

Handbuch Geschlecht und Gesundheit

Petra Kolip
Klaus Hurrelmann
(Hrsg.)

Männer und Frauen im Vergleich

2., vollständig überarbeitete
und erweiterte Auflage

Handbuch Geschlecht und Gesundheit

Handbuch Geschlecht und Gesundheit

Kolip/Hurrelmann (Hrsg.)

Wissenschaftlicher Beirat Programmbereich Gesundheit

Ansgar Gerhardus, Bremen; Klaus Hurrelmann, Berlin; Petra Kolip, Bielefeld;
Milo Puhan, Zürich; Doris Schaeffer, Bielefeld

Petra Kolip
Klaus Hurrelmann
(Hrsg.)

Handbuch Geschlecht und Gesundheit

Männer und Frauen im Vergleich

2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage



Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://www.dnb.de> abrufbar.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Kopien und Vervielfältigungen zu Lehr- und Unterrichtszwecken, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Anregungen und Zuschriften bitte an:

Hogrefe AG

Lektorat Gesundheit

Länggass-Strasse 76

CH-3000 Bern 9

Tel: +41 31 300 45 00

Fax: +41 31 300 45 93

E-Mail: verlag@hogrefe.ch

Internet: <http://www.hogrefe.ch>

Lektorat: Psychiatrie, Gesundheitswesen, Medizin

Bearbeitung: Ulrike Boos, Freiburg

Herstellung: Daniel Berger

Umschlaggestaltung: Claude Borer, Basel

Satz: punktgenau Gmbh, Bühl

Druck und buchbinderische Verarbeitung: Hubert & Co., Göttingen

Printed in Germany

2., vollst. überarb. und erw. Auflage 2016

© 2002/2016 Hogrefe Verlag, Bern

(E-Book-ISBN_PDF 978-3-456-95466-0)

ISBN 978-3-456-85466-3

Inhalt

I. Einleitung	7
1. Geschlecht und Gesundheit: eine Einführung (<i>Petra Kolip und Klaus Hurrelmann</i>)	8
II. Theorien und Methoden der geschlechtervergleichenden Forschung	19
2. Gendertheorien (<i>Ellen Kuhlmann</i>)	20
3. Gendermedizin (<i>Jürgen Harreiter, Anita Thomas und Alexandra Kautzky-Willer</i>)	34
4. Psychosoziale Gesundheitstheorien aus Geschlechterperspektive (<i>Toni Faltermaier und Inga-Marie Hübner</i>)	45
5. Geschlecht, Umwelt und Gesundheit (<i>Gabriele Bolte</i>)	58
6. Methodische Probleme einer geschlechtergerechten Gesundheitsforschung (<i>Ingeborg Jahn</i>) ...	71
III. Soziale und umweltbedingte Einflussfaktoren aus Geschlechterperspektive	87
7. Soziale Ungleichheit und Gesundheit aus Geschlechterperspektive (<i>Birgit Babitsch und Nina-Alexandra Götz</i>)	88
8. Familienarbeit und Erwerbsarbeit aus Geschlechterperspektive (<i>Tobias Staiger</i>)	101
9. Private Lebensformen und Gesundheit aus Geschlechterperspektive (<i>François Höpflinger</i>)	113
10. Migration und Gesundheit aus Geschlechterperspektive (<i>Jacob Spallek und Oliver Razum</i>) ...	125
IV. Geschlechtervergleichende Analyse gesundheitlicher Problemlagen	135
11. Geschlechterunterschiede in Lebenserwartung, Mortalität und Morbidität (<i>Cornelia Lange und Petra Kolip</i>)	136
12. Geschlechterunterschiede bei Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems (<i>Ursula Härtel</i>)	152
13. Geschlechterunterschiede bei Infektionskrankheiten (<i>Dietrich Plaf, Florian Fischer, Anna-Lisa Vinnemeier und Alexander Krämer</i>)	170
14. Geschlechterunterschiede bei Krebserkrankungen (<i>Theodor Klotz</i>)	182
15. Geschlechterunterschiede bei Diabetes mellitus (<i>Christina Bächle, Silke Andrich und Andrea Icks</i>)	194
16. Geschlechterunterschiede bei rheumatischen Erkrankungen (<i>Ruth Deck und Thomas Kohlmann</i>)	205
17. Geschlechterunterschiede bei orthopädischen Erkrankungen (<i>Susanne Scheipl und Éva Rásky</i>)	218

