

Freie Universität Berlin
Fachbereich Public Health
Studiengang Psychologie
Betreuer: PD Dr. Dr. Burkhard Gusy

Bachelorarbeit

GESCHLECHT UND GESUNDHEIT BEI STUDIERENDEN

Vorgelegt von: Tobias Herrmann-Schwarz

Datum: 25.08.2020

Anschrift:
Tobias Herrmann-Schwarz
Windscheidstraße 19
10627 Berlin
Telefon: 030 - 36749888
E-Mail: tobias.herrmann@fu-berlin.de

Zur Schreibweise

In dieser Arbeit wurde folgende Schreibweise gewählt: Wenn nur Frauen oder nur Männer gemeint sind, wird die jeweils betreffende weibliche oder männliche Form verwendet (z. B. Student, Studentin). Sind beide Geschlechter gemeint, so wird die Pluralform mit Binnen-I verwendet (z. B. TeilnehmerInnen). Die Formulierung Frauen und Männer, bzw. weiblich und männlich, bezieht sich, soweit nicht anders angegeben, auf das biologische Geschlecht.

Inhaltsverzeichnis

1	Abstract	4
2	Einleitung	5
3	Theoretische Grundlagen	7
3.1	Begriffsklärung Geschlecht vs. Gender	7
3.2	Das biologische Geschlecht	7
3.3	Gender-Studien und Stereotype	8
3.4	Gesundheit und Forschung	9
4	Methodik	11
4.1	Stichprobe	11
4.2	Geschlechterrollenselbstkonzept	12
4.3	Datenerhebung Gesundheit	12
4.4	Statistische Analysen	14
5	Ergebnisse	14
5.1	Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustands	16
5.2	Allgemeine Lebenszufriedenheit	16
5.3	Studienzufriedenheit	17
5.4	Engagement im Studium	18
5.5	Körperliche Beschwerden	18
5.6	Depressives Syndrom und generalisierte Angststörung	19
5.7	Wahrgenommenes Stresserleben	21
5.8	Burnout	21
6	Diskussion	23
	Quellen- und Literaturverzeichnis	29

1 Abstract

Sex and gender as biological and cultural variables affect all aspects of health behaviour, disease prevention and treatment. This study examines the differences between feminine and masculine gender roles regarding health among university students. Data analyzed come from 392 students (290 female, 95 male) aged on average 24 at Freie Universität Berlin. Gender identity, subjective health, satisfaction with life, study satisfaction, study engagement, somatic disorders, depressive syndrome, anxiety disorder, perceived stress and burnout were assessed with a questionnaire. The data were analyzed with two-sample t-tests using RStudio. 110 participants classified themselves as feminine, 113 as masculine. All tested health domains showed significant differences between femininity and masculinity. No statistical sex differences were found within these groups. These findings suggest embedding the concepts of sex and gender health into education and training of health professionals and researchers.

2 Einleitung

Im gesundheits- oder sozialwissenschaftlichen Kontext gibt es so gut wie keinen Fragebogen ohne Geschlechtsabfrage. Das Geschlecht wird dabei meist als dichotome Variable erhoben und Befragte geben an, ob sie „männlich“ oder „weiblich“ sind. Es erfolgt keine Unterteilung zwischen dem biologischen und sozialen Geschlecht. Letzteres wird in der aktuellen Literatur und Forschung auch als „Gender“ bezeichnet. Der Begriff wurde in diesem Kontext erstmals vom britischen Sexualwissenschaftler John Money (1955) verwendet und als Lehnwort ins Deutsche übernommen. In den letzten Jahren hat die Diskussion über eine Trennung der biologischen und soziokulturellen Variablen von Geschlecht zunehmend zu geschlechterspezifischen und geschlechtervergleichenden Ansätzen in Gesundheitsforschung und Public Health geführt (Doyal, 2001; Eichler, 2000; Stephenson & McKee, 1993). Es konnte unter anderem gezeigt werden, dass Unterschiede in Persönlichkeitsmerkmalen stärker mit der individuellen Geschlechterrollenorientierung zusammenhängen als mit dem biologischen Geschlecht (Krampen, Effertz, Jostock & Müller, 1990).

Doyal (2001) weist darüber hinaus auf die Wichtigkeit für einen neuen Ansatz im Gesundheitswesen und in der medizinischen Versorgung hin. Während Frauen sich schon längere Zeit für mehr Gleichstellung aussprechen und die Aufmerksamkeit auf geschlechtsspezifische Zusammenhänge und Risiken lenken, formieren auch Männer mittlerweile eine ähnliche Bewegung, um negative Auswirkungen von „Männlichkeit“ auf die Gesundheit zu thematisieren (Doyal, 2001). Gebärmutterhals- oder Prostatakrebs sind offensichtliche Beispiele für Erkrankungen, die entweder Frauen oder Männer betreffen können. Doch auch die psychische Gesundheit kann sowohl von biologischen Aspekten (vgl. Sisk & Zehr, 2005) als auch von Geschlechterrollen und Stereotypen (Sieverding, 2009) beeinflusst werden.

Die vorliegende Arbeit diskutiert mögliche Unterschiede, die sich bei der Differenzierung von biologischem Geschlecht und Gender im Hinblick auf die Gesundheit von Studierenden ergeben. Es wird untersucht, inwiefern maskuline oder feminine Anteile im Selbstkonzept Auswirkungen auf die allgemeine Einschätzung des Gesundheitszustands, der Lebenszufriedenheit sowie körperliche und psychische Beschwerden haben. Dabei werden folgende Annahmen getroffen: Sich selbst als eher feminin beschreibende Männer sind femininen Frauen ähnlich sowie sich als maskulin beschreibende Frauen sind maskulinen Männern ähnlich. Es wird davon ausgegangen, dass innerhalb der Gruppen „feminin“ und „maskulin“ keine Unterschiede zwischen Frauen und Männern zu erwarten sind, die

Gruppen „feminin“ und „maskulin“ per se jedoch differente Werte aufweisen. Kurzum ergibt sich die Fragestellung, ob geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Gesundheit von Studierenden auch bei Betrachtung des sozialen Geschlechts wiederzufinden sind.

Zunächst wird der theoretische Hintergrund beleuchtet, innerhalb dessen die Begrifflichkeiten biologisches Geschlecht, Gender und Gesundheit sowie die bisherige Forschung zu diesem Thema genauer betrachtet werden. Im anschließenden Methodenteil werden die Stichprobe, Erhebungsinstrumente und die statistische Auswertung der Untersuchung genauer beschrieben. Der Ergebnisteil zeigt die empirischen Ergebnisse für alle untersuchten Bereiche der Gesundheit und Gender-Analysen. Abschließend werden im Diskussionsteil die wichtigsten Ergebnisse zusammengefasst, interpretiert und in Zusammenhang mit der bisherigen Forschung gebracht sowie Hinweise und Rückschlüsse für zukünftige Arbeiten mit ähnlicher Thematik gegeben.

3 Theoretische Grundlagen

3.1 Begriffsklärung Geschlecht vs. Gender

Den Begriffen „Mann“ und „Frau“ begegnet der Mensch in aller Regel mit Selbstverständnis. Das damit verbundene Bild ist primär äußerlich anhand von genetischen und körperlichen Merkmalen begründet. Jeder Mensch hat ein Geschlecht, es ist ein „anatomisches Schicksal“ (Bublitz, 2006, S. 86). Personen mit zwei X-Chromosomen werden als weiblich klassifiziert, Menschen mit einem X- und einem Y-Chromosom als männlich (Lautenbacher, Güntürkün & Hausmann, 2007). Der Chromosomensatz sowie die Fortpflanzungsorgane und spezifische Hormone werden als biologische Aspekte zusammengefasst und wirken sich auf den Ausdruck phänotypischer Merkmale aus (Lautenbacher et al., 2007). In der englischsprachigen Literatur wird der Begriff „sex“ verwendet, im deutschsprachigen Raum prägte sich der Begriff „biologisches Geschlecht“.

Mit der Zuordnung zu Mann oder Frau entsteht zugleich eine Einteilung von Personen in soziale Kategorien (Abele, 2003). Zuschreibungsprozesse im Sinne von Stereotypen oder Erwartungen sind möglich (Abele, 2003). Als stereotypisch männlich sind besonders aktive Personen, solche mit Durchsetzungsfähigkeit und Leistungsstreben gekennzeichnet (Alfermann, 1992). Das weibliche Stereotyp zeichnen Eigenschaften wie Emotionalität und Soziabilität aus (Alfermann, 1992). Je nachdem wie sich Menschen selbst diesen Kategorien zuordnen und Anteile der Geschlechtszugehörigkeit auf sich beziehen, passen sie auch ihr Selbstkonzept an. Das Geschlecht ist also auch ein psychologisches Merkmal (Abele, 2003). Unter dem Begriff „Gender“ werden die sozialen und psychologischen Geschlechtsmerkmale zusammengefasst.

3.2 Das biologische Geschlecht

Eine binäre Zuordnung zu einem Geschlecht klärt nicht immer die Frage, ob eine Person eine Frau oder ein Mann ist. Während der Chromosomenexpression können Störungen auftreten, welche Individuen eher männlich oder eher weiblich erscheinen lassen (z. B. Androgen-Insensitivitäts-Syndrom; Pinel & Pauli, 2012, S. 393).

Neben der Initiierung durch die Gene spielen auch Hormone eine wichtige Rolle bei der Geschlechtsdifferenzierung (Lautenbacher et al., 2007). Hormone haben sowohl eine aktivierende als auch eine entwicklungssteuernde Wirkung (Cohen-Bendahan, van de

Beek & Berenbaum, 2005; Van Goozen et al., 2002). Sie nehmen Einfluss auf das menschliche Gehirn und Verhalten. Die wichtigsten Klassen der Gonadenhormone sind Androgene (Testosteron) und Östrogene (Östradiol), die bei Männern und Frauen gleichermaßen, aber mit unterschiedlichen Spiegeln und Funktionen vorkommen (Pinel & Pauli, 2012). Zu bekannten Wirkweisen, die Geschlechtsunterschiede verdeutlichen, gehören beispielsweise der Einfluss auf chronische Schmerzsyndrome, verbale, mathematische oder räumliche Fähigkeiten (Craft, Mogil & Aloisi, 2004; Hampson, 1990; Institute of Medicine, 2001; Van Goozen et al., 1994). Vor allem die Pubertät ist ein sensibler Zeitraum, in dem Veränderungen des Hormonstatus das neuronale Netzwerk formen (Sisk & Zehr, 2005). Turner und Archer (1994) fanden eine positive Korrelation von Testosteron und aggressivem Verhalten bei 12- bis 13-jährigen Jungen, nicht aber bei 15- bis 16-jährigen. Die Untersuchungen des Institute of Medicine (2001) zeigen, dass ein hoher Östrogenlevel die Leistungen bei Fertigkeiten, bei denen Frauen normalerweise besser abschneiden, verbessert, während er die Leistungen bei Aufgaben, die Männer gemeinhin besser können, verschlechtert.

