

Geschlechterverhältnisse und somatische Kulturen

Statistische Angaben über Befindlichkeitswahrnehmungen, Gesundheit und Krankheit von Männern und Frauen weisen in Industriegesellschaften relativ gleichförmige geschlechtsspezifische Verteilungen auf. In demoskopischen Umfragen und epidemiologischen Studien stufen sich Männer und Frauen unterschiedlich häufig als gesund oder krank ein, sie klagen über jeweils andere Symptomaten, sie suchen verschieden oft einen Arzt/eine Ärztin auf oder nehmen je nach Geschlecht andere medizinische Leistungen in Anspruch, sie konsumieren unterschiedlich viele und jeweils andere Medikamente. Auch medizinische Diagnosen variieren geschlechtsspezifisch, selbst dann, wenn spezifische Krankheitsbilder von ihrer Definition und Ausprägung her nicht an ein biologisches Geschlechtsmerkmal gebunden sind.

Bisherige Analysen dieser geschlechtsspezifischen Verteilungen von Gesundheits- und Krankheits-Indikatoren haben sich vor allem auf die für Männer und Frauen unterschiedlichen Lebenslagen, Abhängigkeiten, Belastungen und Bewältigungsformen konzentriert (Kickbusch 1983, Vogt 1985, Maschewsky-Schneider u.a. 1988, Ernst 1991). Allgemeine und funktionelle Beschwerden von Frauen erklären sich danach aus dem spezifischen Lebenszusammenhang von Frauen, der als besonders widersprüchlich strukturiert und mit spezifischen, nur schwer zu bewältigenden Anforderungen belastet begriffen wird.

Im vorliegenden Beitrag wird die geschlechtsspezifisch unterschiedliche Verteilung von Gesundheits- und Krankheits-Indikatoren im Kontext der kulturellen Reproduktion von Zweigeschlechtlichkeit (Hagemann-White 1984) interpretiert. Die Wahrnehmung des Körpers und der Umgang mit ihm sind Bestandteil der Entstehung spezifischer, nach Geschlecht unterscheidbarer somatischer Kulturen und eng an die Ausgestaltung uns heute vertrauter Formen von Männlichkeit und Weiblichkeit gebunden. Sexuelle (männliche und weibliche) Identität wird über und mit dem Körper hergestellt – als Teil der Kulturgeschichte über einen langen Zeitraum und zugleich als etwas, das sich in jeder Kindheit/Jugend wiederholt (Helfferich 1994, 53). Die Bewertung körperlicher Empfindungen und Signale ist darin eingeordnet; aufgrund seiner kulturellen Besetzung bietet

sich der Körper in besonderer Weise dazu an, Bedürfnislagen symbolisch zu verarbeiten und als Wohlbefinden oder Krankheit zu interpretieren.

Die interaktive Herstellung von Geschlechtszugehörigkeit

Uns bekannte Gegenwartsgesellschaften sind tiefgreifend nach Geschlecht strukturiert und polarisiert. In ihnen existieren Menschen nur als Männer oder Frauen, und beide Geschlechter sind deutlich voneinander unterscheidbar. Eine menschliche Existenz als Nicht-Mann oder Nicht-Frau ist nicht möglich.

Mit der Unterscheidbarkeit der Geschlechter geht ihre spezifische Anordnung im Sozialsystem einher. Geschlecht fungiert als Strukturierungs- und Ordnungsprinzip, das Männern und Frauen einen spezifischen Platz in sozialen Strukturen und Milieus zuweist und diese wiederum unter dem Geschlechteraspekt organisiert. Ökonomische, politische und kulturelle Institutionen sind geschlechtsspezifisch strukturiert und hierarchisiert. Ihre Routinen und Rituale spiegeln die Asymmetrie des Geschlechterverhältnisses wider und geben zugleich den strukturellen Rahmen für die Reproduktion und Verfestigung einer Geschlechterordnung vor (Connell 1993). Mit dem System Zweigeschlechtlichkeit sind spezifische Arbeits- und Machtverteilungen, ökonomische und politische Strukturen, kulturelle und ästhetische Produktionen und auch unsere »privatesten« Gefühle eng verbunden (Hagemann-White 1984, 1992).

In einer nach Geschlecht polarisierten Welt stehen alle Individuen unter dem Zwang, sich entweder als Mann oder Frau zu definieren und sich in dieser Weise sozial zu verorten. In ihrem sozialen Handeln stellen Menschen ihr Leben lang und in all ihren Lebenstätigkeiten ihre Geschlechtszugehörigkeit symbolisch dar. Sie greifen dabei auf ein Repertoire historisch entstandener, aber auch in stetem Wandel befindlicher männlicher und weiblicher Verhaltensweisen zurück (Hirschauer 1989, S.104). Auch kulturelle Objekte – Kleidungsstücke, Frisuren, Gesten und Körperhaltungen, Namen, Berufe, Fähigkeiten, Eigenschaften u.a. – sind geschlechtlich identifiziert und mit Geschlechtsbedeutungen versehen. Mit der Übernahme geschlechtlich identifizierbarer Verhaltensweisen und geschlechtlich identifizierter Bedeutungssysteme markieren Individuen permanent die eigene Geschlechtszugehörigkeit und ebenso die von InteraktionspartnerInnen, damit also auch die Eigenarten der Geschlechter »im allgemeinen« (ebd.).

Dieser Prozeß beginnt spätestens mit der Geburt und kann als lebenslängliche geschlechtsspezifische Sozialisation verstanden werden. Schon kleine Kinder internalisieren die Strukturen des Geschlechterverhältnisses als Gefüge von Beziehungen zwischen Männern und Frauen, mit denen sie real und symbolisch zu tun haben. Im Jugend- und Erwachsenenalter setzen sich diese Prozesse fort.

Der Sozialisationsprozeß von Kindern oder auch jugendlicher und erwachsener Menschen ist dabei nicht nur etwas, was Individuen widerfährt. Sozialisation ist vielmehr auch aktive und konstruktive Selbst-Einbindung in ein Symbolsystem von Zweigeschlechtlichkeit durch die betroffenen Individuen selbst (Gildemeister 1988, Bilden 1991). Menschen konstruieren sich als Junge oder Mädchen, als Mann oder Frau. Ihre sozialisatorische Eigenleistung besteht vor allem darin, die generativen Regeln zur Herstellung sozialer Situationen unter den Bedingungen einer universalen, kulturell geprägten Geschlechterdifferenz zu erlernen (ebd.). Zugleich ist damit Selbstkonstruktion und Repräsentation als geschlechtlich identifiziertes Individuum auch Einordnung in soziale Strukturen – freiwillige und erzwungene. In gewissem Umfang stehen Wahlmöglichkeiten offen, Subjektivitätsformen sind wandelbar und auch verhandelbar. Gleichwohl ist der individuelle Zugang zu spezifischen Daseinsweisen nicht beliebig: Rasse, Klassenzugehörigkeit, Alter, kultureller Hintergrund und institutionelle Vorgaben tragen zur Aufrechterhaltung spezifischer Formen von Männlichkeit und Weiblichkeit als kollektive Praxen bei (Seifert 1992).

In den Beziehungen und Interaktionen vergesellschafteter Subjekte bildet sich das aus, was als Geschlechtsidentität persönlich erfahrbar ist. Wie auch immer dieser Begriff zu definieren ist: Er beinhaltet im Kern die Aussage, daß jemand sich einmalig und unverwechselbar als Mann oder Frau mit spezifischen Eigenschaften und Verhaltensweisen erlebt und in dieser Weise auch von anderen wahrgenommen und anerkannt wird. Der Erwerb einer Geschlechtsidentität kann als interaktiver Aushandlungsprozeß verstanden werden, in dem Individuen auf bewährte Symbolsysteme zurückgreifen und sich gleichzeitig als einmalig und unverwechselbar präsentieren.

