

Andrea Pauli, Claudia Hornberg

Gesundheit und Krankheit: Ursachen und Erklärungsansätze aus der Gender-Perspektive

Frauen und Männer weisen äußerst heterogene Morbiditäts- und Mortalitätsprofile auf (vgl. Lademann/Kolip 2005, RKI 2006). Frauen verbringen im Vergleich zu Männern mehr Lebensjahre mit beeinträchtigter Lebensqualität bzw. weniger Lebenszeit bei guter Gesundheit (vgl. Eurostat 2000, Klotz 2006), haben aber zugleich gegenüber den Männern einen Überlebensvorteil von etwa sechs bis sieben Jahren (80,8 vs. 74,8 Jahre) (vgl. Statistisches Bundesamt 2002, Lademann/Kolip 2005). Dieser geschlechtsspezifische Lebenserwartungsunterschied ist in nahezu allen Nationen, vor allem der westlichen Hemisphäre, nachzuweisen (vgl. Luy 2002, Klotz 2006). Insbesondere in der Altersspanne zwischen 15 und 65 Jahren ist die männliche Mortalitätsrate etwa doppelt so hoch wie bei Frauen dieses Alters (vgl. Brähler/Goldschmidt/Kupfer 2001). Das sog. „Geschlechterparadox“ (vgl. Kolip 2003), demzufolge Frauen als vermeintlich „kränkleres Geschlecht“ (vgl. Maschewsky-Schneider 1996, Sieverding 1998) eine höhere Lebenserwartung haben, beschäftigt die Wissenschaften bereits seit Jahrzehnten (vgl. Verbrugge 1976, 1990). Auch innerhalb von Public Health, als Wissenschaft und Praxis zur Verbesserung der bevölkerungsbezogenen Gesundheit und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität sowie zur Reduzierung von Gesundheitsbelastungen und Krankheitsrisiken (vgl. Flick 2002), hat sich die Frage, inwieweit Unterschiede in Gesundheit und Krankheit allein auf biologische oder eher auf verhaltens- und/oder bzw. umweltbezogene Faktoren zurückgehen zu einem bedeutsamen Schwerpunkt entwickelt. Im Wesentlichen lassen sich die diskutierten Einflussvariablen in Anlehnung an Verbrugge (1990) einteilen in:

Biologisch-genetische Faktoren

Geschlechtsspezifische Differenzen im Krankheitsspektrum sowie in Symptomatik, Ausprägung, Häufigkeit und Dauer von Erkrankungen gehen zum Teil zurück auf Unterschiede in den genetischen Anlagen, dem Hormonstatus, der immunologischen Ausstattung sowie den anatomisch-funktionalen Besonderheiten. Physiologische Unterschiede in der Enzyenausstattung und im Hormonstatus sowie der höhere Fettanteil im weiblichen Körper beeinflussen z.B. die höhere organische Vulnerabilität und Reaktion auf die Exposition gegenüber Schadstoffen des Tabakrauchs (vgl. Lademann/Kolip 2005) sowie die pharmakokinetische Wirkung von Arzneimitteln. Bei vielen Erkrankungen ist der Anteil biologisch-genetischer Faktoren am Krankheitsgeschehen noch weitgehend ungeklärt.

Geschlechtsspezifische Verhaltensweisen und Gesundheitskonzepte

Frauen- und Männergesundheit ist unmittelbar verknüpft mit der kulturell und historisch verankerten Auffassung von Weiblichkeit und Männlichkeit (vgl. Dinges 2004) sowie mit der Vorstellung von Frauen- und Männerkörpern. Die Ausbildung subjektiver Körper- und Gesundheitskonzepte, die vorwiegend in der Phase der Adoleszenz erfolgt (vgl. Helfferich 2001), hat wesentlichen Einfluss auf das spätere Inanspruchnahmeverhalten von Gesundheitsleistungen (vgl. Stein-Hilbers 1995). Gesundheitsverhalten, subjektive Bewertungen gesundheitlicher Befindlichkeiten sowie Krankheitsbewältigungsverhalten (Coping-Strategien) sind eng mit der soziokulturell und gesellschaftlich determinierten weiblichen und männlichen Geschlechtsrolle und den damit einhergehenden Rollenerwartungen, Handlungsoptionen bzw. Restriktionen verwoben (vgl. Waldron 1998, Kolip u.a. 2004). Darüber hinaus hat sich der soziale Status in der Vergangenheit als eine zentrale Gesundheitsdeterminante erwiesen, die Einfluss auf das Gesundheitsverhalten von Frauen und Männern nehmen kann (vgl. Lampert 2006).

Geschlechterunterschiede in Herz-Kreislaufkrankungen, HIV-Infektionen, malignen (bösartigen) Tumoren der Leber, Lunge, Speiseröhre, Mundhöhle und Bronchien sowie Verkehrsunfällen und Suiziden haben wesentlichen Anteil an dem überproportionalen Verlust an Lebenszeit und Lebensqualität zuungunsten der Männer. Zahlreiche dieser Morbiditäts- und Mortalitätsrisiken sind eng mit männerspezifischen Belastungen sowie gesundheitsgefährdenden Verhaltensstereotypen und Bewältigungsstrategien assoziiert (vgl. Merbach/Kleiberg/Brähler 2001, Hollstein 2002). Wenn auch das Bild „traditioneller Männlichkeit“ (Dinges 2005) in bestimmten Bereichen Veränderungen unterworfen ist und Bruchstellen aufweist, reproduzieren bestehende Rollenerfordernisse nach wie vor „typisch männliches Gesundheitshandeln“, das zum Teil mit erheblichen Risiken assoziiert ist (vgl. Sieverding 2004, Koppelin/Müller 2004). Bereits im Zuge der Sozialisation werden die Unterdrückung und Kontrolle von Emotionen sowie die Fixierung auf Leistung und Erfolg als wichtige „männliche Eigenschaften“ vermittelt. Aus einer Art „Außenperspektive auf ihren Körper“ (Brandes 2003: 10) werden Körpersignale als mögliche Krankheitssymptome und Befindlichkeitsstörungen entsprechend bagatellisiert, ausgeblendet und Arztconsultationen vielfach hinausgezögert (vgl. Kolip/Koppelin 2002, Brandes 2003). Dieses Verhalten findet sich in der geringen Nutzung von Gesundheitsförderungsangeboten (vgl. Sieverding 2004) sowie in der niedrigen Inanspruchnahmerate von Früherkennungsuntersuchungen wieder (vgl. Altgeld 2004, RKI 2006). Im Umgang mit komplexen Belastungssituationen aktivieren Männer tendenziell eher externalisierende, ausagierende Bewältigungsstrategien. Konsistente Befunde verweisen beispielsweise darauf, dass Arbeitsplatzverlust bei Männern häufig mit Alkoholmissbrauch gekoppelt ist (vgl. Brenner 2006) und mit der hohen männlichen Suizidrate (vgl. Schmidtke u.a. 2005) in Verbindung steht. Zusammenhänge zwischen männlicher Geschlechtsrolle und Gesundheitsverhalten treten besonders deutlich im riskanten Alkoholkonsum und im Sexualverhalten zutage (vgl. RKI 2006). Im Straßenverkehr und am Arbeitsplatz sind Männer eher bereit Gesundheitsrisiken mit u.U. weitreichenden Folgen einzugehen (vgl. Schofield u.a. 2000, Altgeld 2004, RKI 2006, Seidel u.a. 2007).