Weitere potenzielle Konsequenzen differenzieller Genexpression für geschlechtstypisches Verhalten werden gegenwärtig intensiv erforscht und diskutiert (Baron-Cohen, 2004). Gene und Hormone können jedoch nicht alle Geschlechterunterschiede erklären, denn auch Umweltfaktoren und soziokulturelle Einflüsse spielen eine Rolle für Verhaltensunterschiede zwischen Männern und Frauen.

3.3 Gender-Studien und Stereotype

Seit Ende des 20. Jahrhunderts etablierte sich der Begriff „Gender“ als Beschreibung des sozialen Geschlechts, also solches, was sich klar von biologischen Merkmalen abgrenzt (Money & Tucker, 1975; Rubin, 1975). Hagemann-White (1984) schreibt in ihrem Buch: „Es gibt kaum Verhalten, das ausschließlich bei einem Geschlecht vorkommt“ (S. 12). Die Forschung sucht genau nach diesen spezifischen Unterschieden. Das soziale Geschlecht unterscheidet sich zwischen Männern und Frauen aufgrund von Attributionen, Rolleneinnahme und -zuschreibungen sowie Stereotypen (Alfermann, 1992). Ältere Modelle von Parson und Bales (1955) oder Chodorow (1985) beschreiben eine Rollendifferenzierung durch innerfamiliäre und funktionale Aufgabenteilung. Mädchen orientieren sich laut Parson und Bales (1955) an Persönlichkeitskomponenten wie Liebe und Harmonie und Jungen an Realitätsprüfung, Selbstkontrolle und auch Kontrolle von anderen Men-

schen. Auch Chodorow (1985) sieht eine unterschiedliche Entwicklung von Personen in der Annahme bestimmter Rollen innerhalb der Familie begründet.

Moderne Theorien sprechen nicht mehr von einer reinen Rollenerwartung an Personen, sondern gehen davon aus, dass soziale Rollen nicht nur eingenommen, sondern reflexiv und intentional angepasst und individuell gestaltet werden können (Dietzen, 1993). Gesellschaftliche Veränderungen trugen maßgeblich zum Wandel von Rollenbildern, vor allem Frauen betreffend, bei. Stephan und von Braun (2006) bezeichnen das Aufkommen des Gender-Begriffs als „Produkt des Feminismus“ (S. 4). Die Frauen- und Geschlechterforschung entwickelt sich in den letzten Jahren in verschiedene Richtungen. Sie vereint jedoch der Grundsatz, dass Geschlecht sozial konstruiert ist (Helbich, 2016).

Basierend auf diversen biologischen, situationalen und kulturellen Bedingungen nehmen Männer und Frauen sozial strukturierte Rollen ein (Eagly & Wood, 1999). Dadurch formen sich Stereotype über geschlechtsspezifisches und an gesellschaftliche Normen angepasstes Verhalten (Prentice & Carranza, 2002). Stereotype sind mit Vorurteilen verbunden, erleichtern jedoch die Zuordnung zu Kategorien mit spezifischen Eigenschaften. Geschlechterstereotype haben deskriptive und präskriptive Anteile. Deskriptive Anteile spiegeln tatsächliches Verhalten von Frauen und Männern wider, während präskriptive Anteile beschreiben, wie Frauen und Männer sich traditionellen Annahmen nach verhalten sollten (Eckes, 2008). Frauen gelten danach beispielsweise als verständnisvoll und emotional, Männer als dominant und zielstrebig (vgl. Eckes, 2008). Zwar werden diese stereotypen Erwartungen mitunter verletzt, diese Verletzungen führen aber selten zu einer Änderung der Stereotype (Prentice & Carranza, 2004). „Geschlechterstereotype sind in hohem Maße änderungsresistent“ (Eckes, 2008, S. 171).

3.4 Gesundheit und Forschung

Die WHO (1946) definiert Gesundheit als „Zustand des völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur durch die Abwesenheit von Krankheit“. Hieraus entwickelte sich das biopsychosoziale Gesundheitsmodell in Abgrenzung zum biomedizinischen Verständnismodell. An der Definition nach der WHO gibt es aber auch Kritik: Dynamische Prozesse werden ausgeschlossen, sie konzentriert sich auf eine subjektive Betrachtung und ist in ihrer Formulierung eher utopisch (Ostermann, 2010). Hurrelmann und Richter (2013) schlagen daher in ihrer Definition vor, physische, psychi-

sche und soziale Anteile zu betrachten, die in einem wechselseitigen, dynamischen Zusammenhang stehen. Sie sprechen von gesunden Personen, die objektiv und subjektiv „im Einklang mit den Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äußeren Lebensbedingungen [sind]“ (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 147). Daraus lässt sich ableiten, dass Gesundheit nicht nur eine rein statische Zustandsbeschreibung, sondern von inneren und äußeren Gegebenheiten beeinfluss- und veränderbar ist.

Auch das biologische Geschlecht und Gender liegen im Interessenfokus der Gesundheitswissenschaften. Geschlechtsunterschiede bezüglich Gesundheit und Gesundheitsverhalten konnten zahlreiche Studien nachweisen (vgl. Robert Koch-Institut, 2015). So zeigen Frauen und Männer äußerst heterogene Morbiditäts- und Mortalitätsprofile (Lademann & Kolip, 2005), Männer rauchen häufiger und trinken mehr Alkohol als Frauen (Robert Koch-Institut, 2015). Andererseits schätzen männliche Studierende die eigene Gesundheit häufiger als gut oder sehr gut ein als weibliche Studierende (University Health Report, 2016). Innerhalb von Public Health hat sich die Frage nach Gesundheits- und Krankheitsunterschieden, die auf biologische oder auf sozialkulturelle Faktoren zurückgehen, zu einem wichtigen Kernpunkt entwickelt (Pauli & Hornberg, 2010).

Gesundheit zu messen, ist ein „integraler Bestandteil der Planung und Durchführung von gesundheitsfördernden und -erhaltenden Maßnahmen“ (Ostermann, 2010, S. 172). Während es in der Forschung immer wieder Impulse gab, den geschlechtsbezogenen Verzerrungseffekt, kurz „Gender Bias“, zu vermeiden, erfolgte in den letzten Jahren in Studien jedoch weiterhin nur die Differenzierung nach biologischem Geschlecht (Wattenberg, Lätzsch & Hornberg, 2019). Unter Gender Bias werden alle verzerrten Einschätzungen und Interpretationen über den gesamten Forschungsprozess hinweg zusammengefasst, die unter Nichtberücksichtigung der Geschlechterperspektive entstehen (Eichler, Fuchs & Maschewsky-Schneider, 2000). ForscherInnen schlagen das sogenannte „Gender Mainstreaming“ als Problemlösung vor (vgl. Jahn, 2016; Lademann & Kolip, 2005). Beim Gender Mainstreaming handelt es sich um eine Strategie, bei der eine Ungleichbehandlung von Frauen und Männern in allen Bereichen verhindert werden soll, mit dem Ziel der Qualitätsverbesserung im Gesundheitssystem und der -versorgung (Kolip, 2008). Konkret wird dies beispielsweise bei der Umsetzung einer Intervention, bei der berücksichtigt werden muss, ob die gewählten Methoden und Zugänge sich für Frauen und Männer gleichermaßen eignen (Kolip, 2008).

Im Gegensatz zu beispielsweise den USA und Kanada existierten in Deutschland lange Zeit keine Richtlinien für die angemessene Berücksichtigung geschlechtsspezifischer

Belange (Eichler et al., 2000). Fuchs, Maschewsky und Maschewsky-Schneider (2002) übersetzten das kanadische Handbuch von Eichler (2000) als Grundlage für ForscherInnen im Bereich Gesundheit zur Vermeidung von Gender Bias. Auch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2006) hat mittlerweile Gender Mainstreaming als festen Bestandteil in ihr Leitbild integriert.

4 Methodik

Seit 2010 erstellt der Arbeitsbereich Public Health der Freien Universität Berlin eine periodische Berichterstattung zur Gesundheit der Studierenden (Jochmann et al., 2019). Die Befragung wurde auch im Januar 2020 erneut durchgeführt und fand online statt. Im Gesundheitsbericht werden neben soziodemografischen Daten alle Ergebnisse zu den verschiedenen Gesundheitsmaßen zusammengefasst und publiziert. Die Gesundheitsmaße beleuchten die Bereiche Gesundheit (darunter u.a. subjektive Einschätzung des Gesundheitszustands, allgemeine Lebenszufriedenheit), Ressourcen und Anforderungen (darunter u.a. geistige Anforderungen im Studium, Prokrastination) sowie Gesundheitsverhalten (darunter u.a. körperliche Aktivität, Substanzkonsum). Die vorliegende Arbeit beschränkt sich auf den Bereich Gesundheit. Die Daten wurden im Projekt „Healthy Campus Freie Universität Berlin - gesund studieren“ (Projektleitung PD Dr. Dr. B. Gusy) in den Jahren 2019 und 2020 erhoben und für diese Arbeit zur Auswertung zur Verfügung gestellt.

4.1 Stichprobe

Insgesamt nahmen 392 Studierende der Freien Universität Berlin an der Befragung teil und füllten den Fragebogen aus. Das Durchschnittsalter liegt bei 24,1 Jahren. 74 % der Befragten sind weiblich, 24 % männlich und 7 Personen (2 %) ordneten sich bezogen auf ihr biologisches Geschlecht der Kategorie „Anderes“ zu.