Die Rolle des Körpers

Der Körper spielt in der sozialen und individuellen Konstitution von Geschlechtszugehörigkeit eine zentrale Rolle (Bilden 1991, S.284);

er ist Medium der Selbstkonstruktion und Symbolisierung des Mann- oder Frau-Seins. Über den Körper eignen sich Menschen ihre Kultur und ihre gesellschaftlichen Beziehungen an und verorten sich in ihnen als Geschlechtswesen. Die für alle Menschen notwendige Erfahrung und Inszenierung geschlechtlicher Identität wird in spezifische Körpererfahrungen übersetzt; die soziale Definition »Frau« oder »Mann« drückt sich in spezifischen Körperhaltungen und Ausdrucksformen, in Muskelspannungen, Geschicklichkeiten, Körperwahrnehmungen und -präsentationen sowie physischen Interaktionen mit anderen aus. Sie wird handlungs-, verhaltens- und erlebnismäßig ausgefüllt. – Boltanski hat dafür den Begriff »somatische Kultur« geprägt und versucht, die Regeln eines »angemessenen Umgangs mit dem Körper« in Verbindung zu sozialen Strukturen zu analysieren. Er versteht darunter:

»... 'Anstandsregeln', die die konforme Art definieren, die alltäglichen Handlungen auszuführen, zu gehen, sich anzukleiden, sich zu ernähren, sich zu waschen, sich zu schminken und, für einige, zu arbeiten, die korrekte Art, in der physische Interaktionen mit anderen abzulaufen haben, die Distanz zu einem Partner, die man aufrechtzuhalten hat, die Art, in der man ihn anzusehen, zu berühren hat, die Gesten, die auszuführen in seiner Gegenwart angemessen ist, und zwar abhängig von seinem Geschlecht, seinem Alter, davon, ob er ein Verwandter, ein Freund, ein Fremder ist, ob er derselben Sozialschicht angehört oder nicht, von Ort und Tageszeit schließlich, und vielleicht in besonderem Maß, die korrekte Art, von seinem Körper zu reden, von seinem äußeren Anblick und den physischen Empfindungen. (...) All diese Regeln bilden einen Kodex der guten Sitten für den Umgang mit dem Körper, der tief verinnerlicht und allen Mitgliedern einer Sippe gemein ist.« (Boltanski 1976, 154)

Das Alltagshandeln von Männern und Frauen verdeutlicht in überaus genauer Weise, wie sehr diese somatischen Kulturen geschlechtsspezifisch ausgestaltet sind. Männer und Frauen gehen und sitzen anders, sie unterscheiden sich in ihrer Kleidung und ihrer Art, sich zu schminken, einander oder Mitglieder des anderen Geschlechts zu begrüßen, physisch und akustisch Raum für sich zu beanspruchen, mit anderen zu kommunizieren, sich in öffentlichen Räumen zu bewegen etc. Ihre alltäglichen Interaktionen werden durch geschlechtsspezifische Erwartungen bestimmt, die sich Männer und Frauen kulturell angeeignet haben und die ihre jeweiligen Interaktionsstrukturen bestimmen. Mit Helfferich (1994, 58) können diese geschlechtsabhängigen somatischen Kulturen und die Regeln des Umgangs der Geschlechter miteinander als Teilaspekt einer Kultur der Zweigeschlechtlichkeit begriffen werden.

Die Wahrnehmung und Darstellung des eigenen Körpers ist damit sozial und kulturell vermittelt: Der Körper ist Träger kultureller

Inskriptionen. Das betrifft auch Gefühle subjektiven Wohlbefindens und die Einordnung und Bewertung körperlicher Empfindungen als »gesund« oder »krank«.

Historische und kulturelle Normierungen von Gesundheit und Krankheit

Wenn wir von Gesundheit oder Krankheit sprechen, schließt dies immer sehr unterschiedliche Dimensionen ein:

- die naturwissenschaftlich-somatische Ebene unter Einbeziehung genetischer, anatomischer und biochemischer Aspekte
- die Ebene historisch und kulturell gewachsener Erwartungen und Normierungen von Gesundheit und Krankheit
- die subjektiven Wahrnehmungen und Bedeutungen physischer und psychischer Phänomene und die daraus resultierenden Verhaltensweisen von Individuen
- Interessen, Definitionsmacht und Durchsetzungsstrategien von Trägern und Beteiligten des Systems der gesundheitlichen Versorgung (Ärztenschaft, Pharmaindustrie, Krankenkassen, Rentenversicherungen etc).

»Krankheit« und »Gesundheit« sind somit keine rein medizinisch-naturwissenschaftlichen Kategorien, sondern immer auch soziale Konstrukte. Ob ein physischer Zustand als gesund oder krank wahrgenommen, bewertet, als behandlungsbedürftig definiert und mit spezifischen Konsequenzen belegt wird, ist nur selten ausschließlich eine Frage der Biologie. Sozialhistorische Studien (Duden 1987, Honegger 1991, Laqueur 1992) verweisen darauf, daß körperliche Zustände und Prozesse nicht »an sich« und »für sich«, gleichsam naturwüchsig erfahren werden (können). Das in naturwissenschaftlich-medizinischen Prozeduren gewonnene Wissen über den Körper ist ebenso wie ein subjektiv empfundener Körperzustand eingebunden in ein zeitgeschichtliches Körperwissen und damit einen verleiblichten kulturellen Zusammenhang (Lindemann 1992). Innerhalb verschiedener Epochen, Regionen, Sozialstrukturen, Altersgruppen etc. kann sich dieses Körperwissen in sehr unterschiedlicher Weise ausdifferenzieren.

Gesundheit und Krankheit von Männern und Frauen sind historisch gewachsene und gesellschaftlich normierte Zustände (Klesse u.a. 1992, S.118ff). Subjektive ebenso wie kollektive Interpretationen von Gesundheit und Krankheit sind Metaphern; sie sagen etwas aus über das Verhältnis von Individuum und sozialer Ordnung

(Sontag 1987). »Die Repräsentationen von Gesundheit und Krankheit sind in der sozialen und historischen Realität verwurzelt . . . Sie übertragen umfassendere Weltanschauungen auf die spezielle Ebene der Deutung des Biologischen« (Herzlich 1991, S.296).

Geschlechtsspezifische Ausdifferenzierungen von Krankheit und Gesundheit

In Prozessen der überdauernden kulturellen Reproduktion von Zweigeschlechtlichkeit und der lebenslangen Selbstkonstruktion von Individuen als Männer oder Frauen erhält dieses Körperwissen besondere Bedeutung für die sozialen Positionierungen der Geschlechter: Es trägt dazu bei, Merkmale von Männlichkeit und Weiblichkeit scharf voneinander abzugrenzen und als Geschlechterdifferenzen auszugestalten.

Was diese Differenzen ausmacht, wird in unterschiedlichen historischen und kulturellen Kontexten unterschiedlich beschrieben – insofern haben Geschlechterverhältnisse keine »Essenz«. Wohl aber gilt, daß Geschlechter deutlich voneinander unterscheidbar und Geschlechterverhältnisse hierarchisch strukturiert sind.

