grundlegenden medizinischen Untersuchung untersucht. Die Untersuchung wird in diesem Jahr ca. 1 bis 1 ½ Stunden in Anspruch nehmen. Ebenso wie in den letzten Jahren ist die Untersuchung für Sie vollkommen kostenlos. Die untersuchten Gesundheitsparameter wie unter anderem Blutdruck, Blutabnahme, Körpergewicht und Körpergröße können jedoch für Sie und Ihren Arzt wichtige Hinweise über Ihren aktuellen Gesundheitszustand liefern.

In den nächsten Tagen werden die persönlichen Einladungen versandt.

Haben Sie bis Anfang Oktober jedoch keine persönliche Einladung bekommen, möchten aber trotzdem gerne mitmachen, dann melden Sie sich bei Rainer Kiefer (Tel. 0174/3207666) oder unter: gesundheitzummitmachen@uni-konstanz.de zur individuellen Terminvereinbarung.

Wir hoffen, Sie zu dieser kostenlosen, jedoch für Sie und Ihren Arzt wichtigen Untersuchung im Zeitraum vom 02.11.2011 bis 10.12.2011 begrüßen zu dürfen.

Ihr Gesundheitsteam

Aus dem Mitteilungsblatt Bad Schönborn; Heft 38, 22.09.2011

Gesundheitsprojekt „Gesundheit zum Mitmachen“

Liebe Bürgerinnen und Bürger,

das Gesundheitsprojekt „Gesundheit zum Mitmachen“ ist in der vergangenen Woche wie geplant gestartet. Nun ist Zeit uns, das Gesundheitsteam, einmal vorzustellen.

Die wissenschaftliche Leitung liegt, wie seit Beginn der Untersuchungen, in den Händen von Prof. Dr. Klaus Bös (KIT Karlsruhe) und Prof. Dr. Alexander Woll (Universität Konstanz). Beide kommen aus Bad Schönborn und sind sicherlich dem einen oder anderen von Ihnen bekannt.

Als Arzt steht in diesem Jahr Prof. Dr. Walther Heipertz aus Heidelberg zur Verfügung. Er hat lange Jahre für den Betriebsärztlichen Dienst sowie für die Agentur für Arbeit als Gutachter und Betriebsarzt gearbeitet und freut sich nun im Rahmen der Studie für Sie die Blutuntersuchungen zu nehmen. Herr Prof. Dr. Heipertz arbeitet zusätzlich als Notarzt im Raum Heidelberg.

Als Team vor Ort freuen sich u.a. Miriam Reiner, Niklas Mayer, Manuel Garcia, Claudia Albrecht, Catherine Kolb und Sarah Strecker auf Sie.

Wir konnten schon viele Bürgerinnen und Bürger Bad Schönborns gewinnen, jedoch hoffen wir zusätzlich auf viele Interessierte. Sie sind alle herzlich willkommen an der kostenlosen Gesundheitsuntersuchung teilzunehmen. Mittels eines Fragebogens werden die Themenkomplexe Sportaktivität, körperliche Aktivität, aber auch Ernährung und Ernährungsverhalten untersucht. Hinzu kommt eine grundlegende Gesundheitsuntersuchung mit Blutanalyse.

Wir bitten alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die bereits einen Brief erhalten haben, die Termine per E-Mail: gesundheitzumitmachen@uni-konstanz.de oder Telefon: Rainer Kiefer: 0174 - 3207666 oder Miriam Reiner: 0178 - 5311215 zu bestätigen.

Wir freuen uns jedoch auch über alle Interessierten. Sie sind herzlich eingeladen zu folgenden Zeiten im Rathaus Mingolsheim vorbeizukommen oder per Telefon oder E-Mail einen individuellen Termin auszumachen:

Montag - Freitag:	08:30 - 12:00 Uhr
Montag - Mittwoch:	13:00 - 16:00 Uhr
Donnerstag - Freitag:	14:00 - 18:00 Uhr
Samstag:	09:00 - 18:00 Uhr

Ihr Gesundheitsteam

Aus dem Mitteilungsblatt Bad Schönborn; Heft 45, 10.11.2011

Gesundheitsuntersuchung 2011

Liebe Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Gesundheitsuntersuchung 2011

Die diesjährige Gesundheitsuntersuchung im Rahmen des Gesundheitsprojektes „Gesundheit zum Mitmachen“ in Bad Schönborn ist vergangene Woche erfolgreich zu Ende gegangen. Wir konnten in den letzten 6 Wochen insgesamt 425 Bürgerinnen und Bürger Bad Schönborns im Alter zwischen 34 und 78 Jahren animieren an der Untersuchung teilzunehmen. Hierfür bedanken wir uns recht herzlich!

Wir konzentrieren uns in den nächsten Tagen und Wochen darauf, die große Menge an Daten auszuwerten und Ihnen die versprochenen Befunde per Post mitzuteilen. Im Rahmen der Untersuchung wurden immer wieder Verbesserungsvorschläge und Anregungen für die nächsten Untersuchungen an uns herangetragen. Hierfür danken wir herzlich und werden sie in der Planung und Durchführung der nächsten Untersuchung selbstverständlich miteinbeziehen.

Wir wünschen Ihnen alle frohe und glückliche Weihnachtstage und einen guten Start ins Jahr 2012. Wir würden uns freuen Sie auch im nächsten Jahr wieder bei unserer Gesundheitsuntersuchung begrüßen zu dürfen.

Ihr Gesundheitsteam

Aus dem Mitteilungsblatt Bad Schönborn; Heft 50, 15.12.2011

VIII. Informationskärtchen zur Studienteilnahme (Studie II)



IX. Begleitschreiben (Studie II)

Sehr geehrte Damen und Herren,

die gute Nachricht vorneweg: Die Lebenserwartung in Deutschland steigt seit Jahrzehnten kontinuierlich an, und ein Ende dieses Trends ist bislang nicht in Sicht. Auf der anderen Seite ist es jedoch so, dass bei uns in Deutschland Männer im statistischen Mittel noch immer 5 Jahre früher sterben als Frauen (Frauen: 82,40 Jahre; Männer 77,17 Jahre; Stand 2008).

Biologische Unterschiede zwischen Mann und Frau spielen hierfür sicherlich eine Rolle, aber die genetischen und hormonellen Faktoren allein bedingen diese unterschiedliche Lebenserwartung nicht. Männer und Frauen unterscheiden sich auch in alltäglichen Verhaltensweisen, die oftmals Gesundheitsbezüge enthalten. So essen Frauen beispielsweise häufiger Obst, wohingegen Männer mehr Fleisch verzehren (Robert Koch-Institut, 2010).

Lassen sich „typisch männliche“ bzw. „typisch weibliche“ Persönlichkeitseigenschaften mit gesundheitsbewusstem Verhalten in Zusammenhang bringen? Genau dieser Frage versuchen wir an der Universität Konstanz nachzugehen und möchten Sie herzlich einladen, uns hierbei zu unterstützen!

Durch die Teilnahme an unserer Online-Umfrage „Geschlecht & Gesundheit 2012“ können Sie einem Team junger Wissenschaftler der Universität dabei helfen, den Ursachen für die Geschlechtsunterschiede im Gesundheitsverhalten auf den Grund zu gehen. Wir wären Ihnen ungemein dankbar, wenn Sie sich 15-20 Minuten Zeit nehmen könnten, um unseren Fragebogen auszufüllen, den Sie unter dem folgenden Link erreichen:

www.soscisurvey.de/g12

Selbstverständlich ist Ihre Teilnahme absolut anonym. Wir erheben keinerlei Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Person zulassen. Unter allen Teilnehmern verlosen wir **5 Gutscheine im Wert von je 30€** für einen Einkauf bei SPORTSCHECK oder AMAZON.

Im Namen des gesamten Forschungsteams um Prof. Dr. Alexander Woll möchte ich mich bei Ihnen vorab für Ihre Mithilfe bedanken.

Mit freundlichen Grüßen,

Fabian Krapf

X. Online Fragebogen (Studie II)

Universität
Konstanz



Sehr geehrte Damen und Herren,

bereits im Vorfeld möchte ich mich im Namen des gesamten Forschungsteams der Universität Konstanz für Ihre Teilnahme an der großen Online-Umfrage "Geschlecht und Gesundheit 2012" bedanken.

Dieser Fragebogen enthält eine Reihe von Aussagen zu Themen wie Lebenseinstellung, gesunde Ernährung und körperliche Aktivität, die bewertet werden sollen. Unter bzw. neben jeder Aussage finden Sie mehrere Kästchen. Kreuzen Sie bitte das Kästchen an, das Ihrer Meinung nach am besten passt. Vereinzelt wird es zudem nötig sein, eine Information wie z. B. das Alter in ein freies Feld einzugeben.

Bitte füllen Sie den Fragebogen sorgfältig und ehrlich aus. Es gibt keine "richtigen" oder "falschen" Antworten. Scheuen Sie sich bitte nicht, auch extreme Werte anzukreuzen, wenn dies für Sie zutrifft. Selbstverständlich ist Ihre Teilnahme absolut anonym. Wir erheben keinerlei Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Person zulassen.

Bitte nehmen Sie jederzeit Kontakt mit uns auf, wenn Sie Fragen haben oder Kritik äußern möchten.

Durch einen Klick auf "Weiter" gelangen Sie zur Umfrage.

Mit freundlichen Grüßen,
Fabian Krapf

Kontakt: [Fabian Krapf](#), Universität Konstanz

10% ausgefüllt

Zunächst möchten wir Genaueres über Ihre Ernährung herausfinden.

1. Wie häufig nehmen Sie normalerweise folgende Lebensmittel zu sich?

	nie	etwa einmal im Monat	mehrmals im Monat	etwa einmal in der Woche	mehrmals in der Woche	täglich	mehrmals täglich
Obst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gemüse, Salat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fast Food (Hamburger, Currywurst, Döner etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fleisch, Wurstwaren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reis, Nudeln, Kartoffeln	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
salzige Knabbereien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Süßigkeiten (Schokolade etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Limonade, Cola	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lebensmittel aus biologischem Anbau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fettreduzierte Lebensmittel (z. B. fettreduzierter Käse, Wurst, Joghurt)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mischfertige Lebensmittel (z. B. Kartoffelpüree, Fertigmischungen, Backmischungen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
vorbereitete, garfertige Lebensmittel (z. B. Tiefkühl- Gemüse, -Obst, paniertes Fleisch)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fertiggerichte (z. B. Tiefkühlpizza, Eintopf in Konserven)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Weiter

Kontakt: [Fabian Krapf](#), Universität Konstanz

20% ausgefüllt

Nun folgen einige Fragen zu den Themen Alkohol- und Tabakkonsum.

2. Trinken Sie Alkohol?

- Nein, nie
- Ja, aber äußerst selten (z. B. zum „Anstoßen“ bei besonderen Anlässen)
- Ja, einmal im Monat oder seltener
- Ja, etwa einmal in der Woche
- Ja, mehrmals in der Woche
- Ja, täglich

3. Welche Art alkoholischer Getränke trinken Sie bevorzugt?

Mehrfachnennungen möglich. Überspringen Sie diese Frage, wenn Sie zuvor angegeben haben, dass Sie keinen Alkohol trinken.

- Bier
- Biermischgetränke (z. B. Radler/Alsterwasser)
- Rotwein
- Weißwein
- Weinschorlen
- Sekt/Champagner/Prosecco
- Cocktails
- Spirituosenhaltige Mischgetränke (z. B. Rum mit Cola, „Alkopops“)
- Spirituosen (Whiskey, Rum, Wodka etc.)

