



GESUNDHEITS WISSENSCHAFTEN dokument

44

Frauengesundheit, Frauengesundheits- forschung, Gender Medizin

Eine Untersuchung ihrer Grundlagen und
des Fallbeispiels Österreichs

Caroline Claudia Winkler

Erhältlich bei:

Oberösterreichische Gebietskrankenkasse

Referat für Gesundheitsstrategie und Wissenschaftskooperation

E-Mail: sekretariat.dgw@oegkk.at

Linz 2014

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	4
2	Grundlagen zur Thematisierung der Frauengesundheit	8
	2.1 Gesundheit und Krankheit.....	8
	2.1.1 Laienkonzepte zur Gesundheit und Krankheit.....	8
	2.1.2 Wissenschaftliche ExpertInnenkonzepte zur Gesundheit und Krankheit....	10
	2.1.3 Zusammenfassendes Verständnis von Gesundheit und Krankheit.....	12
	2.2 Geschlecht.....	14
	2.3 Frauengesundheit und Gender Medizin.....	17
	2.4 Theoretische Modelle zur Erklärung von Frauengesundheit.....	19
	2.4.1 Bedingungsfaktoren von Gesundheit und Krankheit.....	19
	2.4.2 Psychologische Erklärungsansätze auf subjektiver Ebene.....	20
	2.4.3 Soziologische Erklärungsansätze auf gesellschaftlicher Ebene.....	21
	2.4.4 (Sozio-)Biologische Erklärungsansätze auf medizinischer Ebene.....	21
	2.4.5 Erklärungsansätze aus der Frauen- und Geschlechterforschung.....	22
	2.4.6 Zusammenfassende Betrachtung der Erklärungsansätze.....	24
	2.5 Historische Entwicklung der Frauengesundheitsforschung.....	25
	2.5.1 Die zwei Wurzeln der Frauengesundheitsforschung.....	26
	2.5.2 Themen der Frauengesundheitsforschung.....	27
	2.5.3 Resümee zur historischen Entwicklung der Frauengesundheitsforschung... ..	29
3	Frauengesundheitsforschung	30
	3.1 Frauengesundheitsberichterstattung.....	30
	3.1.1 Historische und theoretische Grundlagen zur Frauengesundheitsbericht- erstattung.....	31
	3.1.2 Problemfelder der Frauengesundheitsberichterstattung.....	34
	3.1.3 Resümee zur Frauengesundheitsberichterstattung.....	35
	3.2 Frauengesundheit als gesundheitspolitische Aufgabe.....	36
	3.2.1 Frauengesundheit und internationale Frauen- beziehungsweise Gleichstellungspolitik.....	36

3.2.2	<i>Gender Mainstreaming im Gesundheitsbereich</i>	37
3.2.3	<i>Internationale Frauengesundheitsinitiativen</i>	40
3.2.4	<i>Europäische Frauengesundheitsinitiativen</i>	42
3.2.5	<i>Österreichische Frauengesundheitsinitiativen</i>	44
3.3	Zusammenfassung	46
4	Frauengesundheit, geschlechtsspezifische Prävention und Gesundheitsförderung am Beispiel Österreichs	49
4.1	Entwicklungstendenzen zur Frauengesundheit aus der Gender-Perspektive	49
4.1.1	<i>Gesundheitsrelevante soziodemographische Trends</i>	49
4.1.2	<i>Gesundheitsrelevante epidemiologische Trends</i>	51
4.1.3	<i>Geschlechtsspezifisches Gesundheitsverhalten</i>	58
4.1.4	<i>Gesundheit nach Lebensphase</i>	61
4.1.5	<i>Gesundheit nach Lebenssituation</i>	65
4.1.6	<i>Resümee zu den Entwicklungstendenzen zur Frauengesundheit</i>	68
4.2	Geschlechtsspezifische Prävention und Gesundheitsförderung.	69
4.2.1	<i>Begriffsdefinitionen</i>	69
4.2.2	<i>Strukturen und Konzepte</i>	72
4.2.3	<i>Geschlechtsspezifische Ansätze</i>	77
4.2.4	<i>Altersspezifische Ansätze</i>	83
4.2.5	<i>Geschlechts- und altersspezifische Angebote in Österreich</i>	86
4.2.6	<i>Resümee zur Prävention und Gesundheitsförderung</i>	90
4.3	Zusammenfassung	91
5	Zusammenfassung und Ausblick	92
	Quellenverzeichnis	96
	Abbildungsverzeichnis	111
	Abkürzungsverzeichnis	111

1 Einleitung

**„Frauen von heute warten nicht auf das Wunderbare
– sie inszenieren ihre Wunder selbst.“**

*Quelle: Katherine Hepburn,
zit. nach Frauennetzwerk Dortmund (2008)*

Gegenwärtig stellt das Geschlecht einen wesentlichen Aspekt zur Analyse und Beschreibung des gesundheitlichen Zustandes dar. Dies war jedoch nicht immer so, obwohl sich die Medizin selbst längst als geschlechtsneutral definierte, was sie jedoch keinesfalls war. So wurden Frauen als spezifische Gruppe innerhalb der Forschung für lange Zeit nicht berücksichtigt, wonach sie auch lediglich eine Orientierung an der männlichen Norm erfahren haben und die damit verbundene medizinische Versorgung der Frauen nach den Bedürfnissen der Männer ausgerichtet war. So nach wurde das weibliche Geschlecht in Fragestellungen der Gesundheit, welche grundsätzlich beide Geschlechter zum Gegenstand haben (sollten), für lange Zeit weitgehend vernachlässigt, unzureichend berücksichtigt oder sogar ausgeschlossen. So kann die damalige Stellung der Frau, nicht nur im Bereich der Gesundheit, durchaus als frauenfeindlich und negativ beschrieben werden, weil sie als defizitäres Wesen abwertend betrachtet wurde.

Erst durch die Frauengesundheitsforschung der 70er Jahre des 20. Jahrhunderts wurden der Androzentrismus, die hegemoniale Männlichkeit, die Misogynie und der Sexismus zu überwinden versucht, weil erstmals der Fokus auf die Gesundheit der Kategorie „Frau“ gesetzt wurde. Durch die damit verbundene Einführung der Gender-Kategorie, das Sichtbarmachen von sozialen Dimensionen, haben Frauen im Zuge der Frauengesundheitsforschung eine Selbstbestimmung über ihren Körper – vor allem in Bezug auf den bisher geltenden Gebärdzwang – und über das medizinische Angebot eingefordert.

Allerdings erfasst die Frauengesundheitsforschung die vielschichtige Geschlechterkategorie nicht. Folglich bedarf es neuer Konzepte zur Thematisierung von Gesundheit und Geschlecht, wie dem aus der Frauengesundheitsforschung entstammenden jungen Forschungsansatz der Gender Medizin. Dieser thematisiert die gesundheits- beziehungsweise krankheitsspezifischen Gemeinsamkeiten sowie Unterschiede von Frauen und Männern zugleich. Dadurch wurde in den vergangenen Jahren in der medizinischen Wissenschaft auch eine geschlechtsspezifische Betrachtung von Gesundheit und Krankheit anvisiert, wodurch die Gender Medizin zunehmend an Bedeutung gewinnt. Folglich finden durch den Ansatz der Gender Medizin gegenwärtig jene Unterschiede zwischen Frauen und Männern nicht nur im alltäglichen Leben Berücksichtigung, sondern unter anderem auch im (klinischen) Forschungskontext, in der krankheitsbezogenen Behandlung und in der Gesundheitsförderung.

Im Zuge der Gender Medizin konnte zudem erarbeitet werden, dass nicht nur Gemeinsamkeiten sowie Unterschiede zwischen Frau und Mann bestehen, sondern dass sich sowohl auch Gemeinsamkeiten und Unterschiede innerhalb der beiden Genusgruppen zeigen können. Folglich handelt es sich bei Frauen beziehungsweise bei Männern keineswegs um homogene Gruppen, weshalb die (Frauen-)Gesundheit auch unter Berücksichtigung der Lebensphase und der Lebenssituation aufgezeigt werden muss.

Erkenntnisinteresse: Zielsetzung, Nicht-Zielsetzung und Fragestellung

Das vorrangige Ziel der Diplomarbeit besteht darin, die Frauengesundheit im Kontext der Frauengesundheitsforschung und der Gender Medizin in Form einer Übersichtsarbeit aufzuzeigen. Das heißt, dass aufbauend auf die Erkenntnisse der Frauengesundheitsforschung der daraus hervorgehende junge Forschungsansatz der Gender Medizin aufgezeigt werden soll. Hierzu sollen historische, theoretische und (gesundheits-)politische Aspekte zur Frauengesundheit aufgezeigt werden, die dann an den praxisnahen Beispielen der geschlechtsspezifischen Gesundheitsförderung und Prävention sowie am Fallbeispiel Österreich verdeutlicht werden.

Hierbei ist zu beachten, dass der inhaltliche Fokus der Diplomarbeit auf der Frauengesundheit liegt. Die Männergesundheit wird also nicht detailliert erfasst, sondern lediglich zur Erläuterung der beziehungsweise zum Vergleich zur Frauengesundheit im Kontext der Gender Medizin aufgezeigt.

Gleichzeitig soll aber auch beleuchtet werden, dass es sich bei Frauen – und so auch bei Männern – keineswegs um eine homogene Gruppierung handelt. Hierzu wird die (Frauen-)Gesundheit unter Berücksichtigung der Lebenslage und der Lebenssituation aufgezeigt.

Überdies ist darauf hinzuweisen, dass sich die Diplomarbeit mit der Frauengesundheit von Nutzerinnen und nicht mit der Frauengesundheit als Aufgabe von Akteurinnen des gesundheitlichen Versorgungssystems befasst.

Schließlich soll zur Verdeutlichung der inhaltlichen Ausrichtung der Diplomarbeit der Versuch unternommen werden, unterschiedliche wissenschaftliche Erkenntnisse, die aus den wissenschaftlichen Disziplinen der Gesundheits- beziehungsweise Medizinsoziologie, der Public Healthforschung und der Frauen- beziehungsweise Geschlechterforschung entstammen, zu verknüpfen. Folglich soll eine Darstellung und Analyse der damit in Zusammenhang auftretenden wechselseitigen Einflussnahmen erfolgen.

Vor diesem Hintergrund liegt der inhaltliche Rahmen der Diplomarbeit in der Darstellung der Frauengesundheit im Kontext der Frauengesundheitsforschung und der Gender Medizin. Im Zuge dessen ergibt sich folgende zentrale Forschungsfrage, die es zu beantworten gilt:

Wie thematisieren die Frauengesundheitsforschung und die Gender Medizin die Frauengesundheit?

Um im letzten Kapitel eine Antwort auf diese Frage geben zu können, beziehen sich die einzelnen Kapitel auf folgende von der Forschungsfrage abgeleiteten Fragestellungen:

- *Welche Bedeutung hat das Geschlecht für die Gesundheit beziehungsweise die Krankheit in den Konzepten der Frauengesundheitsforschung und der Gender Medizin? (Kapitel 2)*
- *Wie wird die Frauengesundheit in der Frauengesundheitsberichterstattung und in der Gesundheitspolitik thematisiert? (Kapitel 3)*
- *Wie lässt sich die Frauengesundheit aus der Gender-Perspektive darstellen? (Kapitel 4)*
- *Welche Bedeutung haben die beiden Ansätze der geschlechtsspezifischen Prävention und der Gesundheitsförderung im Rahmen der Gender Medizin? (Kapitel 4)*

Kurze Anmerkung zur Positionierung im Forschungskontext

Entsprechend der Erkenntnis der Gender Medizin, dass es sich bei Frauen beziehungsweise bei Männern (vgl. Ebner et al. 2008: 138f) aufgrund von sogenannten Binnendifferenzen (vgl. Dören 2007: 115) keineswegs um eine homogene (vgl. Ebner et al. 2008: 139) beziehungsweise „*stabil geglaubte*“ Gruppierung handelt (vgl. Kuhlmann / Kolip 2005: 51), ist im Kontext der Gesundheitsforschung „*das Konzept der Intersektionalität*“ eine wichtige Forschungsperspektive. Dieses zeigt nämlich auf, „*wie sich verschiedene Dimensionen der sozialen Gruppenzugehörigkeit überschneiden*“. Das heißt, dass es zur gleichzeitigen Abbildung von komplexen, wechselseitigen Abhängigkeiten sozialer Zugehörigkeiten sowie Benachteiligungen bezogen auf die Triade „*Race, Class, Gender*“ beitragen kann (vgl. Dören 2007: 112ff).

Folglich kann der Ansatz der Intersektionalität dazu beitragen, dass das Angebot des Gesundheitssystems (vgl. Dören 2007: 115) entsprechend der „*Vielschichtigkeit von Geschlecht*“ (Kuhlmann / Kolip 2005: 60) zielgruppenspezifischer ausgerichtet wird (vgl. Dören 2007: 115).

Kapitelübersicht

Das *Kapitel 2* bildet den Ausgangspunkt der Diplomarbeit, indem theoretische und historische Grundlagen zur Frauengesundheit behandelt werden. Zunächst werden die Begrifflichkeiten der Gesundheit, der Krankheit und des Geschlechts dargelegt, um aufbauend die Frauengesundheit und die Gender Medizin definieren zu können. Nachdem dann die Frauengesundheit anhand theoretischer Modelle erklärt wird, erfolgt ein Überblick über die historische Entwicklung der Frauengesundheitsforschung als Hinführung zum Folgekapitel.

So schließt das *Kapitel 3* mit der Thematik der Frauengesundheitsforschung an, indem neben historischen beziehungsweise theoretischen Grundlagen sowie Problemfeldern zur Frauengesundheitsberichterstattung, auch die gesundheitspolitische Aufgabe der Frauengesundheit durch (inter-)nationale Frauengesundheitsinitiativen, wie dem Gender Mainstreaming, aufgegriffen wird.

Anschließend widmet sich das *Kapitel 4* den Entwicklungstendenzen der Frauengesundheit aus der Gender-Perspektive sowie der geschlechtsspezifischen Prävention und Gesundheitsförderung, weshalb es für diese Arbeit auch einen zentralen Abschnitt begründet. Dazu werden zunächst gesundheitsrelevante soziodemographische beziehungsweise epidemiologische Trends, ebenso wie das Gesundheitsverhalten, die Lebensphase und -situation eingebunden. Danach

erfolgt aufbauend auf die Darlegung von Begriffsdefinitionen, Strukturen und Konzepten zur Prävention und zur Gesundheitsförderung, eine Auseinandersetzung mit geschlechts- sowie altersspezifischen Angeboten. Die allgemeinen Ausführungen zu diesem Kapitel werden zur inhaltlichen Verdeutlichung am Fallbeispiel Österreichs abgehandelt.

Das abschließende *Kapitel 5* versucht die einzelnen Themenbereiche und die daraus hervorgehenden zentralen Erkenntnisse der Diplomarbeit zusammenzuführen. Darüber hinaus wird der Versuch unternommen, die zentrale Forschungsfrage der Diplomarbeit unter Berücksichtigung der Fragestellungen der einzelnen Kapitel zu beantworten, um dann einen kurzen Ausblick über die zukünftige Entwicklung der Frauengesundheit zu geben.

2 Grundlagen zur Thematisierung der Frauengesundheit

In diesem Kapitel, welches die Grundlagen zur Frauengesundheit thematisiert, wird zunächst ein Überblick über die Definition von Gesundheit und Krankheit gegeben. Hierzu werden verschiedene Konzepte sowie Disziplinzugehörigkeiten berücksichtigt. Gleichzeitig wird der Begriff „Geschlecht“ in einer Abgrenzung von „sex“ und „gender“ definiert, um die beiden zentralen Begrifflichkeiten dieser Diplomarbeit, die Frauengesundheit und die Gender Medizin, erläutern zu können. Schließlich werden theoretische Modelle zur Erklärung der Frauengesundheit aufgezeigt, bevor ein kurzer historischer Überblick über die Entwicklung der Frauengesundheitsforschung als Hinführung zum Folgekapitel dargelegt wird.

2.1 Gesundheit und Krankheit

Der Begriff der Gesundheit stammt von dem lateinischen Ausdruck „sanitas“ ab, was so viel wie mentale, physische und psychische (vgl. Steinbach 2007: 25) Integrität (vgl. Ostermann 2010: 84), Leistungsfähigkeit, Unversehrtheit und Wohlbefinden bedeutet (vgl. Steinbach 2007: 25), und eine Person vollständig betrifft (vgl. Ostermann 2010: 84). Hingegen bezieht sich der Krankheitsbegriff auf die lateinischen Ausdrücke „aeger“ beziehungsweise „morbidus“, welche beispielsweise einen defizitären Zustand des langwierigen Leidens oder der Schwäche beschreiben (vgl. Schipperges 1999: 18).

Trotz dieser begrifflichen Herleitung zur Gesundheit (vgl. Ostermann 2010: 84; Steinbach 2007: 25) und zur Krankheit (vgl. Schipperges 1999: 18), existieren gegenwärtig jedoch für beide Begrifflichkeiten zahlreiche Definitionsversuche (vgl. Weyerer et al. 2008: 47). So unterscheiden unter anderem die Gesundheitswissenschaften (vgl. Höppner 2008: 137) zwischen der Zugehörigkeit zu einem Laienkonzept oder zu einem wissenschaftlichen ExpertInnenkonzept (vgl. Waller 2006: 13). Überdies differenzieren die Gesundheitswissenschaften (vgl. Höppner 2008: 137) bei den sogenannten wissenschaftlichen ExpertInnenkonzepten, ob es sich um die Zugehörigkeit zu einer einzelnen wissenschaftlichen Disziplin (z.B. Soziologie) oder zu einem interdisziplinären Modell handelt (vgl. Waller 2006: 9ff).

2.1.1 *Laienkonzepte zur Gesundheit und Krankheit*

Mit Laienkonzepten bezeichnet man alltägliche oder subjektive Gesundheits- beziehungsweise Krankheitsmodelle von Laien (vgl. Waller 2006: 13), also von Personen ohne einer medizinischen Ausbildung (vgl. Steinbach 2007: 28), welche durch die Sozialisation erworben und von Generation zu Generation weitergegeben werden (vgl. Ostermann 2010: 84).

Zu den Laienkonzepten zählen zunächst jene subjektiv wahrgenommenen Auffassungen, Bestimmungen (vgl. Schwartz et al. 2003: 25) und Begriffsbildungen zur Gesundheit und zur Krankheit. Sie umfassen aber auch Kontextbedingungen und Ursachen zu deren Entstehung aus der

Perspektive von betroffenen Laien (vgl. Waller 2006: 14), welche sich allesamt auf einen erfahrungsgemäßen Normalzustand beziehen (vgl. Hajen / Paetow / Schumacher 2010: 22). So bezeichnet sich eine Person als krank, wenn determinierende Faktoren, wie beispielsweise das Vorhandensein von gesundheitlichen Beschwerden, Krankheiten (vgl. Schwartz et al. 2003: 25) oder Schmerzen (vgl. Hajen / Paetow / Schumacher 2010: 22), Einschränkungen in der Alltagsbewältigung sowie in den Sozialkontakten auslösen. Dieses subjektive Gefühl des Krankheitszustandes wird als ill-health oder illness bezeichnet (vgl. Schwartz et al. 2003: 24f).

Durch zahlreiche empirische Untersuchungen konnten vier gängige Auffassungen zur Gesundheit und zur Krankheit aus der alltäglichen Perspektive von Laien ermittelt werden (vgl. Kreft / Mielenz 2008: 380), die nachfolgend näher dargelegt werden:

- *„Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit“* (Kreft / Mielenz 2008: 380):
In dieser Auffassung erfolgt eine negative Definition der Gesundheit durch das Nichtvorhandensein von Gebrechen oder (organischen) Krankheiten. Da der Zustand der Gesundheit nicht erlebt werden kann, kann er keineswegs positiv definiert werden. Hingegen wird die Krankheit von den betroffenen Laien erlebt, weil die Gesundheit zwangsläufig zerstört wird, wenn der Zustand der Krankheit eintritt. Diese alltägliche Gesundheitsauffassung korrespondiert (weitgehend) mit dem wissenschaftlichen Gesundheitsbegriff des medizinischen Bezugssystems (vgl. Waller 2006: 15).
- *„Gesundheit als körperliche Energie und Stärke“* (Kreft / Mielenz 2008: 380):
Diese positive Auffassung (vgl. Steinbach 2007: 30f) fokussiert die physische (sowie psychische) Energie, Stärke und Widerstandskraft, welche als umfassende Lebenskräfte den externen Einflüssen der Gesundheit gegenüberstehen (vgl. Waller 2006: 15). Dadurch verfügt das Individuum über den Eindruck, etliche Energiereserven zu haben (vgl. Steinbach 2007: 31).
- *„Gesundheit als funktionale Leistungsfähigkeit“* (Kreft / Mielenz 2008: 380):
Dieses positive Verständnis der Gesundheit (vgl. Steinbach 2007: 30) bezieht sich auf die Fähigkeit, individuell sowie sozial erwartete Aufgaben, Leistungen und Rollenverpflichtungen erfüllen zu können (vgl. Waller 2006: 15). Hierzu zählen beispielsweise die Fähigkeiten zur körperlichen Fitness und zur alltäglichen Berufsbewältigung (vgl. Steinbach 2007: 30).
- *„Gesundheit als psychisches und körperliches Wohlbefinden“* (Kreft / Mielenz 2008: 380):
Die positiv definierte Gesundheit (vgl. Steinbach 2007: 30) als physisches sowie psychisches Wohlergehen beschreibt einen idealen Gleichgewichtszustand (vgl. Waller 2006: 15), welcher sich beispielsweise dadurch äußert, dass das Individuum mit sich selbst im Einklang ist (vgl. Steinbach 2007: 31). Jedoch tritt dieser Idealzustand im alltäglichen Leben nur selten ein (vgl. Waller 2006: 15).