18. Geschlechterunterschiede bei Essstörungen (<i>Arnold Lohaus und Nina Heinrichs</i>)	229
19. Geschlechterunterschiede bei psychischen Störungen (<i>Martin Merbach und Elmar Brähler</i>) . . .	240
20. Geschlechterunterschiede bei Krankheitsrisiken des Suchtmittelkonsums (<i>Ulrich John, Sabina Ulbricht, Gallus Bischof, Christian Meyer und Jennis Freyer-Adam</i>)	254
21. Geschlechterunterschiede bei Suizid und Suizidalität (<i>Manfred Wolfersdorf und Martin Plöderl</i>)	265
22. Geschlechterunterschiede bei Unfällen (<i>Anke-Christine Saß und Alexander Rommel</i>)	275
23. Geschlechterunterschiede bei Gewalterfahrungen und -auswirkungen (<i>Mareike Rüweler, Christiane Ernst, Ivonne Wattenberg und Claudia Hornberg</i>)	287
V. Geschlechteraspekte des Versorgungssystems	299
24. Geschlechteraspekte in der Prävention und Gesundheitsförderung (<i>Thomas Altgeld</i>)	300
25. Geschlechteraspekte in der medizinischen Versorgung (<i>Maren Stamer und Corinna Schach</i>) . .	312
26. Geschlechteraspekte in der Pharmakotherapie (<i>Petra A. Thürmann, Katrin Janhsen und Gisbert W. Selke</i>)	325
27. Geschlechteraspekte in der Psychotherapie (<i>Brigitte Schigl</i>)	338
28. Geschlechteraspekte in der familialen Versorgung (<i>Barbara Thiessen</i>)	349
29. Geschlechteraspekte in der Pflege (<i>Katharina Gröning</i>)	360
VI. Gruppen mit spezifischem Versorgungsbedarf	373
30. Frauen mit Behinderung (<i>Monika Häußler-Sczepan, Anja Seidel, Sabine Wienholz und Marion Michel</i>)	374
31. Männlichkeit und Behinderung (<i>Hans-Joachim Lenz</i>)	387
32. Gesundheit lesbischer und bisexueller Frauen (<i>Gabriele Dennert</i>)	398
33. Gesundheit schwuler Männer (<i>Jochen Drewes</i>)	409
34. Queering Trans*-Gesundheit: Auf dem Weg zu einer individualisierten, menschenrechts-konformen Gesundheitsversorgung (<i>Arn Sauer, Annette Güldenring und Elisabeth Tuiider</i>)	420
Autorinnen und Autoren	433
Sachregister	439

I. Einleitung

1. Geschlecht und Gesundheit: eine Einführung

Petra Kolip und Klaus Hurrelmann

1.1 Einleitung

Im Jahr 2002 erschien dieses Handbuch in erster Auflage (Hurrelmann & Kolip, 2002). Es war die erste umfassende Ausarbeitung, die sich im deutschsprachigen Raum den Themenfeldern Gesundheit und Krankheit aus einer geschlechtervergleichenden Perspektive widmete. Bis dahin waren eher sporadische Publikationen erschienen, die jeweils Teilaspekte des Forschungsgebietes «Geschlecht und Gesundheit» thematisierten und zu meist getrennte Diskurse zur Frauengesundheit und partiell auch zur Männergesundheit führten. Das Handbuch unternahm den Versuch, eine Gesamtschau aus interdisziplinärer Perspektive anzubieten und die Themenstränge zusammenzuführen.

Die nunmehr zweite Auflage des Handbuches nimmt die Diskussionen auf und führt sie weiter. Das Handbuch gibt einen Überblick über den aktuellen Stand der Diskussion und zeigt auf, wie sich die Themenfelder entwickelt haben, zu welchen Schwerpunkten mittlerweile differenziertes Wissen vorliegt und wo neue Themen erschlossen wurden. Es will damit einen Beitrag zur Konsolidierung und Stärkung des interdisziplinären Forschungsgebietes «Gesundheit und Geschlecht» leisten.

1.2 Die Entwicklung des Themenfeldes «Geschlecht und Gesundheit»

1.2.1 Der Stand beim Erscheinen der ersten Auflage des Handbuchs

Der Zusammenhang von Geschlecht und Gesundheit wurde zu Beginn des neuen Jahrtausends, als die erste Auflage dieses Handbuches erschien, nicht nur in der Forschung, sondern auch in Praxis und Politik intensiv diskutiert. Kurz zuvor, im Jahr 1998, war nach langer Vorbereitungszeit der erste

Gesundheitsbericht für Deutschland erschienen, herausgegeben vom Statistischen Bundesamt (Statistisches Bundesamt, 1998). Er nahm thematisch eine breite Perspektive ein und führte viele der bisher verstreut vorliegenden Datensätze zusammen. Er wies allerdings auch ein deutliches Defizit auf: Nur sehr wenige der dort aufbereiteten Daten wurden nach Geschlecht differenziert. Dies war umso erstaunlicher, als die Frauengesundheitsforschung und -praxis zu diesem Zeitpunkt auf eine mehr als zwanzigjährige Tradition zurück blicken konnte. Die Befunde, die auf der Grundlage eines feministischen Selbstverständnisses erarbeitet worden waren, wurden seinerzeit noch nicht vom Mainstream der Gesundheitsberichterstattung rezipiert, so dass konzeptionell die Geschlechterperspektive keinen Eingang in den Gesundheitsbericht fand.

