

Petra Kolip

Gender als Determinante gesundheitlicher Ungleichheit

1. *Einleitung*

Aus Public Health-Perspektive ist die Analyse gesundheitlicher Ungleichheit von hoher Relevanz, weil die mit ihr verbundene Ungerechtigkeit gesellschaftlich nicht tragbar ist und nach Interventionen verlangt, ein Anspruch, der im englischen Sprachraum durch die Unterscheidung zwischen *health inequality* und *health inequity* mit inhärentem Handlungsdruck deutlich wird. Dieser Handlungsdruck ist mittlerweile auch in Deutschland politisch akzeptiert, wie z.B. die Formulierung in § 20 SGB V verdeutlicht, in dem festgelegt ist, dass die Gesetzlichen Krankenkassen mit ihren Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung einen Beitrag zur Reduktion sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit leisten sollen. Die Diskussion gewinnt in Deutschland langsam an Fahrt und es zeigt sich, dass noch zahlreiche Fragen offen sind: Wie soll gesundheitliche Ungleichheit überhaupt abgebildet werden? In Deutschland konzentriert sich die Diskussion auf den Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit und es werden spezifische vulnerable Gruppen adressiert, z.B. Menschen mit Migrationshintergrund oder allein erziehende Mütter (anders als z.B. in Großbritannien, wo das Thema stärker auf die Analyse des sozialen Gradienten bezogen ist; z.B. Marmot 2004; Siegrist und Marmot 2008). Und wie lässt sich der Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit theoretisch fassen und welche Variablen sollten denn nun besondere Aufmerksamkeit genießen? So wichtig eine theoretische Fundierung der Debatte ist (Bauer et al. 2008), so sehr liegt die Gefahr einer scheinbar endlosen Differenzierung nahe, die dann nicht mehr in praxisorientierte Projekte »übersetzt« werden kann. So zeigt allein die Analyse der Lebenserwartung auf der Basis des sozioökonomischen Panels, dass Frauen eine höhere Lebenserwartung haben, dass diese aber auch nach sozialer Schicht differenziert: Während Männer im unteren Einkommensquartil eine Lebenserwartung von 72 Jahren haben, beträgt sie im oberen Einkommensquartil 82 Jahre – eine Differenz von 10 Jahren (Reil-Held 2000, zit.n. Mielck 2005). Bei den Frauen beträgt der Unterschied mit 81 vs. 86 Jahren nur 5 Jahre. Die Erklärungsansätze für dieses Phänomen sind bislang unzureichend und das Argument, dass durch eine weitere Differenzierung die Lage noch

unüberschaubarer und für die Entwicklung von Praxisansätzen nicht mehr handhabbar ist, ist nicht von der Hand zu weisen.

Die Differenzierung zwischen horizontaler und vertikaler sozialer Ungleichheit, die in das gerade genannte Beispiel hineinspielt, hat die Diskussion um die Determinanten von Gesundheit und Krankheit sehr angeregt, macht sie doch deutlich, dass nicht nur die vertikale Schichtung relevant ist, sondern dass sich gesundheitliche Ungleichheiten auch auf der Basis von Variablen beschreiben lassen, die quer dazu, etwa Alter, Nationalität oder auch Geschlecht (Mielck 2005). Im Folgenden soll der Blick auf die Variable Geschlecht gelenkt werden, weil sich mit Bezug auf die Frauenforschung einige Ansatzpunkte für die Beantwortung der oben formulierten Fragen ergeben. Die sozialwissenschaftliche Frauengesundheitsforschung geht seit über 40 Jahren den Zusammenhängen zwischen sozialer Lage und Gesundheit nach und die Genderforschung hat zahlreiche theoretische, empirische und konzeptionelle Beiträge zur Debatte geleistet, die an dieser Stelle ins Zentrum der Aufmerksamkeit gerückt werden sollen (vgl. ausführlicher Kuhlmann und Kolip 2005).

2. *Beiträge der Genderforschung zur Diskussion um gesundheitliche Ungleichheit*

Differenzierung des biologischen und sozialen Geschlechts

Einer der wichtigsten Beiträge für die Debatte liegt in der Differenzierung zwischen dem biologischen und dem sozialen Geschlecht, die sich seit den 1970er-Jahren etabliert hat. Ziel war es, deutlich zu machen, dass der Argumentation um die soziale Ungleichheit von Frauen und Männern ein nicht zu begründender Biologismus innewohnt, der einen Glauben an die Unveränderbarkeit des Geschlechterverhältnisses zur Folge hatte. Seit dieser Zeit wird – zumindest theoretisch¹ – unterschieden zwischen dem biologischen Geschlecht (»sex«), festgemacht an Chromosomen, Keimdrüsen, Hormonen, Genitalien und nicht immer so eindeutig, wie es suggeriert wird (siehe dazu Kolip 1997), und den daran anknüpfenden Rollenerwartungen und Geschlechtsstereotypen, den kulturell definierten Konventionen (»gender«; vgl. Krieger 2003). Der Begriff »Gender« bezieht sich darüber hinaus auf das Verhältnis der Geschlechter und zeigt die Konstruktionen, einschließlich der eingelagerten Machtprozesse, auf: Anknüpfend an das biologische Geschlecht werden Männern und Frauen unterschiedliche Rollen zugeschrieben, die z.B. in einem geschlechts-segregierten Arbeitsmarkt und in unterschiedlichen Erwartungen in Bezug auf die Betreuung von Kindern und auf Familienarbeit resultieren.