Im 18. und 19. Jahrhundert war die sich neu formierende geschlechtliche Arbeitsteilung begleitet von einer Geschlechteranthropologie, in der Krankheit und Gesundheit in spezifischer Weise zugeordnet sind. Karin Hausen (1976) hat die »Polarisierung der Geschlechtscharaktere« beschrieben: Weiblichkeit und Männlichkeit wurden als scharf voneinander abgegrenzte Geschlechtsmerkmale konzipiert, als quasi-natürliche und wesenhafte Eigenschaften von Männern und Frauen. Deutungsmuster von Aktivität und Passivität, von Rationalität und Emotionalität waren dabei zentral und mit der Zuweisung von Männern und Frauen zur außerhäuslichen Produktion bzw. innerfamilialen Reproduktion verbunden. Die Idee der bürgerlichen Familie ist verknüpft mit einem Frauenbild, das die Aufopferung (der Mutter) und weibliche Hingabe (der Ehefrau) beinhaltet.

Die Rolle der Medizin in der Polarisierung der Geschlechtscharaktere und der Konzipierung des bürgerlichen Frauenbildes ist gut belegt (Honegger 1991). Die reproduktiven Fähigkeiten von Frauen wurden pathologisiert (Ehrenreich/English 1976), der Uterus stand im Kern der Wahrnehmung des weiblichen Körpers und der weiblichen Psyche, soziale Funktionszuweisungen wurden medizinisch legitimiert (z.B. gab es eindeutige anatomische Belege

dafür, daß höhere Bildung bei Frauen den Uterus schrumpfen läßt – ebd). Im Umgang mit dem eigenen Körper wurde – zunächst für Frauen des besitzenden Bürgertums, später auch in anderen Schichten – eine spezifische somatische Kultur entwickelt und durchgesetzt (Boltanski 1976, Rodenstein 1984): normative Interpretationen und Regeln des Alltagsverhaltens, der eigenen Körperwahrnehmung und der Gefühlslenkung in Form einer besonders großen Empfindsamkeit, gerade auch in Konflikten und Belastungssituationen. Weiblichkeitssymbol schlechthin war die passive, kranke, seelisch labile und leidende Frau (Honegger 1991).

Mit der Funktionslogik von Industriegesellschaften und der hierarchischen Organisationen von Erwerbsarbeit und familialer Reproduktion hängt die Ausgestaltung uns gegenwärtig noch immer vertrauter Geschlechtscharaktere zusammen, in denen Männer eher aktive, leistungs- und konkurrenzbezogene, selbstsicher-dominante, auch gewalttätige, und Frauen emotional-expressive, sorgende und kommunikative Verhaltensweisen und Eigenschaften zugeschrieben werden.

»Dementsprechend gilt für Männer ein instrumenteller Umgang mit ihrem Körper als typisch; er soll in guter Verfassung, verfügbar und für die ihm gestellten Aufgaben 'einsatzfähig' sein. Frauen dagegen, so wird angenommen, leben eher 'mit' ihrem Körper, zu dem sie ein sensibleres Verhältnis haben, der für sie eher ein Medium sozialer Attraktivität darstellt und dem sie deshalb mehr Aufmerksamkeit in gesundheitlicher, hygienischer und ästhetischer Hinsicht widmen...« (Baur 1988, S.154)

Das Begehren der Geschlechter – die sexuelle und emotionale Attraktivität – ist sozial um diese als »Männlichkeit« und »Weiblichkeit« kodierten kulturhistorischen Festschreibungen organisiert.

Krankheit und Gesundheit im Lebenslauf

In der Konstruktion ihrer individuellen Biografie und ihrer Entwicklung von Geschlechtsidentität erfahren Frauen und Männer ihren Körper in unterschiedlicher Weise und repräsentieren sich anders über ihren Körper. Das körperliche Wohlbefinden scheint mit der altersspezifischen Bedeutung des Körpers in der Entstehung von Geschlechtsidentität in Verbindung zu stehen. Darüber hinaus folgt die Wahrnehmung und Zuschreibung körperlicher Empfindungen den Regeln der Herstellung und Verfestigung geschlechtsabhängiger somatischer Kulturen.

Versucht man, die verfügbaren statistischen Daten zu Befindlichkeitswahrnehmungen, Gesundheit und Krankheit von Männern und

Frauen mit den geschlechtsspezifisch variierenden Anforderungen an die Gestaltung des Körpers in Zusammenhang zu bringen, so fallen deutliche altersspezifische Variationen auf. Entlang einer Altersdimension können diese Daten – manchmal diskontinuierlich und somit nicht ganz bruchlos – auch als eine Art Verlaufmodell des Betroffenseins von Krankheit und Befindlichkeitsstörungen in verschiedenen Lebensaltern beschrieben werden.

Die intrauterine Sterblichkeit von Foeten und die Todesrate im ersten Lebensjahr ist bei Jungen erhöht; männliche Säuglinge und Kleinkinder gelten als krankheitsanfälliger als Mädchen. Bis zum Alter von 12 Jahren werden Jungen häufiger bei Ärzten vorgestellt, bei ihnen werden öfter als bei Mädchen Krankheiten diagnostiziert (Sichrovsky 1984, S.71, 115). Männliche Kinder entwickeln vermehrt Verhaltensauffälligkeiten wie z.B. Hyperaktivität, Stottern oder Lernstörungen unterschiedlicher Art. Es gibt Indikatoren dafür, daß bis zur Pubertät das Verhalten von Jungen häufiger durch psychoaktive Medikamente kontrolliert wird (Vogt 1985, S.110).

In der Altersgruppe 12 bis 20 Jahre kehrt sich dies um: Von nun an sind Mädchen häufiger krank. Zwischen 12 und 20 Jahren steigt der Anteil der bei ÄrztInnen vorgestellten Mädchen steil an, in enger Verbindung dazu nimmt auch ihr Arzneimittelkonsum zu. Im Vordergrund ihrer Beschwerden stehen Befindlichkeitsstörungen und Krankheiten mit einem hohen psychosomatischen Anteil. 12 bis 17 Jahre alte Mädchen sind mit dem eigenen Gesundheitszustand deutlich unzufriedener als Jungen und stufen ihn öfter als weniger gut ein (Hurrelmann 1991, S.59). Häufiger als Jungen klagen jugendliche Mädchen über Verdauungsbeschwerden, Verstopfung/Durchfall, Kreislaufstörungen, Durchblutungsstörungen, Allergien, starke Sehschwäche und Sehstörungen (Nordlohne 1992, S.182). Psychosomatische und psycho-physiologische Beeinträchtigungen stehen bei ihnen im Vordergrund: Kopfschmerzen, Nervösität, Schwindelgefühle, Schlaflosigkeit, Herzrasen (Engel/Hurrelmann 1989, S.81).

Ab etwa 12 Jahren werden mehr Psychopharmaka an Mädchen verordnet (Nordlohne 1992, S.177). Nach Vogt kommen bei den 15- bis 20jährigen auf jeden Jungen, der eine Verordnung für Psychopharmaka erhält, zwei Mädchen (ebd.).