Diese Schwäche des Gesundheitsberichts rief zahlreiche Gesundheitsforscherinnen auf den Plan, die vor dem Hintergrund einer intensiven Entwicklung des Themenfeldes Frauengesundheit in Wissenschaft und Praxis im internationalen Diskurs darauf drängten, einen ergänzenden Frauengesundheitsbericht in Auftrag zu geben. Wenige Jahre später hatten sie sich durchgesetzt. Im Jahr 2001 erschien der «Bericht zur gesundheitlichen Lage von Frauen» – herausgegeben nicht, wie man es hätte erwarten können, vom Bundesgesundheitsministerium, sondern vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ, 2001). Dieser Bericht gilt seither als ein erster Meilenstein der geschlechtersensiblen Gesundheitsberichterstattung in Deutschland. Er ist umfassend angelegt und berücksichtigt viele wissenschaftliche Disziplinen, die sich mit Gesundheit und Krankheit beschäftigen. Er legt ein biopsycho-soziales Verständnis von Gesundheit und Krankheit zugrunde, gibt also biologischen Einflussfaktoren auf Morbidität und Mortalität ebenso Gewicht wie den nach Geschlecht variierenden Lebensumständen und Umweltbedingungen, und

lenkt den Blick auf Geschlechterunterschiede in Gesundheit und Krankheit sowie auf frauenspezifische gesundheitliche Problemlagen.

Mit dem Frauengesundheitsbericht hatte die deutsche Diskussion Anschluss an den internationalen Stand in der Forschung und der gesundheitspolitischen Diskussion gefunden. Im Jahr 2002 verabschiedeten die Mitglieder der Region Europa der Weltgesundheitsorganisation (WHO Euro) in Madrid eine Deklaration, die auf die Relevanz der Kategorie Geschlecht für die künftige Gesundheitsforschung hinwies:

To achieve the highest standard of health, health policies have to recognize that women and men, owing to their biological differences and their gender roles, have different needs, obstacles and opportunities. [...] The factors that determine health and ill health are not the same for women and men. Gender interacts with biological differences and social factors. Women and men play different roles in different social contexts. These roles are valued differently, and those associated with men are usually valued more highly. This affects the degree to which women and men have access to, and control over, the resources and decision-making needed to protect their health. This results in inequitable patterns of health risk, use of health services and health outcomes.

(WHO Euro, 2002)

Mit dieser Deklaration wurden die Mitgliedsstaaten der WHO Euro aufgerufen, einen Prozess des Gender Mainstreaming in Theorie und Praxis einzuleiten, um den Geschlechterunterschieden in Morbidität und Mortalität und im Zugang zum gesundheitlichen Versorgungssystem stärker Rechnung zu tragen. Gender Mainstreaming wurde dabei eine Kernrolle bei den Versuchen der Qualitätssicherung und -verbesserung zugesprochen (Kuhlmann & Kolip, 2005). Dass hierfür solide, geschlechterdifferenzierte Daten und theoretisch fundierte, geschlechtersensible Studien vorliegen müssen – etwa, um Behandlungsleitlinien geschlechtersensibel entwickeln zu können –, war und ist unbestritten. Auch war unübersehbar, dass 2002 diese Daten nur in Rudimenten vorlagen und es einen erheblichen Nachholbedarf gab.

Vor diesem wissenschaftshistorischen Hintergrund wurde die erste Auflage des Handbuchs geplant. Als Herausgeberin und Herausgeber achteten wir darauf, dass möglichst alle Beiträge des Handbuchs eine vergleichende Analyse der Gesundheits- und Krankheitsausprägungen beider Geschlechter aufnahmen. Wir gingen von der Annahme aus, dass eine geschlechtersensible Forschung sowohl für Frauen als auch für Männer vor allem in der Prävention und Gesundheitsförderung sowie im gesundheitlichen Versorgungsalltag relevant ist. Ohne unvoreingenommene Aufklärung der tatsächlichen Determinanten für die Geschlechtsunterschiede in der Gesundheits- und Krankheitsdynamik besteht, so unsere Überlegung, ein erhebliches Risiko an Über-, Unter- und Fehlversorgung bei beiden Geschlechtern, weil in der Versorgungspraxis unvermeidlich klischeehafte Annahmen von den Gesundheitsbedürfnissen von Männern und Frauen vorherrschen, die einer angemessenen Intervention im Wege stehen. Wir vertraten die These, dass Verbesserungen in der Qualität der Versorgung von der Gesundheitsförderung und Prävention über die Therapie bis zur Rehabilitation und Pflege nur erreicht werden können, wenn die Befunde zur Frauen- und Männergesundheit zusammengetragen und Geschlechterunterschiede systematisch aufbereitet werden. Mit dem Handbuch verfolgten wir das Ziel, eine Bestandsaufnahme zum Stand der gendersensiblen Forschung vor allem zu einzelnen Krankheiten und in unterschiedlichen Feldern gesundheitlicher Versorgung zu erstellen, theoretische Zugänge zu skizzieren und Forschungslücken zu identifizieren. Auf diese Weise bot das Handbuch einen bis dahin an keiner anderen Stelle im deutschsprachigen Wissenschaftsbetrieb verfügbaren Überblick über das Gebiet «Geschlecht und Gesundheit».