4. Rauchen Sie?

Dies schließt sämtliche Formen des Rauchens (Zigaretten, Zigarren, Pfeifen etc.) ein.

- Nein, habe ich noch nie.
- Nein, nicht mehr. Ich habe mit Jahren angefangen und im Alter von Jahren aufgehört.
- Ja, aber unregelmäßig (z. B. bei besonderen Anlässen, auf Feiern oder am Wochenende).
- Ja, ich rauche wieder. Ich habe mit Jahren angefangen aber zwischenzeitlich Jahre nicht geraucht.
- Ja, ich rauche regelmäßig seit ich Jahre alt bin.

5. Welches Tabakprodukt konsumieren Sie am häufigsten bzw. haben Sie am häufigsten konsumiert, als Sie noch geraucht haben?

Gehen Sie direkt auf „Weiter“, wenn Sie noch nie geraucht haben.

- Zigaretten
- Zigarillos
- Zigarren
- Pfeife
- Wasserpfeife
- Elektronische Zigarette
- Sonstiges:

6. Welche Menge des eben genannten Tabakprodukts konsumieren Sie pro Woche bzw. haben Sie damals konsumiert?

Im Durchschnitt ca. Zigaretten/Zigarillos etc. pro Woche

Weiter

Kontakt: [Fabian Krapf](#), Universität Konstanz

30% ausgefüllt

7. Treiben Sie regelmäßig Sport?

(z. B. im Sportverein oder Fitnessstudio, beim Jogging oder Walking etc.)

 Nein Ja**8. Wenn ja, um welche sportliche(n) Aktivität(en) handelt es sich dabei?**

Nennen Sie bitte die am häufigsten ausgeführte(n) Sportart(en), indem Sie die Bezeichnung (z. B. „Tennis“), die Häufigkeit und Dauer der jeweiligen Aktivität in die freien Felder tippen. Gehen Sie direkt auf „Weiter“, wenn Sie bei der Frage zuvor „Nein“ geantwortet haben.

Aktivität A:

mache ich pro Woche ca. Malund zwar bei jedem Mal für ca. Minuten.

Aktivität B:

mache ich pro Woche ca. Malund zwar bei jedem Mal für ca. Minuten.

Aktivität C:

mache ich pro Woche ca. Malund zwar bei jedem Mal für ca. Minuten.**9. Wie intensiv ist Ihre sportliche Aktivität dabei in der Regel?**

Bitte platzieren Sie den Schieber an der Stelle, die der Intensität Ihrer Aktivität am ehesten entspricht.

locker und leicht (ohne
Schwitzen oder Kurzatmigkeit)hart und anstrengend
(deutliches Schwitzen und
Kurzatmigkeit)

Weiter

Kontakt: [Fabian Krapf](#), Universität Konstanz

40% ausgefüllt

Nun geht es um Ihre Einstellung zum Sporttreiben. Sagen Sie uns bitte, aus welchen Gründen Sie Sport treiben. Sollten Sie derzeit keiner sportlichen Aktivität nachgehen, so nennen Sie uns einfach die Gründe, die Sie eventuell dazu bringen könnten, aktiv zu werden.

10. Warum treiben Sie Sport bzw. was wären Gründe für Sie, damit zu beginnen?

	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft zu
Vor allem um fit zu sein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Um mich zu entspannen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Um mit anderen gesellig zusammen zu sein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Um Ärger und Gereiztheit abzubauen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Weil Sport mir die Möglichkeit für schöne Bewegungen bietet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wegen des Nervenzitels	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Um neue Energie zu tanken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Um etwas in einer Gruppe zu unternehmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Um meine Gedanken im Kopf zu ordnen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Weil es mir Freude bereitet, die Schönheit der menschlichen Bewegungen im Sport zu erleben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wegen meiner Figur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Um durch den Sport neue Freunde zu gewinnen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Um mich mit anderen zu messen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Weil ich mich so von meinen Problemen ablenke	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vor allem aus Freude an der Bewegung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Um sportliche Ziele zu erreichen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Um dadurch Menschen kennenzulernen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Um mein Gewicht zu regulieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vor allem aus gesundheitlichen Gründen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Um Stress abzubauen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Weil ich im Wettkampf aufblühe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Um abzunehmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Um dabei Freunde/Bekannte zu treffen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Um mich in körperlich guter Verfassung zu halten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Weiter

Kontakt: [Fabian Krapf](#), Universität Konstanz

50% ausgefüllt

Auf den folgenden zwei Seiten sind verschiedene Aktivitäten aufgelistet. Bitte bewerten Sie, wie attraktiv Ihnen das **Ausführen** dieser Aktivitäten bzw. Sportarten erscheint.

11. Wie attraktiv finden Sie die folgenden körperlichen Aktivitäten?

Bitte platzieren Sie den Schieber entsprechend. Sollten Sie eine Aktivität nicht kennen, klicken Sie bitte kurz auf den Schieber, der bei „kenne ich nicht“ steht.

	überhaupt nicht attraktiv	sehr attraktiv	kenne ich nicht
Individual- und Mannschaftssportarten			
Laufen/Jogging	_____	_____	<input type="checkbox"/>
(Nordic) Walking	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Inlineskating	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Fußball	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Handball	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Volleyball	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Basketball	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Schwimmen	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Radsport	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Tennis	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Tischtennis	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Badminton	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Kampfsport	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Tanzen	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Golf	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Skilanglauf	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Ski alpin/Snowboard	_____	_____	<input type="checkbox"/>

	überhaupt nicht attraktiv	sehr attraktiv	kenne ich nicht
Fitnesssport			
Kursangebote (Aerobic, Indoor-Cycling, „Zumba“ etc.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Krafttraining (Muskelaufbautraining)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Figurformung (Bauch/Beine/Po etc.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ausdauertraining (Laufband, Ergometer, Stepper etc.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kursangebote im Wasser (Aqua-Fitness, Wassergymnastik etc.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gymnastik	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	überhaupt nicht attraktiv	sehr attraktiv	kenne ich nicht
Aktivitäten zur Entspannung			
Yoga	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tai-Chi	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Autogenes Training	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Meditation	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Progressive Muskelentspannung	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Stretching/Dehnübungen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Qigong	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="button" value="Weiter"/>			
<hr/>			
Kontakt: Fabian Krapf , Universität Konstanz			

60% ausgefüllt

Nun möchten wir gerne herausfinden, auf welche Weise Sie sich über Gesundheitsthemen informieren.

12. Wie wichtig sind für Sie persönlich folgende Medien als Informationsquellen zu Gesundheitsthemen?

	unwichtig	eher unwichtig	eher wichtig	wichtig
Fernsehen und Radio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bücher, medizinische Nachschlagewerke und Broschüren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kurse und Vorträge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zeitungen und Zeitschriften	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Familie, Freunde und Kollegen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apotheke	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fachkraft im Gesundheitswesen (Arzt, Therapeut etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Internet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	weniger als einmal monatlich	ein oder mehrmals monatlich	ein oder mehrmals wöchentlich	täglich
Wie häufig nutzen Sie das Internet allgemein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	gar nicht	weniger als einmal pro Jahr	etwa einmal pro Jahr	ein paar mal pro Jahr	ein oder mehrmals monatlich	ein oder mehrmals wöchentlich	täglich
Wie oft nutzen Sie das Internet, um Informationen zu Gesundheitsthemen oder Krankheiten zu bekommen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Weiter

Kontakt: [Fabian Krapf](#), Universität Konstanz

70% ausgefüllt

Auf den folgenden beiden Seite finden Sie eine Reihe von Eigenschaften, mit Hilfe derer Sie sich selbst beschreiben sollen.

13. Bitte geben Sie für jede Eigenschaft an, wie sehr Sie glauben, dass Sie diese besitzen.

	(fast) nie	gewöhn- lich nicht	manchmal, aber selten	gelegent- lich	oft	meistens	immer
habe Führungseigenschaften	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
romantisch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
trete bestimmt auf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
abhängig von anderen Personen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ehrig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
weichherzig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
respekt einflößend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
bemühe mich, verletzte Gefühle zu besänftigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kann andere kritisieren, ohne mich dabei unbehaglich zu fühlen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
glücklich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
verteidige die eigene Meinung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
feinfühlig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
entschlossen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sinnlich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sachlich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fröhlich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
nicht leicht beeinflussbar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
nachgiebig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
unerschrocken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
bescheiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Weiter

Kontakt: [Fabian Krapf](#), Universität Konstanz

80% ausgefüllt

Nachfolgend finden Sie weitere Eigenschaften aufgelistet. Bitte geben Sie auch hier an, inwiefern diese auf Sie zutreffen.

	(fast) nie	gewöhn- lich nicht	manchmal, aber selten	gelegent- lich	oft	meistens	immer
empänglich für Schmeicheleien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
hartnäckig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
empfindsam	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
bin bereit, etwas zu riskieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
selbstaufopfernd	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kraftvoll	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
benutze barsche Worte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
furchtlos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
verspielt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
scharfsinnig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
verführerisch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wetteifernd	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
achte auf die eigene äußere Erscheinung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sicher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
leidenschaftlich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
zeige geschäftsmäßiges Verhalten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
herzlich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
konsequent	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
liebe Sicherheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
intelligent	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Weiter

Kontakt: [Fabian Krapf](#), Universität Konstanz

90% ausgefüllt

Abschließend würden wir Ihnen gerne noch einige Fragen zu Ihrer Person stellen.

14. Ihr Geschlecht?

- weiblich
 männlich

15. Wie alt sind Sie?

Ich bin Jahre alt.

16. Welchen Schulabschluss haben Sie?

- ohne Schulabschluss
 Hauptschulabschluss/Volksschulabschluss
 Realschulabschluss (Mittlere Reife)
 Fachhochschulreife
 Hochschulreife (Abitur)
 Sonstiger Schulabschluss:

17. Welchen Ausbildungsabschluss haben Sie? Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Abschlüsse an.

- keinen beruflichen Abschluss und nicht in einer Ausbildung
 bin noch Studentin bzw. Student. Studiengang (z. B. „Jura“):
 bin noch in beruflicher Ausbildung
 beruflich-betriebliche Ausbildung (handwerklich) abgeschlossen
 beruflich-betriebliche Ausbildung (kaufmännisch) abgeschlossen
 beruflich-schulische Ausbildung (z. B. Berufsfachschule) abgeschlossen
 Ausbildung an einer Fach-, Meister-, Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie
 Fachhochschulabschluss
 Hochschulabschluss
 Sonstiges:

18. Sind Sie zurzeit erwerbstätig?

Unter Erwerbstätigkeit wird jede bezahlte bzw. mit einem Einkommen verbundene Tätigkeit verstanden, egal welchen zeitlichen Umfang sie hat.

Bitte wählen Sie, was auf Sie zutrifft (Mehrfachnennungen möglich).

- Voll erwerbstätig mit ca. Stunden Arbeitszeit/Woche
- Teizeitbeschäftigt mit ca. Stunden Arbeitszeit/Woche
- Altersteilzeit (unabhängig davon in welcher Phase)
- Geringfügig erwerbstätig, Mini Job
- „Ein-Euro-Job“ (bei Bezug von Arbeitslosengeld II)
- Gelegentlich oder unregelmäßig beschäftigt
- Berufliche Ausbildung/Lehre
- Umschulung
- Wehrdienst/Zivildienst
- Mutterschafts-, Erziehungsurlaub, Elternzeit oder sonstige Beurlaubung
- Nicht erwerbstätig (einschließlich Studierende, die nicht gegen Geld arbeiten, Arbeitslose, Vorruhehändler, Rentner ohne Nebenverdienst, Hausfrauen und Hausmänner)

19. Teilnahme am Gewinnspiel

Wenn Sie an der Verlosung teilnehmen wollen, dann klicken Sie bitte auf das untere Kästchen und tragen Ihre E-Mail-Adresse ein. Wenn Sie dies nicht möchten, gehen Sie direkt auf „Weiter“, um die Umfrage zu beenden.