Gleichzeitig muss auch berücksichtigt werden, dass sich die(se) alltäglichen Laienauffassungen zur Gesundheit und zur Krankheit ebenso nach dem Alter, dem Geschlecht und der sozialen Schichtzugehörigkeit unterscheiden können (vgl. Ostermann 2010: 85). Obwohl bislang noch

unzureichend repräsentative Studienergebnisse zu einer genderbezogenen Gesundheits- beziehungsweise Krankheitsdifferenzierung aus der Perspektive von Laien existieren, scheint das weibliche Geschlecht eine differenziertere Auffassung zur Gesundheit beziehungsweise zur Krankheit zu haben, welche jedoch die psychischen Aspekte (vgl. Franzkowiak / Homfeldt / Mühlum 2011: 71), wie das psychische Wohlergehen (vgl. Faltermaier 2008: 38), fokussieren. Bei Männern wird der gesundheitliche Zustand hingegen eher über das Nichtvorhandensein von Krankheiten und über die vorhandene Leistungsfähigkeit beschrieben (vgl. Franzkowiak / Homfeldt / Mühlum 2011: 71).

2.1.2 Wissenschaftliche ExpertInnenkonzepte zur Gesundheit und Krankheit

Die Definition von Gesundheit und Krankheit kann auch durch wissenschaftliche Konzepte (vgl. Waller 2006: 13) aus der Perspektive von ExpertInnen erfolgen (vgl. Steinbach 2007: 28), die sowohl die Medizin als auch benachbarte Professionen als Bezugssystem aufweisen (vgl. Schwartz et al. 2003: 24).

In wissenschaftlichen ExpertInnenkonzepten erfolgt die Definition von Gesundheit durch eine negative Interpretation (vgl. Ostermann 2010: 84), wonach sie als die Abwesenheit oder das Freisein von Beeinträchtigungen (vgl. Oyen 1998: 17), Gebrechen (vgl. Büchi / Buddeberg 2004: 412), Leiden oder Krankheiten aufgefasst wird (vgl. Ostermann 2010: 84). Gleichzeitig finden zur Diagnosestellung durch die ÄrztInnen (vgl. Rothgangel 2010: 3) Aspekte, wie erfüllte beziehungsweise abweichende objektivierbare (vgl. Schwartz et al. 2003: 24) biologische sowie somatische (vgl. Vogt 2006: 148) Normen (vgl. Schwartz et al. 2003: 24), organische Funktionen des menschlichen Körpers (vgl. Kulbe 2009: 19) sowie physiologische Regulationen Berücksichtigung (vgl. Schwartz et al. 2003: 24). Entsprechend handelt es sich bei der Gesundheit um das Nichtvorhandensein von Störungen. Sonach ist eine Person auch keinesfalls krank, wenn sie gesund ist (vgl. Kulbe 2009: 19). Gleichzeitig werden Krankheits- sowie Syndrombefunde als disease bezeichnet (vgl. Schwartz et al. 2003: 24).

In der wissenschaftlichen Fachliteratur können laut Hurrelmann (2010: 113) und Waller (2006: 9) die Begrifflichkeiten der Gesundheit und der Krankheit im Rahmen von wissenschaftlichen ExpertInnenkonzepten durch die disziplingebundene Zuordnung definiert werden. Ist das Begriffspaar der Gesundheit beziehungsweise Krankheit einer einzelnen wissenschaftlichen Disziplin zuzuordnen, so gehört dieses einem einseitigen oder monodisziplinären Definitionsansatz an. Umfasst der Gesundheits- beziehungsweise der Krankheitsbegriff jedoch zugleich Aspekte aus unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen, so handelt es sich um ganzheitliche oder interdisziplinäre Definitionsansätze. Nachfolgend sollen sowohl der mono- als auch der interdisziplinäre Definitionsansatz zur Gesundheit beziehungsweise zur Krankheit aufgezeigt werden, obwohl für diese Diplomarbeit vor allem die interdisziplinären Definitionsansätze zur Gesundheit beziehungsweise zur Krankheit relevant sind. Zurückzuführen ist dies darauf, dass die für die Diplomarbeit relevante Querschnittsmaterie der Gender Medizin neben sämtlichen medizinischen Disziplinen, auch psychosoziale sowie soziokulturelle Aspekte anderer wissenschaftlicher Disziplinen umfasst, und folglich interdisziplinär ausgerichtet ist (vgl. Hochleitner 2011: 1).

Einen monodisziplinären Definitionsansatz zur Gesundheit bietet der Medizinsoziologe Talcott Parsons an, welcher innerhalb der Disziplin der Soziologie die sozialen Kategorien der Gesundheit und der Krankheit durch biologische und soziale Aspekte determiniert (vgl. Schlicht / Brand 2007: 58). Sonach bezeichnet Parsons die Gesundheit als einen bestmöglichen Zustand der individuellen Arbeits- (vgl. Kulbe 2009: 21) und Leistungsfähigkeit (vgl. Waller 2006: 9), wonach die soziologische Gesundheitsdefinition nicht als individueller Wert zu interpretieren ist. Insofern geht es darum, ob das Individuum (vgl. Kulbe 2009: 21) die durch die Sozialisation erworbenen Aufgaben (vgl. Waller 2006: 9) und zugewiesenen Rollenanforderungen (vgl. Kulbe 2009: 21), welche für die Gesellschaft als wertvoll angesehen werden (vgl. Hurrelmann 2010: 115), erfüllen kann (vgl. Kulbe 2009: 21). Als InhaberIn sozialer Rollen hat das Individuum also unantastbare Erwartungen der Gesellschaft zu verwirklichen, um das gesellschaftliche Funktionieren von Institutionen sowie Systemen gewährleisten zu können. Wenn jedoch das Individuum nicht in der Lage ist, jene Anforderungen und Erwartungen an die spezifischen sozialen Rollen zu erfüllen (vgl. Hurrelmann 2010: 115), tritt der nicht anstrebende und zu vermeidende Zustand der Krankheit ein (vgl. Schlicht / Brand 2007: 58), den Parsons aus einer medizinsoziologischen Perspektive als Verhalten sozialer Abweichung auslegt (vgl. Oyen 1998: 18). Als ursächlich für den Zustand der Krankheit gibt Parsons neben der persönlichen Schuld auch gesellschaftliche Rahmenbedingungen an, die für unterschiedliche Gesellschaftsgruppierungen auch ein unterschiedliches Krankheitsrisiko mit sich bringen (vgl. Schlicht / Brand 2007: 58). Aus der soziologischen Perspektive Parsons wird der Krankheitszustand als sozial unerwünschtes beziehungsweise abweichendes Verhalten erachtet, das jedoch beispielsweise durch die ärztliche Krankschreibung eine Legitimation erfährt. Gleichzeitig ermöglicht die Krankheit eine Entlastungsfunktion, indem PatientInnen aus ihrer Rolle als ArbeitnehmerInnen entbunden werden (vgl. Oyen 1998: 18). Allerdings können sich für die PatientInnen auch soziale Gesundheits- und Krankheitsfolgen ergeben, die unter anderem Gehaltsfortzahlungen, Kündigungen und das Leisten alltäglicher Aufgaben betreffen (vgl. Kulbe 2009: 21).

Das soziologische Verständnis von Gesundheit fokussiert also primär auf die sozialgesellschaftliche Dimension (vgl. Kulbe 2009: 20f), wonach die Gesundheit in der soziologischen Definition einen sehr hohen Stellenwert innerhalb der Gesellschaft einnimmt. Schließlich lässt sich die soziologische Auffassung von Krankheit als „*die Abwesenheit von Gesundheit*“ verdeutlichen (vgl. Hurrelmann 2010: 115). Insofern besagt der monodisziplinäre Definitionsansatz, dass eine kranke Person keineswegs auch gesund sein kann, und umgekehrt, kann eine gesunde Person, nicht gleichzeitig krank sein (vgl. Schlicht / Brand 2007: 58).

Vergleichsweise bietet die Weltgesundheitsorganisation (WHO) einen interdisziplinären Definitionsansatz zur Gesundheit (vgl. Waller 2006: 9), welcher dem Bezugssystem der Medizin zugeordnet werden kann (vgl. Schwartz et al. 2003: 26). Im Vergleich zum monodisziplinären Definitionsansatz Parsons (vgl. Hurrelmann 2010: 115) lässt sich dieser durchaus positiver darstellen (vgl. Wittmann / Schoberberger 2010: 178), weil die „*Gesundheit [...] mehr als [die] Abwesenheit von Krankheit [ist]*“. Mit der Begrifflichkeit „mehr“ sind überwiegend soziale Aspekte von Gesundheit und Krankheit gemeint (vgl. Schauder 2006: 446), was auch aus dem Gesundheitsbegriff der WHO (1946) hervorgeht (vgl. Waller 2006: 10):

„Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.“ (World Health Organization 1946: 2)

In der deutschsprachigen Fassung bezeichnet das Gesundheitsverständnis der WHO einen *„Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“* (Bundesbehörden der Schweizerischen Eidgenossenschaft 2009: 1).

In dieser Gesundheitsdefinition wird also der gesundheitliche Idealzustand angestrebt (vgl. Steinbach 2007: 27), weil neben medizinischen, physiologischen (vgl. Dieplinger / Labek 2007: 27) und somatischen Faktoren auch psychische (vgl. Bitzer 2003: 454) und soziale Parameter Berücksichtigung finden (vgl. Dieplinger / Labek 2007: 27). Gleichzeitig erfolgt erstmals eine Abgrenzung zwischen den Zuständen des Gebrechens, der Gesundheit und der Krankheit. Jedoch wurde diese Definition zur Gesundheit von vielen Seiten her als statisch, subjektiv, vage (vgl. Vogt 2006: 147) und utopisch kritisiert (vgl. Schwartz et al. 2003: 26). Es herrschte beispielsweise die Auffassung, dass es sich bei der Gesundheit durch diverse umgebungsbedingte Anpassungserfordernisse (vgl. Ulich / Wülser 2009: 31) vielmehr um einen dynamischen und sich verändernden Prozess handelt als um einen statischen Zustand (vgl. Schwartz et al. 2003: 26). Auch wird kritisch angemerkt, dass die ausschließliche Berücksichtigung der subjektiven Gesundheitsauffassung zu einem Ausschluss von objektivierbaren Daten führt. Deswegen wird beispielsweise nicht berücksichtigt, dass eine objektive Gesundheitsgefährdung trotz eines persönlichen Wohlergehens vorliegen kann. Gleichzeitig lässt sich die Utopie der WHO-Gesundheitsdefinition damit begründen, dass der Zustand eines vollständigen Wohlergehens eine Idealnorm darstellt (vgl. Ostermann 2010: 84) und sich die überwiegende Mehrheit an Menschen zumeist weder vollkommen gesund noch vollkommen krank fühlt. Folglich hat die WHO die Kritik an ihrer erarbeiteten Gesundheitsdefinition aus dem Jahr 1946 zur Kenntnis genommen, und im Jahr 1986 das Erlangen eines höchstmöglichen Wohlbefindens beziehungsweise -ergehens als eine Zielgröße und die Gesundheit als einen Prozess formuliert (vgl. Kulbe 2009: 19).

Gegenwärtig besteht also die Auffassung, *„dass Gesundheit ein mehrdimensionales Konzept darstellt, das sich sowohl auf körperliches wie auch psychisches Wohlbefinden bezieht, auf Leistungsfähigkeit im Sinne von Bewältigung von Lebensaufgaben und von Rollenerwartungen [...] sowie auf Selbstverwirklichung und Sinnfindung [...]“* (Vogt 2006: 147)

2.1.3 Zusammenfassendes Verständnis von Gesundheit und Krankheit

In Anlehnung an die Definitionen zu den Laien- und ExpertInnenkonzepten sei nun darauf hinzuweisen, welche Bedeutung sie für diese Diplomarbeit – insbesondere für das Gesundheitsverhalten und die Inanspruchnahme von Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten im Kapitel 4 – haben.

Die Laienkonzepte zur Gesundheit und zur Krankheit finden in dieser Diplomarbeit unter anderem aufgrund nachfolgender Aspekte Erwähnung (vgl. Waller 2006: 14):

1. *„Sie umfassen globale Vorstellungen darüber, welche Bedingungen für die Gesundheit und die Krankheit einer Person verantwortlich sind, insbesondere darüber, ob man selbst für seine Gesundheit eine Mitverantwortung trägt. Aus der jeweiligen Sichtweise leitet sich zumindest teilweise ab, ob der Betreffende Krankheitsprävention beziehungsweise Gesundheitsförderung für prinzipiell möglich erachtet, welche diesbezüglichen Maßnahmen hierfür geeignet erscheinen und welche er gegebenenfalls von sich aus ergreift.*
2. *Die subjektiven Vorstellungen – etwa über die eigene Vulnerabilität oder die Möglichkeiten und Erfolgsaussichten der Prävention – entscheiden mit darüber, ob der Betreffende für bestimmte, von Experten vorgeschlagene Präventionsmaßnahmen aufgeschlossen ist oder nicht. Ein Therapeut oder Gesundheitsberater kann aus der Kenntnis der subjektiven Theorie seines Gegenübers ableiten, welche vorbereitenden (z.B. aufklärenden oder motivierenden) Schritte einer erfolgreichen Intervention vorausgehen müssen.*
3. *Unterstellt man, dass einige Laienvorstellungen über Gesundheit und Krankheit die in der Menschheitsgeschichte gesammelten Erfahrungen widerspiegeln, so können sie durchaus als Quellen für wissenschaftliche Hypothesen in Betracht gezogen werden.“ (Waller 2006: 14)*

Hingegen sind auch die wissenschaftlichen ExpertInnenkonzepte zur Gesundheit und zur Krankheit für diese Diplomarbeit von Relevanz, weil sie bei der Verfahrensentwicklung zur Gesundheits- beziehungsweise Krankheitsdiagnostik, der ätiologischen Forschungsanwendung und der favorisierten Behandlungs- und Präventionsmethode unverzichtbar sind (vgl. Waller 2006: 19).

Schließlich bleibt festzuhalten, dass *„der Übergang von Laienkonzepten zu wissenschaftlichen Konzepten [...] jedoch fließend [ist], da sich Laienkonzepte und wissenschaftliche Konzepte wechselseitig beeinflussen können“* (Waller 2006: 19). Allerdings ist zu beachten, dass häufig Diskrepanzen zwischen dem subjektiven Krankheitsgefühl und der objektiven Befunderhebung auftreten, welche sich in zwei Mustern äußern können (vgl. Borgetto / Kälble 2007: 50):

- *„‘Subjektiv‘ Gesunde (‘Objektiv‘ Kranke): Menschen ohne subjektive Beschwerden und mit objektivierbarem Befund*
- *‘Subjektiv‘ Kranke (‘Objektiv‘ Gesunde): Menschen mit subjektiven Beschwerden und ohne objektivierbaren Befund“* (Borgetto / Kälble 2007: 50)

Ungeachtet dieser Diskrepanzen (vgl. Borgetto / Kälble 2007: 50), wird die Gesundheit häufig als das höchste Gut von Menschen betrachtet (vgl. Keupp 2000: 15). So impliziert die im alltäglichen Leben als lebensfeindlich und negativ wahrgenommene Krankheit die lebenswichtige Aufgabe um das aktive Streben und Verlangen nach Gesundheit (vgl. Huck 2006: 42). Jedoch betrifft die Gesundheit nicht nur das einzelne Individuum, sondern auch die Gesellschaft. Dies lässt sich damit begründen, dass die Gesundheit sowohl ein grundlegendes Recht der Menschheit als auch eine Investition der Gesellschaft ist (vgl. Ostermann 2010: 90), was beispielsweise die WHO (1986) im Rahmen der Ottawa-Charta verdeutlicht hat (vgl. Weltgesundheitsorganisation 1986: 5):

„Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die all ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen.“ (Weltgesundheitsorganisation 1986: 5)

Überdies beschreibt die WHO (1984) diese enge Verbindung zur Gesundheit zwischen den einzelnen Individuen und der Gesellschaft auch durch folgendes Zitat (vgl. Ostermann 2010: 90):

„Gesundheit ist ein Ausmaß, in dem Einzelne oder Gruppen in der Lage sind, einerseits ihre Wünsche und Hoffnungen zu verwirklichen und ihre Bedürfnisse zu befriedigen, andererseits aber auch ihre Umwelt meistern oder verändern zu können. In diesem Sinne ist Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit ist ein positives Konzept, das die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen der Menschen ebenso betont wie dessen körperliche Leistungsfähigkeit.“ (WHO 1984 zit. nach Ostermann 2010: 90)

Insofern stellt auch die Gesellschaft neben den Laien und den ExpertInnen ein wichtiges Bezugssystem für die Gesundheit dar, welches auch das Gesundheitssystem und die damit verbundene legislative Gesetzgebung umfasst. Die gesellschaftliche Dimension der Gesundheit beziehungsweise der Krankheit wird anhand von normativen rechtlichen Gesundheitsansprüchen, ökonomischen Gesellschaftsausgaben und Werteorientierungen definiert. Gleichzeitig wird auch die legitimierte Macht der Gesellschaft zur Krankheitsdefinition berücksichtigt, wonach Aspekte zur Ermittlung von potentiellen Leistungsminderungen und die Notwendigkeit zur Gewährung von Hilfe berücksichtigt werden. In diesem Bezugssystem findet der Begriff „sickness“ Anwendung (vgl. Schwartz et al. 2003: 23f).

Gesundheits- und krankheitsbezogene Bedeutungen und Vorstellungen vollziehen sich nun in einem Spannungsfeld von betroffenen Laien, medizinischen beziehungsweise psychosozialen ExpertInnen des Gesundheitssystems und der Gesellschaft (vgl. Büchi / Buddeberg 2004: 412).

2.2 Geschlecht

Das Geschlecht nimmt in den Gesundheitswissenschaften (vgl. Ostermann 2010: 94) einen wichtigen Stellenwert bei gesundheitsbezogenen Einstellungen, Verhaltensweisen, Wertewahrnehmungen und Wissensbeständen ein (vgl. Otto 2006: 5). Denn das gegenwärtige Verständnis der Gesundheit als mehrdimensionales, interdisziplinäres Konzept (vgl. Vogt 2006: 147) *„mit einer körperlichen, sozialen und kulturellen Ebene korrespondiert mit jene[m] von Geschlecht“*, das neben einer biologischen Dimension auch kulturelle, psychologische und soziale Dimensionen umfasst (vgl. Schweizerische Eidgenossenschaft 2010: 1f). Folglich ist es auch nicht verwun-

derlich, dass bei der Gesundheit, der Krankheit sowie unter anderem bei dem daraus hervorgehenden Verhalten (vgl. Sieverding 2010: 190) sowohl Gemeinsamkeiten als auch Unterschiede bei Frauen und Männern bestehen können (vgl. Kolip / Hurrelmann 2002: 17), wie auch bereits in vielen Studien nachgewiesen werden konnte (vgl. Ostermann 2010: 94).

Um nun das Geschlecht als wichtigen Faktor innerhalb der Gesundheitswissenschaften zu berücksichtigen (vgl. Ostermann 2010: 94), eignet sich eine Unterscheidung zwischen den beiden Begrifflichkeiten „biologisches Geschlecht“ im Sinne von „Sex“ (vgl. Abdul-Hussain 2012: 23) und „soziales (vgl. Rieder / Lohff 2004: 1) beziehungsweise grammatikalisches Geschlecht“ im Sinne von „Gender“ (vgl. Abdul-Hussain 2012: 23). Obwohl diese begriffliche Differenzierung zwischen „sex“ und „gender“ *„als Qualitätsmerkmal in der gesundheitlichen Versorgung“* angewendet wird (vgl. Rásky 2009: 101), ist vor der näheren Begriffserläuterung vorwegzunehmen, dass sie nicht nur (vgl. Vogt / Hoff 2012: 164) *„im Alltag permanent miteinander vermischt“* werden (vgl. Fischlmayr / Schroll-Machl 2005: 417). Es ist auch im Gesundheitsbereich oftmals schwierig zu deuten, ob nun ausschließlich das biologische beziehungsweise das soziale Geschlecht oder beide zusammen einen Einfluss auf die Gesundheit nehmen (vgl. Vogt / Hoff 2012: 164), wie auch die Ausführungen im Kapitel 4 zeigen werden.

Der Begriff „Sex“ umfasst biologische Merkmale (vgl. Lamplmayr / Kryspin-Exner 2011: 739), wie anatomische (vgl. Abdul-Hussain 2012: 23) genetische, hormonelle (vgl. Lamplmayr / Kryspin-Exner 2011: 739), morphologische (vgl. Abdul-Hussain 2012: 23) und physiologische Unterschiede zwischen Frauen und Männern (vgl. Lamplmayr / Kryspin-Exner 2011: 739). Das heißt, dass das biologische Geschlecht die ungleiche biologische Ausstattung des weiblichen und des männlichen Geschlechts umfasst (vgl. Kolip 2007: 31).

