

Geschlecht und Gesellschaft

Claudia Hornberg · Andrea Pauli  
Birgitta Wrede *Hrsg.*

# Medizin – Gesundheit – Geschlecht

Eine gesundheitswissenschaftliche  
Perspektive



Springer VS

---

# Geschlecht und Gesellschaft

## Band 55

### **Herausgegeben von**

B. Kortendiek, Essen, Deutschland  
I. Lenz, Berlin, Deutschland  
H. Lutz, Frankfurt, Deutschland  
M. Mae, Düsseldorf, Deutschland  
M. Meuser, Köln, Deutschland  
U. Müller, Bielefeld, Deutschland  
M. Oechsle, Bielefeld, Deutschland  
B. Riegraf, Wiesbaden, Deutschland  
K. Sabisch, Bochum, Deutschland  
P. I. Villa, München, Deutschland  
S. Völker, Köln, Deutschland

Geschlechterfragen sind Gesellschaftsfragen. Damit gehören sie zu den zentralen Fragen der Sozial- und Kulturwissenschaften; sie spielen auf der Ebene von Subjekten und Interaktionen, von Institutionen und Organisationen, von Diskursen und Policies, von Kultur und Medien sowie auf globaler wie lokaler Ebene eine prominente Rolle. Die Reihe „Geschlecht & Gesellschaft“ veröffentlicht herausragende wissenschaftliche Beiträge aus der Frauen- und Geschlechterforschung, die Impulse für die Sozial- und Kulturwissenschaften geben. Zu den Veröffentlichungen in der Reihe gehören neben Monografien empirischen und theoretischen Zuschnitts Hand- und Lehrbücher sowie Sammelbände. Zudem erscheinen in dieser Buchreihe zentrale Beiträge aus der internationalen Geschlechterforschung in deutschsprachiger Übersetzung.

Die Herausgeber/innen der Buchreihe Geschlecht & Gesellschaft freuen sich über neue Manuskripte. Sie werden alle (intern und extern) begutachtet und, nach Annahme, redaktionell betreut. Manuskripte und Projektanfragen bitte an: beate.kortendiek@netzwerk-fgf.nrw.de oder an cori.mackrodt@springer.com.

### **Herausgegeben von**

Beate Kortendiek  
Universität Duisburg-Essen  
Essen  
Deutschland

Ilse Lenz  
Berlin  
Deutschland

Helma Lutz  
Universität Frankfurt am Main  
Frankfurt  
Deutschland

Michiko Mae  
Heinrich-Heine-Univ Düsseldorf  
Düsseldorf  
Deutschland

Michael Meuser  
Technische Universität Dortmund  
Köln  
Deutschland

Ursula Müller  
Universität Bielefeld  
Bielefeld  
Deutschland

Mechtild Oechsle  
Universität Bielefeld  
Bielefeld  
Deutschland

Birgit Riegraf  
Universität Paderborn  
Wiesbaden  
Deutschland

Katja Sabisch  
Ruhr-Universität Bochum  
Bochum  
Deutschland

Paula-Irene Villa  
Ludwig-Max.-Univ. München  
München  
Deutschland

Susanne Völker  
Universität zu Köln  
Köln  
Deutschland

---

Claudia Hornberg • Andrea Pauli  
Birgitta Wrede  
(Hrsg.)

# Medizin – Gesundheit – Geschlecht

Eine gesundheitswissenschaftliche  
Perspektive

*Herausgeberinnen*

Claudia Hornberg  
Fakultät für Gesundheitswissenschaften  
Universität Bielefeld  
Bielefeld  
Deutschland

Birgitta Wrede  
Interdisziplinäres Zentrum für Frauen-  
und Geschlechterforschung (IFF)  
Universität Bielefeld  
Bielefeld  
Deutschland

Andrea Pauli  
Fakultät für Gesundheitswissenschaften  
Universität Bielefeld  
Bielefeld  
Deutschland

Geschlecht und Gesellschaft

ISBN 978-3-531-18321-3

DOI 10.1007/978-3-531-19013-6

ISBN 978-3-531-19013-6 (eBook)

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

Springer VS

© Springer Fachmedien Wiesbaden 2016

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen.

*Lektorat:* Cori Antonia Mackrodt, Kerstin Hoffmann

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer Fachmedien Wiesbaden ist Teil der Fachverlagsgruppe Springer Science+Business Media ([www.springer.com](http://www.springer.com))

---

## Vorwort

Wir freuen uns, mit dem vorliegenden Sammelband ein breites Bild von einerseits forschungsrelevanten und andererseits praxisnahen Perspektiven von „Medizin – Gesundheit – Geschlecht“ zeichnen zu können. Zum Gelingen dieses Buchprojektes haben viele Personen beigetragen. An dieser Stelle möchten wir uns insbesondere bei Anke Kubitzka für ihre Unterstützung bei der Endkorrektur bedanken und natürlich bei allen Autorinnen und Autoren.

Widmen möchten wir diese Veröffentlichung Doris Bardehle als einer Pionierin der geschlechterbezogenen Gesundheitsforschung. Viele der nachfolgenden Artikel beziehen sich auf zuerst von ihr als Wissenschaftlerin thematisierten Aspekte dieses weiten Feldes, insbesondere aber auch gerade zur Männergesundheitsforschung. Wir möchten Doris Bardehle damit für ihre großen Verdienste und ihr hohes Engagement in diesem noch bis vor einigen Jahren mit zahlreichen Tabus behafteten Feld danken.

Claudia Hornberg  
Andrea Pauli  
Birgitta Wrede

---

# Inhaltsverzeichnis

<b>Medizin – Gesundheit – Geschlecht: Gesundheitswissenschaftliche und gendermedizinische Perspektiven</b> .....	1
Claudia Hornberg, Andrea Pauli und Birgitta Wrede	
<b>Teil I Entwicklungslinien und theoretische Annäherungen an geschlechterdifferente Perspektiven in Medizin und Public Health</b> .....	23
<b>Frauen- und Geschlechterforschung in Public Health ist nicht Gendermedizin. Ein historischer Rückblick und eine disziplinäre Standortbestimmung</b> .....	25
Ulrike Maschewsky-Schneider	
<b>Gesellschaftliche Zuschreibungsprozesse und ihre Folgen für die Männergesundheit</b> .....	51
Matthias Stiehler	
<b>Gender Mainstreaming rund um die Gesundheit</b> .....	71
Eva Rásky und Susanne Scheipl	

<b>Teil II Methodische Anforderungen an eine geschlechtersensible Datenbasis</b> .....	101
<b>Gender in der Epidemiologie im Spannungsfeld zwischen Biomedizin und Geschlechterforschung. Konzeptionelle Ansätze und methodische Diskussionen</b> .....	103
Gabriele Bolte	
<b>Frauen- und Männergesundheit im Fokus der Gesundheitsberichterstattung</b> .....	125
Brigitte Borrmann	
<b>Teil III Geschlechterbezogene Gesundheitsanliegen in besonderen Lebenskontexten und Lebenslagen</b> .....	135
<b>Zwei Geschlechter, ein Bewegungsapparat? Geschlecht und Gender als Einflussfaktoren in der Orthopädie</b> .....	137
Susanne Scheipl und Eva Räskey	
<b>Geschlechterspezifische Aspekte psychiatrischer Erkrankungen</b> .....	157
Patrycja Huf und Siegfried Kasper	
<b>Besondere Aspekte einer geschlechtersensiblen Behandlung in der psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Versorgung</b> .....	177
Susanne Bornschein und Constanze Hausteiner-Wiehle	
<b>Lebenslagen, Diskriminierung und Empowerment psychisch erkrankter Frauen</b> .....	197
Sandra Glammeier und Sonja Bergenthal	
<b>Genderkompetenzen in der Medizin: Brustkrebsfrüherkennung als neues Tätigkeitsfeld für blinde Frauen</b> .....	221
Jana Lindner und Frank Hoffmann	
<b>Arbeitslosigkeit und Gesundheit in der Gender-Perspektive</b> .....	235
Alfons Holleder und Gisela Mohr	

---

<b>Auf dem Weg zu einem gendersensiblen Betrieblichen Gesundheitsmanagement</b> .....	259
Uta Walter	
<b>Versorgung pflegebedürftiger alter Menschen im Spiegel von Migration und Geschlecht</b> .....	283
Katharina Gröning	
<b>Alters- und geschlechtersensible Nutzerorientierung zur Förderung der Akzeptanz telemedizinischer Verfahren bei Patientinnen und Patienten</b> .....	299
Christoph Dockweiler, Anne Wewer und Rainer Beckers	
<b>Die Bedeutung von Gewalt im System der Gesundheitsversorgung am Beispiel des Modellprojektes „Medizinische Intervention gegen Gewalt“</b> .....	323
Brigitte Sellach	
<b>Gendersensibilität und Geschlechterwissen als Kernkompetenz in der Medizin. Voraussetzung und Chance für eine geschlechtergerechte Gesundheitsversorgung</b> .....	343
Claudia Hornberg, Andrea Pauli und Birgitta Wrede	
<b>Kompetenz(zentrum) Frauen &amp; Gesundheit. Der etwas andere Ausblick</b> .....	365
Mareike Rüweler, Andrea Pauli und Claudia Hornberg	

---

# Medizin – Gesundheit – Geschlecht: Gesundheitswissenschaftliche und gendermedizinische Perspektiven

Claudia Hornberg, Andrea Pauli und Birgitta Wrede

Der vorliegende Sammelband fokussiert mit „Medizin – Gesundheit – Geschlecht“ auf eng miteinander verbundene Themenfelder in ihren vielfältigen wechselseitigen praktischen Bezügen und theoretischen Dimensionen. Die zusammenführende Beleuchtung dieser Verschränkungen aus den unterschiedlichen Perspektiven der daran beteiligten Disziplinen ist ein zentrales Anliegen der Veröffentlichung. Denn trotz der breiten Zustimmung, dass eine Beschäftigung mit Geschlechterfragen in Medizin und Public Health unerlässlich ist, fehlt es in vielen Bereichen noch immer an Sensibilität für und folglich auch an vertieften Erkenntnissen um den Einfluss von Geschlecht auf Gesundheit und Krankheit im Allgemeinen sowie auf gesundheitsrelevante Einstellungen, Wahrnehmungen und Verhaltensweisen im Speziellen. Hier bleibt zu fragen, inwieweit das Bewusstsein für die Bedeutung von Geschlecht tatsächlich in der Praxis von Medizin und Public Health angekommen ist, in wissenschaftliche Fragestellungen einbezogen oder auch selbst zum Forschungsgegenstand wird sowie seitens der Gesundheitspolitik Anerkennung erfährt bzw. in gesundheitspolitischen Entscheidungen umgesetzt wird.