Frauen schätzen ihre physische und psychische Gesundheit nicht grundsätzlich, aber doch in bestimmten Altersgruppen (z.B. jenseits des mittleren Lebensalters) (vgl. MFJFG 2000) schlechter als Männer ein und berichten über eine höhere subjektive Beschwerdeprävalenz (vgl. Sieverding 2005, RKI 2006). Für gesundheitliche Beeinträchtigungen sind Frauen gewöhnlich feinfühler und nehmen diese mit ihrer eher nach innen gerichteten Perspektive auf den eigenen Körper (vgl. Brandes 2003) im Vergleich zu Männern früher wahr (Brähler/Felder 1999). Aufgrund ihrer Sozialisation wird Frauen mehr Sensibilität und Aufmerksamkeit im Umgang mit dem eigenen Körper zugeschrieben. Diese sind eng mit Attributen wie Schönheit und Attraktivität assoziiert und können gerade bei jungen Frauen in eine destruktive Körperfixierung umschlagen (vgl. Kiefer u.a. 2000). Körperliche und seelische Beeinträchtigungen äußern Frauen eher in psychosomatischen Beschwerdemustern. Sie verweisen u.a. auf die Dominanz internali-

sierender, emotionsbezogener Reaktionsweisen als Form der Lebensbewältigung (vgl. Bullinger/Petersen 2007). Darüber hinaus sind sie Ausdruck eines geschlechtsspezifisch geprägten, biografisch erworbenen Repertoires für die Bewältigung von Belastungsfaktoren (vgl. Kuhlmeier 2006). Nivellierungen von Geschlechterunterschieden im Gesundheitsverhalten sind u.a. im Alkoholkonsum und im Rauchverhalten zu beobachten (vgl. Landtag Nordrhein-Westfalen 2004, RKI 2006). Unterschiede sind hingegen bezüglich Frequenz und Intensität körperlicher Bewegung zu konstatieren. Danach sind Frauen vor allem im mittleren Lebensalter und aus unteren sozialen Schichten körperlich inaktiver als Männer (vgl. Mensink 2003, Lademann/Kolip 2005, Schneider/Becker 2005). Andererseits sind Frauen in allen Altersgruppen seltener übergewichtig (vgl. Statistisches Bundesamt 2006). Ein höheres Gesundheitsbewusstsein zeigen Frauen vor allem im mittleren Lebensalter in der Inanspruchnahme von Gesundheitsvorsorge. Insgesamt sind Frauen gegenüber Prävention und Gesundheitsförderung aufgeschlossener als Männer.

Determinanten der sozialen Lage – Sozialepidemiologische Befunde

Der aktuelle Gesundheitsbericht für Deutschland (RKI 2006) zeigt sehr deutlich, dass Morbiditäts- und Mortalitätsprofile der weiblichen und männlichen Bevölkerung zugleich als Indikatoren der sozialen Lage eines Landes zu bewerten sind. Als ein deutliches Indiz für bestehende Zusammenhänge von Sozialstatus und gesundheitlicher Ungleichheit gilt die in allen westlichen Industrienationen vorhandene Differenz der mittleren Lebenserwartung von etwa sieben Jahren zwischen der höchsten und niedrigsten Sozialschicht (vgl. Mackenbach u.a. 2003). Für eine Vielzahl von Erkrankungen hat die sozialepidemiologische Forschung nachweisen können, dass Inzidenz- und Prävalenzraten sowie der Bedarf an ärztlicher Versorgung mit abnehmendem Sozialstatus ansteigen (vgl. Lampert u.a. 2005). Unter den zahlreichen Ansätzen zur Klärung dieses sogenannten „sozialen Gradienten“ in den Gesundheitschancen konnte die Annahme, dass ein schlechter Gesundheitszustand einen niedrigeren sozialen Status zur Folge hat, weder eindeutig empirisch belegt noch widerlegt werden (vgl. Mielck 2000, 2005). Demgegenüber haben sich Erklärungsansätze, welche die Lebensbedingungen fokussieren (vgl. Sperlich/Mielck 2003), wie z.B. die Qualität und Beschaffenheit der Wohnung und des Wohnumfeldes (vgl. Bolte/Mielck 2004) sowie Belastungen am Arbeitsplatz (vgl. Mielck 2000), als wesentlich bedeutsamer in ihrem Einfluss auf die Gesundheit und die Lebenserwartung statusniedriger Bevölkerungsgruppen erwiesen. Sie sind eng verbunden mit sozialen Unterschieden in personalen und sozialen Ressourcen, materiellen Gütern und Gesundheitsverhalten/Lebensstilen (vgl. Elkeles/Mielck 1997, Mielck 2000, 2005). Neben die traditionelle über Bildung, Berufsstatus und/oder Einkommen vermittelte vertikale Strukturierung der Gesellschaft treten horizontale Unterschiede nach Geschlecht, Alter, Nationalität, Wohnort, Familienstand etc., die Einfluss auf die Gesundheitschancen nehmen (vgl. Mielck 2000, 2005). Die Kategorie „Geschlecht“ ist in zahlreichen Forschungsarbeiten als Variable belegt, die eng mit sozialer Benachteiligung und höheren Krankheitsrisiken in Verbindung steht (vgl. Gottschall 2000, Babitsch 2005).

Frauen mit geringem Haushaltseinkommen und niedrigem Lebensstandard geben häufiger psychische und physische Beschwerden als Grund für Einschränkungen in alltäglichen Aktivitäten an und schätzen ihren Gesundheitszustand insgesamt negativer ein als Frauen aus höheren Einkommensgruppen (vgl. Lampert u.a. 2005). Die geäußerten Beschwerden und subjektiven Beeinträchtigungen sind vielfach Ausdruck der Lebenssituation, z.B. als Alleinerziehende (vgl. Helfferich/Hendel-Kramer/Klindworth 2003, Hartwig/Waller 2006) und der bestehenden sozialen Benachteiligungen. Sie lassen sich auf kumulative Effekte der ökonomisch schlechteren Position von Frauen in bestimmten Lebenslagen zurückführen. Auf der anderen Seite gewährleistet die aktuelle Arbeitsmarktlage auch Männern keine lebenslange materielle Sicherung und Kontinuität im Erwerbsleben mehr. Migranten, Ältere, Unqualifizierte etc. sind bereits aktuell überproportional von sogenannten prekären Beschäftigungsverhältnissen und Erwerbslosigkeit be-

treffen (vgl. Puchert/Gärtner/Höyng 2005). Angesichts der engen Kopplung männlicher Lebenslagen und Erwerbsarbeit ist bei ihnen die gesundheitliche Relevanz der Zusammenhänge zwischen Geschlecht, Sozialstatus/Bildung und Berufstätigkeit, z.B. infolge von Arbeitsplatzverlust (vgl. Holleder/Brand 2006), sehr viel prägnanter als bei Frauen (vgl. Rieder 2004). Die eindimensionale Aussage, Frauen seien grundsätzlich häufiger und gravierender von sozialer Benachteiligung und gesundheitlicher Ungleichheit betroffen, bedarf angesichts der gesamtgesellschaftlichen Entwicklungen einer relativierenden und differenzierten Perspektive auf die Betroffenheit bestimmter Subgruppen. Dies gilt im Besonderen für das Handlungsfeld der Primärprävention und Gesundheitsförderung (vgl. Rosenbrock/Kümpers 2006).