Der Großteil der Befragten studiert in den Fachbereichen Erziehungswissenschaft und Psychologie (25,81 %) und Philosophie und Geisteswissenschaften (22,58 %). Es folgen Biologie, Chemie, Pharmazie (16,13 %), Geschichts- und Kulturwissenschaften (12,9 %), Geowissenschaften (6,45 %) sowie Politik- und Sozialwissenschaften, Rechtswissenschaft, Veterinärmedizin, Wirtschaftswissenschaft und Lateinamerika-Institut (jeweils 3,23 %). 361 Personen machten zum Fachbereich keine Angabe.

4.2 Geschlechterrollenselbstkonzept

Im Gegensatz zu den bisherigen Fragebögen beinhaltet die aktuelle Gesundheitsbefragung zusätzlich zur Angabe des biologischen Geschlechts ein Messinstrument zur Bestimmung des sozialen Geschlechts. Hierbei kamen die GERAS-Skalen zum Einsatz (Gruber et al., 2019). Mithilfe der GERAS werden personenbezogene Werte für Feminität und Maskulinität anhand von Eigenschaften, Aktivitäten und Interessen, die typischerweise einem femininen oder maskulinen Gender zugeordnet werden können, ermittelt. Das Instrument besteht normalerweise aus drei Dimensionen, von denen hier nur die Skala „Persönlichkeit“ eingesetzt wurde.

Die Instruktion wurde folgendermaßen formuliert: „Bitte bewerten Sie folgende Eigenschaften auf einer Skala von 1 – 7 danach, wie häufig diese Ihrer Meinung nach auf Sie zutreffen.“ Die Antworten erfolgen auf einer 7-stufigen Likert-Skala von „nie“ bis „immer“. 10 Items erfragen dabei „typisch männliche“ Eigenschaften (z. B. mutig, beherrschend) sowie 10 „typisch weibliche“ (z. B. mitfühlend, ängstlich). Die Befragten werden darum gebeten, ihre Wahl so gut wie möglich im Vergleich zur Gesamtpopulation sowie im Vergleich zu der Kultur, der sie sich vermehrt zugehörig fühlen, zu treffen.

Anhand des Medians der Stichprobe lassen sich die Daten in die Kategorien „feminin“, „maskulin“, „androgyn“ und „undifferenziert“ einteilen.

4.3 Datenerhebung Gesundheit

Der Fragebogen erhebt für den Bereich Gesundheit sowohl gesundheitsförderliche als auch gesundheitsgefährdende Indikatoren. Dazu gehören subjektive Gesundheit, Lebenszufriedenheit, Studienzufriedenheit, Engagement im Studium, körperliche Beschwerden, depressives Syndrom und generalisierte Angststörung, wahrgenommenes Stresserleben sowie Burnout.

Die WHO empfiehlt ein Item zur Erfassung der subjektiven Gesundheit, das in der Datenerhebung entsprechend genutzt wurde: „Wie ist dein Gesundheitszustand im Allgemeinen?“ (Bruin, Picavet & Nossikov, 1996). Das Antwortformat entspricht einer fünfstufigen Likert-Skala von „sehr schlecht“ bis „sehr gut“.

Die allgemeine Lebenszufriedenheit wurde mit der deutschsprachigen Fassung der Satisfaction with Life Scale (SWLS) erfasst (Schumacher, 2003). Fünf verschiedene Aus-

sagen werden dabei von den Befragten auf einer siebenteilig gestuften Zustimmungsskala von „stimme überhaupt nicht zu“ bis „stimme genau zu“ beantwortet.

Für die Studienzufriedenheit kam das Item „Wie zufrieden bist du mit deinem Studium im Allgemeinen?“ zum Einsatz. Diese Operationalisierung erfolgt in Anlehnung an Damrath (2006). Das Item wird auf einer Skala von 0 („gar nicht zufrieden“) bis 100 („sehr zufrieden“) von den TeilnehmerInnen bewertet.

Das Engagement im Studium wurde mithilfe der angepassten Kurzversion der Utrecht Work Engagement Scale (UWES-9; Schaufeli & Bakker, 2003) erhoben und umfasst neun Items. Das Antwortformat besteht aus einer Zustimmungsskala von 0 („nie“) bis 6 („immer“). Auf Basis des individuellen Mittelwerts erfolgt eine Einordnung der Befragten zu den Gruppen „gering engagiert“, „moderat engagiert“ und „hoch engagiert“. Als „gering engagiert“ gelten alle Personen mit einem Mittelwert bis maximal 2,5. Diejenigen, die über 2,5, aber unter 3,5 liegen, zählen zu „moderat engagiert“. Befragte, deren Mittelwert 3,5 übersteigt, werden als „hoch engagiert“ kategorisiert.

Die Items für körperliche Beschwerden stammen aus dem Fragebogen zur Erfassung des Gesundheitsverhaltens (FEG; Dlugosch & Krieger, 1995). Sie wurden um das Item „Kopfschmerzen“ ergänzt. Die weiteren erfragten Symptome sind Herz-Kreislauf-Beschwerden; Magen-Darm-Beschwerden; Glieder-, Schulter-, Rücken oder Nackenschmerzen; beeinträchtigt Allgemeines Befinden und Anspannung. Sie werden von den Befragten auf einer Skala von 1 („nie“) bis 7 („jeden Tag“) beantwortet. Der Übersichtlichkeit halber werden die verschiedenen Beschwerden für die Auswertung zu einer neuen Variablen aufsummiert.

Depressives Syndrom und generalisierte Angststörung wurden mithilfe des Patient Health Questionnaire erfasst (PHQ-4; Kroenke, Spitzer, Williams & Löwe, 2009). Die Beantwortung der Items sieht eine vierfache Abstufung von 0 („überhaupt nicht“) bis 3 („beinahe jeden Tag“) vor und bezieht sich auf die letzten zwei Wochen vor der Befragung. Die Auswertung erfolgt für beide Dimensionen via Summenbildung der Antwortwerte. Ab einem Wert von drei besteht laut Manual des PHQ-4 ein Verdacht auf eine vorliegende Störung.

Zur Bestimmung des wahrgenommenen Stresserlebens kam die Heidelberger Stressskala (HEI-STRESS; Schmidt & Obergfell, 2011) mit drei Items zum Einsatz. Das erste Item wird auf einer Skala von 0 („gar nicht gestresst“) bis 100 („Sehr gestresst“) von den Befragten eingestuft. Die folgenden Items sind likertskaliert mit den Stufen 0 („nie“ bzw. „gar nicht stressig“) bis 4 („sehr oft“ bzw. „sehr stressig“). Der Gesamtscore kann

Werte zwischen 0 und 100 annehmen. Je größer der Wert, umso höher ist das Stresserleben ausgeprägt. Gemessen wird der Zeitraum innerhalb der letzten 4 Wochen vor der Befragung.

Burnout wurde anhand der Kurzversion des Maslach Burnout Inventory – Student Survey (MBI-SS KV) erfasst (Wörfel, Gusy, Lohman & Kleiber, 2015). Diese umfasst drei Dimensionen von Burnout: Erschöpfung, Bedeutungsverlust des Studiums und reduziertes fachliches Wirksamkeitserleben, die jeweils mit drei Items erfragt werden. Die TeilnehmerInnen geben Häufigkeiten von 0 („nie“) bis 6 („täglich“) auf einer siebenstufigen Skala an. Es erfolgt keine Bildung eines Gesamtscores. Als indikativ für Burnout gelten hohe Werte auf allen drei Dimensionen.

4.4 Statistische Analysen

Alle Berechnungen erfolgten in RStudio (Version 1.3.959). Zusätzlich kamen die Pakete ‚descr‘, ‚mosaic‘, ‚psych‘ und ‚car‘ zum Einsatz. Für die Stichprobe ($n = 392$) wurden Mittelwerte, Standardabweichungen und Prozentanteile berechnet. Alle Einzelgruppen wurden mithilfe des Levene-Test auf Homoskedastizität geprüft. In Ausnahmefällen war der Test signifikant. In diesem Fall wurde der Welch-Test angewandt. Dies wird in den Einzelauswertungen berichtet. Die t -Test-Berechnung erfolgte unter der Annahme, dass bei Gruppen mit $n > 30$ Normalverteilung vorliegt (vgl. Tödter, 2008). Obwohl dies nicht für alle Gruppen zutrifft, kann jedoch auch hier mit dem ungepaarten t -Test weitergearbeitet werden, da dieser als relativ robust gegenüber Verletzungen der Normalverteilungsannahme gilt (Wilcox, 2005). Als Signifikanzniveau wurde $\alpha = 0,05$ festgelegt, das bedeutet, p -Werte kleiner als 0,05 gelten als signifikant.

5 Ergebnisse

Im Mittel unterscheiden sich Frauen stärker als Männer bei der Zuschreibung femininer und maskuliner Eigenschaften (s. Tabelle 1). Aufgrund der geringen Anzahl an Personen, die als Geschlecht „Anderes“ angaben, wird diese Gruppe in der weiteren Auswertung nicht genauer betrachtet.