Im Folgenden werden sehr unterschiedliche Teilbereiche und Aspekte von „Medizin – Gesundheit – Geschlecht“ beleuchtet, was die inhaltliche Breite des ge-

---

C. Hornberg (✉) · A. Pauli  
Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld, Bielefeld, Deutschland  
E-Mail: claudia.hornberg@uni-bielefeld.de

A. Pauli  
E-Mail: andrea.pauli@uni-bielefeld.de

B. Wrede  
Interdisziplinäres Zentrum für Frauen- und Geschlechterforschung (IFF), Universität  
Bielefeld, Bielefeld, Deutschland  
E-Mail: birgitta.wrede@uni-bielefeld.de

wählten Spektrums verdeutlicht. Es werden vor allem solche Themen aufgegriffen, in denen die Auseinandersetzung mit geschlechterbezogenen Positionen in hohem Maße gesundheitsrelevant ist, aber in der Praxis bislang noch keine hinreichende Berücksichtigung erfahren bzw. die Datenlage noch durch eine unzureichende Differenzierung charakterisiert ist. Der Blick wurde auf den deutschsprachigen Raum begrenzt, jedoch sind die geschlechterbezogenen Herausforderungen und Problemlagen in Medizin und Public Health global betrachtet immens und präsentieren sich angesichts unterschiedlicher kultureller und gesellschaftlicher Rahmenbedingungen äußerst heterogen. Dass die Entwicklungen im Bereich geschlechtersensibler Ausrichtung des Gesundheitswesens in einigen Ländern durchaus modellhaft sind, davon zeugen die in den Beiträgen an vielen Stellen eingebauten Querverweise.

Jenseits traditioneller Geschlechterklischees begibt sich der Sammelband auf die Suche nach neuen Impulsen und Ansatzpunkten für die Weiterentwicklung geschlechterbezogener Wissenschaft und Praxis, um wichtige Schnittstellen zwischen Medizin und Public Health zu identifizieren, die es im Sinne einer geschlechtergerechten Gesundheitsforschung und Gesundheitsversorgung zu nutzen gilt. Er richtet sich an Vertreterinnen und Vertreter unterschiedlichster Disziplinen, die sich in Forschung und Lehre, Praxis und Politik, Studium und Ausbildung mit der Gesundheit von Frauen und Männern beschäftigen und an einem besseren Verständnis der Zusammenhänge von „Medizin – Gesundheit – Geschlecht“ interessiert sind.

Darüber hinaus ist die Bedeutung von biologischem und sozialem Geschlecht, von „sex“ und „gender“ im täglichen Arbeitskontext für eine Vielzahl von Gesundheits- und Sozialberufen, z. B. für Medizinerinnen und Mediziner, Pflegende, therapeutisch Tätige, Führungskräfte in Gesundheitseinrichtungen, aber auch für Professionen an der Schnittstelle von Sozial- und Gesundheitswesen, z. B. in Beratungsstellen und für sozialpädagogische Fachkräfte relevant. Hier möchte der Sammelband sensibilisieren und dazu ermutigen, im Umgang mit spezifischen Gesundheitsbedürfnissen eine geschlechterreflexive Position zu vertreten.

Ein besonderes Anliegen ist es, einen interdisziplinären Dialog anzuregen sowie Wissen und Erfahrung zu bündeln, um die Möglichkeiten und Chancen geschlechtersensibler Medizin und Public Health aufzuzeigen. In diesem Sinne sollen Theorie und Praxis verknüpft, erzielte Erfolge, aber auch Versäumnisse kritisch reflektiert sowie Erfordernisse und Veränderungspotenziale im Handlungsfeld „Medizin – Gesundheit – Geschlecht“ aufgezeigt werden.

Dabei kann „Medizin – Gesundheit – Geschlecht“ in einem lebensweltlichen Bezug sinnvoll verstanden und bearbeitet werden. Denn Geschlecht ist Ergebnis sozialer Zuschreibungsprozesse und auch Gesundheit und Krankheit sind als miteinander gesellschaftlich determinierte Phänomene zu begreifen. Besondere Bedeutung hat daher die fachübergreifende Betrachtung des Themenfeldes. Notwendig ist hier zudem ein Brückenschlag sowie die gegenseitige Anerkennung und Akzeptanz der naturwissenschaftlich konnotierten Medizin und der sozialwissenschaft-

lich konnotierten Gesundheitswissenschaften. Auch eine solche Perspektive soll hier eröffnet werden.

Der Band ist in drei Themenblöcke unterteilt. Einführend werden Entwicklungslinien und theoretische Annäherungen an geschlechterdifferente Perspektiven in Medizin und Public Health aufgezeigt. Im Anschluss werden methodische Anforderungen und Herausforderungen als Basis einer geschlechterdifferenzierter Gesundheitsforschung erörtert. Der dritte Themenblock widmet sich ausgewählten Handlungsfeldern, die auf gesundheitliche Fragen in unterschiedlichen Lebensphasen und verschiedenen Lebenslagen von Frauen und Männern fokussieren. Die Diversität der wissenschaftlichen Fächer und praktischen Arbeitsfelder, in denen die Autorinnen und Autoren beheimatet sind, spiegelt sich in den dargestellten Themen, Forschungs- und Praxisfeldern wider und eröffnet unterschiedliche Perspektiven auf die Bedeutung von „sex“ und „gender“. Diese Diversität ist es auch, die eine Vielzahl innovativer Denkansätze, Optionen für Prävention und Gesundheitsförderung sowie für Diagnostik, Behandlung und Pflege hervorbringt. In der Zusammenschau erschließt sich ein umfassendes Bild von „Medizin – Gesundheit – Geschlecht“ und ein ganzheitliches Verständnis für geschlechterbezogene Bedeutungen und Implikationen von Gesundheit und Krankheit.

### **Entwicklungslinien und theoretische Annäherungen an geschlechterdifferente Perspektiven in Medizin und Public Health**

*Ulrike Maschewsky-Schneider* spannt unter dem Titel *„Frauen- und Geschlechterforschung in Public Health ist nicht Gendermedizin. Ein historischer Rückblick und eine disziplinäre Standortbestimmung“* den thematischen Kontext für die nachfolgenden Beiträge auf. Die Gesundheitswissenschaftlerin hat sich in vielerlei Hinsicht und ganz besonders um die Gesundheit von Frauen und eine an Frauen orientierte Gesundheitsforschung und -versorgung verdient gemacht. Mit ihrem stets kritischen Blick auf das Gesundheitswesen, das sich lange Zeit vornehmlich an der männlichen Norm orientierte, hat sie bereits in den 1980er Jahren die Defizite einer geschlechterinsensiblen Gesundheitsversorgung aufgedeckt. Exemplarisch zu nennen sind hier z. B. die unterschiedlichen Versorgungsstandards von Frauen und Männern bei gleichem Krankheitsbild. Maschewsky-Schneider spannt den Bogen über die Frauengesundheitsforschung, die in der Tradition der sozialwissenschaftlichen Frauenforschung und der Frauengesundheitsbewegung steht, über deren Erweiterung zur geschlechtsspezifischen Gesundheitsforschung in Public Health bis zur Gendermedizin. Auf der Basis der Definition von Public Health nimmt die Autorin eine Abgrenzung gegenüber der Medizin vor und arbeitet die spezifischen Zugänge und Handlungsfelder der gesundheitswissenschaftlichen Frauen- und Geschlechterforschung heraus. Die in diesem Zusammenhang wichtigen Beiträge der Frauengesundheitsnetzwerke in ausgewählten Forschungs- und Versorgungsfeldern verweisen zugleich auf die Versäumnisse und Lücken einer

Männer(gesundheits)-bewegung mit vergleichbarer Durchsetzungskraft und Anerkennung. So ist es auch zu erklären, dass Männergesundheit ein nach wie vor vernachlässigtes Forschungs- und Handlungsfeld in Deutschland ist. Durch die Kontrastierung gesundheitsbezogener Frauen- und Geschlechterforschung in Public Health mit der häufig auf der klinischen Ebene verharrenden Gendermedizin wird deutlich, was die beiden Disziplinen voneinander unterscheidet, aber auch an welchen Schnittstellen interdisziplinäre Zusammenarbeit möglich und wünschenswert ist. Der Ausblick auf zukünftige Aufgaben von Public Health beleuchtet zentrale Herausforderungen des Gesundheitswesens in Bezug auf geschlechterbezogene Fragestellungen.