Auch erwachsene Frauen (zwischen 25 und 69 Jahren) halten ihren Gesundheitszustand im Vergleich zu Männern eher für schlecht/weniger gut und fühlen sich dadurch in der Erledigung ihrer täglichen Aufgaben eingeschränkt (Maschewsky-Schneider u.a. 1988, S.174). Männer fühlen sich subjektiv gesünder als Frauen

und suchen seltener als diese den Arzt auf (ebd.). In der Art der von Frauen und Männern genannten Beschwerden läßt sich ein »typisch weibliches« und ein »typisch männliches« Beschwerdesyndrom beschreiben: Übelkeit, Schwindelgefühl, Kloßgefühl im Hals, Schwächegefühl, Schwere in den Beinen, Schlaflosigkeit, Mattigkeit sind die Hauptbeschwerden der Frauen. Männer klagen am meisten über Stiche und Schmerzen in der Brust, Sodbrennen, starkes Schwitzen, Druck- und Völlegefühle, Rückenschmerzen, Kurzatmigkeit, innere Unruhe, Reizbarkeit, Gewichtsabnahme, Nacken-/Schulter-Schmerzen (Nationaler Untersuchungssurvey der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie 1984-1986, zitiert nach Maschewsky-Schneider u.a.1991). Der Organfixierung männlicher Beschwerden steht ein auf psychisches Befinden orientiertes weibliches Leiden gegenüber (ebd).

Frauen werden häufiger als Männer stationär behandelt, wobei der Unterschied nicht auf Leistungen der Geburtshilfe zurückzuführen ist (Thiele 1981). Die größten Krankheitsbelastungen (und auch frühere Sterblichkeiten) sind für Frauen in besonders ungünstigen sozialen, materiellen und familialen Umwelten nachweisbar (Klesse u.a. 1992, S.35). Bei den Frühverrentungen überwiegt der Anteil der Frauen gegenüber Männern.

Weil Frauen häufiger zum Arzt gehen, bekommen sie mehr Medikamente verordnet und konsumieren mehr Medikamente als Männer (Gutscher u.a. 1986; Glaeske 1992); Frauen werden auch pro Arztbesuch mehr Medikamente verordnet. Durchschnittlich jede dritte Frau zwischen 12 und 60 Jahren bekommt pro Jahr ein Herz-Kreislaufmittel verschrieben. Rund 70 % aller verordneten Psychopharmaka entfallen auf Frauen. Der deutlich höhere Schmerz-, Schlaf- und Beruhigungsmittelkonsum von Frauen nimmt mit dem Alter zu (Maschewsky-Schneider u.a. 1988, S.175). Medikamenteneinnahme und -mißbrauch als pharmakologische Befindlichkeitsregulierung scheint bei Frauen in mittleren Lebensaltern (und bei Männern ab 65 Jahren) gehäuft aufzutreten (Gutscher u. a. 1986).

Etwa ab 55 Jahren nehmen Frauen und Männer medizinische Leistungen in gleichem Umfang in Anspruch.

Seit Beginn des 20. Jahrhunderts leben in hochindustrialisierten Ländern Frauen rund fünf bis sieben Jahre länger als Männer (Shorter 1987). Die Lebenserwartung steigt für beide Geschlechter kontinuierlich an, für Frauen aber schneller als für Männer (Waldron 1981, Gesundheitsreport NRW, 1990). Männer sterben häufiger als Frauen an koronaren Herzkrankheiten (KHK), besonders dem

Herzinfarkt, an Lungenkrebs und Nieren-/Blasenkrebs, an Leberzirrhose und chronischer Bronchitis, durch Selbstmord und Unfälle.

Interpretationsversuche

Versuche, die unterschiedlichen Krankheits-/Gesundheitsdaten von Frauen und Männern auf biogenetische Geschlechtsunterschiede zurückzuführen, blieben bisher unbefriedigend (Harrison 1987).

Zwar können biologische – genetische, biochemische oder anatomische – Geschlechtsunterschiede nicht völlig belanglos sein, und spezifische Krankheitsbilder sind schon per definitionem an ein biologisches Geschlecht gebunden. Aber sie können nur einen Teil der oben skizzierten Varianzen erklären.

Die höhere intrauterine und perinatale Morbidität und Mortalität männlicher Kinder und erhöhte Sterblichkeitsraten von Männern im höheren Lebensalter legen die Annahme einer entsprechenden biologischen Disposition nahe. Spezifische Krankheiten in anderen Lebensaltern und auch die unterschiedliche Lebensdauer scheinen aber in hohem Maße durch Lebensbedingungen, Selbstwahrnehmungen und Gesundheitsverhalten der Geschlechter geprägt. Die höhere Lebenserwartung von Frauen in Industrieländern ist ein historisch junges Phänomen und durchaus nicht weltweit vorzufinden (Shorter 1987, S.259ff). Die kürzere Lebenserwartung von Männern und ihre höhere Belastung mit koronaren Herzerkrankungen könnte auch auf unterschiedliches Gesundheitsverhalten zurückzuführen sein: In empirischen Erhebungen lassen sich »typisch männliche« gesundheitschädigende (z.B. hoher Tabak- und Alkoholkonsum) von »typisch weiblichen«, eher gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen (z.B. gesunde Ernährung) abgrenzen. »Epidemiologisch läßt sich die Frage, ob Männer oder Frauen gesünder sind, auf dem derzeitigen Wissensstand nicht beantworten. Die Daten zeigen lediglich, daß Männer und Frauen anders krank sind« (Maschewsky-Schneider u.a. 1988, S.174), oder auch: anders gesund sind.

Wenn also nicht davon auszugehen ist, daß die nach Geschlecht unterscheidbaren Daten zur gesundheitlichen Situation vorwiegend biologisch/genetisch bedingt sind, liegt es nahe, sie als Indikatoren des Geschlechterverhältnisses und damit auch einer Geschlechterordnung zu betrachten und in diesem Kontext zu analysieren.

Die Gestaltung des Körpers und Erfahrungen des Wohlbefindens

Die Bearbeitung und Formung des Körpers ist ein lebenslanger Prozeß, mit altersspezifisch unterschiedlichen Verbindlichkeiten der Reglementierung von Körpererfahrungen. Der Handlungszusammenhang, in dem sich Individuen ihren Körper in ihren jeweiligen Kulturen aneignen und ihn weiterentwickeln, kann auch mit dem Konzept der Körperkarriere beschrieben werden (Baur/Miethling 1991). Geschlechtsspezifische Erfahrungen von Krankheit und Gesundheit scheinen darin eingebettet.

Jungen müssen von früh an über den Körper Dominanz symbolisieren, akustisch ebenso wie in der Eroberung einer physischen Umwelt. Raumgreifende »wilde« Spiele und die Symbolisierung männlicher Stärke werden ihnen möglicherweise schon früh abverlangt, zumindest scheinen sie bei Jungen weniger einschränkend reglementiert zu werden. Die höhere Krankheitsanfälligkeit männlicher Kinder kann auch mit diesen Anforderungen und Schwierigkeiten der Ausbildung einer männlichen Geschlechtsidentität zu tun haben. Denkbar wäre, daß damit höhere gesundheitliche Risiken (z.B. Unfälle) verbunden sind, aber auch die Ausbildung von Überforderungs-Symptomen (wie z. B. spezifische Verhaltensauffälligkeiten) und Versuche ihrer medikamentösen Beeinflussung.

Die Symbolisierung weiblicher Geschlechtszugehörigkeit scheint bei Mädchen an andere Merkmale gebunden. Mädchen werden schon früh nach Kriterien von Schönheit und Attraktivität beurteilt, die auch die Gestaltung ihrer körperlichen Ausdrucksformen und ihres »niedlichen« Aussehens beeinflussen. Die Angst um ihre körperliche und sexuelle Unversehrtheit scheint bei ihren Eltern allgemein ein stärker beaufsichtigendes und beschützendes Verhalten zu befördern (Hagemann-White 1984, 52ff).