- Ich will am **Gewinnspiel** teilnehmen. Ich bin damit einverstanden, dass meine E-Mail-Adresse bis zur Ziehung der Gewinner gespeichert wird. Meine Angaben in dieser Befragung bleiben weiterhin anonym, meine E-Mail-Adresse wird nicht an Dritte weitergegeben.

Weiter

Haben Sie vielen Dank!

Wir möchten uns herzlich für Ihre Mithilfe bedanken.

Fenster schließen

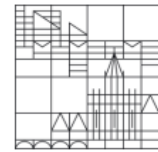
Kontakt: [Fabian Krapf](#), Universität Konstanz

XI. Anschreiben an Kooperationsschulen (Studie III)



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

Universität
Konstanz



Universität Konstanz, Postfach 30, 78457 Konstanz

Schulleitung der Max-Muster-Schule

z. Hd. Herr Max Mustermann
Musterstraße 66
99999 Musterhausen

Prof. Dr. Alexander Woll
FG Sportwissenschaft
Universitätsstraße 10
78457 Konstanz
Tel +49 7531 88-3651
Fax +49 7531 88-4641
alexander.woll@uni-konstanz.de
www.uni-konstanz.de

24.01.2012

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Rahmen des großangelegten Forschungsprojektes EATMOTIVE, an dem verschiedene Wissenschaftsdisziplinen der Universität Konstanz beteiligt sind und welches durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert wird, beschäftigen wir uns mit verschiedenen Determinanten des Ernährungs- und Aktivitätsverhaltens. Der Fachbereich Sportwissenschaft widmet sich der Frage, ob und wie die Familie das Gesundheitsverhalten der Familienmitglieder beeinflusst, ob es beispielsweise ein „kollektives Gesundheitsbewusstsein“ in Familien gibt und ob dies in Zusammenhang mit dem Ernährungs- und dem Aktivitätsverhalten steht. Um dieser Fragestellung auf den Grund zu gehen, wollen wir Schülerinnen und Schüler sowie deren Eltern zu verschiedenen Themen aus Ihrem Familienalltag befragen.

Hierbei hoffen wir auf Ihre Unterstützung: Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie uns gestatten würden, unsere Fragebögen in der Zeit vom 16.04.2012 – 30.04.2012 in drei Schulklassen der Jahrgangsstufen sieben bis neun auszuteilen.

Für diese Umfrage würden lediglich einmalig fünf bis zehn Minuten Unterrichtszeit benötigt werden, in denen unsere Mitarbeiter kurz in die Klassen kämen, einige Sätze zu unserem Vorhaben sowie den Fragebögen sagen und diese anschließend austeilen. Die Bögen werden nicht im Unterricht sondern zu Hause ausgefüllt. Nach zwei Wochen würden unsere Mitarbeiter die im Sekretariat bereitgestellte Box mit den ausgefüllten Bögen wieder abholen. Weder für das Lehrpersonal noch für die Schulleitung hätte unsere Umfrage eine Mehrarbeit zur Folge.

Die Umfrage ist selbstverständlich freiwillig und anonym. Es werden keinerlei Daten erhoben, die Rückschlüsse auf die Identität der Probanden zulassen.

Als Dankeschön für die Teilnahme verlosen wir unter allen Familien, von denen uns vollständig ausgefüllte Fragebögen von drei Personen (Kind, Mutter, Vater) bzw. bei Alleinerziehenden von zwei Personen (Kind, Mutter oder Vater) vorliegen, zehn Gutscheine für einen Eintritt in den Abenteuerpark Immenstaad für die ganze Familie sowie 20 Wertgutscheine in Höhe von 25€ für einen Einkauf bei amazon.de.

BW-Bank Konstanz, Kontonr. 7 486 501 274 BLZ. 600 501 01
IBAN: DE92 6005 0101 7486 5012 74 BIC: SOLA DE 33

Paketanschrift: Universität Konstanz, Universitätsstraße 10, 78464 Konstanz

Busverbindungen ab Hauptbahnhof: Linien 9A und 9B, ab Haltepunkt Wollmatingen: Linie 11



partnerhochschule
des spitzensports



Zentrum für Sport
und Bewegungswissenschaften

Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie uns die Möglichkeit geben würden, Ihnen das Projekt nochmals genauer vorstellen zu können. Meine Mitarbeiter werden sich im Laufe der nächsten 14 Tage nochmals telefonisch mit Ihnen bzw. dem Sekretariat in Verbindung setzen.

Bitte scheuen Sie sich nicht, uns zu kontaktieren, falls Sie vorab Fragen haben sollten.

Mit freundlichen Grüßen,

Prof. Dr. Alexander Woll
Projektleitung

Dr. Christina Niermann
Projektkoordination

Miriam Reiner
akad. Mitarbeiterin

Fabian Krapf
akad. Mitarbeiter

Kontakt:

Dr. Christina Niermann
E-Mail: christina.niermann@uni-konstanz.de
Telefon: 07531/88-3529

Miriam Reiner
E-Mail: miriam.reiner@uni-konstanz.de
Telefon: 07531/88-3594

Fabian Krapf
E-Mail: fabian.krapf@uni-konstanz.de
Telefon: 07531/88-4242

2

BW-Bank Konstanz, Kontonr. 7 486 501 274 BLZ. 600 501 01
IBAN: DE92 6005 0101 7486 5012 74 BIC: SOLA DE 33

Paketanschrift: Universität Konstanz, Universitätsstraße 10, 78464 Konstanz

Busverbindungen: ab Hauptbahnhof: Linien 9A und 9B, ab Haltepunkt Wollmatingen: Linie 11



XII. Informationsbroschüre zur Studienteilnahme (Studie III)

Die Befragung erfolgt anonym. Fragebögen und Abschnitt werden von uns sofort getrennt, so dass der Abschnitt nicht in Zusammenhang mit den Angaben im Fragebogen gebracht wird.

Wir möchten an der Verlosung teilnehmen!

Familienname*:

Anschrift*:

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten:

* Ihre persönlichen Daten werden nicht gespeichert und nach der Verlosung umgehend vernichtet!

Kontakt

EATMOTIVE-Team

Dr. Christina Niermann
Tel: 07531/88-3529
E-Mail: christina.niermann@uni-konstanz.de

Miriam Reiner
Tel: 07531/88-3594
E-Mail: miriam.reiner@uni-konstanz.de

Fabian Krapf
Tel: 07531/88-4242
E-Mail: fabian.krapf@uni-konstanz.de

Universität Konstanz
Fachbereich Sportwissenschaft
Prof. Dr. Alexander Woll
Fach 30
D-78457 Konstanz

EATMOTIVE

FAMILIE & GESUNDHEIT

GEFÖRDELT VOM
Bundesministerium für Bildung und Forschung

Universität Konstanz

Was beeinflusst unsere Gesundheit?

Warum essen wir das, was wir essen?

Und wieso bewegen wir uns so wenig, obwohl Bewegung doch gesund sein soll?

Die Universität Konstanz will im Rahmen des vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Forschungsprojekts EATMOTIVE diesen Fragen nachgehen.

Das Besondere und Neue an dieser Studie ist, dass wir nicht nur persönliche Faktoren, die das Verhalten von Jugendlichen und Erwachsenen beeinflussen, betrachten wollen, sondern auch das alltägliche Miteinander in der Familie.

Denn schließlich lebt keiner von uns alleine und isoliert, wir alle sind soziale Wesen und unser Gesundheitsverhalten wird nicht zuletzt auch von verschiedenen äußeren Einflüssen und anderen Menschen geprägt.

Wir möchten Sie nun recht herzlich einladen, uns bei diesem wichtigen Forschungsprojekt zu unterstützen. Bitte nehmen Sie sich Zeit und beantworten Sie unsere Fragen.

Als Dankeschön verlosen wir unter allen Familien

- 10 Gutscheine für einen Eintritt in den Abenteuerpark Immenstaad (siehe beiliegende Broschüre) für die ganze Familie*
- 20 Gutscheine über jeweils 25€ bei amazon.de

Folgende Schritte sind zu tun:

- Fragebögen ausfüllen
gelbes Deckblatt = Kind
blaues Deckblatt = Eltern
- Abschnitt zur Teilnahme an der Verlosung ausfüllen und abschneiden
- Fragebögen und Abschnitt in den Umschlag stecken, verschließen und in den nächsten zwei Wochen im Sekretariat abgeben
- Daumen drücken für die Verlosung

Um an unserer Verlosung teilzunehmen, bitten wir Sie, den Abschnitt auf der letzten Seite auszufüllen, aus dem Flyer herauszuschneiden und in den Umschlag mit den vollständig ausgefüllten Fragebögen zu legen.

WICHTIG: An der Verlosung können nur Familien teilnehmen, von denen uns vollständig ausgefüllte Fragebögen von drei Personen (Kind, Mutter, Vater) bzw. bei Alleinerziehenden von zwei Personen (Kind, Mutter/Vater) vorliegen!

* gültig für 3 Personen. Weitere Familienmitglieder erhalten ermäßigten Eintritt.

XIII. Elternfragebogen (Studie III)

GEFÖRDERT VOM

 Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

Universität
Konstanz



Familien-ID: _____

FAMILIE

&

GESUNDHEIT

Elternfragebogen



Vielen Dank, dass Sie an der Studie „Familie und Gesundheit“ teilnehmen!

Ein paar Infos vorweg:

Der Fragebogen enthält eine ganze Reihe von Aussagen zu den Themen gesunde Ernährung und körperliche Aktivität sowie zu Ihrer Familie und zu Ihnen persönlich.

Bitte füllen Sie den Fragebogen aus, indem Sie in die vorgegebenen Kästchen ein Kreuz machen,

Beispiel:

Ich bin weiblich männlich

die entsprechende Zahl ankreuzen,

Beispiel:

	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft zu
Ich bin mit meinem Leben zufrieden.	0	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>

oder in die vorgegebenen Linien Eintragungen machen.

Beispiel:

Lieblingessen: Spaghetti

Bitte füllen Sie den Fragebogen sorgfältig und ehrlich aus. Es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Angaben. Es kommt einzig und allein auf Ihre persönliche Einschätzung an. Am besten kreuzen Sie, ohne lange zu überlegen, diejenige Zahl an, die Ihrer ersten Einschätzung entspricht.

Sie können den Fragebogen auch in mehreren Etappen ausfüllen. Sie können ihn also gerne mal weglegen und zu einem späteren Zeitpunkt oder am nächsten Tag weitermachen. Hauptsache alle Fragen sind beantwortet!

Sind Sie bereit? Los geht's!



Als erstes möchten wir von Ihnen erfahren, wie Sie über Sport und körperliche Aktivität denken und wie aktiv Sie in Ihrem Alltag sind.

1. Was sind Gründe dafür, dass Sie Sport treiben bzw. dass Sie keinen Sport treiben?

Bitte beurteilen Sie inwieweit die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen und kreuzen Sie für jede Aussage die entsprechende Ziffer an!