Die Gesundheit von Männern ist zahlreichen Risiken und Belastungspotenzialen ausgesetzt, die einerseits in gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen begründet und andererseits Resultat stereotyper Zuschreibungsprozesse sind. Eine vorrangige Aufgabe besteht darin, Widerstände gegenüber einer Beschäftigung mit männerbezogenen Gesundheits- und Krankheitsfragen aufzulösen. *Matthias Stiehler* durchleuchtet in seinem Beitrag „*Gesellschaftliche Zuschreibungsprozesse und ihre Folgen für die Männergesundheit*“, indem er wenig hinterfragte und auf vermeintlich objektiven Fakten basierende Feststellungen zur Männergesundheit einer kritischen Analyse unterzieht. Ein Beispiel hierfür sind Erklärungsansätze des sogenannten „Gender Gap“ in der Lebenserwartung und des damit einhergehenden „Gesundheits-Geschlechter-Paradoxon“<sup>1</sup>. Ein großes Problem ist das Ausmaß an „Männerblindheit“ und Widerständen in Medizin, Public Health und Gesellschaft, was die Beschäftigung mit Gesundheitsbelangen von Männern angeht. Ausgehend von den Ergebnissen der Gesundheitsberichterstattung zu den Erkrankungen von Männern wird ein weiteres zentrales Thema im gegenwärtigen Männergesundheitsdiskurs nachgezeichnet: Die Frage nach den Besonderheiten der Krankheitsthemen von Männern und die sich darin abbildenden gesellschaftlichen Dimensionen. Die Kategorien „Verlorene Lebensjahre“ und „Todesursachenstatistik“ zeigen, wie eng gesundheitliche Risiken mit dem vorherrschenden Männlichkeitsideal und entsprechenden geschlechterstereotypen Zuschreibungsprozessen und widersprüchlichen Rollenerwartungen verknüpft sind. Das Bild des männlichen „Gesundheitsmuffels“, der sich diversen Gesundheitsrisiken aussetzt und Gesundheitsbeeinträchtigungen billigend in Kauf nimmt, stützt die Tendenz, Männern selbst die Verantwortung für ihren schlechteren Gesundheitszustand zuzuschreiben. Wie weitreichend diese Bewertungs- und Zuschreibungsprozesse sind, wird deutlich am Umgang mit psychischen Erkrankungen wie z. B. der als

---

<sup>1</sup> Dieses Paradoxon bezieht sich darauf, dass die Lebenserwartung von Männern unter der von Frauen liegt, dass jedoch Frauen im Lebensverlauf ihren Gesundheitszustand schlechter bewerten als Männer und in der Regel auch tatsächlich häufiger krank sind. D. h. verkürzt: Männer sterben zwar früher als Frauen, erleben aber dafür mehr Lebensjahre bei guter Gesundheit.

„weiblich“ konnotierten Depressionssymptome. Abschließend werden Ansätze einer Beratungspraxis skizziert, die Männer in ihrer Identität stärkt um auf individueller Ebene ein positives Selbstverständnis zu entwickeln, in dem auch Schwäche und Begrenzungen ihren Platz haben. Männerarbeit und Männerpolitik sollten darüber hinaus auch Veränderungen in Bezug auf weitere Bereiche männlichen Rollenverhaltens in den gesellschaftlichen Diskurs einbringen, wie z. B. Themen rund um die „neue“ Väterlichkeit. Eine angemessene Beschäftigung mit den Ursachen und Folgen männlicher Gesundheitsprobleme und Gesundheitsressourcen ist mehr als überfällig. Sie sollte sich nicht darin erschöpfen, die Liste von Risikoverhaltensweisen, die Männern attestiert werden wie Rauschmittelkonsum, Fehlernährung, Präferenz für gefährliche Sportarten, riskantes Verhalten im Straßenverkehr, mit den „gesünderen“ Verhaltensweisen und Lebensstilen von Frauen zu kontrastieren. Weitaus nutzbringender erscheint hier, die Perspektive zu erweitern auf die (salutogenen) Ressourcen und Potenziale, die Männer zur Bewältigung von Alltagsanforderungen aktivieren und nutzen (können).

Geschlechterbezogenes Gesundheitshandeln auf unterschiedlichen Ebenen kann erreicht werden durch Einführung von Gender Mainstreaming. *Eva Rásky & Susanne Scheipl* zeigen dies in ihrem Beitrag „*Gender Mainstreaming rund um die Gesundheit*“. In ihrer Analyse folgen die Autorinnen den Entwicklungen der Frauengesundheitsbewegung und der sozialwissenschaftlichen Frauenforschung. Vergleiche der Gesundheitssysteme in Deutschland und Österreich zeigen deutliche Unterschiede in der Entwicklung gendersensibler Gesundheitsforschung und -versorgung, die u. a. ihren Ausdruck finden in spezifischen finanziellen und organisatorischen Strukturen. Vorbildhaft ist in Österreich das „Gender Budgeting“ als gesundheitsökonomisches Steuerungsinstrument sowie die Einrichtung einer ersten Genderprofessur und eines postgraduellen Lehrgangs „Gender Medicine“ an der Medizinischen Universität Wien. Ein Garant für die Realisierung einer tatsächlich geschlechtergerechten Gesundheitsversorgung ist dies jedoch nicht. Denn Gendermedizin vernachlässigt den zentralen Stellenwert sozialer Determinanten und unterschiedlicher Lebenswelten von Frauen und Männern als gesundheitliche Belastungsgrößen und Ressourcen zugunsten einer Fixierung auf biologische Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Gendermedizin kann dennoch als innovativer Ansatz und als Chance genutzt werden, um die Kategorie Geschlecht in der Medizin explizit zu verankern. Damit würde eine Voraussetzung geschaffen, Geschlecht umfassend zu berücksichtigen. Um die biologisch-medizinische Perspektive um die Bedeutung sozialer Faktoren und Rahmungen zu erweitern gilt es jedoch, die Erkenntnisse von Public Health mit ein zu beziehen. Ein länder- und disziplinübergreifendes Kompetenznetzwerk „Medizin – Gesundheit – Geschlecht“ stellt eine Möglichkeit dar, um einen systematischen Erfahrungsaustausch zwischen Deutschland und Österreich anzuregen.

### **Methodische Anforderungen an eine geschlechtersensible Datenbasis**

Der Forderung nach einer Berücksichtigung von Geschlecht und geschlechterbezogenen Besonderheiten in wissenschaftlichen Forschungsprojekten, in statistischen Analysen und in Publikationen wird zumindest ansatzweise nachgekommen. Garant für eine tatsächlich geschlechtersensible Forschung ist dies allerdings keineswegs. Dass es hierzu mehr bedarf, zeigt *Gabriele Bolte* in ihrem Beitrag „*Gender in der Epidemiologie im Spannungsfeld zwischen Biomedizin und Geschlechterforschung*“. Im Fokus stehen *konzeptionelle Ansätze und methodische Diskussionen*, verbunden mit der Frage, inwieweit die Kategorie Geschlecht mit ihren Dimensionen Gender und Sex tatsächlich bereits in die Epidemiologie integriert ist und an welchen Stellen Entwicklungsbedarfe bestehen. Zwischen der sozialwissenschaftlich geprägten Geschlechterforschung und der naturwissenschaftlich geprägten Biomedizin tut sich ein Spannungsfeld auf: hier treffen spezifische Sichtweisen zweier sehr unterschiedlicher Fachkulturen aufeinander mit höchst unterschiedlichen Zugängen zu Geschlecht in Forschung, Wissenschaft und Praxis. Mit der umfassenden Integration von Geschlecht ist auch in der Epidemiologie die Herausforderung verbunden, Gesundheit und Krankheit multidimensional in komplexen Bedingungsgefügen von biologischen Unterschieden, Lebenslagen und sozialen Kontexten zu erfassen, aufzuklären und in therapeutische Entscheidungen einzubeziehen.

Die geschlechterdifferenzierte Erhebung und Aufbereitung von Daten ist eine unabdingbare Voraussetzung, um geschlechterbezogene Zusammenhänge zu untersuchen, entsprechende Vergleiche vornehmen zu können und letztlich effektive Gendermedizin zu realisieren. Themen und Bereiche, in denen der Geschlechterbezug bislang nur unzureichend hergestellt wurde und in denen nach Geschlecht aufgeschlüsselte Datensätze nicht in der gewünschten Differenzierung zur Verfügung stehen, müssen stärker fokussiert werden. Hier sind methodische Entwicklungen notwendig, die bislang nicht ausgeschöpfte Potenziale eines transdisziplinären Dialogs zwischen medizinischer Forschung und sozialwissenschaftlicher Geschlechterforschung, zwischen Biomedizin und Public Health nutzen. Die Zusammenführung der Ergebnisse aus beiden Bereichen ist ein wichtiges Fundament für gesundheitspolitische Entscheidungen und kann unmittelbare Auswirkungen auf und für die Praxis der Gesundheitsversorgung haben. Zudem kann auf diesem Wege gewährleistet werden, dass das Label „gender“ keine unzulässige Verkürzung auf biologische Determinanten („sex“) erfährt und einem Biologismus zum Opfer fällt oder aber als Begründung für einen vermeintlich geschlechterbezogenen Versorgungsbedarf herangezogen wird. Letztlich sollte es immer darum gehen, Daten im Zusammenhang mit den unterschiedlichen Lebenslagen nach Frauen und Männern differenziert zu erfassen und auszuwerten. Erst dann erhalten sie die notwendige Aussagekraft.

