

Gesundheitsrelevantes Verhalten im Jugendalter aus Geschlechterperspektive

(1) Das theoretische Rahmenmodell

Das theoretische Rahmenmodell für den folgenden Beitrag stützt sich auf die Arbeiten des israelischen Medizin-Soziologen Aaron ANTONOVSKY, der dem pathogenetischen Ansatz in der Medizin einen so genannten „salutogenetischen“ gegenüber gestellt hat. Er geht davon aus, dass Gesundheit und Krankheit die beiden Pole eines Kontinuums bilden. Dieser Gedanke lässt sich auf gesundheitsrelevantes Verhalten übertragen: wir verhalten uns nicht entweder gesundheitsförderlich oder gesundheitsschädlich, sondern häufig kommen Mischformen vor. ANTONOVSKY hat die Frage gestellt, welche Faktoren dazu beitragen, dass wir uns in Richtung des Gesundheitspols bewegen, bzw. übertragen auf unser Thema: dass wir uns gesundheitsförderlich und möglichst wenig gesundheitsriskant verhalten. Er identifiziert zwei Hauptgruppen von Einflussfaktoren: Risikofaktoren auf der einen Seite (z.B. chronische und akute Belastungen) und Schutzfaktoren/Ressourcen auf der anderen Seite. Diese wiederum lassen sich danach unterscheiden, ob sie an die Person gebunden (z.B. Selbstwertgefühl, Bewältigungsstrategien) oder in der sozialen Umwelt bzw. den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen zu suchen sind.

Die Überlegungen ANTONOVSKYS lassen sich in hervorragender Weise dafür nutzen, die

Befunde der Jugendgesundheitsforschung zu systematisieren. Ich werde zunächst auf das Kontinuum eingehen und einige empirische Befunde zum gesundheitsrelevanten Verhalten aus Geschlechterperspektive vorstellen, um dann später darauf einzugehen, wo die Ansatzpunkte für Gesundheitsförderung liegen, also welche Ressourcen gefördert werden müssen. Auch hier ist eine geschlechtervergleichende Perspektive dringend geboten, weil sich Mädchen und Jungen hinsichtlich der Einflussfaktoren auf Gesundheit und gesundheitsrelevantes Verhalten unterscheiden.

(2) Empirische Befunde zu den Geschlechterunterschieden im gesundheitsrelevanten Verhalten

Die folgende Darstellung der empirischen Befunde stützt sich auf die so genannte „HBSC-Studie“ (Health Behavior in School-aged Children), die seit 1984 unter Federführung der WHO in einer wachsenden Zahl von Ländern durchgeführt wird. Befragt werden jeweils ca. 1.500 Schüler/innen im Alter von 11, 13 und 15 Jahren zu Gesundheit und Wohlbefinden, gesundheitsrelevantem Verhalten und potenziellen Einflussfaktoren auf die Gesundheit. Die Studie will einen Überblick geben zur Frage, in welchen Bereichen sich die Gesundheit von Mädchen und Jungen heute (noch) unterscheidet.

Für den Tabakkonsum (vgl. Abb. 2) lässt sich festhalten, dass sich Mädchen und Jungen weitgehend angeglichen haben, insbesondere, was den Probierkonsum angeht. Bei den täglichen Raucher/innen überwiegen in der Altersgruppe der Fünfzehnjährigen sogar die