1.2.2 Weiterentwicklungen in den letzten 15 Jahren

In den vergangenen 15 Jahren seit dem Erscheinen der ersten Auflage des Handbuchs hat sich das Forschungs- und Praxisfeld «Geschlecht und Gesundheit» in beeindruckendem Maße konsolidiert

und weiterentwickelt. Das gilt besonders erstens für die Stärkung und Intensivierung der interdisziplinären Forschung, zweitens die systematische Aufschlüsselung der Kategorie Geschlecht, drittens die Entwicklung der geschlechtersensiblen Gesundheitsberichterstattung und Versorgungspraxis und viertens das Aufschließen der Berichterstattung zur Männergesundheit. Wir gehen der Reihe nach auf diese vier Tendenzen ein.

Entwicklung der interdisziplinären Forschung

Das 2002 erschienene Handbuch zeichnete sich durch den Versuch aus, den biologisch-medizinischen und psychosozialen Aspekten des Themas gleichermaßen Bedeutung zuzumessen. Allerdings waren die Beiträge schwerpunktmäßig von psychosozialen Theorieansätzen geprägt. Dies lag unter anderem daran, dass die Basis der meisten wissenschaftlichen Arbeiten in der sozialwissenschaftlich orientierten Frauengesundheitsforschung lag, die ein besonderes Augenmerk auf die je nach Geschlecht differenziellen Lebenslagen als Determinanten der Gesundheit legte. Biomedizinische Ansätze waren hingegen noch wenig gearbeitet. Dies hat sich mittlerweile verändert: Geschlecht, Gesundheit und Krankheit wurden mehr und mehr auch als medizinische Themen «entdeckt» und werden heute sowohl aus sozialwissenschaftlicher als auch medizinischer Perspektive analysiert. Konzeptioneller Bezugspunkt ist die Unterscheidung zwischen dem biologischen Geschlecht einerseits («Sex»), das sich unter anderem an Genen, Keimdrüsen, Hormonen und Morphologie festmacht, und dem sozialen Geschlecht («Gender»), das auf Geschlechterrollen Bezug nimmt und in Verbindung mit sozialen Normen und Aushandlungsprozessen zu sehen ist.

Sozialwissenschaftliche Zugänge zum Themenfeld «Geschlecht und Gesundheit» zielen in erster Linie auf die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen für das Handeln und Verhalten von Männern und Frauen ab. Erklärungen für geschlechtstypische Verläufe von Krankheiten und Todesursachen nehmen deshalb ihren Ausgangspunkt bei der Beobachtung, dass sich die Handlungs- und Verhaltensbedingungen für Männer und Frauen in den

westlichen Kulturen in vielen Punkten deutlich voneinander unterscheiden. Zunehmend werden hier strukturelle Faktoren in den Blick genommen, etwa der Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der Gleichstellung der Geschlechter auf nationaler Ebene, abgebildet über den Gender Inequality Index der Vereinten Nationen (UNDP, 2011) und die Erfassung von Geschlechterunterschieden in der Lebenserwartung (siehe dazu ausführlicher den Beitrag von Lange und Kolip in diesem Band). Mit besonderem Interesse werden gesellschaftliche Veränderungen danach untersucht, wie sich diese Prozesse im Verhältnis der Geschlechter, in den Geschlechterstereotypen und daran anknüpfend auch im geschlechterdifferenzierten Umgang mit dem Körper niederschlagen.

In den zurückliegenden beiden Jahrzehnten haben sich stereotype Vorstellungen von Eigenschaften und Merkmalen der Frauen und Männer gelockert. Immer mehr Frauen streben neben ihren traditionellen Rollen in Familie und Haushalt in berufliche Tätigkeiten und achten darauf, Familie und Beruf miteinander verbinden zu können. Mit zeitlicher Verzögerung ist eine entsprechende Entwicklung auch für Männer zu beobachten, nicht zuletzt durch die im Zusammenhang mit dem Programm «Elterngeld» eingerichteten «Vätermonate». Veränderte gesellschaftliche Rahmenbedingungen und neu gefasste rechtliche Regelungen machen es beiden Geschlechtern möglich, die Geschlechtsrollen individueller auszugestalten – auch wenn noch immer zahlreiche Stereotype die Ausgestaltung beeinflussen.