Die Aufgabe und Forderung, Geschlecht als Kategorie durchgängig zu berücksichtigen, stellt sich immer dann, wenn es um datengestützte Darstellungen zur Gesundheit der Bevölkerung geht, wie sie im Kontext der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE) gefordert ist. Die GBE ist seit 1998 in Deutschland ein bewährtes Instrument zur kontinuierlichen Analyse gesundheitsbezogener Daten und damit eine Grundlage, um spezielle Gesundheitsbelastungen und -ressourcen aufzudecken. Sie umfasst sämtliche Bereiche des Gesundheitswesens und richtet sich an Politik und Wissenschaft. GBE ist aber auch ein Instrument, das die Bevölkerung informieren und einen öffentlichen Gesundheitsdiskurs ermöglichen soll. Geschlechterbezogenheit gerade in der GBE kann somit viele Adressatinnen und Adressaten erreichen. Bislang erschöpft sich Geschlechtersensibilität in der GBE aber zumeist darin, Gesundheitsdaten nach Geschlecht differenziert aufzuführen, so die Bilanz von *Brigitte Borrmann* in ihrem Beitrag „*Frauen- und Männergesundheit im Fokus der Gesundheitsberichterstattung*“. Im Vergleich zu den einst geschlechterinsensiblen Medizinalstatistiken ist die mittlerweile standardmäßige geschlechtersensible Darstellung der Daten zur Frauen- und Männergesundheit durchaus positiv und eine gute Grundlage für evidenzbasierte Entscheidungen im Hinblick auf Versorgungsbedarfe. Um die Qualität der GBE weiter zu optimieren, bedarf es aber zusätzlicher Informationen zu geschlechterspezifischen Lebensbedingungen und Lebenssituationen. Erst die Berücksichtigung regionaler und kleinräumiger Verteilung von soziodemografischen Merkmalen (z. B. Informationen zu Bildungsstand, Einkommen, Wohnsituation, Migrationsstatus, Beschäftigungsstatus) in Verbindung mit Daten zur geschlechterspezifischen Gesundheit und zu übergreifenden Versorgungsstrukturen, kann ein ganzheitliches Bild präsentieren. Angesichts der wachsenden Komplexität des Versorgungsgeschehens erweisen sich kleinräumige Versorgungsanalysen als zunehmend unverzichtbar. Sie sind erforderlich, um regionale Variationen sowohl in der Prävalenz von Erkrankungen als auch in den ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen, in der Nachfrage nach und Akzeptanz von Versorgungsangeboten sowie in der Versorgungsqualität differenziert zu erfassen (Melchior et al. 2014a, b). Ein Problem stellt hierbei die Heterogenität der verfügbaren Daten mit einem direkten Raumbezug dar. Möglichkeiten, diese nutzbar zu machen, liegen in einer engeren Zusammenarbeit zwischen Gesundheitswesen und geodatenhaltenden Stellen (z. B. Umweltämter) im Sinne einer „geografischen Gesundheitsforschung“ auf der Grundlage multiperspektivischer Modelle.

### **Geschlechterbezogene Gesundheitsanliegen in besonderen Lebenskontexten und Lebenslagen**

Erkrankungen und Verletzungen des Stütz- und Bewegungsapparates zählen weltweit zu den häufigsten Ursachen für chronische Schmerzen und körperliche Behinderungen. Während in vielen Bereichen der Medizin eine mangelnde Berück-

sichtigung der Gesundheitsbelange von Frauen festzustellen ist, verhält es sich in der Orthopädie eher umgekehrt. Ein Beispiel ist die Osteoporose: Sie wurde lange in Fachdiskursen als typische Erscheinung bei Frauen in der Postmenopause bewertet. Dass Männer im fortgeschrittenen Alter ebenso betroffen sein können, wurde dagegen selten erörtert. Der Beitrag von *Susanne Scheipl & Eva Rásky* liefert – anknüpfend an eine bereits vorliegende Publikation (Scheipl und Rásky 2012) – weitere Analysen zu Geschlechteraspekten im orthopädischen Bereich unter dem Titel „*Zwei Geschlechter, ein Bewegungsapparat. Geschlecht und Gender als Einflussfaktoren in der Orthopädie*“. Am Beispiel von Erkrankungsbildern der oberen und unteren Extremitäten sowie am Symptom „Kreuzschmerzen“ werden häufig verkannte Genderaspekte dargestellt. Diese sind von entscheidender Bedeutung, sowohl in Bezug auf die Krankheitsursachen und -verläufe, als auch im Hinblick auf Behandlungserfordernisse und -ergebnisse. So beeinflussen biologische Unterschiede zwischen Frauen und Männern, wie z. B. der unterschiedliche Körperbau, medikamentöse Therapien. Inwieweit aber soziale Faktoren, wie z. B. ein geringer Bildungsstatus oder Arbeitslosigkeit, Stress oder die allgemeine psychische Gesundheit orthopädische Erkrankungsbilder beeinflussen, ist bislang noch wenig untersucht. Auch die Bedeutung von Geschlecht ist noch wenig erforscht. Eine systematisch geschlechterdifferenzierte und geschlechtersensible Prävention, Diagnostik und Therapie sollte als Qualitätsmerkmal in die Orthopädie, auch speziell in die orthopädische Chirurgie eingeführt werden. Die Anerkennung der Bedeutung von Geschlecht als biologische und soziale Gesundheitsvariable ist bislang nicht nur in der Orthopädie nur marginal erfolgt. Eine bessere Verankerung von Geschlechterthemen in der medizinischen Aus-, Fort- und Weiterbildung ist daher eine zentrale Voraussetzung, um eine medizinische Versorgung in gleicher Qualität und Quantität für beide Geschlechter zu ermöglichen.

Andere Disziplinen sind von vergleichbaren Erkenntnis- und Umsetzungsdefiziten betroffen, was sich auch in der mangelnden Aufmerksamkeit für geschlechterspezifische Aspekte in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Forschung widerspiegelt (Stengler et al. 2011). Hier mangelt es nicht an entsprechenden Handreichungen und Richtlinien, die explizit dazu anleiten, Geschlechteraspekte in Studiendesigns, Untersuchungs- und Auswertungsmethodik einzubeziehen, so z. B. die Leitlinien für „Gute Epidemiologische Praxis (GEP)“. Jedoch enthalten sie viele Fehlinterpretation von „gender“ als „frauenspezifische Angelegenheit“ (Kuhlmann und Kolip 2005), entsprechend mangelt es auch in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Forschung und Praxis an Geschlechtersensibilität. Jeder dritte Mensch erkrankt im Laufe seines Lebens an einer psychischen Störung, oft mit schweren Folgen für das individuelle Wohlbefinden und das soziale Umfeld. Psychische Erkrankungen bedingen zudem häufig hohe ökonomische Belastungen durch lange Krankheitsphasen oder gar Erwerbsunfähigkeit und stationäre bzw.

ambulante Behandlungskosten. Als ein Handlungsfeld wachsender Relevanz und angesichts zahlreicher offener Fragen scheint es umso dringlicher, die unterschiedlichen Ausprägungen psychischer Prozesse, gesundheitlicher Ressourcen und Belastungen von Frauen und Männern zu erfassen und zu bewerten und entsprechend differenzierte Interventionsangebote abzuleiten. Ungeachtet der hohen Kosten infolge von Unter- oder Fehldiagnosen (besonders bei depressiven Störungen von Männern), bedingen psychiatrische Erkrankungen stets einen hohen Leidensdruck, verbunden mit z. T. erheblichen Einbußen in der Lebensqualität und in der gesellschaftlichen Teilhabe.

Möglichkeiten und Grenzen einer geschlechterdifferenzierten Betrachtung in der psychiatrischen Forschung und Versorgung analysiert der Beitrag von *Patrycja Huf & Siegfried Kasper* „*Geschlechtsspezifische Aspekte psychiatrischer Erkrankungen*“. Im Zentrum stehen Erkrankungen, die mit Tabus und der Angst vor Stigmatisierung besetzt sind und aufgrund geschlechterspezifischer Zuschreibungen oft unerkannt bleiben bzw. mit zeitlicher Verzögerung diagnostiziert und einer Behandlung zugeführt werden. Dass die Häufigkeit, mit der psychiatrische Erkrankungen auftreten, zwischen den Geschlechtern variiert und Krankheitsverläufe zudem geschlechterspezifische Determinanten aufweisen, kann auf ein multifaktorielles Verursachungsgeflecht zurückgeführt werden. Geschlechterdifferenzen in der Krankheitsentstehung und in Krankheitsverläufen sind demnach das Ergebnis eines komplexen Zusammenwirkens von biologisch bedingter Vulnerabilität (z. B. Einfluss von Sexualhormonen auf das Gehirn) und psychosozialer Belastungen. Am Beispiel der häufig nicht oder zu spät diagnostizierten „männlichen Depression“ wird deutlich, warum ein geschärfter Blick für geschlechterspezifische Symptomausprägung und -präsentation unverzichtbar ist, gilt doch Depression als wichtigster Risikofaktor für einen vollendeten Suizid bei Männern (Möller-Leimkühler und Kasper 2010). Auch entsprechende Therapieangebote sind bislang noch selten. Um eine bedürfnis- und bedarfsgerechtere Versorgung von Frauen und Männern in der Psychiatrie zu realisieren, sollten bereits etablierte Strukturen einer „frauenspezifischen“ Psychiatrie um eine gendersensible Perspektive erweitert werden, die sich verstärkt psychischen Belastungen von Männern zuwendet. Sensibilität für die Besonderheiten von Frauen und Männern, beispielsweise in Art und Umfang der Symptompräsentation, in Stressverarbeitungsmechanismen oder im Inanspruchnahmeverhalten von psychiatrisch-psychotherapeutischen Hilfsangeboten sind dabei wesentliche Faktoren, die die aktuelle Versorgungsrealität bislang nur annähernd gerecht wird.

