
Frauen- und Geschlechterforschung in Public Health ist nicht Gendermedizin. Ein historischer Rückblick und eine disziplinäre Standortbestimmung

Ulrike Maschewsky-Schneider

Schaut man auf den Obertitel dieses Buches „Medizin – Gesundheit – Geschlecht“ scheint dieser zu suggerieren, dass die Befassung mit Gesundheit und Krankheit von Frauen und Männern ausschließlich eine medizinische Aufgabe sei. Diese Annahme ist jedoch falsch. Auch ist es nicht so, dass die Frauengesundheitsforschung bzw. die geschlechterspezifische Gesundheitsforschung mit der Entstehung der Gendermedizin obsolet geworden ist. Hier soll die These vertreten werden, dass Gendermedizin und geschlechterspezifische Gesundheitsforschung in Public Health unterschiedliche Disziplinen sind; sie befassen sich mit verschiedenen Gegenstandsbereichen, arbeiten mit jeweils anderen Theorien und Methoden und haben andere Handlungsfelder. Im Folgenden wird deshalb aus der spezifischen Definition von Public Health heraus eine Abgrenzung gegenüber der Medizin vorgenommen und vor diesem Hintergrund Frauen- und Geschlechterforschung in Public Health als ein von der Gendermedizin verschiedenes Wissenschafts- und Praxisfeld herausgearbeitet. Die Entwicklung der Frauengesundheitsforschung aus der sozialwissenschaftlichen Frauenforschung und der Frauengesundheitsbewegung sowie ihre Erweiterung zur Geschlechterforschung werden nachgezeichnet. Daraus ergibt sich auch eine Standortbestimmung der gesundheitswissenschaftlichen Männergesundheitsforschung. Es werden die spezifischen Aufgaben der Frauen- und Geschlechterforschung in Public Health beschrieben und gezeigt, welche besonderen Leistungen diese zum Aufbau und zur Entwicklung von New Public Health in Deutschland geleistet hat.

U. Maschewsky-Schneider (✉)
Potsdam, Deutschland
E-Mail: ulrike.maschewsky-schneider@charite.de

1 Was ist Public Health?

Um die Frage zu klären, ob Frauen- und Geschlechterforschung in Public Health und in der Gendermedizin dasselbe oder zwei unterschiedliche Disziplinen sind, ist zunächst eine Bestimmung von beiden zu geben. Nach Pschyrembel (1998) ist Medizin die ärztliche Kunst und Wissenschaft vom gesunden und kranken Menschen, von den Ursachen, den Wirkungen, der Vorbeugung und der Heilung von Krankheiten (Pschyrembel 1998). Medizin heute ist eine weitgehend auf die Praxis des Erkennens (Diagnostik) und des Behandelns (Therapie) von Krankheit bezogene Wissenschaft und Praxis, die sich vor allem auf natur- und technikwissenschaftliche Erkenntnisse, Prozesse und Technologien bezieht. Ihr Ziel ist die Wiederherstellung und – denkt man beispielsweise an das Impfen – der Erhalt der Gesundheit der Menschen. Dabei geht es primär um pathophysiologische Prozesse, um Krankheit und Einschränkungen oder Fehlfunktionen von Organen oder Organsystemen und die diesen zugrunde liegenden biologischen Prozesse.

Was ist demgegenüber Public Health? Die *Deutsche Gesellschaft für Public Health* (2012) versteht in Anlehnung an ältere Definitionen (Winslow 1920; Acheson 1988) unter Public Health „die Wissenschaft und Praxis zur Vermeidung von Krankheiten, zur Verlängerung des Lebens und zur Förderung von physischer und psychischer Gesundheit unter Berücksichtigung einer gerechten Verteilung und einer effizienten Nutzung der vorhandenen Ressourcen. Public Health-Maßnahmen zielen primär auf die Gesunderhaltung der Bevölkerung und einzelner Bevölkerungsgruppen durch organisiertes gesellschaftliches Handeln. Public Health konzentriert sich auf die Bevölkerung und erweitert dadurch die Perspektive der klinischen Medizin, die sich in erster Linie auf Individuen und Krankheiten richtet“ (Deutsche Gesellschaft für Public Health 2012, S. 1).

Aus den Definitionen werden die Unterschiede zwischen beiden Disziplinen deutlich. Erkennbar werden aber auch die Überschneidungen, Probleme der Abgrenzung und daraus resultierende Konkurrenzen zwischen beiden. Medizin und Public Health orientieren sich an gemeinsamen Werten – nämlich den Erhalt bzw. die Wiederherstellung von Gesundheit und die effiziente Nutzung von Ressourcen. Beide Disziplinen leisten einen Beitrag zur Verhütung von Krankheiten. Die Vision, Ressourcen für Gesundheit gerecht zu verteilen, geht jedoch über den Rahmen der medizinischen Wissenschaft weit hinaus. Die gerechte Verteilung von Gesundheitsressourcen und das Aufzeigen von Wegen, wie dies erreichbar ist, sind gesellschaftliche Aufgaben und damit originäre Aufgaben von Public Health. Public Health bezieht sich auf Bevölkerungen, auf soziale Einflussfaktoren von Gesundheit und Krankheit und auf die Organisation von gesundheits- und versorgungsrelevanten Systemen und Prozessen. Medizin zielt auf den Einzelnen,

seine organischen, (neuro)biologischen und – in der modernen Medizin – auch auf die damit vermittelten psychischen Funktionen und Fehlfunktionen. Bei ihr stehen Krankheit und Heilung im Vordergrund, bei Public Health die Gesundheit der Menschen und die Eröffnung von Chancen für ein gesundes Leben.

Die Abgrenzung von Public Health und Medizin durch die jeweilige Orientierung auf Gesundheit oder Krankheit scheint zunächst einfach. Das ist aber nicht der Fall. In der Wissenschaftsgeschichte haben sich viele Arbeiten mit der Bestimmung beider Konzepte aus philosophischer, anthropologischer, historischer oder soziologischer Sicht befasst (siehe beispielhaft Caplan et al. 1981; Badura 1993). Ein besonders wichtiger Punkt dieser wissenschaftlich tief gehenden und fruchtbaren Diskussionen soll hier aufgegriffen werden, weil er für die Abgrenzung und die Herausarbeitung der Besonderheiten von Gendermedizin und Public Health wichtig ist. Es geht um die beiden Disziplinen zugrunde liegenden Erklärungsmodelle von Gesundheit und Krankheit.

New Public Health entstand in Deutschland in den 1990er Jahren mit einem Fokus auf die sozialen Determinanten von Gesundheit. In der Kritik standen die Medizin und das ihr zugrunde liegende reduktionistische biomedizinische Erklärungsmodell. In diesem werden nach Engel (1981) soziale und psychosoziale Faktoren für die Entstehung, Bewältigung und Wiederherstellung von Gesundheit ausgeschlossen und die Entstehung von Krankheit auf den Einfluss biologischer Faktoren zurückgeführt. Wenn es gelingt, diese Faktoren mit naturwissenschaftlichen Methoden und Konzepten zu finden und mit Mitteln der Medizin positiv zu beeinflussen, dann sei die Krankheit besiegt. Auch im öffentlichen Alltagsverständnis habe sich dieses Modell als das vorherrschende und anerkannte durchgesetzt. „Indeed the biomedical model is now the dominant folk model of disease in the western world“ (Engel 1981, S. 592). Engel spricht vom *kulturellen Imperativ*, der den Status eines Dogmas erlangt habe. Das Problematische an diesem Modell sei, dass es beanspruche, alle Prozesse im Rahmen des naturwissenschaftlich-positivistischen Ansatzes zu erklären bzw. auf diesen reduzieren zu können. Die entscheidende Rolle, die den Menschen – gemeint sind die Patienten und die Professionellen – im System der gesundheitlichen Versorgung als einem gesellschaftlich normierten System zukomme, würden in der Medizin und in der Behandlung der Patienten nicht erkannt und auch nicht anerkannt. Eine gute Versorgung der Patienten könne so nicht stattfinden.

Dem biomedizinischen Modell wurde von Engel (1981), aber auch anderen Autoren (z. B. Horn et al. 1983; Badura 1993) das biopsychosoziale bzw. soziopsychosomatische Erkenntnismodell entgegen gesetzt. In diesem steht die Untersuchung der komplexen Wechselwirkungen zwischen biologischen, sozialen und psychologischen Einflüssen im Mittelpunkt. Aus gesundheitswissenschaftlicher

Sicht spielen die sozialen und psychosozialen Faktoren in der gesundheitlichen Versorgung eine bedeutende Rolle, weil sie den Erfolg gesundheitlicher Versorgung und Behandlung wesentlich mit bestimmen. Das für *New Public Health* so tragfähige Konzept hat zwar in medizinische Disziplinen, bei denen die sozialen und psychischen Faktoren eine große Rolle spielen (insbesondere in der Sozial-, Arbeits- und Umweltmedizin, Allgemeinmedizin, Pädiatrie) Eingang gefunden, aber es hat sich weder in der medizinischen Wissenschaft noch im öffentlichen Verständnis der Medizin als das vorherrschende durchsetzen können. Wenn sich die Medizin verstärkt gesundheits- und sozialwissenschaftlichen Zugängen öffnen würde und bereit wäre, neben den naturwissenschaftlichen Faktoren auch den gesellschaftlichen Kontext von Krankheit und Gesundheit und ihres eigenen Handelns zu berücksichtigen, dann kann die Versorgung gerecht und zum Nutzen der Menschen sein.