	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft zu
Ich treibe Sport, weil andere Personen sagen, dass ich es tun soll.	0	1	2	3
Ich fühle mich schuldig, wenn ich keinen Sport treibe.	0	1	2	3
Ich schätze die positiven Folgen des Sporttreibens.	0	1	2	3
Ich treibe Sport, weil es mir Spaß macht.	0	1	2	3
Ich sehe keinen Grund, warum ich Sport treiben sollte.	0	1	2	3
Ich treibe Sport, weil meine Freunde/Familie/Partner sagen, ich solle Sport treiben.	0	1	2	3
Ich schäme mich, wenn ich mal einen Sporttermin/eine Einheit verpasse.	0	1	2	3
Es ist mir wichtig, regelmäßig Sport zu treiben.	0	1	2	3
Ich verstehe nicht, warum ich meine Zeit mit Sport vertreiben soll.	0	1	2	3
Ich genieße es, Sport zu treiben.	0	1	2	3
Ich treibe Sport, weil Andere unzufrieden mit mir wären, wenn ich es nicht täte.	0	1	2	3
Sport zu treiben bringt doch nichts	0	1	2	3
Ich habe ein schlechtes Gefühl, wenn ich mal länger keinen Sport getrieben habe.	0	1	2	3
Ich denke, dass sich regelmäßiges Sporttreiben auszahlt.	0	1	2	3
Ich empfinde Sport als eine angenehme Tätigkeit.	0	1	2	3
Ich fühle mich von meinen Freunden/meiner Familie unter Druck gesetzt, Sport zu treiben.	0	1	2	3
Ich werde unruhig, wenn ich nicht regelmäßig Sport treibe.	0	1	2	3
Sportlich aktiv zu sein bereitet mir Freude und Zufriedenheit.	0	1	2	3
Ich halte Sporttreiben für Zeitverschwendung.	0	1	2	3

2. Wie aktiv sind sie normalerweise?

Wenn es im Folgenden um *körperliche Aktivität* geht, sind damit Tätigkeiten gemeint, bei denen das Herz schneller schlägt und für einige Zeit die Atmung erhöht ist. Zu solchen körperlichen Aktivitäten zählen z. B. Sport aber auch das Radfahren zur Arbeit. Weitere Bsp.: Laufen, Tanzen, Gartenarbeit, Spaziergang mit dem Hund usw.

Die beiden folgenden Fragen beziehen sich auf die gesamte Zeit, die Sie am Tag körperlich aktiv sind. Zählen Sie bitte die Zeiten zusammen, die Sie am Tag mit körperlichen Aktivitäten verbringen.

a) An wie vielen der letzten sieben Tage waren Sie für mindestens 30 Minuten am Tag körperlich aktiv?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0 Tage	1	2	3	4	5	6	7 Tage

b) An wie vielen Tagen einer normalen Woche sind Sie für mindestens 30 Minuten am Tag körperlich aktiv?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0 Tage	1	2	3	4	5	6	7 Tage

c) Wie oft pro Woche (7 Tage) üben Sie die folgenden Aktivitäten aus?

Bitte sagen Sie uns wie oft Sie in einer normalen Woche den folgenden Aktivitäten nachgehen und geben Sie an wie viel Zeit Sie insgesamt damit verbringen. Bitte zählen Sie nur solche Aktivitäten, die **mindestens 15 Minuten** dauern.

	Wie oft pro Woche?	Dauer pro Woche?
Anstrengende körperliche Aktivität (erhöhte Anstrengung und Schwitzen) z. B. intensives Schwimmen, Joggen, Fußballspielen, Radfahren	_____ Mal pro Woche	_____ Min. pro Woche
Mäßige körperliche Aktivität (kaum erhöhte Anstrengung und leichtes Schwitzen) z. B. schnelles Gehen, langsames Radfahren, langsames Schwimmen	_____ Mal pro Woche	_____ Min. pro Woche
Leichte körperliche Aktivität (keine erhöhte Anstrengung und kein Schwitzen) z. B. Golf, leichtes Gehen, Angeln	_____ Mal pro Woche	_____ Min. pro Woche

3. Wie viel Freude haben Sie im Allgemeinen an körperlicher Aktivität und Sport?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gar keine	wenig	etwas	viel	sehr viel

Uns interessiert nicht nur wie aktiv Sie aktuell sind, sondern auch wie viel Sport sie früher getrieben haben. Darum folgen nun einige Fragen zu Ihrer vergangenen Sportaktivität.

4. Sportbiographie

Haben Sie als Kind und Jugendliche(r) regelmäßig (d. h. mindestens 2x pro Woche für mindestens 30 Min.) Sport getrieben?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Waren Sie vom Jugendalter bis zum heutigen Tag durchgehend regelmäßig sportlich aktiv (abgesehen von Pausen bis zu einem Jahr z. B. wegen Verletzungen, Schwangerschaft etc.)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind/Waren Sie Mitglied in einem Sportverein?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche Sportarten betreiben Sie bzw. haben Sie im Sportverein betrieben und wie lange haben Sie diese Sportarten ausgeübt? Sportart(en): _____ _____ _____ _____	Dauer der Ausübung _____ _____ _____ _____	Haben Sie regelmäßig an Wettkämpfen/Turnieren o. ä. teilgenommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Nun möchten wir gerne wissen, wie Sie Ihre freie Zeit verbringen.

5. Bitte denken Sie an die vergangenen vier Wochen zurück. Wie viel Zeit haben Sie durchschnittlich pro Woche für folgende Tätigkeiten und Aufgaben aufgewandt?

Beruf/Arbeit (außer Haus)	_____ Stunden pro Woche
Hausarbeit (kochen, putzen usw.)	_____ Stunden pro Woche
Einkäufe erledigen	_____ Stunden pro Woche

Kinderbetreuung	_____ Stunden pro Woche
Betreuung pflegebedürftiger Angehöriger (nicht Kinder)	_____ Stunden pro Woche
Sonstige Tätigkeiten (Reparaturen etc.)	_____ Stunden pro Woche
Gartenarbeit	_____ Stunden pro Woche
Freie Zeit, in der Sie Sport getrieben haben	_____ Stunden pro Woche
Freie Zeit, in der Sie anderen Hobbies nachgegangen sind	_____ Stunden pro Woche

6. Wie lange beschäftigen Sie sich in Ihrer freien Zeit (außerhalb von Beruf o. ä.) durchschnittlich pro Tag mit den folgenden Dingen?

	Montag bis Freitag	Samstag & Sonntag
Fernsehen, Video und DVD	pro Tag ca. ____ Min.	pro Tag ca. ____ Min.
Zeitung/Zeitschriften/Buch lesen	pro Tag ca. ____ Min.	pro Tag ca. ____ Min.
Spiele am PC oder Spielkonsole (z. B. Playstation)	pro Tag ca. ____ Min.	pro Tag ca. ____ Min.
PC und Internet	pro Tag ca. ____ Min.	pro Tag ca. ____ Min.
sonstige sitzende Tätigkeiten (z. B. Musik hören, mit Freunden zusammensitzen, handarbeiten, malen, basteln)	pro Tag ca. ____ Min.	pro Tag ca. ____ Min.

Es folgen einige Fragen dazu, ob Sie in Ihrer Familie gemeinsam Sport treiben und sich gegenseitig darin unterstützen (z. B. ermutigen, bringen und abholen o. ä.).

7. Sind Sie gemeinsam Sie mit Ihrem Kind sowie mit Ihrem Lebenspartner/Ihrer Lebenspartnerin aktiv?

	gar nicht	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
Wie oft treiben Sie zusammen mit Ihrem Kind Sport oder sind gemeinsam körperlich aktiv?	0	1	2	3	4
Wie oft treiben Sie gemeinsam mit Ihrer Lebenspartnerin/Ihrem Lebenspartner Sport oder sind körperlich aktiv?	0	1	2	3	4

8. Unterstützen Sie sich gegenseitig dabei Sport zu treiben oder körperlich aktiv zu sein und wenn nicht, warum?

	gar nicht	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
Wie oft unterstützen Sie Ihr Kind dabei körperlich aktiv zu sein oder Sport zu treiben?	0	1	2	3	4

Wenn Sie Ihr Kind nicht oder nur gelegentlich unterstützen, warum?

- ist nicht notwendig
 hat keinen Sinn
 ist nicht meine Aufgabe
 finde ich nicht wichtig
 weiß nicht

	gar nicht	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
Wie oft unterstützen Sie Ihren Lebenspartner/Ihre Lebenspartnerin darin Sport zu treiben oder körperlich aktiv zu sein?	0	1	2	3	4

Wenn Sie ihn/sie nicht oder nur gelegentlich unterstützen, warum?

- ist nicht notwendig hat keinen Sinn ist nicht meine Aufgabe finde ich nicht wichtig weiß nicht

	gar nicht	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
Wie oft werden Sie selbst von Familienmitgliedern darin unterstützt Sport zu treiben oder körperlich aktiv zu sein?	0	1	2	3	4

Wenn Sie nicht bis nur gelegentlich unterstützt werden, warum?

- ist nicht notwendig hat keinen Sinn weiß nicht

Im Folgenden interessiert uns die Ausstattung Ihres Haushaltes mit Medien und Bewegungsmöglichkeiten sowie der Zugang und die Nutzung Ihres Kindes.

9. Sind folgende Medien in Ihrem Haushalt vorhanden?

Fernseher	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Pay-TV (z. B. Sky)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
DVD- Player o. ä.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Spielkonsole (z. B. Playstation, Wii)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Computer	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Internetzugang	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Wie viele Fernsehgeräte gibt es in Ihrem Haushalt?	___ Stück
Hat Ihr Kind einen eigenen Fernseher im Zimmer?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

10. Bitte geben Sie an, ob Sie die folgenden Dinge zuhause bzw. auf Ihrem Grundstück haben und wenn ja, wie oft Ihr Kind sie benutzt.

	nicht verfügbar	verfügbar, wird jedoch nicht benutzt	wird 1x pro Monat oder seltener benutzt	wird etwa alle zwei Wochen einmal benutzt	wird 1x pro Woche oder öfter benutzt
Fahrrad	0	1	2	3	4
Basketballkorb	0	1	2	3	4
Sportgeräte (z. B. Bälle, Schläger etc.)	0	1	2	3	4
Swimming Pool	0	1	2	3	4
Inlineskates, Skateboard, Tretroller	0	1	2	3	4
Geräte für Ausdauertraining (z. B. Laufband, Ergometer, Stepper)	0	1	2	3	4
Geräte für Krafttraining (z. B. Hanteln, Klimmzugstange, Gewichte etc.)	0	1	2	3	4
Geräte für Wasser- oder Schneesport (z. B. Ski, Schlittschuhe, Kanu, Surfbrett etc.)	0	1	2	3	4

Im Folgenden finden Sie nun Aussagen, die sich auf Ihr Familienleben beziehen.

11. Wie sieht Ihr Familienalltag aus?

Bitte beurteilen Sie, inwieweit diese Aussagen auf Ihre Familie zutreffen.