Auf den Aspekt der Versorgung konzentrieren sich *Susanne Bornschein & Constanze Hausteiner-Wiehle* und zeigen „*Besondere Aspekte einer geschlechtersensiblen Behandlung in der psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Versorgung*“. Deutlich wird, dass Geschlecht für Entstehung und

Verlauf, Diagnose und Behandlung psychischer Störungen von noch größerer Bedeutung ist als in den somatischen medizinischen Fachdisziplinen. Denn insbesondere geschlechterspezifische Sozialisation und psychische Entwicklung, Geschlechterrollen und die mit ihnen verknüpften Lebenswirklichkeiten bewirken unterschiedliche Belastungs- und Risikofaktoren für die Gesundheit von Frauen und Männern. Das gesundheitsbeeinträchtigende Potenzial hängt dabei eng von verfügbaren Ressourcen sowie deren Aktivierung und Wirksamkeit ab. Entsprechende geschlechterspezifische Unterschiede spiegeln sich in Art, Häufigkeit und Verlauf psychischer Störungen wider. Folglich sind geschlechtersensible Angebote in der psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Versorgung ein unbedingtes Muss. Auch Geschlechterdifferenzen in der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Angebote weisen hier auf ein Entwicklungsdefizit hin. Geschlecht muss in seiner Bedeutung sowohl für den therapeutischen Prozess als auch für die therapeutische Beziehung reflektiert werden. Zudem sind die den (psycho-)therapeutischen Verfahren und Methoden zugrundeliegenden impliziten und expliziten Geschlechtertheorien und Geschlechterstereotype zu prüfen. Geschlechterkompetenz wird damit in Kombination mit weiteren Diversity-Faktoren zu einem zentralen Qualitätsmerkmal in der Psychotherapie. Eine umfassende Berücksichtigung von Geschlechteraspekten in (psycho-)therapeutischen Behandlungszusammenhängen sowie in Studien zu „Gender in der Psychotherapie“ ist obligatorisch, um Diagnostik und Therapie zu verbessern. Notwendig sind darüber hinaus differenziertere psychotherapeutische Angebote und Behandlungsoptionen, die den unterschiedlichen Präferenzen von Frauen und Männern entsprechen. Wenn geschlechterspezifische Besonderheiten bereits in der Phase der Entwicklung und Konzeption sozialer und psychologischer-psychotherapeutischer Unterstützungsangebote systematisch und differenziert berücksichtigt werden, kann es am ehesten gelingen Stigmatisierungsängste auf Seiten der Betroffenen abzubauen und den gesellschaftlichen Umgang mit seelischen Belastungen und psychischen Erkrankungen zu normalisieren.

Eine in der Versorgung wenig beachtete Teilgruppe sind Frauen, die aufgrund einer psychischen Erkrankung mit Einschränkungen und Behinderungen in zahlreichen Lebensbereichen und -situationen konfrontiert sind. Ihre speziellen Lebenslagen untersuchen *Sandra Glammeier & Sonja Bergenthal*. An der Schnittstelle von Disability Studies und Gender Studies beschäftigt sich ihr Beitrag mit psychischen Erkrankungen als eine potenziell ungleichheitsrelevante Kategorie. Grundlage sind die Befunde der repräsentativen Untersuchung zu „Lebenssituationen und Belastungen von Frauen mit Behinderungen in Deutschland“ (Schröttle et al. 2013). Anhand dieser Studie wird die besondere Situation von Frauen dargestellt, die in Einrichtungen leben bzw. die langfristig aufgrund ihrer Erkrankung oder Behinderung auf unterstützende Strukturen einer Einrichtung angewiesen

sind. Diskriminierung und soziale Desintegration sind Probleme, mit denen die betroffenen Frauen sowohl während als auch nach einer psychischen Erkrankung befasst sind. Eine erhöhte Vulnerabilität von Frauen für psychische Erkrankungen ist dabei z. B. im Zusammenspiel mit Gewalterfahrungen gegeben. Weitere wichtige Variablen sind ein niedriger Bildungs- und sozioökonomischer Status. Mit einer psychischen Erkrankung einhergehende berufliche Dequalifizierungsprozesse und Schwierigkeiten eines beruflichen Wiedereinstiegs nach erfolgreich bewältigter Krankheitsphase sind Ausdruck der vielfältigen Desintegrationsmechanismen und Stigmatisierungstendenzen, die sich auf zahlreiche Lebensbereiche der betroffenen Frauen auswirken. Eine Ressourcenperspektive stellt sich damit in ihrer Bedeutung für Gesundheit und Gesundheitsförderung als besonders wichtig dar: insbesondere lebenslange Bildungsprozesse spielen als personale Ressource und als Schutz vor psychischen Erkrankungen eine zentrale Rolle. Eine „Ermächtigung durch Bildung“ kann Frauen (wie im Übrigen auch Männer) mit psychischen Erkrankungen darin unterstützen, auf dem ersten Arbeitsmarkt (wieder) Fuß zu fassen sowie Diskriminierung und sozialer Desintegration entgegenzuwirken.

*Jana Lindner & Frank Hoffmann* berichten aus einer speziellen Perspektive über „*Genderkompetenzen in der Medizin: Brustkrebsfrüherkennung als neues Tätigkeitsfeld für blinde Frauen*“. Das Besondere an diesem Ansatz: Die Durchführung der Brust- bzw. Tastuntersuchung zur Krebsfrüherkennung erfolgt durch speziell qualifizierte, blinde oder sehbehinderte Frauen. Damit wird eine vermeintliche Einschränkung zu einer wertvollen Ressource, da blinde oder in ihrem Sehvermögen beeinträchtigte Menschen zumeist über einen überdurchschnittlich ausgeprägten Tastsinn verfügen. Mit der „Medizinischen Tastuntersucherin (MTU)“ ist es gelungen, ein neues Tätigkeitsfeld für blinde und sehbehinderte Frauen zu schaffen. Der Beitrag reflektiert den Projektverlauf und stellt die entwickelte Untersuchungsmethode anhand eines exemplarischen Untersuchungsablaufes vor. Die Ausbildung und Zertifizierung zur MTU erlaubt es, sehr spezifische Kompetenzen auf den Arbeitsmarkt zu bringen. Hier wird deutlich, dass ökonomische und soziale Prämissen keine widerstreitenden Parameter darstellen müssen, sondern durchaus in Einklang zu bringen sind: MTU leistet nicht nur einen Beitrag zur Verbesserung der Überlebenschancen brustkrebserkrankter Frauen. Gleichzeitig werden auch Behandlungskosten gesenkt. Dabei lassen die auf dem Fundament von *discovering hands*® aufbauenden weiteren Vorhaben ein großes Potenzial in der medizinischen Vorsorge und Prävention erkennen, das über Aus-, Fort- und Weiterbildung von Genderkompetenzen entdeckt und genutzt werden kann. Voraussetzung dafür ist mehr Aufgeschlossenheit und Wertschätzung gegenüber Fachfrauen (und in Erweiterung auch gegenüber Fachmännern) mit Behinderungen in medizinischen Arbeitskontexten. Mit ihren speziellen Ressourcen können sie die

Arbeit mit den Patientinnen und Patienten deutlich bereichern. Der Leitgedanke der Inklusion ist an dieser Stelle eng verbunden mit der Botschaft, dass es im medizinischen Handlungsfeld Mut und Querdenken benötigt, wenn es darum geht, neue, unkonventionelle Wege zu beschreiten.

Die negativen Folgen von Erwerbslosigkeit sind regelmäßig Gegenstand von Krankenkassenstatistiken, Gesundheitsberichten, Fehlzeitenanalysen und sozialmedizinischen Forschungsarbeiten (z. B. Kroll und Lampert 2012; Holleeder 2011). Hier fanden Geschlechterunterschiede lange Zeit wenig Beachtung. Der Beitrag zu „*Arbeitslosigkeit und Gesundheit in der Gender-Perspektive*“ von *Alfons Holleeder & Gisela Mohr* widmet sich explizit diesem Thema. Ein Überblick über Beschäftigungslage und branchenspezifische Erwerbsbeteiligungen von Frauen und Männern skizziert die Entwicklung der Arbeitslosenzahlen im zeitlichen Verlauf. Chronische Erkrankungen sowie insgesamt körperliche und geistige Beeinträchtigungen bedeuten eine potenzielle Hürde am Arbeitsmarkt. Betroffene geraten häufig in eine Negativ-Spirale, in der sich bereits bestehende Ungleichheiten sowohl in gesundheitlicher wie in sozialer Hinsicht verstärken können. Hinzu kommt, dass selbst kurze Phasen von Erwerbslosigkeit die weitere Berufsbiografie zumeist deutlich negativ beeinflussen, z. B. hinsichtlich Bezahlung, Tätigkeitspektrum und Verantwortungsbereich. Phasen von Arbeitslosigkeit können angesichts sich wandelnder Märkte zunehmend in jeder Berufsbiografie auf allen Qualifikationsstufen auftreten – sowohl bei Ungelernten als auch bei akademischen Fachkräften. Die Risiken für Arbeitsplatzverlust, ebenso wie Chancen auf Reintegration in den Arbeitsmarkt stellen sich für Frauen und Männer jedoch unterschiedlich dar. Mit ihrer identitätsstiftenden, sinngebenden und anerkennungsbildenden Funktion bedeutet Erwerbsarbeit nicht nur regelmäßigen Verdienst, sondern auch feste Zeitstrukturen im Tagesablauf und soziale Kontakte. So verwundert es nicht, dass im Zuge von Erwerbslosigkeit gesundheitliche Einschränkungen wie depressive Störungen, Panikstörungen, Phobien oder somatoforme Störungen auftreten, sich das Risiko für vorzeitige Mortalität erhöht und die allgemeine Lebenszufriedenheit deutlich sinkt. Die Erwerbslosigkeitsforschung zeichnet ein nur wenig konsistentes Bild zu Geschlechterspezifika in der physischen und psychischen Gesundheit von Arbeitslosen im Vergleich zu Erwerbstätigen. Die empirischen Befunde legen nahe, nicht allein auf Geschlechterunterschiede zu fokussieren. Vielmehr variieren gesundheitsbezogene Belastungen infolge von Erwerbslosigkeit ebenso wie der Umgang mit der Tatsache „arbeitslos zu sein“, vor allem *innerhalb* der Geschlechtergruppen und zwischen verschiedenen Subgruppen. Zudem sind Faktoren, wie z. B. Dauer und Häufigkeit von Arbeitslosigkeit, wichtige Effektgrößen für psychische Gesundheit. Geschlechterspezifische Strukturen von Arbeitslosigkeit verweisen auf unterschiedliche Lebensumstände von Frauen und Männern, die