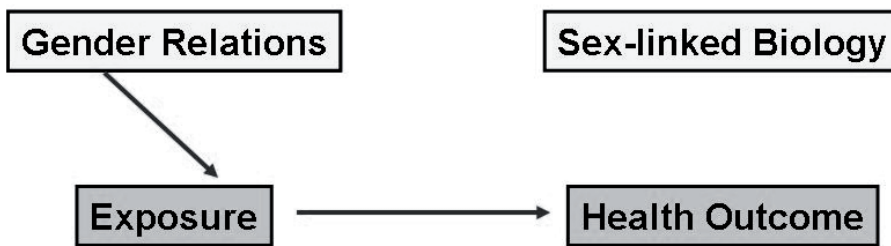
Im Kontext von Public Health ist diese Differenzierung von Bedeutung, weil sie beleuchtet, dass Geschlechtsunterschiede häufig »gemacht« sind – eben auch vom Medizin- und vom Versorgungssystem (Kuhlmann und Kolip 2008). Die spannende Frage ist die, welchen Anteil die biologische und welchen die soziale Komponente hat. Dieser Aspekt wird z.B. in Bezug auf die höhere Unfallhäufigkeit von jungen Männern diskutiert: Die epidemiologischen Befunde zeigen, dass im Jugend- und jungen Erwachsenenalter mehr Jungen und Männer durch Unfälle sterben und stationär behandelt werden und auch die Daten zur Arbeitsunfähigkeit belegen einen hohen Produktivitätsausfall durch eine hohe Unfallhäufigkeit junger Männer. Nachdem lange Zeit die geschlechtsspezifische Sozialisation als Erklärungsfaktor herangezogen wurde, die auf eine unterschiedliche Körpersozialisation verweist, die Jungen und Männer an die körperlichen Grenzen gehen und sie im wahrsten Sinne des Wortes »die Knochen riskieren« lässt (Raithel 2004), melden sich nunmehr einige Stimmen zu Wort, die hinter den Unfallzahlen biologische Wirkmechanismen vermuten. Ein beliebtes Argument ist hier der höhere Testosteronspiegel, der das Aktivitätsniveau von Jungen und Männern hebt. Folgt man dieser Argumentation, ist der Handlungsspielraum der Health Professionals eingeschränkt (zumindest solange biologisch-medizinische Interventionen ausgeschlossen werden).

Die Sozialepidemiologin Nancy Krieger hat ein anregendes Modell entwickelt, in dem sie den Blick auf die Geschlechterbeziehungen lenkt und vier Komponenten differenziert: Gender Relations (soziales Geschlecht), Sex Linked Biology (biologisches Geschlecht), Exposure und Health Outcome (Krieger 2003). Dieses epidemiologische Grundmodell zieht sie heran, um die Interaktion zwischen dem biologischen und sozialen Geschlecht analytisch zu beleuchten. Abbildung 1 zeigt zwei Beispiele.

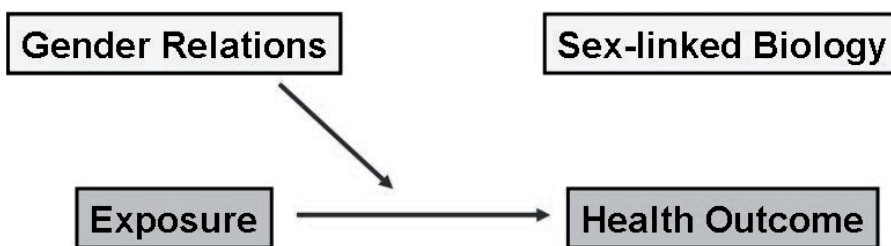
Das Beispiel HIV-Infektion fokussiert auf weibliche Pflegekräfte. Hier ist die Prävalenz gegenüber männlichen Pflegekräften deutlich erhöht. Ursache ist nicht eine höhere biologische »Anfälligkeit«, sondern ein geschlechtssegregierter Arbeitsmarkt, der für Frauen mit einer erhöhten Infektionsgefahr verbunden ist. Einmal infiziert, unterscheiden sich Männer und Frauen nicht in der Wahrscheinlichkeit, an AIDS zu erkranken. Im zweiten Beispiel, einer Augeninfektion bei Kontaktlinsenträgern, die bei Männern häufiger ist als bei Frauen, wirkt das soziale Geschlecht nicht auf die Exposition, sondern auf die Prozesse zwischen Exposition und Erkrankung. Männer wie Frauen tragen gleich häufig Kontaktlinsen, aber das Hygieneverhalten der Geschlechter unterscheidet sich, so dass es bei Männern häufiger zu einer Infektion kommt.