In unserer Familie...	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft zu
... gehört es einfach dazu, dass wir uns in unserer Freizeit körperlich betätigen.	0	1	2	3
... reden wir darüber, welche Lebensmittel gesund sind.	0	1	2	3
... lesen wir Beiträge (z. B. in Zeitschriften), in denen es um Gesundheit und gesundheitsförderliches Verhalten geht.	0	1	2	3
... gibt es selten Auseinandersetzungen in Bezug auf Essens- und Ernährungsangelegenheiten	0	1	2	3
... ist es selbstverständlich, regelmäßig Sport zu treiben und sich körperlich zu betätigen.	0	1	2	3
... haben wir Freude daran, gemeinsam etwas für unsere Gesundheit zu tun.	0	1	2	3
... sind wir meist einer Meinung, wenn es um unser Essen und die Auswahl der Lebensmittel geht.	0	1	2	3
... schauen wir im Fernsehen Sendungen zum Thema „Bewegung und Sport“.	0	1	2	3
... sind wir aufmerksam für Informationen, die etwas mit Gesundheit zu tun haben.	0	1	2	3
... nimmt jeder gerne an gemeinsamen Mahlzeiten teil.	0	1	2	3
... mögen wir das Miteinander bei gemeinsamen körperlichen Aktivitäten (z. B. bei Radtouren, Wanderungen usw.).	0	1	2	3
... schauen wir Sendungen (z. B. Reportagen), die sich mit Gesundheit befassen.	0	1	2	3
... spielt eine gesunde Ernährung eine große Rolle.	0	1	2	3
... erinnern wir uns gegenseitig daran, uns gesundheitsbewusst zu verhalten.	0	1	2	3
... sind wir uns in Ernährungsfragen einig.	0	1	2	3
... ist es üblich, dass jeder im Alltag auf seine Gesundheit achtet.	0	1	2	3
... gehören gemeinsame Mahlzeiten zu unserem Familienalltag dazu.	0	1	2	3
... legen wir großen Wert darauf, uns im Alltag viel zu bewegen.	0	1	2	3
... unternehmen wir gemeinsam Dinge, die unserer Gesundheit gut tun.	0	1	2	3
... ist es ganz normal, dass wir zu gesunden Lebensmitteln greifen.	0	1	2	3
... lesen wir Zeitungsartikel, Zeitschriftenbeiträge o. ä. in denen es um Fitness, Bewegung und Sport geht.	0	1	2	3
... mögen wir das Miteinander bei gemeinsamen Unternehmungen, die gut für unsere Gesundheit sind.	0	1	2	3
... schmeckt es uns am besten, wenn wir gemeinsam am Tisch sitzen.	0	1	2	3
... ist es selbstverständlich, sich im Alltag so zu verhalten, dass es der Gesundheit gut tut.	0	1	2	3
... unterstützen wir einander dabei, auf ungesunde Dinge zu verzichten.	0	1	2	3
... finden wir es schön, gemeinsam sportlich aktiv zu sein.	0	1	2	3
... achten wir automatisch darauf, dass wir uns gesund ernähren.	0	1	2	3
... sind gesunde Verhaltensweisen fester Bestandteil unseres Alltags.	0	1	2	3
... interessieren wir uns für Beiträge (z. B. in Zeitschriften) zum Thema "gesunde Ernährung".	0	1	2	3

In unserer Familie...	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft zu
... sind wir gerne gemeinsam sportlich aktiv.	0	1	2	3
... tauschen wir uns darüber aus, wie wir gesund leben können.	0	1	2	3
... ernähren wir uns gewohnheitsmäßig gesund.	0	1	2	3
... suchen wir gezielt nach aktuellen Erkenntnissen zum Thema „Sport und Bewegung“, um auf dem neuesten Stand zu bleiben.	0	1	2	3
... verbringen wir gerne Zeit miteinander bei gemeinsamen gesundheitsförderlichen Tätigkeiten.	0	1	2	3
... erinnern wir einander, auf eine gesunde Ernährung zu achten.	0	1	2	3
... interessieren wir uns für Gesundheitsthemen in den Medien.	0	1	2	3
... schätzen wir das Miteinander beim Essen.	0	1	2	3
... ist es ganz normal, dass man regelmäßig körperlich aktiv ist.	0	1	2	3
... versuchen wir so oft wie möglich gemeinsam zu essen.	0	1	2	3
... sammeln wir Informationen zum Thema "Gesundheit".	0	1	2	3
... haben wir Spaß bei gemeinsamen körperlichen Aktivitäten (z. B. bei Radtouren, Wanderungen usw.)	0	1	2	3
... unterstützen wir uns gegenseitig darin, gesund zu leben.	0	1	2	3
... sind wir einer Meinung, dass sportliche Aktivitäten zum Alltag dazu gehören.	0	1	2	3
... ist es ganz normal, dass jeder ein gesundes Leben führt.	0	1	2	3
... sprechen wir darüber, wie wir uns gesund ernähren können.	0	1	2	3
... sammeln wir Informationen (z. B. im Internet etc.) zum Thema „Sport und Bewegung“.	0	1	2	3
... bestärken wir uns gegenseitig darin, im Alltag auf unsere Gesundheit zu achten.	0	1	2	3
... verbringen wir gerne Zeit miteinander bei gemeinsamen sportlichen Aktivitäten.	0	1	2	3
... sind wir es gewohnt, uns so zu verhalten, dass es unserer Gesundheit gut tut.	0	1	2	3

Die erste Hälfte ist geschafft!

Der Fragenteil, in dem es um Ihre Aktivitäten und Ihren Familienalltag ging ist nun abgeschlossen!



Wir kommen zu einem weiteren wichtigen Faktor, der Ihre Gesundheit beeinflusst – Stress. Nachfolgend wollen wir herausfinden wie gestresst Sie im und durch Ihren Alltag sind.

12. Wie viel Stress haben Sie in Ihrem Alltag?

Denken Sie bitte an die **vergangenen drei Monate** und versuchen Sie sich daran zu erinnern, wie oft Sie in diesem Zeitraum die unten angegebenen Erfahrungen gemacht haben.

	nie	selten	manchmal	häufig	sehr häufig
Zeiten, in denen ich mich zu viel um Probleme anderer kümmern muss.	0	1	2	3	4
Ich habe Streit mit Anderen, weil ich mich nicht so verhalte, wie andere es von mir erwarten.	0	1	2	3	4
Ich habe zu viele Aufgaben zu erledigen.	0	1	2	3	4
Ich muss mich zu viel mit Problemen anderer beschäftigen.	0	1	2	3	4
Zeiten, in denen sich die Termine so häufen, dass sie kaum zu bewältigen sind.	0	1	2	3	4
Ich habe Auseinandersetzungen mit anderen Menschen, die zu länger andauernden Konflikten führen.	0	1	2	3	4
Zeiten, in denen ich unter Termindruck/Zeitnot arbeiten muss.	0	1	2	3	4
Ich habe Konflikte mit Anderen, weil sie sich zu viel in meine Angelegenheiten einmischen.	0	1	2	3	4
Zeiten, in denen ich zu viele Verpflichtungen zu erfüllen habe.	0	1	2	3	4
Ich muss ständig auf's Neue für das Wohl anderer Menschen sorgen.	0	1	2	3	4
Zeiten, in denen mir die Verantwortung für Andere zur Last wird.	0	1	2	3	4
Erfahrung, dass alles zu viel ist, was ich zu tun habe.	0	1	2	3	4
Situationen, in denen das Wohlergehen Anderer davon abhängt, wie zuverlässig ich meine Arbeit mache.	0	1	2	3	4
Zeiten, in denen ich dringend benötigte Erholung aufschieben muss.	0	1	2	3	4
Ich habe Streit mit anderen, weil diese etwas anderes wollen als ich.	0	1	2	3	4
Ich habe zu wenig Zeit, um meine täglichen Aufgaben zu erfüllen.	0	1	2	3	4
Ich habe unnötigen Streit mit anderen Personen.	0	1	2	3	4
Zeiten, in denen mir die Arbeit über den Kopf wächst.	0	1	2	3	4
Es gibt Meinungsverschiedenheiten zwischen mir und Anderen, die zu Spannungen führen.	0	1	2	3	4
Ich habe Arbeiten zu erledigen, bei denen ich sehr viel Verantwortung für andere Menschen trage.	0	1	2	3	4

Jetzt folgt ein weiteres sehr wichtiges Thema – die Ernährung. Wir möchten nun natürlich noch etwas darüber erfahren wie und was in Ihrer Familie gegessen wird.

13. Was essen und trinken Sie normalerweise in Ihrem Alltag?

Bitte geben Sie für jedes Lebensmittel bzw. Getränk an, wie häufig Sie dieses verzehren.

	nie	etwa 1x im Monat oder seltener	mehr- mals im Monat	etwa 1x in der Woche	mehr- mals in der Woche	täglich	mehr- mals täglich
Fleisch (ohne Wurstwaren)	0	1	2	3	4	5	6
Wurstwaren, Schinken	0	1	2	3	4	5	6
Geflügel	0	1	2	3	4	5	6
Fisch	0	1	2	3	4	5	6
Kartoffeln	0	1	2	3	4	5	6
Teigwaren (Nudeln etc.)	0	1	2	3	4	5	6
Reis	0	1	2	3	4	5	6
Salat oder Gemüse, roh zubereitet	0	1	2	3	4	5	6
Gemüse, gekocht	0	1	2	3	4	5	6
Frisches Obst	0	1	2	3	4	5	6
Schokolade, Pralinen	0	1	2	3	4	5	6
Kuchen, Gebäck, Kekse	0	1	2	3	4	5	6
Sonstige Süßwaren (Bonbons, Pudding o. ä.)	0	1	2	3	4	5	6
Salzige Knabbereien (Chips, gesalzene Erdnüsse etc.)	0	1	2	3	4	5	6
Weißbrot, Mischbrot, Toastbrot	0	1	2	3	4	5	6
Vollkorn-, Schwarzbrot, Vollkornbrötchen, Knäckebrot	0	1	2	3	4	5	6
Haferflocken, Müsli, Cornflakes	0	1	2	3	4	5	6
Quark, Joghurt, Dickmilch	0	1	2	3	4	5	6
Käse	0	1	2	3	4	5	6
Eier	0	1	2	3	4	5	6
Milch einschl. Buttermilch	0	1	2	3	4	5	6
Obstsäfte (100%)	0	1	2	3	4	5	6
Cola, Limonade, sonstige Erfrischungsgetränke	0	1	2	3	4	5	6
Mineralwasser	0	1	2	3	4	5	6
Diätlimonaden, sonst. Diätgetränke	0	1	2	3	4	5	6

14. Wie häufig pro Woche nehmen Sie die folgenden Mahlzeiten zu sich und wie viel Zeit lassen Sie sich dabei?

Bitte kreuzen Sie pro Mahlzeit ein Kästchen an und schätzen Sie, wie viel Zeit Sie sich durchschnittlich für diese Mahlzeit nehmen. Dabei ist es egal, wo und mit wem Sie die Mahlzeit einnehmen.

	nie	1-2x	3-4x	5-6x	täglich	Durchschnittliche Dauer
Frühstück	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Minuten
Mittagessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Minuten
Abendessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Minuten
Zwischenmahlzeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Minuten

15. Wie oft pro Woche gibt es mindestens eine Mahlzeit am Tag, bei der die Familie gemeinsam isst

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nie	1-2x	3-4x	5-6x	täglich

Wir möchten jetzt gerne wissen inwiefern bestimmte Lebensmittel in Ihrem Haushalt vorhanden sind.

16. Sind die folgenden Lebensmittel im Haus und sind sie Bestandteil der Mahlzeiten?

Wie oft...	nie	selten	manch- mal	oft	immer
... ist Obst in Ihrem Haushalt verfügbar?	0	1	2	3	4
... ist Gemüse in Ihrem Haushalt verfügbar?	0	1	2	3	4
... gibt es zu den Mahlzeiten Obst und/oder Gemüse?	0	1	2	3	4
... sind Soft Drinks (Limonaden, Cola etc.) in Ihrem Haushalt verfügbar?	0	1	2	3	4
... sind salzige Knabbereien (Chips etc.) in Ihrem Haushalt verfügbar?	0	1	2	3	4
... sind Süßigkeiten in Ihrem Haushalt verfügbar?	0	1	2	3	4
... gibt es zu den Mahlzeiten Soft Drinks (Limonaden, Cola etc.)?	0	1	2	3	4
... gibt es zu den Mahlzeiten Essen aus einem Fast Food Restaurant (egal ob vor Ort oder zu Hause) oder von einem Lieferservice (z. B. Pizzaservice)?	0	1	2	3	4

Im Anschluss geht es um Gründe dafür, warum Sie sich so ernähren wie Sie sich ernähren. Außerdem würden wir gerne wissen, ob Sie sich in Ihrer Familie gegenseitig darin unterstützen auf Ihre Ernährung zu achten.