eng mit geschlechterstereotypen Rollenanforderungen korrespondieren (Beispiel: innerfamiliäre Arbeitsteilung) und mit spezifischen Schutz- und Risikofaktoren für Gesundheit einhergehen. Das bedeutet, dass Frauen und Männer bei Erwerbslosigkeit mit anders gelagerten gesundheitsrelevanten Belastungen und strukturellen Problemlagen konfrontiert sind. Es fehlt bislang an theoretischen Modellen, die Aussagen zu den Wirkungszusammenhängen zwischen Geschlecht, Arbeitslosigkeit und Gesundheit aufzeigen. Diese Lücke zu schließen ist eine wichtige Voraussetzung zur Entwicklung von Interventionsmaßnahmen, um während Phasen von Arbeitslosigkeit Gesundheit erhalten, Gesundheitspotenziale stärken und bereits eingetretene Gesundheitsstörungen reduzieren zu können. Neben traditionellen verhaltenspräventiven Maßnahmen bieten sich hier vor allem arbeitsmarktintegrierte Ansätze an, die auf eine Erhöhung der Beschäftigungsfähigkeit ausgerichtet sind und durch spezielle Qualifizierung einer geschlechtersensiblen biografischen Perspektive folgend die Heterogenität der sozialen Lebenssituationen von Frauen und Männern anerkennen.

*Uta Walter* schließt mit ihrem Beitrag unmittelbar an, indem sie der Frage nachgeht, welche Richtung „*Auf dem Weg zu einem gendersensiblen Betrieblichen Gesundheitsmanagement*“ einzuschlagen ist. Deutlich wird, dass das Thema psychische Gesundheit mehr Aufmerksamkeit in Unternehmen erfordert. Eine Strategie, die sich auch unter ökonomischen Gesichtspunkten positiv darstellt, denn Investitionen in die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter machen sich langfristig im Sinne verbesserter betrieblicher Outcomes bemerkbar. Dabei sollte ein zielgruppendifferenziertes Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) präferiert werden. Zentrale Qualitätsmerkmale eines solchen BGM sind ein konsequent gendersensibles Vorgehen sowie eine Orientierung an den spezifischen Bedarfen der verschiedenen Zielgruppen innerhalb der Mitarbeiterschaft. Empirische Ergebnisse zu Geschlechterunterschieden in psychischen Beeinträchtigungen und psychiatrischen Erkrankungen zeigen höhere Prävalenzraten für Frauen in fast allen Krankheitsentitäten. Als nicht zu unterschätzende Belastungsquelle, vornehmlich für Frauen, stellt sich eine abhängige Beschäftigung im Dienstleistungssektor dar. Ob diese Unterschiede einer geschlechterspezifischen Prädisposition und einer höheren Vulnerabilität von Frauen geschuldet sind oder der Logik eines nach Geschlecht segregierten Arbeitsmarktes folgen bleibt offen. Auf jeden Fall begründen die deutlichen geschlechterbezogenen Prävalenzunterschiede vorsorgendes Handeln im Rahmen einer genderorientierten Unternehmenspolitik. Dabei sind unter der Prämisse eines engen Zusammenspiels von Belastungen und Ressourcen gesundheitsfördernde Aspekte (persönliche, soziale und organisationale) im BGM von zentraler Bedeutung. Für den Dienstleistungsbereich mit seinen vielfältigen gesundheitlichen Belastungspotenzialen sollte die Umsetzung von BGM höchste Priorität haben. Zu den besonders belasteten Berufsgruppen zählen speziell jene,

die ihre tägliche Arbeit in den Dienst anderer Menschen stellen und die in den Bereichen Pflege, Betreuung, Beratung tätig sind. Im Gesundheitswesen entwickelt sich BGM selbst in kleineren Krankenhäusern und niedergelassenen Praxen sowie Versorgungszentren zu einer unabdingbaren Größe, um die Gesundheit der Beschäftigten gezielt zu fördern und zu erhalten (Obermann 2014).

Weit entfernt von vergleichbaren Bemühungen um gesundheitsförderliche, geschweige denn arbeitsrechtlich abgesicherte Arbeitsbedingungen sind die häufig im Hintergrund agierenden Berufsgruppen, wie z. B. die sogenannten Care-Arbeiterinnen. Sie erbringen in Privathaushalten nicht selten „rund um die Uhr“ Pflege- und Versorgungsleistungen für einen unterdurchschnittlichen Lohn, bei mangelnder oder unzureichender arbeitsschutzrechtlicher Regelung. Die Tendenz, Fachkräfte, aber auch ungelernte Kräfte aus dem Ausland für eine Tätigkeit in der häuslichen und stationären Altenpflege anzuwerben, vermag auf den ersten Blick als plausible Lösung für den Personalmangel im eigenen Land erscheinen. Bei genauerem Hinsehen erschließt sich jedoch ein neues und expandierendes Feld für soziale Ungleichheiten, das überdies die (fortbestehende) Abwertung der vornehmlich von Frauen geleisteten häuslichen Betreuungs- und Versorgungsarbeit impliziert. Die Entwicklungen in diesem Bereich sind regelmäßig Kristallisationspunkt kontroverser Diskussionen und konkurrierender Interessen sowohl in der Politik als auch in Fachkreisen. Dass kritische Einwände durchaus ihre Berechtigung haben, zeigt Katharina Gröning. Unter dem Titel „*Versorgung pflegebedürftiger alter Menschen im Spiegel von Migration und Geschlecht*“ gibt sie eine Einschätzung dazu ab, welche Folgen die grenzüberschreitenden Möglichkeiten zur Beschäftigung von Migrantinnen in Deutschland für die Geschlechtergerechtigkeit haben können und welche Geschlechterasymmetrien mit diesen Entwicklungen möglicherweise einhergehen. Eine Differenzierung zwischen der Beschäftigung von Migrantinnen in haushaltsnahen Bereichen, z. B. in der Angehörigenpflege, und in der professionellen Altenpflege verweist zwar auf unterschiedliche Problematiken. Für beide Bereiche gilt aber, dass trotz verbesserter formeller und legalisierter Grundlagen für die Beschäftigung von Betreuungs- und Pflegekräften nach wie vor zahlreiche Prekaritäten kennzeichnend sind. Ein Kernproblem besteht in den deutlichen Geschlechterasymmetrien sowohl im Bereich der professionellen als auch in der häuslichen Pflege. Eine Gleichstellung von Frauen im Erwerbsleben wird auf diese Weise weitgehend unterminiert. Wenn es um die Qualität der Altenpflege in Deutschland geht, dann ist es auch wesentlich zu klären, unter welchen Bedingungen eine Beschäftigung in der Altenpflege erfolgen soll. Obschon mit dem Übereinkommen der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO) „Menschenwürdige Arbeit für Hausangestellte“ eine verbesserte rechtliche Stellung von Pflegekräften mit Migrationshintergrund in Deutschland erzielt wurde, dürfte unzweifelhaft sein, dass weitere staatliche Einsparungen und gleichzeitig abneh-

mende familiäre Unterstützungsmöglichkeiten in der häuslichen Pflege privaten Care-Arrangements mit prekären Arbeitsbedingungen Vorschub leisten.

Der Wunsch vieler hochaltriger Menschen trotz und gerade angesichts einer Erkrankung oder wachsender Immobilität möglichst lange in der vertrauten Lebensumwelt und in der eigenen Wohnung zu verbleiben ist allzu verständlich. Er impliziert aber gleichzeitig einen steigenden Bedarf an gesundheits- und personenbezogenen Versorgungsleistungen, und weckt eine wachsende Nachfrage nach flexiblen, standortunabhängigen Versorgungsangeboten (Meyer et al. 2014). In Zeiten des demografischen Wandels und angesichts zahlreicher Veränderungen in den Lebensverhältnissen und Lebensstilen, bietet die Telemedizin innovative Antworten auf neue Bedarfe in der gesundheitlichen Versorgung. Ihr Einsatz ermöglicht über die gesamte Versorgungskette hinweg räumlich-zeitliche Distanzen zu überbrücken und so Versorgungslücken zu schließen oder aber den Zugang zu entsprechenden Versorgungsleistungen zu erleichtern. Die Entwicklung und erfolgreiche Etablierung telemedizinischer Anwendungen sollte möglichst umfassend den Bedürfnissen der Nutzerinnen und Nutzern entsprechen. Mit dem Beitrag „*Alters- und geschlechtersensible Nutzerorientierung zur Förderung der Akzeptanz telemedizinischer Verfahren bei Patientinnen und Patienten*“ betreten *Christoph Dockweiler, Anne Wewer & Rainer Beckers* ein noch wenig untersuchtes Feld. Zunächst werden Kriterien beschrieben, die erfüllt sein sollten, damit telemedizinische (Dienst-)Leistungen den unterschiedlichen Ansprüchen und Bedarfslagen der potenziellen Nutzerinnen und Nutzer gerecht werden. Die Bereitschaft zur Nutzung technischer Geräte sowie Akzeptanzbarrieren gegenüber technischer Unterstützung in der Bewältigung von Krankheitsprozessen werden direkt und indirekt vom Geschlecht beeinflusst. Darüber hinaus stellen Lebensalter bzw. Lebensphase und Generationenzugehörigkeit weitere akzeptanzrelevante Variablen dar. Faktoren wie Lebensalter und Geschlecht werden in Forschungsprojekten aktuell bereits häufig (mit)bearbeitet. Die Bewertung und Akzeptanz telemedizinischer Leistungen könnte jedoch noch weitaus besser geklärt werden, wenn Alter und Geschlecht nicht als isolierte Größen, sondern in Zusammenhang mit weiteren Faktoren aus einer Lebensverlaufsperspektive heraus berücksichtigt würden. Letztlich steht und fällt der geschlechtersensible Einsatz telemedizinischer Anwendungen mit der ärztlichen Kompetenz und dem erforderlichen Geschlechterwissen. Der Einsatz neuer Technologien und Dienstleistungen bedeutet veränderte Interaktion und Kommunikation für alle beteiligten Akteurinnen und Akteure, die es in Aus- und Weiterbildung zu integrieren gilt. Das hier viel Nachholbedarf besteht, darauf verweist eine aktuelle Studie der Universität Bielefeld, in der deutschlandweit Studierende an medizinischen Fakultäten zum Grad der Informiertheit über und zu ihren Einstellungen zur Telemedizin befragt wurden (Dockweiler und Hornberg 2013).