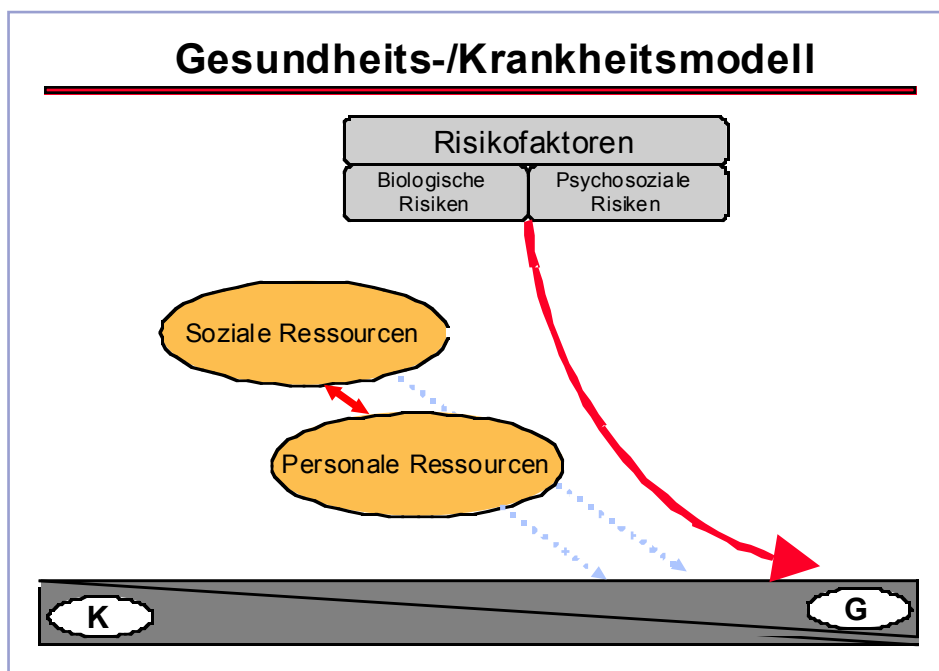


Abbildung 1

Mädchen. Qualitative Unterschiede, die aus den HBSC-Daten nicht hervor gehen, zeigen aber, dass Jungen, wenn sie rauchen, mehr Zigaretten rauchen, und dass sie auch zu „härteren“ Tabakprodukten (z.B. filterlose oder selbst gedrehte Zigaretten) greifen.

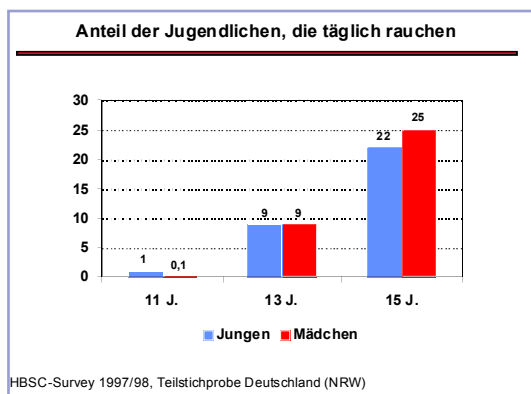


Abbildung 2

Beim Alkoholkonsum überwiegen die Jungen (vgl. Abb. 3). Zwar finden sich nur geringe Unterschiede in der Lebenszeitprävalenz, aber Jungen konsumieren häufiger und regelmäßiger Alkohol. Sie sind häufiger als Mädchen betrunken und sie bevorzugen andere Alkoholsorten (Bier, harte Spirituosen).

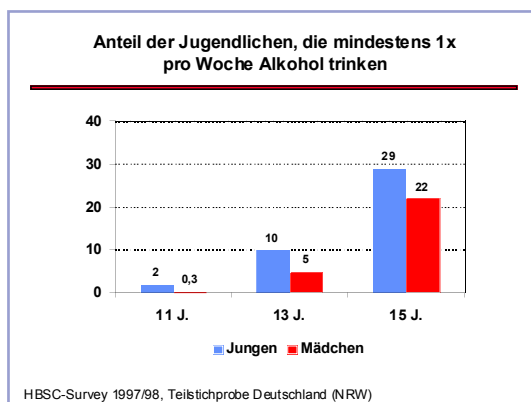


Abbildung 3

Auch die Ernährung ist ein Bereich, in dem sich Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen finden. Allerdings ist hier ein differenzierter Blick nötig (vgl. Abb. 4-6). Bezogen auf das, was sie essen, ernähren sich Mädchen gesünder: Sie konsumieren häufiger Obst und essen seltener Chips und Süßigkeiten.