Die Ansätze aus der medizinischen Tradition stellen auf endokrine und hormonelle Prozesse ab, die sich bei den Geschlechtern unterscheiden, und stellen die biologisch begründbaren unterschiedlichen Krankheitsursachen und -verläufe in den Mittelpunkt der Forschung (siehe hierzu den richtungsweisenden Bericht des US Committee on Understanding the Biology of Sex and Gender Differences; Wizemann & Pardue, 2001). Ausgangspunkt dieser Richtung waren Studien zu Herz-Kreislauf-Krankheiten, die zeigen konnten, dass hinter den Geschlechterunterschieden in der Erkrankungshäufigkeit und im Krankheitsverlauf, in Mortalität und Letalität auch biologische Ursa-

chen stehen (Regitz-Zagrosek et al., 2013; siehe hierzu auch den Beitrag von Härtel in diesem Band). Mit der – auch strukturellen – Verankerung der Gendermedizin (etwa an der Berliner Charité im Institut für Geschlechterforschung in der Medizin oder an der Medizinischen Universität Wien in der Gender Medicine Unit) hat sich das Spektrum der untersuchten Krankheiten erweitert und haben sich die Befunde zu den biologischen Geschlechterunterschieden verfeinert und ausdifferenziert. Die Beiträge in diesem Handbuch zeugen von der Reichhaltigkeit des Materials: Neue Krankheitsbilder sind hinzu gekommen, zum Beispiel Orthopädie (siehe Scheipl und Rásky in diesem Band), und die «alten» Themenfelder weisen eine größere Tiefe auf. Gleichwohl werden wichtige Themen auch in der Gendermedizin bislang noch ausgeklammert, so etwa Rettungsmedizin, Zahnmedizin und Organspende.

Mit der Breite der Themen und der Fülle der vorhandenen Befunde ist es gelungen, ursprünglich ausschließlich als Frauenthemen wahrgenommene Phänomene in den Mainstream der Public-Health-Forschung und -Praxis zu rücken. Eindrücklichstes Beispiel hierfür ist das Thema «Gewalt gegen Frauen», das über Jahrzehnte ein feministisches Nischendasein fristete. Mittlerweile ist es als Thema der gesundheitlichen Versorgung anerkannt, und Ärztekammern bieten Schulungen für (Zahn-)Ärztinnen und Ärzte an, wie sie reagieren können, wenn sie den Verdacht haben, ihre Patientin sei das Opfer häuslicher Gewalt (exemplarisch: <http://www.aekno.de/page.asp?pageID=6075>; siehe hierzu auch den Beitrag von Rüweler, Ernst, Wattenberg und Hornberg in diesem Band).

Das Beispiel der Herz-Kreislauf-Krankheiten zeigt, dass biologisch-medizinische und sozialwissenschaftliche Aspekte eng miteinander verknüpft und Sex und Gender miteinander verwoben sind. So mag die höhere Letalität eines Herzinfarkts bei Frauen von biologischen Faktoren beeinflusst sein; es spielt hier aber auch eine Rolle, dass ein Herzinfarkt bei Frauen und Männern mit unterschiedlichen Symptomen assoziiert ist, diese aber (auch von Ärztinnen und Ärzten) unterschiedlich wahrgenommen und bewertet werden und eine Einweisung ins Krankenhaus bei Frauen mit großer Ver-

spätung und mit reduzierten Überlebenschancen erfolgt (Wenger, 2012).

Ein weiteres Beispiel für die Verwobenheit von Sex und Gender lässt sich den Arbeiten von Sarah Payne entnehmen. In ihrem richtungsweisenden Aufsatz «Smoke like a man, die like a man?» (Payne, 2001) geht sie den biologischen und sozialen Einflussfaktoren auf Lungenkrebs nach, ausgehend von der Beobachtung, dass die Lungenkrebsinzidenz bei Frauen steigt, während sie bei Männern sinkt. Die veränderten Tabakkonsumgewohnheiten in den westlichen Industrieländern – steigender Konsum bei Frauen, sinkender bei Männern –, die auch im Zusammenhang mit sich ändernden Geschlechterrollen zu sehen sind, haben hier einen maßgeblichen Anteil. Galt vor zwei Jahrzehnten der Konsum von Zigaretten noch als typisch männlich, hat der Tabakkonsum diese Konnotation mittlerweile völlig verloren. Hinzu kommt, dass sich die Motive für den Tabakkonsum zwischen den Geschlechtern unterscheiden. So setzen Frauen das Rauchen vermutlich häufiger zur Gewichtsregulation ein (siehe den Beitrag von Harreiter, Thomas und Kautzky-Willer in diesem Band). Aber auch biologische Faktoren spielen eine Rolle: Frauen erkranken an anderen Lungenkrebsformen als Männer, und sie sind empfindlicher gegenüber spezifischen Kanzerogenen im Tabakrauch. Die biologische Vulnerabilität wird jedoch durch spezifische Konsumgewohnheiten gefördert (siehe John, Ulbricht, Bischof, Meyer und Freyer-Adam in diesem Band). Sogenannte Light-Produkte, die von Frauen bevorzugt werden, werden tiefer inhaled, so dass das Lungengewebe stärker geschädigt wird – eine Verschränkung von biologischen und psychosozialen Einflussfaktoren, die zur steigenden Lungenkrebsmortalität in der weiblichen Bevölkerung beiträgt.