Abb. 1: Beispiele für die Interaktion von sex und gender (Krieger, 2003)

Beispiel 1: HIV-Infektionen



Beispiel 2: Keratitis



Auch Sarah Payne analysiert das Wechselverhältnis zwischen biologischem und sozialem Geschlecht. In ihrem 2001 veröffentlichten Aufsatz »Smoke like a man, die like a man?« nimmt sie den Lungenkrebs als Beispiel. In den USA sinken die Mortalitätsraten bei den Männern kontinuierlich, während sie bei den Frauen steigen; dies gilt auch für Deutschland (RKI, 2006). Frauen und Männer erkranken zudem an unterschiedlichen Formen des Lungenkrebses und bei gleicher Anzahl konsumierter Zigaretten ist das Erkrankungsrisiko bei Frauen größer. Payne führt dieses Muster zum einen auf biologische Faktoren zurück, etwa das empfindlichere Lungengewebe von Frauen für Kanzerogene im Tabakrauch, aber sie nimmt auch das soziale Geschlecht in den Blick, etwa wenn sie darauf aufmerksam macht, dass Frauen häufiger Zigaretten mit niedrigem Teer- und Nikotingehalt rauchen, die tiefer inhaliert werden und dadurch das Lungengewebe stärker schädigen. Aber auch das Rauchverhalten und die Konsummotive von Frauen und Männern unterscheiden sich. So scheinen Frauen häufiger in Stress- und Belastungssituationen zu rauchen; ein Umstand, der den Tabakstopp erschwert.

Die Differenzierung zwischen dem biologischen und sozialen Geschlecht war der Ausgangspunkt für zahlreiche theoretische Weiterentwicklungen. Für die Public Health-Diskussion in Deutschland sind besonders die interaktionistischen Beiträge von West und Zimmerman anregend gewesen (1987). Sie knüpfen an die Unterscheidung zwischen

sex und gender an, erweitern sie aber um den Aspekt der »sex category«. Hiermit sind sozial akzeptierte soziale Merkmale gemeint, die geschlechtlich aufgeladen sind (z.B. Kleidung, Frisuren). Sie betonen, anknüpfend an ethnomethodologische Studien mit Transsexuellen, dass das biologische Geschlecht nicht zwingend mit dem sozialen Geschlecht korrespondieren muss und begreifen das soziale Geschlecht als interaktionistische Kategorie, als Ausdruck des Handelns in sozialen Situationen (ausführlicher siehe Kuhlmann und Kolip 2005). Dieser Theorieansatz ist im vorliegenden Kontext deshalb von Relevanz, weil »doing gender« eine identitätsstiftende Komponente hat und sich die Geschlechtsunterschiede im gesundheitsrelevanten Verhalten auch als Versuch erklären lassen, sich über das Verhalten – Rauchen, Tabakkonsum, Essverhalten – als Mann oder Frau, Junge oder Mädchen darzustellen. Um auf das oben genannte Beispiel der Unfälle zurückzuführen: Riskantes Verkehrsverhalten ist nicht nur als Ausdruck geschlechtsspezifischer Sozialisation oder Ergebnis einer Testosteronschwemme im Blut interpretierbar, sondern auch als interaktionistische Herstellung von Männlichkeit. Der Theorieansatz ist mittlerweile erweitert worden.² So führen West und Fenstermaker (1995) Klasse, Rasse und Ethnizität als interaktionistische Kategorien ein und sind damit anschlussfähig an die Diskussion um die Konstruktion sozialer Ungleichheit. Eine mehrdimensionale Aufbereitung entlang verschiedener Dimensionen sozialer Differenzierung im Sinne eines »doing health«, mit der sich auch erklären ließe, weshalb Mittelschichtsmodelle der Prävention und Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten wenig Erfolg versprechend sind, steht noch aus und verspricht eine anregende Verbindung zwischen Theorie und Praxis (Schmidt 2007), weil deutlich wird, wie gesundheitsrelevantes Verhalten nicht nur in kulturelle Kontexte eingebettet ist, sondern diese auch mit konstruiert.