Wenn von *gesunder Ernährung* die Rede ist, dann ist damit der reichliche Verzehr von Getreideprodukten (z. B. Vollkornbrot, Reis etc.) und Kartoffeln, Milch und Milchprodukten sowie Obst und Gemüse gemeint. Fettreiche, stark gesalzene oder gesüßte Lebensmittel (z. B. Hamburger, Chips, Schokolade etc.) und gesüßte Getränke (z. B. Limonade, Cola) werden nur in Maßen verzehrt.

17. Aus welchen Gründen achten Sie auf Ihre Ernährungsweise bzw. aus welchen Gründen achten Sie nicht darauf?

Bitte beurteilen Sie für die folgenden Aussagen, inwieweit diese auf Sie zutreffen.

	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft zu
Es macht mir Spaß, Mahlzeiten auszudenken, die gut für meine Gesundheit sind.	0	1	2	3
Ich wüsste nicht, wie der Aufwand, gesund zu essen, meinen Gesundheitszustand verbessern sollte.	0	1	2	3

	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft zu
Auf meine Ernährung zu achten, halte ich für eine gute Sache.	0	1	2	3
Ich will mich nicht für mein Aussehen schämen.	0	1	2	3
Es wird von mir erwartet.	0	1	2	3
Es ist mir lästig, auf meine Ernährung zu achten.	0	1	2	3
Andere Personen liegen mir damit in den Ohren.	0	1	2	3
Ich möchte schlank sein.	0	1	2	3
Einige Personen, die mir nahe stehen, wären verärgert, wenn ich mein Essverhalten nicht kontrollieren würde.	0	1	2	3
Ich hätte ein schlechtes Gewissen, wenn ich nicht auf mein Essverhalten achten würde.	0	1	2	3
Ich finde es ist Zeitverschwendung, auf seine Ernährung zu achten.	0	1	2	3
Ich bin überzeugt, dass ich mich dadurch besser fühle.	0	1	2	3
Ich kann keine Vorteile darin sehen, sein Essverhalten zu kontrollieren.	0	1	2	3
Es macht mir Freude, gesunde Mahlzeiten herzurichten.	0	1	2	3
Ich würde mich schämen, wenn ich mich nicht gesund ernähren würde.	0	1	2	3
Ich denke, dass ich mir etwas Gutes damit tue.	0	1	2	3
Wegen des befriedigenden Gefühls, gesund zu essen.	0	1	2	3
Es ist langfristig gut für meine Gesundheit.	0	1	2	3
Personen, die mir nahe stehen, bestehen darauf.	0	1	2	3
Ich probiere gerne neue Möglichkeiten aus, mich gesund zu ernähren.	0	1	2	3

18. Unterstützen Sie sich in Ihrer Familie gegenseitig dabei sich gesund zu ernähren und wenn nicht, warum?

	gar nicht	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
Wie oft ermutigen Sie Ihr Kind, sich gesund zu ernähren?	0	1	2	3	4

Wenn Sie Ihr Kind gar nicht bis gelegentlich unterstützen, warum?

ist nicht notwendig hat keinen Sinn ist nicht meine Aufgabe finde ich nicht wichtig weiß nicht

	gar nicht	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
Wie oft ermutigen Sie ihren Lebenspartner/ihre Lebenspartnerin, sich gesund zu ernähren?	0	1	2	3	4

Wenn Sie ihn/sie gar nicht bis gelegentlich unterstützen, warum?

ist nicht notwendig hat keinen Sinn ist nicht meine Aufgabe finde ich nicht wichtig weiß nicht

	gar nicht	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
Wie oft werden sie von anderen Familienmitgliedern ermutigt, sich gesund zu ernähren?	0	1	2	3	4

Wenn Sie gar nicht bis gelegentlich unterstützt werden, warum?

ist nicht notwendig hat keinen Sinn weiß nicht

Nun kommen wir zum letzten Teil unseres Fragebogens. Es geht um einige Ihrer persönlichen Eigenschaften.

19. Wie schätzen Sie sich selber und Ihr Verhalten im Alltag ein?

Bitte beurteilen Sie bei jeder Aussage ganz spontan, wie gut sie auf Sie zutrifft.

	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft zu
Ich kann Versuchungen gut widerstehen.	0	1	2	3
Schlechte Angewohnheiten kann ich mir nur schwer abgewöhnen.	0	1	2	3
Ich bin fleißig.	0	1	2	3
Ich sage Dinge, die unangebracht sind.	0	1	2	3
Ich tue Dinge, die Spaß machen, auch wenn sie nicht gut für mich sind.	0	1	2	3
Ich lehne Dinge ab, die schlecht für mich sind.	0	1	2	3
Ich wünschte ich hätte mehr Selbstdisziplin.	0	1	2	3
Manchmal handle ich, ohne alle Alternativen abzuwägen.	0	1	2	3
Vergnügen und Spaß halten mich manchmal davon ab, meine Arbeit zu erledigen.	0	1	2	3
Es fällt mir schwer, mich zu konzentrieren.	0	1	2	3
Ich kann erfolgreich auf langfristige Ziele hinarbeiten.	0	1	2	3
Bestimmte Dinge kann ich nicht sein lassen, obwohl ich weiß, dass sie falsch sind.	0	1	2	3
Andere würden sagen, dass ich eine eiserne Disziplin habe.	0	1	2	3

20. Bitte versuchen Sie sich anhand der folgenden Eigenschaften selbst zu beschreiben.

Bitte kreuzen Sie die für Sie passende Ziffer an.

	(fast) nie	gewöhnlich nicht	manchmal, aber selten	gelegentlich	oft	meistens	immer
sicher	0	1	2	3	4	5	6
feinfühlig	0	1	2	3	4	5	6
entschlossen	0	1	2	3	4	5	6
sinnlich	0	1	2	3	4	5	6
trete bestimmt auf	0	1	2	3	4	5	6
herzlich	0	1	2	3	4	5	6
habe Führungseigenschaften	0	1	2	3	4	5	6
empfindsam	0	1	2	3	4	5	6
verteidige die eigene Meinung	0	1	2	3	4	5	6
weichherzig	0	1	2	3	4	5	6
hartnäckig	0	1	2	3	4	5	6
romantisch	0	1	2	3	4	5	6
kraftvoll	0	1	2	3	4	5	6
selbstaufopfernd	0	1	2	3	4	5	6
konsequent	0	1	2	3	4	5	6

	(fast) nie	gewöhnlich nicht	manchmal, aber selten	gelegentlich	oft	meistens	immer
leidenschaftlich	0	1	2	3	4	5	6
bin bereit, etwas zu riskieren	0	1	2	3	4	5	6
bemühe mich, verletzte Gefühle zu besänftigen	0	1	2	3	4	5	6
unerschrocken	0	1	2	3	4	5	6

Jetzt ist es gleich geschafft! Zum Abschluss kommen nur noch ein paar Fragen zu Ihrer Person.

Geschlecht weiblich männlich

Alter ____ Jahre

Welchen Bildungsabschluss haben Sie?
Bitte wählen Sie **den höchsten Bildungsabschluss**, den Sie bisher erreicht haben und kreuzen Sie das betreffende Kästchen an.

ohne Schulabschluss Fachhochschulreife Realschulabschluss
 Hauptschulabschluss Hochschulreife (Abitur) sonstiger Schulabschluss

Welchen beruflichen Ausbildungsabschluss haben Sie?
Bitte kreuzen Sie **alle** zutreffenden Punkte an.

keinen beruflichen Abschluss
 beruflich-betriebliche Ausbildung
 beruflich-schulische Ausbildung (z.B. Berufsfachschule)
 Ausbildung an einer Fach-, Meister-, Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie
 Fachhochschulabschluss
 Hochschulabschluss
 Sonstiges: _____

Sind Sie zurzeit erwerbstätig?
Unter Erwerbstätigkeit wird jede bezahlte bzw. mit einem Einkommen verbundene Tätigkeit verstanden.

voll erwerbstätig
 teilzeitbeschäftigt (_____ Stunden pro Woche)
 Mutterschafts-, Erziehungsurlaub, Elternzeit oder sonstige Beurlaubung
 nicht erwerbstätig (arbeitslos, Vorruhestand, Rentner)
 Hausfrau oder Hausmann
 Sonstiges: _____

Leben Sie in einer Partnerschaft? Nein Ja

Wenn ja, wie lange leben Sie und Ihr Partner / Ihre Partnerin schon in einem gemeinsamen Haushalt?
Jahre _____ Monate _____ leben (noch) nicht zusammen

Sie haben es geschafft!

Herzlichen Dank und viel Glück für die Verlosung!



XIV. Schülerfragebogen (Studie III)

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

Universität
Konstanz



Familien-ID: _____

FAMILIE
&
GESUNDHEIT





Vielen Dank für Deine Teilnahme an der Studie „Familie und Gesundheit“.

Bevor Du mit der Beantwortung der Fragen beginnst möchten wir Dich bitten, die nachfolgenden Hinweise zur Bearbeitung des Fragebogens durchzulesen.

Bevor es losgeht noch ein paar Infos:

Der Fragebogen enthält eine Reihe von Aussagen zu den Themen gesunde Ernährung und körperliche Aktivität sowie zu Deiner Familie und zu Dir persönlich. Neben bzw. unter jeder Aussage findest Du mehrere Zahlen oder aber Kästchen.

Bitte fülle den Fragebogen aus, indem Du in die vorgegebenen Kästchen ein Kreuz machst,

Beispiel:

Ich bin weiblich männlich

die entsprechende Zahl ankreuzt,

Beispiel:

	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft zu
Schule find ich super.	0	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>

oder in die vorgegebenen Linien Eintragungen machst.

Beispiel:

Lieblingessen: Spaghetti

Bitte fülle den Fragebogen sorgfältig und ehrlich aus. **Kreuze immer das an (Zahl oder Kästchen), was am besten für Dich ganz persönlich passt, es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Angaben!** Es kommt auf Deine Einschätzung an. Am besten machst Du Deine Kreuze im Fragebogen ohne lange zu überlegen und so wie es Deiner ersten Einschätzung entspricht.

Du kannst beim Ausfüllen des Fragebogens natürlich auch eine Pause machen und zu einem späteren Zeitpunkt oder am nächsten Tag weitermachen. Hauptsache alle Fragen sind beantwortet 😊

Bist Du bereit? Los geht's!



Zunächst möchten wir gerne von Dir erfahren, was Du über das Thema Sport denkst und wie aktiv Du selber bist.

1. Was sind Gründe dafür, dass Du Sport treibst bzw. dass Du keinen Sport treibst?

Bitte beurteile, inwieweit die folgenden Aussagen auf Dich zutreffen und kreuze für jede Aussage die entsprechende Ziffer an!