Eine isolierte Betrachtung von nur einem der beiden Konstrukte wird dem komplexen Zusammenhang zwischen Geschlecht und Gesundheit nicht gerecht. Vielmehr müssen die biologischen und die sozialen Faktoren in Wechselwirkung und Kombination miteinander gesehen werden. Die einfache Dichotomisierung «männlich versus weiblich» kann zu konzeptionellen Unklarheiten führen, die sich häufig in der Verwendung der

Sex-/Gender-Begrifflichkeiten zeigen (etwa wenn Studien, die sich den biologischen Geschlechterunterschieden bei einzelnen Krankheiten widmen, unter dem Begriff Gendermedizin geführt werden und Sex als Surrogat für Gender eingeführt wird; Hammarström & Annandale, 2012; siehe auch Kuhlmann in diesem Band).

Die Beiträge im vorliegenden Handbuch thematisieren Sex- und Genderaspekte aus verschiedenen Perspektiven; dabei werden die Begriffe Sex und Gender durchaus unterschiedlich gefasst. Dies spiegelt nicht zuletzt den unterschiedlichen Stand der Diskussion in den Subdisziplinen wider. Perspektivisch ist ein Verständigungsprozess darüber notwendig, was denn eigentlich genau gemeint ist, wenn von biologischem und/oder sozialem Geschlecht die Rede ist, wie auch geklärt werden muss, wie sich die Diskurse und Perspektiven aufeinander beziehen lassen. Die Beiträge des Handbuches liefern hierfür Anknüpfungspunkte, die zukünftig fortgeführt werden müssen.

Aufschlüsselung der Kategorie Geschlecht

Ein weiterer Aspekt der Weiterentwicklung lässt sich benennen: In der ersten Auflage des Handbuches stand der Geschlechtervergleich im Zentrum des Interesses. Dem Geschlecht wurde dabei eine Schlüsselrolle als differenzierende Variable zugesprochen. Mittlerweile ist das Bild differenzierter und auch Unterschiede innerhalb der Genusgruppen werden untersucht. Die Arbeiten Connells zur hegemonialen Männlichkeit sind hier sicherlich als richtungsweisend zu nennen (Connell, 1999). Alter, Lebensform, Erwerbsstatus, Bildung, Migrationshintergrund, sexuelle Orientierung, Behinderung – um nur die wichtigsten zu nennen – werden als weitere Variablen in den Kanon sozialer Differenzierung aufgenommen und mit Geschlecht analytisch verwoben (Springer et al., 2012a, b). In der Kombination dieser Variablen zeigt sich nicht nur, dass sich spezifische Gruppen von Frauen und Männern mitunter in ihrem Gesundheitszustand ähnlicher sind als unterschiedliche Gruppen innerhalb eines Geschlechts, sondern auch, dass die oben genannten Variablen je nach Geschlecht eine unterschiedliche Wirkung entfal-

ten. Die Beiträge in Kapitel III dieses Handbuches legen dafür zahlreiche Beispiele vor. Diese Perspektiverweiterung hat eine weitere Facette, denn die Dichotomisierung männlich – weiblich ist mittlerweile aufgebrochen. Ablesbar ist dies inzwischen auch an einer Änderung des Personenstandsgesetzes von 2013, nachdem der Zwang zur Festlegung des Geschlechts als männlich oder weiblich vom Deutschen Ethikrat als ein nicht zu rechtfertigender Eingriff in das Persönlichkeitsrecht gewertet und das Recht auf Gleichbehandlung Intersexueller eingefordert wurde (Deutscher Ethikrat, 2012). Seit dem 1. November 2013 gilt:

Kann das Kind weder dem weiblichen noch dem männlichen Geschlecht zugeordnet werden, so ist der Personenstandsfall ohne eine solche Angabe in das Geburtenregister einzutragen. (BMJ, 2013)

In den sozialen Netzwerken wird diese Facette des Diskurses weiter zugespitzt. So bietet Facebook die Möglichkeit, bei der Frage nach dem Geschlecht aus 58 Möglichkeiten auszuwählen. «Weiblich», «männlich», «androgyn», «bigender» und «agender» seien als Beispiele genannt (Süddeutsche Zeitung, 2014). Wissenschaftlich werden diese Diskussionen in der Trans*Gender-Forschung aufgegriffen, die sich mit den Menschengruppen befasst, die sich nicht den dichotomen Kategorien weiblich – männlich ein- und unterordnen wollen (siehe den Beitrag von Sauer, Güldenring und Tui-der in diesem Band).