Hingegen findet der Begriff „Gender“ Anwendung bei auf die Weiblichkeit und die Männlichkeit bezogenen kulturellen sowie sozialen Parametern (vgl. Lamplmayr / Kryspin-Exner 2011: 739), die durch Prozesse der Entkulturation sowie Sozialisation erreicht werden (vgl. Abdul-Hussain 2012: 23f). Das Gender-Konstrukt umfasst dabei gesellschaftliche Verhaltenserwartungen und zentrale Charakterisierungen von Frauen und Männern, wie Geschlechterrollen und -stereotype, aber auch die Aufnahme und die Ausführung von Geschlechterkonstruktionen in das jeweilige Selbstkonzept, wie das Geschlechtsrollen-Selbstkonzept (vgl. Sieverding 2010: 190).

Money sowie Hampson definieren das soziale Geschlecht „Gender“ wie folgt (vgl. Abdul-Hussain 2012: 24):

„Gender ist ein sozialwissenschaftlicher Begriff und umfasst ,alle Vorstellungen, Normen, ideologischen Aspekte des Geschlechts sowie ihre institutionellen, politischen und sozialen Sedimentierungen‘.“ (Abdul-Hussain 2012: 24)

Zunächst wurde die Sex-Gender-Differenzierung im medizinisch-psychiatrischen Kontext angewendet und seit dem Beginn der 70er Jahre des 20. Jahrhunderts auch im feministischen Feld. Die Anwendung der Sex-Gender-Differenzierung durch Feministinnen lässt sich damit begrün-

den, dass sowohl Frauen als auch Männer gesellschaftlichen Auffassungen gegenüberstehen, welche auf das jeweilige biologische Geschlecht zurückzuführen sind. So blieb vielen Frauen der Zugang zu gewissen gesellschaftlichen und sozialen Spielräumen verwehrt, weil diese nicht der „*Natur der Frau*“ entsprochen haben. Sonach wurde die differenzierte Erfassung des Geschlechts in biologische sowie soziale Aspekte aus politischen Strategiegründen aus dem medizinisch-psychiatrischen Kontext in das feministische Feld übernommen (vgl. Abdul-Hussain 2012: 23).

Auch in deutschsprachigen Ländern findet das englische Wort „Gender“ zunehmend Anwendung (vgl. Lamplmayr / Kryspin-Exner 2011: 739), was auf biologische, feministische, medizinische, philosophische, psychologische und soziologische Diskussionen, bezogen auf das Geschlecht sowie die Geschlechtlichkeit, zurückzuführen ist (vgl. Abdul-Hussain 2012: 22). So bleibt festzuhalten, dass nicht nur das biologische Geschlecht „Sex“ einen Einfluss auf (vgl. Kodelitsch 2011b: 501) die Erhaltung beziehungsweise die Förderung von Gesundheit sowie auf die Entstehung beziehungsweise die Bewältigung von Krankheit (vgl. Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung 2005: 40) von weiblichen und männlichen Personen nimmt, sondern auch das soziale Geschlecht „Gender“ (vgl. Kodelitsch 2011b: 501).

Den nachfolgenden Ausführungen zur Frauengesundheit(sforschung) und Gender Medizin ist allerdings vorweg zu nehmen, dass diese begriffliche Differenzierung zwischen „Sex“ und „Gender“ (vgl. Schweizerische Eidgenossenschaft 2010: 2) auch im Bereich der Gesundheitswissenschaften ebenso wie in anderen Fachbereichen (vgl. Kuhlmann / Kolip 2005: 60) eine sogenannte Mehrdimensionalität (vgl. Schweizerische Eidgenossenschaft 2010: 2) oder „*Vielschichtigkeit von Geschlecht*“ andeutet (vgl. Kuhlmann / Kolip 2005: 60). Diese ist neben der biologischen Ebene (vgl. Schweizerische Eidgenossenschaft 2010: 2) auch „*auf die Vielzahl von Interaktionen mit anderen sozialen Kategorien wie Sexualität, Ethnizität, Klasse etc.*“, aber auch auf „*Zusammenhänge zwischen Geschlecht und anderen sozialen Einflussfaktoren*“ der Geschlechterbeziehung, -differenz, -ordnung und des Geschlechterverhältnisses zurückzuführen (vgl. Kuhlmann / Kolip 2005: 61). Daraus ergibt sich, dass weder Frauen noch Männer als je homogene Gruppierungen wahrgenommen werden dürfen (vgl. Ebner et al. 2008: 138). Diese Erkenntnis, dass „*neben der Biologie und dem Körper auch die persönlichen Ressourcen [...], [die] sozialen Lebenswelten und die gesellschaftlichen Bedingungen einzubeziehen*“ sind (Rásky 2006: 71), versucht die Gender Medizin aufzugreifen. Insofern betrachtet die Gender Medizin (vgl. Ebner et al. 2008: 138) – anders als die Frauengesundheitsforschung, die von „*einer homogenen und stabilen Kategorie Frau*“ ausgeht (vgl. Kuhlmann / Kolip 2005: 49) – sowohl Frauen als auch Männer als je heterogene Gruppierungen (vgl. Ebner et al. 2008: 139) entsprechend der Binnendifferenzen (vgl. Dören 2007: 115).

Diese „*Mehrdimensionalität der Geschlechterkategorie*“ ist „*also dringend notwendig für eine Gesundheitsforschung und -versorgung, die Frauen wie Männern umfassend gerecht wird*“ (Kuhlmann / Kolip 2005: 63). Folglich muss im Kontext eines effektiven und effizienten Gesundheitssystems berücksichtigt werden, dass jegliche Bereiche des Gesundheitswesens langfristig geschlechtersensibel ausgerichtet sein müssen, um neben den spezifischen gesundheitlichen Aspekten von Frauen beziehungsweise Männern, auch die damit verbundenen Gemeinsamkeiten und Unter-

schiede in der Gesundheit (innerhalb der Gruppe) von Frauen und Männern beachten zu können (vgl. Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung 2005: 40).

2.3 Frauengesundheit und Gender Medizin

Die Thematik „Frau und Gesundheit“ lässt sich als sehr allgemein darstellen, weil es die Beziehung zwischen den Begriffen „Frau“ und „Gesundheit“ ungeklärt lässt (vgl. Helfferich 1996: 114). Infolgedessen wird die Frauengesundheit gegenwärtig maßgeblich durch allgemeine Erklärungsmodelle zur Gesundheit definiert. Das heißt, dass zur Frauengesundheit keine allgemein gültige Definition existiert, was unter anderem auch auf differenzierte Betrachtungen, Leitlinien und Kriterien zurückzuführen ist (vgl. Dieplinger / Labek 2007: 34f).

Trotz unterschiedlicher Auffassungen über die Frauengesundheit, bietet die Weltgesundheitsorganisation (1994) eine international anerkannte Definition zur Frauengesundheit (vgl. Dieplinger / Labek 2007: 34):

„Women’s health is a sex- and gender-informed practice centred on the whole woman of her life grounded in an interdisciplinary sex- and gender informed bio-psycho-social science.“ (WHO 1994 zit. nach Dieplinger / Labek 2007: 34)

Wird die Frauengesundheit im Sinne der WHO als soziale Gegebenheit definiert, so umfasst sie nicht nur die Biologie oder den Körper, sondern auch subjektive Ressourcen, soziale Lebenswelten und gesellschaftliche Bedingungen von Frauen. Dieses Verständnis zur Frauengesundheit impliziert, dass Frauen als eine heterogene Gruppierung wahrgenommen werden. Das heißt, dass sie mit unterschiedlichen körperlichen, subjektiven und sozialen Ressourcen ausgestattet sind, und sich folglich in der jeweiligen sozialen Umgebung unterscheiden (vgl. Rásky 2006: 71f).

Gleichzeitig sollte in Zukunft eine differenzierte Geschlechterbetrachtung bei der Gesundheitsdefinition anvisiert werden, weil sich die Frauen- und die Männergesundheit in den determinierenden Einflussfaktoren sowie im Zugang zum Gesundheitssystem unterscheiden (können) (vgl. Dieplinger / Labek 2007: 34f). Begründen lässt sich dies durch die weitreichende Feststellung, dass die Gesundheit und die Krankheit sowohl von biologischen Geschlechtsunterschieden (sex-basiert), wie Genen und Hormonen, geprägt sind, als auch eine soziale Konstruktion (gender-basiert), eine Prägung durch individuelle Lebensbedingungen und das soziokulturelle Umfeld, erfahren können (vgl. Kautzky-Willer 2011: 503).

Folglich wurde der Ansatz der Gender Medizin (vgl. Kautzky-Willer 2011: 503), welcher auch als geschlechtsspezifische oder gendersensible Medizin bezeichnet werden kann (vgl. Bühren 2006: 57), entwickelt (vgl. Kautzky-Willer 2011: 503). Legato, eine Pionierin auf diesem Gebiet (vgl. Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung 2005a: 42), definiert den Ansatz der Gender Medizin folgendermaßen (vgl. Legato 2010):

„Gender-specific medicine is the science of how normal human biology differs between men and women and how the manifestations, mechanisms and treatment of disease vary as a function of gender.“ (Legato 2010)

Entsprechend der deutschen Übersetzung handelt es sich bei der Gender Medizin um eine *„Wissenschaft über die Unterschiede der normalen menschlichen Biologie zwischen Männern und Frauen und darüber, wie die Symptome, Mechanismen und die Behandlung in Abhängigkeit von Gender-Aspekten variieren.“* (Legato zit. nach Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung 2005a: 42)

Insofern verfolgt die Gender Medizin den *„Sinn, sich die bislang oft unbewusst wirksamen Interpretationen geschlechtlicher Physis (sex) und männlicher und weiblicher Eigenschaften und Verhaltensweisen (gender) bewusst zu machen und zu reflektieren, ohne starre Kategorien und Polarisierungen des Männlichen oder Weiblichen zu etablieren, in welchen hinter der vermeintlich erkannten objektiven Wahrheit das die Realität konstituierende (Erkenntnis-)Interesse verschwindet.“* (Moré 2004: 47)

Anders als die Frauengesundheitsbewegung, die den Fokus auf die Gesundheit von Frauen gesetzt hat (vgl. Hochleitner 2011: 2), bezieht sich die Gender Medizin auf die *„Gesundheit und Krankheit beider Geschlechter“* (Bühren 2006: 57). Zur Beseitigung bis dato existierender Unterschiede zwischen Frauen und Männern in der Gesundheitsbehandlung und -versorgung widmet sich die Gender Medizin nicht ausschließlich gesellschaftlichen sowie ökologischen und ökonomischen Bedingungen der Arbeit und des Lebens. Sondern sie versucht – bedingt durch eine geschlechterdifferierende biologische und genetische Ausstattung – vielmehr auch jene unterschiedlichen Ausprägungen und Symptome einer gleichen Krankheit sowie unterschiedliche Krankheiten bei Frauen und Männern zu berücksichtigen (vgl. Kautzky-Willer / Tschachler 2012: 4ff). Demnach berücksichtigt die Gender Medizin sowohl Frauen als auch Männer, *„und versucht für Frauen und Männer in allen Lebensphasen auf Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse die bestmöglichen medizinischen Angebote zu machen“* (Hochleitner 2011: 2).

Schließlich ist der neue Forschungsansatz der Gender Medizin, der *„sich bislang noch in den Kinderschuhen“* bewegt (vgl. Moré 2004: 47), als Querschnittsmaterie zu verstehen, *„die alle Disziplinen der Medizin umfasst, aber auch durch Einbeziehung von psychosozialen und soziokulturellen Punkten auf andere Wissenschaftszweige übergreift und damit interdisziplinär angelegt ist“* (Hochleitner 2011: 1). Allerdings muss auch auf das erhebliche Machtverhältnis zwischen der Gender Medizin und (vgl. Kuhlmann 2010: 245) der *„von Männern für Männer gemacht[en]“* (Hochleitner 2011: 3) klassischen Schulmedizin hingewiesen werden (vgl. Kuhlmann 2010: 245), die auf einer naturwissenschaftlichen (vgl. Dieplinger 2007: 45) Betonung des biologischen Geschlechts und einer mangelnden Integration sozialer Faktoren in medizinische Forschungs- und Versorgungskonzepte aufbaut (vgl. Dören 2007: 111). Gleichzeitig wird die Patientin überwiegend ignoriert beziehungsweise höchstens *„als Variation oder als kleiner Mann“* berücksichtigt (vgl. Hochleitner 2011: 3). Darüber hinaus zeigt sich das Machtverhältnis auch darin, dass *„Gender [...] von Medizinerinnen und Medizinerinnen [...] [oftmals] auf geschlechtsspezifische Erkrankungen*

wie Gynäkologie, Urologie, Mammae-Chirurgie oder Reproduktionsmedizin“ (Dieplinger 2007: 45), wie Frauenheilkunde sowie Geburtshilfe, reduziert wird (vgl. Hochleitner 2011: 3).

2.4 Theoretische Modelle zur Erklärung von Frauengesundheit

Ausgehend von unterschiedlichen Definitionen zur Gesundheit und zur Krankheit, die unter anderem aus den medizinischen, psychologischen, soziologischen und sozialmedizinischen Disziplinen entstammen (vgl. Dieplinger / Labek 2007: 34), haben sich verschiedene theoretische Modelle (vgl. Bitzer 2005: 6) zu den geschlechtsspezifischen Besonderheiten sowie den Unterschieden ausgebildet (vgl. Sewtz 2006: 37), die zur Erklärung von der Frauengesundheit herangezogen werden können (vgl. Bitzer 2005: 6).

Bevor diese nun näher beleuchtet werden, sollen zunächst grundlegende Faktoren aufgezeigt werden, welche einen Einfluss auf die Gesundheit und die Krankheit haben können.

2.4.1 Bedingungsfaktoren von Gesundheit und Krankheit

Hurrelmann (2010: 21) geht von drei zentralen Gruppierungen an Faktoren aus, die einen Einfluss auf den Zustand der Gesundheit beziehungsweise der Krankheit von Frauen und Männern haben können:

- **Personale Faktoren:**

Zu diesen Faktoren zählen unter anderem das Alter, das Geschlecht (vgl. Hirschberg / Strech 2010: 19), die Zugehörigkeit zu einer ethnischen Gruppierung, die Disposition der Genetik sowie die physische und psychische Konstitution (vgl. Hurrelmann 2010: 21).

- **Verhaltensfaktoren:**

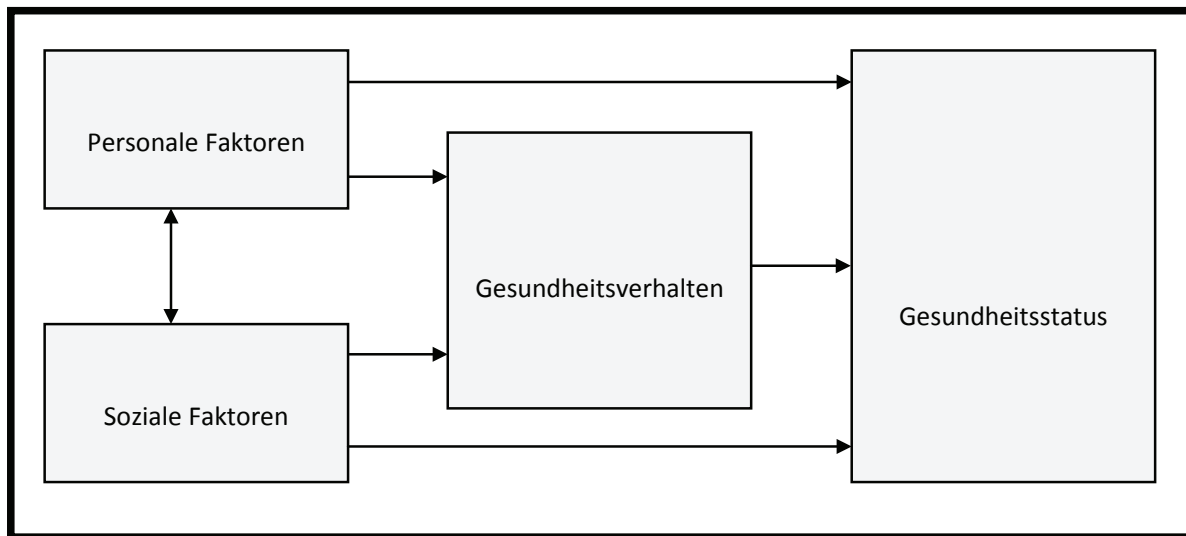
Den Verhaltensfaktoren gehören unter anderem die Ernährungsgewohnheiten, die körperliche Aktivität (vgl. Hurrelmann 2010: 21), die Selbstwirksamkeit und Verhaltenspathogene an (vgl. Treier 2012: 97).

- **Verhältnisfaktoren:**

Unter Verhältnisfaktoren versteht man unter anderem Aspekte der gesundheitlichen beziehungsweise krankheitsbedingten Versorgung, Bildungsangebote, den sozioökonomischen Status, wirtschaftliche Verhältnisse (vgl. Hurrelmann 2010: 21), Arbeitsbedingungen, die Lebensqualität und Umweltbedingungen (vgl. Treier 2012: 97).

Diese drei Gruppierungen an Faktoren, die eine wechselseitige Beziehung aufweisen, sind als Gesundheitschancen von Individuen zu verstehen. Als positive beziehungsweise negative Voraussetzungen begründen sie den Gesundheitsstatus der Bevölkerung (vgl. Hurrelmann 2010: 22).

Abbildung 1: Bedingungsfaktoren zur Gesundheit



Quelle: Hurrelmann (2010): 24

Wie in Abbildung 1 ersichtlich ist, modifiziert Hurrelmann diese drei Faktorengruppen. Er geht nun von sich wechselseitig beeinflussenden personalen sowie sozialen Faktoren (vgl. Hurrelmann 2010: 24), wie Arbeitsbedingungen und soziale Beziehungen (vgl. Degenhardt / Thiele 2002: 89), aus. Gleichzeitig haben sie einen Einfluss auf das Gesundheitsverhalten. Zudem wirken sie auch direkt auf den Gesundheits- beziehungsweise den Krankheitsstatus der Bevölkerung ein, jedoch verfügt das Gesundheitsverhalten über die stärkste Wirkung auf den Gesundheits- beziehungsweise den Krankheitsstatus (vgl. Hurrelmann 2010: 24).

Nachfolgend sollen unter Einbeziehung dieser Bedingungsfaktoren zur Gesundheit und zur Krankheit vier theoretische Argumentationslinien zur Erklärung von geschlechtsspezifischen Unterschieden herangezogen werden. Zunächst sollen psychologische Erklärungsansätze (vgl. Sewtz 2006: 40) auf subjektiver Ebene aufgezeigt werden (vgl. Erhart / Ravens-Sieberer 2010: 94). Danach werden soziologische Erklärungsansätze (vgl. Dieplinger / Labek 2007: 48) auf gesellschaftlicher Ebene dargelegt (vgl. Erhart / Ravens-Sieberer 2010: 94), bevor (sozio-)biologische Erklärungsansätze (vgl. Sewtz 2006: 38) auf medizinischer Ebene erörtert werden (vgl. Erhart / Ravens-Sieberer 2010: 94). Schließlich werden dann Erklärungsansätze aus der Frauen- und Geschlechterforschung aufgezeigt (vgl. Sewtz 2006: 43), bevor die vier Erklärungsansätze zusammenführend betrachtet werden.

2.4.2 Psychologische Erklärungsansätze auf subjektiver Ebene

Psychologische Ansätze zur Erklärung geschlechtsspezifischer Unterschiede bezogen auf die Gesundheit und die Krankheit werden erwähnt (vgl. Sewtz 2006: 40), weil sie auf das Erleben der subjektiven Gesundheit, insbesondere der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und des Wohlbefindens, einen wichtigen Einfluss haben (vgl. Erhart / Ravens-Sieberer 2010: 94f). Das heißt, dass diese Ansätze das Geschlecht als eine mentale Kategorie interpretieren (vgl. Sewtz

2006: 40), wonach die geschlechtsspezifischen Unterschiede im Individuum begründet liegen. Neben innerpsychischen (vgl. Dieplinger / Labek 2007: 44f), kognitiven Faktoren, wie Emotionen, wirken auch Verhaltensaspekte (vgl. Degenhardt / Thiele 2002: 89), wie abweichende Verhaltensmuster (vgl. Dieplinger / Labek 2007: 44f), auf die Gesundheit, die körperliche Signalwahrnehmung und die daraus hervorgehenden Reaktionen (vgl. Degenhardt / Thiele 2002: 89).

2.4.3 Soziologische Erklärungsansätze auf gesellschaftlicher Ebene

Auch soziologische Erklärungsansätze zur Gesundheit sollen aufgezeigt werden (vgl. Dieplinger / Labek 2007: 48), weil sie aus einer gesellschaftlichen Perspektive Krankheiten als soziale Normabweichungen interpretieren (vgl. Erhart / Ravens-Sieberer 2010: 94). Als theoretische Modelle können jene der sozialen Abweichung und der Sozialisation genannt werden (vgl. Dieplinger / Labek 2007: 48). Diese gehen davon aus, dass Unterschiede zwischen dem weiblichen und dem männlichen Geschlecht sozial konstruiert sind (vgl. Sewtz 2006: 42). Folglich prägen die im Zuge der Sozialisation erworbenen sozialen Rollen die Gesundheitsmotivation, das Gesundheitsverhalten sowie die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen von Frauen und Männern (vgl. Faltermaier 2008: 41f). Gleichzeitig müssen dabei auch soziale Faktoren (vgl. Rothgangel 2010: 46f), wie Bildungsabschlüsse, die sozialstrukturelle Herkunft (vgl. Sewtz 2006: 43), die soziale Schichtzugehörigkeit und die Erwerbstätigkeit berücksichtigt werden (vgl. Rothgangel 2010: 46f). Überdies muss auch beachtet werden, dass ebenso innerhalb der beiden Geschlechtsgruppen Unterschiede bestehen können. Insofern müssen emotionale, körperliche und soziale Aspekte beachtet werden, welche in einem wechselseitigen Zusammenspiel auf die Entwicklung der jeweiligen Persönlichkeit einwirken (vgl. Sewtz 2006: 43).