Die Ausbildung geschlechtstypischer Körperkarrieren steht damit im Zusammenhang:

»... im Verlauf der Kindheit (bis zum 12. Lebensjahr) bilden die Heranwachsenden grundlegende Konturen geschlechtstypischer Körperkonzepte aus, die sich bei Mädchen in vergleichsweise größerer Aufmerksamkeit und Sorge für ihr 'body image' und für ihre Gesundheit ausdrücken, während sich die Jungen durch Präferenzen sportlich-fitter Körperlichkeit profilieren.« (Baur/Miethling 1991, S.180)

Die Adoleszenz bringt für Mädchen und Jungen verstärkt Zwänge mit sich, sich als Männer oder Frauen zu präsentieren. Daten über Krankheiten und Befindlichkeitstörungen von Jugendlichen weisen darauf hin, daß sich in dieser Lebensphase subjektive Körper- und

Gesundheitskonzepte und spezifische Weisen der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen geschlechtsspezifisch ausbilden und möglicherweise über lange Zeiträume relativ konstant erhalten bleiben.

In der Pubertät wird die Aufmerksamkeit in besonderer Weise auf den Körper konzentriert. Zum einen sind es die körperlichen Veränderungen selber, die die Selbst- und Fremdwahrnehmung beeinflussen. Zum anderen tritt die Notwendigkeit der Stilisierung des Körpers im Spiel der Herstellung und Erfahrung von Attraktivität verstärkt hervor.

Generell tritt vor allem für Mädchen das ein, was begrifflich als Sexualisierung des Körpers zu fassen ist: die Fremd- und Selbsteinschätzung als Frau, die Fremd- und Eigenbewertung der jetzigen und zukünftigen sexuellen Attraktivität für Männer, der vergleichende Blick unter dem Kriterium körperlicher Attraktivität. Der Körper wird einerseits als Sexualobjekt erlebt und andererseits instrumentell eingesetzt. Er sichert die Wertschätzung anderer, nicht nur des anderen, sondern auch des eigenen Geschlechts. Der Körper wird zum »Kapital«, um dessen Attraktivität man ständig bemüht sein muß.

Franzkowiak (1986) beschreibt, daß jugendliche Mädchen den Begriff »Gesundheit« als sich »gut fühlen« beschreiben, wobei Schönheit, Attraktivität und Schlankheit zentrale Momente darstellen. Die Ernährung (im Sinne von Diät halten) stellt schon in dieser Altersgruppe einen wichtigen Beitrag zur Gesunderhaltung dar. Auch die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen hat häufig mehr oder minder unausgesprochen mit Problemen körperlicher Attraktivität zu tun (Settertobulte 1994).

Wenn sich Chancenstrukturen besonders stark über den Körper erschließen, legt dies die Vorstellung nahe, daß mangelnde Chancen auch mit dem Körper zu tun haben und nach den medizinischen Ursachen dafür zu fragen. 15- bis 17jährige Mädchen sind unzufriedener mit sich selbst als gleichaltrige Jungen und wünschen sich, anders zu sein als sie sich zur Zeit erleben. Sie äußern häufiger das Gefühl, unwichtig zu sein und von der sozialen Umwelt als »überflüssig« empfunden zu werden (Hurrelmann 1991, S.59). Mangelndes Selbstwertgefühl und depressive Verstimmungen gehen damit einher; Phasen von Depression nehmen bei Mädchen in der Adoleszenz zu (Rutter 1989).

Auch für Jungen und Männer ist der Körper Mittel der Selbstdarstellung und -präsentation. In welcher Weise er geformt und eingesetzt wird, kann in verschiedenen Milieus unterschiedlich verlaufen.

Dominante kulturelle Konstruktionen von Männlichkeit – im Sport, beim Militär, in den Heldenfiguren massenmedialer, literarischer oder filmischer Produktionen – sind zentral um körperliche Aktivität und Leistung, Zähigkeit, Durchtrainiertheit und ein sportliches Outfit organisiert. Dies spiegelt sich in den Verhaltensweisen, Kleidungsstilen und Ausdrucksformen männlicher Jugendlicher durchweg wider. Aus männerbündischen Szenerien, von Helden in Western, Indianer- und Kriegsfilmern ebenso wie bei Rambo oder Terminator ist zudem die Duldung von Schmerzen und die Fühllosigkeit gegenüber dem eigenen Körper gut bekannt. Positiv besetzt wird der Körper vor allem im Hinblick auf Zähigkeit und Belastbarkeit.

Die Beobachtung und Beachtung von Körperempfinden und Gesundheitszuständen scheint darauf abgestimmt. Sowohl für jugendliche als auch für erwachsene Männer scheint der Körper bevorzugt unter Aspekten von Funktionstüchtigkeit interpretiert zu werden. Bedeutsam erscheint sie vor allem im Hinblick auf berufliche Anforderungen und physische Beanspruchungen. Darüber hinausgehend wird die besondere Belastbarkeit des Körpers auch durch riskante und gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen (z. B. hoher Alkohol- und Nikotinkonsum, geringes Schlafbedürfnis, riskanter Fahrzeuggebrauch etc.) demonstriert. Ein »schonender« Umgang mit dem eigenen Körper erscheint im Kontext der Entwicklung und Präsentation von Männlichkeit wenig angebracht. Erst im Alter – mit dem Ausstieg aus der Erwerbstätigkeit – gestehen sich Männer diese Art des Umgangs mit dem Körper wieder zu.

Boltanski (1976) geht davon aus, daß sich eine reflexive Beziehung zum Körper um so weniger herstellt, je stärker der Körper physisch beansprucht wird. »Erstens macht es die physische Anstrengung, die den Strom physischer Empfindungen beträchtlich anwachsen läßt, schwierig, Krankheitsempfindungen zu selektieren und zu identifizieren. ... zweitens führt das Ansteigen der dem Körper entgegengebrachten Aufmerksamkeit und, damit zusammenhängend, der Sensibilität für Krankheitsbotschaften, notwendig zum Ergebnis, physische Aktivität in Dauer und Intensität zu reduzieren...« (ebd., S.162). Konsequenzen dieser Art widersprechen den gegenwärtig vorherrschenden Konstruktionen von Männlichkeit und vertragen sich nur schlecht mit sozialen und beruflichen Anforderungen an Männer und auch ihren Selbstrepräsentationen in der sogenannten Privatsphäre.

Für Frauen hingegen bleibt die Aufmerksamkeit auch in mittleren Lebensphasen auf den Körper ausgerichtet. Nach wie vor ist für sie

die Gestaltung und Stilisierung des Körpers im Hinblick auf Schönheit und Attraktivität wichtig. Darüber hinaus lenken Fragen der Schwangerschaftsverhütung oder auch die Geburt von Kindern ihre Aufmerksamkeit auf körperliche Vorgänge und Abläufe. Die von ihnen erbrachte Sorge für Kinder und Familienangehörige erzwingt die Beschäftigung mit Fragen des körperlichen Wohlergehens und damit auch die Auseinandersetzung mit Fragen einer »gesunden« Lebensführung, die sich sowohl auf Ernährungsfragen als auch auf eine angemessene Gesundheitsvorsorge und die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen im Krankheitsfall erstreckt. Im Kontext von Familie wird diese »Gesundheitsarbeit« von Frauen erwartet und auch geleistet.