	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft zu
Ich treibe Sport, weil andere Personen sagen, dass ich es tun soll.	0	1	2	3
Ich fühle mich schuldig, wenn ich keinen Sport treibe.	0	1	2	3
Ich mag die positiven Folgen des Sporttreibens.	0	1	2	3
Ich treibe Sport, weil es mir Spaß macht.	0	1	2	3
Ich sehe keinen Grund, warum ich Sport treiben sollte.	0	1	2	3
Ich treibe Sport, weil meine Freunde/Familie sagen, ich solle Sport treiben.	0	1	2	3
Ich schäme mich, wenn ich mal einen Sporttermin/eine Einheit verpasse.	0	1	2	3
Es ist mir wichtig, regelmäßig Sport zu treiben.	0	1	2	3
Ich verstehe nicht, warum ich meine Zeit mit Sport verbringen soll.	0	1	2	3
Ich genieße es, Sport zu treiben.	0	1	2	3
Ich treibe Sport, weil Andere unzufrieden mit mir wären, wenn ich es nicht täte.	0	1	2	3
Sporttreiben bringt doch nichts.	0	1	2	3
Ich habe ein schlechtes Gefühl, wenn ich mal länger keinen Sport getrieben habe.	0	1	2	3
Ich denke, dass sich regelmäßiges Sporttreiben auszahlt.	0	1	2	3
Ich empfinde Sport als eine angenehme Tätigkeit.	0	1	2	3
Ich fühle mich von meinen Freunden/meiner Familie unter Druck gesetzt, Sport zu treiben.	0	1	2	3
Ich werde unruhig, wenn ich nicht regelmäßig Sport treibe.	0	1	2	3
Sportlich aktiv zu sein, bereitet mir Freude und macht mich zufrieden.	0	1	2	3
Ich halte Sporttreiben für Zeitverschwendung.	0	1	2	3

2. Wie aktiv bist Du in Deinem Alltag?

Wenn im Folgenden von *körperlicher Aktivität* die Rede ist, sind alle körperlichen Tätigkeiten gemeint, bei denen das Herz schneller schlägt und für einige Zeit die Atmung erhöht ist. Körperlich aktiv ist man beim Sport, bei Aktivitäten mit Freunden und auch beim Radfahren zur Schule. Weitere Beispiele sind: Joggen, Inlineskaten, Skateboarden, Schwimmen, Fußball- oder Basketballspielen...

Es geht nun um die Zeit, die Du mit körperlichen Aktivitäten verbringst. Zähle dafür die ganzen Zeiten zusammen, die Du am Tag körperlich aktiv bist.

a) An wie vielen der letzten sieben Tage warst Du für mindestens 60 Minuten am Tag körperlich aktiv?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0 Tage	1	2	3	4	5	6	7 Tage

b) An wie vielen Tagen einer normalen Woche bist Du für mindestens 60 Minuten am Tag körperlich aktiv?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0 Tage	1	2	3	4	5	6	7 Tage

c) Wie oft pro Woche (7 Tage) übst Du die folgenden Aktivitäten aus?

Bitte sage uns, wie oft Du in einer normalen Woche den folgenden Aktivitäten nachgehst und gib an, wie viel Zeit Du insgesamt damit pro Woche verbringst. Bitte zähle nur solche Aktivitäten, die **mindestens 15 Minuten** dauern.

	Wie oft pro Woche?	Gesamte Dauer pro Woche?
Anstrengende körperliche Aktivität (erhöhte Anstrengung und Schwitzen) z. B. intensives Schwimmen, Joggen, Fußballspielen, schnelles Radfahren	_____ Mal pro Woche	_____ Minuten
Mäßige körperliche Aktivität (kaum erhöhte Anstrengung und leichtes Schwitzen) z. B. schnelles Gehen, langsames Radfahren, langsames Schwimmen	_____ Mal pro Woche	_____ Minuten
Leichte körperliche Aktivität (keine erhöhte Anstrengung und kein Schwitzen) z. B. Yoga, Angeln	_____ Mal pro Woche	_____ Minuten

3. Wie viel Freude hast Du an körperlicher Aktivität oder Sport?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gar keine	wenig	etwas	viel	sehr viel

Nun möchten wir gerne wissen, wie Du Deine freie Zeit verbringst und ob Du gemeinsam mit Deinen Eltern was unternimmst.

4. Wie lange beschäftigst Du Dich in Deiner freien Zeit (außerhalb der Schule) durchschnittlich mit den folgenden Dingen?

	Montag bis Freitag	Samstag & Sonntag
Fernsehen, Video und DVD	pro Tag ca. _____ Min.	pro Tag ca. _____ Min.
Zeitung/Zeitschriften/Buch lesen	pro Tag ca. _____ Min.	pro Tag ca. _____ Min.
Spiele am PC oder Spielkonsole (z. B. Playstation)	pro Tag ca. _____ Min.	pro Tag ca. _____ Min.
PC und Internet	pro Tag ca. _____ Min.	pro Tag ca. _____ Min.
sonstige sitzende Tätigkeiten (z. B. Musik hören, mit Freunden zusammensitzen, malen, basteln)	pro Tag ca. _____ Min.	pro Tag ca. _____ Min.

5. Wie oft unternimmst Du mit Deinen Eltern die folgenden Dinge?

	nie	selten	manchmal	oft	sehr oft
Sport treiben	0	1	2	3	4
Einkaufen/Shoppen gehen	0	1	2	3	4
ins Kino gehen	0	1	2	3	4
(Brett-) Spiele spielen	0	1	2	3	4
ein Museum besuchen	0	1	2	3	4
in ein Konzert gehen	0	1	2	3	4
aktiv sein z. B. Radtour, Spaziergang oder ähnliches	0	1	2	3	4
bei Sportveranstaltungen zuschauen	0	1	2	3	4

Nun wollen wir eine ganze Menge über den Alltag in Eurer Familie erfahren.

6. Wie sieht Euer Familienalltag aus?

Bitte beurteile wie sehr die Aussagen auf Deine Familie zutreffen.

In unserer Familie..	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft zu
... gehört es einfach dazu, dass wir uns in unserer Freizeit körperlich betätigen.	0	1	2	3
... reden wir darüber, welche Lebensmittel gesund sind.	0	1	2	3
... lesen wir Beiträge (z. B. in Zeitschriften), in denen es um Gesundheit und gesundheitsförderliches Verhalten geht.	0	1	2	3
... gibt es selten Auseinandersetzungen in Bezug auf Essens- und Ernährungsangelegenheiten.	0	1	2	3
... ist es selbstverständlich, regelmäßig Sport zu treiben und sich körperlich zu betätigen.	0	1	2	3
... haben wir Freude daran, gemeinsam etwas für unsere Gesundheit zu tun.	0	1	2	3
... sind wir meist einer Meinung, wenn es um unser Essen und die Auswahl der Lebensmittel geht.	0	1	2	3
... schauen wir im Fernsehen Sendungen zum Thema "Bewegung und Sport".	0	1	2	3
... sind wir aufmerksam für Informationen, die etwas mit Gesundheit zu tun haben.	0	1	2	3
... nimmt jeder gerne an gemeinsamen Mahlzeiten teil.	0	1	2	3
... mögen wir das Miteinander bei gemeinsamen körperlichen Aktivitäten (z. B. bei Radtouren, Wanderungen usw.).	0	1	2	3
... schauen wir Sendungen (z. B. Reportagen), die sich mit Gesundheit befassen.	0	1	2	3
... spielt eine gesunde Ernährung eine große Rolle.	0	1	2	3
... erinnern wir uns gegenseitig daran, uns gesundheitsbewusst zu verhalten.	0	1	2	3
... sind wir uns in Ernährungsfragen einig.	0	1	2	3
... ist es üblich, dass jeder im Alltag auf seine Gesundheit achtet.	0	1	2	3
... gehören gemeinsame Mahlzeiten zu unserem Familienalltag dazu.	0	1	2	3
... legen wir großen Wert darauf, uns im Alltag viel zu bewegen.	0	1	2	3

In unserer Familie..	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft zu
... unternehmen wir gemeinsam Dinge, die unserer Gesundheit gut tun.	0	1	2	3
... ist es ganz normal, dass wir zu gesunden Lebensmitteln greifen.	0	1	2	3
... lesen wir Zeitungsartikel, Zeitschriftenbeiträge o. ä. in denen es um Fitness, Bewegung und Sport geht.	0	1	2	3
... mögen wir das Miteinander bei gemeinsamen Unternehmungen, die gut für unsere Gesundheit sind.	0	1	2	3
... schmeckt es uns am besten, wenn wir gemeinsam am Tisch sitzen.	0	1	2	3
... ist es selbstverständlich, sich im Alltag so zu verhalten, dass es der Gesundheit gut tut.	0	1	2	3
... unterstützen wir einander dabei, auf ungesunde Dinge zu verzichten.	0	1	2	3
... finden wir es schön, gemeinsam sportlich aktiv zu sein.	0	1	2	3
... achten wir automatisch darauf, dass wir uns gesund ernähren.	0	1	2	3
... sind gesunde Verhaltensweisen fester Bestandteil unseres Alltags.	0	1	2	3
... interessieren wir uns für Beiträge (z. B. in Zeitschriften) zum Thema "gesunde Ernährung".	0	1	2	3
... sind wir gerne gemeinsam sportlich aktiv.	0	1	2	3
... tauschen wir uns darüber aus, wie wir gesund leben können.	0	1	2	3
... ernähren wir uns gewohnheitsmäßig gesund.	0	1	2	3
... suchen wir gezielt nach aktuellen Erkenntnissen zum Thema "Sport und Bewegung", um auf dem neuesten Stand zu bleiben.	0	1	2	3
... verbringen wir gerne Zeit miteinander bei gemeinsamen gesundheitsförderlichen Tätigkeiten.	0	1	2	3
... erinnern wir einander, auf eine gesunde Ernährung zu achten.	0	1	2	3
... interessieren wir uns für Gesundheitsthemen in den Medien.	0	1	2	3
... schätzen wir das Miteinander beim Essen.	0	1	2	3
... ist es ganz normal, dass man regelmäßig körperlich aktiv ist.	0	1	2	3
... versuchen wir so oft wie möglich gemeinsam zu essen.	0	1	2	3
... sammeln wir Informationen zum Thema "Gesundheit".	0	1	2	3
... haben wir Spaß bei gemeinsamen körperlichen Aktivitäten (z. B. bei Radtouren, Wanderungen usw.)	0	1	2	3
... unterstützen wir uns gegenseitig darin, gesund zu leben.	0	1	2	3
... sind wir einer Meinung, dass sportliche Aktivitäten zum Alltag dazu gehören.	0	1	2	3
... ist es ganz normal, dass jeder ein gesundes Leben führt.	0	1	2	3
... sprechen wir darüber, wie wir uns gesund ernähren können.	0	1	2	3
... sammeln wir Informationen (z. B. im Internet etc.) zum Thema "Sport und Bewegung".	0	1	2	3
... bestärken wir uns gegenseitig darin, im Alltag auf unsere Gesundheit zu achten.	0	1	2	3
... verbringen wir gerne Zeit miteinander bei gemeinsamen sportlichen Aktivitäten.	0	1	2	3
... sind wir es gewohnt, uns so zu verhalten, dass es unserer Gesundheit gut tut.	0	1	2	3

Für uns ist es wichtig noch mehr über Deine Familie und die Umgebung, in der Du lebst, zu erfahren. Bitte beurteile inwieweit die folgenden Aussagen auf Dich zutreffen und kreuze für jede Aussage die entsprechende Ziffer an.