2.4.4 (Sozio-)Biologische Erklärungsansätze auf medizinischer Ebene

Des Weiteren sollen auch (sozio-)biologische Erklärungsansätze zur Gesundheit aufgezeigt werden (vgl. Sewtz 2006: 38), weil „*in der naturwissenschaftlich-biologisch orientierten Medizin [...] Krankheiten und Krankheitssymptome als Abweichungen von einem physiologischen Gleichgewicht, biologischen Regelgrößen oder von Organfunktionen und -strukturen verstanden [werden]*“ (Erhart / Ravens-Sieberer 2010: 94). So wird auf physischer Ebene neben Hormonen auch der Faktor der Größe, beispielsweise Gehirn- oder Körpergröße, als Determinante zur Erklärung von geschlechtsspezifischen Unterschieden herangezogen. Grundsätzlich fasst man unter dem Begriff der Soziobiologie biologische Auswirkungen auf soziale Verhaltensweisen zusammen. Deshalb geht man auch davon aus, dass hormonelle, genetische (vgl. Sewtz 2006: 38f) und chromosomenbedingte (vgl. Hopfner / Leonhard 1996: 7) Unterschiede zwischen den Geschlechtern zu einem unterschiedlichen sozialen Verhalten führen. Einige (sozio-)biologische AnhängerInnen vertreten auch die Auffassung, dass Persönlichkeitsaspekte ebenso wie die Geschlechtsidentität, -orientierung und -rolle durch physiologische Gegebenheiten bei der Geburt geprägt werden (vgl. Sewtz 2006: 38).

Diese Vorstellung zu den biologischen sowie physischen Unterschieden zwischen den Geschlechtern war bis zur ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts – vor allem im medizinisch-biologischen For-

schungskontext – vorherrschend. Jedoch wurde dieser Ansatz durch kontroverse Diskussionen kritisiert, weil er Geschlechterhierarchien und gesellschaftliche Normen entstehen sowie etablieren lässt. Ferner stützt dieser Ansatz patriarchalische Strukturen von Gesellschaften sowohl ideologisch als auch materiell, weil die weibliche beziehungsweise die männliche Natur eine Zuschreibung zu einer beständigen natürlichen Ordnung erfährt. Gegenwärtig gewinnt der (sozio-)biologische Ansatz jedoch wieder an Bedeutung (vgl. Sewtz 2006: 38f).

2.4.5 Erklärungsansätze aus der Frauen- und Geschlechterforschung

Im Rahmen der Frauen- und Geschlechterforschung wird davon ausgegangen, dass nicht nur eine Ungleichheit zwischen Mann und Frau besteht, sondern dass diese auch hierarchisch reproduziert werden kann. Folglich versucht die Frauen- und Geschlechterforschung diese zu beseitigen (vgl. Sewtz 2006: 43).

Um die geschlechtsspezifischen Unterschiede erklären zu können, werden Erkenntnisse aus diversen wissenschaftlichen Disziplinen angewendet und weiterentwickelt (vgl. Sewtz 2006: 43). Nachfolgend sollen nun drei feministische Diskurse sowie ein gendertheoretischer Ansatz aufgezeigt werden, die für die Erklärung der Frauengesundheit von Bedeutung sind.

Zunächst sollen gleichheitsbetonende beziehungsweise gleichheitskonstruierende Ansätze dargelegt werden, die „*die patriarchale Gleichsetzung des biologischen und sozialen Geschlechts in Frage*“ stellen. Das heißt, dass sie die Unterdrückung von Frauen auch im Sozialen begründet sehen (vgl. Annandale 2010: 44). Insofern verfolgen sie eine Betonung von Ähnlichkeiten zwischen dem weiblichen und dem männlichen Geschlecht, die auf die Erziehung und die Sozialisation zurückzuführen sind. So erfahren auch jene Unterschiede in der Geschlechtszugehörigkeit und den damit verbundenen Geschlechtsrollen eine Begründung durch die Politik und die Gesellschaft (vgl. Sewtz 2006: 44). Bezogen auf die Frauengesundheit heißt das, dass diese nicht ausschließlich durch das biologische Geschlecht bestimmt ist, sondern insbesondere auch durch die geschlechtsspezifische Rolle und den damit verbundenen geschlechtsspezifischen Status innerhalb der Gesellschaft sozial konstruiert ist. Dadurch „*tendiert das Biologische dazu, sich im Sozialen aufzulösen und dabei seine Erklärungsmacht zu verlieren*“. Daneben ist es auch schwierig, das Soziale zu aktualisieren. Gleichzeitig kann an diesem Ansatz auch kritisiert werden, dass die aus den ökonomischen, politischen und sozialen Bereichen hervorgehenden (vgl. Annandale 2010: 44) strukturellen Benachteiligungen (vgl. Sewtz 2006: 44) und Unterdrückungen der weiblichen Bevölkerung zwar betont (vgl. Annandale 2010: 44), allerdings kaum zur Realität in Bezug gesetzt werden. Schließlich erfolgt eine Orientierung an der männlichen Norm, weshalb das weibliche Geschlecht auch eine geringere Prestigezuweisung erfährt (vgl. Sewtz 2006: 44).

Vergleichsweise fokussieren differenztheoretische Ansätze die Ungleichheit sowie die Differenz zwischen Mann und Frau. Und zwar unabhängig davon, ob die Unterschiede in der Biologie, der Gesellschaftspolitik oder im Sozialen anzutreffen sind (vgl. Sewtz 2006: 44). Allerdings geht man, auch bei der Gesundheit, davon aus, dass Frauen durch das Biologische sowie den Körper unterdrückt werden (vgl. Annandale 2010: 44), vor allem durch die physische Reproduktionsfähig-

keit (vgl. Annandale 2010: 27f). Bezogen auf die Gesundheit von Frauen war dieser Ansatz insbesondere in den 70er beziehungsweise 80er Jahren des 20. Jahrhunderts von Bedeutung (vgl. Annandale 2010: 45), wie auch die Ausführungen zur historischen Entwicklung der Frauengesundheitsforschung aufzeigen werden. Kritisch wird an diesen Ansätzen angemerkt, dass beharrlich nach einer geschlechtlichen Unterschiedlichkeit gesucht wird, die zu einer Reproduktion der Ungleichheit zwischen Mann und Frau führt (vgl. Sewtz 2006: 44).

Als Kritik an Diskursen der Gleichheit und Differenz entstanden Anfang der 80er Jahre des 20. Jahrhunderts in den Vereinigten Staaten von Amerika Ansätze zur Diversität. Diese haben „*den Feminismus der privilegierten weißen heterosexuellen Mittelschichtsfrauen*“ beanstandet und schließlich jede Frau, unabhängig von ihrer ethnischen beziehungsweise sozialen Herkunft, Schichtzugehörigkeit und sexuellen Orientierung, als handlungsfähiges Subjekt verstanden (vgl. Schigl 2010: 4f). Für die Gesundheit von Frauen sind diese Ansätze von Bedeutung, weil sie eine ganzheitliche Auslegung der Gesundheit unter Berücksichtigung von vielfältigen (vgl. Dören 2010: 109) verflochtenen beziehungsweise verwobenen (vgl. Schigl 2010: 5) Dimensionen, „*wie Alter, Geschlecht, Ethnizität*“, ermöglichen (vgl. Dören 2007: 109). Diese Ansätze, wie etwa auch der in der Einleitung erwähnte Ansatz der Intersektionalität, sind für die Darstellung der Gesundheit von Frauen (und Männern) von zentraler Bedeutung, weil sie „*die Frauen nicht als homogene Gruppe*“ wahrnehmen (vgl. Dören 2007: 115).

Schließlich soll auch der Doing-Gender-Ansatz aufgezeigt werden, weil er den Wendepunkt von einer feministischen Denkart zu einem gendertheoretischen Diskurs markiert. Er ergänzt nämlich „*die Perspektive auf Frauen und Männer gleichermaßen und damit auf die historischen und soziokulturellen Konstruktionen von Geschlecht und Geschlechterverhältnissen für Frauen und Männer*“ (vgl. Schigl 2010: 5). Das heißt, dass die Geschlechtszugehörigkeit in einem aktiven, sozialen Prozess konstruiert und bestätigt wird. Im Zentrum der Beachtung stehen dabei vor allem gesellschaftliche Bedingungen der Geschlechtsrollen und -zugehörigkeit als Mechanismen der Sozialisation. Folglich besagt dies, dass Geschlechterverhältnisse permanent eine Konstruktion, Aufrechterhaltung und Modifikation erfahren, und somit auch unumgänglich sind. Dadurch ist es möglich, die Entstehung sowie die Konstruktion von Ungleichheiten bezogen auf das Geschlecht zu verstehen und folglich auch abzubauen. Gleichzeitig können neben Differenzen zwischen Mann und Frau auch jene innerhalb des (weiblichen) Geschlechts analysiert werden (vgl. Sewtz 2006: 44f). Abschließend sei darauf zu verweisen, dass der Doing-Gender-Ansatz vor allem beim geschlechtsspezifischen Umgang mit der Gesundheit und dem Körper von Bedeutung ist (vgl. Moré 2008: 100), wie auch das Kapitel 4 aufzeigen wird.

Möchte man nun die Bedeutung dieser vier Theoriestränge aus der Frauen- und Geschlechterforschung (vgl. Schigl 2010: 4f) im Kontext der Gender Medizin aufzeigen, so sollte darauf hingewiesen werden, dass dieselben gesundheitlichen Bedürfnisse von Frauen und Männern auch dasselbe gesundheitliche Angebot voraussetzen. Besteht jedoch ein unterschiedlicher gesundheitlicher Bedarf, so muss ein differenziertes gesundheitliches Angebot garantiert werden. Nur so gelingt es, beiden Geschlechtern eine umfassende Ausschöpfung des jeweiligen Gesundheitspotenzials zu ermöglichen (vgl. Kolip 2009: 66).

2.4.6 Zusammenfassende Betrachtung der Erklärungsansätze

Schließlich muss festgehalten werden, dass sowohl die Gesundheit als auch die Krankheit als komplexe Phänomene zu verstehen sind. Weil sie nicht durch die ausschließliche Anwendung eines einzigen theoretischen Modells erklärt werden können, bedarf es vielmehr einer Verknüpfung der einzelnen Theoriemodelle zur Erklärung von Gesundheit und Krankheit (vgl. Faller / Lang 2010: 14), wie es beispielsweise die Medizinsoziologin Verbrugge vollzogen hat. Sie analysiert die geschlechtsspezifischen Unterschiede im gesundheitlichen Zustand von Frauen sowie Männern anhand von fünf Indikatoren (vgl. Bargfrede / Pauli / Hornberg 2004: 522):

- **„Biomedizinische Risiken“:**
Die biomedizinischen Risiken umfassen biologische Aspekte, wie die immunologische sowie hormonelle Ausstattung, die Unterschiede im Krankheitsspektrum von Frauen und Männern hervorrufen können (vgl. Bargfrede / Pauli / Hornberg 2004: 522).
- **„Erworbene Risiken“:**
Die Gesundheit stellt einen Prozess dar, der von einer Vielzahl an Einflüssen, betreffend das Individuum, sein Gesundheits- beziehungsweise Krankheitsverhalten und die Umwelt, mitbestimmt wird. Zu diesen Einflüssen, die beide Geschlechter in einer unterschiedlichen Art und Weise betreffen können, zählen unter anderem die Arbeitsbedingungen, das gesundheitsrelevante Verhalten (Inanspruchnahme von Präventionsangeboten, Konsum- und Lebensstil), die Lebensbedingungen, die soziale Lebenslage und das sozialökologische Umfeld des alltäglichen Lebens. Folglich steht das weibliche Geschlecht anderen Gesundheits- und Krankheitsrisiken gegenüber als das männliche Geschlecht, und setzt sich mit diesen auch andersartig auseinander (vgl. Bargfrede / Pauli / Hornberg 2004: 522).
- **„Psychosoziale Risiken“:**
Zu den psychosozialen Risiken zählen jegliche Aspekte, die das Gesundheits- beziehungsweise Krankheitsverhalten und den damit einhergehenden Umgang betreffen. Außerdem gehört dieser Kategorie auch die subjektive Bewertung von Beeinträchtigungen der Gesundheit an (vgl. Bargfrede / Pauli / Hornberg 2004: 522).
- **„Subjektive Wahrnehmung“:**
Die Gesundheitskonzepte von Frauen und Männern unterscheiden sich auch aufgrund von geschlechtsspezifischen Sozialerfahrungen, welche wiederum die individuelle Auskunftsort und -bereitschaft über das Gesundheitsbefinden sowie die Symptomwahrnehmung beeinflussen (vgl. Bargfrede / Pauli / Hornberg 2004: 522).
- **„Bisherige Erfahrungen mit dem Gesundheitsversorgungssystem“:**
Schließlich beeinflussen auch die bisher gemachten Erfahrungen mit dem medizinischen System die geschlechtsspezifische Gesundheit. Diese betreffen unter anderem die Unterschiede in der Behandlung, der Diagnostik, der Rehabilitation und der Therapie von Frauen und Männern (vgl. Bargfrede / Pauli / Hornberg 2004: 522).

Zu beachten ist, dass sich diese Faktorengruppen, die einen Beitrag zur Erklärung von geschlechtsspezifischen Gesundheits- und Krankheitsunterschieden bei Frauen und Männern leisten, wechselseitig beeinflussen. Dadurch können die Unterschiede in der Gesundheit und der Krankheit von Frauen und Männern nicht ausschließlich durch einen dieser Faktoren erklärt werden. Sonach müssen zur Erklärung der geschlechtsspezifischen Gesundheitsunterschiede (vgl. Bargfrede / Pauli / Hornberg 2004: 522) entsprechend der WHO-Gesundheitsdefinition sowohl physische, psychische als auch soziale Aspekte Berücksichtigung finden (vgl. Bundesbehörden der Schweizerischen Eidgenossenschaft 2009: 1), weshalb diese auf der Ebene des Subjekts, der Gesellschaft und der Medizin (vgl. Erhart / Ravens-Sieberer 2010: 94) durch unterschiedliche Modelle erklärt werden können (vgl. Sewtz 2006: 38ff).

2.5 Historische Entwicklung der Frauengesundheitsforschung

Bevor nun die historische Entwicklung der Frauengesundheitsforschung dargelegt wird, soll bereits darauf hingewiesen werden, dass das Geschlecht stets von besonderer Bedeutung war. Allerdings hat sich im Laufe der Zeit ein Übergang von der Betonung der Gesundheit des Mannes über jene der Frau hin auf jene beider Geschlechter abgezeichnet, wie auch die nachfolgenden Ausführungen aufzeigen werden.

Zunächst wird an dieser Stelle jedoch die Gesundheit von Frauen im Kontext der ersten Frauenbewegung nur kurz thematisiert, weil sich diese – entsprechend dem Nicht-Ziel der Diplomarbeit – vor allem für die Behandlung von Frauen durch Frauen eingesetzt hat. Dadurch wurde das Ziel einer bestmöglichen medizinischen Versorgungsqualität verfolgt, weil Ärztinnen die Beschwerden von Patientinnen besser nachvollziehen können (vgl. Ellerbrock 2002: 125). Erst im Zuge der Frauenbewegung der Moderne in den 60er (z.B. Amerika) (vgl. Klösch-Melliwa 2003: 11) beziehungsweise 70er Jahren des 20. Jahrhunderts (z.B. Europa) wurde die Diskussion über die Frauengesundheit (vgl. Stiehler 2004: 16) mit dem Ziel der Aufdeckung von Ungerechtigkeiten sowie Ungleichheiten zwischen Mann und Frau eingeleitet (vgl. Hahn 2008: 61). Diese Diskussion hat ihren Ursprung in der unzureichenden Berücksichtigung von Frauen durch die männliche Dominanz in der medizinischen Forschung. Sonach war das Forschungsobjekt „der Patient“ an der männlichen Norm ausgerichtet (vgl. Stiehler 2004: 16). Das heißt, dass die damit verbundene medizinische Versorgung der Frauen (vgl. Dierks 2004: 152f), wie beispielsweise sowohl die Medikamentenzusammensetzung als auch die -dosierung, nach dem Durchschnittsmann (vgl. Stiehler 2004: 16) und dessen Bedürfnissen ausgerichtet war (vgl. Dierks 2004: 152f).

Die Stellung der Frau kann in der Frauengesundheitsbewegung durchaus als frauenfeindlich und negativ bezeichnet werden, weil sie als defizitäres Wesen abwertend betrachtet wurde (vgl. Scheele 2009: 52), wie auch folgendes Zitat zeigt: *„Die Medizin habe dazu beigetragen ein Frauenbild zu prägen, in dem diese als schwach, krank und leidend dargestellt werde“* (Maschewsky-Schneider 1996: 7). Damit geht einher, dass im Zentrum der Forschung beziehungsweise der medizinischen Behandlung stets der Mann als Prototyp stand. So wurden Frauen beispielsweise vor allem bei klinischen Medikamentenstudien (vgl. Kautzky-Willer 2011: 503) wegen einer möglichen Schwangerschaft (vgl. Moser 2001: 30) nur unzureichend berücksichtigt oder sogar ausge-

schlossen (vgl. Kautzky-Willer 2011: 503). Gleichzeitig waren die Psychiatrie und die Psychologie von einem seelisch und psychisch negativ gezeichneten Frauenbild geprägt (vgl. Maschewsky-Schneider 1996: 7), wonach die Medizingeschichte eine Psychopathologisierung der Weiblichkeit erfahren hat (vgl. Mauerer 2010a: 92). Deshalb wurde auch die als behandlungsbedürftig und pathologisch geltende Frau also „*in körperlicher und psychischer Hinsicht als krank, leidend und defizitär betrachtet*“ (vgl. Maschewsky-Schneider 1996: 7).

Sonach wurden das weibliche Geschlecht (vgl. Kautzky-Willer 2011: 503) und die damit verbundenen spezifischen Besonderheiten in der Anatomie und Psyche von Frauen (vgl. Stiehler 2004: 16), in Fragestellungen der Gesundheit, welche grundsätzlich beide Geschlechter zum Gegenstand haben (sollten), für lange Zeit weitgehend vernachlässigt (vgl. Kautzky-Willer 2011: 503). Zurückzuführen war dies vor allem auf die Betonung von biologischen Interpretationen (vgl. Kuhlmann / Kolip 2008: 207), die „*den (weißen, bürgerlichen) Mann als die Norm ‚Mensch‘ gesetzt [hat]; eine Norm, die Frauen zu Anderen und Minderen macht und sich selbst als Ausgangspunkt*“ der Gesundheit nimmt, und „*die Gleichsetzung von Mensch und Mann (‚Androzentrismus‘), die Abwertungen (‚Misogynie‘), die verzerrten Darstellungen von Frauen und Weiblichkeit (‚Sexismus‘) sowie die Hegemonie von Männern in fast allen Bereichen des [...] Lebens*“ entstehen lässt (Schigl 2010: 2).

Erst durch die zweite Frauenbewegung der 1960er Jahre – in Amerika – (vgl. Klösch-Melliwa 2003: 11) beziehungsweise der 1970er Jahre (vgl. Schmerl 2002: 32) – in Europa (vgl. Stiehler 2004: 16) – wurde der Androzentrismus (vgl. Dierks 2004: 152) durch die Einführung der Gender-Kategorie, das Sichtbarmachen von sozialen Dimensionen (vgl. Kuhlmann / Kolip 2008: 207), zu überwinden versucht (vgl. Dierks 2004: 152f). Im Rahmen der Frauengesundheitsforschung (vgl. Maschewsky-Schneider 1996: 7), welche ihren Ursprung in der sozialwissenschaftlichen Frauenforschung sowie in der Frauengesundheitsbewegung hat (vgl. Kolip / Hurrelmann 2002: 13), wurde also erstmals (vgl. Babitsch / Ducki / Maschewsky-Schneider 2006: 511) der Zusammenhang von Geschlecht und Gesundheit zum Forschungsgegenstand gemacht (vgl. Dierks 2004: 152f). Dadurch wurden erstmals Fragestellungen zur geschlechtsspezifischen Gesundheit aufgegriffen (vgl. Babitsch / Ducki / Maschewsky-Schneider 2006: 511) und die spezifischen Voraussetzungen der Frauengesundheit hinterfragt (vgl. Maschewsky-Schneider 1996: 7).

2.5.1 Die zwei Wurzeln der Frauengesundheitsforschung

Nachdem nun die historische Entwicklung der Frauengesundheitsforschung in ihren Grundzügen dargelegt wurde, sollen nun die zwei zentralen Wurzeln der Frauengesundheitsforschung, die sogenannte sozialwissenschaftliche Frauenforschung und die Frauengesundheitsbewegung, nachfolgend aufgezeigt werden.