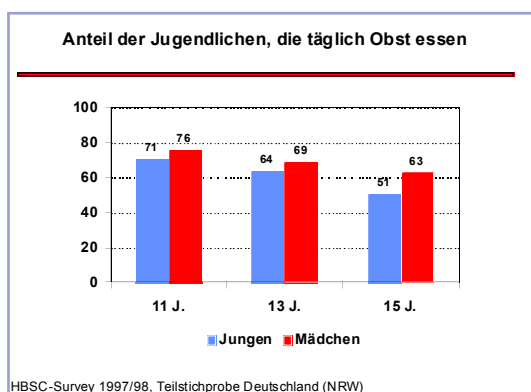


Abbildung 4

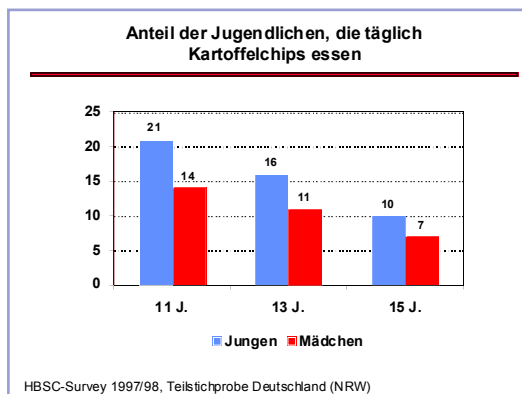


Abbildung 5

Allerdings verhalten sich Mädchen in einem anderen ernährungsbezogenen Bereich riskanter: Sie sind häufiger unzufrieden mit ihrem Körper und machen wesentlich häufiger als Jungen eine Diät. Restriktives Essverhalten, das einen Einstieg in Essstörungen bieten kann, ist ein typisches gesundheitliches Problemverhalten von Mädchen, auch wenn sich die Hinweise mehren, dass auch Jungen zunehmend Diäten machen und von Essstörungen betroffen sind.

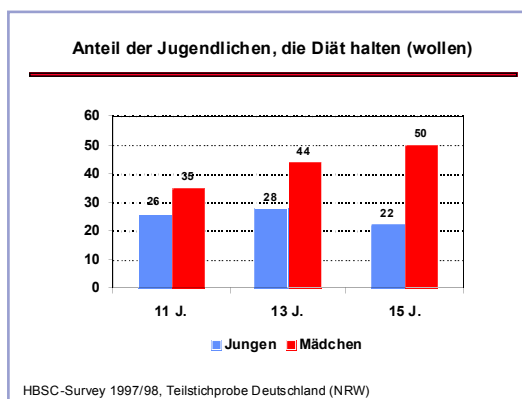


Abbildung 6

In einem weiteren Bereich verhalten sich Mädchen riskanter: Sie nehmen häufiger Medikamente, insbesondere psychotrope Substanzen ein (vgl. Abb. 7). So geben 42 Prozent der fünfzehnjährigen Mädchen, aber „nur“ 28 Prozent der gleichaltrigen Jungen an, mindestens einmal im Monat Kopfschmerztabletten zu nehmen. Dieses Ergebnis verweist zwar auf die höhere Kopfschmerzhäufigkeit, ist aber auch zugleich ein Hinweis darauf, dass Mädchen in

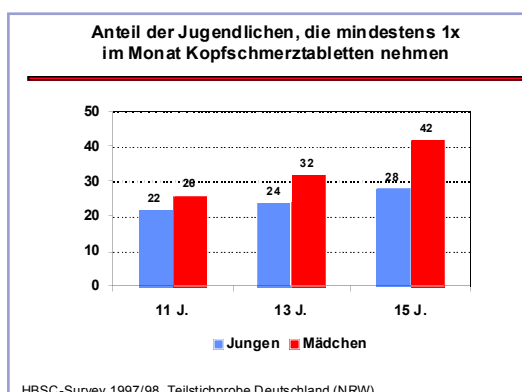


Abbildung 7

Bezug auf die Einnahme von Medikamenten eine niedrigere Schwelle haben.

Auch im Bewegungsbereich verhalten sich Mädchen riskanter (vgl. Abb. 8). Sie treiben verglichen mit den Jungen weniger Sport. Besonders in der höheren Altersgruppe (15 Jahre) finden sich deutliche Unterschiede: 83 Prozent der Jungen üben mindestens zweimal pro Woche außerhalb der Schule eine sportliche Tätigkeit aus, bei den Mädchen sind es nur 66 Prozent. Studien zum Freizeitverhalten bestätigen, dass in der Pubertät Mädchen ihr Bewegungsverhalten dramatisch zurückschrauben.