Kritik am Gender Bias

Ein zweiter Beitrag der Frauenforschung liegt in der Kritik des Gender Bias, der Insensibilität gegenüber der Relevanz der Geschlechterkategorie und der damit meist einhergehenden Setzung eines männlichen Normmodells. Gender Bias meint zum einen, dass eine Gleichheit oder Ähnlichkeit von Männern und Frauen angenommen, wo diese nicht vorhanden ist, zum anderen bezieht sich der Begriff darauf, dass Unterschiede zwischen Frauen und Männern angenommen werden, wo möglicherweise keine existieren (Eichler 1998). Nach Eichler (1998) kann der Gender Bias drei Hauptformen annehmen:

- Geschlechterinsensibilität: Die Bedeutung des biologischen oder sozialen Geschlechts wird ignoriert; z.B. in der Form, dass in wissenschaftlichen Studien keine Angaben über die Zusammensetzung der Stichprobe gemacht werden.
- Androzentrismus: Männliche Körperprozesse und Krankheitsverläufe, aber auch Lebens- und Arbeitsbedingungen werden als Norm gesetzt und in unzulässiger Weise verallgemeinert.³
- Doppelter Bewertungsmaßstab: Männern und Frauen werden unterschiedliche Handlungsweisen zugestanden bzw. als problematisch deklariert; in der Gesundheitsforschung zeigt sich dieses z.B. daran, dass die gesundheitlichen Auswirkungen der Erwerbsarbeit nur bei Müttern untersucht wird.

In der Gesundheitsforschung ist der Gender Bias am Beispiel des Herzinfarktes wohl am besten untersucht. Dieses Beispiel zeigt auch, wie sich durch eine Sensibilisierung für die Relevanz der Geschlechterkategorie nachhaltige Verbesserungen in der Versorgung erreichen lassen, weil deutlich wird, dass eine Geschlechterinsensibilität weder Frauen noch Männern gerecht wird. Geschlechtersensible Analysen haben gezeigt, dass vor allem vor dem 60. Lebensjahr Männer häufiger einen Herzinfarkt erleiden, die Letalität bei Frauen aber höher ist. Die Ursachen können in biologischen Faktoren gesucht werden (z.B. geschlechterdifferenzierte Symptomatik, mehr Komorbiditäten bei späterer Erkrankung), aber auch soziale Faktoren spielen eine Rolle, wie z.B. die geschlechterdifferenzierte Deutung und Bewertung der Symptome, geschlechterspezifische Lebensformen (z.B. höherer Anteil allein lebender Frauen im Alter) und daraus resultierende spätere Einweisung ins Krankenhaus. Es zeigt sich aber auch, dass Frauen seltener entsprechend der vorhandenen Leitlinien behandelt werden (z.B. seltener die in den Leitlinien vorgesehene Medikation erhalten).

Zwei weitere Beispiele sollen diesen Punkt illustrieren: Depression und Diabetes mellitus Typ 2. Depressionen gelten als typische Erkrankung von Frauen, und in der Tat werden depressive Erkrankungen bei ihnen im Vergleich zu Männern doppelt so häufig diagnostiziert. So litten nach Daten des RKI im Jahr 1998 7,8 % der 18- bis 65jährigen Frauen und 4,8 % der gleichaltrigen Männer in den 4 Wochen vor der Befragung an einer depressiven Erkrankung; die 12-Monatsprävalenz wird mit 15,0 % für Frauen und 8,1 % für Männer angegeben (RKI, 2006). Besonders in der Altersgruppe 36-45 Jahren sind Frauen häufiger betroffen als Männer. Auch bei den Erwerbsminderungsrentenzugängen spielen sie bei den Frauen eine größere Rolle als bei den Männern, obwohl psychische Erkrankungen – in der Öffentlichkeit wenig beachtet – auch bei Männern

der Hauptgrund für einen vorzeitigen Rentenbeginn sind (Rehfeld et al. 2007). Die Ursachen für die Geschlechtsunterschiede werden zum einen in biologischen Faktoren und geschlechterspezifischen Reaktionen auf Stress gesucht. Es muss zum anderen aber auch von einer Unterdiagnostik in der Gruppe der Männer ausgegangen werden. Die Erkrankung ist bei ihnen häufig überdeckt von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit (während es bei Frauen eine hohe Komorbidität mit Angst- und Essstörungen gibt). Es wird vermutet, dass in der ärztlichen Praxis die Symptome einer Depression bei Männern häufig nicht ernst genommen werden – ähnlich wie dies für Frauen beim Herzinfarkt erkannt wurde –, da eine Depression nicht mit dem männlichen Geschlechtsstereotyp kompatibel ist.