Die sozialwissenschaftliche Frauenforschung, auch Women's Studies genannt, hat als Bestandteil der Frauenbewegung der 1970er Jahre (vgl. Dieplinger / Labek 2007: 32) aus einer feministischen Perspektive (vgl. Kolip / Hurrelmann 2002: 13) erkannt, dass sowohl die Gesundheit als auch die Krankheit von sozioökonomischen Rahmenbedingungen beeinflusst werden. Ent-

sprechend sind Aspekte der Sozialisation ebenso wie gesellschaftliche Normen von Bedeutung. Gleichzeitig wurde das Geschlecht als eine Strukturgröße betrachtet (vgl. Klösch-Melliwa 2003: 27), weshalb man sich in der sozialwissenschaftlichen Frauenforschung vor allem mit folgenden feministischen sowie gleichberechtigungsorientierten (vgl. Dieplinger / Labek 2007: 32) Themen beschäftigt hat (vgl. Kolip / Hurrelmann 2002: 13):

- *„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 [...],*
- *[dem] sexuelle[n] Selbstbestimmungsrecht,*
- *[der] Technisierung der Medizin,*
- *[der] Medikalisierung des weiblichen Lebenslaufs und*
- *[der] Auswirkung sexueller Gewalt auf die Gesundheit“* (Kolip / Hurrelmann 2002: 13)

Überdies wurde im Rahmen der sozialwissenschaftlichen Frauenforschung durch eine medizin-kritische Körperpolitik (vgl. Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung 2005: 40) auch erstmals die Körperlichkeit von Frauen thematisiert. Hier wurden unter anderem die Möglichkeit von Gesundheit sowie Selbstbestimmung, aber auch Kontrazeptionszugang, Schwangerschaftsabbruch, gesellschaftliche Sexualitätsnormierungen sowie sexuelle Gewalt aufgegriffen (vgl. Dieplinger / Labek 2007: 32f). Gleichzeitig wurde unter anderem die Medikalisierung weiblicher Körper durch das medizinische System kritisiert (vgl. Jesse 2002: 294). So forderten die Frauen eine Selbstbestimmung über ihren Körper – vor allem in Bezug auf den bisher geltenden Gebärzwang – (vgl. Schmerl 2002: 33) und über das medizinische Angebot (vgl. Kuhlmann / Kolip 2005: 40) aufgrund einer bisher männlich geprägten Gesetzgebung (vgl. Klees / Marburger / Schumacher 2011: 185) ein (vgl. Schmerl 2002: 33).

Die zweite Wurzel, welche die Frauengesundheitsforschung begründet, liegt in einer politischen Bewegung, der Frauengesundheitsbewegung der 1970er und 1980er. Diese sollte den bis dato entmündigten Frauen zu einer Inkraftsetzung des Selbsthilfepotentials im medizinischen System verhelfen. Hierzu sollten vor allem folgende Angebots- und Unterstützungsleistungen dienen (vgl. Kolip / Hurrelmann 2002: 13):

- *„Selbstuntersuchungen,*
- *die (Wieder-) Aneignung von natürlichen Heilverfahren [...],*
- *der Aufbau alternativer Versorgungsangebote, wie z.B. Frauenhäuser und -notrufe, Frauengesundheitszentren und Geburtshäuser“* (Kolip / Hurrelmann 2002: 13)

2.5.2 Themen der Frauengesundheitsforschung

Die Frauengesundheitsforschung hat sich also zum ersten Mal mit Krankheiten beschäftigt, welche dem weiblichen Geschlecht zugeschrieben wurden. Hierzu zählen insbesondere Befindlichkeitsstörungen, Depressionen, Essstörungen und Medikamentenkonsum. Es sollte nun allerdings nicht die Krankheit alleine fokussiert werden, weil eine ausschließliche krankheitsbezogene Begriffsverwendung der Frauengesundheit eine einseitige, medizinische Begriffsanwendung auslösen würde. Sonach müssen Krankheiten im Kontext von allgemeinen sowie sozialen Lebens-

bedingungen beziehungsweise -zusammenhängen begriffen werden, um schließlich auch den Mythos von der Frau als „das“ kranke Geschlecht (weitgehend) abschaffen zu können (vgl. Dieplinger / Labek 2007: 33). Hierzu musste im Rahmen der Frauengesundheitsforschung ein interdisziplinärer Zugang erarbeitet werden, welcher der Spezifik der Frauengesundheit gerecht werden kann. So war es nötig, jene geschlechtsspezifischen Unterschiede im Gesundheitszustand sowie in der -versorgung aufzuzeigen (vgl. Maschewsky-Schneider 1996: 8). Zunächst wurde im Zuge der Frauengesundheitsforschung in Krankenhäusern, vor allem auf Geburtsstationen, auf den Mythos über die „*Krankheit Frau*“ aufmerksam gemacht, wozu in den 1970er sowie 1980er Jahren folgende Fragestellungen erarbeitet wurden (vgl. Dieplinger / Labek 2007: 33):

- *„die nach den gesellschaftlichen Bedingungen und Diskriminierungen der Frauen und die Auswirkungen auf ihre Gesundheit*
- *die Bedeutung von Beruf und Familie als die Gesundheit beeinträchtigende und als protektive Bedingungen*
- *die Bedeutung spezifischer beruflicher Belastungen für die Gesundheit der Frauen*
- *Fragen der Verhütung, Familienplanung und reproduktiven Gesundheit*
- *Sozialisationsbedingungen von Frauen und Gesundheit*
- *soziale Lage und Gesundheit von Frauen*
- *Alltagskonzepte von Gesundheit und Gesundheitshandeln von Frauen“* (Maschewsky-Schneider 1996: 8)

Diese Fragestellungen wurden in den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts jedoch noch nicht durch eine organisierte oder institutionalisierte Netzwerkkultur erarbeitet (vgl. Klösch-Melliwa 2003: 16). Folglich gab es auch noch keine universitären Institute oder Forschungseinrichtungen zur Frauengesundheitsforschung. Vielmehr wurden diese Fragestellungen in einzelnen Forschungsarbeiten aufgegriffen (vgl. Maschewsky-Schneider 1996: 8).

Erst in den 80er Jahren des 20. Jahrhunderts hat sich ein internationales Netzwerk zur Thematik der Frauengesundheit entwickelt (vgl. Klösch-Melliwa 2003: 16). Im Zuge von wissenschaftlichen Förderprogrammen zur Thematik „Public Health“ wurden die noch nicht beantworteten Fragen der Frauengesundheitsforschung reformuliert, wodurch den vereinzeltten Forschungsarbeiten entgegengewirkt werden konnte (vgl. Maschewsky-Schneider 1996: 8f).

Für Österreich sei jedoch anzumerken, dass es keine Frauengesundheitsbewegung im Sinne einer gesellschaftspolitischen Graswurzelbewegung – wie etwa in Deutschland – gegeben hat. Das heißt, dass die Frauengesundheitsbewegung in Österreich keineswegs auf Initiative der Bevölkerung entstanden ist. Vielmehr haben in Österreich Politikerinnen sowie Professionen des Gesundheitswesens für bestimmte Leistungen von Frauen als Patientinnen gekämpft (vgl. Dobhammer / Birgmann / Reif 2011: 21). So waren auch jene österreichischen Aktivitäten zur Frauengesundheit in die Frauenbewegung sowie in deren Projekte eingebunden (vgl. Klösch-Melliwa 2003: 18ff).

2.5.3 Resümee zur historischen Entwicklung der Frauengesundheitsforschung

In diesem Kapitel konnte aufgezeigt werden, dass die Frauengesundheitsforschung im internationalen Kontext seit einigen Jahrzehnten besteht (vgl. Klösch-Melliwa 2003: 27). Überdies findet sie seit einigen Jahren (vgl. Kolip / Hurrelmann 2002: 15f), in Österreich seit Mitte der 90er Jahre des 20. Jahrhunderts (vgl. Kodelitsch 2011b: 501), eine Ergänzung durch die Männergesundheitsbewegung beziehungsweise -forschung (vgl. Kolip / Hurrelmann 2002: 15f), welche vorwiegend auf einer „*Kommerzialisierung von Themen wie Potenz, Sexualität und körperlicher Fitness*“ aufbaut (vgl. Kodelitsch 2011b: 501f).

Kolip und Hurrelmann (2002: 17) sind der Auffassung, dass es trotz der „*Konkurrenz um finanzielle Ressourcen [...] und des unterschiedlichen Wissensstandes*“ sinnvoll ist, die Diskurse der Frauen- und der Männergesundheitsforschung zu verknüpfen, „*um deutlich zu machen, wie weit eine doppelte Perspektive trägt*“. Begründen lässt sich dies beispielsweise damit, dass die Frauengesundheitsforschung, die den Fokus auf die Gesundheit (vgl. Hochleitner 2011: 1) der Kategorie „Frau“ gesetzt hat, eine Erfassung der vielschichtigen Geschlechterkategorie unterlässt (vgl. Kuhlmann / Kolip 2005: 50).

Insofern bedarf es neuer Konzepte zur Thematisierung von Gesundheit und Geschlecht (vgl. Kuhlmann / Kolip 2005: 50), wie dem aus der Frauengesundheitsforschung entstammenden jungen Forschungsansatz der Gender Medizin (vgl. Kautzky-Willer 2011: 503). Dieser thematisiert die gesundheits- beziehungsweise krankheitsspezifischen Gemeinsamkeiten sowie Unterschiede (innerhalb der Gruppe) von Frauen und Männern zugleich (vgl. Bühnen 2006: 57).

Dadurch wurde in den vergangenen Jahren in der medizinischen Wissenschaft auch eine geschlechtsspezifische Betrachtung von Gesundheit und Krankheit anvisiert (vgl. Kautzky-Willer 2011: 503), wodurch die Gender Medizin zunehmend an Bedeutung gewinnt. Folglich finden durch den Ansatz der Gender Medizin gegenwärtig jene Unterschiede zwischen Frauen und Männern nicht nur im alltäglichen Leben Berücksichtigung, sondern unter anderem auch im (klinischen) Forschungskontext, in der krankheitsbezogenen Behandlung und in der Gesundheitsförderung (vgl. Lamplmayr / Kryspin-Exner 2011: 739).

Aufbauend auf die dargelegten begrifflichen, historischen und theoretischen Grundlagen zur Frauengesundheit und zur Gender Medizin, werden diese in den weiteren Abschnitten unter Berücksichtigung der Frauengesundheitsberichterstattung und gesundheitspolitischer (inter-) nationaler Erklärungen und Initiativen zur Frauengesundheit aufgezeigt.

3 Frauengesundheitsforschung

Dieses Kapitel zur Frauengesundheitsforschung thematisiert zunächst die Frauengesundheitsberichterstattung, indem sowohl historische und theoretische Grundlagen als auch Problemfelder der Frauengesundheitsberichterstattung aufgezeigt werden. Im Anschluss daran wird auf die gesundheitspolitische Aufgabe der Frauengesundheit Bezug genommen. Hierzu wird unter Berücksichtigung internationaler Frauen- beziehungsweise Gleichstellungspolitik, das Konzept des Gender Mainstreamings im Bereich der Gesundheit behandelt. Darüber hinaus werden internationale und europäische, insbesondere auch österreichische, Frauengesundheitsinitiativen im Überblick vorgestellt.

3.1 Frauengesundheitsberichterstattung

Dieses Unterkapitel thematisiert nun die Frauengesundheitsberichterstattung hinsichtlich ihrer historischen und theoretischen Grundlagen und Probleme. Um diese darstellen zu können, wird theoretische Grundlagenliteratur mit empirischem Material, wie Gesundheitsberichten, und Veröffentlichungen von (inter-)nationalen Institutionen verknüpft.

Bei der Gesundheit handelt es sich um ein Grundrecht der Bevölkerung (vgl. Bargfrede / Pauli / Hornberg 2004: 520), welches im Rahmen einer Gesundheitsberichterstattung festgehalten werden kann (vgl. Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen 2000: 17).

Die Gesundheitsberichterstattung erfolgt in Österreich auf Ebene des Bundes, der Länder und der Kommunen durch diverse AutorInnen beziehungsweise Institutionen (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2013). Sie soll durch eine regelmäßige Aufzeichnung, Analyse (vgl. Rásky 2000: 57) und Erfassung von Gesundheitsdaten, Informationen über die Gesundheit beziehungsweise die Krankheit und über die gesundheitliche Versorgung von Bevölkerungen (vgl. Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen 2000: 17) in Bezug zu der Ökologie, der Ökonomie und sozialen Aspekten für interessierte Einzelpersonen und für AkteurInnen der Forschung, des Gesundheitssystems und der Politik bereitstellen. Neben einer Darstellung und Analyse der Ist-Situation (vgl. Bardehle / Annuß 2006: 376) sowie von Entwicklungstrends, erfolgt aufbauend auf den identifizierten gesundheitspolitischen Handlungsbedarf eine Formulierung von Gesundheitszielen sowie eine Ableitung von Maßnahmen, Optionen und Strategien, die gesundheitliche Probleme verringern sowie lösen sollen (vgl. Czirkovits / Winkler 2009: III). Die Ergebnisaufbereitung der Gesundheitsberichterstattung unterscheidet sich in ihrer Art und in ihrem Umfang nach der entsprechenden Zielgruppe, die es zu erreichen gilt (vgl. Gesundheit Österreich GmbH 2010: 3).

Zumeist beziehen sich die Daten der Gesundheitsberichterstattung „auf die gesamte Bevölkerung eines Staates, eines Landes oder einer Gemeinde“. Allerdings bestehen zwischen den einzelnen Bevölkerungsgruppierungen auch Unterschiede in den Merkmalen der Gesundheit beziehungs-

weise der Krankheit, wonach die Gesundheitsberichterstattung auch einzelne Bevölkerungsgruppierungen fokussieren kann (vgl. Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen 2000: 17). So bestehen auch zwischen Frauen und Männern unter anderem Unterschiede in der Beschwerdewahrnehmung, den Gesundheitsbiographien (vgl. Fuchs / Wimmer-Puchinger 2000: 151f), dem Erkrankungsrisiko (vgl. Rásky 2000: 58), dem gesundheits- sowie krankheitsbezogenen Verhalten, der Morbidität, der Mortalität (vgl. Fuchs / Wimmer-Puchinger 2000: 152), der Kontaktaufnahme mit dem Gesundheitswesen (vgl. Rásky 2000: 58) und in der Behandlung (vgl. Fuchs / Wimmer-Puchinger 2000: 152). Insofern wird der für die Gesundheit und die Krankheit wichtige Einflussfaktor des Geschlechts (vgl. Jahn 2002: 142) auch im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung zu einer zentralen Kategorie. Die aus der Gesundheitsberichterstattung hervorgehende Ergebnismeldung (vgl. Rásky 2000: 57) von geschlechtsspezifischen Unterschieden in der Gesundheit beziehungsweise in der Krankheit (vgl. Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen 2000: 17) an beteiligte Personen, wie politische EntscheidungsträgerInnen, kann zur Definition, Verbesserung und Lösung von Problemstellungen des Gesundheitswesens beitragen (vgl. Rásky 2000: 57). Gleichzeitig können durch die Berücksichtigung einer Gender-Perspektive in der Gesundheitsberichterstattung Forschungsfragen differenziert betrachtet werden, wodurch diese sowohl gemeinsam als auch multidisziplinär erarbeitet werden können (vgl. Dietel 2012: 112).

Insofern kann die Gesundheitspolitik auf die zuvor angeführten geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Gesundheit beziehungsweise in der Krankheit nur dann reagieren, wenn sowohl Frauen als auch Männer in Gesundheitsberichten Berücksichtigung finden. Folglich erfordert die Gesundheitspolitik der Gegenwart neben geschlechtsunspezifischen Gesundheitsberichten (vgl. Fuchs / Wimmer-Puchinger 2000: 151ff), auch eine geschlechterdifferierende Berücksichtigung der Gesundheit (vgl. Stiehler 2004: 20) durch gesonderte Frauengesundheitsberichte und Männergesundheitsberichte (vgl. Fuchs / Wimmer-Puchinger 2000: 153).

Unter Berücksichtigung dieser allgemeinen Ausführungen zur Frauengesundheitsberichterstattung, sollen nachfolgend die historische Entwicklung, aber auch theoretische Grundlagen sowie die Problemfelder der Frauengesundheitsberichterstattung näher erläutert werden.

3.1.1 Historische und theoretische Grundlagen zur Frauengesundheitsberichterstattung

Die Weltgesundheitsorganisation hat seit ihrer Gründung im Jahr 1948, die Frauengesundheit stets als bedeutenden Bereich berücksichtigt, indem sie diesen durch Initiativen unterstützt und forciert hat. So wurde im Rahmen der Weltgesundheitsversammlung im Jahr 1992 (vgl. Fuchs / Wimmer-Puchinger 2000: 153) der weiblichen Gesundheit eine maximale Aufmerksamkeit sowie Dringlichkeit zuerkannt (vgl. Bargfrede / Pauli / Hornberg 2004: 520) und eine geschlechtsspezifische Fokussierung der Frauengesundheit betont (vgl. Wimmer-Puchinger 2006: 13): „*Der Gesundheit von Frauen muss ein Höchstmaß an Aufmerksamkeit und Dringlichkeit zugemessen werden*“ (Weltgesundheitsorganisation 1994: 1).

Aus diesem Anlass hat das Europäische WHO-Regionalbüro (vgl. Bargfrede / Pauli / Hornberg 2004: 520) in demselben Jahr die europaweite Programminitiative „*Investing in Women's Health*“ gestartet (vgl. Fuchs / Wimmer-Puchinger 2000: 153), womit die Frauengesundheitsforschung erneut gefördert (vgl. Bargfrede / Pauli / Hornberg 2004: 520) und auch zunehmend institutionalisiert werden konnte (vgl. Helfferich 1996: 121). Diese europaweite Aktion hat die Mitgliedsstaaten zu einer Identifizierung von vordringlichen gesundheitlichen Problemen von Frauen aufgefordert (vgl. Stiehler 2004: 17), um deren gesundheitliche Situation innerhalb europäischer Mitgliedsstaaten verbessern zu können (vgl. Wimmer-Puchinger 1996: 257). Hierzu sollten nachfolgende Leitziele dienen (vgl. Bargfrede / Pauli / Hornberg 2004: 520):

- *„Steigerung der gesundheitlichen Sicherheit von Müttern und Senkung der Müttersterblichkeit,*
- *Förderung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit,*
- *Einführung frauenfreundlicher Kostenstrategien,*
- *Unterstützung von Programmen zur Förderung gesunder Lebensweisen,*
- *Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen sowie*
- *Verbesserungen der Arbeitsbedingungen von Frauen in Gesundheitsberufen.“* (Bargfrede / Pauli / Hornberg 2004: 520f)

Die Leitziele dieser Programminitiative des Europäischen WHO-Regionalbüros sollten durch folgende strukturelle Handlungsmaßnahmen (vgl. Bargfrede / Pauli / Hornberg 2004: 520f) zu einer mittelfristigen Erstellung von Frauengesundheitsberichten beitragen (vgl. Stiehler 2004: 17):

- *„Etablierung geschlechtsspezifischer Monitoring- und Berichtssysteme sowie die Erstellung von Frauengesundheitsberichten, die den Parlamenten, den Medien und der Öffentlichkeit vorgelegt werden,*
- *Einrichtung eines Frauengesundheitsbüros und eines nationalen Frauengesundheitsforums zur Forcierung der Frauengesundheitspolitik und*
- *Entwicklung von Forschungsstrategien für den Bereich Gesundheit von Frauen, in denen Prioritätsbereiche und sich daraus ergebende Maßnahmen beschrieben werden.“* (Bargfrede / Pauli / Hornberg 2004: 521)

Im Jahr 1994 wurde die WHO-Konferenz „*Women's Health Counts*“ (vgl. Wimmer-Puchinger 1996: 257), welche die Gesundheit der weiblichen Bevölkerung in Mittel- sowie Osteuropa thematisiert hat (vgl. Fuchs / Wimmer-Puchinger 2000: 153), abgehalten (vgl. Wimmer-Puchinger 1996: 257). Im Abschlussdokument dieses Kongresses, der „*Wiener Erklärung über die Investition in die Gesundheit von Frauen*“ (vgl. Doblhammer / Birgmann / Reif 2011: 21), wurde die Frauengesundheitsberichterstattung als Zielsetzung explizit angeführt (vgl. Fuchs / Wimmer-Puchinger 2000: 153) und verabschiedet. Diese Abschlusserklärung ist als eine Empfehlung für das regelmäßige Publizieren von Frauengesundheitsberichten zu verstehen. Im Inhalt sollen sich die Frauengesundheitsberichte an Leitlinien zur Berichterstellung über die Frauengesundheit (vgl. Doblhammer / Birgmann / Reif 2011: 21), den sogenannten „*Guidelines für Women's Health Profiles*“ (vgl. Scholz 2011a: 40), orientieren, deren 90 Indikatoren zu sieben Dimensionen über die Frauengesundheit zusammengefasst werden können (vgl. Doblhammer / Birgmann / Reif 2011: 21):

- „*Demographische Situation (Geburtenrate, Sterberate usw.)*
- *Sozioökonomische Situation (Frauenquoten, Bildung, Einkommen, Arbeitssituation, usw.)*
- *Politische Entwicklungen (Ziele, Dokumente, Diskussion der Frauengesundheitspolitik)*
- *Gesundheitszustand (Morbidity und Mortalität, Berücksichtigung der unterschiedlichen Lebensphasen von Frauen)*
- *Gesunder Lebensstil (Alkohol-, Nikotin-, Medikamenten- und Drogenkonsum; Stress, usw.)*
- *Umwelt und Arbeit (Umweltbezogene Erkrankungen, Berufskrankheiten, usw.)*
- *Gesundheitsversorgung, -einrichtungen (Zugang und Inanspruchnahme, Qualität, usw.)“ (Doblhammer / Birgmann / Reif 2011: 22)*

Diesen Bestimmungen zur Erstellung von Frauengesundheitsberichten kommt eine besondere Bedeutung zu, da erst durch sie eine regionale und nationale Vergleichbarkeit von Daten zur Frauengesundheit innerhalb Europas weitgehend möglich ist. Gleichzeitig kann anhand dieser auch erfasst werden, in welchen Bereichen Erfordernisse für eine internationale Vergleichbarkeit von Daten zur Frauengesundheit fehlen. Überdies kann aufgezeigt werden, wo es internationaler Präzisionsarbeit im Bereich der Frauengesundheitsberichterstattung (vgl. Fuchs / Wimmer-Puchinger 2000: 154f), wie etwa bei der stetigen Ergänzung oder Erweiterung dieser Richtlinien (vgl. Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung 2005b: 48), bedarf (vgl. Fuchs / Wimmer-Puchinger 2000: 154f). Außerdem werden unter Beachtung dieser Leitlinien zur Berichterstattung über die Frauengesundheit (vgl. Doblhammer / Birgmann / Reif 2011: 21) auch zunehmend jene gesundheitlichen „*Unterschiede innerhalb der Gruppe der Frauen*“ beachtet (vgl. Lavanchy 2008: 74).