Geschlecht als Gesundheitsdeterminante in der Gesundheitsversorgung

Empirisch nur schwer zu belegen ist die Frage, ob und in welchem Ausmaß das Geschlecht der „Health Professionals“ und die Geschlechterdynamik in der Praxis der Gesundheitsversorgung relevant sind (vgl. Glaesmer/Deter 2002, Sieverding 2005). Dass Geschlechterrollenzuschreibungen in Verbindung mit „Geschlechterrollen-Selbstkonzepten“ (vgl. Hunt u.a. 2007) sowie Geschlechterdifferenzen im Symptombenachverhalten möglicherweise ärztliche Diagnosen beeinflussen, ist nicht auszuschließen. Aus der Gender-Perspektive sind hier vor allem Erkrankungen relevant, die sowohl bei Frauen als auch bei Männern vorkommen, jedoch durch differierende Prävalenzraten und Symptomausprägungen charakterisiert sind (z.B. koronare Herzkrankheit) (vgl. Kuhlmann 2004). Studien zufolge werden selbst unter Angabe gleicher Beschwerden bei Männern eher organische Störungen diagnostiziert, während bei Frauen psychosomatische Diagnosen dominieren (vgl. Möller-Leimkühler 2007). Diese Tendenz spiegelt sich auch in der ärztlichen Verschreibungspraxis wider. Danach erhöht sich mit abnehmendem Sozialstatus und zunehmendem Lebensalter bei Mädchen (vgl. Schubert/Horch 2004) und Frauen (vgl. Kolip 2000) bis in das hohe Lebensalter die Wahrscheinlichkeit und die Zahl der Verordnungen psychotroper Medikamente (z.B. Beruhigungs- und Schlafmittel, Psychopharmaka, Stimulanzen) (vgl. Krah 2002). Medikamentöse Über- und Fehlversorgung von Frauen (vgl. Kolip 2000) ist Ausdruck der Tendenz zur Medikalisierung und Pathologisierung weiblicher Lebensphasen wie Pubertät, Schwangerschaft, Geburt (vgl. Labouvie 1998, Seidel 1998) und Klimakterium (vgl. Writing Group for the Women's Health Initiative 2002, Kuhlmann/Kolip 2005).

Während hier Tendenzen einer Über- und Fehlversorgung zu Lasten des weiblichen Geschlechts zutage treten, besteht in anderen Bereichen eine deutliche geschlechtsspezifische Unterversorgung (vgl. Maschewsky-Schneider u.a. 2001). Herz-Kreislauf-Erkrankungen, zählen z.B. bei Männern bereits im mittleren Lebensalter zu den führenden Todesursachen und waren lange Zeit als „typische Männerkrankheit“ konnotiert. Sie sind ein prägnantes Beispiel für die fehlende oder defizitäre Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Besonderheiten und Risikofaktoren im Versorgungsmanagement, die im Wesentlichen auf einen „gender-bias“ bzw. „male bias“ zurückgehen (vgl. z.B. Bisig/Gutzwiller 2002, Dehler/Bisig 2002, Grande u.a. 2002). Eine Fülle wissenschaftlicher Studienergebnisse verweist auf Geschlechterunterschiede sowohl in der Behandlung als auch im Behandlungserfolg, die von Herz-Kreislauf-Erkrankungen zum Nachteil von Frauen (vgl. Schwarz/Dören 2007). Sie sind auch von anderen chronischen Krankheiten (vgl. BMFSFJ 2001, RKI 2006) und Altersrisiken erst in einem höheren Lebensalter überproportional häufig betroffen (vgl. Rieder 2004, Weyerer 2005, RKI 2006).

In den vergangenen Jahren ist neben den körperlichen Erkrankungen die Relevanz psychischer Störungen in beiden Geschlechtergruppen kontinuierlich gestiegen. Psychische Störungen und neuropsychiatrische Erkrankungen wie Depression, Schizophrenie, Alkohol- und Drogenabhängigkeit, Angst- und Zwangsstörungen, somatoforme Störungen und Demenzen (vgl. WHO 2004) machen bereits heute einen erheblichen Teil der sogenannten „Disability Adjusted Life Years (DALYs)“ aus, d.h. der im Bezug zur Lebenserwartung verlorenen Lebensjahre aufgrund

von Krankheit und vorzeitigem Tod (vgl. Murrey/Lopez 1997). Im Unterschied zu körperlichen Erkrankungen werden psychische Beeinträchtigungen in der Allgemeinbevölkerung vorwiegend als „geschlechtsneutrale“ Gesundheitsstörungen behandelt (vgl. z.B. BMG 2006) oder aber als „weibliche“ Krankheiten interpretiert, mit der Folge, dass beispielsweise die Depression bei Männern ein weithin vernachlässigtes Forschungs- und Handlungsfeld darstellt. Angesichts der hohen männlichen Suizidraten (vgl. RKI 2006), liegen zahlreiche Anhaltspunkte für eine mögliche Unterdiagnostizierung und Unterversorgung depressiver Störungen bei Männern vor (vgl. Möller-Leimkühler 2006). Verdeckte Symptome bei Männern, wie Aggressionen, erhöhte Risikobereitschaft, Suizidneigung sowie Substanzmissbrauch, werden mit dem verfügbaren diagnostischen Instrumentarium vielfach nicht erfasst, da sie außerhalb der typischen Depressionssymptomatik liegen (vgl. Winkler/Heiden/Kasper 2004, Wolfersdorf u.a. 2006). Ungeachtet der bestehenden inter- und intraindividuellen Varianzen zwischen Frauen und Männern spielen auch bei Männern psychische Belastungen und psychische Krankheiten eine bedeutsame Rolle (vgl. Jacobi/Klose/Wittchen 2004). Diese sind durch geschlechtsspezifische psychopathologische Unterschiede charakterisiert und wiederum eng mit der Geschlechterrolle sowie mit geschlechtsspezifischen Gesundheitsrisiken assoziiert (vgl. Riecher-Rössler/Rohde 2001). Drogen- und alkoholinduzierte psychische Störungen sowie Suizidalität sind vorwiegend bei Männern zu beobachten. Eine höhere Vulnerabilität und Betroffenheit von Frauen ist bezüglich depressiver Erkrankungen, Suizidversuchen, Angststörungen, Essstörungen und demenzieller Erkrankungen beschrieben (vgl. Jacobi/Klose/Wittchen 2004).

Anknüpfungspunkte zur Verringerung bestehender Defizite in Forschung und Praxis

Die Bedeutung von Diversität im Kontext Gender und Gesundheit

Die geschlechtsneutrale Ausrichtung von Angeboten und Maßnahmen, die einseitige Fokussierung auf ein Geschlecht oder der implizite Ausschluss eines Geschlechts geht an den unterschiedlichen Bedarfslagen von Frauen und Männern vorbei (vgl. Kuhlmann/Kolip 2005). Eng damit verbunden ist die Gefahr, Geschlechterdifferenzen überzubewerten und einer weiteren Zementierung von Geschlechterrollen bzw. Rollenstereotypen Vorschub zu leisten (vgl. Jahn 2005). Das Erfordernis der Geschlechterorientierung erklärt sich aus der Feststellung, dass es nicht *die* Frauen und *die* Männer gibt, sondern lediglich Frauen und Männer, die aus sehr unterschiedlichen Lebenslagen heraus und mit sehr unterschiedlichen Voraussetzungen und Anforderungen an das Gesundheitssystem herantreten (vgl. Rieder 2004). Ein quantitativ und qualitativ weithin unterschätztes Gesundheitsrisiko sowohl für Frauen (vgl. Schröttle 2004, Schröttle/Müller 2006, Hornberg u.a. 2007, Hagemann-White/Bohne 2003) als auch für Männer (vgl. Heinrich-Böll-Stiftung 2002, Lenz 2006) stellen gesundheitliche Folgen personaler Gewalterlebnisse im sozialen Nahraum, im öffentlichen Raum und in institutionellen Settings wie Schule, Arbeitsplatz, Haftanstalt etc. dar (vgl. Jungnitz u.a. 2007). Innerhalb des Systems der Gesundheitsversorgung stellen sie sämtliche AkteurInnen vor besondere Herausforderungen (vgl. Brzank/Hellbernd/Maschewsky-Schneider 2006, Hellbernd u.a. 2004).