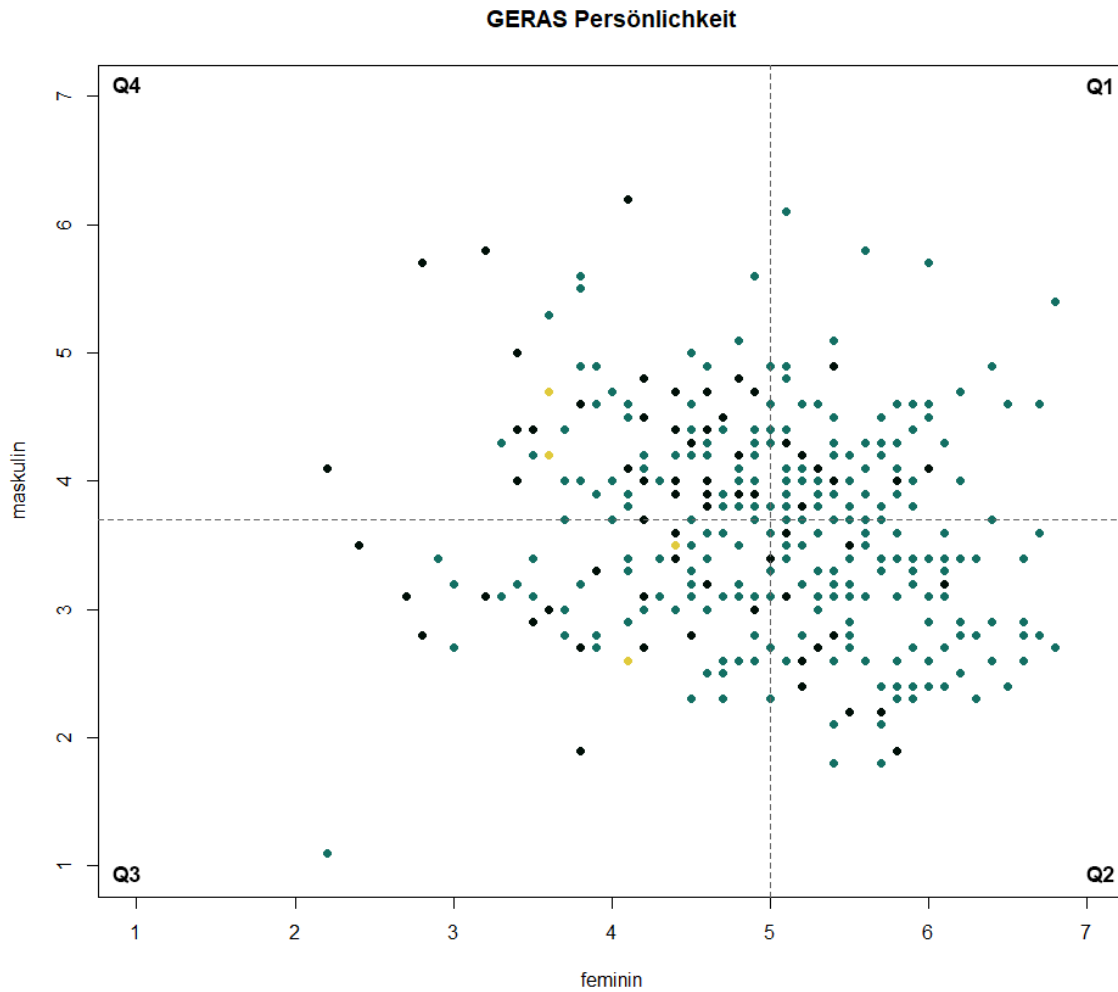


Abbildung 1. Werteverteilung GERAS-Persönlichkeitsskala. Linien markieren den Median. (GRÜN) Frauen. (SCHWARZ) Männer. (GELB) Anderes. (Q1) Androgyn. (Q2) Feminin. (Q3) Undifferenziert. (Q4) Maskulin.

Die Anteile in den zugeordneten Gruppen der GERAS-Persönlichkeitsskala lauten wie folgt: 74 Personen (19,8 %) sind androgyn, 110 (29,4 %) feminin, 77 (20,6 %) undifferenziert und 113 Personen (30,2 %) maskulin (vgl. Abb. 1).

Tabelle 1: Mittelwerte, Standardabweichungen (in Klammern) und Testwerte für die GERAS-Subskalen Maskulinität und Femininität, getrennt für Frauen und Männer.

	Femininität	Maskulinität	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Frauen (n = 290)	5,12 (0,81)	3,64 (0,79)	5,49	371	< 0,01
Männer (n = 95)	4,58 (0,83)	3,78 (0,83)	-1,50	375	0,13

5.1 Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustands

Der Großteil der Studierenden (75,8 %) schätzt seine subjektive Gesundheit als „gut“ oder „sehr gut“ ein. Männer bewerten diese dabei tendenziell höher als Frauen (79,8 % vs. 75,3 %). Die Differenz ist nicht signifikant (s. Tabelle 2). Die Kennwerte nach Gender-Betrachtung ergeben einen signifikanten Unterschied zwischen femininen und maskulinen Personen. Innerhalb dieser Gruppen zeigen sich keine signifikanten Differenzen zwischen Männern und Frauen.

Tabelle 2: Mittelwerte, Standardabweichungen und Prüfgrößen für die subjektive Gesundheit.

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Frauen gesamt (n = 290)	3,89	0,76			
Männer gesamt (n = 95)	4,04	0,76	-1,70	379	0,09
Feminin gesamt (n = 110)	3,78	0,74			
Maskulin gesamt (n = 113)	4,02	0,75	-2,38	219	0,02
Feminine Frauen (n = 93)	3,73	0,71			
Feminine Männer (n = 17)	4,06	0,83	-1,71	107	0,09
Maskuline Frauen (n = 71)	4,01	0,75			
Maskuline Männer (n = 40)	4,0	0,75	0,10	108	0,92

Anmerkungen. Test- und *p*-Werte gelten jeweils für zusammenhängende Gesamtgruppen (gepaart untereinanderstehend).

5.2 Allgemeine Lebenszufriedenheit

Für die fünf Items wurden Summenwerte gebildet. 74,48 % der Studierenden insgesamt geben an, dass sie mit ihrem Leben mindestens „eher zufrieden“ sind. Frauen unterscheiden sich von Männern signifikant in diesem Merkmal (s. Tabelle 3). Bei den weiblichen Studierenden sind 77 % „eher zufrieden“ und darüber hinaus, bei den männlichen beträgt dieser Anteil 70,21 %. Die Analysen getrennt nach Gender beinhaltet Tabelle 3. Es zeigt sich ein signifikanter Unterschied zwischen femininen und maskulinen Personen, wobei die Differenzen bezüglich des biologischen Geschlechts innerhalb der Gender-Gruppen nicht signifikant sind.

Table 3: Mittelwerte, Standardabweichungen und Prüfgrößen für die allgemeine Lebenszufriedenheit.

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Frauen gesamt (n = 287)	24,32	6,78	2,14	379	0,03
Männer gesamt (n = 94)	22,57	7,14			
Feminin gesamt (n = 109)	23,08	7,07	-2,79	218	< 0,01
Maskulin gesamt (n = 111)	25,64	6,53			
Feminine Frauen (n = 92)	23,27	6,97	0,65	107	0,52
Feminine Männer (n = 17)	22,06	7,72			
Maskuline Frauen (n = 70)	26,41	4,45	1,80	107	0,08
Maskuline Männer (n = 39)	24,1	6,76			

Anmerkungen. Test- und *p*-Werte gelten jeweils für zusammenhängende Gesamtgruppen (gepaart untereinanderstehend).

5.3 Studienzufriedenheit

Im Mittel sind die Studierenden eher zufrieden mit ihrem Studium ($M = 67,68$). Frauen und Männer unterscheiden sich nicht signifikant in ihrer Beurteilung (s. Tabelle 4). Aus Gender-Perspektive ergibt sich eine signifikante Differenz zwischen femininen und maskulinen Studierenden. Innerhalb dieser Gruppen ist der Mittelwertsunterschied zwischen Männern und Frauen nicht signifikant.

Table 4: Mittelwerte, Standardabweichungen und Prüfgrößen für die Studienzufriedenheit.

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Frauen gesamt (n = 262)	67,66	20,6	-0,07	353	0,94
Männer gesamt (n = 93)	65,86	20,57			
Feminin gesamt (n = 102)	62,45	21,12	-3,05	203	< 0,01
Maskulin gesamt (n = 103)	71,08	19,32			
Feminine Frauen (n = 85)	60,85	21,14	-1,73	100	0,09
Feminine Männer (n = 17)	70,47	19,7			
Maskuline Frauen (n = 62)	72,76	19,26	1,11	99	0,27
Maskuline Männer (n = 39)	68,33	19,78			

Anmerkungen. Test- und *p*-Werte gelten jeweils für zusammenhängende Gesamtgruppen (gepaart untereinanderstehend).

5.4 Engagement im Studium

38,78 % aller Befragten zeigen ein hohes Engagement im Studium. Moderat engagiert sind 28,83 % und 32,4 % geben an, im Studium gering engagiert zu sein. Zwischen Frauen und Männern ist der Unterschied nicht signifikant (s. Tabelle 5). Die Gender-Kennwerte in Tabelle 5 zeigen eine signifikante Differenz zwischen femininen und maskulinen Personen, jedoch keine statistische Signifikanz zwischen Frauen und Männern innerhalb der Gender-Gruppen.

Tabelle 5: Mittelwerte, Standardabweichungen und Prüfgrößen für das Engagement im Studium.

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Frauen gesamt (n = 290)	2,09	0,85			
Männer gesamt (n = 95)	2,03	0,84	0,84	383	0,4
Feminin gesamt (n = 110)	2,87	1,15			
Maskulin gesamt (n = 113)	3,36	1,12	-3,26	221	< 0,01
Feminine Frauen (n = 93)	2,86	1,12			
Feminine Männer (n = 17)	2,89	1,32	-0,09	108	0,93
Maskuline Frauen (n = 70)	3,52	1,09			
Maskuline Männer (n = 39)	3,14	1,16	1,72	109	0,09

Anmerkungen. Test- und *p*-Werte gelten jeweils für zusammenhängende Gesamtgruppen (gepaart untereinanderstehend).

5.5 Körperliche Beschwerden

Die folgenden Werte betrachten die Studierenden, die mindestens einmal pro Woche mindestens eine der möglichen auftretenden körperlichen Beschwerden berichten. Am häufigsten werden dabei Glieder-, Schulter-, Rücken- oder Nackenschmerzen genannt (52,3 %). 42,86 % geben an, mindestens einmal pro Woche ein beeinträchtigtes Allgemeinbefinden wahrzunehmen. 37,25 % der Studierenden empfinden regelmäßig Anspannung. Von Kopfschmerzen (27,3 %) und Magen-Darm-Beschwerden (24,75 %) berichtet ca. ein Viertel der TeilnehmerInnen. Am wenigsten sind die Studierenden von Herz-Kreislauf-Beschwerden betroffen (11,22 %).

Die überwiegende Mehrheit der Befragten (95,88 %) erlebt mindestens einmal pro Woche eine oder mehrere körperliche Beschwerden. Die Prävalenzen sind bei Frauen (98,27 %) signifikant höher als bei Männern (88,04 %). Diese Unterschiede zeigen sich auch bei der Differenzierung nach Gender (s. Tabelle 6). Der Levene-Test ergab, dass die feminine Gruppe der Frauen und Männer keine Varianzhomogenität aufweist, weswegen hier der Welch-Test eingesetzt wurde. Innerhalb der femininen und maskulinen Gruppen ist der Mittelwertsunterschied zwischen Männern und Frauen nicht signifikant.