Dass Geschlechterkompetenzen im täglichen Arbeitskontext für eine Vielzahl von Gesundheits- und Sozialberufen eine wichtige Größe darstellen, wird besonders deutlich im Umgang mit gewaltbetroffenen Frauen und Männern in sämtlichen Versorgungsbereichen. Nicht erst seit der 2014 von der Agentur für Grundrechte der EU (FRA) veröffentlichten Studie zu „Gewalt gegen Frauen“ ist bekannt, dass körperliche und sexuelle Gewalt in unterschiedlichsten Täter-Opfer-Konstellationen<sup>2</sup>, insbesondere aber für Frauen und Mädchen in allen Altersgruppen, ein nicht zu unterschätzender Risikofaktor für die Gesundheit ist. Jedoch ist die Praxis der medizinischen und nicht-medizinischen Gesundheitsberufe zumeist durch eine unzureichende Vorbereitung auf die Konfrontation mit bzw. das Erkennen von gewaltbetroffenen Patientinnen und Patienten charakterisiert. Neben fehlender oder unzureichender Qualifikation in der Aus- und Fortbildung ist Zeitknappheit, die zuallererst ökonomischen Vorgaben geschuldet ist, eine Barriere, die es verhindert, sich mit der Thematik auseinanderzusetzen. Erschwerend kommt die Brisanz des Themas Gewalt hinzu: Auf Seiten der Behandelnden kann dies zu Unsicherheiten im Handeln (z. B. Ängste, dass ein direktes Ansprechen von Gewalt das Vertrauensverhältnis zerstören könnte) oder sogar zum Nicht-Handeln führen (Hagemann-White und Bohne 2003). Die defizitäre Ist-Situation markiert einen erheblichen Hilfebedarf einerseits auf Seiten der Betroffenen und andererseits auf Seiten der Institutionen an der Schnittstelle von Sozial- und Gesundheitswesen, die Unterstützung und Hilfe für gewaltbetroffene Frauen anbieten.

*Brigitte Sellach* wendet sich aus der Perspektive der sozialwissenschaftlichen Frauen- und Geschlechterforschung der Unterstützung von gewaltbelasteten Frauen in der ambulanten medizinischen Versorgung zu und beschreibt „*Die Bedeutung von Gewalt im System der Gesundheitsversorgung am Beispiel des Modellprojektes „Medizinische Intervention gegen Gewalt“*“. Die Autorin berichtet über den Projektverlauf, positive Entwicklungen und Stolpersteine im Zusammenhang mit den anvisierten Zielen. Die daraus folgenden Konsequenzen für medizinische Interventionen und notwendige Veränderungen innerhalb der Gesundheitsversorgung werden ebenfalls thematisiert. Im Zentrum der Bewertung des Modellprojektes stehen speziell konzipierte Schulungs-Module für einen professionellen Umgang mit gewaltbetroffenen Frauen in der Praxis niedergelassener Ärztinnen und Ärzte sowie ein speziell entwickelter Implementierungsleitfaden. Als evidenzbasiertes Handlungskonzept soll dieser Leitfaden bundesweit einheitliche Interventionsstandards in der medizinischen Versorgung von gewaltbelasteten Frauen

---

<sup>2</sup> Wir möchten an dieser Stelle explizit darauf hinweisen, dass auch Jungen und Männer Opfer von Gewalt sind, die im Gesundheitswesen ebenfalls auf unvorbereitete Strukturen und Akteurinnen und Akteure treffen. In unseren Ausführungen stehen allerdings aufgrund der nachgewiesenen höheren Betroffenheit Frauen im Zentrum.

sicherstellen. Die Autorin beschließt ihren Beitrag mit einem Plädoyer für mehr Engagement im Prozess der weiteren Implementierung des Leitfadens von Seiten übergeordneter Instanzen, wie z. B. der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, den Berufsverbänden und den Ärztereinigungen, der Fachpolitik, aber auch von Seiten der in der Praxis tätigen Medizinerinnen und Mediziner.

Angehende und bereits im Beruf stehende Medizinerinnen und Mediziner gilt es für Besonderheiten im Gesundsein und Kranksein von Frauen und Männern in ihren heterogenen Lebensbezügen und -lagen zu sensibilisieren. Dies impliziert zugleich die erforderliche Kompetenzvermittlung im Umgang mit häuslicher Gewalt als fester Bestandteil der Aus- und Weiterbildung. Geschlechterkompetenz ist ein zentraler Schlüsselbegriff nicht nur auf der Ebene einzelner Akteurinnen und Akteure im Gesundheitswesen, sondern auch auf der Mesoebene der Einrichtungen im Gesundheitswesen sowie auf der politischen Makroebene mit ihren vielfältigen Steuerungsfunktionen. Der Erwerb bzw. die Aneignung profunder Geschlechterkompetenzen im Umgang mit gesundheitsrelevanten Fragen und Anliegen ist auf allen Ebenen von besonderer Bedeutung. Grundlegende Kenntnisse der verschiedenen Diskurse und Etappen in der Geschlechtertheoriebildung, Wissen um Prozesse der sozialen Konstruktion von Geschlecht, um die Bedeutung geschlechterspezifischer somatischer Kulturen sowie den Einfluss des sozio-kulturellen Geschlechts auf Gesundheit und Krankheit, sind nur einige Elemente des erforderlichen Kompetenz-Fundaments, auf das eine geschlechterbezogene Sichtweise in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung aufbauen kann. Geschlecht – sowohl Gender als auch Sex – zusammen mit weiteren differenzierenden Einflussfaktoren wie Sozialstatus, Lebensphase und ethnische Herkunft in unterschiedlichen Lebenssituationen und biografischen Bezügen zu betrachten, ist in Medizin und Public Health nicht allein mit Blick auf die Zielgruppe(n) bzw. Adressatinnen und Adressaten unverzichtbar. Eine derart erweiterte Sichtweise erweist sich für die professionelle Ebene als ebenso wichtig und erfordert einen Perspektivwechsel: von der Ebene der „zu Behandelnden“ auf die Ebene der Profession(en) selber und damit auf die Ebene derjenigen Expertinnen und Experten, die in übergeordneten Einrichtungen des Gesundheitswesens gefordert sind, geschlechterkompetent und gendersensibel zu agieren. Hier sind nicht zuletzt die Ausbildungseinrichtungen gefordert.

Ob und wie „*Gendersensibilität und Geschlechterwissen als Kernkompetenz in der Medizin*“ in der Ausbildung vermittelt und damit wichtige „*Voraussetzung und Chance für eine geschlechtergerechte Gesundheitsversorgung*“ realisiert werden kann, ist Thema des Beitrags von *Claudia Hornberg, Andrea Pauli & Birgitta Wrede*. Er beschreibt wesentliche Elemente eines Kompetenz-Fundaments, auf das eine geschlechterbezogene Perspektive und ein entsprechendes Handeln in der medizinischen Praxis und in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung auf-

bauen kann. Dazu wird zunächst die Bedeutung der Geschlechtszugehörigkeit in medizinischen Settings analysiert und die besondere Bedeutung der Kompetenz geschlechtersensibler Gesprächsführung beschrieben. Mit dem Stellenwert sowie der Vermittlung von Gendersensibilität und Geschlechterwissen als Qualitätskriterium im Studium beschäftigen sich die weiteren Ausführungen. Ausgehend vom Status quo der medizinischen Ausbildung werden grundlegende inhaltliche Eckpunkte eines Curriculums beschrieben, das Gendersensibilität und Geschlechterwissen als Kernkompetenz in der Ausbildung von Medizinerinnen und Medizinern beinhaltet. Darauf aufbauend werden einige Modellprojekte vorgestellt. Ergänzt werden die Darstellungen zum medizinischen Genderblick mit einer Erweiterung der Überlegungen um die Dimension „Migrationspezifische Diversität“.

