

Auszug aus:

Geschlecht, Gesundheit und Krankheit - Männer und Frauen im Vergleich, Klaus Hurrelmann, Petra Kolip (Hrsg.), Bern [etc.], Hans -Huber, 2002

Der Band nimmt zum ersten Mal eine systematisch vergleichende Perspektive in der geschlechterbezogenen Gesundheitsforschung ein. Für den Bereich der Frauengesundheitsforschung können hier die Autorinnen und Autoren an eine schon 20-jährige Tradition anknüpfen, die zu einer beachtlichen Breite von wissenschaftlichen Studien geführt hat. Das gilt für das noch neue Gebiet der Männergesundheitsforschung nicht. Die Autoren und Autorinnen treten für eine vergleichende Geschlechtergesundheitsforschung ein, ohne die Besonderheiten der Frauen- und Männergesundheitsforschung zu vernachlässigen (Umschlagtext)

Ausleihe:

InfoDoc Gesundheitsförderung

www.infodoc-gf.ch

Mail: infodoc@radix.ch

Tel: 044 360 41 00

Geschlecht – Gesundheit – Krankheit: Eine Einführung

Petra Kolip und Klaus Hurrelmann

1. Die Entwicklung von Frauen- und Männergesundheitsforschung

Die Frauengesundheitsforschung kann in Deutschland auf eine mehr als 20 Jahre alte Tradition mit zwei Wurzeln zurück blicken. Die eine Wurzel ist die Frauengesundheitsbewegung der Siebziger- und Achtzigerjahre, die der Entmündigung von Frauen im Medizinsystem eine Aktivierung des Selbsthilfepotenzials entgegen setzte. Selbstuntersuchungen, die (Wieder-) Aneignung von natürlichen Heilverfahren und der Aufbau alternativer Versorgungsangebote, wie z. B. Frauenhäuser und -notrufe, Frauengesundheitszentren und Geburtshäuser, machten die Schwerpunkte der Arbeit aus (Boston Women's Health Book Collective 1976; Hexengeflüster o. J.; Stolzenberg 2001). Die Frauengesundheitsforschung war eng mit dieser sozialen Bewegung verbunden und verstand sich als deren theoretischer Arm. Sie hat deshalb immer die Verbindung zur Praxis gesucht, denn ihr ging es nie nur um die reine Forschung, sondern stets auch darum, die gesundheitliche Lage von Frauen zu verbessern.

Die zweite Wurzel der Frauengesundheitsforschung bildet die sozialwissenschaftliche Frauenforschung, die sich aus feministischer Perspektive mit der Rolle von Frauen in Beruf und Familie, der gesellschaftlich bedingten Ungleichheit zwischen den Geschlechtern und den sozialen und kulturellen Vorstellungen über Frauen und Männer auseinandergesetzt, aber auch körperbezogene Themen wie das sexuelle Selbstbestimmungsrecht, die Technisierung der Medizin,

die Medikalisierung des weiblichen Lebenslaufs und die Auswirkung sexueller Gewalt auf die Gesundheit aufgegriffen hat.

Aus diesen beiden Quellen ergaben sich Impulse, die gesellschaftlichen und personalen Bedingungen zu untersuchen, unter denen die Gesundheit von Frauen erhalten und Krankheit verhindert werden kann, und die Strukturen zu analysieren, welche Gesundheits- und Krankheitsversorgung Frauen hinsichtlich Prävention, Therapie, Rehabilitation und Pflege benötigen und wie diese Versorgung der besonderen Lebenslage und den spezifischen psychosozialen Lebensbedingungen von Frauen gerecht werden. Die Einbettung dieser Fragen in eine Diskussion über die Konstruktion der Geschlechterverhältnisse, den Einfluss des zweigeschlechtlichen Systems und der damit verbundenen Geschlechterhierarchie auf die Gesundheit war selbstverständlich.

Die Frauengesundheitsforschung war damit immer auch politisch verankert; sie verstand sich – in den Achtzigerjahren vielleicht expliziter als heute – als Teil einer politischen Bewegung, der es auch darum ging, einen konkreten Beitrag zum Abbau geschlechtlicher Ungleichheit zu leisten.

Nach den Anfängen zu Beginn der Achtzigerjahre – 1981 erschien der erste deutschsprachige Sammelband zur Frauengesundheitsforschung unter dem Titel «Was macht Frauen krank?» (Schneider 1981) – gewannen Themen zur Gesundheit von Frauen und zu den sie beeinflussenden Faktoren Ende der Achtzigerjahre in der sozialwissenschaftlichen Forschung – nicht

aber in der Medizin¹ – Präsenz. Es hatte sich ein heterogenes Themenfeld herausgebildet, das eine starke sozialwissenschaftliche Akzentsetzung erkennen ließ. Auch heute noch lässt sich ein sozialwissenschaftliches Übergewicht feststellen, das u. a. zur Folge hat, dass biologische Erklärungsansätze in den Modellen eine geringe Rolle spielen und vor allem solche Themen bearbeitet werden, die sich mit den gesellschaftlichen, sozialen und kulturellen Einflussfaktoren auf die Gesundheit befassen. Erst in jüngster Zeit wird der Beitrag biologischer Faktoren zu den Geschlechtsunterschieden in Gesundheit und Krankheit stärker diskutiert (Institute of Medicine 2001), nicht zuletzt, weil durch die Entschlüsselung des menschlichen Genoms insgesamt ein biologischer Schwenk in der Gesundheitsforschung ausgelöst wurde.

Die Forschungsprojekte der Achtzigerjahre waren zwar vielfältig, aber meist vereinzelt, ein größeres Netzwerk war nicht erkennbar (Helfferich/von Troschke o. J.). Mit der Etablierung und Förderung von Public-Health-Forschungsverbänden wurde dann ein Institutionalisierungsschub ausgelöst. Zum einen gelang es, Kompetenzen und Expertise in der gesundheitswissenschaftlichen Forschung zu bündeln. Zum anderen war es durch die Verbundförderung an einzelnen Standorten möglich, eigene Strukturen zu bilden (z. B. den Arbeitskreis Frauen und Gesundheit im Norddeutschen Forschungsverbund Public Health, der mit einer viel beachteten Ringvorlesung auf sich aufmerksam machte; Arbeitskreis 1998) bzw. sich in neu entstehende Netzwerke (wie das Nationale Netzwerk Frauengesundheit) einzubinden. Zum anderen etablierten sich in wissenschaftlichen Fachgesellschaften Arbeitskreise oder Fachbereiche «Frauen und Gesundheit», so in der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention – DGSM (Maschewsky-Schneider et al. 2001) – und in der Deutschen Gesellschaft für Medizinsoziologie – DGMS (Begenau/Helfferich 1997). Damit wurden auch innerhalb der Fachgesellschaften frauenspezifische Themen und Anliegen «salonfähig». Und schließlich hat die Frauengesundheitsforschung von einem hochschulpolitischen Trend profitiert: In vielen Fachdisziplinen haben sich Frauen- oder Gender-Studien etabliert, und es wurde für eine Einrichtung entsprechender

Professuren gekämpft. Einige Bundesländer wie NRW und Bremen haben «Netzwerke Frauenforschung» gegründet und an zahlreichen Universitäten Frauenforschungsprofessuren eingerichtet. Auf diesem Weg gelang es, auch in den Gesundheitswissenschaften Frauenforschungsprofessuren zu verankern.

Die Frauengesundheitsforschung in Deutschland kann also auf eine – wenn auch manchmal zähe und von Rückschlägen gekennzeichnete – 20-jährige Erfolgsgeschichte zurück blicken. In den beiden Dekaden wurde viel erreicht:

- Dass sich Männer und Frauen in ihrer gesundheitlichen Lage und in ihren gesundheitlichen Bedürfnissen unterscheiden und dass das Geschlecht eine zentrale Variable ist, die den Gesundheitszustand beeinflusst, gehört mittlerweile zum gesundheitswissenschaftlichen Basiswissen. Daran anknüpfend haben einige Bundesländer geschlechtervergleichende oder frauenspezifische Gesundheitsberichte in Auftrag gegeben, um auf dieser Grundlage länderspezifische Ansatzpunkte für die Verbesserung der gesundheitlichen Lage identifizieren zu können (Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes NRW 2000; Sozialministerium Baden-Württemberg 2000; Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales 2000; Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales Bremen 2001).
- Es ist mittlerweile deutlich geworden, dass sich die Gesundheit von Frauen nicht auf Fragen der Reproduktion und der Geschlechtsorgane beschränkt, sondern dass eine geschlechtersensible Betrachtung in allen Bereichen der Gesundheitsforschung eine Rolle spielen muss. Zahlreiche Forschungslücken konnten identifiziert und in einigen Bereichen auch ansatzweise geschlossen werden. Dies betrifft vor allem die Ursachen, Verläufe und Therapiemöglichkeiten bei zahlreichen

¹ Das hat sich erst in den letzten Jahren geändert: Zunehmend finden Themen der Frauengesundheitsforschung Eingang in die Medizin, und erste Institutionalisierungsversuche – z. B. die Einrichtung von medizinischen Lehrstühlen zur Frauengesundheitsforschung – sind erkennbar.

Krankheiten, bei denen bis vor kurzem von einem männlichen Normmodell ausgegangen wurde. Die meisten Beiträge im Kapitel zur geschlechtervergleichenden Darstellung ausgewählter Krankheiten werden auf die aktuelle Forschungs- und Datenlage bei diesen Krankheiten eingehen. Wir haben hier vor allem jene Krankheiten ausgewählt, von denen Männer und Frauen häufig betroffen sind (z. B. Herz-Kreislauf-Krankheiten (Ursula Härtel), Diabetes mellitus (Michael Berger/Ingrid Mühlhauser), Krebserkrankungen (Dieter Borgers) und Krankheiten des Bewegungsapparates (Ruth Deck und Thomas Kohlmann) oder bei denen bereits ein breites Wissen über geschlechtsspezifische Profile vorhanden ist, wie bei Suchterkrankungen (Gallus Bischof und Ulrich John), psychischen Störungen (Martin Merbach, Susanne Singer und Elmar Brähler) und Essstörungen (Alexa Franke). Diese Beiträge sollen den unterschiedlichen Stand der Forschung illustrieren und Anknüpfungspunkte für weitergehende Forschungsfragen aufzeigen.

- Der Gender-Bias, also Verzerrungen in Forschungsprojekten, die auf eine geschlechterinsensible Planung, Auswertung und Interpretation von Forschungsergebnissen zurückzuführen sind, gerät zunehmend in den Blick. Durch die Arbeiten internationaler Kolleginnen wie Margrit Eichler ist deutlich geworden, dass eine solche Verzerrung in allen Phasen des Forschungsprojektes auftreten kann (Eichler 1991, 1998; siehe auch Ingeborg Jahn in diesem Band). In Kanada wie auch in anderen Ländern liegen Instrumente vor, mit denen ein Gender-Bias systematisch in Publikationen und – wichtiger noch – in Forschungsanträgen identifiziert werden kann. Derzeit werden einige dieser Instrumente ins Deutsche übersetzt (Eichler et al. 2000). Es ist das mittelfristige Ziel, die Förder- und Publikationsrichtlinien zu verändern und Drittmittelgebern einen Kriterienkatalog an die Hand zu geben, damit eine geschlechtergerechte Forschung etabliert werden kann.
- Die Frauengesundheitsforschung hat deutlich gemacht, dass Frauen keine homogene Gruppe sind, sondern dass weitere Differenzierungen eingeführt werden müssen. Der

vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2001) veröffentlichte Frauengesundheitsbericht, der von zahlreichen Wissenschaftlerinnen in einem kooperativen, multiprofessionellen Netzwerk erstellt wurde, macht dies mit seinem Fokus auf die Unterschiede in den neuen und alten Bundesländern deutlich.