Für das Verhältnis von *Gendermedizin* und *Public Health* ist die Diskussion um das Modell von Krankheit und Gesundheit von großer Wichtigkeit. Folgt die Gendermedizin dem biomedizinischen Modell oder ist sie offen gegenüber interdisziplinären Zugängen? Aus Public Health-Sicht bestehen nach eigenen Erfahrungen dazu zwei sich widerstreitende Positionen: In der einen wird der Gendermedizin die Verfolgung eines biomedizinischen Modells zugeschrieben. Das wäre nachvollziehbar, denn sie hat sich in der Konkurrenz zu den anderen klinischen Fächern im Kampf um Ressourcen, Impactfaktoren, Forschungsmitteln und medialer Anerkennung zu bewähren. Die andere Position befürchtet, dass Public Health-Wissenschaft von der Gendermedizin vereinnahmt, geschluckt oder überrannt werden könnte. Vor dem Hintergrund der oben beschriebenen Durchsetzungskraft des biomedizinischen Modells ist das eine nicht von der Hand zu weisende Befürchtung.

2 Was ist Gendermedizin?

Die *International Society for Gender Medicine (IGM)* beschreibt ihre Ziele und selbst gesetzten Aufgaben wie folgt: „The specific purpose of the society is to establish and develop gender medicine in an international context by promoting gender-specific research in basic sciences, clinical medicine and public health. This is based on the insight, that the two sexes may have different experiences of the same disease: they may present with different symptoms, respond differently to therapy and tolerate/cope with the disease differently. The pathophysiology of disease may also vary as a function of genetics, epidemiology and biological sex/gender“ (International Society for Gender Medicine 2012). Ziel der Gesellschaft ist es weiterhin, dass Verständnis von Geschlechterunterschieden in der Wissen-

schaft voran zu bringen, wobei hier sowohl „sex“ als das biologische Geschlecht als auch „gender“ als das soziale Geschlecht angesprochen sind. Neue wissenschaftliche Erkenntnisse zu Geschlechterunterschieden sollen in die Verbesserung der Versorgung einfließen und geschlechterspezifische Public Health-Themen wie Informationen für Personen, Organisationen und Institutionen verbreitet werden. Weiterhin sollen Geschlechteraspekte in die medizinische Lehre und Weiterbildung getragen werden, interdisziplinäre Forschung und wissenschaftliche Veröffentlichungen befördert und internationale wissenschaftliche Zusammenarbeit und Vernetzung möglich gemacht werden (International Society for Gender Medicine 2012). Berührungsängste zu *Public Health* bestehen also keinesfalls; psychosoziale Aspekte werden nicht ausgeschlossen, der Fokus liegt jedoch im pathophysiologischen und medizinisch-klinischen Bereich.

Einen deutlich klinischen Bezug formulieren die Autorinnen des ersten deutschsprachigen Sammelbandes zu Gendermedizin (Rieder und Lohff 2004). Das Buch befasst sich mit klinisch relevanten Geschlechterunterschieden, mit der wissenschaftlichen und klinischen Evidenz und Erfahrungen, daraus resultierenden Einflüssen auf klinische Diagnose, Therapie und gesundheitliche Outcomes, und will aus diesen Erkenntnissen eine Verbesserung der medizinischen Versorgung im klinischen Alltag erreichen. Studierende der Medizin, für die das Lehrbuch vornehmlich gedacht ist, sollen sich mit Problemfeldern befassen wie: Interaktion der Professionellen mit den Patienten, Wahrnehmung geschlechterspezifischer psychosozialer und sozioökonomischer Aspekte von Gesundheit und Krankheit, Berücksichtigung der Auswirkungen geschlechterbezogener Aspekte auf das Risiko und das klinische Outcome und damit Erhöhung der Adhärenz und Compliance der Patienten, die Überbrückung der Kluft zwischen den Geschlechtern in den verschiedenen Versorgungsbereichen (Gesundheitsförderung und Prävention, Behandlung, Rehabilitation) und Verbesserung der Lebensqualität der Patienten. Im Folgenden konzentriert sich das Buch auf medizinisch-klinische Krankheitsbilder und Disziplinen, ergänzt um psychologische und Public Health-Themen bzw. Ansätze (z. B. in Bezug auf epidemiologische Grundlagen, Versorgungsbedarfe und Lebenslagen bezogene Themen, wie etwa das Thema *alternde Bevölkerung*). Auch hier ist durch den starken Versorgungsbezug des Buches die Ausrichtung auf klinische Themen gegeben, wobei psychosoziale Aspekte des Versorgungsgeschehens als wichtig angesehen und mit einbezogen werden.

Das *Berliner Institut für Geschlechterforschung in der Medizin* an der Charité verfolgt Forschungsthemen, die vorwiegend im Bereich der biomedizinischen Grundlagenforschung und der klinischen Forschung angesiedelt sind. Psychologische und psychosoziale Aspekte von Krankheit werden berücksichtigt, weil sie im Krankheits- und Erholungsverlauf relevante und wichtige Faktoren für den klini-

schen Erfolg darstellen (Berliner Institut für Geschlechterforschung in der Medizin 2012). Es sind auch einige Projekte mit Public Health-Bezug vor allem im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention vertreten, aber auch hier in einem eher klinischen Kontext.

Die Zeitschrift *Gender Medicine* veröffentlicht seit 2004 wissenschaftliche Forschungsergebnisse, die sich auf den Einfluss des biologischen („sex“) und des sozialen Geschlechts („gender“) auf die normale menschliche Physiologie und die Pathophysiologie und die klinischen Merkmale von Krankheiten beziehen. Es sollen Erkenntnisse zu Geschlechteraspekten in verschiedenen medizinischen Disziplinen wie der Kardiologie, Endokrinologie, Onkologie, Dermatologie, Infektiologie, Gastroenterologie, Geriatrie, Neurologie, Pharmakologie aber auch zur Bevölkerungsgesundheit und Gesundheitspolitik publiziert werden. Die Zeitschrift befasst sich auch mit interdisziplinären Themen und will den Dialog zwischen den medizinischen und nicht-medizinischen Wissenschaften befördern. Dazu ist ein spezieller Schwerpunkt *Society, Culture and Health* eingerichtet, der sich mit dem Einfluss von biologischen und sozialen Faktoren befasst. „One of the difficult tasks in gender medicine is to determine which phenomena are the results of biology and which are consequences of the environment“ (Gender Medicine 2007).

Als Zwischenfazit lässt sich festhalten, dass sich die Gendermedizin mit dem Fokus auf klinische und grundlagen-bezogene Themen deutlich als medizinisches Fachgebiet etabliert. Es geht um die Aufdeckung von Geschlechterunterschieden in der Entstehung, Diagnostik, Wiederherstellung und Behandlung von Krankheiten. Gleichzeitig besteht Offenheit, Bereitschaft und die Einsicht in die Notwendigkeit, interdisziplinär zu arbeiten und den Dialog mit den Sozial- und Geisteswissenschaften zu führen. Es werden Themen aufgegriffen, die unter dem Aspekt von Versorgungsqualität und Versorgungsprozessen als Public Health-Themen zu bezeichnen sind. Methodische Ansätze aus der Geschlechterforschung in Public Health und den Sozialwissenschaften, deren Ziel die Identifikation von geschlechterbezogenen Verzerrungen und blinden Flecken in der Forschung ist, wie das von Eichler et al. (2000) entwickelte Konzept der *Gender Based Analysis*, werden in der Gendermedizin aufgegriffen. Beispiele dafür sind die Analyse biomedizinischer Forschungsförderung in der Europäischen Union (Gender Medicine 2007), systematische Übersichtsarbeiten zu Geschlechterdifferenzen in der Pharmakologie (Ziegler 2010) oder das Projekt „Gender Bias bei Herztransplantation“ des Berliner Instituts für Geschlechterforschung in der Medizin (2012).

3 Entstehung und konzeptioneller Ansatz der Frauen- und Geschlechterforschung in Public Health

3.1 Entstehung und Konzept der Frauengesundheitsforschung

Der Beginn der Public Health-orientierten Frauengesundheitsforschung in Deutschland ist mit der Publikation über eine Tagung im Jahre 1980 (Schneider 1981) anzusetzen. Frauenforscherinnen und Frauen aus der Frauengesundheitsbewegung, insbesondere aus dem ersten feministischen Frauengesundheitszentrum in Deutschland und aus der Frauenhausbegleitforschung, waren zusammen gekommen, um gemeinsam einen solchen Forschungsbereich zu entwerfen. Aus sozialwissenschaftlicher und aus sozialmedizinischer Sicht wurde das Thema *Frauengesundheit* sowohl theoretisch als auch bezogen auf die Praxisfelder Prävention und Versorgung diskutiert mit dem Ziel, gesundheits- und frauenpolitisch relevante Forschungsthemen zu benennen. Das Buch nimmt die Kontroverse um Gesundheit und Krankheit zum Ausgangspunkt: „Der Titel dieses Buches fragt nach einem Erklärungsmodell für Krankheit und – darin eingeschlossen – nach den Bedingungen für den Erhalt von Gesundheit: Krankheit – (ein) medizinisches oder soziales Problem?“ (Schneider 1981, S. 9). Zu den Autorinnen des Buches gehörten viele bekannte Sozialwissenschaftlerinnen aus der Frauen- und Geschlechterforschung, die sich der Frage nach der Stellung der Frauen in der Gesellschaft verpflichtet fühlten (Schneider 1981, S. 11). Ergebnis der Tagung war eine erste Standortbestimmung der Frauengesundheitsforschung als sozialwissenschaftlich geprägter Public Health-Forschung. Konzeptionell umrissen wurden methodische Zugänge in der Forschung und theoretische Erklärungsmodelle für Frauengesundheit. Die Arbeits- und Lebensbedingungen von Frauen wurden als wesentliche Einflussfaktoren für Gesundheit und Krankheit gesehen, deshalb war ein weiterer Fokus, welche Ansätze daraus für die Prävention, die ganz im Sinne der erst später konzipierten Gesundheitsförderung verstanden wurde, resultieren.