Frauen und Männer mit Migrationshintergrund, Gewalterfahrungen, Behinderungen, psychischen Erkrankungen, Suchterkrankungen etc. repräsentieren Bevölkerungsgruppen, die sich in besonderen gesundheitlichen und meist auch prekären sozialen Lagen (z.B. Arbeitslosigkeit, Obdachlosigkeit, Alleinerziehen, Migration) befinden. Im System der Gesundheitsversorgung bleiben sie mit ihren sehr heterogenen Problemkonstellationen vielfach unsichtbar bzw. werden nur unzureichend wahrgenommen. Im Sinne einer „bevölkerungsbezogenen Diversity-Perspektive“ (Geiger 2006: 173) und eines „Diversity Managements“ (vgl. Altgeld/Bächlein/Deneke

2006) gilt es, diese Unterschiedlichkeit zwischen Frauen und Männern sowie intraindividuelle Differenzen *innerhalb* der Geschlechterkategorien zu identifizieren. Auf diese Weise rücken Zielgruppen in den Fokus, die aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive erhöhter Aufmerksamkeit bedürfen. Sensibilität gegenüber verschiedenen sozialen und ethnischen Gruppen und die entsprechende Ausdifferenzierung von Subzielgruppen sind somit prioritär zu berücksichtigende Komponenten in der Entwicklung bedarfsgerechter, an den Lebenskontexten und -lagen der AdressatInnen anknüpfende, präventive und gesundheitsfördernde Interventionen (vgl. Rosenbrock/Michel 2007).

Geschlecht als zentrale Variable für Prävention und Gesundheitsförderung

Prävention und Gesundheitsförderung im Sinne von Gender Mainstreaming haben ihren Anknüpfungspunkt in den konkreten Lebenslagen und damit auf der Mikro- und Mesoebene der sozioökonomisch geprägten Lebensumwelten und -bedingungen, die Verhalten und Lebensstile von Frauen und Männern determinieren. Demzufolge hat sich die geschlechtsneutrale Ausrichtung präventiver und gesundheitsfördernder Angebote in der Vergangenheit häufig nur in geringem Umfang als effizient erwiesen (vgl. Kuhlmann/Kolip 2005). Prävention und Gesundheitsförderung, die den Verschiedenheiten von Frauen und Männern im Sinne von Gender Mainstreaming Rechnung tragen und an den spezifischen Bedürfnissen, Ressourcen, Belastungen und Risikofaktoren von Frauen und Männern orientiert sind, verfolgen in der Regel zwei Zugänge: Zu unterscheiden sind einerseits geschlechtsspezifische Angebote, die entweder ausschließlich an Frauen *oder* ausschließlich an Männer adressiert sind. Einen anderen Zugang verfolgen geschlechterübergreifend konzipierte Angebote in Handlungsfeldern, die für beide Geschlechter relevant sind. Die Gendersensibilität dieser kaum verfügbaren Angebote zeichnet sich dadurch aus, dass sie zielgruppen- und somit altersspezifisch medizinische, psychische und soziale Geschlechterunterschiede in ihren Konsequenzen für Prävention und Gesundheitsförderung durchgehend, d.h. systematisch von der Planung über die Intervention bis hin zur Evaluation einbeziehen (vgl. Kolip/Altgeld 2006). Chancen, die avisierte Zielgruppe tatsächlich zu erreichen, sind in der Regel dann gegeben, wenn Interventionen einen engen Bezug zu wesentlichen Lebensbereichen herstellen (vgl. z.B. Bär/Buhtz/Gerth 2004, Rosenbrock/Michel 2007).

Aufgaben gendersensibler Gesundheitsforschung

Repräsentative Studien bilden in der Gesundheitsforschung die empirische Basis, um Ausmaß und Formen geschlechtsspezifischer Gesundheits- und Krankheitsprofile zu erfassen. Eine wesentliche Schwäche vieler Untersuchungen liegt nach wie vor entweder in der fehlenden Einbeziehung männlicher bzw. weiblicher Vergleichsgruppen oder aber in der lediglich vergleichenden Gegenüberstellung von Prävalenzraten. Wenngleich die Gender-Gesundheitsforschung in den vergangenen Jahren bereits eine Vielzahl wichtiger Ergebnisse hervorgebracht hat, ist die geschlechtersensible Analyse und Aufbereitung des erhobenen Datenmaterials, u.a. als Basis für die Gesundheitsversorgung und ein geschlechterdifferenzierendes Versorgungsmanagement, künftig weiter zu fördern (vgl. Kolip 2001). Dabei sollte der Fokus darauf gerichtet werden, das Wissen um geschlechtsspezifische Variationen in den gesundheits- und krankheitsbezogenen Schutz- und Risikofaktoren in unterschiedlichen Altersgruppen, Lebenslagen, sozialen Gruppen etc. zu erweitern, um Potenziale (primär-)präventiver Interventionen stärker ausschöpfen zu können. Die Einbeziehung beider Geschlechter beugt darüber hinaus dem Risiko einer Überbetonung geschlechtsspezifischer Besonderheiten sowie einer einseitigen Fehlinterpretation be-

stimmter Rollenphänomene und Geschlechterdifferenzen vor, die sich in der Realität unter Umständen anders darstellen bzw. weit weniger ausgeprägt sind. Um dies zu verhindern, kommt einer geschlechtergerechten Gesundheitsberichterstattung eine wichtige Aufgabe zu.