- Schließlich werden Themen zur Frauengesundheit inzwischen auch auf die politische Tagesordnung gesetzt. So werden nicht nur geschlechtervergleichende Gesundheitsberichte in mehreren Bundesländern erstellt oder ExpertInnen- und Enquete-Kommissionen zur Entwicklung von geschlechtergerechten Versorgungsangeboten (Hamburg, NRW) eingesetzt, sondern auch im Bundestag war die Gesundheitsversorgung von Frauen Thema mehrerer Anhörungen.

Trotz dieser Erfolge: Andere europäische Länder und die USA haben gezielte Forschungsprogramme eingeleitet, um zum Beispiel Risiken für Herz-Kreislauf-Krankheiten, Brustkrebs und Osteoporose zu untersuchen und präventive Interventionen zu evaluieren.

In diesen und in anderen Bereichen besteht im deutschen Sprachraum nach wie vor ein erheblicher fachlicher und auch infrastruktureller Nachholbedarf (Arbeitskreis Frauen und Gesundheit 1998; Helfferich 1996; Maschewsky-Schneider 1997). Aber nicht nur mit der Etablierung umfangreicher gendersensibler oder frauenspezifischer Forschungsprogramme sind uns andere Länder voraus, auch die theoretische Diskussion hat sich andere Bereiche erschlossen. So werden in Großbritannien Themen der Frauengesundheit stärker mit dem Diskurs über die soziale Ungleichheit verbunden (Annandale/Hunt 2000; Doyal 1995, 2000; für Deutschland: Babitsch 2000; siehe auch den Beitrag von Andreas Mielck in diesem Band), wodurch das Augenmerk mehr auf die Frage gelenkt wird, inwieweit die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen verändert werden müssen, um die gesundheitliche Ungleichheit zwischen den Geschlechtern zu reduzieren (Gijsbers van Wijk et al. 1996).

Seit ein paar Jahren findet die Frauengesundheitsforschung durch die Männergesunde²

schung eine Ergänzung. Allerdings ist der Stand der Forschung und Praxis hier noch als wesentlich ungünstiger zu beurteilen. Da eine spezifische «Männerbewegung» in Analogie zur Frauenbewegung nur in Ansätzen existierte, fiel auch der hierdurch angeregte gesundheitsbezogene Impuls aus. Eine «Männergesundheitsbewegung» hat es im deutschen Sprachraum bisher nur auf lokaler Basis durch Einzelinitiativen gegeben, und auch die Männergesundheitsforschung hat bislang nur selten durch Publikationen auf sich aufmerksam gemacht. Zwar liegen mittlerweile einige Überblicksarbeiten und Sammelbände vor (z. B. Luck et al. 2000; Sabo/Gordon 1995), und im deutschsprachigen Raum ist auch ein erster Männergesundheitsbericht erschienen (Magistrat der Stadt Wien 1999), in den einschlägigen Fachjournalen wird das Thema Männergesundheit aber allenfalls in Editorials und Kurzbeiträgen aufgegriffen (Kraemer 2000; Yamey 2000).

Dieses Defizit wird keineswegs etwa dadurch ausgeglichen, dass die bisherige Gesundheitsforschung implizit männerlastig war und das biologische und soziale Geschlecht als bedeutsamen Faktor in der Untersuchung von Bedingungen des Gesundheitsverhaltens und Strukturen der Gesundheitsversorgung ignoriert hat. Durch den impliziten Androzentrismus, also die Annahme einer männlichen Sichtweise als Standard für Studienergebnisse, methodische Anlage und Interpretation, entsteht noch keine Männergesundheitsforschung, die die spezifischen Gesundheitsprobleme von Männern sensibel und profiliert herausarbeitet. Im Gegenteil wird durch eine unbewusst parteiliche Forschung gerade der Blick auf die Besonderheiten des männlichen Geschlechts im Umgang mit Körper und Psyche und bei der Auseinandersetzung mit sozialen und physischen Umweltbedingungen verstellt. Besonders deutlich wird das in der Versorgungsforschung, weil methodologisch und theoretisch nicht angemessene Untersuchungen sowohl für die präventive als auch für die therapeutische, rehabilitative und pflegerische Versorgung zu unbrauchbaren Ergebnissen kommen, wenn die sozialen und biologischen Unterschiede der Geschlechter und die sich hieraus ergebenden Bedarfe nicht sensibel erfasst werden.

Die Männergesundheitsforschung ist von der Frauengesundheitsforschung bis heute kritisch

beäugt worden (vgl. Walter Hollstein in diesem Band). Dies hatte verschiedene Gründe. Zum einen war lange Zeit – von wenigen Ausnahmen abgesehen – nicht erkennbar, welchen *eigenen* theoretischen und empirischen Beitrag die Männergesundheitsforschung zu leisten vermag. Die Arbeiten erschöpften sich schnell darin, die Ergebnisse der Frauengesundheitsforschung «gegen den Strich zu bürsten», ohne eigene Themen oder theoretische Zugänge zu erarbeiten, die die Frauengesundheitsforschung hätte bereichern können. Aus einem «Frauen leben 7 Jahre länger» wurde ein «Männer leben 7 Jahre kürzer» (Klotz 1998; Eickenberg/Hurrelmann 1997), und schnell wurde die Forderung erhoben, dass Ressourcen in die Erforschung und den Abbau dieser Ungleichheit gesteckt werden müssten, da Männer das eigentlich benachteiligte Geschlecht seien (MaGs o. J.). Zu einem Zeitpunkt, da sich die Frauengesundheitsforschung gerade erst finanzielle Fördermöglichkeiten erschlossen hatte und Drittmittelgeber leichter als früher für eine Finanzierung von Frauengesundheitsprojekten gewonnen werden konnten, sah sie sich in einer neuen Konkurrenzsituation, die zudem auf ein Ungleichheitsargument gründete, das die eigene Argumentation auf den Kopf stellte. Hinzu kam, dass sich die Frauengesundheitsforschung als emanzipatorisch verstand. Einen Beitrag zum Abbau geschlechtlicher Ungleichheit zu leisten, in diesem Fall in Bezug auf den Umgang mit dem Körper, auf Gesundheit und Krankheit, auf Sexualität, war explizit eines der Ziele. Dieses zu erreichen implizierte, die Geschlechterhierarchie anzugreifen. Wieso sollte die Männergesundheitsbewegung hieran interessiert sein, bedeutete dies doch einen Verzicht auf Privilegien und Verlust an Macht? so die häufig gestellte Frage nach der Motivation der Männergesundheitsforscher.² Eine politische Verankerung der Männergesundheitsbewegung war nicht zu erkennen (Luck et al. 2000), vielmehr zeichnete

2 Eine Ausnahme bilden hier z. B. die Arbeiten zur Jungenpädagogik/Jungenarbeit, die sich ausführlich mit der Frage beschäftigt haben, ob eine emanzipatorische Jungenarbeit überhaupt möglich ist und wie diese aussehen könnte (z. B. Sielert 1993; Neubauer/Winter 2001; Winter/Neubauer 2001; siehe auch Cooper 1990).

sich schnell eine Kommerzialisierung des Themas ab (ablesbar z. B. an der Gründung von Zeitschriften wie *Men's Health*, die das Thema Männergesundheit schnell auf die männliche Potenz, Sexualität und körperliche Fitness fokussierte). Nicht zuletzt dieser Zweifel an der Ernsthaftigkeit der Motive und die Konkurrenz um finanzielle Ressourcen haben dazu geführt, dass die beiden ungleichen Stränge bislang wenig miteinander verknüpft wurden.

Wir halten es trotz dieser Konkurrenz und des unterschiedlichen Wissensstands für fruchtbar, die beiden Diskurse aufeinander zu beziehen, um deutlich zu machen, wie weit eine doppelte Perspektive trägt. Die beiden ersten Beiträge des Bandes werden aus dem Blickwinkel der Frauengesundheitsforschung einerseits (Christiane Schmerl) und der Männerforschung andererseits (Walter Hollstein) einen Blick auf die Gesundheitsforschung werfen. In diesen jeweils auf eine Theorietradition zugespitzten Beiträgen werden die Konfliktpunkte noch einmal deutlich und die Erträge der jeweils eigenständigen Perspektiven werden pointiert herausgearbeitet.

Die weiteren Beiträge werden zeigen, wo sich gemeinsame Bezugspunkte finden und Perspektiven entwickeln lassen – und wo dies erst ansatzweise gelingt, weil z. B. die Standpunkte und geschlechtsspezifischen Problemlagen, wie z. B. beim Thema Gewalt, sehr unterschiedlich sind (Carol Hagemann-White und Hans-Joachim Lenz). Wir stellen deshalb, anders als z. B. der Frauengesundheitsbericht, explizit den Geschlechtervergleich in den Vordergrund, um die beiden Perspektiven am Beispiel einzelner Krankheiten oder Einflussfaktoren (z. B. Erwerbs- und Familienarbeit in ihrem unterschiedlichen Stellenwert für Frauen und Männer) verbinden zu können. Beiträge, die sich nur auf ein Geschlecht beziehen (reproduktive Gesundheit von Frauen: Beate Schücking; urologische Beschwerden: Theodor Klotz) ergänzen den Band, um auch frauen- bzw. määnerspezifische Gesundheitssituationen beleuchten zu können.

Die vorliegenden empirischen Befunde demonstrieren, dass es heute zu gesundheitlicher Ungleichbehandlung und daraus resultierender Fehlversorgung für beide Geschlechter kommt. Es ist deshalb ein Anliegen dieses Bandes, die bisher noch getrennt verlaufenden Entwick-

lungsstränge der Frauengesundheitsforschung und der Männergesundheitsforschung zusammenzuführen, um zu geschlechtergerechten Forschungsergebnissen zu kommen. In Bezug auf den Aspekt der Gendersensitivität und Geschlechtergerechtigkeit wird der Band den je spezifischen Arbeitsstand aufzeigen. Während in einigen Bereichen bereits eine Fülle geschlechtervergleichender Datenbestände vorhanden und erste Ansätze gendersensibler Forschung zu erkennen sind (z. B. im Bereich der Prävention; vgl. den Beitrag von Petra Kolip und Frauke Koppelin), müssen in anderen Bereichen die empirischen Befunde mühsam zusammengetragen werden, weil sie sich allenfalls als «Nebenprodukte» anderer Arbeiten ergeben (siehe z. B. den Beitrag von Helga Stopper und Maximilian Gertler). Langfristig ist in allen Gesundheitsforschungsbereichen eine gendersensible Betrachtung anzustreben, um den Bedürfnissen von Frauen und Männern gerecht zu werden. Diese Perspektive wird auch von Seiten der Frauengesundheitsforschung formuliert, die sich zunehmend von einem auf das weibliche Geschlecht fokussierten Forschungsansatz löst:

Grundsätzlich muss es jedoch perspektivisch darum gehen, alle Forschungs- und Versorgungsbereiche unter der Frage zu betrachten, welche Ungleich- oder Fehlbehandlungen für Frauen oder Männer damit verbunden sein könnten. Damit öffnet sich der Blickwinkel verstärkt auf den Vergleich und die Differenz von Frauen und Männern und die Beantwortung der Frage nach den Unterschieden und Gemeinsamkeiten in der Gesundheit von Frauen und Männern. Ziel ist die Vermeidung von Fehlbehandlung und eine dem jeweiligen Bedarf und der Notwendigkeit angemessene Versorgung beider Geschlechter. [...] Damit wird der Weg von einer auf Fragen der Besonderheit der Gesundheit von Frauen ausgerichteten Forschung hin zu einer geschlechtersensiblen Gesundheitsforschung eröffnet. (Maschewsky-Schneider et al. 2001, S. 92)

2. Die Gesundheit von Frauen und Männern im Lebenslauf

Eine Fülle internationaler Studien zeigt, dass sich in den meisten Ländern dieser Erde ein relativ homogenes Muster identifizieren lässt: Die Lebenserwartung der Frauen ist in der Regel höher als jene der Männer, aber Frauen nehmen – vor allem in den industrialisierten Ländern – häufiger medizinische und psychosoziale Hilfen in Anspruch. Die Frage, ob Männer oder Frauen das kränkere Geschlecht sind, ist allerdings falsch gestellt, vielmehr weisen Frauen und Männer unterschiedliche Krankheitsprofile auf (Maschewsky-Schneider 1994, 1997). Schon der Blick auf die Lebenserwartung zeigt, dass ein differenzierter Blick auf das Geschlechterverhältnis notwendig ist: Zwar haben Frauen eine durchschnittlich höhere Lebenserwartung als Männer, bei der so genannten «health expectancy», also der bei guter Gesundheit verbrachten Lebenszeit, fallen die Unterschiede zwischen Frauen und Männern schon wesentlich geringer aus (Mathers et al. 2001). Mit anderen Worten: Die längere Lebenszeit der Frauen ist von Behinderungen und Einschränkungen gekennzeichnet.