Die Vertreterinnen der Frauengesundheitsbewegung waren die ersten, die ihre Arbeit gesundheitspolitisch verstanden und dafür stritten, dass Frauen die Selbstbestimmung über ihren Körper und ihre Gesundheit zurück erlangen. Das Machtmonopol der patriarchalen Medizin – vor allem in der Gynäkologie und Geburtshilfe – sollte durchbrochen werden. Kickbusch (1981) gab damals einen Überblick über die Hauptgegenstandsbereiche, mit denen sich die Frauengesundheitsbewegung bereits befasste. Daran zeigt sich, welches Innovationspotential und welche Schubkraft von dieser für Veränderungen in der medizinischen Versorgung ausgingen. Auf wissenschaftlicher Grundlage wurden die Medikalisierung des weiblichen Körpers und Strukturmerkmale des damals so genannten *gynäkologischen*

Imperialismus untersucht, das Nutzungsverhalten von Frauen im medizinischen System analysiert und alternative Heilmethoden wieder entdeckt. Technologien, insbesondere in der Reproduktionsmedizin und Gynäkologie, wurden hinsichtlich ihrer Wirkungen, unerwünschten Nebenwirkungen und Diskriminierungen von Frauen wissenschaftlich bewertet und die Benachteiligung von Frauen als Gesundheitsarbeiterinnen herausgearbeitet. Dabei berief sich die Frauengesundheitsbewegung auf wissenschaftliche Erkenntnisse insbesondere aus den USA, denn in Deutschland waren solche versorgungsbezogenen Themen bislang nicht bearbeitet worden.

Es waren Sozialwissenschaftlerinnen, die die Frauengesundheitsbewegung wissenschaftlich stützten und theoretische Ansätze einer Frauengesundheitsforschung jenseits der bio-medizinisch ausgerichteten Medizin entwickelten. Die Frauengesundheitsforschung orientierte sich an einem sozialen Konzept von Gesundheit. Das umfasste:

- einen neuen, auf Ressourcen gerichteten Gesundheitsbegriff,
- das Konzept der sozialen Determinanten von Gesundheit und Krankheit,
- die individuellen Handlungspotentiale der Menschen für Gesundheit,
- die Pflicht und die Möglichkeiten von sozialen Systemen, Gesundheit zu gestalten,
- die selbst bestimmte Patientin, die sich einer hierarchisch organisierten und paternalistisch geführten Medizin widersetzt,
- die Stärkung der nicht medizinischen Gesundheitsberufe,
- eine feministische Positionierung angesichts einer androzentristischen Sichtweise in der Wissenschaft und
- das Engagement für eine am Kriterium der sozialen Gerechtigkeit orientierten frauen- und geschlechterspezifischen Gesundheitsforschung.

3.2 Von der Frauengesundheitsforschung zur Geschlechterforschung

Damit war ein konzeptioneller Rahmen formuliert, der stimmig war mit den Leitlinien und Orientierungspunkten für New Public Health. In Deutschland war es deshalb konsequent, dass die Frauengesundheitsforschung mit dem Aufbau von Public Health-Lehre und Forschung an den deutschen Universitäten Aufschwung bekam und dort als eigener Themenbereich etabliert werden konnte (Public Health Forum 1995). In den Folgejahren entstand eine Reihe von Forschungsprojekten im Bereich der Frauengesundheit und der geschlechterspezifischen Gesundheits-

forschung, zu denen Einzelpublikationen und Übersichtsbände erstellt wurden (beispielhaft: Arbeitskreis Frauen und Gesundheit im Norddeutschen Forschungsverbund Public Health 1998; Hurrelmann und Kolip 2002; Worringen und Zwingmann 2001).

Dabei rückten die Unterschiede zwischen Frauen und Männern stärker in den Fokus: Verbrugge (1992) formulierte aus sozialeepidemiologischer Sicht das *Genderparadox*, das besagt, dass Frauen zwar länger leben, aber dennoch häufiger unter Krankheit und Beeinträchtigungen leiden als Männer. Dem müsse mit epidemiologischen Daten und Statistiken nachgegangen werden. Davon ausgehend legte Verbrugge (1992) ihr Erklärungsmodell dar, das in der Frauengesundheitsforschung in Deutschland vielfach aufgegriffen und weiterentwickelt wurde. Es umfasst theoretisch begründete Bestimmungsfaktoren für die Unterschiede zwischen den Geschlechtern auf fünf Ebenen. Aus diesen leite sich die Notwendigkeit einer geschlechterspezifischen und geschlechtervergleichenden Befassung mit Gesundheit und Krankheit ab. Unterschiede zwischen den Geschlechtern bestünden hinsichtlich:

1. biologischer, insbesondere genetischer und hormoneller Faktoren,
2. erworbener Risiken, die sich aus den unterschiedlichen Arbeits- und Lebensbedingungen beider Geschlechter ergeben,
3. psychosozialer Faktoren, die eine Rolle im Umgang mit Krankheit, Gesundheit und Belastungen spielen,
4. unterschiedlicher Weisen, wie Frauen und Männer ihre Beschwerden und Krankheiten nach außen repräsentieren, und
5. Unterschieden in der Inanspruchnahme, aber auch in der Versorgung von Frauen und Männern im Gesundheitswesen (Verbrugge 1992, S. 63; Maschewsky-Schneider 1997).

3.3 Gender Based Analysis: ein methodischer Ansatz zur systematischen Integration der Geschlechterperspektive in Wissenschaft und Praxis

Eichler et al. (2000) entwickelten auf der Grundlage von Theorien zum Verhältnis der Geschlechter ein Konzept zur Identifikation und Vermeidung von Gender Bias in der Forschung. Sie gehen von drei Formen Geschlechter bezogener Verzerrungen und Irrtümer in der Wissenschaft aus: Der erste ist der Androzentrismus, nach dem Wissenschaft eine männliche Perspektive einnimmt. Das führt dazu, dass Frauen in der Forschung als Beforschte unterrepräsentiert sind (z. B. als

Probandinnen in klinischen Studien), oder dass eine unzulässige und ungeprüfte Generalisierung von Ergebnissen, die für ein Geschlecht gefunden wurden, auf das jeweils andere Geschlecht stattfindet. Verzerrungen in der Forschung entstehen auch durch eine für Geschlechterunterschiede insensible Forschung; sowohl biologische als auch mit der Geschlechterrolle verbundene, soziale Unterschiede werden ignoriert (z. B. wenn nicht geprüft wird, ob die gleiche Herzoperation bei Frauen und Männern unterschiedlich erfolgreich ist). Die dritte Fehlerquelle ist der Doppelstandard: Frauen und Männer werden unter verschiedenen theoretischen Konzepten, mit verschiedenen Methoden und Zugängen untersucht, wodurch eine Dichotomisierung der Geschlechter entsteht (z. B. Frauen sind schwach und krank – Männer gesund und leistungsfähig).

Eichler et al. (2000) entwickelten ein Instrumentarium und Fragestellungen, wie diese Unzulänglichkeiten und Fehler in der Forschung aufgespürt und vermieden werden können. Es handelt sich um ein praktisches Instrumentarium, das in Deutschland erstmalig auf die Public Health-Forschung angewandt wurde. Alle Phasen des Forschungsprozesses sowie wissenschaftliche Publikationen lassen sich mit diesem Instrument in Hinblick auf die angemessene Repräsentation der Geschlechter überprüfen (Eichler 2002). Die Analyse der Public Health-Forschung in Deutschland kam zu dem Ergebnis, dass die Prüfung von Geschlechterunterschieden bei den Forschenden zwar als wichtig angesehen wurde, Frauen und Männer auch in die Studien eingeschlossen und die Daten vergleichend ausgewertet wurden, aus den Ergebnissen jedoch in der Regel keine Schlussfolgerungen für eine geschlechterspezifische Praxis gezogen worden waren (Fuchs und Maschewsky-Schneider 2003). In den untersuchten empirischen Public Health-Publikationen zeigte sich eine deutlich geringere Berücksichtigung des Geschlechts in allen Phasen der Forschung. In Titel, Abstract, Datenanalyse und besonders in den Schlussfolgerungen waren kaum Aussagen zu den Unterschieden zwischen Frauen und Männern zu finden. Erfreulich war, dass über den Untersuchungszeitraum von 10 Jahren die Zahl der Publikationen, die auf die Geschlechterunterschiede abhoben, zugenommen hatte. Von den Autorinnen wurde dieses Ergebnis als ein Effekt der bis dahin geleisteten Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit im Bereich Frauengesundheit interpretiert (Fuchs und Maschewsky-Schneider 2002).

Eichlers Konzept wurde in der Folgezeit in verschiedenen thematischen Bereichen angewendet und war Ausdruck einer Öffnung der Frauengesundheitsforschung hin zur (vergleichenden) Geschlechterforschung. Vor dem Hintergrund der Strategie des *Gender Mainstreaming* der Europäischen Union und der Bundesregierung (BMFSFJ 2012a) hat es vermutlich auch zur Implementation einer *Genderleitlinie* für die Begutachtung von Forschungsanträgen im Rahmen der Gesundheitsforschung des Bundes beigetragen (Arbeitshilfe zu § 2 GGO, Gender

Mainstreaming in Forschungsvorhaben: BMFSFJ 2012b; Richtlinien zur Förderung von Studien in der Versorgungsforschung: BMBF 2012a). Zur Integration der Geschlechterperspektive in die epidemiologische, neurowissenschaftliche und medizinische Forschung trägt auch das Verbundprojekt *epimedGender.net: Geschlechtersensible Forschung in Epidemiologie, Neurowissenschaften und Genetik/Tumorforschung* (2012) bei.

4 Arbeitsfelder von Frauen- und Geschlechterforschung in Public Health

Im Folgenden werden drei zentrale Arbeitsfelder der Frauen- und Geschlechterforschung in Deutschland beschrieben: Das sind die Gesundheitsförderung und Prävention, die Versorgungsforschung sowie die Gesundheitsberichterstattung. Es wird gezeigt werden, dass prioritär Frauengesundheitsthemen bearbeitet werden, aber die (vergleichende) Geschlechterforschung ebenfalls einen hohen Stellenwert hat. Zunehmend werden auch männerspezifische Gesundheitsthemen bearbeitet.