Tabelle 6: Mittelwerte, Standardabweichungen und Prüfgrößen für körperliche Beschwerden.

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Frauen gesamt (n = 289)	22,86	7,32	4,23	379	< 0,01
Männer gesamt (n = 92)	19,08	7,95			
Feminin gesamt (n = 110)	24,63	7,47	4,9	219	< 0,01
Maskulin gesamt (n = 111)	19,96	6,66			
Feminine Frauen (n = 93)	25,43	6,75	2,11	18,909	0,05
Feminine Männer (n = 17)	20,24	9,73			
Maskuline Frauen (n = 71)	20,56	6,57	-1,07	107	0,24
Maskuline Männer (n = 38)	18,97	6,86			

Anmerkungen. Test- und *p*-Werte gelten jeweils für zusammenhängende Gesamtgruppen (gepaart untereinanderstehend).

5.6 Depressives Syndrom und generalisierte Angststörung

33,09 % der TeilnehmerInnen berichten von einem depressiven Syndrom. Der Anteil betroffener Frauen ist dabei geringfügig kleiner als der Anteil Männer (32,41 % vs. 33,33 %). In Bezug auf Gender unterscheidet sich die Gesamtgruppe femininer Studierenden im Mittel signifikant von der Gruppe maskuliner Studierenden (s. Tabelle 7). Feminine Personen weisen mit 43,54% eine deutlich höhere Prävalenz auf als maskuline Personen (18,58 %). Innerhalb der Gender-Zuordnung unterscheiden sich sowohl bei Feminität als auch bei Maskulinität Frauen und Männer nicht signifikant. Für die feminine Gruppe wurde der Welch-Test durchgeführt, da keine Varianzhomogenität vorliegt.

Tabelle 7: Mittelwerte, Standardabweichungen und Prüfgrößen für depressives Syndrom.

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Frauen gesamt (n = 290)	2,19	1,76			
Männer gesamt (n = 93)	2,26	1,85	-0,32	381	0,75
Feminin gesamt (n = 110)	2,64	1,79			
Maskulin gesamt (n = 113)	1,68	1,47	4,36	221	< 0,01
Feminine Frauen (n = 93)	2,57	1,7			
Feminine Männer (n = 17)	3	2,24	-0,75	19,534	0,46
Maskuline Frauen (n = 71)	1,59	1,51			
Maskuline Männer (n = 40)	1,82	1,45	-0,79	109	0,43

Anmerkungen. Test- und *p*-Werte gelten jeweils für zusammenhängende Gesamtgruppen (gepaart untereinanderstehend).

Von den Studierenden berichten 39,74 % von generalisierter Angststörung. Anders als beim depressiven Syndrom ist hier der Anteil Frauen (42,07 %) signifikant höher als der Anteil Männer (30,11 %). Die dazugehörigen Kennwerte zeigt Tabelle 8. Feminine Personen weisen eine wesentlich höhere Prävalenz auf als maskuline Personen (59,09 % vs. 21,24 %). Es besteht keine signifikante Mittelwertdifferenz zwischen Frauen und Männern innerhalb der maskulinen und femininen Gruppen.

Tabelle 8: Mittelwerte, Standardabweichungen und Prüfgrößen für generalisierte Angststörung.

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Frauen gesamt (n = 290)	2,42	1,84			
Männer gesamt (n = 93)	1,86	1,78	2,58	381	0,01
Feminin gesamt (n = 110)	2,99	1,82			
Maskulin gesamt (n = 113)	1,53	1,48	6,57	221	< 0,01
Feminine Frauen (n = 93)	3,03	1,78			
Feminine Männer (n = 17)	2,76	2,11	0,55	108	0,58
Maskuline Frauen (n = 71)	1,63	1,59			
Maskuline Männer (n = 40)	1,4	1,3	0,79	109	0,43

Anmerkungen. Test- und *p*-Werte gelten jeweils für zusammenhängende Gesamtgruppen (gepaart untereinanderstehend).

5.7 Wahrgenommenes Stresserleben

Ab einem Mittelwert von ≥ 75 wird von einem hohen Stresserleben ausgegangen. 37,65 % der Studierenden fühlten sich innerhalb der letzten vier Wochen vor der Befragung häufig gestresst und äußern ein hohes Stresserleben. Der Unterschied zwischen hoch gestressten Frauen (37,97 %) und Männern (36,0 %) ist dabei nicht signifikant (s. Tabelle 9). Die Berechnungen für Gender-Werte zeigen einen signifikanten Unterschied zwischen femininen und maskulinen Befragten, wobei die Differenzen bezüglich des biologischen Geschlechts innerhalb der Gender-Gruppen nicht signifikant sind.

Tabelle 9: Mittelwerte, Standardabweichungen und Prüfgrößen für wahrgenommenes Stresserleben.

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Frauen gesamt (n = 266)	66,21	19,69			
Männer gesamt (n = 75)	62,5	20,87	1,42	339	0,16
Feminin gesamt (n = 105)	70,99	19,08			
Maskulin gesamt (n = 98)	60,88	19,06	3,78	201	< 0,01
Feminine Frauen (n = 91)	71,38	18,26			
Feminine Männer (n = 14)	68,5	24,42	0,52	103	0,60
Maskuline Frauen (n = 65)	60,91	20,05			
Maskuline Männer (n = 31)	60,92	17,63	-0,003	94	1,00

Anmerkungen. Test- und *p*-Werte gelten jeweils für zusammenhängende Gesamtgruppen (gepaart untereinanderstehend).

5.8 Burnout

Die folgenden Werte beziehen sich auf Studierende, die hohe Ausprägungen von Burnout auf den drei Dimensionen berichten, also entsprechende Symptome mindestens einmal pro Woche zeigen. 25,7 % der Studierenden insgesamt fühlen sich mindestens einmal wöchentlich erschöpft. Bei Frauen ist der Anteil unwesentlich höher als bei Männern (25,61 % vs. 24,73 %). Hinsichtlich des Bedeutungsverlusts des Studiums berichten insgesamt 13,12 % der Befragten, in hohem Maße davon betroffen zu sein. Frauen (11,76 %) empfinden diesen Bedeutungsverlust tendenziell geringer als Männer (17,2 %). 16,71 % der Studierenden berichten ein reduziertes Wirksamkeitserleben. Frauen und Männer unterscheiden sich dabei nicht signifikant voneinander (16,61 % vs. 17,2 %).

Die Analysen für Gender erfolgten über die gesamten Werte getrennt nach den drei Dimensionen für Burnout und zeigen jeweils einen signifikanten Unterschied zwischen femininen und maskulinen Personen. Es besteht keine signifikante Mittelwertdifferenz zwischen Frauen und Männern innerhalb der maskulinen und femininen Gruppen. Die Ergebnisse sind in Tabelle 10 abgebildet.

Tabelle 10: Mittelwerte, Standardabweichungen und Prüfgrößen für Burnout.

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Erschöpfung:					
Frauen gesamt (n = 289)	2,65	1,67	0,97	380	0,34
Männer gesamt (n = 93)	2,46	2,33			
Feminin gesamt (n = 110)	3,2	1,66	4,48	221	< 0,01
Maskulin gesamt (n = 113)	2,25	1,5			
Feminine Frauen (n = 93)	3,28	1,62	1,27	108	0,21
Feminine Männer (n = 17)	2,73	1,89			
Maskuline Frauen (n = 71)	2,13	1,5	-0,98	109	0,33
Maskuline Männer (n = 40)	2,42	1,5			
Bedeutungsverlust d. Studiums:					
Frauen gesamt (n = 289)	1,59	1,62	1,85	380	0,07
Männer gesamt (n = 93)	1,63	1,63			
Feminin gesamt (n = 110)	1,93	1,72	2,66	221	0,01
Maskulin gesamt (n = 113)	1,35	1,49			
Feminine Frauen (n = 93)	1,86	1,7	-0,9	108	0,37
Feminine Männer (n = 17)	2,27	1,83			
Maskuline Frauen (n = 71)	1,14	1,39	-1,96	109	0,05
Maskuline Männer (n = 40)	1,71	1,59			
Reduz. Wirksamkeitserleben:					
Frauen gesamt (n = 289)	2,16	1,55	0,31	380	0,76
Männer gesamt (n = 93)	2,1	1,51			
Feminin gesamt (n = 110)	2,61	1,6	4,56	221	< 0,01
Maskulin gesamt (n = 113)	1,7	1,33			
Feminine Frauen (n = 93)	2,6	1,57	-0,11	108	0,91
Feminine Männer (n = 17)	2,65	1,79			
Maskuline Frauen (n = 71)	1,55	1,37	-1,06	109	0,29
Maskuline Männer (n = 40)	1,83	1,31			

Anmerkungen. Test- und *p*-Werte gelten jeweils für zusammenhängende Gesamtgruppen (gepaart untereinanderstehend).

6 Diskussion

Existieren geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Gesundheit von Studierenden und lassen sie sich auch bei Betrachtung des sozialen Geschlechts wiederfinden? Diese Frage wurde innerhalb der vorliegenden Arbeit anhand von Daten aus der Gesundheitsberichterstattung 2020 der Freien Universität Berlin untersucht. Dabei galten die Annahmen, dass Menschen, die sich selbst als feminin oder maskulin beschreiben, je nach Gruppenzugehörigkeit voneinander unterscheiden, jedoch innerhalb der femininen oder maskulinen Gruppen keine Unterschiede zwischen Frauen und Männern zu erwarten sind. Die Daten der Gesundheitsbefragung wurden für die Bereiche allgemeine Einschätzung des Gesundheitszustands, Lebens- und Studienzufriedenheit sowie körperliche und psychische Beschwerden ausgewertet. Signifikante Unterschiede bezüglich des biologischen Geschlechts ergaben sich für die Indikatoren allgemeine Lebenszufriedenheit, körperliche Beschwerden und generalisierte Angststörung. Frauen weisen bei beiden gesundheitsschädlichen Merkmalen höhere Prävalenzen auf, geben zugleich jedoch auch durchschnittlich höhere Werte bei der allgemeinen Lebenszufriedenheit an.