Nahezu alle empirischen Studien heben für Frauen die ausgeprägtere Wahrnehmung von Körperzuständen und Befindlichkeiten hervor. Gesundheit wird geschlechtsspezifisch unterschiedlich definiert und von Männern eher mit »Freiheit von Krankheit und Schmerz« assoziiert und als Voraussetzung für Handlungs-, Leistungs- und Funktionstüchtigkeit betrachtet, von Frauen hingegen mit »sozialer Harmonie« und subjektivem Wohlbefinden verbunden (Maschewsky-Schneider u.a. 1991, S.23; Helfferich 1993). Belastungen und Überlastungen werden demzufolge auch in der Sprache des Körpers ausgedrückt und als Störung des Wohlbefindens interpretiert.

Frauen drücken empfundene Beeinträchtigungen eher in emotionalen und psychosomatischen Beschwerdekategorien aus (Nordlohne 1992, S.179). Viele AutorInnen heben die innengerichtete Verarbeitung von Spannungen und Belastungen bei Frauen hervor und stellen ihr die Nichtwahrnehmung/Leugnung oder auch das aktive körperliche Ausagieren der Männer gegenüber (Stein-Hilbers 1984, Hurrelmann 1991, Nordlohne 1992). Der Rückzug in die Krankheit, insbesondere auch in depressive Erkrankungen gilt als die Frauen gemäße Bewältigung von Belastungen.

Die Interpretation der eigenen Lebenssituation in medizinischen Beschwerdekategorien korreliert mit der Ausgestaltung von Interaktionssituationen in ärztlichen Sprechstunden. Empirische Studien belegen hier die Geltung stereotyper Männlichkeits- und Weiblichkeitsimaginationen. Ärzte reagieren unterschiedlich auf die von Frauen und Männern vorgetragene Beschwerden und ihr Krankheitsverhalten (Verbrugge/Steiner 1981). »Arzt« ist in der BRD vor allem ein männlicher Beruf, über 80 % der niedergelassenen Ärzte sind Männer (Sichrovsky 1984, S.154). Vorstellungen von (männlichen) Ärzten über Männer und Frauen haben Einfluß auf die Art

der Diagnose, ihre Bewertung und Therapie. Frauen werden stärker als Männern emotionale Probleme und psychosomatische bzw. psychogene Beschwerden zugeschrieben (Brähler/Felder 1992, S.11, m. w. N.). Zum Teil begründet dies die höhere Rate von Psychopharmaka-Verschreibungen für Frauen.

Vogt (1985), Franke (1985) und Kluitmann (1989) haben auf geschlechtsspezifische Standardisierungen des Krankheits- und Gesundheitsbegriffes hingewiesen, durch die geschlechtsspezifische Unterschiede überzeichnet sein könnten. Meßinstrumente zur Erfassung von Beschwerden seien vor allem am weiblichen Krankheitsbild psychischer und psychosomatischer Störungen orientiert; die Leiden der Männer (vor allem organische Erkrankungen) würden unzureichend erfaßt (Maschewsky-Schneider u.a. 1991, 27ff).

Darüber hinaus sind Krankheit und Gesundheit auch eigene Konstrukte, die instrumentell im Sinne von Entlastung und Rückzug, Widerstand und Protest gegen Zumutungen und auch im Hinblick auf die fürsorgliche Zuwendung durch andere genutzt werden. Sie stehen in enger Verbindung zu Dissonanzerfahrungen und sagen etwas darüber aus, wie Individuen mit sich und ihren Lebensanforderungen zurechtkommen.

In vielen neueren Studien wird hervorgehoben, daß der weibliche Lebenszusammenhang Frauen spezifische Balanceakte abverlangt. Im Binnenraum Familie haben sie ein spezifisches Klima zu garantieren, das im Gegensatz zu den in der beruflichen Sphäre geltenden Rationalitätskriterien von Vertrauen, Fürsorge und emotionaler Stabilität gekennzeichnet erscheint. »Für die Frauen selbst steht jedoch seltener jemand zur Verfügung, der in ähnlicher Weise emotionale Versorgungsarbeit leistet ... Befindlichkeitsstörungen könnten demnach – unter anderem – als Ausdruck eines Mangels an Zuwendung, Wertschätzung und Anerkennung, bzw. als Ausdruck der »Erschöpfung« nach einem endlosen Prozeß des Gebens verstanden werden« (Ernst 1991, 92). Dem entspricht, daß sich verheiratete, berufstätige Männer als seelisch besonders gesund einschätzen, im Gegensatz zu nicht erwerbstätigen Hausfrauen mit Kindern, die sich selber am unteren Ende der Skala seelischer Gesundheit verorten (ebd).

Auch andere Widersprüchlichkeiten des weiblichen Lebenszusammenhangs fallen ins Auge. Empirische Studien stellen gegenwärtig die weibliche Doppelorientierung auf Beruf und Kinder durchweg heraus und auch die subjektiv empfundenen Schwierigkeiten, beides zu vereinbaren. Nach wie vor ist dies ja ein Bereich, dessen Lösung Frauen eher »privat« zugemutet wird. Für Männer

erscheint der Lebensweg in dieser Hinsicht geradlinig vorgezeichnet.

Nicht immer erscheinen die Widersprüchlichkeiten des weiblichen Lebenszusammenhanges durch eigenes Handeln gestaltbar und lösbar. Momente des passiven Ausgeliefertseins und der Abhängigkeit von anderen sind damit verbunden, durchbrechen Selbstwahrnehmungen auf der Grundlage eigener Kompetenzen und lösen sie auch ab. Antonovsky (1989, 1991) betont, daß Menschen sich wahrscheinlicher dann als gesund definieren, wenn sie ihre Lebenswelt als strukturiert, vorhersehbar und erklärbar erleben, wenn Ansprüche an sie und Ressourcen ausbalanciert erscheinen und sie es für lohnend halten, sich für ihre Angelegenheiten zu engagieren und in dieser Hinsicht zu investieren. Er arbeitet mit dem Konzept des »sense of coherence« und den darin enthaltenen Komponenten Verstehbarkeit (comprehensibility), Handhabbarkeit (manageability) und Sinnhaftigkeit (meaningfulness), und spricht damit eine Lebenseinstellung an, »die das Leben als lebenswert, Stressoren als zwar unangenehme, jedoch eher zu bewältigende als zu verleugnende begreift. Diese Sichtweise erzeugt die Motivation, die Welt zu ordnen und potentielle Ressourcen zu mobilisieren« (1991, S.127).

In Übereinstimmung dazu wird nach Abele/Becker (1991, 27) heute »Wohlbefinden« – und damit auch die Fähigkeit, lange Zeit gesund zu bleiben – vor allem durch folgende Merkmale charakterisiert:

1. die positive Einstellung zur eigenen Person (Selbstachtung, hohes Selbstwertgefühl),
2. die positive Einstellung zur Umwelt (Bejahung und Liebesfähigkeit),
3. eine positive Einstellung zur Zukunft (Optimismus).

Wenn Lebensverhältnisse als wenig gestaltbar erlebt werden, schränkt dies eigene Aktivitäten ein. Aus der klinischen Forschung ist bekannt, daß Verunsicherungen dieser Art in enger Verbindung zu Mutlosigkeit und depressiven Verstimmungen zu sehen sind (Compas et al. 1988). Das Nicht-Wohl-Fühlen wird übersetzt in körperliche Beschwerden. Krankheit kann dann auch Entlastung und Rückzug aus Verantwortlichkeiten sein und sichert gleichzeitig die Zuwendung und Aufmerksamkeit anderer. Auch hier wird die Doppelfunktion von Krankheit erkennbar: Wer sich in seiner Haut wohlfühlt und sein Leben aktiv handelnd gestalten kann, ist wahrscheinlich weniger krank. Gefühle von »Kranksein« wiederum sind Hemmnis für eine Auseinandersetzung mit belastenden Bedingungen.