4.1 Gesundheitsförderung und Prävention

Gesundheitsförderung und Prävention als Forschungs- und Handlungsfeld der Frauen- und Geschlechterforschung ergeben sich vor dem Hintergrund des an sozialen Determinanten orientierten Konzepts der Frauengesundheitsforschung, in dem es um Belastungen und Ressourcen aus den weiblichen Lebenswelten geht. Unter *sozialen Determinanten* versteht man die gesellschaftlichen, sozialen, umweltbedingten und persönlichen Einflussfaktoren auf die Gesundheit. Sie interagieren mit den *biologischen Faktoren* und determinieren so den Gesundheitszustand des Menschen (WHO 1998; Marmot und Wilkinson 2006). Sie bestimmen das Ausmaß, in dem eine Person über die physischen, sozialen und persönlichen Ressourcen verfügt, um persönliche Ziele zu erreichen, Bedürfnisse zu befriedigen und mit den Bedingungen der sozialen und äußeren Umwelt umzugehen. Soziale Determinanten wirken auf vier mit einander verbundenen gesellschaftlichen Ebenen. Für Frauen sind die gesellschaftlichen Bedingungen (Ebene 1) durch das jeweils kulturell und historisch geprägte Geschlechterverhältnis bestimmt. Dieses ist determiniert durch die ökonomischen und politischen Verhältnisse, die soziale Schichtung der Gesellschaft, den Zugang zu Ressourcen und darin eingeschlossen die strukturellen Rahmenbedingungen der gesundheitlichen Versorgung. Diese Rahmenbedingungen schlagen sich in den konkreten Lebensbedingungen (Ebene

2) und den darin eingebundenen Risiken und Ressourcen nieder. Das sind Familienstruktur, Beruf, Ausbildung, Wohnen, aber auch Zugang zu und Qualität der Versorgung. Für Frauen bedeutet der Zugang zu guter Ausbildung auch Zugang zum Beruf und zu einem selbstbestimmten Leben. Mit der Einbindung in Beruf und Familie können auch zusätzliche, die Gesundheit beeinträchtigende, Belastungen entstehen. Die strukturellen Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens bestimmen den Zugang von Frauen zur Gesundheitsversorgung. In den ärmeren Ländern dieser Welt ist das nicht selbstverständlich. Vorsorgeuntersuchungen, Mittel der Familienplanung, Versorgung in der Schwangerschaft und bei Geburt, Impfungen und andere medizinische Leistungen sind oft nicht in ausreichendem Maße oder nur in geringer Qualität verfügbar. Belastungen und Ressourcen bestehen weiterhin durch die Einbindung in soziale Netze (Ebene 3). Sie bieten gesundheitsförderliche Unterstützung, können aber auch durch enge Normierungen gesundheitsschädigende Wirkung haben. Soziale Netze sind Familie, Nachbarschaft und Gemeinde, Arbeitswelt, Vereine, Selbsthilfegruppen und andere. Sie sind von den strukturellen Rahmenbedingungen der Gesellschaft und den daraus resultierenden Arbeits- und Lebensbedingungen abhängig. Für die Gesundheit von Frauen und Männern ist entscheidend, ob soziale Netze verfügbar sind, und ob sie eine sozial unterstützende Wirkung haben. Gesundheit ist weiterhin determiniert durch die gesundheitsbezogenen Lebens- und Verhaltensweisen und die individuellen psychologischen Fähigkeiten und Kompetenzen (Ebene 4). Studien zeigen, dass sich Gesundheitskonzepte und Gesundheitsverhalten von Frauen und Männern deutlich unterscheiden und Männer eher zu riskantem Verhalten neigen (Verbundprojekt 2001; Kolip und Koppelin 2002; Altgeld 2004).

Das Konzept der sozialen Determinanten entstand in Abgrenzung zu dem lange vorherrschenden Verhaltensmodell in der Prävention und Gesundheitserziehung. Mit der *Ottawa Charta* (WHO 1986) führte es zu einer Umorientierung von der reinen Krankheitsverhütung hin zur auf Lebensweisen und Gesundheitshandeln bezogenen Gesundheitsförderung. Die Frauengesundheitsforschung war an den wissenschaftlichen Diskussionen in Deutschland zur Entwicklung dieses Konzepts und bei der Prüfung seiner Umsetzbarkeit in die Praxis nicht unwesentlich beteiligt (Klesse et al. 1992). Der 1989 gegründete Frauengesundheitstreffpunkt in *Bremen Tenever* (Klesse et al. 1992; Frauengesundheit in Tenever 2012/2013) war eines der ersten frauenspezifischen Praxisprojekte im Stadtteil, das am Konzept der lebenslagen-orientierten Gesundheitsförderung ausgerichtet war. Beide Ansätze, Gesundheitsförderung und Frauengesundheitsforschung, wurden in den 1980er Jahren auch von der *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung* (BZgA) aufgegriffen und in verschiedenen Maßnahmen umgesetzt. Heute repräsentiert sich dieses Engagement der BZgA für Frauengesundheitsthemen in der seit 2006 bestehenden Informationsplattform zur Frauengesundheit, die sowohl Fachliteratur

als auch Informationen für die Öffentlichkeit umfasst (FrauenGesundheitsPortal, BZgA 2012). Aufgenommen wurde das Thema auch von einigen Landesvereinigungen für Gesundheit, Krankenkassen und zahlreichen Praxiseinrichtungen. Bei den nationalen Gesundheitszielen ist die Geschlechterperspektive eine zentrale, bei allen Zielen zu berücksichtigende Querschnittsdimension (gesundheitsziele.de 2014).

Eine umfassende Übersicht bestehender Projekte liegt nicht vor, aber das FrauenGesundheitsPortal der BZgA (2012) und die Projektdatenbank *Gesundheitliche Chancengleichheit* (Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten 2012) geben wichtige Informationen und Praxisbeispiele aus der Gesundheitsförderung, die auch in Hinblick auf geschlechterspezifische Ansätze recherchiert werden können.

Zur Gesundheitsförderung zählen auch massenmedial verbreitete Gesundheitsinformationen, Multiplikatorenschulungen, gesetzliche Maßnahmen (z. B. Rauchverbot in Schulen) und der Settingansatz. Einige Einrichtungen, wie etwa die BZgA, richten ihre Angebote geschlechterspezifisch aus, um Jungen und Mädchen gezielt zu erreichen. Regionale Frauengesundheitsnetzwerke bieten Maßnahmen an, die auf die Sensibilisierung von Multiplikatoren und Professionellen für Frauen- und Geschlechteraspekte ausgerichtet sind. Auch gibt es spezielle Settingansätze, die weibliche Zielgruppen erreichen sollen (z. B. Migrantinnen im Stadtteil: Stolzenberg et al. 2012). Vor dem Hintergrund der Erkenntnisse zum gesundheitsriskanten Verhalten von Jungen und Männern ist in den vergangenen Jahren ein Trend zu speziellen Angeboten für männliche Zielgruppen entstanden. Nicht nur die Verpflichtung zum Gender Mainstreaming, sondern auch wissenschaftliche Forschungen (Hurrelmann und Kolip 2002; Altgeld 2004) belegen die hohe Bedeutung, die diesen Maßnahmen für die Gesundheitsförderung zukommt.

4.2 Versorgungsforschung

Ausgangspunkt der Frauengesundheitsbewegung war die kritische Auseinandersetzung mit der gesundheitlichen Versorgung von Frauen in der Medizin. Auch heute nehmen Versorgungsthemen einen großen Stellenwert ein. Sie befassen sich mit Schwangerschaft und Geburt, Verhütung und Familienplanung, Früherkennung, Impfen, Hormonersatzbehandlung in der Menopause, gynäkologische Erkrankungen, Brustkrebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, psychische Erkrankungen und die gesundheitliche Versorgung von von Gewalt betroffenen Frauen. Frauengesundheitsforschung betreibt hierzu entweder empirische Forschung oder verbreitet Wissen auf der Basis der wissenschaftlichen Aufarbeitung des (internationalen) Stands der Forschung. Eine der ersten Studien in der frauenspezifischen Versorgungsforschung in Deutschland war die Frauenhausbegleitforschung (Hagemann-White et al. 1981).

Die erste Repräsentativstudie für Deutschland zu Gewalt gegen Frauen, die auch die gesundheitliche Versorgung der Frauen mit einschloss, wurde mehr als 20 Jahre später durchgeführt. Gewalterfahrungen umfassen körperliche, sexuelle und emotionale Gewalt. Die Studie ergab, dass 40% der befragten Frauen jemals in ihrem Leben körperliche und/oder sexuelle Gewalt erlebt hatten (Müller und Schröttle 2004). Eine Befragung in einer Berliner Rettungsstelle ergab unter Einschluss auch der emotionalen Gewalt eine vergleichbare Lebenszeitprävalenz (Hellbernd et al. 2004). In der Repräsentativstudie zeigte sich, dass nur ein Viertel bis ein Drittel der betroffenen Frauen medizinische oder psychosoziale Hilfe aufsuchte (Brzank 2012). Die Inanspruchnahme von Versorgung hing von der Schwere der Partnergewalt bzw. multiplen Gewalterfahrungen ab, nicht jedoch von soziodemographischen Einflussfaktoren, dem allgemeinen Gesundheitszustand, personalen (z. B. Selbstwirksamkeit, Selbstwertgefühl) oder sozialen (soziales Netz, soziale Unterstützung) Ressourcen.

Scham und Angst sind Motive, warum Frauen versuchen, häusliche Gewalterfahrungen und deren gesundheitliche Folgen nicht nach außen zu tragen. Mit Förderung des Bundesministeriums für Familie, Frauen, Senioren und Jugend wurden deshalb Modellprojekte zunächst im stationären (Hellbernd et al. 2004) später auch im ambulanten Bereich (Modellprojekt M.I.G.G. 2012) durchgeführt. Vergleichbar wie bei der Frauenhausbegleitforschung ging es um die Einbindung von Forschung in modellhaft angelegte neue Versorgungskonzepte. Im S.I.G.N.A.L.-Projekt wurden in der Rettungsstelle einer Universitätsklinik Frauen mit Verdacht auf Gewalterfahrungen angesprochen und eine darauf aufbauende zielgerichtete Versorgung angeboten. Fortbildungen der Professionellen (Pflegepersonal und Ärzteschaft), die Erarbeitung von Materialien dazu und Organisationsentwicklung waren wesentliche Bestandteile des Projekts (Modellprojekt M.I.G.G. 2012; Hellbernd 2006). Ziel dieser Projekte war u. a. die nachhaltige Verankerung von bedarfsgerechten Versorgungsangeboten für Frauen mit akuten oder chronischen Gewalterfahrungen im Gesundheitswesen.