Darüber hinaus liegt ein weiterer Fokus der gegenwärtigen Frauengesundheitsberichterstattung in der Einbeziehung geschlechtersensibler Gesundheit (vgl. Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung 2005b: 48), um die gesundheitliche Lage beider Geschlechter zugleich ganzheitlich als auch differenziert darstellen zu können (vgl. Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen 2000a: 45). Dadurch werden nachfolgende Thematiken in der Gesundheitsberichterstattung berücksichtigt (vgl. Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung 2005b: 48):

- *„[...] die gesundheitliche Lage von Frauen und Männern [...]*
- *[...] die für Frauen und Männer jeweils spezifischen Gesundheitsfragen [...]*
- *[...] systematische Vergleiche zwischen Frauen und Männern [...]*
- *[...] die soziale Konstruktion von Geschlechtsidentitäten, das heißt de[m] Gender-Aspekt in der Identifizierung und Erklärung von gesundheitlichen Unterschieden zwischen den Geschlechtern und [...] der sozialen Diversität [wird dadurch gerecht]“ (Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung 2005b: 48).*

Diese gendersensible Fokussierung der Gesundheitsberichterstattung auf eine Erfassung der spezifischen gesundheitlichen Profile von Frauen als auch von Männern ermöglicht, dass der Variation in der Gesundheit und in der Krankheit von Frauen und Männern gerecht werden kann (vgl. Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen 2000a: 45). Gleichzeitig ist dadurch eine geschlechtergerechte Ausgestaltung der Interventionen

(vgl. Lavanchy 2008: 77) in der gesundheitlichen Förderung, Prävention und Versorgung (vgl. Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen 2000a: 45) des Gesundheitssystems möglich. Allerdings muss beachtet werden, dass die meisten geschlechtersensiblen Gesundheitsberichte bis dato kaum Erklärungen für die Ursachen der gesundheitlichen Unterschiede zwischen Frau und Mann bieten (vgl. Lavanchy 2008: 74ff). Folglich muss sich die zukünftige Forschung zur Gender Medizin diesen Fragestellungen vermehrt zuwenden (vgl. Lohff 2008: 93).

3.1.2 Problemfelder der Frauengesundheitsberichterstattung

Grundsätzlich konnte sich die Frauengesundheitsforschung in den vergangenen Jahren im internationalen Kontext also weitgehend etablieren (vgl. Dietel 2012: 111). Dennoch sind Frauen auch gegenwärtig noch in umfassendem Ausmaß von einer geschlechterblinden Gesundheitsforschung betroffen (vgl. Wimmer-Puchinger / Drott 2008: 93). Dadurch lässt sich die Berücksichtigung einer vergleichenden Gender-Perspektive (vgl. Wimmer-Puchinger 1996: 257) durch die „*Insensibilität gegenüber der Relevanz der Geschlechterkategorie und der damit meist einhergehenden Setzung eines männlichen Normmodells*“ (vgl. Kolip 2009: 61) im gesundheitswissenschaftlichen Forschungskontext sowohl theoretisch als auch methodologisch nach wie vor als mangelhaft darstellen (vgl. Maschewsky-Schneider / Fuchs 2001: 237).

Diese unangemessene oder fehlende Einbeziehung des Geschlechts (vgl. Jahn 2002: 142) in Prozessen der Gesundheitsforschung (vgl. Dietel 2012: 113), und so auch in der Frauengesundheitsforschung (vgl. Babitsch 2001: 84), kann Verzerrungseffekte der Forschungsergebnisse oder Sichtweisen (vgl. Jahn 2002: 147) bedingt durch das Geschlecht, den sogenannten Gender-Bias, hervorrufen (vgl. Wimmer-Puchinger / Drott 2008: 93). Hierzu zeigen sich zwei zentrale Ursachen (vgl. Jahn 2002: 148):

- Zum einen wird eine Ähnlichkeit oder Gleichheit von Frauen und Männern angenommen, obwohl diese überhaupt nicht zugegen ist.
- Zum anderen werden Unterschiedlichkeiten zwischen Frauen und Männern angenommen, obwohl diese (möglicherweise) nicht existieren (vgl. Jahn 2002: 148).

Aus dem Gender-Bias können sich zentrale Problemfelder ergeben (vgl. Jahn 2002: 148; Wimmer-Puchinger / Drott 2008: 93). Zu deren Aufdeckung hat Eichler (1991) Kriterien entwickelt, welche innerhalb der Forschung eine Differenzierung nach zentralen Typisierungen der Geschlechterverzerrung (vgl. Babitsch 2001: 84) in jeder Phase eines Forschungsprozesses (vgl. Babitsch / Ducki / Maschewsky-Schneider 2006: 523) möglich machen. Als Haupttypen zur Verzerrung nach dem Geschlecht (vgl. Babitsch 2001: 84) werden der Androzentrismus, der doppelte Bewertungsmaßstab, die Geschlechterinsensibilität, die Geschlechterdichotomie, die Geschlechtsverklärung, die Überverallgemeinerung (vgl. Dierks 2008: 66f) und der Familialismus unterschieden (vgl. Habersack 2010: 82). Bevor diese näher erläutert werden, sei darauf hinzuweisen, dass diese sowohl isoliert oder gemeinsam auftreten als auch eine, etliche oder alle Forschungsprozessphase(n) betreffen können (vgl. Jahn 2002: 148).

Der Androzentrismus stellt eine gravierende Problematik des Gender Bias dar (vgl. Babitsch 2001: 84), weil eine einseitige männliche Forschungsperspektive vorliegt (vgl. Babitsch / Ducki / Maschewsky-Schneider 2006: 523) und jene weibliche Sichtweise unerforscht bleibt (vgl. Jahn 2002: 148). Hingegen liegt der doppelte Bewertungsmaßstab als Form des Gender Bias vor, wenn eine ungleiche beziehungsweise unterschiedliche Behandlung, Bewertung (vgl. Babitsch / Ducki / Maschewsky-Schneider 2006: 523) und Erfassung von gewissermaßen gleichen Merkmalen, Situationen und Verhaltensweisen zwischen Frauen und Männern (vgl. Jahn 2002: 149) „auf der Basis des biologischen Geschlechts“ erfolgt (vgl. Habersack 2010: 83). So kann eine unterschiedliche Bewertung von gleichen Eigenschaften beziehungsweise Verhaltensweisen bei Frauen und Männern erfolgen, wodurch beispielsweise grundsätzlich gleiche Symptome bei Frauen als psychosomatisch und bei Männern als somatisch bewertet werden (vgl. Babitsch 2001: 84). Beispielsweise beleuchtet dieses Kriterium, ob Ungleichheiten beziehungsweise Unterschiede in der gesundheitlichen Versorgung oder in der medizinisch-wissenschaftlichen Forschung zwischen Mann und Frau vorliegen (vgl. Voss / Lohff 2004: 436). Das Kriterium der Geschlechterinsensibilität besagt, dass das biologische sowie soziale Geschlecht im jeweiligen Forschungszusammenhang als zentrale Faktoren unberücksichtigt bleiben (vgl. Habersack 2010: 82). Sonach wird zwischen den beiden Genustypen keineswegs differenziert (vgl. Babitsch / Ducki / Maschewsky-Schneider 2006: 523). Dagegen meint die Geschlechterdichotomie eine Betonung von Geschlechtsunterschieden ohne potentielle Ähnlichkeiten sowie Überschneidungen zu berücksichtigen (vgl. Habersack 2010: 82), was nun als Gegenpol zur Geschlechterinsensibilität interpretiert werden kann. Wiederum besagt das Kriterium der Geschlechtsverklärung (vgl. Jahn 2002: 149) eine „Hochstilisierung von Geschlechtsmerkmalen zu normativen Merkmalen“ (Habersack 2010: 83), indem empirische Merkmale des Geschlechts eine normative Merkmalsüberhöhung erfahren (vgl. Jahn 2002: 149). Zu einer Überverallgemeinerung oder Übergeneralisierung kommt es, wenn Forschungsergebnisse am Beispiel von Männern gewonnen und folglich auf Frauen übertragen werden (vgl. Voss / Lohff 2004: 436), ohne dass deren Eignung für beide Geschlechter (vgl. Jahn 2002: 149) hinterfragt wird (vgl. Mielck 2002: 390). Schließlich liegt der Familialismus vor, wenn bei der Familie oder dem Haushalt „als kleinste ‚Messeinheit‘“ beispielsweise die einzelnen Erfahrungen und Positionierungen der Familienmitglieder nicht berücksichtigt werden (vgl. Habersack 2010: 82).

Obwohl das Vermeiden von Verzerrungen im gesamten Forschungsprozess einen anerkannten Grundsatz in der Epidemiologie darstellt und „als Kriterium für Wissenschaftlichkeit [...] interpretiert“ wird (vgl. Habersack 2010: 83f), ist die Problematik des Gender Bias trotz einer Vielzahl an geschlechtersensiblen Forschungen im Bereich der Gesundheitswissenschaften erheblich. So kann er neben weitreichenden Folgen für den Legitimitäts- und Qualitätsanspruch von Forschungsergebnissen auch direkte Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung der weiblichen Bevölkerung (vgl. Babitsch 2001: 84), wie Fehl-, Unter- und Überversorgungen (vgl. Hornberg / Weishoff-Houben 2007: 176), bewirken (vgl. Babitsch 2001: 84).

3.1.3 Resümee zur Frauengesundheitsberichterstattung

Wie diese Ausführungen nun gezeigt haben, bedarf es in Zukunft einer Gesundheitsberichter-

stattung beziehungsweise -forschung (vgl. Babitsch 2001: 84), die neben den Gemeinsamkeiten und den Unterschieden zwischen dem weiblichen und dem männlichen Geschlecht (vgl. Babitsch 2001: 91), auch die Unterschiede innerhalb der beiden Genusgruppen einbeziehen (vgl. Babitsch 2001: 84). Diesbezüglich ist noch eine Vielzahl an Anstrengungen zu leisten, um eine Forschung sowie Praxis zu erreichen, welche sowohl für Frauen als auch für Männer angemessen sind (vgl. Babitsch / Ducki / Maschewsky-Schneider 2006: 524).

Um nun eine Berücksichtigung von „Sex“ und „Gender“ in sämtlichen Forschungsarbeiten sowie ein Verhindern von geschlechtsspezifischen Verzerrungen, dem Gender Bias, fördern und erreichen zu können, sind – wie das nachfolgende Kapitel aufzeigen soll – das Gender Mainstreaming Konzept (z.B. Formulierung von Richtlinien für geschlechterangemessene Gesundheitsberichte) sowie diverse (politische) Initiativen (z.B. Gender-Einbindung in Forschungsrichtlinien) von besonderer Bedeutung (vgl. Babitsch / Ducki / Maschewsky-Schneider 2006: 523f).

3.2 Frauengesundheit als gesundheitspolitische Aufgabe

In den vergangenen Jahren hat die Thematik der Frauengesundheit, wie bereits im Kapitel 2 erörtert wurde, an Bedeutung gewonnen (vgl. Rásky 2006: 71). Dies zeigt sich unter anderem in der Berücksichtigung des Geschlechts als zentralen Faktor in gesundheitspolitischen Konzepten (vgl. Rásky 2000: 58) sowie im zunehmenden (politischen) Interesse der Öffentlichkeit (vgl. Rásky 2006: 71). Dadurch erlangen insbesondere (inter-)nationale Erklärungen und Initiativen zur Frauengesundheit, wie jene der UNO und der WHO, die nachfolgend unter Bezugnahme von theoretischer Grundlagenliteratur, empirischem Material, wie Gesundheitsberichten und Veröffentlichungen (inter-)nationaler Institutionen näher erläutert werden, für die gesundheitspolitischen Aufgaben im Kontext der Frauengesundheit stetig an Relevanz (vgl. Wimmer-Puchinger / Drott 2008: 90).

3.2.1 *Frauengesundheit und internationale Frauen- beziehungsweise Gleichstellungspolitik*

In diesem Abschnitt wird die Gleichstellungspolitik, welche die Aufhebung (in-)direkter Diskriminierungen von Frauen und Männern sowie deren Gleichstellung in sämtlichen gesellschaftlichen, politischen und privaten Bereichen zur Zielsetzung hat (vgl. Leitner 2007: 57), explizit mit (der Gesundheit von) Frauen in Verbindung gesetzt. Hierbei muss beachtet werden, dass sie nicht ausschließlich als frauenspezifisches Anliegen gedeutet werden darf. Vielmehr handelt es sich um eine politische Fragestellung. Diese behandelt die Relation, die Ungleichheit sowie Ungerechtigkeiten bezogen auf das Geschlechterverhältnis, die schließlich durch gezielte Maßnahmen zur Gleichstellungspolitik abgeschafft werden sollen (vgl. Kuhlmann 2002: 113).

Im Kontext der (inter-)nationalen Frauen- sowie (vgl. Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung 2005c: 51) Gleichstellungspolitik haben die Vereinten Nationen (UN) sowohl in der (historischen Entwicklung der) Vergangenheit als auch in der Gegenwart eine besondere

Stellung. Auf Basis der Menschenrechts-Charta der Vereinten Nationen von 1945, welche die Gleichberechtigung der weiblichen und der männlichen Bevölkerung (vgl. Scholz 2011: 31) „*als fundamentales Prinzip der Menschenrechte*“ (Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung 2005c: 51) verankert hat, wurden durch die UN weiterführende Schwerpunkte gesetzt, um auf internationaler Ebene in Zusammenarbeit mit Institutionen, Organisationen, Verbänden und Staaten die Unterschiede zwischen Frau und Mann erkennen und bewältigen zu können. Hier sei das „*Internationale Jahr der Frauen*“ aus dem Jahr 1975 zu nennen (vgl. Scholz 2011: 31), welches zur Einleitung des „*Internationalen Jahrzehnts der Frau*“ geführt hat. Überdies fand in diesem Jahr auch die „*Erste Weltfrauenkonferenz in Mexiko*“ statt, welche für die internationale Frauenpolitik den Grundstein gelegt hat. Von besonderer Bedeutung für die Frauengesundheit ist die „*Vierte Weltfrauenkonferenz in Peking*“, welche – wie die nachfolgenden Ausführungen zeigen werden – als Fundament für die gegenwärtige Frauengesundheitspolitik gesehen wird (vgl. Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung 2005c: 51).

Im Jahr 1979 wurde durch „*das Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form der Diskriminierung der Frau (CEDAW)*“ auch der Bereich der Gesundheit berücksichtigt, wonach beispielsweise Frauen der gleiche Zugang zur Gesundheitsversorgung wie den Männern gewährleistet werden sollte (vgl. Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung 2005c: 51).

Im Zuge dieser Entwicklung zur Gleichstellungspolitik kam es in den 80er Jahren des 20. Jahrhunderts zu einer zunehmenden Institutionalisierung der Gleichstellungspolitik. Von Seiten der Frauenbewegung wurde diese jedoch zum Teil als kritisch angesehen, weil „*die Nutzung der Gleichbehandlungsstellen als Alibistellen, als willkommene Einrichtungen der Modernisierung, die die Persistenz patriarchaler Verwaltung und männerdominierter Institutionen verdecken [würden]*“, befürchtet wurde. Allerdings zeigte die institutionalisierte Gleichstellungspolitik auch nach etwa zehn Jahren noch eine relativ geringe Wirkung, wonach die Frauenbewegung bis zur Mitte der 90er Jahre des 20. Jahrhunderts nach neuen Gleichstellungskonzepten und -strategien gesucht hat. Als Ergebnis kann das Konzept „Gender Mainstreaming“ angeführt werden, welches nachfolgend erläutert wird (vgl. Kreimer 2009: 279).

3.2.2 Gender Mainstreaming im Gesundheitsbereich

Das Konzept „Gender Mainstreaming“ basiert auf einem jahrelangen „*Kampf um die Gleichstellung der Geschlechter*“ (vgl. Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung 2005c: 51). In den vergangenen Jahren ist es zunehmend in den Diskurs der Gesundheitswissenschaften aufgenommen worden (vgl. Kastner 2012: 3), obwohl es vor allem „*im Mainstream der Politik*“ oder durch WissenschaftlerInnen der Frauen- und Geschlechterforschung thematisiert wird (vgl. Zimmermann / Metzl-Götz 2007: 13). So soll die politische Strategie beziehungsweise das gleichstellungspolitische Instrument des Gender Mainstreamings bei sämtlichen politischen Entscheidungsfindungen zunächst „*klären, welchen Einfluss sie auf die Gleichstellung und das Verhältnis der Geschlechter hat. Übertragen auf die Gesundheitsforschung und -versorgung bedeutet das Prinzip, bei allen Vorhaben und Maßnahmen zu prüfen, ob die Einflussfaktoren auf die Gesundheit von Frauen und Männern und die geschlechterspezifischen Gesundheitsbedürf-*

nisse angemessen berücksichtigt werden“ (vgl. Kuhlmann / Kolip 2005: 73f). Zur Veränderung von gesellschaftlichen Strukturen, welche also geschlechtsspezifische Benachteiligungen hervorrufen, sollen entsprechende Maßnahmen mit einer gleichstellungsorientierten Perspektive beitragen (vgl. Strümpel 2007: 5).

Bevor nachfolgend dieses Konzept näher dargelegt wird, soll zunächst erläutert werden, was die beiden Begriffe „Gender“ und „to mainstream“ überhaupt bedeuten. Wie bereits in Kapitel 2 erarbeitet wurde, bezieht sich das anerzogene, soziale Geschlecht „Gender“ *„auf die sozialen Unterschiede zwischen Männern und Frauen“*, die sich aus erlernten Normen und Werten aus dem sozialen Umfeld ergeben. Hingegen meint der englische Begriff „to mainstream“ in der deutschen Übersetzung (vgl. Groth 2003: 14f), dass *„etwas bislang Nebensächliches zur Hauptströmung“* gemacht wird (vgl. Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung 2005d: 54).

In diesem Zusammenhang bezieht sich Gender Mainstreaming in der gängigen Definition des Europarates aus dem Jahr 1998 (vgl. Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung 2005d: 54) auf die *„(Re-) Organisation, Verbesserung, Entwicklung und Evaluierung politischer Prozesse mit dem Ziel, eine geschlechterbezogene Sichtweise in alle politischen Konzepte auf allen Ebenen und in allen Phasen durch alle an politischen Entscheidungen beteiligten Akteure und Akteurinnen einzubeziehen“* (vgl. Europarat 1998 zit. nach Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 2010: 4).

Aufbauend auf diese Definition zum Gender Mainstreaming (vgl. Europarat 1998 zit. nach Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 2010: 4) sollen nun die Funktion sowie die historische Entwicklung dieses Konzeptes aufgezeigt werden.

Zunächst wurde die Strategie des Gender Mainstreamings als eine Kritik an bis dato existierenden Frauenförderungsstrategien erarbeitet. Begründet wird dies damit, dass die Frauenförderungs politik, die durch spezifische organisatorische Einheiten realisiert wird, ausschließlich Frauen berücksichtigt und deren Benachteiligung als Grundlage für die Aufarbeitung von Handlungsbedürfnissen und kennzeichnenden Themen ansieht. Allerdings fokussiert die Strategie des Gender Mainstreamings beide Geschlechter (vgl. Enayati 2011: 38f). So werden jene spezifischen Belange beider Geschlechter in gesellschaftlichen Gesetzen, Initiativen, Institutionen, Programmen, Regelungen und Unternehmen gleichermaßen berücksichtigt (vgl. Kolip / Hurrelmann 2002: 25) und gezielt mit Maßnahmen zur Frauenförderung verknüpft (vgl. Kuhlmann 2002: 113). Dadurch besteht die Möglichkeit, jegliche Maßnahmen zur Frauenförderung über die Auswirkungen auf das Geschlechterverhältnis und über den Beitrag zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheit zwischen Frau und Mann zu überprüfen. Deshalb betrifft die Geschlechterfrage sowohl das weibliche als auch das männliche Geschlecht, sowie die Angebotsentwicklung einer gendergerechten Versorgung des Gesundheitssystems (vgl. Kolip / Lademann / Deitermann 2004: 229).