Die konzeptionelle Weiterentwicklung der Sex-/Gender-Kategorien spiegelt sich auch in der Sprache wider. Bei zahlreichen Akteuren im Gesundheitswesen, von wenigen Ausnahmen abgesehen (zum Beispiel dem Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, der das Geschlecht weder auf sprachlicher noch auf inhaltlicher Ebene berücksichtigt) ist eine geschlechtergerechte Sprache mittlerweile Standard. Auch in der ersten Auflage des Handbuchs haben wir Wert auf eine geschlechtergerechte Sprache gelegt. Keinesfalls sollten in männlichen Formulierungen Frauen «mitgemeint» sein, und das gilt auch für diese Auflage. Die von uns seinerzeit gewählten Varianten der Nennung beider Geschlech-

ter oder die Nutzung des Binnen-Is sind heute noch immer gebräuchlich. Sie werden aber durch weitere Varianten ergänzt, die auch mit einer Positionierung in der Sex-/Gender-Debatte korrespondieren. So steht der Gender Gap, der mit einem Unterstrich zwischen der maskulinen und der femininen Sprachform gekennzeichnet wird («Patient_in») für alle sozialen Geschlechter und Geschlechtsidentitäten und hebt den Geschlechterdualismus auf (LaKoF, 2014). Ähnlich wird auch das Sternchen (Gender Star) eingesetzt («Pfleger*in»).

Die Autorinnen und Autoren dieses Handbuches wählen unterschiedliche Varianten, um sich auch sprachlich in diesem Themenfeld zu platzieren. Wir haben uns gegen eine Vereinheitlichung dieser Schreibweise entschieden, um den individuellen Präferenzen Raum zu geben.

Entwicklung einer geschlechtersensiblen Gesundheitsberichterstattung

Auch in der Gesundheitsberichterstattung hat sich das Prinzip des Gender Mainstreamings etabliert. 2005 erschien der erste Prototyp eines gendersensiblen Gesundheitsberichtes, der nicht nur die vorhandenen Daten geschlechtervergleichend aufbereitet, sondern auch in einen theoretischen Kontext einbettet (Lademann & Kolip, 2005). In der Folge wurden vom Robert Koch-Institut (RKI) Handreichungen erarbeitet, die dazu anregen sollten, in allen Gesundheitsberichten die Geschlechterperspektive zu berücksichtigen (Lange, 2004; RKI, 2007). Dieses Vorhaben wurde auch überzeugend umgesetzt: Mittlerweile erscheint beim Robert Koch-Institut keine Publikation mehr, die die Daten ohne eine differenzierte Geschlechterperspektive aufbereitet. Dieses Vorhaben lässt sich umso leichter umsetzen, je mehr Daten auch geschlechterdifferenziert präsentiert werden. Die Internetplattform www.gbe-bund.de, die gemeinsam vom Statistischen Bundesamt und vom Robert Koch-Institut getragen wird, zeigt, dass es kaum noch Datenhalter gibt, die die Daten *nicht* nach

Geschlecht differenziert zur Verfügung stellen. Eine Ausnahme stellt die Berichterstattung zur Entwicklung der Berufskrankheiten und zu den Arbeitsunfällen dar, für die die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) verantwortlich ist, die dieses Kriterium noch nicht erfüllt, sondern sich durch eine nicht nachvollziehbare Geschlechterblindheit auszeichnet.¹

Auch auf der Ebene der Interventionen wird vermehrt Wert auf die Berücksichtigung von Geschlecht gelegt. Ein gutes Beispiel ist hier das Schweizer Qualitätssystem quint-essenz, das Gender als wichtiges Qualitätsmerkmal der Gesundheitsförderung definiert. Das Angebot von quint-essenz orientiert sich an 24 Qualitätskriterien, unter denen «Chancengleichheit» ein zentrales ist. Die Berücksichtigung der Genderperspektive gilt als ein wichtiger Indikator für Chancengleichheit; eine Checkliste erlaubt es Projektleitern und -leiterinnen sowie Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen einzuschätzen, inwieweit sie das Qualitätskriterium erfüllen (<http://quint-essenz.ch/de/tools/1054>; siehe auch Kolip et al., 2012). Gleichwohl besteht auch hier noch Entwicklungsbedarf, weil die Definition eines Gender-Qualitätskriteriums oft nicht über Absichtserklärungen hinaus geht (zum Beispiel wenn in Ausschreibungen zu Projekten Gender Mainstreaming als Förderkriterium benannt, aber nicht konsequent eingefordert wird). Mit Spannung darf erwartet werden, welche Impulse hier durch das Präventionsgesetz gesetzt werden, das in das Sozialgesetzbuch V eine neue Generalklausel eingeführt hat, die die Berücksichtigung der Kategorie Geschlecht bei allen Aktivitäten der GKV – und nicht nur in der Prävention und Gesundheitsförderung – einfordert:

Bei den Leistungen der Krankenkassen ist geschlechtsspezifischen Besonderheiten Rechnung zu tragen. (BMG, 2014)