7. Wie sehr achtet Deine Familie darauf, was Du tust?

	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft zu
Jemand in meiner Familie achtet darauf, was ich mir im Fernsehen anschau.	0	1	2	3
Jemand in meiner Familie passt auf, dass ich nicht zu viel Zeit vor dem Fernseher oder Computer verbringe.	0	1	2	3
Jemand in meiner Familie verbietet mir, alleine an bestimmte Orte zu gehen.	0	1	2	3
Wenn ich nach der Schule noch irgendwo hingehen möchte, muss ich jemandem aus meiner Familie Bescheid sagen wohin.	0	1	2	3
Jemand in meiner Familie passt auf, dass ich nachts nicht zu lange aufbleibe.	0	1	2	3
Jemand in meiner Familie passt auf, mit welchen Freunden ich meine Zeit verbringe.	0	1	2	3
Jemand in meiner Familie passt darauf auf, wie ich mich ernähre.	0	1	2	3

8. Wie ist der Zusammenhalt in Deiner Familie?

	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft zu
Jemand in meiner Familie ist für mich da, wenn ich Hilfe brauche.	0	1	2	3
Jemand in meiner Familie nimmt sich Zeit, um mit mir über Dinge zu reden, die wichtig für mich sind.	0	1	2	3
Jemand in meiner Familie hilft mir mit meinen persönlichen Problemen.	0	1	2	3
Jemand in meiner Familie interessiert sich dafür, wie mein Schultag gelaufen ist.	0	1	2	3
In meiner Familie gibt es immer jemanden, an den ich mich wenden kann.	0	1	2	3
Jemand in meiner Familie zeigt mir, dass er/sie sich wirklich um mich kümmert.	0	1	2	3
Unsere Familie macht oft gemeinsam Dinge, die Spaß machen.	0	1	2	3

9. Wie viel Unabhängigkeit hast Du?

	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft zu
Jemand in meiner Familie versichert mir, dass die Dinge, die ich zu sagen habe, wichtig sind.	0	1	2	3
Jemand in meiner Familie ermutigt mich darüber zu sprechen, wie ich die Dinge sehe.	0	1	2	3
Jemand in meiner Familie ermuntert mich, eigene Entscheidungen zu treffen.	0	1	2	3
Jemandem in meiner Familie gefällt es, wenn ich Dinge auf meine Art erledige.	0	1	2	3
Jemand in meiner Familie ermutigt mich, meine Freizeit so zu verbringen, wie ich es will.	0	1	2	3



Die erste Hälfte ist geschafft!

Wir haben sehr viel über Deine Freizeitaktivitäten und über Dein Familienleben erfahren. Nachfolgend wollen wir herausfinden wie gestresst Du in Deinem Alltag bist.

10. Wie viel Stress hast Du?

Bitte beurteile für die folgenden Aussagen, wie häufig Du diese Situationen **in den letzten drei Monaten** erlebt hast.

	nie	selten	manchmal	häufig	sehr häufig
Meine Eltern wollen, dass ich in der Schule besser werde.	0	1	2	3	4
Ich mache Fehler in Mathe, weil die Aufgaben zu schwer sind.	0	1	2	3	4
Ich streite mich mit meinen Eltern, weil ich zu wenig allein bestimmen darf.	0	1	2	3	4
Ich habe viel zu viel zu tun.	0	1	2	3	4
Ich mache mir Sorgen, dass ich die Schule nicht schaffe.	0	1	2	3	4
Ich habe Streit mit meinem Lehrer, weil ich nicht mache was er will.	0	1	2	3	4
Ich finde die Schule schwer.	0	1	2	3	4
Ich mache mir Sorgen, dass meine Eltern über meine Noten enttäuscht sind.	0	1	2	3	4
Ich habe Streit mit Anderen, weil ich eine andere Meinung habe.	0	1	2	3	4
Ich mache Fehler in Deutsch, weil die Diktate/Interpretationen schwer sind.	0	1	2	3	4
Ich streite mich mit meinen Eltern, weil sie sich in meine Sachen einmischen.	0	1	2	3	4
Ich habe viel Freizeit.	0	1	2	3	4
Meine Eltern sind mit meinen Noten zufrieden.	0	1	2	3	4
Ich habe Streit mit Anderen, weil ich meinen eigenen Willen habe.	0	1	2	3	4
Ich habe zu wenig freie Zeit um z. B. Freunde zu treffen oder anderen Hobbys nachzugehen.	0	1	2	3	4
Ich muss mich in der Schule anstrengen.	0	1	2	3	4

Wir kommen zu einem weiteren wichtigen Thema – Deine Ernährung. Wir möchten jetzt noch gerne etwas darüber erfahren wie und was Ihr in Eurer Familie esst.

11. Wie oft isst bzw. trinkst Du normalerweise folgende Lebensmittel?

Bitte gib für jedes Lebensmittel bzw. Getränk an, wie häufig Du es isst bzw. trinkst, egal ob in der Schule oder daheim.

	nie	etwa 1x pro Monat o. seltener	mehrmals im Monat	etwa 1x pro Woche	mehrmals pro Woche	täglich	mehrmals täglich
Fleisch (ohne Wurstwaren)	0	1	2	3	4	5	6
Wurstwaren, Schinken	0	1	2	3	4	5	6
Geflügel	0	1	2	3	4	5	6
Fisch	0	1	2	3	4	5	6
Kartoffeln	0	1	2	3	4	5	6

Jetzt möchten von Dir wissen, warum Du Dich so ernährst wie Du es tust.

Wenn von *gesunder Ernährung* die Rede ist, dann ist damit der reichliche Verzehr von Getreideprodukten (z. B. Vollkornbrot, Reis etc.) und Kartoffeln, Milch und Milchprodukten sowie Obst und Gemüse gemeint. Fettreiche, stark gesalzene oder gesüßte Lebensmittel (z. B. Hamburger, Chips, Schokolade etc.) und gesüßte Getränke (z. B. Limonade, Cola) werden nur in Maßen verzehrt.

13. Warum achtest Du auf Deine Ernährung bzw. warum nicht?

Bitte beurteile für die folgenden Aussagen, inwieweit diese auf Dich zutreffen und kreuze die jeweilige Ziffer an.

	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft zu
Auf meine Ernährung zu achten, halte ich für eine gute Sache.	0	1	2	3
Gesund zu essen ist aufwendig und bringt doch nichts.	0	1	2	3
Ich will mich nicht für mein Aussehen schämen.	0	1	2	3
Ich mag gesunde Mahlzeiten einfach gerne.	0	1	2	3
Es wird von mir erwartet, dass ich mich gesund ernähre.	0	1	2	3
Es ist mir lästig, auf meine Ernährung zu achten.	0	1	2	3
Andere Personen liegen mir damit in den Ohren.	0	1	2	3
Ich möchte schlank sein.	0	1	2	3
Meine Eltern/Freunde wären verärgert, wenn ich nicht darauf achten würde, was und wie ich esse.	0	1	2	3
Ich hätte ein schlechtes Gewissen, wenn ich nicht auf mein Essverhalten achten würde.	0	1	2	3
Ich finde es ist Zeitverschwendung, auf seine Ernährung zu achten.	0	1	2	3
Ich bin überzeugt, dass ich mich dadurch besser fühle.	0	1	2	3
Ich kann keine Vorteile darin sehen, auf mein Essverhalten zu achten.	0	1	2	3
Ich esse einfach gerne gesunde Mahlzeiten.	0	1	2	3
Ich würde mich schämen, wenn ich mich nicht gesund ernähren würde.	0	1	2	3
Ich denke, dass ich mir etwas Gutes damit tue.	0	1	2	3
Ich fühle mich einfach gut, wenn ich gesunde Sachen esse.	0	1	2	3
Es ist langfristig gut für meine Gesundheit.	0	1	2	3
Meine Eltern bestehen darauf, dass ich gesund esse.	0	1	2	3
Ich habe Spaß daran mich gesund zu ernähren.	0	1	2	3

Jetzt hast Du es wirklich bald geschafft! Wir kommen jetzt zum letzten Teil des Fragebogens.



Wir möchten nun gerne wissen, wie Du Dich selber siehst.

14. Wie schätzt Du Dich und Dein Verhalten im Alltag ein?

Bitte beurteile, wie gut jede der folgenden Aussagen auf Dich zutrifft.

	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft zu
Ich kann Versuchungen gut widerstehen.	0	1	2	3
Schlechte Angewohnheiten kann ich mir nur schwer abgewöhnen.	0	1	2	3
Ich bin fleißig.	0	1	2	3
Ich tue Dinge, die Spaß machen, auch wenn sie nicht gut für mich sind.	0	1	2	3
Es fällt mir schwer, „nein“ zu sagen.	0	1	2	3
Ich wechsele ziemlich oft meine Meinung.	0	1	2	3
Ich wünschte, ich hätte mehr Selbstdisziplin.	0	1	2	3
Ich lasse mich stets von meinen Gefühlen mitreißen.	0	1	2	3
Ich lasse mich nicht so schnell entmutigen.	0	1	2	3
Vergnügen und Spaß halten mich manchmal davon ab, meine Aufgaben zu erledigen.	0	1	2	3
Es fällt mir schwer, mich zu konzentrieren.	0	1	2	3
Ich kann erfolgreich auf langfristige Ziele hinarbeiten.	0	1	2	3
Bestimmte Dinge kann ich nicht sein lassen, obwohl ich weiß, dass sie falsch sind.	0	1	2	3

15. Wie würdest Du Dich selber beschreiben, welche Eigenschaften passen zu Dir und welche nicht?

Bitte kreuze die für Dich passende Ziffer an.

	(fast) nie	gewöhnlich nicht	manchmal, aber selten	gelegentlich	oft	meistens	immer
sicher	0	1	2	3	4	5	6
feinfühlig	0	1	2	3	4	5	6
entschlossen	0	1	2	3	4	5	6
sinnlich	0	1	2	3	4	5	6
trete bestimmt auf	0	1	2	3	4	5	6
herzlich	0	1	2	3	4	5	6
habe Führungseigenschaften	0	1	2	3	4	5	6
empfindsam	0	1	2	3	4	5	6
verteidige die eigene Meinung	0	1	2	3	4	5	6
weichherzig	0	1	2	3	4	5	6
hartnäckig	0	1	2	3	4	5	6
romantisch	0	1	2	3	4	5	6
kraftvoll	0	1	2	3	4	5	6

	(fast) nie	gewöhnlich nicht	manchmal, aber selten	gelegentlich	oft	meistens	immer
selbstaufopfernd	0	1	2	3	4	5	6
konsequent	0	1	2	3	4	5	6
leidenschaftlich	0	1	2	3	4	5	6
bin bereit, etwas zu riskieren	0	1	2	3	4	5	6
bemühe mich, verletzte Gefühle zu besänftigen	0	1	2	3	4	5	6
unerschrocken	0	1	2	3	4	5	6

Abschließend haben wir noch ein paar Fragen zu Deiner Person und zu Deiner Familie.

Ich bin weiblich männlich

Ich bin ____ Jahre alt.

Auf welche Schule gehst Du?

Hauptschule Werkrealschule Realschule Berufsschule

Gymnasium Waldorfschule sonstige Schule: _____

Mit wem lebst Du zusammen in einem Haushalt?

Bitte kreuze **alle** zutreffenden Kästchen an.

Mutter Geschwister (auch Halb- oder Stiefgeschwister) Bitte Anzahl angeben: ____

Vater Großvater

Stiefmutter Großmutter

Stiefvater Andere



Du hast es geschafft!
Herzlichen Dank und viel Glück für die Verlosung!

15 Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus anderen Quellen direkt oder indirekt übernommenen Daten und Konzepte sind unter Angabe der Quelle gekennzeichnet. Weitere Personen, insbesondere Promotionsberater, waren an der inhaltlich-materiellen Erstellung dieser Arbeit nicht beteiligt. Die Arbeit wurde bisher weder im In- noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