Hagemann-White und Lenz (2002) zeigen in ihrem Artikel zu *Gewalterfahrungen von Männern und Frauen* nicht nur die hohe Betroffenheit beider Geschlechter und die stärkere Betroffenheit von Jungen und Männern, sondern sie beschreiben auch die unterschiedlichen Formen und Kontexte von Gewalterfahrungen. Sie interpretieren diese vor dem Hintergrund geschlechterspezifischer, kulturell und gesellschaftlich geprägter Rollenbilder, Belastungen und Identitäten. Für eine geschlechtergerechte Gesundheitsversorgung ist dieses Konzept von großer Bedeutung. Es zeigt, wie Gewalt in der Gesellschaft geschlechterspezifisch unterschiedliche Ausprägungen erfährt. Eine geschlechtersensible Versorgung ist deshalb für beide Geschlechter gefordert.

Ein weiteres Beispiel für die frauenspezifische Versorgungsforschung sind Studienergebnisse zur Hormonsubstitution in der Menopause und deren Folgen für die Versorgung. In der Medizin galten der Östrogenabfall in der Menopause und die damit verbundenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Wohlbefindens als behandlungsbedürftige Krankheiten. Dies wurde in der Frauengesundheitsbewegung als Ausdruck der Medikalisierung des weiblichen Körpers gesehen. Sie forderte, die psychosozialen Bedingungen in dieser Lebensphase in den Blick zu nehmen und den Frauen entsprechende Unterstützungsangebote anzubieten (Marewski et al. 1981). Wie wichtig und richtig diese Position war, zeigte sich 20 Jahre später an wissenschaftlichen Studienergebnissen. In Deutschland war der Anteil Frauen (55–59 Jahre), die aktuell Hormone einnahmen (Punktprevalenz), von Mitte der 1980er bis Anfang der 1990er Jahre von knapp 4 % auf über 20 % (Maschewsky-Schneider et al. 2001) bis 1998 sogar auf 38 % (Knopf et al. 2008) angestiegen. Mitte der 1990er Jahre hatten bereits 40–45 % aller Frauen im Alter von 40–60 Jahren jemals Hormone in der Menopause eingenommen (Repräsentativbefragung in Magdeburg und Bremen: Hinze et al. 1999). In den USA war in den 1990er Jahren die weltweit größte epidemiologische Studie, die *Women's Health Initiative*, auf den Weg gebracht worden. Ziel war zu überprüfen, ob die Hormonersatztherapie in der Menopause das gesundheitliche Risiko für koronare Herzkrankheiten bei Frauen senken kann. Die Studie musste 2002 vorzeitig abgebrochen werden, weil ein Risiko senkender Effekt nicht nachgewiesen werden konnte, vielmehr das Risiko für Schlaganfall und Thrombose gestiegen war (Überblick: Rossouw 2008). In der Folge wurden für Deutschland neue Behandlungsleitlinien verabschiedet, die zu einer signifikanten Senkung der Hormonbehandlung führten. Nur noch 24 % der 55- bis 60-Jährigen ließen zum Befragungszeitpunkt ihre Menopausenbeschwerden durch eine Hormontherapie behandeln (Knopf et al. 2008).

Diese beiden Beispiele zeigen die große Bedeutung von Versorgungsforschung für die gesundheitliche Versorgung von Frauen im Gesundheitswesen. Sie belegen aber auch die Leistungen und die Weitsichtigkeit der Frauengesundheitsbewegung, die die Medikalisierung des weiblichen Körpers, den Geschlechterbias in der Versorgung und die daraus resultierende Über-, Unter- oder Fehlversorgung von Frauen schon frühzeitig erkannt hatte. Die ausgewählten Beispiele belegen die Leistungen von Frauengesundheitspolitik und Frauengesundheitsforschung, sie würdigen aber bei weitem nicht das breite Spektrum von Themen der frauenspezifischen Versorgungsforschung in Deutschland und deren Wirkungen auf die Versorgungsprozesse im Gesundheitswesen.

4.3 Gesundheitsberichterstattung

Erste Frauengesundheitsberichte in Deutschland finden sich sowohl auf Bundesebene (Verbundprojekt 2001) als auch für einzelne Länder (z. B. Senatsverwaltung für Gesundheit Berlin 1995). Der Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland (Verbundprojekt 2001) ist eine umfangreiche und gleichzeitig theoretisch fundierte Zusammenstellung von Daten und Forschungsergebnissen aus der Frauengesundheitsforschung unter Einschluss international etablierter Konzepte. Aufgabe war es, eine Bestandsaufnahme zur gesundheitlichen Lage der Frauen in Deutschland unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklungen in West- und Ostdeutschland sowie der Arbeits- und Lebensbedingungen von Frauen zu erstellen. Damit sollte eine Grundlage für alle, die sich in der Politik, Wissenschaft und Praxis mit der Gesundheit von Frauen und dem Reformbedarf im Gesundheitswesen beschäftigen, geschaffen werden (Verbundprojekt 2001: Vorwort). Ziel war die Bestimmung des frauen- und geschlechterspezifischen Handlungsbedarfs in der Prävention und Gesundheitsförderung in Bezug auf Beruf, Familie, Lebenslagen und Lebensweisen von Frauen sowie zur Schaffung frauengerechter Versorgungsstrukturen und Versorgungsqualität in der gesundheitlichen Versorgung.

Während der Beginn der Frauengesundheitsforschung in Deutschland frauengesundheitspolitisch geprägt war und es darum ging, Frauengesundheitsthemen zu bearbeiten, die die Benachteiligung von Frauen aufzeigten, wurde in der Gesundheitsberichterstattung der theoretische Ansatz weiter gesteckt. Es sollten Themen bearbeitet werden, die sich auf die Gesundheit von Frauen bzw. auf die Gesundheit von Frauen in besonderen sozialen und/oder gesundheitlichen Lebenslagen beziehen. Wo angemessen, sollte auch der Vergleich von Frauen und Männern erfolgen. Männerspezifische Themen wurden aber nicht aufgegriffen. Hintergrund war ein Geschlechterkonzept, dass davon ausging, dass die Lage der Frauen nur aus dem Verhältnis der Geschlechter zueinander zu verstehen ist, und dass die Ungleichheiten und Diskriminierungen, die damit verbunden sind, in der Wissenschaft berücksichtigt werden müssen (Überblick zu Gendertheorien in den Gesundheitswissenschaften: Kuhlmann 2002). Die Gleichstellung und Gleichberechtigung von Frauen und Männern, also die Durchsetzung der gleichen Rechte, der gleichen aktiven Teilhabe und der gleichen Entfaltungsmöglichkeiten, fordere ein zweigleisiges Vorgehen (Verbundprojekt 2001, S. 14). Das umfasst einerseits die Stärkung und Weiterentwicklung von Maßnahmen, die einen Nachteilsausgleich für Frauen anstreben; es schließt aber auch die systematische Integration der Geschlechterperspektive – also von Geschlechterunterschieden und Besonderheiten der Geschlechter, gegebenenfalls auch die Aufdeckung von Benachteiligungen von Männern im

Vergleich zu Frauen – in alle gesundheits- und versorgungspolitisch relevanten Entscheidungen und Prozesse ein. Das damals entwickelte Prinzip des *Gender Mainstreaming* (BMFSFJ 2012a) sollte auf die Gesundheitsforschung, die Gesundheitsberichterstattung und die Gesundheitspolitik übertragen werden. Es sollten Leitfragen und Methoden entwickelt werden, nach denen gesundheitspolitische Steuerungsmechanismen und Versorgungskonzepte auf allen Ebenen der Planung, Entwicklung, Evaluierung und Implementation in Hinblick auf ihre geschlechter-spezifischen Wirkungen bewertet werden könnten (Verbundprojekt 2001, S. 15).

Die im Frauengesundheitsbericht bearbeiteten Themen deckten weitgehend den bis dato erreichten Wissensstand zur Frauengesundheit ab. Bearbeitet wurden: Soziodemographische und sozioökonomische Indikatoren der Arbeits- und Lebensbedingungen von Frauen in Familie und Beruf; Unterschiede im Gesundheitszustand von Frauen und Männern (Todesursachen, Erkrankungen); die gesundheitsbezogenen Lebensweisen von Frauen, ihre Vorstellungen von Gesundheit und ihr Gesundheitshandeln (Alkohol, Rauchen, Medikamentenkonsum und Unfälle im Geschlechtervergleich); Gewalt im Geschlechterverhältnis; reproduktive Gesundheit von Frauen im Lebensverlauf; Frauenarbeit in Beruf und Familie und Gesundheit; Gesundheit von Frauen im mittleren Lebensalter; Frauen in besonderen gesundheitlichen Lebenslagen (Menschen mit Behinderungen, Aids-Kranke, Drogenkonsumentinnen); frauenzentrierte Ansätze in der Gesundheitsförderung und der gesundheitlichen Versorgung.

Im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes ist die „Umsetzung einer geschlechtsdifferenzierten Gesundheitsberichterstattung und Ausarbeitung von Vorschlägen und Empfehlungen für geschlechtergerechte Gesundheitsberichterstattung und epidemiologische Forschung“ inzwischen erklärtes Ziel (RKI 2012) und eine entsprechende Leitlinie für die Erstellung von Berichten vorgegeben. Die Philosophie ist, dass der Geschlechtervergleich sich durch alle Themen der Gesundheitsberichterstattung und in allen Berichten niederschlagen soll. Allerdings wird dies von den Autorinnen und Autoren der Berichte in sehr unterschiedlichem Ausmaß realisiert.