Wie es gelingen kann gesundheitsbezogenes Gender-Know-How themenbezogen zu bündeln und in einen trans- und interdisziplinären top-down und bottom-up-Austausch in Wissenschaft, Forschung, Politik und Praxis zu transferieren, ist Gegenstand des abschließenden Beitrags „Kompetenz(zentrum) Frauen & Gesundheit“ von Mareike Riweler, Andrea Pauli & Claudia Hornberg. Sie beschreiben die Ziele und Herausforderungen eines solchen Projektes. Neben zahlreichen anderen Faktoren steht der Theorie-Praxis-Transfer im Zentrum. Vor allem der Transfer von theoretischem Wissen in die Praxis (und umgekehrt) leidet im Kontext von „Medizin – Gesundheit – Geschlecht“ unter einem Kommunikationsdefizit. Im schlechtesten Fall führt dies dazu, dass Wissensressourcen aufgrund zahlreicher Kommunikationsbarrieren verloren gehen oder aber die eigentlichen Adressatinnen und Adressaten erst mit erheblicher zeitlicher Verzögerung erreichen. Das Kompetenzzentrum mit seinen Organisationsstrukturen und Vernetzungsaufgaben kann dazu beitragen, Reibungsverluste dieser Art zu vermeiden und die Brücke zwischen Medizin und Public Health zu stärken.

### **Anmerkungen zum geschlechtergerechten Sprachgebrauch**

Wie eine geschlechtergerechte Sprache in den einzelnen Beiträgen umgesetzt und sprachliche Eindeutigkeiten in der Geschlechterzuordnung hergestellt wurden, blieb den Autorinnen und Autoren überlassen. Denn zum einen ist Geschlechterangemessenheit in der Textgestaltung stark vom Thema und vom Bezugskontext beeinflusst. Zum anderen spiegeln sich kontroverse Diskussionen der diversen Theorien zu Gleichheit, Differenz und Dekonstruktion in der Frauen- und Geschlechterforschung im jeweiligen Sprachgebrauch wider. Die Art, wie Geschlechterverhältnisse und Geschlechterdifferenzen interpretiert werden, ist unmittelbar verbunden mit den Prämissen und dem spezifischen Erkenntnisinteresse der jeweiligen Fachkultur, die sich darin abbilden. Letztlich haben geschlechtsneutrale Formulierun-

gen dann ihre Berechtigung, wenn weiterhin die Diversität der Gesellschaft sichtbar bleibt und Geschlechterstereotype in der Sprache vermieden werden.

An dieser Stelle sei der Hinweis erlaubt, dass keinesfalls der Eindruck erweckt werden soll, bestimmte Verhaltensweisen, Eigenschaften oder Kompetenzen seien ausschließlich Frauen oder Männern zuzuordnen. Bei allem Bemühen um eine geschlechtergerechte Sprache bleiben oft all jene Menschen „unbenannt“, die sich in der binären Geschlechterordnung nicht wiederfinden bzw. jenseits der heterosexuellen Norm auf den zahlreichen inter- und transsexuellen Zwischenstufen leben. Die Beiträge des Sammelbandes sollen alle Interessierten ansprechen. Vor diesem Hintergrund sei auf das große Defizit hingewiesen, was zielgruppenspezifische, bedarfsgerechte Antworten auf die gesundheitlichen Bedürfnisse von Menschen mit trans\*- oder inter\*-Lebensentwürfen angeht (z. B. Förderung von Gesundheitsressourcen, Umgang von Medizinerinnen und Medizinern mit speziellen Gesundheitsbelastungen, stationäre Versorgung im Krankheitsfall). Die aktuellen Entwicklungen auf dem Weg zu einer gendersensiblen Medizin und Gesundheitsversorgung, die ihren Namen wirklich verdienen, bieten beste Voraussetzungen, um die vorherrschende Zwei-Geschlechter-Norm in der Gesundheitsforschung und -versorgung kritisch zu reflektieren und entsprechend zu erweitern – nicht zuletzt, um Vorurteile abzubauen und Ausgrenzungstendenzen sowie Diskriminierung entgegenzuwirken. Ebenso wenig, wie sich die möglichen gesundheitlichen Befindlichkeiten auf dem sogenannten Gesundheits-Krankheits-Kontinuum in den beiden Eckpunkten Gesundheit und Krankheit erschöpfen, lässt sich Geschlecht auf die binären Eckpunkte „Frau – Mann oder weiblich – männlich“ reduzieren. So banal diese Feststellung auf den ersten Blick erscheinen mag, so schwierig ist es, die zahlreichen, sich überschneidenden Identitätsaspekte, die Geschlecht und Gesundheit charakterisieren, konsequent zu berücksichtigen und der Unterschiedlichkeit von Lebenslagen Rechnung zu tragen.

---

## Literatur

- Bardehle, Doris & Stiehler, Matthias (Hrsg.) (2010): Erster Deutscher Männergesundheitsbericht. München: Zuckschwerdt Verlag
- Bieber, Daniel & Geiger, Manfred (Hrsg.) (2014): Personenbezogene Dienstleistungen im Kontext komplexer Wertschöpfung. Wiesbaden: Springer Fachmedien
- Dockweiler, Christoph & Hornberg, Claudia (2013): Einstellungen und Wissensbestände von Studierenden der Humanmedizin zur Telemedizin in Deutschland. In: Duesberg (2013): 250–253
- Duesberg, Frank (Hrsg.) (2013): e-Health 2014. Informations- und Kommunikationstechnologien im Gesundheitswesen. Solingen: medical future verlag

- Hagemann-White, Carol & Bohne, Sabine (2003): Versorgungsbedarf und Anforderungen an Professionelle im Gesundheitswesen im Problembereich Gewalt gegen Frauen und Mädchen. Expertise für die Enquete-Kommission „Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in Nordrhein-Westfalen“. [http://www.gesine-intervention.de/images/gewalt\\_expertise\\_endfassung2.pdf](http://www.gesine-intervention.de/images/gewalt_expertise_endfassung2.pdf) (letzter Zugriff 13.07.2015)
- Hollederer, Alfons (2011): Erwerbslosigkeit, Gesundheit und Präventionspotenziale. Wiesbaden: VS Verlag
- Kroll, Lars E. & Lampert, Thomas (2012): Zahlen und Trends aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Arbeitslosigkeit, prekäre Beschäftigung und Gesundheit. GBE Kompakt 1/2012. Berlin: Robert Koch-Institut (RKI): 1–9
- Kuhlmann, Ellen & Kolip, Petra (2005): Gender and Public Health. Weinheim/München: Juventa
- Melchior, Hanne; Schulz, Holger & Härter, Martin (2014a): Stellenwert regionaler Variationen in der Prävalenz und Behandlung depressiver Erkrankungen und Implikationen für die Versorgungsforschung. In: Bundesgesundheitsblatt 57(2): 224–233
- Melchior, Hanne; Schulz, Holger & Härter, Martin (2014b): Faktencheck Gesundheit. Regionale Unterschiede in der Diagnostik und Behandlung von Depressionen. Studie im Auftrag der Bertelsmann-Stiftung. Gütersloh: Bertelsmann-Stiftung
- Meyer, Thomas; Bienzeisler, Bernd & Klingner, Stephan (2014): Perspektiven einer informationstechnologischen Unterstützung personenbezogener Dienstleistungen. In: Bieber & Geiger (2014): 134–149
- Möller-Leimkühler, Anne Maria & Kasper, Siegfried (2010): Psychische und Verhaltensstörungen. In: Bardehle & Stiehler (2010): 135–159
- Obermann, Konrad (2014): Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit 2013. Deutschlandweite Befragung niedergelassener Ärztinnen und Ärzte sowie leitender Klinikärzte. Stiftung Gesundheit
- Seiler, Martin (2014): INSPIRE-Daten im Gesundheitswesen – Status und Potenzial. In: Strobl et al. (2014): 303–308
- Scheipl, Susanne & Rásky, Éva (Hrsg.) (2012): Gender-Unterschiede in der Orthopädie. Wien: facultas
- Schrötte, Monika; Hornberg, Claudia et al. (2013): Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen in Deutschland. <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/publikationen,did=199822.html> (letzter Zugriff 20.07.2015)
- Stengler, Katarina; Glaesmer, Heide & Dietrich, Sandra (2011): Gender- und geschlechtsspezifische Aspekte in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Forschung: eine bibliometrische Analyse. In: Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie 59(4): 305–310
- Strobl, Josef; Blaschke, Thomas; Griesebner, Gerald & Zigel, Bernhard (Hrsg.) (2014): Angewandte Geoinformatik 2014. Berlin/Offenbach: Herbert Wichmann Verlag

**Dr. med., Dipl.-Biol. Dipl.-Ökol. Claudia Hornberg** Fachärztin für Hygiene und Umweltmedizin; Netzwerkprofessor für biologische und ökologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften unter besonderer Berücksichtigung geschlechterspezifischer Aspekte; Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld

Arbeitsschwerpunkte:

- Frauen- und Männergesundheit
- Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen
- Umweltgerechtigkeit
- Multiresistente Erreger und nosokomiale Infektionen
- Environmental Burden of Disease.

**Andrea Pauli** Erzieherin; Dipl. Sozialpädagogin (FH); MPH; Wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Arbeitsgruppe „Umwelt und Gesundheit“, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld.

Arbeitsschwerpunkte:

- Frauen- und Männergesundheitsforschung
- Umweltgerechtigkeit
- Sozialräumliche Entwicklung und Öffentliche Daseinsvorsorge
- Green Care (Verbindung von natur- und tiergestützten Interventionen).

**Dr. phil. Birgitta Wrede** Wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Geschäftsführung des Interdisziplinären Zentrums für Frauen- und Geschlechterforschung (IFF), Universität Bielefeld; Mitglied im Netzwerk Frauen- und Geschlechterforschung NRW; Sprecherin der Konferenz der Einrichtungen für Frauen- und Geschlechterforschung im deutschsprachigen Raum (KEG).

Arbeitsschwerpunkte:

- Sexualität und Sexualpädagogik
- Institutionalisierungsprozesse
- Geld und Geschlechterverhältnisse.