Der in der weiblichen Bevölkerung stärker zu beobachtende Anstieg in der Lebenserwartung in den vergangenen 100 Jahren wird überwiegend auf einen Rückgang der Müttersterblichkeit zurück geführt. In den letzten Jahren lässt sich in einigen Industrieländern wie z. B. den USA beobachten, dass sich der Geschlechtsunterschied in der Lebenserwartung verringert, da die Lebenserwartung der Männer mittlerweile stärker als jene der Frauen steigt (Bird/Rieker 1999). Eine Ursache hierfür ist darin zu suchen, dass sich die Unterschiede im gesundheitsriskanten Verhalten verringern, da z. B. der Anteil rauchender Frauen kontinuierlich steigt (Waldron 2000). Die noch immer kürzere Lebenserwartung der Männer lässt sich auf zwei Faktoren zurückführen: Zum einen ist die Säuglingssterblichkeit bei ihnen wesentlich höher, was sich vor allem in den Ländern der so genannten Dritten Welt beobachten lässt (siehe hierzu den Beitrag von Ingrid Waldron in diesem Band), zum anderen sterben sie im frühen und mittleren Erwachsenenalter häufiger an sol-

chen Todesursachen, die durch gesundheitliches Risikoverhalten (mit)bedingt sind: Unfälle, Bronchialkrebs, Leberzirrhose und Herz-Kreislauf-Krankheiten (vgl. den Beitrag von Bettina Schmidt in diesem Band).

Die Todesursachenstatistiken geben Hinweise auf die spezifischen Belastungen und Beanspruchungen, die mit Geschlecht und Alter zusammenhängen. Eindeutig sterben schon bei der Geburt mehr Jungen als Mädchen, auch schon zuvor während der Schwangerschaft. Jungen sind, wie der Beitrag von Ingrid Waldron zeigt, häufiger von Geburtskomplikationen und angeborenen Missbildungen betroffen, zudem sterben sie in Entwicklungsländern häufiger an Infektionskrankheiten. Allerdings sind auch einige Störungen und Krankheiten bei Mädchen häufiger (z. B. Spina bifida), so dass die Verallgemeinerung, dass neugeborene Jungen generell das biologisch schwächere Geschlecht seien, nicht zulässig ist.

Im Kindesalter vom ersten bis zum zwölften Lebensjahr sind Jungen aber eher als Mädchen das verletzlichere Geschlecht. Sie werden häufiger als Mädchen wegen gesundheitlicher Störungen bei Ärztinnen und Ärzten vorgestellt (Hurrelmann 1999). Jungen fallen häufiger als Mädchen durch neurotische und emotionale Störungen, Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen, Störungen der Impulskontrolle und des Sozialverhaltens und durch aggressive Verhaltensweisen auf. Sie zeigen vielfältige Verhaltensprobleme, dissoziale Impulse und unkontrollierte Aggressivität. Schwere Verhaltensstörungen mit einem Mangel an sozial koordiniertem Verhalten, geistige Behinderungen und emotional-sprachliche Störungen kommen bei Jungen ebenfalls häufiger als bei Mädchen vor. Auch bei den Todesursachenstatistiken bestätigt sich dieses Bild. Die Anzahl der Todesfälle durch gewaltsamen Tod (Verletzungen, Vergiftungen, Unfälle) ist bei Jungen erheblich höher als bei Mädchen (Kolip 1997, 1998).

Erst mit der Pubertät und dem einsetzenden Jugendalter verändert sich diese Ausgangslage teilweise. Nicht nur schätzen jetzt die Mädchen ihre Gesundheit subjektiv schlechter ein als Jungen, sie werden auch häufiger krank, und zwar im psychosomatischen und physiologischen Bereich. Sie geben einen höheren Beschwerdedruck

an und bedürfen in erheblich höherem Maße der professionellen Hilfe durch Gesundheitsprofessionen als Jungen (Wolfgang Settertobulte in diesem Band). Auffällig sind vor allem die vielen internalisierenden Symptome bei Mädchen wie depressive Stimmungen, Ängste, Einsamkeitsgefühle, Suizidversuche und Essstörungen. Jungen zeigen hingegen mehr externalisierende Symptome wie oppositionelles Verhalten, Schulprobleme und Delinquenz. Vor allem im Freizeitbereich zeigen sie risikofreudiges und aggressives Verhalten, insbesondere im Sport und im Straßenverkehr sowie in Bezug auf den Konsum von legalen und illegalen Substanzen (Helfferrich 1994; Kolip/Schmidt 1999; Kolip 2001).

Im Erwachsenenalter setzen sich ohnehin die meisten Tendenzen aus dem Jugendalter fort. Männer haben, insbesondere wegen ihrer viel stärkeren Beteiligung an gefährlichen Erwerbsberufen und aufgrund ihres gesundheitlichen Risikoverhaltens (Alkohol- und Tabakkonsum, Unfälle), die ungünstigere Krankheits- und Sterbestatistik. Männer sind viel stärker von Verkehrs- und Arbeitsunfällen betroffen als Frauen (Farrell 1995). Frauen üben hingegen meist Berufe aus, die gesundheitlich weniger gefährlich sind. Allerdings sind auch Frauen von spezifischen gesundheitlichen Belastungen in der Erwerbsarbeit betroffen, und auch Frauen arbeiten in Berufen mit erhöhtem gesundheitlichem Risiko (z. B. in Reinigungsberufen; BMFSFJ 2001; Marianne Resch in diesem Band). Zugespißt formuliert lässt sich hier festhalten, dass Männer im mittleren Erwachsenenalter vor allem unter solchen Krankheiten leiden, die zum Tode führen, während das Krankheitsprofil von Frauen durch chronische Erkrankungen und Beeinträchtigungen im psychosomatischen und psychischen Bereich gekennzeichnet ist (siehe hierzu auch Franke/Kämmerer 2001). Bei allen Todesursachen ist die Sterblichkeitsquote der Männer auch im Erwachsenenalter höher als die der Frauen. Das gilt für Lungenkrebs, Leberzirrhose, Herzkrankheiten, Unfälle, Selbstmord und andere Gewalteinwirkungen (Maschewsky-Schneider 1997).

Ähnliches ist für das Alter festzustellen (vgl. den Beitrag von Andreas Kruse und Eric Schmitt in diesem Band). Zwar ist die Rangreihe der Erkrankungen bei Frauen und Männern fast iden-

tisch, aber Frauen sind von fast allen chronischen Erkrankungen häufiger betroffen und die Erkrankungen, unter denen Männer leiden, sind potenziell lebensbedrohlich. Ein Blick auf die höheren Altersgruppen macht zudem zwei weitere Aspekte deutlich: Die Rangreihe der häufigsten Todesursachen ist identisch, aber Frauen versterben an allen Krankheiten in höherem Alter – ein Hinweis auf biologische Schutzfaktoren. Und: Gesundheitliche Ungleichheiten lassen sich auch auf geschlechtsspezifisch akzentuierte Lebenssituationen zurückführen (z. B. auf einen höheren Anteil von Witwen, das schlechtere Bildungsniveau von alten Frauen, die schlechtere finanzielle Situation). Dieser Aspekt wird auch im mittleren Erwachsenenalter bedeutsam, wie der Beitrag von François Höpflinger zum Einfluss der Lebensform auf die Gesundheit zeigt.

3. Aufsuchen und Inanspruchnahme von Hilfe

Frauen haben die höhere Lebenserwartung und eine geringere Mortalitätsrate in jüngeren und mittleren Jahren, aber sie fühlen sich oft gesundheitlich nicht wohl, klagen über viele Beschwerden und suchen weit öfter als Männer medizinischen Rat und Hilfe. Die soziale Rolle der Frau wurde jahrhundertlang mit Krankheit und gesundheitlicher Beeinträchtigung gleichgesetzt, mit Menstruations-, Schwangerschafts- und Klimakteriumsbeschwerden, was teilweise zu der Vorstellung geführt hat, Frauen seien die perfekten Konsumentinnen der Medizin (Brähler/Felder 1999; Lennon/Rosenfield 1992; Kolip 1998, 2000; Saltonstall 1993). Allerdings darf bei der Beurteilung von Inanspruchnahmegeräten nicht aus dem Blick geraten, dass gerade in der reproduktiven Phase Arztbesuche und stationäre Aufenthalte im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt zu sehen sind und auch die Einnahme hormoneller Verhütungsmittel mit dem regelmäßigen Kontakt zum Medizinsystem verbunden ist. Auch ist zu vermuten, dass mit der zunehmenden Verordnung von menopausalen Hormonpräparaten der Anteil der Frauen erhöht wird, die ab der Menopause regelmäßig einen Arzt oder eine Ärztin aufsuchen.

Im Unterschied zu Männern haben Frauen

ein ausgeprägteres Gefühl dafür, sich gesund zu halten, den Körper zu beobachten und sich um den eigenen Körper zu kümmern. Die Sorge um den eigenen Körper und die Einstellung, dem Körper etwas Gutes zu tun und so zur Gesundheit beizutragen, ist bei Frauen weitaus ausgeprägter als bei Männern (Kolip 1994). Entsprechend verfügen sie auch über ein breiteres Alltagswissen hinsichtlich Gesundheit und Krankheit. Männer halten sich hingegen für gesünder als Frauen. Sie suchen daher nur dann ärztliche und psychologische, aber auch seelsorgerische und soziale Hilfe auf, wenn sie sich wirklich krank oder absolut hilflos fühlen (Grunow/Grunow-Lutter in diesem Band). Männer äußern weniger Beschwerden als Frauen, klagen weniger und gehen seltener zu Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen. Sie haben Angst vor Gesundheitseinrichtungen und fürchten um ihre Selbstständigkeit, wenn sie mit ihnen in Berührung gekommen sind. Frauen suchen hingegen weit häufiger professionelle Hilfe auf, wenn sie sich nicht wohl fühlen und eine Information über unsichere Empfindungen benötigen.

Traditionell gehört es zu den Aufgaben von Frauen, sich um die Gesundheit der Familienmitglieder zu kümmern, bei Beschwerden Arzttermine zu verabreden und dafür zu sorgen, dass Vorsorgetermine eingehalten werden. Bei kleinen Beschwerden verhalten sich Frauen häufig als Laienmedizinerinnen und verabreichen selbstständig Medikamente und Hilfen. Bei schweren Krankheiten der Familienmitglieder übernehmen sie die Pflege und Versorgung, wofür sie mitunter ihre eigenen beruflichen Aktivitäten zurückstellen (Nestmann/Schmerl 1990). Diese Sorge für die gesundheitlichen Belange der Familienmitglieder geht allerdings oft mit einer eigenen gesundheitlichen Belastung einher. So wird die Pflege von Angehörigen überwiegend durch weibliche Familienangehörige geleistet, die hierdurch eine Verschlechterung des eigenen psychischen und physischen Gesundheitszustands riskieren (Benner/Wrubel 1989; Seubert 1993).