Auch beim Diabetes mellitus Typ 2 ist die Nicht-Berücksichtigung des Geschlechts versorgungsrelevant. Frauen leiden häufiger unter Diabetes mellitus als Männer; allerdings lässt sich dieser Geschlechtsunterschied nach Analysen des Robert Koch-Instituts nur in unteren sozialen Schichten beobachten, wie auch ein deutlicher Altersgradient auftritt (RKI 2006). 8,5 % der Frauen und 5,6 % der Männer im Alter zwischen 18 bis 79 Jahren geben an, zuckerkrank zu sein (Prävalenzraten mittlere Schicht: 3,4 % der Frauen, 3,5 % der Männer; obere soziale Schicht: 1,6 % der Frauen, 2,5 % der Männer). Diabetes mellitus ist eine komplexe Erkrankung, der ein multifaktorielles Ursachenbündel zugrunde liegt. Als Risikofaktoren gelten Übergewicht, Fehlernährung und Bewegungsmangel. Diabetes mellitus ist zugleich selber ein Risikofaktor, vor allem für Herz-Kreislaufkrankheiten. Aus diesem Grund müssen Blutdruck und Fettstoffwechsel gut eingestellt sein, damit das Risiko für eine Herz-Kreislauf-erkrankung als Folge einer Erkrankung mellitus möglichst gering gehalten wird. Dabei ist zu berücksichtigen, dass das relative Risiko (RR) für einen Herzinfarkt bei Vorliegen eines Diabetes mellitus bei Frauen mit 5,9 höher ist als bei Männern (RR = 3,7; RKI 2005). Dennoch werden bei diabetischen Frauen mit einer kardiovaskulären Vorgeschichte der Blutdruck und der Cholesterinspiegel signifikant schlechter eingestellt, wie auch der HbA1c-Wert ungünstiger ist (Gouni-Bertold et al. 2008). Die Ursachen für diese Ungleichbehandlung nach Geschlecht sind bislang nicht untersucht; die AutorInnen vermuten, dass Geschlechtsstereotype in der Behandlung wirksam sind.⁴

Die Arbeiten der Frauenforschung zur Identifizierung des Gender Bias sind für die Diskussion anregend, weil sie deutlich machen, dass über eine Sensibilisierung eine Verbesserung der Versorgungsqualität erreicht werden kann. Für gendersensible Forschung und Praxis liegen mittlerweile einige Instrumente vor, die den Ausgangspunkt bilden können, um breiter für die Relevanz sozialer Vielfalt aufmerksam zu

machen. Richtungsweisend hierfür ist das BIASfree Framework, das für unterschiedliche Dimensionen sozialer Differenzierung (einschließlich sexueller Orientierung und Behinderung) sensibilisieren will (Burke und Eichler 2006).

Bio-psycho-soziales Gesundheitsverständnis

Die Definition von Gesundheit aus einer bio-psycho-sozialen Perspektive und der Bezug auf Lebenslagen ist ein weiterer Beitrag, den die Frauengesundheitsforschung zur Diskussion um die gesundheitliche Ungleichheit leistet. Damit ist nicht nur gemeint, dass der Gesundheitsbegriff nicht nur die körperliche, sondern auch die psychische und soziale Ebene einschließt, sondern auch, dass die sozialen Einflussfaktoren auf die Gesundheit von Relevanz sind. Ein Blick auf die einschlägigen Modelle der Gesundheitsdeterminanten zeigt, dass das Geschlecht zwar berücksichtigt wird; es wird jedoch allenfalls als singulärer Faktor betrachtet. Dabei wäre es von Bedeutung, auch die anderen Faktoren – Arbeits- und Lebensbedingungen, soziale Netzwerke – konsequent aus einer Geschlechterperspektive zu beleuchten. Gerade der Blick auf die Lebenslagen mit der Frage, wie diese die Gesundheit beeinflussen, ist analytisch von Relevanz, denn dadurch lassen sich nicht nur die Geschlechterunterschiede erklären, sondern auch Unterschiede innerhalb einer Geschlechtergruppe können herausgearbeitet werden, um vulnerable Gruppen zu identifizieren.