Gendersensibilität in der Gesundheitsberichterstattung

Geschlechtersensibel aufbereitete Gesundheitsinformationen (vgl. BAG 2006) und eine geschlechtsangemessene Publikationspraxis (vgl. Maschewsky-Schneider/Fuchs 2002) können einen wichtigen Beitrag im Sinne der Qualitätssicherung leisten. Sie sind erforderlich, um bestehende Informationslücken über geschlechtsspezifische Versorgungsbedarfe und den Geschlechter-Bias in der medizinischen Forschung, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation aufzudecken und zu schließen (vgl. Böhm/Maschewsky-Schneider 2004). Auf der Ebene des Bundes gelten mittlerweile verbindliche Richtlinien zur Anwendung des Gender-Mainstreaming-Prinzips in der Gesundheitsberichterstattung und die Verpflichtung einer systematischen geschlechtervergleichenden Betrachtungsweise, die frauen- und männerspezifische Belange einbezieht. Um statistisch feststellbare gesundheitliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern nachzuvollziehen sowie geschlechtsspezifische Verzerrungen zu vermeiden, wurden von Seiten des Robert-Koch-Instituts (RKI) Handreichungen für eine geschlechtssensible Gesundheitsberichterstattung ausgearbeitet (vgl. Lange/Lampert 2004). Der von Eichler/Fuchs/Maschewsky-Schneider (2000) entwickelte Kurzfragebogen zur Identifikation von Gender-Bias in Forschung und Praxis hat sich dabei als wichtiges Arbeitsinstrument und Orientierungshilfe erwiesen. Die konsequente Umsetzung gendersensibler Gesundheitsberichterstattung scheitert bisweilen an fehlenden geschlechterrelevanten Indikatoren sowie an der mangelnden Verknüpfung von gesundheitsbezogenen Daten mit sozialdifferenzierten Daten zu den Lebenslagen von Frauen und Männern. Die Perspektiven und Potenziale einer *gendersensiblen* Gesundheitsberichterstattung liegen darin, geschlechtsspezifische Besonderheiten und geschlechterübergreifende Problemlagen im Zusammenhang mit weiblichen und männlichen Rollenanforderungen und Lebenslagen differenziert zu betrachten und aufeinander zu beziehen (vgl. BAG 2006). Auf diese Weise können Asymmetrien zwischen den Geschlechtern sowie innerhalb der Geschlechterkategorien in ihrer Relevanz für die Gesundheitsversorgung erschlossen und entsprechende Konsequenzen für Forschung und Praxis formuliert werden (vgl. Lange/Lampert 2004).

Gender-Kompetenzen als Qualitätsstandard in der Gesundheitsversorgung

Im Gesundheitswesen tätige Berufsgruppen haben eine hohe Verantwortung im Umgang mit Frauen und Männern, die mit sehr unterschiedlichen subjektiven und objektiven gesundheitlichen Belastungen und Ressourcen an sie herantreten. Um dieser Diversität gerecht zu werden, bedarf es entsprechender Gender-Kompetenzen. Wissen um die soziale Konstruktion von Geschlechterrollen und Geschlechterverhältnissen, die Fähigkeit zur Reflexion von (eigenen) Geschlechterrollenbildern sowie der wissenschaftliche und praktische Umgang mit der Analysekategorie „gender“ (vgl. Blickhäuser/Bargen 2005) bilden ein zentrales Fundament und Qualitätskriterium professionellen gendersensiblen Handelns. Auf der Kommunikations- und Interaktionsebene zwischen Health Professionals und PatientInnen indiziert dies eine Veränderung in der Beziehung zwischen dem Arzt oder der Ärztin und den PatientInnen, in der Frauen und Männer nicht länger als zu behandelnde Objekte, sondern als handlungsfähige Subjekte wahrgenommen werden. „Nutzerorientierung“ (Sachverständigenrat 2003), „Patientenpartizipation“ (Sachverständigenrat 2000/2001) und innovative Formen der PatientInnenberatung durch Reduzierung

bestehender Informationsasymmetrien zwischen NutzerInnen und GesundheitsexpertInnen (vgl. Reibnitz/Schnabel/Hurrelmann 2001) sind in diesem Zusammenhang mehr als nur Schlagworte. Ziel sollte es sein, die fehlende Sensibilität gegenüber geschlechtsspezifischen Besonderheiten, Handlungsunsicherheiten, aber auch Wissensdefizite zu reduzieren. Zentrale Ausgangsbasis für die (Weiter-)Entwicklung einer „Gender-Medizin“, einer gendersensiblen Gesundheitsforschung und -versorgung ist die generelle Einbeziehung der Gender-Thematik und damit der frauen- und männerspezifischen Besonderheiten in ärztliche und pflegerische Ausbildungscurricula sowie in Weiter- und Fortbildungen (z.B. Voss 2003).

Ausblick

Public Health ist mit der Aufgabe konfrontiert, die Ansätze der Frauengesundheitsforschung (vgl. z.B. Maschewsky-Schneider u.a. 2000) mit denen der Männergesundheitsforschung zu verbinden. Geschlecht ist dabei lediglich *eine*, wenn auch sehr bedeutsame Gesundheitsdeterminante, die eng mit anderen Faktoren verknüpft ist. Herausforderungen einer gendersensiblen Public-Health-Versorgungsforschung, eines gendersensiblen Versorgungsmanagements sowie einer gendersensiblen Gesundheitspolitik liegen darin, starre Grenzziehungen zwischen „weiblich“ und „männlich“ sowie Geschlechtsrollentypisierungen in allen Bereichen gesundheitsbezogener Forschung und Praxis so weit wie möglich aufzulösen. Die Gender-Perspektive verfügt insgesamt über ein hohes Potenzial, die gesundheitsbezogene Chancengleichheit und Gleichberechtigung von Frauen und Männern zu fördern und zudem Erkenntnisse zu generieren, die der Gesundheit *beider* Geschlechter dienen.

Verweise: → Gewalt → Gender Mainstreaming → Frauen-„Körper“ → Sozialberichterstattung

Literatur

- Altgeld Thomas 2004: Jenseits von Anti-Aging und Workout. Wo kann Gesundheitsförderung bei Jungen und Männern ansetzen und wie kann sie funktionieren? In: Altgeld, Thomas (Hrsg.): Männergesundheit. Weinheim, München: Juventa, S. 265-286
- Altgeld, Thomas/Bärbel Bächlein/Christiane Deneke (Hrsg.) 2006: Diversity Management in der Gesundheitsförderung. Frankfurt/M.: Mabuse
- Babitsch, Birgit 2005: Soziale Ungleichheit und Geschlecht. 1. Auflage. Bern: Huber
- Bär, Gesine/Martina Buhtz/Heike Gerth 2004: Der Stadtteil als Ort von Gesundheitsförderung – Erfahrungen und Befunde aus stadtteilbezogenen Projekten. In: Rosenbrock, Rolf/Martin Bellwinkel/Alfons Schröer (Hrsg.): Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit. Wissenschaftliche Gutachten zum BKK-Programm „Mehr Gesundheit für alle“. Essen: Bundesverband der Betriebskrankenkassen, S. 233-294
- Bisig, Brigitte/Felix Gutzwiller (Hrsg.) 2002: Frau und Herz: Epidemiologie, Prävention und Behandlung der koronaren Herzkrankheit bei Frauen in der Schweiz. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber
- Blickhäuser, Angelika/Henning v. Barga 2005: Gender Kompetenz. In: Jung, Dörte/Margret Krannich (Hrsg.): Die Praxis des Gender Mainstreaming auf dem Prüfstand. Frankfurt/M.: Heinrich-Böll-Stiftung, S. 91-103
- Böhm, Andreas/Ulrike Maschewsky-Schneider 2004: Gesundheitsberichterstattung und Gender Mainstreaming. In: Bundesgesundheitsbl 47, H. 6, S. 578-583
- Bolte, Gabriele/Andreas Mielck (Hrsg.) 2004: Umweltgerechtigkeit. Die soziale Verteilung von Umweltbelastungen. Weinheim: Juventa
- Brähler, Elmar/Hildegard Felder (Hrsg.) 1999: Weiblichkeit, Männlichkeit und Gesundheit: medizinpsychologische und psychosomatische Untersuchungen. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag

- Brähler, Elmar/Susanne Goldschmidt/Jörg Kupfer 2001: Männer und Gesundheit. In: Brähler, Elmar/Jörg Kupfer (Hrsg.): Mann und Medizin. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie 19. Göttingen: Hogrefe, S. 11-34
- Brandes, Holger 2003: Männlicher Habitus und Gesundheit. Blickpunkt Der Mann 1, H. 2, S. 10-13
- Brenner, M. Harvey 2006: Arbeitslosigkeit. In: Stoppe, Gabriela/Anke Bramsfeld/Friedrich W. Schwartz (Hrsg.): Volkskrankheit Depression? Bestandsaufnahmen und Perspektiven. Heidelberg: Springer, S. 163-189
- Brzank, Petra/Hildegard Hellbernd/Ulrike Maschewsky-Schneider 2006: Häusliche Gewalt gegen Frauen und Gesundheit: Besonderer Versorgungsbedarf und Interventionsmöglichkeiten der Gesundheitsversorgung. In: Hey, Monika/Ulrike Maschewsky-Schneider (Hrsg.): Kursbuch Versorgungsforschung. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S. 24-42
- Bullinger, Monika/Corinna Petersen 2007: Bewältigung chronischer Krankheiten. In: Rohde, Anke/Andreas Marneros (Hrsg.): Geschlechtsspezifische Psychiatrie und Psychotherapie. Ein Handbuch. Stuttgart: Kohlhammer, S. 412-422
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) 2001: Untersuchung zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland. Stuttgart: Kohlhammer
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) 2006: gesundheitsziele.de. Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland. Bericht zum 6. nationalen Gesundheitsziel: Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln. Bonn
- Bundesamt für Gesundheit (BAG) (Hrsg.) 2006: Gender-Gesundheitsbericht für die Schweiz. Grundlagen zur Entwicklung von forschungs- und handlungsbezogenen Aktivitäten. Bern: BAG
- Dehler, Silvia/Brigitte Bisig 2002: Unterschiede in der Diagnostik und Behandlung des Herzinfarkts zwischen Frauen und Männern. In: Bisig, Beate/Felix Gutzwiller (Hrsg.): Frau und Herz: Epidemiologie, Prävention und Behandlung der koronaren Herzkrankheit bei Frauen in der Schweiz. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber, S. 225-252
- Dinges, Martin (Hrsg.), 2005: Männer – Macht – Körper. Hegemoniale Männlichkeiten vom Mittelalter bis heute. Frankfurt/M.: Campus
- Eichler, Margrit/Judith Fuchs/Ulrike Maschewsky-Schneider 2000: Richtlinien zur Vermeidung von Gender Bias in der Gesundheitsforschung. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaft 8, H. 4, S. 293-310
- Elkeles, Thomas/Andreas Mielck 1997: Entwicklung eines Modells zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit. In: Gesundheitswesen 59, S. 137-143
- Europäisches Statistisches Zentralamt (Eurostat) 2000: Key Data on Health. European Commission. Luxemburg: EUROSTAT
- Flick, Uwe 2002: Innovation durch New Public Health. Göttingen: Hogrefe
- Geiger, Ingrid Katharina 2006: Managing Diversity in Public Health. In: Razum, Oliver/Hajo Zeeb/Ulrich Laaser (Hrsg.): Globalisierung – Gerechtigkeit – Gesundheit. Einführung in International Public Health. Bern: Huber, S. 163-175
- Glaesmer, Heide/Hans Christian Deter 2002: Geschlechtsspezifische Aspekte der ärztlichen Tätigkeit. Verschreiben Ärzte häufiger Medikamente als Ärztinnen? Psychother Psych Med 52, S. 386-391
- Gottschall, Karin 2000: Soziale Ungleichheit und Geschlecht. Kontinuitäten und Brüche, Sackgassen und Erkenntnispotentiale im deutschen soziologischen Diskurs. Opladen: Leske+Budrich
- Grande, Gesine/Anja Leppin/Matthias Rompel/Thomas Altenhöner/Hermann Mannebach 2002: Frauen und Männer nach Herzinfarkt: Gibt es in Deutschland geschlechtsspezifische Unterschiede in der Inanspruchnahme rehabilitativer Leistungen? In: Rehabilitation 41, S. 320-328
- Hagemann-White, Carol/Sabine Böhne 2003: Versorgungsbedarf und Anforderungen an Professionelle im Gesundheitswesen im Problembereich Gewalt gegen Frauen und Mädchen. Expertise im Auftrag der Enquete-Kommission „Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in Nordrhein-Westfalen“. Düsseldorf: Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen
- Hartwig, Jörg/Heiko Waller 2006: Gesundheit von allein erziehenden Sozialhilfeempfängerinnen. In: Prävention 3, S. 75-78
- Heinrich-Böll-Stiftung (Hrsg.) 2002: Mann oder Opfer? Dokumentation einer Fachtagung der Heinrich-Böll-Stiftung und des „Forum Männer in Theorie und Praxis der Geschlechterverhältnisse“ am 12./13. Oktober 2001 in Berlin
- Helfferich, Cornelia 2001: Jugendliches Risikoverhalten aus geschlechtsspezifischer Sicht. In: Raithel, Jürgen (Hrsg.): Risikoverhaltensweisen Jugendlicher. Formen, Erklärungen und Prävention. Opladen: Leske + Budrich, S. 331-347