Wie Bernhard Strauß, Johanna Hartung und Horst Kächele (in diesem Band) deutlich belegen, können geschlechtsspezifische Rollenstereotype beim Inanspruchnahmeverhalten ihrer-

seits als Gesundheitsrisiko wirken. Die männlichen Ansprüche an die eigene Person, Probleme selbst und ohne fremde Hilfe zu lösen, Unwohlsein ertragen zu können und Kontrolle über die eigene Leistungsfähigkeit zu wahren, erschweren bis ins hohe Alter das Aufsuchen sowohl von informeller, persönlicher als auch professioneller Hilfe (Klotz/Hurrelmann 1998; Sabo/Gordon 1995). Auch das weibliche Stereotyp, wonach Krank-Sein als einziger legitimer Grund zum Rückzug aus Überlastungen in Familie und Beruf akzeptiert wird, ansonsten aber Durchhaltestrategien in der Fürsorglichkeit für andere und das Zurückstellen eigener Befindlichkeitsprobleme erwartet werden, führt zu einer verzerrten Inanspruchnahme. Die einschlägige Forschung zeigt, wie stark das Aufsuchen von Hilfsangeboten von den Lebensentwürfen, persönlichen Zielen, Belastungen, Bewältigungsfähigkeiten und natürlich auch von dem entsprechenden strukturellen Angebot an Beratung, Anregung und Hilfe abhängt.

Viele Studien weisen darauf hin, dass Ärzte/Ärztinnen und andere Gesundheitsprofessionelle dazu neigen, Beschwerden von Männern in der Praxis ernster zu nehmen als die von Frauen (Ulrike Worringen und Andrea Benecke in diesem Band). Beim weiblichen Geschlecht werden ganz offensichtlich mehr psychisch bedingte Leiden vermutet, die Behandlung wird entsprechend ausgerichtet. Diese Profilierung der Behandlung kann dazu führen, dass Vorboten mancher Krankheiten nicht richtig erkannt werden. Das gilt insbesondere für den Herzinfarkt bei Frauen, wo die Frühsymptome mit psychischen Belastungen verwechselt werden. Ein Grund kann darin liegen, dass sich die Beschwerden bei Frauen und Männern unterscheiden, der Herzinfarkt immer noch als typische Männerkrankheit gilt und deshalb die Symptome bei Frauen und Männern, sowohl von den Betroffenen selbst als auch von Ärztinnen und Ärzten, unterschiedlich gedeutet und bewertet und deshalb differenzielle Diagnose- und Behandlungsroutinen in Gang gesetzt werden (Ursula Härtel in diesem Band).

Bei Frauen werden im Unterschied zu Männern schneller und häufiger alle Formen von psychischen und psychiatrischen Krankheiten diagnostiziert. Bei Männern werden eher Dia-

gnosen mit einer somatischen und physiologischen Komponente gestellt, die Behandlung ist entsprechend ausgerichtet. Da Männer erst in sehr ernsten Stadien eines Krankheitsverlaufes medizinische und psychotherapeutische Hilfe aufsuchen, die Krankheit also oft schon weit vorangeschritten ist, sind sie häufig unerkannt krank. Erreichen sie dann die Arztpraxis, können sie sich mit ihrem Anliegen schneller und direkter durchsetzen als Frauen. Bei Frauen wird hingegen häufiger nach psychosomatischen Anteilen gesucht, auf die dann das Medizinsystem aber nur mit einem Rezept für psychotrope Medikamente reagiert.

Männer nehmen auch seltener als Frauen an Kursen zur Gesundheitsförderung und Prävention von Gesundheitsstörungen und Krankheiten teil. Die Krankenkassen können das bei ihren Angeboten von Nichtraucher-, Bewegungs-, Entspannungs- und Stressbewältigungstrainings sowie bei der Ernährungsberatung und anderen Kursen registrieren. 80 bis 90 % der Teilnehmer an solchen Angeboten sind weiblichen Geschlechts. Wie der Beitrag von Petra Kolip und Frauke Koppelin in diesem Band zeigt, spielt dabei das gesundheitliche Selbstkonzept und das Geschlechtsrollenkonzept eine entscheidende Rolle. Männer zeigen in höherem Ausmaß als Frauen ein Vermeidungsverhalten beim Umgang mit Belastungen und Risiken, sie gehen also viel weniger als Frauen von der Möglichkeit aus, dass ihnen gesundheitliche Belastungen und Beeinträchtigungen widerfahren könnten und ergreifen entsprechend seltener Vorsichtsmaßnahmen. Die Teilnahme an einem Kurs zur Gesundheitsförderung geht aber von der eigenen Wahrnehmung aus, dass in einem bestimmten gesundheitlichen Risikogebiet echte Gefahren entstehen und eine aktive Handlung notwendig ist, um diesen Gefahren auszuweichen. Schon dieses Eingeständnis ist mit dem traditionellen männlichen Rollenbild nicht vereinbar.

Wie stark gesundheitsrelevante Hilfsstrategien mit den Rollenbildern von Männern und Frauen zusammenhängen, hat Walter Hollstein in seinem Beitrag in diesem Band deutlich herausgearbeitet. Das soziale Netzwerk von Männern ist im Bereich der informellen, persönlichen und vertrauten Beziehungen entsprechend auch viel kleiner als das von Frauen. Auch

haben Männer selten einen Kreis von Freunden, mit denen sie ganz persönliche und intime Probleme besprechen und sich dabei Hilfe und Unterstützung holen. Frauen sind viel stärker in soziale Beziehungen integriert, die ihnen emotionale Unterstützung und soziale Hilfe vermitteln. Männer und Frauen unterscheiden sich in allen Lebensphasen und Altersstufen im Ausmaß und der Qualität an sozialer Unterstützung, und zwar sowohl beim Nachsuchen als auch beim Erhalt dieser sozialen Leistungen (Schmerl/Nestmann 1990).

Frauen sind das hilfreiche Geschlecht, das im Alltag sich selbst, seiner Familie und seiner sozialen Umwelt hilft. Sie sind insbesondere bei der Pflege kranker Familienmitglieder und Verwandter involviert. Das Gesundheitssystem würde wahrscheinlich zusammenbrechen, wenn diese unentgeltlichen Dienste von Frauen nicht existierten. Sie sind die zentralen Akteurinnen, was Bereitstellungen von Hilfe und Unterstützung anbetrifft. Viele Männer sind die Nutznießer solcher Unterstützungsleistungen, insbesondere in der Rolle als Lebenspartner oder Ehemann bei schweren Erkrankungen und Behinderungen. Wenn Männer Hilfe akzeptieren und sich einem anderen Menschen anvertrauen, dann meist nur den engsten weiblichen Familienmitgliedern. Frauen hingegen suchen und erhalten Unterstützung, Hilfe, Trost und Ermutigung nicht in diesem Bereich, sondern in ihrem Freundes- und Bekanntenkreis (Christiane Schmerl in diesem Band).

Frauen haben aufgrund der komplexeren Anforderungen an ihre Geschlechtsrolle mehr psychische Belastungen als Männer, sie nehmen diese selbst auch deutlich wahr, sie leiden hierunter und setzen diese Haltung in ein aktives Suchen nach Unterstützung und Hilfe um (Martin Merbach, Susanne Singer und Elmar Brähler in diesem Band). Gleichzeitig leisten sie auch mehr Unterstützung für Andere, in der Regel in einem höheren Ausmaß als sie sie selbst empfangen. Frauen brauchen also auch deshalb mehr soziale Unterstützung, weil sie Anderen selbst eine große Hilfe sind.

Die Versorgungsstrukturen des Gesundheits- und Krankheitssystems werden nicht nur von den beiden Geschlechtern unterschiedlich in Anspruch genommen, in ihnen sind die beiden

Geschlechter auch in höchst unterschiedlichen sozialen Konstellationen als AkteurInnen tätig. In ihrem Überblicksbeitrag weist Christiane Schmerl (in diesem Band) darauf hin, dass vom Mittelalter an ein schrittweiser Ausschluss von Frauen aus den heilenden Künsten insgesamt erfolgte. Dieser über Jahrhunderte anhaltende Prozess der Vertreibung von heilkundlichen Medizinerinnen und Hebammen aus der medizinischen Versorgung der Bevölkerung ist bis heute zu verfolgen und stellt sich in einem hierarchischen Verhältnis der Geschlechter in den Gesundheitsberufen dar. Zwar sind drei Viertel aller im Gesundheitswesen arbeitenden Menschen Frauen, aber sie machen nur knapp 30 % der niedergelassenen ÄrztInnen, 20 % der KrankenhausärztInnen auf Qualifikationsstellen und 5 % der leitenden ÄrztInnen in Krankenhäusern aus. Ausgeprägter Autoritarismus und strenge Hierarchien sind die Strukturprinzipien der Medizin in Forschung und Praxis – eine auf Privilegien, Konkurrenz und Status basierende steile Pyramide, unter der im Übrigen auch die männlichen Mitglieder zu leiden haben (Pringle 1998).

Für Frauen bedeutet diese auf Ausschluss beruhende Hierarchie jedoch noch vieles mehr. Die Aufspaltung von ärztlichem und pflegerischem Handeln, die seit dem 18. Jahrhundert zu verzeichnen ist, erscheint uns heute als normal. Wie die historischen Analysen zeigen, ist die Arbeitsteilung in einen Anweisung gebenden männlichen Arzt und eine die Anweisung ausführende Krankenschwester, die völlig anders ausgebildet ist und die ärztliche Handlungen ausdrücklich nicht vornehmen darf, im Mittelalter nicht typisch gewesen (Dagmar Ellerbrock in diesem Band; Kolip 2000).

4. Geschlechtsspezifische somatische Kulturen und Lebensentwürfe von Frauen und Männern

Bereits im Kindes- und Jugendalter unterscheiden sich Jungen und Mädchen in ihrem Umgang mit dem Körper (Wolfgang Settertobulte in diesem Band), und diese geschlechtsspezifischen Stile des körperbezogenen Verhaltens setzen sich

bis ins Erwachsenenalter fort. Wie die Beiträge in diesem Band zeigen, gehen Männer im Vergleich zu Frauen erheblich mehr Risiken für ihre Gesundheit ein und sie haben ein rücksichtsloses Verhalten ihrem Körper gegenüber. Gesundheit ist nach dem Verständnis der modernen Public-Health-Forschung die ständige, im Lebenslauf immer erneut vorzunehmende Balance zwischen den inneren Ressourcen von Anlage, Temperament und Psyche und den äußeren Ressourcen der sozialen und physischen Umwelt. Männer und Frauen können dann als gesund bezeichnet werden, wenn sie im Einklang mit sich, ihrem Körper, ihrer Psyche und ihrer Umwelt leben, wenn sie Innen- und Außenanforderungen bewältigen und ihre Lebensgestaltung an die verschiedenen Belastungen des Lebensumfeldes anpassen können (Hurrelmann 2000, Hurrelmann/Laaser 1998).