Es wurde gezeigt, dass Frauen sich bei der eigenen Zuschreibung von typisch männlichen und weiblichen Persönlichkeitseigenschaften stärker unterscheiden als Männer. 29,4 % der Teilnehmenden identifizieren sich mit der femininen Rolle, 30,2 % mit der maskulinen. Diese verschiedenen Selbstkonzepte spiegeln sich in der Gesundheit der Studierenden wider: für alle getesteten Bereiche von Gesundheit ergaben sich zwischen femininen und maskulinen Personen signifikante Unterschiede. Innerhalb der Gender-Klassifikation konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen Frauen und Männern gefunden werden. Das heißt, biologische Frauen und Männer unterscheiden sich nicht innerhalb der Gruppen „feminin“ und „maskulin“. Die vorab formulierten Hypothesen konnten damit bestätigt werden. Die einzige Auffälligkeit stellt hierbei der Bereich körperliche Beschwerden dar, in dem es zwischen femininen Frauen und maskulinen Frauen größere – jedoch nicht signifikante – Unterschiede der Mittelwerte und Standardabweichungen gibt. Im Folgenden werden die einzelnen Gesundheitsbereiche näher betrachtet und diskutiert.

Bei der subjektiven Einschätzung der Gesundheit liegt zwischen Frauen und Männern kein signifikanter Unterschied vor. Aus Gender-Perspektive unterscheidet sich jedoch die feminine Gruppe von der maskulinen signifikant. Die Tendenz, dass Männer bzw. maskuline Personen ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen besser einschätzen, zeigt

sich in beiden Fällen. Männer nehmen weniger aus präventiven Gründen ärztliche Hilfe in Anspruch (Sieverding, 2010). Eine subjektiv bessere Einschätzung der Gesundheit könnte eine Erklärung dafür sein. Männer tendieren darüber hinaus zu einer unrealistisch positiven Sicht der eigenen Gesundheit (Sieverding, 1998). Das mit Männlichkeit verbundene Rollenbild verlangt zudem von maskulinen Personen körperliche Fitness und mentale Stärke, „no sissy stuff“ (S. 12), wie es Robert Brannon (1976) bereits Ende der Siebziger beschrieb. Auch heutzutage wird über Normen ein bestimmtes Männlichkeitsbild vermittelt. Dieses erzeugt nach neuesten Forschungsergebnissen aber durchaus auch Druck für Individuen (vgl. Boettcher et al., 2019). Stress am Arbeitsplatz sei hier als eine mögliche Folge genannt (Boettcher et al., 2019).

Die allgemeine Lebenszufriedenheit wird gleichermaßen sowohl von Frauen und Männern als auch von femininen und maskulinen Personen signifikant unterschiedlich eingeschätzt. Dies stimmt mit vergleichbaren Forschungsergebnissen überein (Joshano & Jovanović, 2020). Während bei Betrachtung des biologischen Geschlechts Frauen zufriedener sind, ergibt die Gender-Perspektive eine höhere Zufriedenheit für Maskulinität. Die höchsten Werte geben maskuline Frauen an. Eckermann (2012) nennt Resilienz als Schlüsselfaktor für höhere Lebenszufriedenheit bei Frauen. Eng verknüpft mit dem maskulinen Rollenbild ist beruflicher Erfolg. Maskuline Studentinnen, die besonders erfolgreich ihr Studium absolvieren, könnten in weiterführenden Untersuchungen diesbezüglich genauer betrachtet werden. Die vorliegende Studie zeigt als Indikator im Bereich Engagement im Studium bei maskulinen Frauen auch den höchsten Mittelwert. In der Forschung hat sich zudem gezeigt, dass Alter als Prädiktor für Lebenszufriedenheit herangezogen werden kann und sich Geschlechtsunterschiede im höheren Alter umkehren (Joshano & Jovanović, 2020). Angesichts der jungen TeilnehmerInnen der vorliegenden Studie lassen sich diese Erkenntnisse zumindest für das niedrige Alter bestätigen. Interessant wäre hier ein Follow-Up 30 Jahre später. Ursachen für schwindende Lebenszufriedenheit bei Frauen, die auch das feminine Rollenkonzept betreffen, sind Altersdiskriminierung und Diskriminierung aufgrund des Aussehens (Bouson, 2016; Inglehart, 2002).

Studienzufriedenheit und Engagement im Studium zeigen vergleichbare Geschlechtsunterschiede: Frauen und Männer unterscheiden sich bei der Einschätzung nicht signifikant voneinander, feminine Personen wohl aber von maskulinen, wobei letztere die höheren Werte angeben. Dies ist vergleichbar mit Studien, die zeigen, dass Männer durchschnittlich zufriedener mit ihrem Job sind (vgl. Sousa-Poza & Sousa-Poza, 2000). Die Studienzufriedenheit kann sowohl als Teilaspekt der Lebenszufriedenheit angesehen werden

als auch diese beeinflussen (Greiner, 2010). Geschlechtszusammenhänge diesbezüglich wurden zuvor bereits diskutiert. Ob ein geringeres Engagement im Studium mit einem weniger von Karriere und beruflichen Aufstiegsmöglichkeiten geprägten femininen Rollenbild zusammenhängt, muss weiterführende Forschung erörtern. Anzunehmen wäre auch der Zusammenhang von einer geringen Studienzufriedenheit mit einem entsprechend geringeren Engagement.

Verschiedenheiten zwischen Frauen und Männern waren bei körperlichen Symptomen zu erwarten und konnten in dieser Studie wiedergefunden werden. Einerseits spielen klare biologische Faktoren (bspw. Regelbeschwerden und Begleiterscheinungen), andererseits stereotypbedingtes Gesundheitsverhalten hierbei eine Rolle. Feminine Frauen sind am häufigsten von körperlichen Beschwerden betroffen, maskuline Männer am wenigsten. Der Einfluss von Gender scheint hier die biologische Variable zu unterdrücken. Spaderma & Sieverding (2018) sprechen von einer erschwerten Wahrnehmung von Symptomen aufgrund von maskulinen Gendernormen. Demgegenüber sind Männer in höherem Maß körperlich aktiv als Frauen (Krug et al., 2013). Körperliche Aktivität kann verschiedene Gesundheitsaspekte beeinflussen, unter anderem die Lebenserwartung und das allgemeine Wohlbefinden steigern oder das Risiko von kardiovaskulären Erkrankungen senken (Robert Koch-Institut, 2015).

In der bisherigen Forschung konnte gezeigt werden, dass Frauen häufiger an Depressionen und Angststörungen leiden als Männer (Angst et al., 2002; Lewinsohn et al., 1998). Die vorliegenden Ergebnisse der Studie stimmen damit weitestgehend überein. Feminine Personen weisen die höchsten Prävalenzen auf. Ausschlaggebend für Geschlechtsunterschiede scheint hier vor allem Gender und damit verbundene Rollenerwartungen und sozialer Druck zu sein. Männer mit einem femininen Selbstkonzept sind am stärksten von depressiven Symptomen betroffen. Eine mögliche Erklärung dafür könnte die Lücke zwischen dem männlichen Stereotyp und der eigenen femininen Rollenvorstellung sein: Die heteronormative Umwelt erhöht den Druck auf das Individuum, dieses fühlt sich abgelehnt, Selbstzweifel und Scham können entstehen. Frauen neigen eher dazu, Probleme zu internalisieren, sich selbst die Schuld zu geben und so in eine negative Gedankenspirale zu geraten (Nolen-Hoeksema & Girgus, 1994). Männer versuchen, Probleme zu ignorieren (Angst et al., 2002). Diese Bewältigungsstrategien scheinen stärker sozial als biologisch begründet zu sein. Angststörungen betreffen vor allem feminine Frauen. Andere Studien nennen Ängste während der Schwangerschaft (Sjögren, 1997), genetische Faktoren (Enoch et al., 2003) sowie die erhöhte Gefahr, Opfer von Missbrauch zu werden (Mufson, 2008),

als mögliche Ursachen. Frauen mit einem maskulinen Selbstkonzept scheinen diese Ängste weniger zu teilen.

Unterschiede zwischen Frauen und Männern beim Stresserleben fanden bereits diverse Studien (z.B. Bale & Epperson, 2015; Eisler & Skidmore, 1987; Juster et al., 2019). In der vorliegenden Arbeit konnten die biologischen Unterschiede bei einem hohen Stresserleben nicht reproduziert werden, es zeigen sich jedoch klare Differenzen beim sozialen Geschlecht. Feminine Frauen und Männer geben höhere Werte an als maskuline Personen. Da Stress in Zusammenhang mit der Lebenszufriedenheit, Gesundheit und psychischen Erkrankungen steht (vgl. Velten et al., 2018), können hier die Erklärungsansätze, wie bereits bei depressiven Symptomen und Angststörung genannt, in Betracht gezogen werden. Sieverding (2010) weist darauf hin, „dass Frauen in und nach belastenden Situationen über relativ mehr Stress berichteten als Männer“ (S. 194). Dies heißt jedoch nicht, dass sie auch wirklich mehr Stress erleben (Sieverding, 2010). Gemäß des männlichen Stereotyp wäre erwartbar, dass Männer ihren Stress beschwichtigen (Sieverding, 2010). Feminine Männer scheinen diese Tendenz weniger zu zeigen.

Bei MedizinstudentInnen fanden Macilwraith & Bennett (2018) Zusammenhänge zwischen dem Geschlecht und der Prävalenz für Burnout. Die in der vorliegenden Studie untersuchten TeilnehmerInnen weisen im Durchschnitt keine Anzeichen von Burnout auf. Ebenso gibt es keine signifikanten Unterschiede zwischen Frauen und Männern. Das Studienfach könnte demnach eine Rolle spielen. Feminine Personen berichten jedoch mehr von erhöhter Erschöpfung, Bedeutungsverlust des Studiums und einem reduzierten Wirksamkeitserleben als maskuline. Feminine Frauen sind am stärksten von Erschöpfung betroffen, feminine Männer erleben vergleichsweise vermehrt einen Bedeutungsverlust des Studiums und reduzierte Wirksamkeit. Ein maskulines Selbstkonzept könnte, ähnlich wie bei Stress, die subjektive Einschätzung verringern. Einen Zusammenhang von Stress und Burnout fanden auch Kulkarni und KollegInnen (2016). Da auch die feminine Gruppe in der vorliegenden Studie weniger im Studium engagiert ist und geringere Studienzufriedenheit berichtet, wäre eine Korrelation dieser Dimensionen mit Burnout denkbar, müsste aber durch weiterführende Forschung untersucht werden.