- Helfferich, Cornelia/Annelise Hendel-Kramer/Heike Klindworth 2003: Gesundheit alleinerziehender Mütter und Väter. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 14. Berlin: RKI
- Hellbernd, Hildegard/Petra Brzank/Karin Wieners/Ulrike Maschewsky-Schneider 2004: Häusliche Gewalt gegen Frauen: gesundheitliche Versorgung. Das S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramm. Handbuch für die Praxis. Wissenschaftlicher Bericht. Berlin
- Holleder, Alfons/Helmut Brand (Hrsg.) 2006: Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber
- Hollstein, Walter 2002: Der Mann als Täter und Opfer. In: Hurrelmann, Klaus/Petra Kolip (Hrsg.): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. Bern: Huber, S. 53-66
- Hornberg, Claudia/Monika Schrötte/Nadia Khelaifat/Andrea Pauli/Sabine Bohne 2007: Gesundheitliche Folgen von Gewalt. Expertise im Auftrag des Robert-Koch-Instituts Berlin. RKI-Themenheft. Berlin: RKI
- Hunt, Kate/Heather Lewars/Carol Emslie/G. David Batty 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, 3, S. 612-620
- Jahn, Ingeborg 2005: Die Berücksichtigung der Geschlechterperspektive. Neue Chancen für Qualitätsverbesserungen in Epidemiologie und Gesundheitsforschung. In: *Bundesgesundheitsbl.* 48, H. 3, S. 287-295
- Jakobi, Frank/Michael Klose/Hans-Ulrich Wittchen 2004: Psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage. In: *Bundesgesundheitsbl.* 47, H. 8, S. 736-744
- Jungnitz, Ludger/Hans-Joachim Lenz/Ralf Puchert/Henry Luhe/Willi Walter (Hrsg.) 2007: Gewalt gegen Männer. Personale Gewaltwiderfahrnisse von Männern in Deutschland. Opladen: Leske+Budrich
- Kiefer, Ingrid/Barbara Leitner/Rosemarie Bauer/Anita Rieder 2000: Body Weight: The Male and Female Perception. *Soz.-Präventivmed.* 45, S. 274-278
- Klotz, Theodor 2006: Kann Verhältnisprävention Männersterblichkeit beeinflussen? Schnittstellen zwischen Soziologie und Physiologie. In: *Blickpunkt der Mann* 4, H. 3, S. 16-18
- Kolip, Petra 2000: Frauenleben in ärztlicher Hand. Die Medikalisierung weiblicher Umbruchphasen. In: Kolip, Petra (Hrsg.): Weiblichkeit ist keine Krankheit. Die Medikalisierung körperlicher Umbruchphasen im Leben von Frauen. Weinheim: Juventa, S. 9-30
- Kolip, Petra 2001: Von der Frauen- zur gendersensiblen Gesundheitsforschung. In: *Sozial- und Präventivmedizin* 46, H. 4, S. 219-220
- Kolip, Petra 2003: Frauen und Männer. In: Schwartz, Friedrich Wilhelm/Bernhard Badura/Ralf Busse/Reiner Leidl/Heiner Raspe/Johannes Siegrist/Ulla Walter (Hrsg.): *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen.* 2. völlig neu bearbeitete und erweiterte Auflage. München: Urban & Fischer, S. 642-653
- Kolip, Petra/Frauke Koppelin 2002: Geschlechtsspezifische Inanspruchnahme des Versorgungssystems. In: Hurrelmann, Klaus/Petra Kolip (Hrsg.): *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich.* Bern: Huber, S. 491-504
- Kolip, Petra/Julia Lademann/Bernhild Deitermann 2004: Was können Männer von der Frauengesundheitsbewegung lernen? In: Altgeld, Thomas (Hrsg.): *Männergesundheit. Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention.* Weinheim, München: Juventa, S. 219-231
- Kolip, Petra/Thomas Altgeld (Hrsg.) 2006: *Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis.* Weinheim: Juventa
- Koppelin, Frauke/Rainer Müller 2004: Macht Arbeit Männer krank? Arbeitsbelastungen und arbeitsbedingte Erkrankungen bei Männern und Frauen. In: Altgeld, Thomas (Hrsg.): *Männergesundheit. Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention.* Weinheim, München: Juventa, S. 121-134
- Krah, Karin 2002: Gebrauch, Missbrauch und Abhängigkeit von psychotropen Medikamenten bei Frauen. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): *Untersuchung zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter besonderer Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland.* Stuttgart: Kohlhammer, S. 221-234
- Kuhlmann, Ellen 2004: Gender Mainstreaming in den Disease-Management-Programmen – das Beispiel koronarer Herzkrankheiten. Expertise im Auftrag des AKF/der BKF, gefördert durch das BMFSFJ. www.zes.uni-bremen.de/kuhlmann/expertise.pdf
- Kuhlmann, Ellen/Petra Kolip 2005: *Gender and Public Health. Grundlegende Orientierungen für Forschung, Praxis und Politik.* Weinheim, München: Juventa
- Kuhlmey, Adelheid 2006: Ältere als Zielgruppe der Gesundheitsförderung In: Altgeld, Thomas/Bärbel Bächlein/Christiane Deneke (Hrsg.): *Diversity Management in der Gesundheitsförderung.* Frankfurt/M.: Mabuse, S. 75-84

- Lademann, Julia/Petra Kolip 2005: Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert-Koch-Institut
- Lampert, Thomas 2006: Schichtspezifische Unterschiede im Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten. Blaue Reihe des Berliner Zentrums für Public Health. Berlin: BZPH
- Lampert, Thomas/Anke Christine Saß/Michael Häfeliinger/Thomas Ziese 2005: Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert-Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin: RKI
- Labouvie, Eva 1998: Andere Umstände. Eine Kulturgeschichte der Geburt. Köln: Böhlau
- Landtag Nordrhein-Westfalen 2004: Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW. Bericht der Enquete-Kommission des Landtags Nordrhein-Westfalen. Wiesbaden: VS Verlag
- Lange, Cornelia/Thomas Lampert 2004: Perspektiven einer geschlechtersensiblen Gesundheitsberichterstattung. In: Gesundheitswesen 66, S. 158-163
- Lenz, Hans-Joachim 2006: Gewalt gegen Männer als neues Thema in Forschung und Gesellschaft. In: Heitmeyer, Wilhelm/Monika Schrötle (Hrsg.): Gewalt. Beschreibungen, Analyse, Prävention. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung, S. 98-116
- Luy, Marc 2002: Warum Frauen länger leben. Erkenntnisse aus einem Vergleich von Kloster- und Allgemeinbevölkerung. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (Hrsg.): Materialien zur Bevölkerungswissenschaft, Heft 106. Wiesbaden
- Mackenbach Johan P./Vivian Bos/Otto Andersen/Mario Cardano/Guiseppe Costa/Seeromanie Harding/Alison Reid/Örjan Hemström/Tapani Valkonen/Anton E. Kunst 2003: Widening Socioeconomic Inequalities in Mortality in Six Western European Countries. *International Journal of Epidemiology*, 32, S. 830-837
- Maschewsky-Schneider, Ulrike (Hrsg.) 1996: Frauen – das kranke Geschlecht? Mythos und Wirklichkeit. Opladen: Leske + Budrich
- Maschewsky-Schneider, Ulrike/Birgit Babitsch/Judith Fuchs/Daphne Hahn 2000: Frauengesundheitsforschung in Deutschland. In: Lasch, Vera/Brigitte Hantsche/Eva Schindele/Catrin Halves/Cornelia Burgert/Christina Sachse/Regina Stolzenberg/Ute Wülfing/Christiane Niehues/Birgit Babitsch/Judith Fuchs/Daphne Hahn/Karin Wieners/Hildegard Hellbernd 2000: Netzwerk Frauengesundheit: Situation, Konzepte, Herangehensweisen und Organisationen in der Frauengesundheitsbewegung. Länderbericht Bundesrepublik Deutschland. 2. Auflage. Hannover: Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen, S. 46-57
- Maschewsky-Schneider, Ulrike/Judith Fuchs 2002: Geschlechtsangemessene Publikationspraxis in den Gesundheitswissenschaften im deutschsprachigen Raum? – Ergebnisse einer Literaturreview. In: Gesundheitswesen 64, S. 284-291
- Maschewsky-Schneider, Ulrike/Hildegard Hellbernd/Wiebke Schaal/Iris Urbschat/Karin Wieners 2001: Über-, Unter-, Fehlversorgung und Frauengesundheit. Ein Forschungsgegenstand für Public Health. In: Bundesgesundheitsblatt 44, S. 771-779
- Merbach, Martin/Antje Klaiberg/Elmar Brähler 2001: Männer und Gesundheit. Neue epidemiologische Daten aus Deutschland im Überblick. In: Sozial und Präventivmed. 46, H. 4, S. 240-247
- Mensink, Gerd 2003: Bundes-Gesundheitssurvey: Körperliche Aktivität. Aktive Freizeitgestaltung in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung. Berlin: Robert-Koch-Institut
- Mielck, Andreas 2000: Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber
- Mielck, Andreas 2005: Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion. Bern: Huber
- Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (MFJFG) 2000: Gesundheit von Frauen und Männern in Nordrhein-Westfalen: Landesgesundheitsbericht 2000. Bielefeld: Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW
- Möller-Leimkühler, Anna-Maria 2006: Männer. In: Stoppe, Gabriele/Anke Bramesfeld/Friedrich Wilhelm Schwartz (Hrsg.): Volkskrankheit Depression? Bestandsaufnahme und Perspektiven. Berlin: Springer, S. 215-228
- Möller-Leimkühler, Anna-Maria 2007: Geschlechtsrolle und psychische Erkrankungen. In: Rohde, Anke/Andreas Marneros (Hrsg.): Geschlechtsspezifische Psychiatrie und Psychotherapie. Ein Handbuch. Stuttgart: Kohlhammer Verlag, S. 470-484
- Murray, Christopher J./Alan D. Lopez 1997: Alternative Projections of Mortality and Disability by Cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. In: *Lancet*, H. 349, S. 1498-1504
- Puchert, Ralf/Marc Gärtner/Stephan Höyng (Hrsg.) 2005: Work Changes Gender. Men and Equality in the Transition of Labour Forms. Opladen/Farmington Hills: Barbara Budrich Publishers