Bei den meisten Männern entstehen hierdurch andere Profile der produktiven Auseinandersetzung mit den inneren und äußeren Anforderungen als bei den meisten Frauen. Während Frauen in der Regel sensibel auf ihren Körper achten, um ein ausgewogenes Gleichgewicht mit der sozialen Umwelt herzustellen, betrachten Männer ihre körperliche und psychische Grundausstattung als Instrument, um sich die soziale und physische Welt in ihrer ganzen Breite zu erschließen. Dieses Grundmuster schlägt sich im gesamten Verhalten, so auch im Gesundheitsverhalten, nieder. Der geschlechtsspezifische Umgang mit den inneren und äußeren Ressourcen unterscheidet sich und führt zu den für unseren Kulturkreis als charakteristisch angesehenen männlichen und weiblichen «Rollen»-Profilen (Bründel/Hurrelmann 1999; Connell 1999; Farrell 1995).

Männer betrachten ihren Körper vergleichsweise funktionalistisch, sie besitzen ihn und treiben ihn zu Höchstleistungen wie eine Maschine, die sie mitunter auch bekämpfen und besiegen müssen (Eickenberg/Hurrelmann 1997). Bei Frauen ist Gesundheit eher mit Wohlbefinden und einem reflexiven Verhältnis zum Körper verbunden (Franke et al. 1993). Das Körpermanagement von Männern und Frauen, also alle Aktivitäten der Gestaltung, Pflege und Nutzung des Körpers und des Erhalts seiner Leistungsfähigkeit, ist sehr unterschiedlich. Daraus ergibt

sich auch, dass Männer weniger Körperhygiene und Körperpflege als Frauen betreiben und den Körper nicht so sehr wie Frauen als Teil ihrer eigenen Persönlichkeit ansehen. Männer praktizieren einen riskanten Lebensstil, der wenig Raum für vorsorgende Maßnahmen lässt.

Die ersten sozialwissenschaftlichen Erklärungsansätze für diese Phänomene verwiesen auf den Einfluss der geschlechtsspezifischen Sozialisation (Vogt 1998). Danach sind die sozialen Rollenbilder auf der Grundlage des zweigeschlechtlichen Systems vorgegeben, und Jungen und Mädchen werden dahin sozialisiert, diese Rollenbilder auszufüllen. Männer gelten in unserer Gesellschaft als das starke Geschlecht, als gesund, leistungsfähig, machtvoll und überlegen. Frauen gelten als das schwache Geschlecht, als kränkelnd, psychisch sensibel bis empfindlich, einfühlsam, integrationsorientiert und im Zweifelsfall sozial untergeordnet. Ihr sozialer Schwerpunkt liegt in der Gestaltung von Beziehungen im überschaubaren Rahmen von Familie, Freundschaft und Bezugsgruppen, während Männern die Gestaltung und Strukturierung wirtschaftlicher und politischer Rahmenbedingungen überlassen wird. Die Tätigkeit der Männer geht in die Gestaltung der Strukturen der instrumentellen Arbeit über, während die der Frauen bei der Beziehungsarbeit Halt macht (Gildemeister/Wetterer 1992). Diese scharfe Profilierung der Geschlechtsstereotype lässt sich heute sicherlich nicht mehr beobachten, so dass die Frage aufgeworfen wird, ob die klassischen Sozialisationstheorien greifen, wenn die klaren Vorgaben für die Sozialisationsziele fehlen. In neueren Ansätzen wird zudem dieser passive Sozialisationsstheoretische Ansatz erweitert durch eine Konzeption, die den zu sozialisierenden Individuen eine aktive Rolle zuspricht. So kann der geschlechtsspezifische Umgang mit dem eigenen Körper als ein Versuch gesehen werden, Weiblichkeit und Männlichkeit auszudrücken. Die Aneignung dieser Orientierung als zentrale Entwicklungsaufgabe folgt über den Körper, die Einstellung zu ihm und den Umgang mit ihm. Unter dem Begriff «somatische Kultur» werden Bewegung, Gestik, Mimik, Pflege, gesundheitsrelevantes Verhalten und andere Körperpraktiken zusammengefasst (Stein-Hilbers 1995; Courtenay 2000; Kolip 1997; siehe auch den Bei-

trag von Ellen Kuhlmann in diesem Band). Über geschlechtsspezifische somatische Kulturen wird Geschlechtlichkeit hergestellt, das «doing gender» (West/Zimmerman 1987) ist an den Körper geknüpft (Saltonstall 1993; für ein eindrückliches Beispiel, wie die Konstruktion von Weiblichkeit und Männlichkeit den Umgang mit einer chronischen Krankheit im Jugendalter beeinflusst, siehe Williams 2000).

Gesundheit und Krankheit sind das Ergebnis der Interaktion von Risiko- und Schutzfaktoren, die von Männern und Frauen unterschiedlich verarbeitet werden. Von Männern und Frauen werden unterschiedliche Formen der Wahrnehmung und Auseinandersetzung mit Körper und Psyche praktiziert. Das Bewusstsein von der eigenen Gesundheit setzt ein reflektives Verhältnis zur eigenen Person voraus, eine bestimmte Sichtweise von Körperlichkeit und Psyche, die Unversehrtheit, Wohlbefinden und Leistungsfähigkeit aufnimmt. Das Gesundheitsverhalten wird von einem Gesundheitsbewusstsein gesteuert, das ständig neue Erkenntnisse über Lebensgewohnheiten, Ernährung und Bewegung und über Krankheitsbehandlung einbezieht. Gesundheit ist in diesem Sinne immer ein Produkt der Lebensgeschichte, Lebenssituation und Lebensweise. Gesundheit kann als produktive Lebensbewältigung verstanden werden, als eine Balance zwischen schädlichen Belastungen und Noxen und schützenden sowie unterstützenden Faktoren. Männer und Frauen können sich dann als gesund bezeichnen, wenn sie im Einklang mit sich, ihrem Körper, ihrer Psyche und ihrer Umwelt leben, wenn sie Innen- und Außenanforderungen bewältigen und ihre Lebensgestaltung an die unterschiedlichen Belastungen des Lebensumfeldes anpassen.

Beide Geschlechter bilden in ihren Gesundheits- und Krankheitsprofilen ihre rollenspezifische Sozialisationsbilanz ab. Schofield, Connell, Walker, Wood und Butland (in diesem Band) betonen die soziale Konstruktion der Geschlechterverhältnisse und ihre Auswirkungen auf die Definition von Männlichkeit und Weiblichkeit und die damit verbundenen Gesundheits- und Krankheitskonzepte. Nach dieser Interpretation sind Männlichkeit und Weiblichkeit kulturelle Orientierungsmuster, die institutionell verfestigt und abgesichert sind. Mit diesen gesellschaft-

lichen Vorgaben muss sich der einzelne Mann und die einzelne Frau arrangieren und auseinandersetzen.

Mit dem Begriff der «hegemonialen Männlichkeit» wollen die Autorinnen deutlich machen, dass in allen westlichen Gesellschaften eine strukturelle, kollektive Privilegiertheit des männlichen Geschlechtes festgeschrieben ist, die aber nur für einen Teil der Männer faktisch eine Besserstellung in ihrer sozialen Position gegenüber Frauen mit sich bringt. Denn nur wenige Männer gelangen in eine Position, die alle Merkmale der strukturellen Hegemonie auch faktisch aufweist. Die strukturelle gesellschaftliche Privilegierung des männlichen Geschlechtes hat, teilweise ebenso strukturell verankerte, deutliche Nachteile für das Gesundheitsverhalten und die Herstellung einer Gesundheits-Krankheits-Balance von Männern.

Die kollektive Definition des männlichen Geschlechtes als überlegen führt die Angehörigen dieses Geschlechtes in Zugzwänge der Selbstdarstellung, die ihre Gesundheit unterminieren können. Die tatsächlich verfügbaren Ressourcen zur Herstellung von Männlichkeit im Sinne von hoher sozialer Macht und hohem Prestige engen den einzelnen Mann teilweise so stark ein, dass hier strukturelle Facetten für eine Gesundheitsstörung angelegt sind. In diesem Sinne kann von einem Kontrast zwischen der kollektiven Privilegiertheit und der persönlichen Unsicherheit von Männern gesprochen werden.

Eng verknüpft mit diesem Ansatz ist die Diskussion um die Ausgestaltung von männlichen und weiblichen Lebensentwürfen, denn auch diese sind Teil der Konstruktion von Geschlechtlichkeit und damit als Einflussfaktoren auf die Gesundheitsprofile relevant. Traditionelle Lebensentwürfe sahen für den Mann die durchgängige Vollzeit-Erwerbstätigkeit, für die Frau hingegen eine starke Familienorientierung vor, die eine eigene Erwerbstätigkeit nur dann zuließ, wenn die Familienarbeit abgedeckt war (Becker-Schmidt 1993; Courtenay 2000; Goffman 1994). Dieses «Ernährermodell» war und ist mit einer stärkeren Leistungs- und Wettbewerbsorientierung der männlichen Erwerbsarbeit verbunden. Männer planen ihre Karrieren oft bewusst und lassen sich darin auch nicht von familiären Bedürfnissen und Bindungen beeinträchtigen.

Diese traditionellen sozialen Muster haben sich seit dem Zweiten Weltkrieg immer mehr aufgeweicht. Zum einen veränderten sich die Erwerbsbiografien der Männer: Eine durchgängige Vollbeschäftigung bei ein und demselben Arbeitgeber ist mittlerweile selten, ein Wechsel der Arbeitsstelle – oft verbunden mit regionaler Mobilität – ist üblicher als früher, und Phasen von Arbeitslosigkeit unterbrechen Erwerbsbiografien oder beenden sie vorzeitig. Zum anderen lassen sich Frauen nicht mehr auf den häuslichen Bereich einschränken. Junge Frauen wollen heute nicht nur heiraten und möglicherweise Kinder bekommen, sie wollen auch einen Beruf lernen, diesen ausüben und vielleicht Karriere machen (Geissler/Oechsle 1997; Seidenspinner et al. 1996).

Die stereotypen Vorstellungen von Mann und Frau sind stark in Bewegung geraten, und zwar vor allem wegen der tief greifenden Veränderungen in Wirtschaft und Beruf, die auf einen Wandel der Qualifikationsanforderungen zurückzuführen sind. Spätestens in den 1980er-Jahren zeigte sich, wie rasch sich die traditionell organisierte Erwerbsarbeit, die auf den außerhäuslich tätigen Mann zugeschnitten ist, verflüchtigen kann. Fällt die Erwerbsarbeit (durch Arbeitslosigkeit oder Frühpensionierung) weg oder gestattet sie nicht mehr die Macht und die Privilegien, die über Jahrzehnte typisch waren, dann geht auch das wichtigste Reservoir der Selbstdefinition von Männern verloren.

Die Vereinbarkeitsproblematik stellt sich bislang fast ausschließlich für Frauen. Die kulturellen Stereotype sperren sich nicht mehr gegen die weibliche Erwerbsarbeit, aber sie entlasten Frauen nicht von den Familienpflichten. Trotz Partnerschaftsrhetorik sind die Verantwortlichkeiten im Haushalt nach wie vor ungleich verteilt. Auch wenn die empirischen Befunde nicht eindeutig sind, gibt es Hinweise darauf, dass die Rollenvielfalt, die typisch für das weibliche Geschlecht ist, in der Gesamtbilanz der Gesundheit eher förderlich als abträglich ist. Eine Fixierung auf nur eine oder wenige soziale Rollen, wie sie für Männer in unserem Kulturkreis charakteristisch ist, ist hingegen ungünstig. Die Untersuchungen zeigen das vor allem bei erwerbstätigen Frauen und Müttern im Vergleich zu «Nur-Hausfrauen» (Marianne Resch in diesem Band),

allerdings sind die Bedingungen für Erwerbs- und Familienarbeit differenziert zu betrachten. Berufstätigkeit der Frauen erhöht die Belastung und Stresspegel, aber durch die positive Einstellung zur Arbeit und durch Bestätigungen und Unterstützungen am Arbeitsplatz ergeben sich auch Entlastungen für die Ausübung der Erziehungs- und Haushaltsrolle. Gemildert wird die subjektive Belastung durch den Berufsstress vor allem dann, wenn eine gute Partnerbeziehung besteht. Nach allen vorliegenden Studien sind für die Gesundheit von Frauen die Rahmenbedingungen entscheidend, mit denen ihre verschiedenen Rollen verbunden sind. Wichtigste Vermittlungsvariable ist das subjektive Wohlbefinden, die Zufriedenheit mit den verschiedenen Lebensbereichen innerhalb und außerhalb der Familie. Herrscht in der Partnerbeziehung ein Klima von Kooperation und Gleichberechtigung, dann ist die Kombination von verschiedenen Rollen ganz offensichtlich gesundheitsfördernd.