4.4 Männergesundheit

Bereits 2004 veröffentlichte Österreich einen ersten Männergesundheitsbericht für den deutschsprachigen Raum (BMSK 2004). Der erste Männergesundheitsbericht für Deutschland (Bardehle und Stieler 2010) wurde 2010 von der privaten Stiftung Männergesundheit herausgegeben. Er wurde von den Wissenschaftlern, die sich lange für das Thema engagiert hatten, sehr begrüßt (Bardehle und Stieler 2010,

siehe Kommentar von Hurrelmann: Rückseitencover). Ein zweiter Männergesundheitsbericht der Stiftung mit dem Schwerpunkt *Psychische Gesundheit* erschien 2013 (Weißbach und Stiehler 2013).

Im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes hat das Robert Koch-Institut eine eigene Seite mit Daten und Fakten zur Männergesundheit bereitgestellt (RKI 2014); auch einzelne Kommunen befassen sich mit dem Thema (z. B. Bezirksamt Lichtenberg von Berlin 2011).

Äußerst lesenswert ist in dem oben genannten ersten Männergesundheitsbericht der Grundsatzartikel von Dinges (2010), der sich kritisch mit Geschlechterstereotypen in Bezug auf die Gesundheit der Männer auseinander setzt. So argumentiert er überzeugend, dass das höhere Risikoverhalten, die höhere physische und psychische Unempfindlichkeit und die geringere Aufmerksamkeit für eigene gesundheitliche Einschränkungen bei Männern mit dem in der Zeit der Industrialisierung entstandenen Männlichkeitsbild verbunden seien. Lange Arbeitszeiten unter harten Bedingungen, arbeitsbedingte Unfallrisiken und Expositionen, Wehrfähigkeit der jungen Männer und Erhalt der Arbeitsfähigkeit bis ins Alter verlangten von ihnen dauerhafte Belastungsbereitschaft und -fähigkeit. Hieraus könne abgeleitet werden, dass die seit den 1970er Jahren schnellere Zunahme der Lebenserwartung bei den Männern im Vergleich zu den Frauen und die Verringerung der Differenz der Lebenserwartung unter anderem auf den Wegfall eines großen Teils der körperlich belastenden, gesundheitsriskanten Berufe für Männer zurück zu führen sei.

Den Berichten voraus gegangen waren diverse Publikationen in Deutschland, die sich mit Männergesundheit (Altgeld 2004) oder der Gesundheit von Männern und Frauen im Vergleich (Hurrelmann und Kolip 2002) befasst hatten und aus Public Health-Perspektive einen sozialwissenschaftlich fundierten Ansatz präsentierten. Faltermaier (2004) verknüpft das soziologische Rollenkonzept, d. h. die gesellschaftlichen Erwartungen und Vorstellungen an die Geschlechter, mit dem psychologischen Identitätskonzept, in dem Männlichkeit (und Weiblichkeit) Ergebnis geschlechterspezifischer Sozialisation sind. Er zeigt auf, wie aus den Rollenerwartungen geschlechterspezifische Identität entsteht und die Gesundheitskonzepte von Männern (und Frauen) prägen. Er plädiert dafür, das Konzept der Salutogenese und der Risiken und Ressourcen für Gesundheit (Antonovsky 1993) mit dem der geschlechterspezifischen männlichen Identität zu verknüpfen, um Wege für eine dem männlichen Geschlecht angemessene Gesundheitsförderung aufzeigen zu können.

4.5 Frauengesundheitsnetzwerke

Um den Frauengesundheitsthemen in Wissenschaft, Praxis, Politik und in der Öffentlichkeit zur Durchsetzung zu verhelfen, wurden Netzwerkstrukturen aufgebaut. In den gesundheitswissenschaftlichen Fachgesellschaften wurden eigene Fach-

bereiche eingerichtet (Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention, Deutsche Gesellschaft für Medizinische Soziologie), regionale Frauengesundheitsnetzwerke (Bremen, Niedersachsen, Berlin) wurden gegründet, in Nordrhein-Westfalen wurde eine *Enquetekommission beim Landtag* (Landtag Nordrhein-Westfalen 2004) und im Jahr 2012 das *Kompetenzzentrum Frauen und Gesundheit NRW* (2014) mit zunächst 4-jähriger finanzieller Förderung vom Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter Nordrhein-Westfalen (MGEPA) eingerichtet. Die nach dem Erscheinen des ersten deutschen Frauengesundheitsberichts vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderte *Bundeskoordination Frauengesundheit* (2007) sollte zur Umsetzung der wissenschaftlichen Erkenntnisse in die Praxis beitragen. Themen der Versorgung von Frauen wurden aufgegriffen wie etwa die gesundheitliche Versorgung für von Gewalt betroffene Frauen, Gender Mainstreaming in den Disease Management-Programmen, Hormonersatztherapie, Essstörungen und andere. Eine nachhaltige Projektfinanzierung scheiterte allerdings an dem für Gesundheit zuständigen Bundesministerium, das für die Fortführung keinen Handlungsbedarf sah. Erfolgreich und nachhaltig ist dagegen die *Arbeit des Arbeitskreises Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e. V. (AKF)* (2012), der in den frühen 1990er Jahren gegründet wurde, um Themen der gesundheitlichen Versorgung von Frauen im Gesundheitswesen voranzubringen. Der AKF versteht seine Arbeit als interdisziplinär und Berufsgruppen übergreifend. Die medizinische und die gesundheitswissenschaftliche Sicht auf Gesundheit und Krankheit sind im Konzept integriert. Der AKF vertritt bewusst einen frauengesundheitspolitischen Standpunkt und setzt sich für die gesundheitlichen Interessen von Frauen ein. Ebenfalls in den 1990er Jahren wurde das *Nationale Netzwerk Frauen und Gesundheit* (2012) gegründet. Das Nationale Netzwerk ist keine Mitgliederorganisation wie der AKF, sondern eine Dachorganisation, in der sich Vertreterinnen aus Verbänden, Vereinigungen und wissenschaftlichen Fachgesellschaften, die bundes- oder landesweit zum Thema Frauen/Mädchen und Gesundheit/Gesundheitsförderung arbeiten, zusammen geschlossen haben. Auch hier werden versorgungsbezogene Themen aufgegriffen, ein Schwerpunkt liegt aber auch in der Gesundheitsförderung und Prävention.

5 Zwischenfazit

Es konnte gezeigt werden, wie sich die Frauengesundheitsforschung aus der Frauengesundheitsbewegung und der sozialwissenschaftlichen Frauenforschung heraus entwickelt hat. Die Frauengesundheitsbewegung setzte sich mit einer Medizin auseinander, die vielfach die Definitionsmacht über den weiblichen Körper beanspruchte, soziale Faktoren missachtete und auf Geschlechter bezogene Vorurteile perpetuierte. Die sozialwissenschaftliche Frauenforschung bot theoretische

Konzepte zur Analyse des Geschlechterverhältnisses in der Gesellschaft und in der Medizin an, die idealer Ausgangspunkt für eine gesundheitswissenschaftliche Frauen- und Geschlechterforschung waren. Aus der Kritik des Ungleichheitsverhältnisses von Frauen und Männern in der Gesellschaft und in der Wissenschaft entstand zunächst eine Fokussierung auf frauenspezifische Gesundheitsthemen.

Die Frauengesundheitsnetzwerke haben wesentlich dazu beigetragen, dass frauenspezifische Konzepte in der Forschung und Versorgung Anerkennung und in einigen Bereichen Durchsetzungskraft gewonnen haben. Frauenspezifische Themen wurden unter dem Einfluss der sich weiter entwickelten Geschlechtertheorien und der sozialepidemiologischen Forschung um die Perspektive des Geschlechtervergleichs erweitert. Von da war es dann ein weiterer Schritt, gesundheitswissenschaftliche Forschung zu den besonderen gesundheitlichen Problemlagen von Männern zu betreiben – und zu akzeptieren, dass sich die männlichen Kollegen dafür engagierten. Eine angemessene Versorgung von Männern unter Berücksichtigung ihrer körperlichen *und* sozialen Bedarfe war in der bisherigen Versorgung ein ‚blinder Fleck‘ und längst überfällig. Es ist gut, dass begonnen wurde, diese Lücke zu füllen. Dabei ist die wissenschaftliche Fundierung eine wichtige Voraussetzung für eine bedarfsgerechte und qualitativ hochwertige gesundheitliche Versorgung von Männern.

Die Konzepte und Zugangsweisen der Frauen- und Geschlechterforschung in Public Health zeigen, dass ihre gesundheits- und sozialwissenschaftlich bestimmte Herangehensweise und ihre spezifischen Handlungsfelder sich von denen der Gendermedizin deutlich unterscheiden. Da wo sich die Gendermedizin psychosozialen Fragen öffnet, und dort wo gesundheitswissenschaftliche Frauen- und Geschlechterforschung auf medizinisches Wissen angewiesen ist, befinden sich Schnittstellen, die nicht in Konkurrenz, sondern in interdisziplinärer Kooperation, in die beide Seiten ihre Stärken einbringen, bearbeitet werden können.

6 Handlungsfelder von Public Health und ihre Relevanz für die Frauen- und Geschlechterforschung

In dem oben bereits zitierten Papier der *Deutschen Gesellschaft für Public Health* (2012) zu Situation und Perspektiven für Public Health in Deutschland werden die Handlungsfelder von Public Health mit dem Ziel benannt, die disziplinäre Ausrichtung von Public Health und die Bedeutung ihrer wissenschaftlichen Arbeiten für die Public Health-Politik und Praxis gegenüber anderen Disziplinen, insbesondere gegenüber der Medizin, abzugrenzen. Anhand dieser Handlungsfelder lässt sich abschließend der Beitrag der Frauen- und Geschlechterforschung zur Ausfüllung dieser Handlungsfelder in Public Health-Wissenschaft und Praxis zusammenfassen.