Zusammenfassend konnte gezeigt werden, dass Unterschiede in der selbstberichteten Gesundheit auftreten, wenn statt des biologischen Geschlechts die genderbezogene Persönlichkeitszuschreibung betrachtet wird. Feminine Studierende erleben mehr Stress, zeigen höhere Anzeichen für Burnout, Depressionen und Angststörungen und berichten

häufiger von körperlichen Beschwerden als maskuline Personen. Die eigene Gesundheit bewerten feminine Personen dementsprechend seltener als gut oder sehr gut. Studierende, die sich als feminin einschätzen, sind darüber hinaus weniger engagiert und weniger zufrieden mit ihrem Studium als maskuline. Ein maskulines Selbstkonzept scheint die Unterschiede zwischen Männern und Frauen bei körperlichen Beschwerden und generalisierter Angststörung abpuffern zu können. Im Bereich allgemeine Lebenszufriedenheit scheinen sich Effekte von biologischem und sozialem Geschlecht zu verstärken: Frauen sind per se zufriedener mit ihrem Leben. Aus Gender-Perspektive sind maskuline Studierende zufriedener als feminine. Die zufriedenste Gruppe sind maskuline Frauen.

Die vorliegende Arbeit gibt Hinweise auf die Wichtigkeit einer umfassenderen Betrachtung des Geschlechtsbegriff und damit in Verbindung stehende Einflüsse auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten. Angesichts der Zusammensetzung der Stichprobe sollten die hier genannten Ergebnisse nicht als allgemeingültig angesehen werden. Da es sich bei den Befragten ausschließlich um Studierende der Freien Universität Berlin handelt, sind Abweichungen mit der Allgemeinpopulation möglich. Durch den weitaus größeren Frauenanteil könnten die Ergebnisse zudem an repräsentativem Wert verlieren. Auch die einzelnen Subgruppen, die sich nach Auswertung der GERAS ergaben, enthalten teilweise nur eine geringe Anzahl Personen, weswegen hier weitere Studien mit mehr Teilnehmenden für weiterreichende Aussagen nötig sind. Offen bleibt zudem die Frage, ob Gruppenunterschiede zwischen femininen Frauen und maskulinen Frauen sowie zwischen femininen Männern und maskulinen Männern auftreten. Dies könnte bedeuten, dass Unterschiede zwischen dem biologischen und sozialen Geschlecht nur für eine bestimmte Personengruppe, eben nur Frauen oder nur Männer, zutreffend wären und sollte durch weitere Untersuchungen geprüft werden.

Da es sich bei der Erhebung ausschließlich um Fragebogendaten handelt, sind sowohl systematische Verzerrungen, wie soziale Erwünschtheit oder Selbsttäuschung, als auch unsystematische Verfälschungseinflüsse wie Flüchtighkeitsfehler möglich. Auch der schiere Umfang der Gesamtbefragung könnte nach sich ziehen, dass die Motivation der Befragten schwankt oder gegen Ende nachlässt. Items, die zudem Zeiträume (bspw. innerhalb der letzten zwei Wochen) abfragen, könnten aufgrund des Erinnerungsvermögens der Untersuchten ebenfalls störanfällig sein. Bezüglich der GERAS ist zu erwähnen, dass hier nicht die gesamte Skala zum Einsatz kam, sondern nur der Teil „Persönlichkeit“. Die Einbindung der Skalen „Kognitionen“ sowie „Aktivitäten und Interessen“ wird für weiterfüh-

rende Studien empfohlen und könnte die Einteilung zu maskulinen und femininen Gruppen durchaus anders darstellen.

Gender-Stereotype sind außerdem kulturabhängig. Während für deutsche Studierende die vorliegenden Ergebnisse zutreffen können, sind Abweichungen für zum Beispiel asiatische Studierende zu erwarten (vgl. Velten et al., 2018). Song & Liang (2019) beschreiben die chinesische maskuline Rolle mit Begriffen wie ehrlich, umsorgend, rational und ruhig. Einige dieser Eigenschaften entsprechen innerhalb der GERAS eindeutig Femininität. Da innerhalb der vorliegenden Arbeit lediglich die femininen und maskulinen Selbstkonzepte ausgewertet wurden, wäre es für spätere Untersuchungen interessant, auch die androgyne und undifferenzierte Gruppe und deren spezifisches Gesundheitsverhalten genauer zu betrachten.

Die vorliegenden Befunde beinhalten Hinweise, dass Interventionen und Behandlungen im Gesundheitsbereich Genderkonstruktionen berücksichtigen sollten. Geschlechtersensible Prävention und Gesundheitsförderung sollten immer im Hinblick auf biologische und soziale Unterschiede passieren. Eine Sensibilisierung des Themas könnte beispielsweise erfolgen, indem ForscherInnen und Menschen, die im Gesundheitswesen tätig sind, Trainings und Weiterbildungen besuchen, um sich der Relevanz von Geschlechterrollenerwartungen zukünftig bewusst zu sein. Da gesellschaftliche Normen Individuen auch 2020 immer noch stark beeinflussen können und dies womöglich auch zukünftig noch über viele Jahre tun werden, wäre es wünschenswert, wenn diese Normen sich durch Konzepte wie Gender Mainstreaming immer mehr auflösen und eine Gleichbehandlung aller, unter Berücksichtigung ihres persönlichen Selbstkonzepts und ihrer Bedürfnisse, ermöglichen.

Quellen- und Literaturverzeichnis

- Abele, A. (2003). Geschlecht, geschlechtsbezogenes Selbstkonzept und Berufserfolg. *Zeitschrift Fur Sozialpsychologie - Z SOZPSYCHOL*, 34, 161-172.
- Alfermann, D. (1992). Frauen in der Attributionsforschung: Die fleißige Liese und der kluge Hans. *Zeitschrift für Personalforschung / German Journal of Research in Human Resource Management*, 301-317.
- Angst, J., Gamma, A., Gastpar, M., Lépine, J. P., Mendlewicz, J. & Tylee, A. (2002). Gender differences in depression. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 252(5), 201-209.
- Bale, T. L. & Epperson, C. N. (2015). Sex differences and stress across the lifespan. *Nat Neurosci*, 18(10), 1413-1420.
- Bales, R. F. & Parsons, T. (1955). *Family, Socialization & Interaction Process*. Glencoe: Free Press.
- Baron-Cohen, S. (2004). *Vom ersten Tag an anders: Das weibliche und das männliche Gehirn*. Düsseldorf: Walter.
- Boettcher, N., Mitchell, J., Lashewicz, B., Jones, E., Wang, J., Gundu, S., Marchand, A., Michalak, E. et al. (2019). Men's Work-Related Stress and Mental Health: Illustrating the Workings of Masculine Role Norms. *American Journal of Men's Health*, 13(2).
- Bouson, J. B. (2016). *Shame and the aging woman: confronting and resisting ageism in contemporary women's writings*. Cham: Palgrave Macmillan.
- Brannon, R. (1976). The male sex role: Our culture's blueprint for manhood and what it's done for us lately. In D. David & R. Brannon (Hrsg.), *The forty-nine percent majority: The male sex role* (S. 1-48). Reading/MA: Addison-Wesley.
- Bruin, A. d., Picavet, H. S. J. & Nossikov, A. (1996). *Health interview surveys: towards international harmonization of methods and instruments*. Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Bublitz, H. (2006). Geschlecht. In H. Korte & B. Schäfers (Hrsg.), *Einführung in Hauptbegriffe der Soziologie* (S. 85-104). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (2006). *Leitbild BZgA - gemeinsam die Zukunft gestalten*. Zugriff am 08.06.2020. Verfügbar unter <https://www.bzga.de/ueber-uns/leitbild/>

- Chodorow, N. (1985). *Das Erbe der Mütter: Psychoanalyse und Soziologie der Geschlechter*. München: Verlag Frauenoffensive.
- Cohen-Bendahan, C., van de Beek, C. & Berenbaum, S. A. (2005). Prenatal sex hormone effects on child and adult sex-typed behavior: Methods and findings. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 29(2), 353-384.
- Constitution of the World Health Organization. (1946). *Bulletin of the World Health Organization*, 80(12), 983-984.
- Craft, R. M., Mogil, J. S. & Aloisi, A. M. (2004). Sex differences in pain and analgesia: The role of gonadal hormones. *European Journal of Pain*, 8(5), 397-411.
- Damrath, C. (2006). Studienzufriedenheit - Modelle und empirische Befunde. In U. Schmidt (Hrsg.), *Übergänge im Bildungssystem: Motivation - Entscheidung - Zufriedenheit* (S. 227-293). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Dietzen, A. (1993). *Soziales Geschlecht: Soziale, kulturelle und symbolische Dimensionen des Gender-Konzepts*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Dlugosch, G. E. & Krieger, W. (1995). Der Fragebogen zur Erfassung des Gesundheitsverhaltens (FEG). Frankfurt: Harcourt Test Gesellschaft.
- Doyal, L. (2001). Sex, gender, and health: The need for a new approach. *BMJ (Clinical research ed.)*, 323, 1061-1063.
- Eagly, A. H. & Wood, W. (1999). The origins of sex differences in human behavior: Evolved dispositions versus social roles. *American Psychologist*, 54(6), 408-423.
- Eckermann, E. (2012). The quality of life of adults. In K. C. Land, A. C. Michalos & M. J. Sirgy (Hrsg.), *Handbook of social indicators and quality of life research*. New York: Springer.
- Eckes, T. (2008). Geschlechterstereotype: Von Rollen, Identitäten und Vorurteilen. In R. Becker & B. Kortendiek (Hrsg.), *Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung: Theorie, Methoden, Empirie* (S. 171-182). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Eichler, M. (2000). Moving Toward Equality: Improving the Health of Canada's People, Recognizing and Eliminating Gender Bias in Health: Manual for Health Canada.
- Eichler, M., Fuchs, J. & Maschewsky-Schneider, U. (2000). Richtlinien zur Vermeidung von Gender Bias in der Gesundheitsforschung. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 8(4), 293.