Die Festlegung der Männer auf die Erwerbsarbeit scheint hingegen der Gesundheit abträglich zu sein (Bründel/Hurrelmann 1999). Die Erweiterung um die Orientierungsbereiche Beziehung und Erziehung könnte deshalb gesundheitsförderliche Potenziale freilegen. Hierauf verweist auch das Schweizerische Projekt MaGs – Männergesundheit in seinem Männermanifest:

Auf der gesellschaftlichen Ebene geht es um ein Überdenken der gesundheitsrelevanten Werte, Haltungen und Normen. Die normativen Kräfte der Gesellschaft müssen künftig sowohl «männlich» als auch «weiblich» geprägt sein. Deshalb unterstützen wir alle Gleichstellungsbestrebungen im privaten und öffentlichen Bereich.

Allerdings ist zu fragen, wie eine stärkere Öffnung der verschiedenen Lebensbereiche für Frauen und Männer gelingen kann (Kolip et al. i. Dr.). Die Veränderung gesellschaftlicher Stereotype ist sicherlich eines der vordringlichsten Ziele. Dass dieses – wenn auch mit Einschränkungen – gelingen kann, zeigen Erfahrungen aus skandinavischen Ländern, allen voran Schweden.

Die Untersuchungen zur Vereinbarkeit von Berufs- und Familienarbeit bei Frauen legen den

Schluss nahe, dass sich die Belastungen und das geringere Wohlbefinden von Frauen eben nicht in einer höheren Sterblichkeitsrate niederschlagen, sondern umgekehrt in einer längeren Lebensdauer. Die Mehrfachbelastungen lassen sich ganz offensichtlich in Mehrfach-Gestaltungsmöglichkeiten umwandeln, so dass die nicht zu übersehenden Nachteile der spezifischen Rollenkonstellation von Frauen auch ihre spezifischen gesundheitlichen Vorteile haben.

Deswegen ist die Betrachtung von spezifischen Gesundheits- und Krankheitsprofilen der Geschlechter günstiger als eine einfache pauschalisierende Bewertung von verschiedenen Gesundheitsniveaus, gemessen an Morbiditäts- und Mortalitätsstatistiken. Nachteile und Diskriminierungen gibt es ganz offensichtlich für beide Geschlechter. Am besten kann Gesundheits- und Arbeitspolitik auf die Situation reagieren, indem sowohl Frauen als auch Männern verschiedene Lebensbereiche erschlossen und zur Wahl gestellt werden. Beide Geschlechter sollten die Chance haben, biografisch unterschiedliche Akzente zu setzen und sich in einen Bereich hinein- und auch wieder herauszubewegen (Kommission der Europäischen Gemeinschaft 2000). Erst durch einen gesellschaftsstrukturell angelegten Wandel, wie etwa die gleichberechtigte Beteiligung beider Geschlechter am Arbeitsmarkt und im Bildungsbereich, können grundlegende Ausgangsmuster für das heutige verzerrte Macht- und Privilegienverhältnis der beiden Geschlechter abgebaut werden. In diesem Sinne ist das Konzept der «Geschlechtergerechtigkeit» («gender mainstreaming») als sozialpolitisches und vor allem auch gesundheitspolitisches Konzept wertvoll. Ihm liegt die Erkenntnis zugrunde, dass es keine geschlechtsneutrale Politik geben kann und alle gesellschaftlichen Institutionen, Unternehmen, Programme, Gesetze, Regelungen und Initiativen den jeweils spezifischen Belangen sowohl von Frauen als auch von Männern gerecht werden müssen (Council of Europe 1998).

5. Perspektiven einer geschlechtergerechten Gesundheitsforschung

Der vorliegende Band will einen Beitrag zur Entwicklung einer geschlechtergerechten Gesundheitsforschung leisten. Dass wir hierbei in Deutschland erst am Anfang stehen und dass der Wissenstand noch recht heterogen ist, wird in den meisten Kapiteln deutlich. Dennoch besteht Hoffnung, dass die Entwicklung nicht an diesem Punkt stehen bleibt. Nach Rosser (1993) lassen sich fünf Phasen der geschlechtersensiblen Gesundheitsforschung unterscheiden. Die erste Phase ist dadurch gekennzeichnet, dass Frauen in der Forschung nicht vorkommen und die Biologie des Mannes die unhinterfragte Norm ist. So wurden Studien zum Herzinfarkt zunächst ausschließlich mit Männern durchgeführt, und an männlichen Populationen identifizierte Risikofaktoren (z. B. das so genannte Typ-A-Verhalten) wurden ungeprüft auf Frauen übertragen. In der zweiten Phase werden Frauen zwar in Studien mit eingeschlossen, aber ein klarer Androzentrismus ist zu erkennen, denn Frauen werden an der männlichen Norm gemessen. So gelten in dieser Phase die Herzinfarktsymptome von Frauen als «atypisch», d. h. die männlichen Beschwerden und Symptome werden als «normal», die der Frauen als «Abweichung» definiert. In der dritten Phase wird dieser Androzentrismus kritisiert und es wird deutlich, dass die Gesundheit von Frauen nicht an der männlichen Norm gemessen werden kann. In dieser Phase werden auch Instrumente erarbeitet, um geschlechtsspezifische Verzerrungen systematisch aufspüren und vermeiden zu können. In einer vierten Phase wird dem Androzentrismus, der auch gegenüber der Gesundheit von Männern nicht zwangsläufig geschlechtersensibel ist, ein Fokus auf Frauen entgegen gesetzt. Es werden eigene Forschungsschwerpunkte «Frauen und Gesundheit» entwickelt, und Themen werden aufgegriffen, die für Frauen von besonderer Relevanz sind. In der fünften und letzten Phase wird schließlich eine geschlechtersensible Forschung umgesetzt, das Geschlecht wird in alle gesundheitsbezogenen Forschungsgebiete integriert.

Derzeit befindet sich die Frauengesundheitsforschung je nach Thema und Fachdisziplin in den Phasen 2 bis 4: Für zahlreiche medizinische

Bereiche muss noch immer eine androzentristische Perspektive festgestellt werden, die – wie im Falle der Herzinfarktforschung – auch deutlich kritisiert wird. Diese Kritik hat bei einigen Krankheitsbildern zu einer Sensibilisierung für die Frage, ob Frauen systematisch bei der Diagnostik, Therapie und Rehabilitation benachteiligt werden, beigetragen. So wird in der Herzkreislauf-Forschung seit den Neunzigerjahren unter dem Stichwort «Yentl-Syndrom»³ die Frage diskutiert, weshalb sich die Diagnostik bei Anzeichen einer Herzerkrankung bei Frauen und Männern unterscheidet (Healey 1991). Parallel zur Identifizierung und Kritik des Androzentrismus lassen sich Forschungsthemen erkennen, die sich explizit mit spezifischen Gesundheitsproblemen und Versorgungsbedürfnissen von Frauen beschäftigen, sei es im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt (siehe hierzu den Beitrag von Beate Schücking in diesem Band), zum Nutzen und den Risiken der so genannten Hormonersatztherapie in den Wechseljahren (Beckermann 2001), zur Gewalt im Geschlechterverhältnis oder zu gesundheitlichen Belastungen in frauentypischen Berufen (siehe hierzu auch BMFJFS 2001). Die vorgestellte Systematik lässt sich nicht auf die Männergesundheitsforschung übertragen, denn sie ist von einem gänzlich anderen Ausgangspunkt gestartet (vgl. Kolip et al. i. Dr.). Es lässt sich aber festhalten, dass hier vor allem kritisiert wird, dass eine nicht geschlechtergerechte Forschung auch die Männer betrifft und benachteiligt.

Der Übergang in die fünfte Phase in Richtung einer gendersensiblen Forschung, die frauen- und männerspezifischen Belangen gleichermaßen Rechnung trägt, ist ein wichtiger Schritt, bei dem es darum gehen muss, beide Stränge stärker als bisher miteinander zu verknüpfen, ohne allerdings die Entwicklungsarbeit innerhalb der Frauen- und Männergesundheitsforschung zu vernachlässigen. In beiden Bereichen muss es

³ Yentl, die jüdische Hauptperson einer Kurzgeschichte des Literatur-Nobelpreisträgers Isaac B. Singer, musste sich als Mann verkleiden, um den Talmud zu lernen. Der Begriff «Yentl-Syndrom» verweist darauf, dass Frauen aufgrund ihres biologischen Geschlechtes bei der Diagnostik und Therapie eines Herzinfarktes diskriminiert werden.

selbstverständlich weiterhin darum gehen, Forschungslücken zu identifizieren, diese wo möglich zu schließen und die Theorieentwicklung voran zu treiben. Inwieweit es dabei sinnvoll ist, von den gleichen theoretischen Konzepten auszugehen und mit den gleichen methodischen Instrumentarien zu arbeiten, muss an dieser Stelle offen bleiben.

Es scheint uns nicht nur erstrebenswert, dass die Männer- und die Frauengesundheitsforschung stärker aufeinander bezogen werden, sondern auch, dass das Geschlechterverhältnis mehr in den Vordergrund gestellt wird. Wir halten den Beitrag von Schofield, Connell, Walker, Woods und Butland in diesem Band für richtungsweisend, weil er deutlich macht, dass auch die Gruppe der Männer nicht homogen ist und erst in der wechselseitigen Berücksichtigung der männlichen und weiblichen Lebenswelten Gesundheitsphänomene eine angemessene Erklärung finden. Diesen Ansatz gilt es auszuformulieren und mit anderen Theoriekonzepten, z. B. zur interaktiven Konstruktion von Geschlechtlichkeit («doing gender»: West/Zimmerman 1987; Stein-Hilbers 1995; Kolip 1997, siehe auch den Beitrag von Ellen Kuhlmann in diesem Band), zu verknüpfen. Denn bislang ist die Frage noch ungeklärt, weshalb Männer und mehr noch Frauen diese ungleichen Geschlechterarrangements mittragen, befürworten und aktiv mitgestalten. Anders gefragt: Wenn die Verbindung von Teilzeit- und Familienarbeit gesundheitsförderliche Potenziale hat, warum entscheiden sich trotzdem ein Drittel der Mütter mit Kindern im Alter zwischen 15 und 18 Jahren gegen eine Erwerbsarbeit (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 1998)? Und warum entscheidet sich nur ein Bruchteil der erwerbstätigen Väter für eine Teilzeitbeschäftigung? Die strukturellen Bedingungen (z. B. die zur Verfügung stehenden Krippen- und Kindergartenplätze, das noch immer vorhandene Ungleichgewicht bei der Entlohnung von Erwerbsarbeit; vgl. hierzu BMFSFJ 1998) stecken zwar den gesellschaftlichen Rahmen ab, dieser wird aber durch kulturelle Vorstellungen und Stereotype (z. B. in Bezug auf die Frage, inwieweit oder bis zu welchem Alter ein Kind letztlich doch «die Mutter» braucht) gefüllt, die ihren Niederschlag in scheinbar individuellen Lebens-

entscheidungen finden. Diese Entscheidungen ergeben sich aber nicht zwangsläufig aus den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, sondern ihnen liegen aktive Handlungen zu Grunde, die auch vor dem Hintergrund der Herstellung und Aushandlung von Weiblichkeit und Männlichkeit interpretiert werden müssen. Anders lässt sich kaum erklären, weshalb die durch neue gesetzliche Vorgaben veränderten Rahmenbedingungen (z. B. zur flexiblen Gestaltung der so genannten «Elternzeit» für Väter und Mütter und das Anrecht auf Teilzeitarbeit) auf relativ geringes Interesse – vor allem bei den Vätern – stoßen.