- Public Health *befasst sich mit der Häufigkeit und Verteilung von Erkrankungen in der Gesellschaft, einschließlich der sozial bedingten gesundheitlichen Ungleichheit.* Die konsequente Berücksichtigung der Geschlechterperspektive ist Zielvorgabe und Qualitätsstandard für epidemiologische Forschung und für die Gesundheitsberichterstattung. Die Ergänzung durch männerspezifische Berichte und die konzeptionelle Erweiterung durch den Diversity-Ansatz, in dem neben dem Geschlecht auch weitere Lebenslagen (wie Sozialstatus, Migrationshintergrund, Behinderung) berücksichtigt werden, sind eine Weiterentwicklung mit großer Bedeutung für eine bedarfsgerechte Gesundheitsförderung und Versorgung.
- Die Beforschung *der Ursachen von Gesundheit und Krankheit, insbesondere der sozialen und umweltbedingten Einflussfaktoren auf die Gesundheit,* war Ausgangspunkt der Frauengesundheitsforschung. Mit dem theoretischen Konzept der sozialen Determinanten und der Methodik der *Gender Based Analysis* sind Rahmenbedingungen für eine geschlechtersensible Forschung gegeben.
- Mit der Strategie des Gender Mainstreaming in allen Politikbereichen und Entscheidungsprozessen ist den geschlechterspezifischen Auswirkungen von *Entscheidungen in diversen Politikfeldern für die Gesundheit der Bevölkerung (health in all policies; equity in all policies)* Rechnung zu tragen.
- Die Bedeutung, die geschlechterspezifische Ansätze und Qualitätsstandards in *der Planung, Durchführung und Bewertung politischer und lebensweltbezogener Interventionen zur Gesundheitsförderung und zur Prävention gesundheitlicher Beeinträchtigungen* inzwischen erreicht haben, konnte belegt werden.
- Bei der Analyse *des Bedarfs an präventiver, kurativer, rehabilitativer, pflegerischer und palliativer Versorgung sowie der Gesundheitsförderung der Bevölkerung, heute und in der Zukunft* kann die Frauen- und Geschlechterforschung mit ihren Theorien und Methoden wichtige Beiträge leisten.
- Beispiele aus der Frauengesundheitsforschung und die von den Frauengesundheitsnetzwerken ergriffenen Initiativen zur Verbreitung von Wissen zu Frauengesundheitsthemen belegen eindrücklich, *dass die Wirksamkeit und Effizienz unterschiedlicher Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention sowie zur Krankenbehandlung* konsequent unter dem Aspekt der Wirkungen bei Frauen und Männern zu betrachten und auszurichten sind, um eine angemessene Versorgung sicher zu stellen.
- Das gilt auch für die Überprüfung *der Eignung bestehender Strukturen und Prozesse im Sinne einer effektiven und effizienten gesundheitlichen Versorgung und Gesundheitsförderung.* Die Erfolge der Forschung und Entwicklung zur gesundheitlichen Versorgung von Frauen, die von (häuslicher) Gewalt betroffen sind, sind gute Beispiele dafür.

- Die Forderung nach *der Gestaltung eines Gesundheitssystems, das allen Bürgerinnen und Bürgern eine hohe Versorgungsqualität, einen gleichen, nicht diskriminierenden, ihrem individuellen Bedarf entsprechenden und bezahlbaren Zugang zu Versorgungsleistungen bietet*, entspricht dem Ausgangspunkt und Kern der Frauengesundheitsforschung, nämlich der Forderung nach Geschlechtergerechtigkeit in der gesundheitlichen Versorgung.
- Die Ausrichtung der Gesundheitsberichterstattung, der Gesundheitsförderung und von Gesundheitszielen nach Geschlechterdifferenzen ist ein wichtiges Mittel zur geschlechtergerechten *Steuerung und Finanzierung der Versorgung im Gesundheitswesen*.
- Die *angemessene Beteiligung von Patientinnen und Patienten sowie Bürgerinnen und Bürgern an der Gestaltung des Gesundheitswesens und an gesundheitsrelevanten Entscheidungen in allen Politikfeldern* war Ausgangspunkt der Frauengesundheitsbewegung und ist weiterhin die wichtigste gesundheitspolitische Forderung der Frauengesundheitspolitik.
- Der Einbezug von Geschlechteraspekten in die *Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsberufen und ihre Integration in die gesundheitsbezogene Versorgung* ist eine wichtige Forderung zur Umsetzung einer bedarfsgerechten, geschlechtersensiblen Versorgung im Gesundheitswesen.

Es konnte gezeigt werden: Gesundheitsbezogene Frauen- und Geschlechterforschung ist eine originäre Aufgabe von Public Health.

Literatur

- Acheson, Donald (1988): On the state of the public health. In: American Journal of Public Health 102(5): 431–437
- Altgeld, Thomas (Hrsg.) (2004): Männergesundheit. Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention. Weinheim/München: Juventa
- Antonovsky, Aaron (1993): Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung. In: Franke & Broda (1993): 3–14
- Apple, Rima D. (Ed.) (1992) Women, Health, and Medicine in Amerika. A Historical Handbook. New Brunswick/New Jersey: Rutgers University Press
- Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e. V. (2012): <http://www.akf-info.de/> (letzter Zugriff 05.10.2012)
- Arbeitskreis Frauen und Gesundheit im Norddeutschen Forschungsverbund Public Health (Hrsg.) (1998): Frauen und Gesundheit(en) in Wissenschaft, Praxis und Politik. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Hans Huber
- Badura, Bernhard (1993): Soziologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann & Laaser (1993): 549–555
- Bardehle, Doris & Stieler, Matthias (Hrsg.) (2010): Erster Deutscher Männergesundheitsbericht. Ein Pilotbericht. München: W. Zuckschwerdt Verlag

- Berliner Institut für Geschlechterforschung in der Medizin (2012): <http://gender.charite.de/> (letzter Zugriff 04.10.2012)
- Bezirksamt Lichtenberg von Berlin, Abteilung Familie, Jugend und Gesundheit, Amt für Gesundheit und Verbraucherschutz, Planungs- und Koordinierungsstelle Gesundheit (Hrsg.) (2011): *Man(n), wie geht's? Eine neue Perspektive für die Gesundheitsförderung. Lichtenberger Männergesundheitsbericht 2011*. Berlin
- BMBF (Bundesministerium für Bildung und Forschung) (2012): *Richtlinien zur Förderung von Studien in der Versorgungsforschung*. <http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/aktuelle-bekanntmachungen.php> (letzter Zugriff 05.10.2012)
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2012a): *Gender Mainstreaming*. <http://www.gender-mainstreaming.net> (letzter Zugriff 05.10.2012)
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2012b): *Arbeitshilfe zu § 2 GGO: Gender Mainstreaming in Forschungsvorhaben*. <http://www.gender-mainstreaming.net> (letzter Zugriff 05.10.2012)
- BMSK (Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz) (Hrsg.) (2004): *Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Erster Österreichischer Männergesundheitsbericht*. Wien: Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz. Männerpolitische Grundsatzabteilung
- Brzank, Petra (2012): *Wege aus der Partnergewalt. Frauen auf der Suche nach Hilfe*. Wiesbaden: Springer VS
- Bundeskoordination Frauengesundheit (2007): http://www.bkfrauengesundheit.de/cms/0_0_start/index.html (letzter Zugriff 05.10.2012)
- BZgA (2012): *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. FrauenGesundheitsPortal.de*. <http://www.frauengesundheitsportal.de/> (letzter Zugriff 06.10.2012)
- Caplan, Arthur L.; Engelhardt, H. Tristram Jr. & McCartney, James J. (Eds.) (1981): *Concepts of Health and Disease. Interdisciplinary Perspectives*. London u. a.: Addison-Wesley Publishing Company
- Deutsche Gesellschaft für Public Health (Hrsg.) (1999): *Public Health-Forschung in Deutschland*. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Hans Huber: 62–69
- Deutsche Gesellschaft für Public Health (2012): *Situation und Perspektiven für Public Health in Deutschland* (Verabschiedet am 13.9.2012). http://www.deutsche-gesellschaft-public-health.de/fileadmin/user_upload/_temp_/DGPH_-_Public_Health_in_Deutschland.pdf (letzter Zugriff 03.10.2012)
- Dinges, Martin (2010): *Männlichkeit und Gesundheit: Aktuelle Debatte und historische Perspektiven*. In: Bardehle & Stieler (2010): 2–16
- Eichler, Margrit; Fuchs, Judith & Maschewsky-Schneider, Ulrike (2000): *Richtlinien zur Vermeidung von Gender Bias in der Gesundheitsforschung*. In: *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften* 8(4): 293–310
- Eichler, Margrit et al. (2002): *Zu mehr Gleichberechtigung zwischen den Geschlechtern: Erkennen und Vermeiden von Gender Bias in der Gesundheitsforschung. Deutsche Bearbeitung eines vom kanadischen Gesundheitsministerium herausgegebenen Handbuchs*. Berlin: Berliner Zentrum Public Health
- Engel, George L. (1981): *The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine*. In: Caplan (1981): 589–607
- epimedGender.net (2012): *Geschlechtersensible Forschung in Epidemiologie, Neurowissenschaften und Genetik/Tumorforschung*. <http://www.epimed-gender.net/layout/gender.php> (letzter Zugriff 05.10.2012)
- Faltermaier, Toni (2004): *Männliche Identität und Gesundheit. Warum Gesundheit von Männern?* In: Altgeld (2004): 11–34