Die hier angeführten geschlechtsspezifischen Ausprägungen von Krankheit und Gesundheit sind in ähnlicher Weise auch als Unterschiede zwischen Angehörigen verschiedener sozialer Schichten beschrieben worden. Für Unterschichten und speziell für Arbeiterkulturen werden die größere Symptomtoleranz, das Aufschieben von Arztbesuchen und allgemein geringere Erwartungen an das System der medizinischen Versorgung hervorgehoben. Schlechtere Schulbildung, niedriges Einkommen und Ausbildungsniveau korrelieren gleichzeitig mit einem als negativ eingeschätzten Gesundheitszustand (Gutscher u.a. 1986, S.16). Angehörigen höherer Sozialschichten werden die Fähigkeit zur Wahrnehmung und Verbalisierung von Körperempfindungen, die Inanspruchnahme von Präventionsmaßnahmen und qualitativ hochwertiger (z.B. fachärztlicher) Leistungen sowie geringere Distanzen zum System der medizinischen und/oder psychotherapeutischen Leistungen zugeschrieben. Diese Befunde sind jedoch insbesondere auf Männer bezogen; für Frauen wird eine größere Schichtunabhängigkeit des Umgangs mit Krankheit und Gesundheit vermutet (Helfferich 1993).

Gesundheit und Krankheit im Geschlechterverhältnis

Die geschlechtsspezifischen Ausprägungen von Gesundheit und Krankheit erscheinen insgesamt eingeordnet in die gegenwärtig erkennbaren Konstruktionen von Männlichkeit und Weiblichkeit. Sie verbinden sich quasi-natürlich mit den materiellen und sozialen Ungleichheiten des Geschlechterverhältnisses. Ihnen kann und muß keine »Essenz« unterstellt werden. Vielmehr ist anzunehmen, daß ein sozialer Wandel der Geschlechterbeziehungen auch Verschiebungen der geschlechtsabhängigen somatischen Kulturen und damit der statistischen Daten über Krankheit und Gesundheit von Männern und Frauen mit sich bringt.

Korrespondenzadresse

Dr. Marlene Stein-Hilbers c/o IFF – Universität Bielefeld
Postfach 10 01 31, 33501 Bielefeld

Literaturverzeichnis

- Abele, Andrea/Peter Becker (Hg): Wohlbefinden. Theorie-Empirie-Praxis, Weinheim (Juventa) 1991
Antonovsky, Aaron: Social Inequalities in Health: A Complementary Perspective, in: Fox, J., a.a.O., 1989, S.386-398

- Antonovsky, Aaron: Meine Odyssee als Streßforscher, in: Jahrbuch für Kritische Medizin 17, Hamburg (Argument) 1991, S.112-166
- Baur, Jürgen: Über die geschlechtstypische Sozialisation des Körpers. Ein Literaturüberblick, in: Zeitschr. f. Sozialisationsforschung und Erziehungssoziologie, 1988, 8: 152-160
- Baur, Jürgen/Wolf-Dietrich Miethling: Die Körperkarriere im Lebenslauf, Zur Entwicklung des Körperverhältnisses im Jugendalter, in: Zeitschr. f. Sozialisationsforschung und Erziehungssoziologie 1991, 11: 163-188
- Bilden, Helga: Geschlechtsspezifische Sozialisation, in: Hurrelmann, Klaus/Dieter Ulich (Hrsg.): Neues Handbuch der Sozialisationsforschung, Beltz (Weinheim) 1991, S.279-301
- Boltanski, Luc: Die soziale Verwendung des Körpers, in: Kamper, D./V. Rittner (Hg): Zur Geschichte des Körpers, Wien/München (Hanser) 1976, S.138-177
- Brahler, Elmar/Hildegard Felder (Hg): Weiblichkeit, Männlichkeit und Gesundheit. Medizinpsychologische und psychosomatische Untersuchungen, Opladen (Westdeutscher Verlag) 1992
- Brück, Brigitte u.a.: Feministische Soziologie. Eine Einführung, Frankfurt (Campus) 1992
- Compas, B.E. et al.: Coping with Stressful Events in Older Children and Young Adolescents. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1988, 56: 405-411
- Connell, Robert W.: The Big Picture: Masculinities in Recent World History, in: Theory and Society 1993, 22: 597-624
- Duden, Barbara: Geschichte unter der Haut. Ein Eisenacher Arzt und seine Patientinnen um 1730, Stuttgart (Klett-Cotta) 1991
- Ehrenreich, Barbara/Deirdre English: Zur Krankheit gezwungen, München (Frauenoffensive) 1976
- Engel, Uwe/Klaus Hurrelmann: Psychosoziale Belastung im Jugendalter. Empirische Befunde zum Einfluß von Familie, Schule und Gleichaltrigengruppe, Berlin/New York (de Gruyter) 1989
- Ernst, Andrea: Schlucken und Schweigen. Zur Medikalisierung von Frauenproblemen mit Psychopharmaka, in: Stahr, I. u.a. (Hrsg.), a.a.O., 1991, S.90-101
- Ernst, Andrea/Ingrid Füller: Schlucken und Schweigen. Wie Arzneimittel Frauen zerstören können, Köln 1988
- Flaake, Karin/Vera King: Weibliche Adoleszenz. Zur Sozialisation junger Frauen, Frankfurt (Campus) 1992
- Flick, Uwe (Hg): Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Subjektive Theorien und soziale Repräsentationen, Heidelberg (Asanger Verlag) 1991
- Fox, John (Ed.): Health Inequalities in European Countries, Aldershot, Brookfield USA (Gower) 1989
- Franke, Alexa: Die Gesundheitsversorgung als krankmachender Faktor, in: Stahr, I. u.a. (Hrsg.), a.a.O., 1991, S.36-42
- Franke, Alexa: Die Gesundheit der Männer ist das Glück der Frauen, in: Franke, A./I. Jost, (Hg): Das Gleiche ist nicht dasselbe. Zur subkutanen Diskriminierung von Frauen, in: DGVT: Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, München 1985, Bd 10: 9-31
- Franzkowiak, Peter: Was verstehen Jugendliche heute unter Gesundheit und »gesund leben«, in: Blätter der Wohlfahrtspflege 1986, 133: 33-35
- Gildemeister, Regine: Geschlechtsspezifische Sozialisation. Neuere Beiträge und Perspektiven zur Entstehung des »weiblichen Sozialcharakters«, in: Soziale Welt 1988, 39: 486-503