Ausgleich der Defizite in der Berichterstattung zur Männergesundheit

Das Themenfeld Männergesundheit hat in den vergangenen 15 Jahren Anschluss an das der Frauengesundheit gefunden. Im Jahr 1999 erschien der

¹ siehe <http://www.baua.de/de/Informationen-fuer-die-Praxis/Statistiken/Statistiken.html>

erste Männergesundheitsbericht im deutschsprachigen Raum, herausgegeben vom Magistrat der Stadt Wien. In Deutschland lag zunächst noch der oben bereits erwähnte Schwerpunkt auf der Frauengesundheitsforschung, doch wurde am Ende des Jahrzehnts zunächst auf Länderebene, dann auf Bundesebene (zuerst durch die private «Stiftung Männergesundheit» 2010 und 2013) auch die Berichterstattung über die gesundheitliche Lage von Männern etabliert. 2014, also elf Jahre nach der Publikation des ersten umfassenden Frauengesundheitsberichts, erschien der «Bericht zur gesundheitlichen Lage der Männer in Deutschland» des Robert Koch-Instituts (RKI, 2014).

Der Bericht differenziert sorgfältig zwischen dem biologischen und dem sozialen Geschlecht und nimmt ausführliche Darstellungen zum Gesundheits- und Krankheitsstatus von Männern vor. Das Gesundheitsverhalten einschließlich Ernährungsverhalten, Alkoholkonsum und Substanzgebrauch wird ebenfalls ausführlich dargestellt. Ein besonderer Akzent wird auf die Bedeutung von Erwerbsarbeit und Arbeitslosigkeit für die Gesundheit gelegt. Schließlich werden auch die Familie und die privaten Lebenskontexte als wichtiges Umfeld für Wohlbefinden und Gesundheit von Männern analysiert. Hieraus leiten die Autorinnen und Autoren des Berichtes Handlungsfelder für eine männerspezifisch ausgerichtete Prävention und Gesundheitsförderung ab.

Der Bericht kommt zu eindeutigen Schlussfolgerungen, die als Orientierung für die Beiträge dieses Handbuches gelten können:

Anhand epidemiologischer Daten kann seit langem konsistent gezeigt werden, dass sich Männer und Frauen in Bezug auf Gesundheit und Krankheit deutlich unterscheiden. Auch hinsichtlich gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen und bei der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen lassen sich geschlechtsspezifische Unterschiede feststellen. Darüber hinaus scheinen sich Männer und Frauen in der Wahrnehmung, Bewertung und Kommunikation von Symptomen beziehungsweise gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu unterscheiden. Die Ursachen hierfür liegen unter anderem in den unterschiedlichen Arbeits- und Lebensbedingungen, der ge-

schlechtsspezifischen Arbeitsteilung sowie Geschlechterrollen und -erwartungen. Biologischen Faktoren wird ebenfalls ein Einfluss zugesprochen, wenn auch in geringerem Umfang.

(RKI, 2014, S. 213)

Perspektivisch wäre zu wünschen, dass die Männergesundheitsforschung verstärkt eigene theoretische Zugänge erarbeitet. Noch viel zu häufig werden die Daten lediglich aus Männerperspektive interpretiert, ohne sie in einen theoretischen Kontext einzubetten. Damit läuft die Diskussion Gefahr, in die Falle der Benachteiligungsrhetorik zu laufen. Deutlichstes Beispiel hierfür ist die geringere Lebenserwartung der Männer, die unter anderem auf das höhere Ausmaß gesundheitsriskanten Verhaltens zurückgeführt wird. Daraus abgeleitet wird ein höheres Präventionspotenzial in der männlichen Bevölkerung, und es wird der Schluss gezogen, Männern müssten lediglich die Regeln gesunder Lebensführung nahe gebracht werden, um Geschlechterunterschiede in der Lebenserwartung zu verringern. Diese verkürzte Perspektive blendet strukturelle Faktoren ebenso aus wie die psychologischen Mechanismen, die hinter dem riskanten Verhalten der Männer stehen, und verstellt den Blick auf die gesundheitlichen Ressourcen von Männern (siehe hierzu auch den Beitrag von Altgeld in diesem Band).

Entwicklungsperspektiven und blinde Flecken

So erfreulich die Entwicklung der vergangenen 15 Jahre ist, so sehr sind dennoch auch blinde Flecken zu konstatieren, aus denen sich Entwicklungsperspektiven ableiten lassen.

Auf die konzeptionellen Unklarheiten, was denn nun genau das biologische und was das soziale Geschlecht ausmacht, wie diese einerseits präzise abgegrenzt, andererseits aufeinander bezogen werden können, wurde bereits hingewiesen. Damit verbunden sind auch die Fragen, welche Konzepte der Sex-/Gender-Dichotomie entgegengesetzt werden können und wie das soziale Geschlecht denn in wissenschaftlichen Studien überhaupt erhoben werden kann. Die Forderung nach einer Erfassung der sozialen Dimension des Geschlechts und nach