- Eisler, R. M. & Skidmore, J. R. (1987). Masculine Gender Role Stress: Scale Development and Component Factors in the Appraisal of Stressful Situations. *Behavior Modification, 11*(2), 123-136.
- Enoch, M.-A., Xu, K., Ferro, E., Harris, C. R. & Goldman, D. (2003). Genetic origins of anxiety in women: a role for a functional catechol-O-methyltransferase polymorphism. *Psychiatric Genetics, 13*(1), 33-41.
- Fuchs, J., Maschewsky, K. & Maschewsky-Schneider, U. (2002). *Zu mehr Gleichberechtigung zwischen den Geschlechtern: Erkennen und Vermeiden von Gender Bias in der Gesundheitsforschung*. Berlin: Berliner Zentrum Public Health.
- Greiner, T. (2010). *Studienzufriedenheit von Lehramtsstudierenden. Empirische Analysen an drei Pädagogischen Hochschulen und zwei Universitäten und Folgerungen für die Hochschulausbildung*.
- Gruber, F. M., Distlberger, E., Scherndl, T., Ortner, T. M. & Pletzer, B. (2019). Psychometric Properties of the Multifaceted Gender-Related Attributes Survey (GERAS). *European Journal of Psychological Assessment, 1*-12.
- Hagemann-White, C. (1984). *Sozialisation: Weiblich - männlich?* Opladen: Leske + Budrich.
- Hampson, E. (1990). Variations in sex-related cognitive abilities across the menstrual cycle. *Brain and Cognition, 14*(1), 26-43.
- Helbich, M. (2016). Gender und die Entwicklung einer Geschlechtsidentität aus rollentheoretischer Sicht. *Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie, 15*(2), 21-32.
- Hurrelmann, K. & Richter, M. (2013). *Gesundheits- und Medizinsoziologie* (Bd. 8). Weinheim: Beltz Juventa.
- Inglehart, R. (2002). Gender, aging, and subjective well-being. *Int J Comp Sociol, 43*.
- Institute of Medicine. (2001). *Exploring the Biological Contributions to Human Health: Does Sex Matter?* Washington, DC: The National Academies Press.
- Jahn, I. (2016). Geschlechtergerechte Gesundheitsforschung – Aktuelle Vorgaben der National Institutes of Health in den USA können neuen Schwung auch nach Deutschland bringen – Diskussionsbeitrag. *Gesundheitswesen, 78*(07), 469-472.
- Jochmann, A., Kammerer, J., Rafalski, R. A., Thomas, T., Lesener, T., Wolter, C. & Gusy, B. (2019). *Wie gesund sind Studierende der Freien Universität Berlin? Ergebnisse der Befragung 01/19*. Berlin: Freie Universität Berlin.

- Joshanloo, M. & Jovanović, V. (2020). The relationship between gender and life satisfaction: analysis across demographic groups and global regions. *Archives of Women's Mental Health*, 23(3), 331-338.
- Juster, R. P., de Torre, M. B., Kerr, P., Kheloui, S., Rossi, M. & Bourdon, O. (2019). Sex Differences and Gender Diversity in Stress Responses and Allostatic Load Among Workers and LGBT People. *Curr Psychiatry Rep*, 21(11), 110.
- Kolip, P. (2008). Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 51(1), 28-35.
- Krampen, G., Effertz, B., Jostock, U. & Müller, B. (1990). Gender differences in personality: Biological and/or psychological? *European Journal of Personality*, 4(4), 303-317.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W. & Löwe, B. (2009). An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: the PHQ-4. *Psychosomatics*, 50(6), 613-621.
- Krug, S., Jordan, S., Mensink, G. B., Müters, S., Finger, J. & Lampert, T. (2013). Körperliche Aktivität. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 56(5-6), 765-771.
- Kulkarni, S., Dagli, N., Duraiswamy, P., Desai, H., Vyas, H. & Baroudi, K. (2016). Stress and professional burnout among newly graduated dentists. *J Int Soc Prev Community Dent*, 6(6), 535-541.
- Lademann, J. & Kolip, P. (2005). *Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes - Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Lautenbacher, S., Güntürkün, O. & Hausmann, M. (2007). *Gehirn und Geschlecht: Neurowissenschaft des kleinen Unterschieds zwischen Frau und Mann*. Berlin: Springer.
- Lewinsohn, P. M., Gotlib, I. H., Lewinsohn, M., Seeley, J. R. & Allen, N. B. (1998). Gender differences in anxiety disorders and anxiety symptoms in adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(1), 109-117.
- Macilwraith, P. & Bennett, D. (2018). Burnout and Physical Activity in Medical Students. *Ir Med J*, 111(3), 707.
- Money, J., Hampson, J. G. & Hampson, J. L. (1955). An examination of some basic sexual concepts: the evidence of human hermaphroditism. *Bull Johns Hopkins Hosp*, 97(4), 301-319.

- Money, J. & Tucker, P. (1975). *Sexual signatures: On being a man or a woman*. Oxford, England: Little, Brown.
- Mufson, M. J. (2008). *Coping with anxiety and phobias*: Harvard Health Publications.
- Nolen-Hoeksema, S. & Girgus, J. S. (1994). The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychological Bulletin*, 115(3), 424-443.
- Ostermann, D. (2010). Was ist Gesundheit? In D. Ostermann (Hrsg.), *Gesundheitscoaching* (S. 83-176). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Pauli, A. & Hornberg, C. (2010). Gesundheit und Krankheit. In R. Becker & B. Kortendiek (Hrsg.), *Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung: Theorie, Methoden, Empirie* (S. 631-643). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Pinel, J. P. J. & Pauli, P. (2012). *Biopsychologie*. München: Pearson Deutschland GmbH.
- Prentice, D. A. & Carranza, E. (2002). What Women and Men Should Be, Shouldn't be, are Allowed to be, and don't Have to Be: The Contents of Prescriptive Gender Stereotypes. *Psychology of Women Quarterly*, 26(4), 269-281.
- Prentice, D. A. & Carranza, E. (2004). Sustaining Cultural Beliefs in the Face of Their Violation: The Case of Gender Stereotypes. In *The psychological foundations of culture*. (S. 259-280). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Robert Koch-Institut. (2015). *Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin: RKI.
- Rubin, G. (1975). The traffic in women: Notes on the "political economy" of sex.
- Schaufeli, W. B. & Bakker, A. B. (2003). *Utrecht Work Engagement Scale* Zugriff am 09.06.2020. Verfügbar unter https://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/Tests/UWES_D_9.pdf
- Schmidt, L. & Obergfell, J. (2011). *Zwangsjacke Bachelor?! Stressempfinden und Gesundheit Studierender*.
- Schumacher, J. (2003). SWLS Satisfaction with Life Scale. In J. Schumacher, A. Klaiberg & E. Brähler (Hrsg.), *Diagnostik für Klinik und Praxis, Band 2* (S. 305-309): Hogrefe.
- Sieverding, M. (1998). Sind Frauen weniger gesund als Männer? Überprüfung einer verbreiteten Annahme anhand neuerer Befunde. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 50(3), 471-489.
- Sieverding, M. (2009). Gender. In J. B. M. Jerusalem (Hrsg.), *Handbuch der Gesundheitspsychologie und medizinischen Psychologie* (S. 130-138). Göttingen: Hogrefe.

- Sieverding, M. (2010). Gesundheitspsychologie. In G. Steins (Hrsg.), *Handbuch Psychologie und Geschlechterforschung* (S. 189-201). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Sisk, C. L. & Zehr, J. L. (2005). Pubertal hormones organize the adolescent brain and behavior. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 26(3/4), 163-174.
- Sjögren, B. (1997). Reasons for anxiety about childbirth in 100 pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 18(4), 266-272.
- Song, G. & Liang, C. T. H. (2019). Masculine gender role expectations in China: A consensual qualitative research-modified study. *Psychology of Men & Masculinities*, 20(4), 553-563.
- Sousa-Poza, A. & Sousa-Poza, A. A. (2000). Taking another look at the gender/job-satisfaction paradox. *Kyklos*, 53(2), 135-152.
- Spaderma, H. & Sieverding, M. (2018). Geschlecht und Geschlechterrollen. In C. Salewski & M. A. Wirtz (Hrsg.), *Psychologie in der Gesundheitsförderung* (Bd. 1, S. 199-211). Bern: Hogrefe Verlag.
- Stephenson, P. & McKee, M. (1993). Look twice. *European Journal of Public Health*, 3(3), 151-152.
- Tödter, K.-H. (2008). 100 Jahre t-Test. *WiSt - Wirtschaftswissenschaftliches Studium*, 37, 678-680.
- Turner, A. K. & Archer, J. (1994). *Genetic & hormonal influences on male violence*. London: Routledge.
- University Health Report. (2016). *Faktenblatt zu UHR FU Berlin 01/2016 - Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustands*. Zugriff am 05.06.2020. Verfügbar unter <https://www.uhreport.de/index.php/gesundheitsbericht-01-16.html>
- Van Goozen, S. H. M., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L. J. G., Frijda, N. H. & Van de Poll, N. E. (1994). Activating effects of androgens on cognitive performance: Causal evidence in a group of female-to-male transsexuals. *Neuropsychologia*, 32(10), 1153-1157.
- Van Goozen, S. H. M., Slabbekoorn, D., Gooren, L. J. G., Sanders, G. & Cohen-Kettenis, P. T. (2002). Organizing and activating effects of sex hormones in homosexual transsexuals. *Behavioral Neuroscience*, 116(6), 982-988.
- Velten, J., Bieda, A., Scholten, S., Wannemüller, A. & Margraf, J. (2018). Lifestyle choices and mental health: a longitudinal survey with German and Chinese students. *BMC Public Health*, 18(1), 632.

- von Braun, C. & Stephan, I. (2006). *Gender-Studien: Eine Einführung*. Stuttgart: J.B. Metzler.
- Wattenberg, I., Lätzsch, R. & Hornberg, C. (2019). Gesundheit, Krankheit und Geschlecht: ein gesundheitswissenschaftlicher Zugang zu Einflussfaktoren und Versorgungssystem. In B. Kortendiek, B. Riegraf & K. Sabisch (Hrsg.), *Handbuch Interdisziplinäre Geschlechterforschung* (S. 1193-1202). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Wilcox, R. R. (2005). Robust testing procedures. In B. S. Everitt & D. C. Howell (Hrsg.), *Encyclopedia of Statistics in Behavioral Science* (S. 1768-1769). Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
- Wölfel, F., Gusy, B., Lohman, K. & Kleiber, D. (2015). Validierung der deutschen Kurzversion des Maslach-Burnout-Inventars für Studierende (MBI-SS KV). *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 23(4), 191-196.