- Franke, Alexa & Broda, Michael (Hrsg.) (1993): *Psychosomatische Gesundheit: Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept*. Tübingen: DGVT-Verlag
- Frauengesundheit in Tenever. Faltblatt Herbst/Winter 2012/2013
- Fuchs, Judith & Maschewsky-Schneider Ulrike (2002): Geschlechtsangemessene Publikationspraxis in den Gesundheitswissenschaften im deutschsprachigen Raum? Ergebnisse einer Literaturreview. In: *Das Gesundheitswesen* 64(5): 284–291
- Fuchs, Judith & Maschewsky-Schneider, Ulrike (2003): Berücksichtigung des Gender-Aspekts in der deutschsprachigen Public-Health-Forschung: Ergebnisse einer Projektbefragung. In: *International Journal of Public Health* 48(4): 227–233
- Gender Medicine (2007): *GenderBasic: Promoting Integration of Sex and Gender Aspects in Biomedical and Health-Related Research*. Volume 4. Supplement 2: 59–193
- Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten (2012): *Praxisdatenbank. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.* <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/> (letzter Zugriff 06.10.2012)
- gesundheitsziele.de (2014), UAG des Evaluationsbeirates: Leitfragen zur Stärkung der Querschnittsanforderung „Gesundheitliche Chancengleichheit“. http://gesundheitsziele.de/cms/medium/1229/Leitfragen_Gesundheitliche_Chancengleichheit.pdf (letzter Zugriff 3.5.2015)
- Hagemann-White, Carol; Kavemann, Barbara; Kootz, Jo et al. (1981): *Hilfen für misshandelte Frauen. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojekts Frauenhaus Berlin*. Stuttgart: Kohlhammer
- Hagemann-White, Carol & Lenz, Hans-Joachim (2002): Gewalterfahrungen von Männern und Frauen. In: Hurrelmann & Kolip (2002): 460–487
- Hellbernd, Hilde (2006): *Häusliche Gewalt gegen Frauen: gesundheitliche Versorgung. Das S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramm. Curriculum*. http://www.signal-intervention.de/index.php?np=3_2_1_0 (letzter Zugriff 07.05.2015)
- Hellbernd, Hilde; Brzank, Petra; Wieners, Karin & Maschewsky-Schneider, Ulrike (2004): *Häusliche Gewalt gegen Frauen: gesundheitliche Versorgung. Das S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramm. Handbuch und Wissenschaftlicher Bericht*. http://www.signal-intervention.de/index.php?np=3_2_1_0 (letzter Zugriff 07.05.2015)
- Hinze, Liselotte; Tomaszewski, Kathleen; Merfert, Antje; Maschewsky-Schneider, Ulrike; Babitsch, Birgit; Bammann, Karin & Jahn, Ingeborg (1999): *Lebenslagen, Risiken und Gesundheit von Frauen in der Bundesrepublik Deutschland*. In: *Deutsche Gesellschaft für Public Health* (1999): 62–69
- Horn, Klaus; Beier, Christel & Wolf, Michael (1983): *Krankheit, Konflikt und soziale Kontrolle. Eine empirische Untersuchung subjektiver Sinnstrukturen*. Opladen: Westdeutscher Verlag
- Hurrelmann, Klaus & Kolip, Petra (Hrsg.) (2002): *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich*. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Hans Huber
- Hurrelmann, Klaus & Laaser, Ulrich (Hrsg.) (1993): *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. Weinheim/München: Juventa
- International Society for Gender Medicine (2012): *Aims of the IGM*. <http://www.isogem.com/> (letzter Zugriff 03.10.2012)
- Kickbusch, Ilona (1981): Die Frauengesundheitsbewegung – ein Forschungsgegenstand? In: Schneider (1981): 193–203
- Klesse, Rosemarie; Sonntag, Ute; Brinkmann, Marita & Maschewsky-Schneider, Ulrike (1992): *Gesundheitshandeln von Frauen. Leben zwischen Selbst-Losigkeit und Selbst-Bewusstsein*. Frankfurt/New York: Campus

- Knopf, Hiltraud; Du, Yong; Scheidt-Nave, Christa & Dören, Martina (2008): Anwendungsprävalenz und Anwenderinnenprofile in Deutschland. In: RKI (2008): 23–30
- Kolip, Petra & Koppelin, Frauke (2002): Geschlechtsspezifische Inanspruchnahme von Prävention und Krankheitsfrüherkennung. In: Hurrelmann & Kolip (2002): 491–504
- Kompetenzzentrum Frauen und Gesundheit NRW (2012): <http://frauenundgesundheit-nrw.de/> (letzter Zugriff 10.12.2014)
- Kuhlmann, Ellen (2002): Gender-Theorien. In: Hurrelmann & Kolip (2002): 104–117
- Landtag Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2004): Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW. Bericht der Enquetekommission des Landtages Nordrhein-Westfalen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Marewski, Barbara; Heyer, Sylvia; Schultz, Dagmar & Feministisches Frauengesundheitszentrum e. V. (1981): Vorschläge zur wissenschaftlichen Begleitung von praktizierten präventiven Veranstaltungen des FFGZ im Frauengesundheitsbereich. In: Schneider (1981): 187–192
- Marmot, Michael & Wilkinson, Richard G. (Eds.) (2006): *Social Determinants of Health*. Oxford/New York: Oxford University Press
- Maschewsky-Schneider, Ulrike (1997): *Frauen sind anders krank – Zur gesundheitlichen Lage der Frauen in Deutschland*. Weinheim/München: Juventa
- Maschewsky-Schneider, Ulrike; Hellbernd, Hilde; Schaal, Wiebke & Wieners, Karin (2001): Über-, Unter-, Fehlversorgung und Frauengesundheit. Ein Forschungsgegenstand für Public Health. In: Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 44(8): 771–779
- Modellprojekt MIGG (2012): *Medizinische Intervention gegen Gewalt*. Gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). <http://www.signal-intervention.de/index.php?link=butt33> (letzter Zugriff 14.10.2012)
- Müller, Ursula & Schröttle, Monika (2004): Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
- Nationales Netzwerk Frauen und Gesundheit (2012): <http://www.nationales-netzwerk-frauengesundheit.de/> (letzter Zugriff 05.10.2012)
- Pschyrembel. *Klinisches Wörterbuch* (1998): 258. Auflage. Berlin/New York: De Gruyter
- Public Health Forum (1995): *Schwerpunktheft Frauen und Gesundheit*. Nr. 7, Januar 1995
- Rieder, Anita & Lohff, Brigitte (Hrsg.) (2004): *Gender Medizin. Geschlechtsspezifische Aspekte für die klinische Praxis*. Wien/New York: Springer
- RKI (Robert Koch-Institut) (Hrsg.) (2008): *Berichte zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Hormontherapie bei (post)menopausalen Frauen in Deutschland 2007. Studienergebnisse zu Nutzen, Risiken und Versorgungsrealität*. Berlin
- RKI (Robert Koch-Institut) (2012): *Fachgebiet 27 Gesundheitsberichterstattung*. http://www.rki.de/DE/Content/Institut/OrgEinheiten/Abt27/FG27/fg27_node.html (letzter Zugriff 05.10.2012)
- RKI (Robert Koch-Institut) (2014): *Daten und Fakten zur Männergesundheit. Gesundheitsberichterstattung des Bundes im Robert Koch-Institut*. http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesundAZ/Content/M/Maennergesundh/Inhalt/Maennergesundh_Daten_Fakten.html (letzter Zugriff 10.12.2014)
- Rossouw, Jacques E. (2008): Benefits and Risks of Estrogen-Progestin Therapies for Postmenopausal Women – Implications for Clinical Practice. In: RKI (2008): 13–22
- Schneider, Ulrike (Hrsg.) (1981): *Was macht Frauen krank? Ansätze zu einer frauenspezifischen Gesundheitsforschung*. Frankfurt/New York: Campus

- Senatsverwaltung für Gesundheit Berlin (1995): Diskussionsbeiträge zur Gesundheits- und Sozialforschung. Zur gesundheitlichen Lage von Frauen in Berlin. September 1995
- Stolzenberg, Regina; Berg, Gisela & Maschewsky-Schneider, Ulrike (2012): Healthy upbringing of children through the employment of women in a disadvantaged neighbourhood: evaluation of a peer group project. In: *Journal of Public Health* 20(2): 181–192
- Verbrugge, Lois M. (1992): Pathways of Health and Death. In: Apple, Rima D. (1992): 41–79
- Verbundprojekt (2001): Untersuchung zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). Stuttgart: Kohlhammer
- Weißbach, Lothar & Stiehler, Matthias (Hrsg.) (2013): Männergesundheitsbericht 2013. Im Fokus: Psychische Gesundheit. Bern: Verlag Hans Huber
- WHO (World Health Organization) (1986): Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung; http://www.fgoe.org/hidden/downloads/Ottawa_Charta.pdf (letzter Zugriff 06.10.2012)
- WHO (World Health Organization) (1998): Health Promotion Glossary. WHO/HPR/HEP/98.1. <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPG/en/> (letzter Zugriff 11.10.2012)
- Winslow, Charles-Edward Amory (1920). The Untilled Fields of Public Health. In: *Science* 51(1306): 23–33
- Worringen, Ulrike & Zwingmann, Christian (Hrsg.) (2001): Rehabilitation weiblich – männlich. Geschlechtsspezifische Rehabilitationsforschung. Weinheim/München: Juventa Verlag
- Ziegler, Ines (2010): Frauenspezifische Risiken für unerwünschte Wirkungen von Arzneimitteln in der Anästhesie – Systematisches Review und Handlungsempfehlungen. Masterarbeit. Masterstudiengang Public Health, Berlin School of Public Health an der Charité – Universitätsmedizin Berlin

Dr. phil. Ulrike Maschewsky-Schneider Professorin für Gesundheitssoziologie/Public Health, ehemals Leiterin der Berlin School of Public Health an der Charité, Universitätsmedizin Berlin.

Arbeitsschwerpunkte:

- Gesundheitsförderung
- Evaluationsforschung
- Geschlechtersensible Gesundheitsforschung
- Gewalt gegen Frauen
- Gesundheit von Migrantinnen.

Medizin - Gesundheit - Geschlecht

Eine gesundheitswissenschaftliche Perspektive

Hornberg, C.; Pauli, A.; Wrede, B. (Hrsg.)

2016, IX, 375 S. 14 Abb. in Farbe., Softcover

ISBN: 978-3-531-18321-3