- Glaeske, Gerd: Der Stellenwert des Arzneimittelmißbrauchs in unserer Gesellschaft. In: DHS (Hrsg.): Medikamentenabhängigkeit. Opladen (Lambertus) 1992, S.11-30
- Gutscher, Heinz/Rainer Hornung u.a.: Medikamentenkonsum und Medikationsrisiken. Sozialmedizinische, pharmakologische und sozialpsychologische Aspekte. Ergebnisse einer Repräsentativbefragung, Bern (Huber) 1986
- Hagemann-White, Carol: Sozialisation weiblich – männlich?, Opladen (Westdeutscher Verlag) 1984
- Hagemann-White, Carol: Berufsfindung und Lebensperspektive in der weiblichen Adoleszenz, in: Flaake, K./V. King (Hrsg.): Weibliche Adoleszenz. Zur Sozialisation junger Frauen, Frankfurt (Campus) 1992, S.64-83
- Hausen, Karin: Die Polarisierung der Geschlechtscharaktere. Eine Spiegelung der Dissoziation von Erwerbs- und Familienleben, in: Conze, W.: Sozialgeschichte der Familie in der Neuzeit Europas, Stuttgart (Klett), 1976, S.363-393
- Helfferrich, Cornelia: Jugend, Körper und Geschlecht, Opladen (Leske und Budrich) 1993
- Herzlich, Claudine: Health and Illness: A Social Psychological Analysis, London (Academic Press) 1973
- Herzlich, Claudine: Soziale Repräsentationen von Gesundheit und Krankheit und ihre Dynamik im sozialen Feld, in: Flick, U. (Hrsg.), a.a.O., 1991, S.293-304
- Hirschauer, Stefan: Die interaktive Konstruktion von Geschlechtszugehörigkeit, in: ZfS 1989, 18: 100-118
- Honegger, Claudia: Die Ordnung der Geschlechter. Die Wissenschaften vom Menschen und das Weib, 1750-1850, Frankfurt (Campus) 1991
- Hurrelmann, Klaus: Junge Frauen: Sensibler und selbstkritischer als junge Männer, in: Pädagogik 1991, 7-8: 59-62
- Kickbusch, Ilona: Vom Verlust des Kontextes und der Leere der Autonomie. Überlegungen zur Depression bei Frauen, in: Alternative Medizin, Berlin 1983, AS 77: 135-147
- Klesse, Rosemarie u.a.: Gesundheitshandeln von Frauen. Leben zwischen Selbstlosigkeit und Selbst-Bewußtsein, Frankfurt (Campus) 1992
- Kluitmann, Annette: Klagemänner, Klageweiber, in: Frauen und Gesundheit, Weinheim (psychologie heute TB) 1989
- Kolip, Petra: Gesundheitsdefinitionen und Gesundheitshandeln junger Frauen und Männer: ein Vergleich, Diplomarbeit an der Fak. f. Psychol. und Sportwiss., Univ. Bielefeld 1988
- Kolip, Petra: Lebenslust und Wohlbefinden. Beiträge zur jugendspezifischen Gesundheitsforschung, Weinheim (Juventa) 1994
- Laqueur, Thomas: Auf den Leib geschrieben. Die Inszenierung der Geschlechter von der Antike bis Freud, Frankfurt (Campus) 1992
- Lindemann, Gesa: Die leiblich-affektive Konstruktion des Geschlechts. Für eine Mikrosoziologie des Geschlechts unter der Haut, in: ZfS 1992, 5: 330-346
- Maschewsky-Schneider, Ulrike u.a.: Sind Frauen gesünder als Männer?, in: Sozial- und Präventivmedizin 1988, 33: 173-180
- Maschewsky-Schneider u.a.: Lebensbedingungen, Gesundheitskonzepte und Gesundheitshandeln von Frauen, in: Stahr, I. u.a. (Hrsg.), a.a.O. 1991, S.22-35
- Miles, Agnes: Women, Health and Medicine, Milion Keynes, Philadelphia (Open University Press) 1991
- Nordlohne, Elisabeth: Die Kosten jugendlicher Problembewältigung. Alkohol-, Zigaretten- und Arzneimittelkonsum im Jugendalter, Weinheim (Juventa) 1992

- Rodenstein, Marianne: Somatische Kultur und Gebärpolitik. Tendenzen in der Gesundheitspolitik für Frauen, in: Kickbusch, Ilona/Barbara Riedmüller (Hrsg.): *Die armen Frauen*, Frankfurt (suhrkamp) 1984, S.103-134
- Rutter, M.: Pathways from Childhood to Adult Life. *Journal of Child Psychology and Child Psychiatry* 1991, 30: 23-51
- Sagan, Leonard, A.: Die Gesundheit der Nationen. Die eigentlichen Ursachen von Krankheit und Gesundheit im Weltvergleich, Reinbek (Rowohlt) 1992
- Schneider, Ulrike (Hrsg.): Was macht Frauen krank? Ansätze zu einer frauenspezifischen Gesundheitsforschung, Frankfurt (Campus) 1981
- Seifert, Ruth: Männlichkeitskonstruktionen: Das Militär als diskursive Macht, in: *Das Argument* 1992, 6: 859-872
- Settertobulte, Wolfgang: Geschlechtsspezifische Aspekte der Inanspruchnahme von Hilfe: Informelle Unterstützung und medizinische Versorgung, in: Kolip, P. (Hrsg.): *Lebenslust und Wohlbefinden. Beiträge zur geschlechtsspezifischen Jugendgesundheitsforschung*, Weinheim (Juventa) 1994, S.177-192
- Shorter, Edward: *Der weibliche Körper als Schicksal. Zur Sozialgeschichte der Frau*, München (Piper) 1987
- Sichrovsky, Peter: *Krankheit auf Rezept. Die Praktiken der Praxisärzte*, Köln (Kiepenheuer & Witsch) 1984
- Sontag, Susan: *Krankheit als Metapher*, Frankfurt (Fischer) 1987
- Stahr, Ingeborg u.a. (Hrsg.): *Frauen-Gesundheits-Bildung. Grundlagen und Konzepte*, Weinheim (Juventa) 1991
- Stein-Hilbers, Marlene: Handeln und behandelt werden: Geschlechtsspezifische Konstruktionen von Krankheit und Gesundheit im Jugendalter, in: Kolip, P. (Hrsg.): *Lebenslust und Wohlbefinden. Beiträge zur geschlechtsspezifischen Jugendgesundheitsforschung*, Weinheim (Juventa) 1994, S.83-102
- Stein-Hilbers, Marlene: Drogen im weiblichen Lebenszusammenhang, in: Merfert-Diete, Ch./R. Soltau (Hrsg.): *Frauen und Sucht*, Reinbek (roro) 1984, S.41-49
- Thiele, Wilhelm: Inanspruchnahme medizinischer Leistungen durch Frauen, in: Schneider, U. (Hrsg.), a.a.O., 1981, S.52-59
- Verbrugge, Lois M.: Gender and Health: An Update on Hypotheses and Evidence, in: *J. of Health and Social Behavior* 1985, 26: 156-182
- Verbrugge, Lois M.: The Twain Meet: Empirical Explanations of Sex Differences in Health and Mortality, in: *J. of Health and Social Behavior* 1989, 30: 282-304
- Verbrugge, Lois M./Steiner, Richard P.: Physician Treatment of Men and Women Patients. Sex Bias or Appropriate Care? in: *Medical Care* 1981, 6: 609-631
- Versteegen, Ursula: Zur Bedeutung des Konzepts der »Lebensweisen« für die Gesundheitspsychologie. Eine empirische Untersuchung zu den Determinanten des Gesundheitsverhaltens 30-50jähriger Frauen, Diss., Univ. Freiburg 1988
- Vogt, Irmgard: Für alle Leiden gibt es eine Pille. Über Psychopharmakonsum und das geschlechtsrollenspezifische Gesundheitskonzept bei Mädchen und Frauen, Opladen (Westdeutscher Verlag), 1985
- Vogt, Irmgard: Frauen als Objekte der Medizin: Das Frauensyndrom, in: *Leviathan* 1983, 11: 161-199
- Waldron, J.: Why do Women Live Longer Than Men?, in: Conrad, P./R. Kern: *The Sociology of Health and Illnesses. Critical Perspectives*, New York (St. Martin Press) 1981, S.45-66