- Reibnitz v., Christiane/Ernst-Peter Schnabel/Klaus Hurrelmann (Hrsg.) 2001: Der mündige Patient. Konzepte zur Patientenberatung und Konsumentensouveränität im Gesundheitswesen. Weinheim, München: Juventa
- Riecher-Rössler, Anita/Anke Rohde (Hrsg.) 2001: Psychische Erkrankungen bei Frauen. Basel: Karger
- Rieder, Anita 2004: Der Wiener Männergesundheitsbericht. Präventiv- und Sozialmedizinische Sicht der Männergesundheit. In: Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz (Hrsg.): Psychosoziale und ethische Aspekte der Männergesundheit. Wien, S. 39-47
- Robert-Koch-Institut (RKI) 2006: Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: RKI
- Rosenbrock, Rolf/Susanne Kümpers 2006: Primärprävention als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen. In: Richter, Matthias/Klaus Hurrelmann (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: VS Verlag, S. 371-388
- Rosenbrock, Rolf/Claus Michel 2007: Primäre Prävention. Bausteine für eine systematische Gesundheitssicherung. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) 2000/2001: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung. Baden-Baden: Nomos
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) 2003: Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Baden-Baden: Nomos
- Schmidtke, Armin/Roxane Sell/Julia Wohner/Cordula Löhr/Karin Tatsek 2005: Epidemiologie von Suizid und Suizidversuch in Deutschland. In: Suizidprophylaxe 32, H. 3-4, S. 87-93
- Schneider, Sven/Simone Becker 2005: Sportaktivität in Deutschland – Ergebnisse des Bundesgesundheits surveys zu sozialmedizinischen Korrelaten der Verhaltensprävention. In: Arbeitsmedizin 40, H. 11, S. 596-605
- Schofield, Toni/Robert W. Connell/Linley Walker/Julian Wood/Dianne Butland 2000: Understanding Men's Health and Illness: A Gender-relations Approach to Policy, Research, and Practice. In: Journal of American College Health 48, S. 247-256
- Schröttle, Monika 2004: Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Ergebnisse der ersten bundesweiten Prävalenzstudie zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. <http://www.bmfsfj.de/Kategorien/Forschungsnetz/forschungsberichte,did=20560.html>
- Schröttle, Monika/Ursula Müller 2006: Gewalt gegen Frauen. In: Heitmeyer, Wilhelm/Monika Schröttle (Hrsg.) Gewalt. Beschreibungen – Analysen – Prävention. Schriftenreihe der Bundeszentrale für Politische Bildung. Bonn, S. 77-97
- Schubert, Ingrid/Kerstin Horch 2004: Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: RKI
- Schwarz, Sabine/Martina Dören 2007: Wichtige Risikofaktoren häufiger Erkrankungen von Frauen in der 2. Lebenshälfte. In: Prävention und Gesundheitsförderung 2, H. 1, S. 26-30
- Seidel, Hans-Christoph 1998: Eine neue „Kultur des Gebärens“. Die Medikalisierung von Geburt im 18. und 19. Jahrhundert in Deutschland. Stuttgart: Franz Steiner Verlag
- Seidel, Dirk/Thomas Solbach/Roland Fehse/Ludwig Donker/Heinz-Jörg Elliehausen 2007: Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten. In: Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 38. Berlin
- Sieverding, Monika 1998: Sind Frauen weniger gesund als Männer? Überprüfung einer verbreiteten Annahme anhand neuerer Befunde. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 50, S. 471-489
- Sieverding, Monika 2004: Achtung! Die männliche Rolle gefährdet Ihre Gesundheit! In: Psychomed 16, H. 1, S. 25-30
- Sieverding, Monika 2005: Geschlecht und Gesundheit. In: Schwarzer, Rainer (Hrsg.): Gesundheitspsychologie. Göttingen: Hogrefe, S. 55-70
- Sperlich, Stephanie/Andreas Mielck 2003: Sozialepidemiologische Erklärungsansätze im Spannungsfeld zwischen Schicht- und Lebensstilkonzeptionen. Plädoyer für eine integrative Betrachtung auf der Grundlage der Bourdieuschen Habitusstheorie. In: Gesundheitswissenschaften, 11, S. 165-179
- Statistisches Bundesamt 2002: Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland. Stuttgart: Metzler-Poeschel
- Statistisches Bundesamt 2006: Statistisches Jahrbuch 2006. Wiesbaden
- Stein-Hilbers, Marlene 1995: Geschlechterverhältnisse und somatische Kulturen. Frauen Gesundheit. Hamburg: Argument

- Stürzer, Monika/Waltraud Cornelißen 2005: Gesundheitsstatus und Gesundheitsrisiken von Frauen und Männern. In: Cornelißen, Waltraud (Hrsg.): Gender-Datenreport. 1. Datenreport zur Gleichstellung von Frauen und Männern in der Bundesrepublik Deutschland. 2. Fassung. München: DJI, S. 470-523
- Verbrugge, Lois M. 1976: Females and Illness: Recent Trends in Sex Differences in the United States. In: *Journal of Health and Social Behavior* 17, S. 387-403
- Verbrugge, Lois M. 1990: Pathways of Health and Death. In: Apple, Rima D. (Hrsg.): *Women, Health and Medicine in America. A Historical Handbook*. New Brunswick, New Jersey: Rutgers University Press, S. 41-79
- Voss, Angelika 2003: Promoting the Incorporation of Gender Issues into Medical Education. Final Report to the European Commissions Programme 5th Framework Women and Science. MHH Hannover
- Waldron, Ingrid 1988: Gender and Health-related Behavior. In: Gochman, David S. (Hrsg.): *Health Behavior*. New York: Plenum, S. 193-208
- Weyerer, Siegfried 2005: Altersdemenz. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 28. Berlin: RKI
- Winkler, Dietmar/Angela Heiden/Siegfried Kasper 2004: Die Depression beim Mann. In: Bundesministerium für Soziales, Sicherheit, Generation und Konsumentenschutz (Hrsg.): *Psychosoziale und ethische Aspekte der Männergesundheit*. Wien
- Wolfersdorf, Manfred/Hella Schulte-Wefers/Roland Straub/Theodor Klotz 2006: Männer-Depression: Ein vernachlässigtes Thema – ein therapeutisches Problem. In: *Blickpunkt der Mann* 4, S. 6-9
- World Health Organization (WHO) 2004: *Prevention of Mental Disorders. Effective Interventions and Policy Options. A Report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Prevention Research Centre of the Universities of Nijmegen and Maastricht*. Geneva: WHO
- Writing Group for the Women's Health Initiative 2002: Risks and Benefits of Estrogen Plus Progestin in Healthy Postmenopausal Women: Principal Results from the Women's Health Initiative Randomized Controlled Trial. In: *Jama* 288: S. 321-333