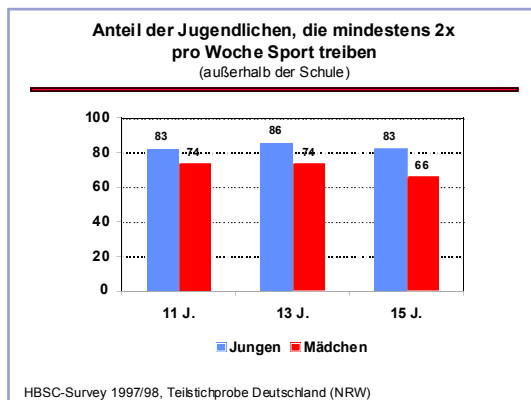


Abbildung 8

Ein weiterer Bereich wurde in dem HBSC-Survey 1997/98 leider nicht mehr erfragt: Unfälle und Verletzungen. In der vorhergehenden Studie wurde deutlich, dass dies ein Verhaltensbereich ist, in dem Jungen extrem gefährdet sind. Jungen haben wesentlich häufiger schwere Verletzungen als Mädchen. Dieses Ergebnis spiegelt sich auch in der Todesursachenstatistik wider: 1999 starben in der Altersgruppe von 15 bis 25 Jahren 1751 Jungen und junge Männer an den Folgen eines Unfalls, bei den Mädchen und jungen Frauen waren es „nur“ 538. Jungen sind also von einem Unfall drei Mal so häufig betroffen. Nimmt man hier die Verkehrsunfälle, die bei den Unfällen die wichtigste Kategorie sind, näher unter die Lupe, fällt das Ausmaß des männlichen Risikoverhaltens besonders ins Auge. So hat die Bundesanstalt für Straßenwesen 1989 so genannte Disco-Unfälle analysiert, also Unfälle, die in den Nächten von Freitag auf Samstag bzw. Samstag auf Sonntag passieren. Sie konnten zeigen, dass Mädchen zwar genau so häufig einen Führerschein haben, aber seltener am Steuer sitzen (auf drei Fahrer kommt eine FahrerIn). Mädchen können am Wochenende seltener über ein Auto verfügen. Bei den Unfällen fällt aber auf, dass bei 40 Prozent der von jungen Männern verursachten Unfälle, aber nur bei 14 Prozent der von jungen Frauen verursachten Unfälle Alkohol im Spiel ist. Anders formuliert: Jungen fahren lieber selber betrunken Auto als dass sie ihre nüchternen Freund-

innen ans Steuer lassen.

(3) Theoretische Erklärungsansätze

Die Jugendgesundheitsforschung hat deutlich gemacht, dass gesundheitliches Risikoverhalten spezifische Funktionen erfüllt und dass es diese Funktionen bei der Planung von Präventionsprogrammen zu berücksichtigen gilt („Anbieten funktionaler Äquivalente“). Die Funktionalität gesundheitlichen Risikoverhaltens ist vielfältig: Es dient der Entspannung, der Stressbewältigung, der Betäubung, es bietet Möglichkeiten der Kontaktaufnahme, aber auch der Provokation, dient der Integration in die Gruppe der Gleichaltrigen, sowie der Ablösung von den Eltern, der Demonstration des Erwachsen-Seins und nicht zuletzt der Aneignung sozialer Räume und der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben.

Zahlreiche dieser Funktionen lassen sich in einer Geschlechterperspektive ausbuchstabieren. So ist die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben zwar als Funktion geschlechtsneutral formuliert, dahinter verbergen sich aber für Mädchen und Jungen ganz unterschiedliche Aufgaben. So ist die Vorbereitung auf Familie und auf eine berufliche Karriere – eine Entwicklungsaufgabe, die konstant für verschiedene Kulturen formuliert wird – für Mädchen und Jungen je unterschiedlich ausgestaltet, denn wir leben in einem zweigeschlechtlichen System, das nach wie vor Mädchen und Jungen unterschiedliche soziale Handlungsfelder und Aufgaben zuweist. Auch die Aneignung des eigenen Körpers ist vor diesem Hintergrund eine Aufgabe, die Mädchen und Jungen in unterschiedlicher Weise lösen müssen. Die Genderforschung weist darüber hinaus auf einen weiteren Punkt hin. Hier wird seit geraumer Zeit über die Differenzierung von „sex“ und „gender“ diskutiert. Während „sex“ das biologische Geschlecht meint, weist der Begriff „gender“ darauf hin, dass das Geschlecht auch eine soziale Kategorie ist. Die Autor/innen WEST und ZIMMERMAN gehen sogar noch weiter und betonen, dass das Geschlecht nicht festgelegt ist, sondern in sozialen Interaktionen ausgehandelt wird. Da das Geschlecht eine zentrale Kategorie in unserer Gesellschaft ist, an der sich z.B. die Stellung in der sozialen Hierarchie festmacht, sind wir in sozialen Interaktionen darauf angewiesen, dass wir das Geschlecht unseres Gegenübers schnell erkennen. Meist gelingt uns dies leicht, weil sich Männer wie Frauen, Jungen wie Mädchen auch eindeutig ihrem Geschlecht entsprechend verhalten (z.B. hinsichtlich Bewegung und Stimme, aber auch in Bezug auf Kleidung und Frisur). Jugendliche haben die Aufgabe, sich in