Entwicklungsbedarf sehen wir auch in einem weiteren Bereich. Im Theorie- und Methodenkapitel werden unterschiedliche theoretische Stränge aufgegriffen, die einen Beitrag zur Erklärung der vielfältigen Geschlechtsunterschiede in Gesundheit und Krankheit leisten können. Erstaunlicherweise schält sich ein gemeinsamer Nenner in den Beiträgen heraus, obwohl das Kapitel sowohl medizinisch-naturwissenschaftliche als auch sozialwissenschaftliche Theorieansätze enthält: Eine bloße Unterscheidung in männlich vs. weiblich reicht heute nicht aus, vielmehr müssen selbst in biologischen Ansätzen weitere Differenzierungen eingeführt werden, z. B. hinsichtlich des Alters, der sexuellen Orientierung, der Lebensform oder der genetischen oder hormonellen Ausstattung. Und: Sozialwissenschaftliche, psychosoziale und biologische Erklärungsansätze müssen viel stärker als bisher aufeinander bezogen werden (Bird/Rieker 1999; Macintyre et al. 1996; Mc Donough/Walter 2001). Die biologische Forschung hat in den letzten Jahren Erkenntnisse zu den genetischen Faktoren gewonnen, die die Gesundheits- und Krankheitsentwicklung von Männern und Frauen erklären können (Institute of Medicine 2001). So macht das kürzere Y-Chromosom das männliche Geschlecht anfälliger für auf dem X-Chromosom vererbte Krankheiten. Genetische Faktoren setzen ihrerseits andere Faktoren frei, die die größere Anfälligkeit von Jungen im Kindes- und Jugendalter und die kürzere Lebenszeit von Männern im Vergleich zu Frauen bewirken. So zeigt Ingrid Waldron in ihrem Beitrag, dass der höhere Testosteronlevel mit einem höheren Aktivitätsniveau der Jungen korreliert und damit ein höheres Unfallrisiko zur Folge

hat, dass die Stärke dieses biologischen Einflusses aber letztlich nicht abgeschätzt werden kann, da der biologische Faktor durch Sozialisationsfaktoren überformt wird. Die sozialwissenschaftliche Frauengesundheitsforschung hat die biologischen Grundlagen der männlichen und weiblichen Gesundheit lange in den Hintergrund gerückt, auch weil damit eine biologische Sichtweise vermieden und die Gestaltbarkeit des gesundheitsbezogenen Geschlechterverhältnisses betont werden sollte. Diese abgrenzende Sichtweise wird in Zukunft sicherlich einer mehr integrativen Perspektive weichen müssen.

Die Differenz der Geschlechter ist nicht genetisch programmiert und festgeschrieben, sondern lässt Spielräume für das Gestalten und Ausleben zu. Männer und Frauen werden in ein symbolisches System der Zweigeschlechtlichkeit hineingeboren, aber sie wirken immer auch aktiv an dessen Konstruktion und Aneignung mit. Biologische Faktoren wie endokrine und hormonelle Prozesse legen das Geschlecht nur auf einer spezifischen Ebene fest (und sie sind, wie Chromosomenabweichungen z. B. beim Turner-Syndrom zeigen, selbst in diesem Bereich nicht immer eindeutig). Weiblichkeit und Männlichkeit werden vielmehr gelebt und «hergestellt», indem ein Mann oder eine Frau mit der physiologischen Ausstattung, der körperlichen Konstitution, dem angelegten Temperament und den psychischen Grundstrukturen in eine Interaktion mit den äußeren Anforderungen der sozialen und physischen Umwelt tritt. Die jeweilige individuelle Ausgestaltung dieses Wechselverhältnisses definiert die Persönlichkeit und in diese Persönlichkeit gehen Kerndimensionen von Männlichkeit und Weiblichkeit ein, die jenseits der individuellen Gestaltungsmöglichkeiten sind, weil sie angelegt und angeboren oder auch durch gesellschaftliche Zwänge oktroyiert sind. Durch kulturelle und gesellschaftliche Vorgaben werden die inneren Erfahrungen mit Körper und Psyche stark gesteuert, zugleich aber ist das Erleben und Erfahren von Körper und Psyche individuell geleitet, durch eigene und ursprüngliche persönliche Impulse, die nicht kulturell, gesellschaftlich und biologisch gesteuert sind.

Die geschlechtersensible Gesundheitsforschung tut gut daran, sich von statischen Kör-

permodellen abzuwenden, die von einer genetischen oder gesellschaftlichen Programmierung von allgemeinen und insbesondere auch gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen ausgehen. Körpermodelle aus dem Reich der Biologie und Physiologie sollten berücksichtigt, aber mit einem Körper-Psyche-Umwelt-Modell flexibel verbunden werden. Es zeichnet sich eine Einigkeit darüber ab, dass der organismische Ausgangsunterschied des primären Geschlechts, also die biologische und physiologische Basis, die Rahmenbedingungen setzt, die zusammen mit verschiedenen Einflussfaktoren aus der Umwelt zu unterschiedlichen Wegen im Laufe der Entwicklung des Verhaltens und auch des Gesundheitsverhaltens führen. Dem «biologischen Substrat» des Menschen kommt so verstanden eine Basisfunktion für die Variationsbreite von Verhalten, Erleben und Gesundheitsstatus zu (Annette Degenhardt und Andreas Thiele in diesem Band).

Die geschlechtsbezogene Gesundheit wird also nicht primär vom biologischen Substrat gesteuert und auch nicht primär von den gesellschaftlichen Bedingungen, sondern in einem Wechselspiel beider Faktoren. Eine einseitige reduktionistische Sicht sowohl der biomedizinischen als auch der psychosozialen Modelle muss deshalb überwunden werden. Ein mehrfaktorielles Denken mit der Kombination von biologischen, psychischen und sozialen Faktoren bei der Entstehung von Gesundheit von Frauen und Männern kann als Orientierung dienen: Zu den biologischen Faktoren zählen das genetische Material und die genetischen Prozesse, durch die Eigenschaften von Eltern vererbt werden. Zu den psychologischen Faktoren rechnen vor allem kognitive und Verhaltensaspekte wie Wahrnehmung, Problemlösung, Lernen, Erinnern, Einstellungen, Interessen, Emotionen und Motivationen. Zu den sozialen Faktoren schließlich gehören Arbeits- und Lernbedingungen, Freundschafts- und Verwandtschaftsbeziehungen sowie die Organisation des Gesundheitssystems selbst. Über die gleichgewichtige Bedeutung dieser Faktoren besteht bereits Einigkeit in der interdisziplinären Forschung, über die Art und Weise ihrer Interaktion allerdings nicht.

Im Laufe der nächsten Jahre werden die traditionellen Bilder von Männlichkeit und Weiblich-

keit weiter bestehen bleiben, aber es werden weitere Bilder hinzutreten, die das Verhaltens-, Erfahrungs- und Gefühlsspektrum sowohl von Männern als auch von Frauen erweitern. Durch diese Flexibilisierung der Geschlechtsrollen und der damit verbundenen Bilder von Mann und Frau wird die Spannung zwischen den Geschlechtern nicht abgebaut, sondern im Gegenteil neu aufgebaut, und sie erhält eine neue Qualität der persönlichen Ausdrucksform. Die Individualisierung der gesellschaftlichen Verhältnisse wird auch vor den Bildern von Mann und Frau nicht halt machen und einen hohen Eigenanteil an Ausgestaltung verlangen. Individualisierung bedeutet die Freisetzung von vertrauten und fest gefügten Mustern, die – von Verunsicherungen begleitet – einen kreativen Prozess der Selbstsuche in Gang setzen kann. Im Verlaufe eines Lebens sind mehrere unterschiedliche Gestaltungsformen von Männlichkeit und Weiblichkeit denkbar, die Rücksicht auf die körperliche und psychische Entwicklung der Persönlichkeit, aber auch auf ihre soziale und physische Umwelt nehmen. Der Anteil der Selbstkonstruktion und der produktiven Anpassung an die innere und äußere Realität nimmt durch die Länge des Lebenslaufes zu, die Anforderungen an die Selbstkonstruktion von Männlichkeit und Weiblichkeit steigen entsprechend an. Wünschenswert ist es, dass sich sowohl Männer als auch Frauen in eigener Verantwortung und Entscheidung ihre jeweils individuelle Form der Gestaltung von Männlichkeit und Weiblichkeit aneignen und pflegen. Allerdings stecken kulturelle und gesellschaftliche Bedingungen hierfür den Rahmen ab. Diese zu analysieren, einschränkende und behindernde Rahmenbedingungen zu verändern und so die Möglichkeit für eine gesunde Entwicklung beider Geschlechter zu ermöglichen, sollte vordringlichstes Ziel einer gendersensiblen Gesundheitsforschung und -praxis sein.

Literatur

Annadale, E., Hunt, K. (Hrsg.) (2000). *Gender inequalities and health*. Buckingham.
Arbeitskreis Frauen und Gesundheit im Norddeutschen Forschungsbund Public Health (Hrsg.) (1998). *Frauen und Gesundheit(en) in Wissenschaft, Praxis und Politik*. Bern.

Babitsch, B. (2000). «Soziale Lage, Frauen und Gesundheit». In: Helmert, U., Bammann, K., Voges, W., Müller, R. (Hrsg.). *Müssen Arme früher sterben? Soziale Ungleichheit und Gesundheit in Deutschland*. Weinheim, S. 135–158.
Beckermann, M.J. (2001). «Evaluation epidemiologischer Studien zur Östrogen-Gestagen-Hormontherapie». *Schweizerisches Medizinisches Forum*, 5, S. 91–119.
Becker-Schmidt, R. (1993). «Geschlechterdifferenz – Geschlechterverhältnis: soziale Dimensionen des Begriffs «Geschlecht»». *Zeitschrift für Frauenforschung*, 11, S. 37–46.
Begenau, J., Helfferich, C. (Hrsg.) (1997). *Frauen in Ost und West. Zwei Kulturen, zwei Gesellschaften, zwei Gesundheitsen*. Schriftenreihe der Arbeitsgruppe Frauen und Gesundheit der DGMS. Freiburg.
Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales der Freien und Hansestadt Hamburg (2000). *Frauen und Gesundheit. Empfehlungen für die Verbesserung der Frauengesundheit in Hamburg*. Hamburg.
Benner, P., Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring – stress and coping in health and illness*. Menlo Park.
Bird, C. E., Rieker, P. P. (1999). «Gender matters: an integrated model for understanding men's and women's health». *Social Science and Medicine*, 48, S. 745–755.
Boston Women's Health Book Collective (1976). *Our bodies, ourselves*. New York.
Brähler, E., Felder, H. (Hrsg.) (1999). *Weiblichkeit, Männlichkeit und Gesundheit*. 2. Aufl. Opladen.
Bründel, H., Hurrelmann, K. (1999). *Konkurrenz, Karriere, Kollaps. Männerforschung und der Abschied vom Mythos Mann*. Stuttgart.
Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2001). *Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Ost- und Westdeutschland*. Bonn.
Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (1998). *Frauen in der Bundesrepublik Deutschland*. Bonn.
Connell, R. W. (1999). *Der gemachte Mann*. Opladen.
Cooper, M. (1990). *Searching for the anti-sexist man*. London.
Council of Europe (Hrsg.) (1998). *Gender Mainstreaming – Konzeptioneller Rahmen, Methodologie und Beschreibung bewährter Praktiken*. Straßburg.
Courtenay, W. H. (2000). «Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health». *Social Science and Medicine*, 50, S. 1385–1401.
Doyal, L. (1995). *What makes women sick?* London.
Doyal, L. (2000). «Gender equity in health: Debates and dilemmas». *Social Science and Medicine*, 51, S. 931–939.
Eichler, M. (1991). *Nonsexist research methods. A practical guide*. New York.