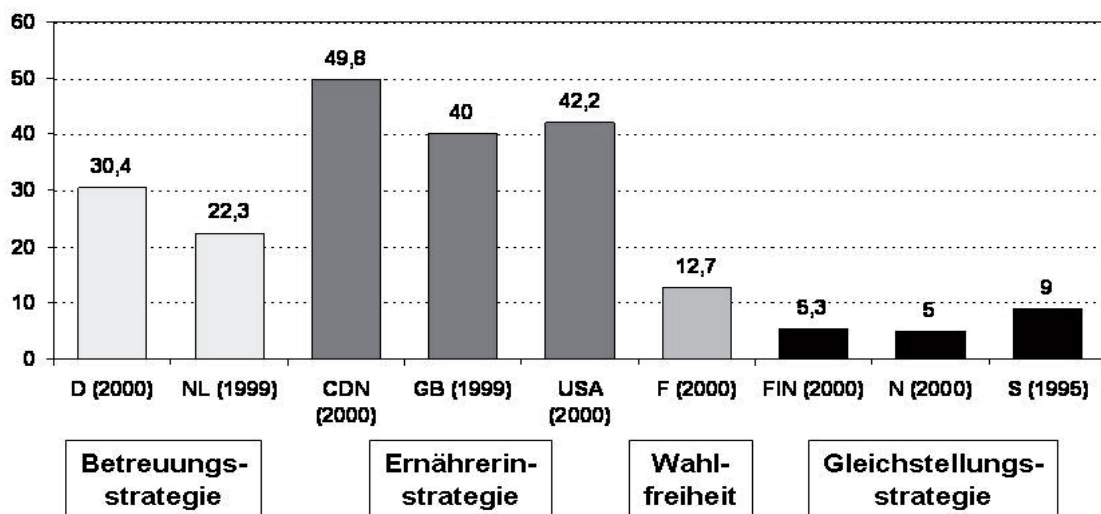
Um auch diesen Punkt an einem Beispiel zu illustrieren: Die Daten der Gesundheitsberichterstattung zeigen, dass Alleinerziehende gesundheitlich stärker belastet sind und sich auch gesundheitsriskanter verhalten – und zwar bei beiden Geschlechtern (auch wenn der Anteil der Männer, die ein oder mehrere Kinder alleine großziehen, noch immer sehr gering ist). Diese Befunde lassen sich nur dann angemessen erklären, wenn die Lebenslagen berücksichtigt werden. So ist die Armutsquote, die in Deutschland im Jahr 2002 durchschnittlich 13,1 % betrug, bei Alleinerziehenden mit einem Kind mit 28,8 % mehr als doppelt so hoch, bei Alleinerziehenden mit mehr als einem Kind beträgt sie sogar 58,5 %. Damit wird auch deutlich, dass Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage Alleinerziehender nicht am Verhalten, sondern an den Verhältnissen anknüpfen müssen. Öffnet man den Blick, zeigen sich deutliche Ansatzpunkte in der Familien- und Sozialpolitik. So hat die Arbeitsgruppe um Misra in der Luxembourg Income Study untersucht, welchen Einfluss die wohlfahrtsstaatliche Politik auf die Armutsquote Alleinerziehender nimmt (Misra et al. 2007). Sie unterscheiden vier

familienpolitische Modelle:

- **Betreuungsmodell:** Frauen, die Kinder betreuen, erhalten Unterstützung; Politik stärkt traditionelle Rollenaufteilung (typisch z.B. für Deutschland und die Niederlande)
- **Ernährerin-Modell:** Erwerbsarbeit von Frauen und Männern wird betont, wenig Unterstützung für Familienarbeit (typisch für Kanada, Großbritannien und die USA)
- **Wahlfreiheitsmodell:** Unterstützung der Kinderbetreuung, zugleich Ermunterung zur Teilnahme am Arbeitsmarkt (typisch für Frankreich)
- **Gleichstellungsmodell:** Balance zwischen Erwerbsarbeit und Fürsorge (typisch für Finnland, Norwegen und Schweden).

Die AutorInnen können zeigen, dass das bei uns vertretene Betreuungsmodell eine vergleichsweise höhere Armutsquote produziert (die allerdings noch deutlich unter jener liegt, die in Ländern mit einem Ernährerin-Modell auftreten) (vgl. Abb. 2).

Abb. 2: Armutsquote alleinerziehender Frauen mit jungen Kindern im internationalen Vergleich (Quelle: Misra et al., 2007)



50%-Median Äquivalenzeinkommen nach Luxemburg Income Study

Der von der Frauengesundheitsforschung angeregte Blick auf die Lebenslagen ist für den vorliegenden Diskussionszusammenhang von Bedeutung, weil er deutlich macht, dass die Gesundheit nur partiell individuell gestaltet werden kann, weil die politischen Rahmenbedingungen den individuellen Gestaltungsspielraum deutlich begrenzen (Schmidt 2007; Schmidt und Kolip 2007). Die weithin akzeptierte, aber

bislang wenig umgesetzte Maxime, jede Verhaltensprävention müsse Hand in Hand mit einer Verhältnisprävention gehen, muss Richtschnur für Interventionen sein.

3. *Konsequenzen für Politik und Praxis*

Welche Konsequenzen lassen sich nun für Politik und Praxis ziehen?

Es ist es ein Verdienst der Frauengesundheitsforschung, die Machtverhältnisse im Kontext sozialer Positionierung zu thematisieren. Die Zuschreibung von geschlechtsspezifischen Rollen und Tätigkeitsfeldern ist nicht nur deskriptiv, sondern wertend und konstituiert bzw. reproduziert Machtverhältnisse (deshalb gehen auch wesentlich Impulse von Frauen aus) und umgekehrt: gesellschaftliche Machtverhältnisse werden in Körper »eingeschrieben« und zeigen sich in Einstellungen zum und Wahrnehmungen vom Körper und Körperpraktiken (somatische Kulturen). Vor diesem Hintergrund ergibt sich die Notwendigkeit, gesundheitsbezogene Interventionen mit politischem Handeln zu verknüpfen, auch dies ein Aspekt, der in der Frauengesundheitsbewegung seit Jahrzehnten umgesetzt wird. Das Ziel war und ist die Verbesserung der gesundheitlichen Lage einer sozial benachteiligten Gruppe. Dieser Anspruch ist nicht zuletzt im Madrid Statement der WHO dokumentiert, das 2001 als Aufforderung zur Durchsetzung des Gender Mainstreamings formuliert wurde (WHO 2001). Das Ziel ist die Herstellung horizontaler und vertikaler Chancengleichheit. Soll heißen: Da, wo Frauen und Männer die gleichen gesundheitlichen Bedürfnisse haben, sollen sie auch das gleiche Angebot erhalten; dort, wo sie unterschiedliches benötigen, soll ein differenziertes Angebot entwickelt werden, um es beiden Geschlechtern zu ermöglichen, ihr Gesundheitspotenzial auszuschöpfen (Doyal 2000). Zielgrößen sind dabei Wohlbefinden, Lebensqualität und Lebenserwartung bei guter Gesundheit.