Bereits 1985 wurde das Konzept des Gender Mainstreamings in der weltweiten Literatur thematisiert (vgl. Groth 2003: 15). Darüber hinaus wurde der gesundheits- sowie sozialpolitische Anwendungsansatz (vgl. Kolip / Hurrelmann 2002: 25) des Gender Mainstreamings (vgl. Barg-

frede / Pauli / Hornberg 2004: 521) im selben Jahr durch die Dritte „Weltfrauenkonferenz in Nairobi“ (vgl. Klösch-Melliwa 2003: 48) als politische Empfehlung (vgl. Kuhlmann 2010: 240) erarbeitet. Hierbei wurden die Entwicklung (vgl. Klösch-Melliwa 2003: 48) der Gleichstellungsfrage des weiblichen und des männlichen Geschlechts durch das Gender Mainstreaming Konzept im internationalen Kontext (vgl. Döge 2004: 234) und dessen Integration in die Politik der Vereinten Nationen (UNO) diskutiert sowie verankert (vgl. Klösch-Melliwa 2003: 48). In den 1980er Jahren wird es vor allem in der Entwicklungspolitik konferiert (vgl. Döge 2004: 234), um dann 1995 im Zuge „der ‚Vierten Weltfrauenkonferenz‘ der Vereinten Nationen“ (Groth 2003: 15f) in Peking (vgl. Döge 2004: 234) „als neue Strategie der Frauenbewegung“ (vgl. Kuhlmann 2010: 241) den Durchbruch auf internationaler Ebene zu erlangen (vgl. Groth 2003: 16) und fixiert zu werden (vgl. Döge 2004: 234). So gelten die Ergebnisse dieser Konferenz (vgl. Klösch-Melliwa 2003: 48), die im Aktionsplan „Platform for Action – for Equality, Development and Peace“ zu fünf zentralen Themen zusammengefasst werden (vgl. Scholz 2011: 31), bis heute für sämtliche Aktionsbeziehungsweise Rahmenprogramme der Europäischen Union (vgl. Klösch-Melliwa 2003: 48), und so auch für das Ressort der Frauengesundheitspolitik (vgl. Scholz 2011: 31), als zukunftsweisend (vgl. Klösch-Melliwa 2003: 48):

- *„Verbesserung des Zugangs für Frauen zu adäquater, leistbarer und qualitativer Gesundheitsversorgung, zu Gesundheitsinformationen und zu den dazugehörigen Leistungen*
- *Stärkung von präventiven Programmen, die Frauengesundheit fördern*
- *Durchführung von gender-sensitiven Programmen zur Bekämpfung sexuell übertragbarer Krankheiten wie HIV/AIDS sowie zur Förderung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit*
- *Förderung von Forschung und Aufklärung bezüglich Frauengesundheit*
- *Aufstockung der Ressourcen und Überwachung der Fortschritte bezüglich Frauengesundheit“* (Scholz 2011: 31)

1997 wurde (vgl. Bargfrede / Pauli / Hornberg 2004: 521) der Anwendungsansatz des Gender Mainstreamings (vgl. Kolip / Hurrelmann 2002: 25) im Artikel 2 beziehungsweise 3. zur Gleichstellung des weiblichen und des männlichen Geschlechts (vgl. Bargfrede / Pauli / Hornberg 2004: 521) in sämtlichen politischen Bereichen (vgl. Groth 2003: 16) „im Vertrag von Amsterdam“ (Bargfrede / Pauli / Hornberg 2004: 521) als horizontale Zielsetzung (vgl. Groth 2003: 16) durch die Europäische Union festgeschrieben. Dadurch sind alle Mitgliedsstaaten in der jeweiligen nationalen Politik zur Gleichstellungsumsetzung verpflichtet (vgl. Döge 2004: 234). Gleichzeitig sollte auch die gesellschaftliche Aufmerksamkeit über geschlechtssensible Problembereiche intensiviert werden (vgl. Bargfrede / Pauli / Hornberg 2004: 521).

Insofern verankert das Konzept des Gender Mainstreamings (vgl. Bargfrede / Pauli / Hornberg 2004: 521), welches im Sinne einer praktischen Politikstrategie (vgl. Kuhlmann 2002: 105) im Jahr 1999 (vgl. Kuhlmann 2002: 112) durch einen gemeinsamen Beschluss des Europäischen Parlaments weiterentwickelt wurde, die präzise Ausgestaltung der Anforderung über die spezifische Förderung der Gesundheit der weiblichen Bevölkerung (vgl. Bargfrede / Pauli / Hornberg 2004: 521).

Das Madrider WHO-Statement „*Mainstreaming gender equity in health*“ aus dem Jahr 2001 (vgl. Wimmer-Puchinger / Drott 2008: 93) hat schließlich die Durchsetzung von Gender Mainstreaming bewirkt. Zur gesundheitlichen Verbesserung von Frauen als „*einer sozial benachteiligten Gruppe*“ sollte die Herstellung einer sowohl horizontalen als auch einer vertikalen Chancengleichheit beitragen. Das heißt, dass dieselben gesundheitlichen Bedürfnisse von Frauen und Männern auch dasselbe gesundheitliche Angebot voraussetzen. Besteht jedoch ein unterschiedlicher gesundheitlicher Bedarf, so muss ein differenziertes gesundheitliches Angebot garantiert werden. Nur so gelingt es, beiden Geschlechtern eine umfassende Ausschöpfung des jeweiligen Gesundheitspotenzials zu ermöglichen (vgl. Kolip 2009: 66).

Im gesundheitlichen Kontext ist das Konzept des Gender Mainstreamings also von besonderer Bedeutung, weil es zur „*Erreichung gesundheitlicher Chancengleichheit zwischen den Geschlechtern sowie [...] [zur] Verbesserung der Versorgungsqualität im Gesundheitswesen unter Berücksichtigung unterschiedlicher Bedürfnisse, der Verteilung von Ressourcen im Gesundheits- und Sozialwesen, der Entscheidungsmacht und Verantwortung*“ beitragen soll (vgl. Wimmer-Puchinger / Drott 2008: 93). Insofern soll es also zu einer Chancengleichheit (vgl. Groth 2003: 14) durch eine Geschlechtergerechtigkeit (vgl. Kolip / Hurrelmann 2002: 25), beispielsweise in Form von Gender-Gesundheitsberichten (vgl. Lavanchy 2008: 77), sowie zu einer Gleichstellung des weiblichen und des männlichen Geschlechts (vgl. Kuhlmann 2002: 112) durch eine selbstverständliche Einbindung des Geschlechts (vgl. Kolip / Koppelin 2002: 501) in allen Bereichen der Gesellschaft (vgl. Kuhlmann 2002: 113), und so auch in einer grundsätzlich kaum geschlechtsneutralen Politik (vgl. Kolip / Hurrelmann 2002: 25) sowie im Praxisfeld des Gesundheitswesens, beitragen (vgl. Kuhlmann 2002: 112). Folglich muss in der gegenwärtigen Gesundheitspolitik eine Gesamtstrategie geschaffen werden, welche sowohl frauen- als auch geschlechterspezifische Fragestellungen zur Gesundheit, seien es die Gesundheitsforschung oder das Gesundheitssystem, integriert (vgl. Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung 2005d: 55).

Abschließend soll darauf hingewiesen werden, dass dieser Ansatz einen Beitrag zur Vermeidung des Gender Bias leistet, wonach eine Gleichstellung zwischen Mann und Frau beispielsweise in der gesundheitlichen Versorgung sowie im Zugang zu Einrichtungen des Gesundheitswesens erzielt werden kann (vgl. Jahn 2004: 14). Allerdings wird dieser Ansatz gegenwärtig eher nur mäßig realisiert (vgl. Kuhlmann 2010: 246). Schließlich wird es noch etliche Jahre dauern, bis eine kritische Evaluation sowie Reflexion geschlechtsspezifischer Sichtweisen im gesundheitlichen beziehungsweise medizinischen Bereich erfolgen kann (vgl. Wimmer-Puchinger / Drott 2008: 97).

3.2.3 Internationale Frauengesundheitsinitiativen

In Australien (vgl. Schofield et al. 2002: 67), Kanada und in den Vereinigten Staaten von Amerika (vgl. Jäger 2010: 104), vor allem in Nordamerika, sind die beiden Begriffe „Frauengesundheit“ und „Männergesundheit“ weit verbreitet, so auch in gesundheitswissenschaftlichen Strategien (vgl. Schofield et al. 2002: 67).

Federführend für die Frauengesundheitsforschung gelten die Vereinigten Staaten von Amerika.

Hier sind insbesondere die „*National Institutes of Health*“ zu nennen, weil sie sowohl in fachlicher als auch in finanzieller Hinsicht zu den größten internationalen Förderinstituten zur Frauengesundheit gehören (vgl. Maschewsky-Schneider 1996: 10).

An diesen Instituten (vgl. Maschewsky-Schneider 1996: 11) wurde anlässlich des Forschungsdefizits zur Frauengesundheit (vgl. Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung 2005: 41) 1990 das Büro „*Office of Research on Women's Health*“ errichtet (vgl. Maschewsky-Schneider 1996: 11). Es handelt sich hierbei um eine offizielle Einrichtung zur Frauengesundheitsforschung (vgl. Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung 2005: 41), welche zur Förderung der Frauengesundheitsforschung beitragen soll (vgl. Maschewsky-Schneider 1996: 11). Gleichzeitig achtet die an der Förderinstitution ansässige „*Abteilung zur Frauengesundheitsforschung*“ (vgl. Schücking 1996: 240) in deren geförderten Forschungsprogrammen und -studien auf die ordnungsgemäße Berücksichtigung von Frauen, sowohl als Teilnehmerinnen als auch als Leiterinnen (vgl. Maschewsky-Schneider 1996: 11).

Überdies haben die National Institutes of Health beispielsweise die groß geplante Forschungsstudie „*Women's Health Initiative*“ (vgl. Maschewsky-Schneider 1996: 10) zur Thematik der weiblichen Morbidität und Mortalität bei spezifischen Krankheiten im Anschluss an die Menopause (vgl. Assaf / Carleton 1996: 57), auf der Grundlage von politischen Interventionen eingeleitet (vgl. Maschewsky-Schneider 1996: 10). Mit einem unermesslichen Fördervolumen von ca. 630 Millionen US Dollar und einer 15-jährigen Laufzeit setzt sich dieses Großprojekt (vgl. Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung 2005: 41) aus einer Beobachtungsstudie mit einer Dauer von neun Jahren, an der 100.000 Frauen teilnahmen und aus einer kontrollierten klinischen Studie, an der 63.000 Frauen teilnahmen, zusammen (vgl. Assaf / Carleton 1996: 57). Ziel dieser Initiative war es, jene geschlechtsspezifischen Forschungslücken zu schließen, wodurch sowohl die Gesundheit als auch die damit verbundene Versorgung von Frauen verbessert werden sollten (vgl. Assaf / Carleton 1996: 62).

Zudem wurde im Jahr 1991 ein Aktionsplan zur Frauengesundheit, der sogenannte „*Action Plan for Women's Health*“, durch das Gesundheitsministerium der Vereinigten Staaten von Amerika veröffentlicht. Dieser beinhaltet eine Bestandsaufnahme sämtlicher frauenspezifischer Aktivitäten sowie den Bedarf an der gesundheitlichen Versorgung innerhalb von nationalen Institutionen. Gleichzeitig formuliert der Aktionsplan auch Zielsetzungen für deren zukünftige Tätigkeiten. Dieser Aktionsplan zur Frauengesundheit wurde vorwiegend durch das „*Office on Women's Health*“ entwickelt, welches im selben Jahr durch das amerikanische Gesundheitsministerium (vgl. Maschewsky-Schneider 1996: 10f) als zentrales Koordinationsbüro zur Frauengesundheit (vgl. Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung 2005e: 57) eingerichtet wurde und dieses in ethischen, gesetzgeberischen, medizinischen, politischen und wissenschaftlichen Angelegenheiten zur Frauengesundheit beraten sowie unterstützen sollte (vgl. Maschewsky-Schneider 1996: 11). Zuzüglich gibt es in den Vereinigten Staaten von Amerika seit den 90er Jahren des 20. Jahrhunderts spezifische Frauengesundheitsprogramme (vgl. Jäger 2010: 104), die in dieser Diplomarbeit jedoch nicht näher erläutert werden.

3.2.4 Europäische Frauengesundheitsinitiativen

Auch innerhalb der Europäischen Union gibt es Initiativen, die sich mit der Thematik der Frauengesundheit befassen (vgl. Kodelitsch 2011: 458). So wurde im Jahr 1996 „*das europäische Institut für Frauengesundheit (EIWH)*“ eröffnet. Als Nichtregierungsorganisation befasst es sich mit der Thematik der Frauengesundheit innerhalb der (Mitgliedsstaaten der) Europäischen Union. Hierzu erarbeitet dieses Institut Statistiken und Untersuchungen zur Frauengesundheit. Es fördert aber auch die Geschlechtergleichstellung im Gesundheitswesen und stellt Informationen zur Frauengesundheit für ÄrztInnen, Einzelpersonen, Organisationen und PolitikerInnen bereit (vgl. Kodelitsch 2011: 462).

Im Jahr 1997 wurde von der Europäischen Union auch ein Bericht, „*The state of women's health*“, herausgegeben. Dieser informiert über den gesundheitlichen Zustand von Frauen. Hierzu behandelt er neben der Entwicklung der Gesundheit, der Morbidität und der Mortalität von Frauen, auch spezifische Determinanten und Themen der Frauengesundheit (vgl. Bardehle / Annuß 2006: 383), die vorwiegend nach Altersgruppierungen sowie zwischen den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union verglichen werden können (vgl. Bardehle 2004: 86).

Des Weiteren hat die WHO im Jahr 2001 einen strategischen Handlungsplan zur Frauengesundheit, den „*Strategic Action Plan for the Health of Women*“, in Ländern der Europäischen Region erarbeitet. Dieser benennt die systematische Förderung der Frauengesundheit durch Frauengesundheitsprogramme. Dadurch sollten sämtliche Mitgliedsstaaten bis 2005 zu einer finanziellen Realisierung von Frauengesundheitsprogrammen befähigt werden (vgl. Groth 2003: 12).

Innerhalb der Europäischen Union konnte in den vergangenen 25 Jahren also eine sensibilisierende Entwicklung gegenüber der Thematik der Frauengesundheit festgestellt werden, wonach diese auch eine zunehmende Beachtung und Bedeutung erfahren hat (vgl. Bardehle / Annuß 2006: 384).

Hingegen befindet sich der Wissensstand zur geschlechtergerechten Gesundheitsforschung in Deutschland noch am Anfang (vgl. Kolip / Hurrelmann 2002: 26). Das heißt, dass die bisherigen Ergebnisse (vgl. Schücking 1996: 240) der Frauengesundheitsforschung in Deutschland weit hinter jenen der Vereinigten Staaten von Amerika liegen (vgl. Maschewsky-Schneider 1996: 11) und vergleichsweise als spärlich bezeichnet werden können (vgl. Schücking 1996: 240). Dennoch bestehen auch in Deutschland zahlreiche Forschungsarbeiten, die sich mit der Gesundheit von Frauen befassen (vgl. Helfferich 1996: 120). Dies ist darauf zurückzuführen, dass sich in der Bundesrepublik Deutschland ab der Mitte der 80er Jahre des 20. Jahrhunderts eine bundesweite Etablierung sowie Institutionalisierung der gesundheitswissenschaftlichen Forschung durch Public-Health-Forschungsverbände beziehungsweise -Studiengänge abgezeichnet haben, welche auch den Weg für die Frauengesundheitsforschung geebnet haben (vgl. Bargfrede / Pauli / Hornberg 2004: 520). Diesbezüglich konnten sich „*in den Fachgesellschaften der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSM) und*

der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie (DGMS)“ zwei wichtige Arbeitsgruppen zur Thematik „*Frauen und Gesundheit*“ herausbilden (vgl. Hinze 1996: 103).

Außerdem wurde durch ein Treffen von Frauenforscherinnen im Jahre 1993 „*in Windenreute bei Freiburg*“, Deutschland, der aktuelle Forschungsstand zur Frauengesundheit sowie damit verbundene Zukunftsperspektiven gesammelt, um eine internationale Vernetzung ermöglichen zu können (vgl. Maschewsky-Schneider 1996: 9).

Im Oktober des Jahres 1994 wurde in Bremen, Deutschland, (vgl. Maschewsky-Schneider 1996: 9) erstmals (vgl. Dieplinger / Labek 2007: 34) die länderübergreifende Vernetzung von internationalen Forschungsergebnissen zur Frauengesundheit durch den weltweiten Workshop „*Women and Health – Perspectives in Epidemiology and Public Health Sciences*“ gefördert (vgl. Maschewsky-Schneider 1996: 9). Neben den Perspektiven zur Frauengesundheitsforschung in den Bereichen der Epidemiologie beziehungsweise des Public-Health (vgl. Maschewsky-Schneider 1996a: 127) wurden spezifische Fragen zur Frauengesundheitsforschung am Beispiel von Herz-Kreislaufkrankheiten diskutiert (vgl. Maschewsky-Schneider 1996: 9). Überdies hat diese Konferenz auch folgende Forschungsdefizite der Frauengesundheitsforschung in Deutschland aufgezeigt (vgl. Maschewsky-Schneider 1996: 16f):

- „*die Entwicklung von Kriterien für eine frauengerechte gesundheitliche Versorgung,*
- *die Focussierung auf Ressourcen zur Gesunderhaltung der Frauen,*
- *die Untersuchung der Bedeutung sozialer Netzwerke für die Gesundheit der Frauen,*
- *subjektive Gesundheits- und Körperkonzepte,*
- *die Untersuchung des Einflusses des sozialen Wandels auf die Gesundheit der Frauen und*
- *die Betrachtung der Gesundheit der Frauen im Lebensverlauf*“ (Maschewsky-Schneider 1996: 17)

Diesbezüglich haben die KonferenzteilnehmerInnen Forderungen für die zukünftige Frauengesundheitsforschung erarbeitet, die neben inhaltlichen Empfehlungen auch die strukturelle Einbettung der Frauengesundheitsforschung in den wissenschaftlichen Bereich umfassen. Die Beurteilung des Fortschritts dieser Forderungen zur Frauengesundheitsforschung in der Bundesrepublik Deutschland sollte sich an jenen verabschiedeten Empfehlungen von „*Windenreute bei Freiburg*“ (1993) und Bremen (1994) orientieren (vgl. Maschewsky-Schneider 1996: 17).

Im Jahre 1996 gab die Bundesregierung Deutschlands, auf der Grundlage von wissenschaftlichen Studien und politischen Initiativen, die Erstellung eines Berichtes, der die gesundheitliche Situation der weiblichen Bevölkerung in Deutschland thematisiert, in Auftrag. Dieser wurde schließlich im Jahr 2001 publiziert. Diese Veröffentlichung hat für die Frauengesundheitsberichterstattung in Deutschland eine enorme Bedeutung, weil auch jene Auswirkungen der Gesellschaft auf die Gesundheit beziehungsweise die Krankheit erarbeitet wurden. Allerdings ist dieser Frauengesundheitsbericht keineswegs ausschließlich als Fortschritt der Frauengesundheitsforschung zu interpretieren. Vielmehr leistet er einen Beitrag zur Beleuchtung sowie Aufarbeitung eines (bis dato) vorherrschenden Defizits über die Vernachlässigung von spezifischen Besonderheiten der

Frauengesundheit durch die Dominanz der Männergesundheit in der Gesundheitsberichterstattung auf Ebene der Kommunen, der Länder und des Bundes (vgl. Stiehler 2004: 17f).

Im selben Jahr wurde in Deutschland „*die Bundeskoordination Frauengesundheit*“ gegründet, welche Aktivitäten zur Frauengesundheit unter anderem durch eine Ansammlung an wissenschaftlichem Material initiiert und unterstützt hat (vgl. Kodelitsch 2011: 462).

Trotz der Anzahl an Forschungsarbeiten zur Frauengesundheit im gesundheitswissenschaftlichen und medizinsoziologischen Kontext (vgl. Schmerl 2002: 46) zeichnen sich zentrale Probleme in der Frauengesundheitsforschung in Deutschland ab. Zurückzuführen sind sie unter anderem auf die partiale sowie spezifische Ausrichtung der Arbeiten, weil diese kaum in Beziehung zueinander stehen (vgl. Helfferich 1996: 120). Überdies haben sowohl US-amerikanische als auch einige europäische Länder (vgl. Kolip / Hurrelmann 2002: 15), wie etwa Österreich (vgl. Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung 2005f: 58), bereits gezielte Forschungsprogramme zur Frauengesundheit errichtet, wonach auch in diesem Bereich für Deutschland noch ein erheblicher Aufholbedarf besteht (vgl. Kolip / Hurrelmann 2002: 15). Diese Lücke füllen zu können, könnte für Deutschland schwierig werden, weil Forschungsinitiativen zur Frauengesundheit langfristig an Grenzen mangelnder finanzieller Absicherung sowie mangelnder institutioneller Anerkennung beziehungsweise Ausstattung stoßen (vgl. Schmerl 2002: 46).

3.2.5 Österreichische Frauengesundheitsinitiativen

In Österreich konnte die Frauengesundheit bereits in einer Vielzahl an Institutionen, wie Beratungsstellen und Frauenambulanzen, integriert und somit eine breite Angebotsstruktur für die weibliche Bevölkerung geschaffen werden (vgl. Kodelitsch 2011a: 529).