der Adoleszenz Männlichkeit und Weiblichkeit anzueignen. Dies geht dann besonders leicht, wenn sie auf solche Verhaltensweisen zurückgreifen können, die eindeutig männlich oder weiblich „belegt“ sind. Gesundheitliches Risikoverhalten bietet hier ein breites Repertoire, weil sich zahlreiche Verhaltensweisen gut dazu eignen, Männlichkeit – z.B. über exzessiven Alkoholkonsum) – oder Weiblichkeit – z.B. über restriktives Essverhalten – zu demonstrieren. Gesundheitlichem Risikoverhalten kommt so ein identitätsstiftendes oder identitätsstabilisierendes Moment zu, das bei der Planung von Präventionsprogrammen stärker berücksichtigt werden muss.

(4) Ausblick

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sich Mädchen und Jungen in zahlreichen gesundheitsrelevanten Bereichen voneinander unterscheiden. Generalisierend lässt sich festhalten, dass Mädchen eher durch internalisierendes Risikoverhalten (Diätverhalten, Medikamentenkonsum), Jungen eher durch externalisierendes Verhalten (exzessiver Alkoholkonsum, riskantes Verkehrsverhalten) auffallen. Eine Schlussfolgerung daraus ist, dass bei der Planung von Präventionsprogrammen stärker auf diese Geschlechtsunterschiede geachtet werden muss. Dies gilt auch und gerade für Programme, die für Zielgruppen in sozialen Brennpunkten entwickelt werden. Hier kommt zu der Geschlechterdimension noch einmal die zweite Dimension der sozialen Ungleichheit dazu. Aber auch wenn man diese nach vorne rückt – und es gibt gute Gründe, dies zu tun – darf die Frage nach den Unterschieden zwischen den Geschlechtern nicht vernachlässigt werden. Cornelia HELFFERICH hat sehr präzise aufgezeigt, dass sich in einzelnen kulturellen Milieus immer eine Differenzierung entlang der Geschlechterdimension aufzeigen lässt.

Es ist sehr zu begrüßen, dass endlich die gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen aus sozialen Brennpunkten in den Blick genommen wird und es wäre wenig hilfreich, die Geschlechterdiskussion gegen die Diskussion der sozialen Ungleichheit auszuspielen. Dennoch ist es notwendig darauf hinzuweisen, dass es auch bei der Arbeit in sozialen Brennpunkten bedeutsam ist, die Geschlechterdimension zu beachten. Es geht hier um eine zielgruppengerechte bzw. zielgruppenspezifische Entwicklung von Maßnahmen. Die Berücksichtigung der Kategorie Geschlecht kann hier dazu führen, dass Maßnahmen effektiver sind als sie es ohne eine solche Perspektive sein würden.

Dieser Punkt ist auch deshalb wichtig, weil

die Erfahrung mit den bisherigen Präventionsprogrammen – gerade mit jenen, die auch auf die Vermittlung von Lebenskompetenzen setzen – zeigt, dass das Gießkannenprinzip nicht funktioniert. So zeigt Anja LEPPIN in ihrer Evaluationsstudie, dass vor allem diejenigen von einem schulischen Präventionsprogramm profitieren, die es am wenigsten nötig haben: Mädchen, sozial integrierte Jugendliche, Jugendliche höherer sozialer Schichten.

Bislang fehlen leider wissenschaftliche Analysen, die die Perspektiven der sozialen und geschlechtlichen Ungleichheit miteinander verbinden. Das hat zum Teil methodische Probleme (z.B. zu kleine Stichproben), zum Teil zeugt es aber auch vom Stand der wissenschaftlichen Diskussion. Es ist zu hoffen und zu wünschen, dass der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey deshalb einen Schwerpunkt auf die Verbindung dieser beiden Fragen legen wird. Wenn wir zielgruppenspezifisch arbeiten wollen und wenn wir wollen, dass unsere Angebote auch einen Erfolg zeigen, müssen wir genauer hinschauen, was die Jugendlichen brauchen und wie wir sie erreichen können. Und da müssen auch in sozialen Brennpunkten für Mädchen und Jungen unterschiedliche Ziele definiert und unterschiedliche Zugangswege gewählt werden.