Für die Versorgungsforschung wird es perspektivisch darum gehen, konsequent Über-, Unter- und Fehlversorgung zu analysieren, die in der Genderforschung verknüpft ist mit der Frage, wo die Orientierung an Geschlechterstereotypen, den kulturellen Normen für Weiblichkeit und Männlichkeit, eine unangemessene Versorgung zur Folge hat. Dieser Anspruch ist schnell formuliert, stößt aber in der Praxis auf viele Hürden, weil die wissenschaftlichen Grundlagen dafür meist fehlen.

Im Feld der Prävention muss es das Ziel sein, die geschlechterspezifischen Präventionspotenziale zu identifizieren und Angebote zu entwickeln, die dann für das jeweilige Geschlecht angemessen sind (für Beispiele siehe Kolip und Altgeld 2006). Für die Gesundheitsförderung,

verstanden als ressourcenorientierte Befähigung von Individuen und Gruppen, die Gesundheit im positiven Sinne in die eigene Hand zu nehmen, geht es um Befähigung und die Gestaltung von Rahmenbedingungen. Partizipation und Teilhabe sind hier die Schlüsselbegriffe und das Konzept ist emanzipatorisch gemeint – die Verbindungen zur Frauenbewegung sind unübersehbar, aber auch für andere Gruppen ist dieser Ansatz von Relevanz und nicht ohne politische Gestaltung umzusetzen. Gesundheitswissenschaftliche Forschung hat hier den Auftrag, theoretisches »Futter« zu liefern, aber auch fundierte Konzepte zu erarbeiten, wie eine Verbesserung der gesundheitlichen Situation von sozial Benachteiligten erreicht werden kann. Die Sensibilisierung für soziale Vielfalt, die sich auf Konzepte gendersensibler Angebotsentwicklung stützt ist hier ein erster Schritt, dem weitere folgen müssen.

Public Health muss einen Beitrag zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheit leisten. Dieser politische Anspruch muss leitend sein, denn ohne eine Gestaltung der Rahmenbedingungen ist keine Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Benachteiligten zu erzielen.

Korrespondenzadresse:
Prof. Dr. phil. Petra Kolip
Universität Bremen
Institut für Public Health und Pflegeforschung
Grazer Straße 4
28359 Bremen
kolip@uni-bremen.de

Anmerkungen

- 1 Eine Literaturrecherche zeigt, dass diese Differenzierung bislang nur unzureichend aufgegriffen wurde. Zwar finden sich auch in medizinischen Datenbanken eine Fülle von Artikeln mit dem Schlagwort »gender«; bei genauerem Hinsehen beschreiben diese aber nur Unterschiede zwischen den Geschlechtern, die sich biologisch festmachen lassen. Gender und Gender Mainstreaming sind zu Modewörtern mutiert, ohne dass die dahinter liegenden Absichten die Diskussion durchdrungen haben. Ein vortreffliches Beispiel hierfür ist die Gendermedizin, die sich – in durchaus verdienstvoller Weise! – den Unterschieden zwischen den Geschlechtern bei zahlreichen Krankheiten widmet und Hinweise auf die Notwendigkeit geschlechtersensibler Diagnostik und Therapie liefert, aber nur selten den sozialen Unterschieden zwischen den Geschlechtern Rechnung trägt und z.B. die differenziellen Lebensbedingungen von Frauen und Männern berücksichtigt.
- 2 Auf weitere Theorieentwicklungen, z.B. poststrukturalistische Theorien, kann an dieser Stelle nicht eingegangen werden. Die interessierte Leserin, der interessierte Leser seien z.B. auf Kuhlmann und Babitsch (2002) sowie Kuhlmann und Kolip (2005) verwiesen.