- Eichler, M. (1998). «Offener und verdeckter Sexismus. Methodisch-methodologische Anmerkungen zur Gesundheitsforschung». In: Arbeitskreis Frauen und Gesundheit (Hrsg.). *Frauen und Gesundheit(en) in Wissenschaft, Praxis und Politik*. Bern, S. 63–73.
- Eichler, M., Fuchs, J., Maschewsky-Schneider, U. (2000). «Richtlinien zur Vermeidung von Gender-Bias in der Gesundheitsforschung». *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 8, S. 293–310.
- Eickenberg, U., Hurrelmann, K. (1997). «Warum fällt die Lebenserwartung von Männern immer stärker hinter die der Frauen zurück?» *Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation*, 17, S. 118–134.
- Franke, A., Elsesser, K., Sitzler, F., Algermissen, G., Kötter, S. (1998). *Gesundheit und Abhängigkeit bei Frauen: eine salutogenetische Verlaufsstudie*. Cloppenburg.
- Farrel, W. (1995). *Mythos Männermacht*. Frankfurt/M.
- Franke, A., Kämmerer, A. (Hrsg.) (2001). *Klinische Psychologie der Frau*. Göttingen.
- Geissler, B., Oechsle, M. (1996). *Lebensplanung junger Frauen. Zur widersprüchlichen Modernisierung weiblicher Lebensläufe*. Weinheim.
- Gildemeister, R., Wetterer, A. (1992). «Wie Geschlechter gemacht werden». In: Knapp, G.-A., Wetterer, A. (Hrsg.). *Traditionen, Brüche*. Freiburg, S. 201–254.
- Gijsbers van Wijk, C. M. T., van Vliet, K. P., Kolk, A. M. (1996). «Gender perspectives and quality of care: Towards appropriate and adequate health care for women». *Social Science and Medicine*, 43, S. 707–720.
- Goffman, E. (1994). «Das Arrangement der Geschlechter». In: Goffman, E. (Hrsg.). *Interaktion und Geschlecht*. Frankfurt/M./New York, S. 105–158.
- Healy, B. (1991). «The Yentl syndrome». *New England Journal of Medicine*, 325, S. 274–276.
- Helferich, C. (1994). *Jugend, Körper und Geschlecht*. Opladen.
- Helferich, C. (1996). «Perspektiven der Frauengesundheitsforschung in Deutschland». In: Maschewsky-Schneider, U. (Hrsg.). *Frauen – das kranke Geschlecht?* Opladen, S. 113–130.
- Helferich, C., von Trotschke, J. (Hrsg.) (o. J.). *Der Beitrag der Frauengesundheitsforschung zu den Gesundheitswissenschaften/Public Health in Deutschland*. Freiburg: Koordinierungsstelle Public Health.
- Hexengeflüster (o. J.). *Frauen greifen zur Selbsthilfe*. Berlin.
- Hurrelmann, K. (1999). *Lebensphase Jugend*. 6. Aufl. Weinheim.
- Hurrelmann, K. (2000). *Gesundheitssoziologie*. Weinheim.
- Hurrelmann, K., Laaser, U. (Hrsg.) (1998). *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. 2. Aufl. Weinheim.
- Institute of Medicine (2001). *Exploring the biological contributions to human health: Does sex matter? Report of the Committee on Understanding the Biology of Sex and Gender Differences*. Washington.
- Klotz T. (1998). *Der frühe Tod des starken Geschlechts*. Göttingen.
- Klotz T., Hurrelmann K. (1998). «Adapting the health-care system to the needs of the aging male». *The Aging Male*, 1, S. 20–27.
- Kolip, P. (1994). «Gesundheit ist, wenn ich mich wohl fühle. Ergebnisse qualitativer Interviews zu Gesundheitsdefinitionen junger Frauen und Männer». In: Kolip, P. (Hrsg.). *Lebenslust und Wohlbe-finden: Beiträge zur geschlechtsspezifischen Jugend-gesundheitsforschung*. Weinheim, S. 139–159.
- Kolip, P. (1997). *Geschlecht und Gesundheit im Jugend-alter*. Opladen.
- Kolip, P. (1998). «Frauen und Männer». In: Schwartz, F. W., Badura, B., Leidl, R., Raspe, H., Siegrist, J. (Hrsg.). *Das Public-Health-Buch*. München, S. 506–516.
- Kolip, P. (2000). «Frauenleben in ärztlicher Hand. Die Medikalisation weiblicher Umbruchphasen». In: Kolip, P. (Hrsg.). *Weiblichkeit ist keine Krankheit. Die Medikalisation körperlicher Umbruchphasen im Leben von Frauen*. Weinheim, S. 9–30.
- Kolip, P. (2001). «Psychische Störungen, Gesundheit und Widerstandsfaktoren in Kindheit und Adoleszenz». In: Franke, A., Kämmerer, A. (Hrsg.). *Klini-sche Psychologie der Frau*. Göttingen, S. 485–516.
- Kolip, P., Lademann, J., Deitermann, B. (i. Dr.). «Was können Männer von der Frauengesundheitsbewegung lernen?» In: Altgeld, T. (Hrsg.). *Männer und Gesundheit*. Weinheim.
- Kolip, P., Schmidt, B. (1999). «Gender and Health in Adolescence. WHO Policy Series (Health Policy for Children and Adolescents)», Issue 2. Copenhagen: WHO Europe. <http://www.who.dk/HBSC/hbse%20page.htm>.
- Kommission der Europäischen Gemeinschaft (2000). *Chancengleichheit für Frauen und Männer*. Brüssel.
- Kraemer, S. (2000). «The fragile male». *British Medical Journal*, 321, S. 1609–1612.
- Lennon, M., Rosenfield, S. (1992). «Women and mental health: The interaction of work and family conditions». *Journal of Health and Social Behavior*, 33, S. 316–327.
- Luck, M., Bamford, M., Williamson, P. (2000). *Men's Health. Perspectives, diversity and paradox*. Oxford.
- Macintyre, S., Hunt, K., Sweeting, H. (1996). «Gender differences in health. Are things really as simple as they seem?» *Social Science and Medicine*, 42, S. 617–624.
- Magistrat der Stadt Wien (1999). *Wiener Männer-gesundheitsbericht 1999*. Wien: Magistratsabteilung für Angelegenheiten der Landessanitätsdi-rektion.
- MaGs – Männergesundheit. <http://radix.ch/html/maennergeseundheit.htm>.
- Maschewsky-Schneider, U. (1994). «Frauen leben länger als Männer. Sind sie auch gesünder?» *Zeitschrift für Frauenforschung*, 12 (4), S. 28–38.
- Maschewsky-Schneider, U. (1997). *Frauen sind anders krank. Zur gesundheitlichen Lage von Frauen in Deutschland*. Weinheim.
- Maschewsky-Schneider, U., Hinze, L., Kolip, P., Scheidig, C. (2001). «Frauen- und geschlechtsspezifische Gesundheitsforschung in der DGSM». *Gesundheitswesen*, 63, Sonderheft 1, S. 89–92.
- Mathers, C. D., Sadana, R., Salomon, J. A., Murray, C. J., Lopez, A. D. (2001). «Healthy life expectancy in 191 countries, 1999». *The Lancet*, 357, S. 1685–1691.
- McDonough, P., Walters, V. (2001). «Gender and health: reassessing patterns and explanations». *Social Science and Medicine*, 52, S. 547–559.
- Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2000). *Gesundheit von Frauen und Männern. Gesundheitsberichte NRW*. Bielefeld: Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst.
- Nestmann, F., Schmerl, C. (1990). «Das Geschlechterparadox in der Social-Support-Forschung». In: Schmerl, C., Nestmann, F. (Hrsg.). *Ist Geben seliger als Nehmen? Frauen und Social Support*. Frankfurt/M., S. 7–35.
- Neubauer, G., Winter, R. (2001). *So geht Jungenarbeit. Geschlechtsbezogene Entwicklung von Jugendhilfe*. Berlin.
- Pringle, R. (1998). *Sex and medicine. Gender, power and authority in the medical profession*. Cambridge.
- Rosser, S.V. (1993). «A model for a speciality in women's health». *Journal of Women's Health*, 2, S. 222–224.
- Sabo, D., Gordon, D. F. (1995). «Rethinking Men's health and illness». In: Sabo, D., Gordon, D.F. (Hrsg.). *Men's health and illness – Gender, power and the body*. London.
- Sabo, D., Gordon, D.F. (Hrsg.). *Men's health and illness – Gender, power and the body*. London.
- Saltonstall, R. (1993). «Healthy bodies, social bodies: men's and women's concepts and practices of health in everyday life». *Social Science and Medicine*, 36, S. 7–14.
- Schmerl, C., Nestmann, F. (Hrsg.) (1990). *Ist Geben seliger als Nehmen? Frauen und Social Support*. Frankfurt/M.
- Schneider, U. (Hrsg.) (1981). *Was macht Frauen krank?* Frankfurt/M.
- Seidenspinner, G., Keddi, B., Wittmann, S., Gross, M., Hildebrandt, K., Strehmel, P. (1996). *Junge Frauen heute – Wie sie leben, was sie anders machen*. Opladen.
- Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales Bremen (2001). *Frauengesundheitsbericht 2001*. Bremen.
- Seubert, H. (1993). *Zu Lasten der Frauen. Benachteiligung von Frauen durch die Pflege alter Eltern*. Pfaffenweiler.
- Sielert, U. (1993). «Jungenarbeit». *Praxishandbuch für die Jugendarbeit*. Teil 2. 2. Aufl. Weinheim.
- Sozialministerium Baden-Württemberg (2000). *Frauengesundheit. Daten für Taten*. Stuttgart.
- Stein-Hilbers, M. (1995). «Geschlechterverhältnisse und somatische Kulturen». *Jahrbuch für kritische Medizin*, 24, S. 62–81.
- Stolzenberg, R. (2000). «Frauengesundheitszentren und Geburtshäuser. Von Autonomie und Angrenzung zu Einfluss und Kooperation». In: Kolip, P. (Hrsg.). *Weiblichkeit ist keine Krankheit. Die Medikalisation körperlicher Umbruchphasen im Leben von Frauen*. Weinheim, S. 215–237.
- Vogt, I. (1998). «Psychologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften». In: Hurrelmann, K., Laaser, U. (Hrsg.) (1998). *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. Neuausgabe. Weinheim, S. 117–144.
- Waldron, I. (2000). «Trends in gender differences in mortality: Relationships to changing gender differences in behavior and other causal factors». In: E. Annandale, K. Hunt (Hrsg.). *Gender inequalities in health*. Buckingham, S. 150–181.
- West, C., Zimmerman, D.H. (1987). «Doing gender». *Gender & Society*, 1, S. 125–151.
- Williams, C. (2000). «Doing health, doing gender: teenager, diabetes and asthma». *Social Science and Medicine*, 50, S. 387–396.
- Winter, R., Neubauer, G. (2001). *Dies und Das. Das Variablenmodell «Balanciertes Junge- und Mannsein» als Grundlage für die pädagogische Arbeit mit Jungen*. Tübingen.
- Yamey, G. (2000). «Health Minister announces initiatives on men's health». *British Medical Journal*, 320, S. 961.