- 3 Diese Kritik ließe sich auch auf die Ungleichheitsforschung selbst ausdehnen, etwa wenn von einer männlichen Erwerbsbiographie ausgegangen wird (siehe hierzu die Arbeiten von Birgit Babitsch, z.B. Babitsch 2005).
- 4 Die AutorInnengruppe aus Köln zeigt im Übrigen auch, dass Patienten und Patientinnen von Ärztinnen besser eingestellt sind als jene von Ärzten (Berthold et al. 2008)

Literatur

- Babitsch, B. (2005): Soziale Ungleichheit, Geschlecht und Gesundheit. Bern: Hans Huber.
- Bauer, U.; Bittlingmayer, U.H.; Richter, M. (2008): Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. Die Herausforderungen einer erklärenden Perspektive. In: U. Bauer; U.H. Bittlingmayer; M. Richter (Hg.): Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 13-56.
- Berthold, K.H.; Gouni-Berthold, I.; Bestehorn, K.P.; Böhm, M.; Krone, W. (2008): Physician gender is associated with the quality of type 2 diabetes care. *Journal of Internal Medicine* 264: 340-350.
- Burke, M. A.; Eichler, M. (2006): The BIAS FREE Framework. A practical tool for identifying and eliminating social biases in health research. Geneva: Global Forum for Health Research. http://www.globalforumhealth.org/Site/002_What%20we%20do/005_Publications/010_BIAS%20FREE.php
- Connell, R.W. (1999): Der gemachte Mann. Opladen: Leske + Budrich.
- Doyal, L. (2000): Gender equity in health: debates and dilemmas. *Social Science and Medicine* 51: 931-939.
- Eichler, M. (1998): Offener und verdeckter Sexismus. Methodisch-methodologische Anmerkungen zur Gesundheitsforschung. In: Arbeitskreis Frauen und Gesundheit im Norddeutschen Forschungsverbund Public Health (Hg.): Frauen und Gesundheit(en) in Wissenschaft, Praxis und Politik. Bern: Hans Huber, 34-49.
- Gouni-Berthold et al. (2008): Sex disparities in the treatment and control of cardiovascular risk factors in type 2 diabetes. *Diabetes Care* 31: 1389-1391.
- Graham, H.; Kelly, M.P. (2004): Health inequalities: concepts, frameworks and policy. Briefing paper. NHS Health Development Agency. www.hda.nhs.uk
- Kolip, P. (1997): Geschlecht und Gesundheit im Jugendalter. Die Konstruktion von Geschlechtlichkeit über somatische Kulturen. Opladen: Leske + Budrich.
- Kolip, P.; Altgeld, T. (Hrsg.) (2006): Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis. Weinheim: Juventa.
- Krieger, N. (2003): Gender, sexes, and health: what are the connections and why does it matter? *International Journal of Epidemiology* 32: 652-657.
- Kuhlmann, E.; Babitsch, B. (2002): Bodies, health, gender – bridging feminist theories and women's health. *Women's Studies International Forum* 25: 433-442.
- Kuhlmann, E.; Kolip, P. (2005): Gender und Public Health. Weinheim: Juventa.
- Kuhlmann, E.; Kolip, P. (2008): Die »gemachten« Unterschiede – Geschlecht als Dimension gesundheitlicher Ungleichheit. In: U. Bauer; U.H. Bittlingmayer; M. Richter (Hg.): Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 191-219.

- Marmot, M. (2005): Social determinants of health inequalities. *Lancet* 365: 1009-1104.
- Mielck, A. (2005): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion. Bern: Hans Huber.
- Misra, J.; Moller, S.; Budig, M. (2007): Work-family policies and poverty for partnered and single women in Europe and North America. *Gender & Society* 21: 804-827
- Payne, S. (2001): »Smoke like a man, die like a man«? A review of the relationship between gender, sex and lung cancer. *Social Science and Medicine* 53: 1067-1080.
- Raithel, J. (2004): Jugendliches Risikoverhalten. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Rehfeld, U.; Bütetisch, T.; Hoffmann, H. (2007): Gesundheitsbedingte Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung für Frauen und Männer – Indikatoren für die Morbidität. In: B. Badura; H. Schröder; C. Vetter (Hg.): Fehlzzeitenreport 2007. Berlin: Springer, 145-157.
- RKI – Robert Koch-Institut (2005): Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Band 24: Diabetes mellitus. Berlin: RKI
- RKI – Robert Koch-Institut (2006): Gesundheitsbericht für Deutschland. Berlin: RKI.
- Schmidt, B. (2007): Eigenverantwortung haben immer die Anderen. Der Verantwortungsdiskurs im Gesundheitswesen. Bern: Hans Huber.
- Schmidt, B. ; Kolip, P. (Hg.) (2007): Gesundheitsförderung im aktivierenden Sozialstaat. Präventionskonzepte zwischen Public Health, Eigenverantwortung und Sozialer Arbeit. Weinheim: Juventa.
- Siegrist, J. ; Marmot, M. (Hg.) (2008): Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen. Bern: Hans Huber.
- West, C.; Fenstermaker, S. (1995): Doing difference. *Gender and Society* 9: 8-37.
- West, C. ; Zimmerman, D. (1987): Doing gender. *Gender and Society* 1: 125-151.
- WHO Euro (2001): Mainstreaming gender equity in health. Madrid Statement. Kopenhagen: WHO Euro.