Zurückzuführen ist dies unter anderem auf die WHO-Konferenz „*Women's Health Counts*“, welche im Jahr 1994 in Wien stattfand (vgl. Scholz 2011a: 40). Wie in diesem Kapitel bereits dargelegt wurde, kam durch diese die Forderung nach einer länderspezifischen Erarbeitung von Forschungsstrategien zur Gesundheit von Frauen auf, welche die persönliche und gesamtgesellschaftliche Lebensumwelt von weiblichen Personen umfassen (vgl. Dieplinger / Labek 2007: 34). Überdies kann das Abschlussdokument dieser Konferenz, „*die Wiener Erklärung zur Frauengesundheit*“, als Grundlage der Frauengesundheitsberichterstattung innerhalb Österreichs angesehen werden (vgl. Scholz 2011a: 40).

Erstmals wurde also in Österreich im Jahr 1995 ein gesamtösterreichischer Frauengesundheitsbericht durch das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen angefertigt (vgl. Doblhammer / Birgmann / Reif 2011: 23). Zehn Jahre später wurde 2005 der zweite Frauengesundheitsbericht für Österreich (vgl. Scholz 2011a: 41) vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen herausgegeben (vgl. Doblhammer / Birgmann / Reif 2011: 22), welcher bereits einen Fortschritt bei der geschlechtsspezifischen Betrachtung der Gesundheit verdeutlichen konnte (vgl. Scholz 2011a: 41). Der neueste Frauengesundheitsbericht für Gesamtösterreich datiert aus dem Jahr 2010/11 und wurde ebenfalls vom Bundesministerium für Gesundheit herausgegeben (vgl. Bun-

desministerium für Gesundheit 2011: 4). Auch in den Bundesländern Oberösterreich (1995), Wien (1997, 2006), Steiermark (1998, 2003), Vorarlberg (1998), Niederösterreich (1999), Salzburg (2000) (vgl. Doblhammer / Birgmann / Reif 2011: 22f) und Tirol (2005) (vgl. Scholz 2011a: 41) folgten Frauengesundheitsberichte auf lokaler Ebene. Mit Ausnahme von Burgenland (vgl. Doblhammer / Birgmann / Reif 2011: 22f) und Kärnten (vgl. Wimmer-Puchinger 2008: 31) haben in Österreich also bisher alle Bundesländer zumindest einen Frauengesundheitsbericht veröffentlicht (vgl. Rásky 2006: 76f).

Neben Frauengesundheitsberichten gibt es natürlich auch Berichte, welche ausschließlich die Gesundheit von Männern behandeln. Vorweg ist anzumerken, dass Österreich im internationalen Vergleich eine Vorreiterrolle bei der Männergesundheitsberichterstattung innehat. So hat im Jahr 1999 das Bundesland Wien den ersten Männergesundheitsbericht für Österreich veröffentlicht, der nicht nur als erster deutschsprachiger, sondern auch als erster internationaler Männergesundheitsbericht gilt. Dieser Bericht wurde in Anlehnung an den ersten Frauengesundheitsbericht des Bundeslandes Wien erarbeitet (vgl. Doblhammer / Birgmann / Reif 2011: 22ff). Außerdem wurde in Österreich 2001 eine internationale Gesellschaft zur Männergesundheit, die „*International Society for Men's Health and Gender (ISMH)*“, durch den ersten weltweiten Kongress zur Männergesundheit in Wien gegründet. In Wien entstand auch das erste Männergesundheitszentrum innerhalb der Mitgliedsstaaten der Europäischen Union (vgl. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen 2004: 2). Der erste gesamtösterreichische Männergesundheitsbericht wurde im Jahr 2004 vom Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen herausgegeben (vgl. Doblhammer / Birgmann / Reif 2011: 23).

Außerdem wurde österreichweit im Jahr 2011 der erste Gender-Gesundheitsbericht für Oberösterreich erarbeitet (vgl. Pühringer 2011: 3), welcher sowohl die Gesundheit von Frauen als auch von Männern im Bundesland Oberösterreich thematisiert (vgl. Doblhammer / Birgmann / Reif 2011a: 9).

So werden in Österreich seit dem Jahr 1995 in unregelmäßigen Abständen Frauengesundheitsberichte (vgl. Jäger 2010: 104) auf Ebene des Bundes, der Länder und der Kommunen von diversen AutorInnen und Institutionen erarbeitet beziehungsweise herausgegeben (vgl. Scholz 2011a: 41). Aufgrund einer unterschiedlichen methodischen beziehungsweise thematischen Fokussierung (vgl. Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung 2005b: 49), wie beispielsweise auf spezifische Bevölkerungsgruppen oder Sektoren, ist eine Gewährleistung von einer methodischen beziehungsweise überregionalen Einheitlichkeit sowie Vergleichbarkeit der Frauengesundheitsberichte nicht immer möglich (vgl. Scholz 2011a: 41). Allerdings wurden in den vergangenen Jahren in Österreich Bestrebungen zur Verbesserung der Datenlage, wie der Vergleichbarkeit von Daten, in Gang gesetzt, die jedoch noch lange nicht ausreichend sind (vgl. Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung 2005b: 49).

Neben diesen Frauengesundheitsberichten gibt es in Österreich auch Frauengesundheitszentren, welche die Anliegen von Frauen, sowohl im gesundheitlichen als auch im gesellschaftlichen Bereich, vertreten und als Gegenpol zum traditionellen beziehungsweise an der männlichen Norm

ausgerichteten Gesundheitssystem zu verstehen sind. Diese österreichischen Frauengesundheitszentren, die sich aufgrund ihrer Arbeitsschwerpunkte, ihres Grades an Unabhängigkeit, ihrer Personalressourcen, ihrer öffentlichen Mittel und ihrer Strategien durchwegs unterscheiden, schlossen sich 1996 (vgl. Vertreterinnen des Netzwerks österreichischer Frauengesundheitszentrum 2011: 442) auf einer nationalen Ebene (vgl. Wimmer-Puchinger 1996: 265) zu einem „*Netzwerk der österreichischen Frauengesundheitszentren*“ zusammen (vgl. Vertreterinnen des Netzwerks österreichischer Frauengesundheitszentrum 2011: 442). Dieses verfolgte das Ziel, eine kollektive Lobby für Interessen zur Frauengesundheit vertreten zu können (vgl. Wimmer-Puchinger 1996: 266). Das frauenspezifische Verständnis der Gesundheit dieses Netzwerkes hat im Jahr 2007 zur Gründung der „*ARGE Netzwerk der österreichischen Frauengesundheitszentren*“ beigetragen, welche sich aus sämtlichen Frauengesundheitszentren Österreichs zusammensetzt (vgl. Vertreterinnen des Netzwerks österreichischer Frauengesundheitszentrum 2011: 442).

Des Weiteren verfügt Österreich über spezifische Programme, welche einen Beitrag zur Förderung der Frauengesundheit leisten (vgl. Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung 2005f: 58). So wurde im Jahr 1998 das Wiener Frauengesundheitsprogramm initiiert. Im Jahr 2001 hat auch Graz ein Frauengesundheitsprogramm erarbeitet. Auch Kärnten hat 2006 ein Frauengesundheitsprogramm beschlossen (vgl. Scholz 2011a: 41).

Überdies gibt es in Österreich neben diesen Berichten, Programmen (vgl. Scholz 2011a: 41) und Zentren zur Frauengesundheit (vgl. Vertreterinnen des Netzwerks österreichischer Frauengesundheitszentren 2011: 442) unter anderem auch Fachstellen (vgl. Kessler 2011: 447) und Selbsthilfegruppen zur Frauengesundheit (vgl. Ornetzeder 2011: 455), sowie eine Vielzahl an Bemühungen, welche den Ansatz des Gender Mainstreamings im österreichischen Gesundheitswesen implementieren und fördern (vgl. Enayati 2011: 37).

Zusammenfassend lässt sich zur Frauengesundheit als einer Aufgabe der Gesundheitspolitik festhalten, dass es zahlreiche Initiativen gibt, die in den vergangenen Jahren nicht nur in Österreich einen wesentlichen Beitrag zur Etablierung und Sensibilisierung gegenüber der Thematik der Frauengesundheit geleistet haben (vgl. Wimmer-Puchinger / Drott 2008: 91).

3.3 Zusammenfassung

Innerhalb der Gesundheitspolitik erlangt die Thematik der Frauengesundheit zunehmend an Bedeutung (vgl. Rásky 2006: 77). Durch sämtliche Forschungen konnte bereits festgestellt werden, dass das Geschlecht einen wichtigen Faktor in der Gesundheitsberichterstattung darstellt (vgl. Lavanchy 2008: 74) und folglich in sämtlichen Kontexten systematisch berücksichtigt werden muss (vgl. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen 2004: 114).

Bis in die 90er Jahre des 20. Jahrhunderts (vgl. Lavanchy 2008: 74) wurden die spezifischen gesundheitlichen Bedürfnisse der weiblichen Bevölkerung nur unzureichend berücksichtigt (vgl. Bargfrede / Pauli / Hornberg 2004: 520). So wurden die Gesundheitsdaten auch keineswegs gesondert nach dem weiblichen und dem männlichen Geschlecht erhoben (vgl. Lavanchy 2008:

74). Zunehmend wurden jedoch eine kontinuierliche Förderung sowie Erhaltung der Frauengesundheit durch einen strukturellen Ausbau der Frauengesundheitsberichterstattung gefordert (vgl. Rásky 2006: 77), wonach die WHO zur Forcierung der internationalen Zusammenarbeit innerhalb der Mitgliedsstaaten zur Thematik der Frauengesundheit unter anderem folgende Handlungsempfehlungen zur Frauengesundheitsforschung entwickelt hat (vgl. Kodelitsch 2011a: 530ff):

- Ausbau, Förderung und Nutzung von frauengesundheitsspezifischem Angebot (unter anderem Frauengesundheitsberatungsstellen, Frauengesundheitsforschung, Frauengesundheitszentren, frauenspezifische Gesundheitsziele)
- Intersektionale Verankerung der Frauengesundheit
- Forcierung der nationalen sowie regionalen Frauen(Gesundheits-)berichterstattung (vgl. Kodelitsch 2011a: 541ff)

Dadurch haben die Gesundheitsindikatoren auch eine zunehmende Differenzierung nach dem Geschlecht erfahren, welche auch in der Gesundheitsberichterstattung an Relevanz gewinnen konnte (vgl. Lavanchy 2008: 74). Diesbezüglich konnten in den vergangenen Jahren im internationalen Kontext, so auch auf europäischer Ebene, erste Bemühungen „zur Realisierung einer frauengerechten und geschlechtersensiblen Gesundheitsversorgung“ erreicht werden (vgl. Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung 2005 g: 320). Dementsprechend sieht sich das Gesundheitswesen der Gegenwart mit einer geschlechtssensiblen Gesundheitsversorgung, einer differenzierten Versorgungsausrichtung auf die Zielgruppen „Frau“ und „Mann“, konfrontiert (vgl. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen 2004: 114). Dadurch können eine dauerhafte strukturelle Verankerung der geschlechterangemessenen Gesundheitsforschung in den Bereichen der Gesundheitswissenschaften und der Medizin, ebenso wie die Überwindung der eigenständigen Gesundheitserforschung des weiblichen und des männlichen Geschlechts sowie die wissenschaftliche Forschungsvernetzung erzielt werden (vgl. Babitsch / Ducki / Maschewsky-Schneider 2006: 524).

Allerdings fehlt es bis heute an gesundheitspolitischer Anerkennung und Implementierung der Gender Medizin in zahlreichen Bereichen (vgl. Mauerer 2010: 20). Um in Zukunft eine geschlechtersensible Forschung, also eine Berücksichtigung von Frauen und Männern in allen gesundheitsbezogenen Forschungsbereichen, anvisieren zu können, bedarf es laut Kolip und Hurrelmann (2002: 26) einer Verknüpfung von frauen- und männerspezifischen Belangen im Sinne der Gender Medizin (vgl. Bühren 2006: 57), „ohne allerdings die Entwicklungsarbeit innerhalb der Frauen- und Männergesundheitsforschung zu vernachlässigen. In beiden Bereichen muss es selbstverständlich weiterhin darum gehen, Forschungslücken zu identifizieren, diese wo möglich zu schließen und die Theorieentwicklung voran zu treiben“ (Kolip / Hurrelmann 2002: 26f).

Obwohl bereits durch die Vielzahl an Forschungen zur Gender Medizin, eine breite spezifische Wissensbasis in einzelnen wissenschaftlichen Disziplinen existiert, gilt das Wissen in anderen Bereichen der Wissenschaft wiederum als alt und überholt (vgl. Mauerer 2010: 19f). Ebermann et al. (2010: 177) sprechen in diesem Zusammenhang sogar von einer Forschungslücke der Gender Medizin:

„Unter diesem Label, auf dem Gender steht, ist sehr oft Gender nicht drinnen, sondern zwar auch wichtige und gut gemachte, aber streng naturwissenschaftlich biologisch-medizinische Forschung. Das was Gender Medicine aber meint, ist eine Analyse der Ergebnisse hinsichtlich der unterschiedlichen soziologischen Rollenmuster beziehungsweise der Gender-Gerechtigkeit.“ (Ebermann et al. 2010: 177f)

Diesbezüglich differenziert Jahn (2002: 150) zwischen drei zentralen Forschungsperspektiven, die für die Zukunft von Relevanz sind:

- *„Es werden Studien benötigt, die frauenspezifische Fragestellungen untersuchen [...].*
- *Es werden multivariate Studien benötigt, die das Zusammenspiel von biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren untersuchen. [...]*
- *Weiterhin wird die Durchführung von Metaanalysen bereits existierender Studien empfohlen, einerseits um geschlechtersensitive Fragestellungen zu untersuchen, andererseits zur Verbesserung und Verfeinerung von Forschungsmethoden.“ (Jahn 2002: 150f)*

Diese Forderungen decken sich mit den Erkenntnissen des Österreichischen Frauengesundheitsberichtes, wonach es eines *„Ausbau[s] der genderspezifischen Gesundheitsforschung, insbesondere in den Bereichen der Gesundheitsrisiken und Gendermedizin“* bedarf (vgl. Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit 2011: 542).

Nachdem nun die Frauengesundheitsforschung unter Berücksichtigung der Frauengesundheitsberichterstattung und gesundheitspolitischer (inter-)nationaler Erklärungen und Initiativen zur Frauengesundheit aufgezeigt wurde, werden im nachfolgenden Kapitel einzelne Entwicklungstendenzen und Konzepte zur Frauengesundheit am Beispiel Österreichs aufgezeigt.

4 Frauengesundheit, geschlechtsspezifische Prävention und Gesundheitsförderung am Beispiel Österreichs

Nachdem nun die theoretischen, historischen sowie politischen Grundlagen zur Frauengesundheit dargelegt wurden, soll nun eine Bestandsaufnahme der Facetten zur Frauengesundheit am Beispiel Österreichs erfolgen. Hierzu werden die (österreichischen) Entwicklungstendenzen zur Frauengesundheit aus der Gender-Perspektive sowie zur geschlechtsspezifischen Prävention und Gesundheitsförderung aufgezeigt. Österreich wurde als Fallbeispiel ausgewählt, weil die österreichische Frauengesundheitsbewegung nicht aus einer gesellschaftspolitischen Initiative der Bevölkerung, sondern durch Politikerinnen und Professionen des Gesundheitswesens entstanden ist. Insofern soll beleuchtet werden, welche Daten zur Frauengesundheit bereits vorliegen, und ob beziehungsweise wie diese in Angeboten zur Prävention und zur Gesundheitsförderung aufgenommen werden.

4.1 Entwicklungstendenzen zur Frauengesundheit aus der Gender-Perspektive

Nachfolgend soll ein Überblick über die Entwicklungstendenzen zur Frauengesundheit aus der Gender-Perspektive am Beispiel Österreichs gegeben werden, indem theoretische Grundlagenliteratur mit empirischem Material, wie Frauen- beziehungsweise Gesundheitsberichten, und Veröffentlichungen von (inter-)nationalen Institutionen verknüpft werden. Zunächst werden soziodemographische Trends der österreichischen Bevölkerung aufgezeigt, die für die anschließenden Ausführungen zu den epidemiologischen Gesundheitsdaten von Frauen relevant sind. Im Anschluss daran wird das geschlechtsspezifische Gesundheitsverhalten aufgezeigt, um schließlich die Frauengesundheit unter Berücksichtigung der Lebensphase und der Lebenssituation beleuchten zu können.

4.1.1 Gesundheitsrelevante soziodemographische Trends

In diesem Abschnitt werden einige zentrale soziodemographische Trends der österreichischen Bevölkerung aufgezeigt, welche für die Darstellung der geschlechtsspezifischen Krankheit und Gesundheit von Relevanz sind.

In Österreich haben am 1. Jänner 2012 8,4 Millionen Personen gelebt. Mit 4,3 Millionen Österreicherinnen und 4,1 Millionen Österreichern zeigt sich in Österreich ein leichter Frauenüberschuss (vgl. Statistik Austria 2012b: 19ff). Das österreichische Bundesland mit dem höchsten Frauenanteil ist Wien, jenes mit dem niedrigsten ist das Burgenland (vgl. Statistik Austria 2012c: 1). Allerdings hat sich in den vergangenen 40 Jahren der Überschuss an Frauen an der österreichischen Bevölkerung deutlich verringert, wonach die Anzahl an Männern in Österreich etwas stärker angestiegen ist als die der Frauen (vgl. Statistik Austria 2012b: 22).

Grundsätzlich zeichnet sich für die österreichische Bevölkerung seit 2001 ein Wachstum der Bevölkerungsstruktur ab, welches zunächst auf einen zunehmenden Anteil an MigrantInnen zurückzuführen ist. So lebten in Österreich im Jahr 2011 970.541 nicht-österreichische sowie etwa 7,4 Millionen österreichische Staatsangehörige (vgl. Statistik Austria 2012b: 19).

Auch die zunehmende Alterung der österreichischen Bevölkerungsstruktur (vgl. Scholz 2011b: 76) ist für das österreichische Bevölkerungswachstum verantwortlich (vgl. Statistik Austria 2012b: 19). So haben in Österreich im Jahr 2011 in etwa 6,9 Millionen unter 65-jährige ÖsterreicherInnen sowie 1,5 Millionen Personen, die ein Alter von mindestens 65 Jahren erreicht haben, gelebt (vgl. Statistik Austria 2012). Für die Erfassung der zunehmenden Alterung der österreichischen Bevölkerung ist vor allem die Lebenserwartung relevant, welche unter Berücksichtigung der unveränderten altersspezifischen Mortalität der Gegenwart die durchschnittlichen voraussichtlichen Lebensjahre eines Neugeborenen umfasst, welche aus Sterbetafeln berechnet werden (vgl. Faller 2010: 177). An dieser Stelle soll hierzu nur angegeben werden, dass im Jahr 2011 bei der Geburt bereits eine durchschnittliche Lebenserwartung von 78,1 Lebensjahren bei Männern und von 83,4 Lebensjahren bei Frauen zu erwarten war (vgl. Statistik Austria 2013), was eine Feminisierung der österreichischen Bevölkerungsstruktur im Alter impliziert (vgl. Strametz-Juranek: 2010: 98). Nähere Ausführungen zur Lebenserwartung der österreichischen Bevölkerung finden sich im nachfolgenden Unterkapitel „4.1.2 Gesundheitsrelevante epidemiologische Trends“.

Mit der steigenden Lebenserwartung der österreichischen Bevölkerung (vgl. Scholz 2011b: 76) geht eine abnehmende Geburtenanzahl einher, welche gemeinsam auch das demographische Altern der Gesellschaft kennzeichnen (vgl. Faller 2010: 177). Grundsätzlich ist die Rate an Geburten sehr schnell und sehr stark gesunken (vgl. Walla / Eggen / Lipinski 2006: 32), weshalb 2011 auch in Österreich mit einer Anzahl an 78.109 Geburten ein leichter Rückgang gegenüber dem Vorjahr verzeichnet werden musste, und sich folglich auch die Gesamtfertilitätsrate auf 1,43 Kinder pro Österreicherin verringert hat (vgl. Statistik Austria 2012b: 24ff).

Mit einer abnehmenden Geburten- beziehungsweise Gesamtfertilitätsrate in Österreich (vgl. Statistik Austria 2012b: 24ff) zeigen sich auch zentrale Veränderungen in den österreichischen Beziehungen (vgl. Baierl / Neuwirth 2011: 14). Während seit den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts die Anzahl an verheirateten Paaren mit Kind(ern) kontinuierlich abnimmt, ist der Anteil an Lebensgemeinschaften mit/ohne Kind(er/n) und an AlleinerzieherInnen-Familien stetig im Steigen. Damit geht einher, dass sich in Österreich eine abnehmende Anzahl an Eheschließungen abzeichnet (vgl. Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung 2005h: 71f). So haben 2011 in Österreich 36.426 Trauungen statt gefunden, wonach auch hier ein leichter Rückgang von drei Prozent verzeichnet werden musste. Gleichzeitig ist jedoch auch die Anzahl an Scheidungen für das Jahr 2011 rückläufig. So wurden 17.295 Scheidungen vollzogen, was einen Rückgang von 147 Scheidungen gegenüber dem Vorjahr ausmacht (vgl. Statistik Austria 2012b: 27ff).

Die soziodemographischen Entwicklungstendenzen der österreichischen Bevölkerung lassen sich nun also durch einen leichten (Rückgang im) Frauenüberschuss, ein Wachstum der österreichischen Bevölkerungsstruktur bedingt durch einen zunehmenden Anteil an MigrantIn-

nen (vgl. Statistik Austria 2012b: 19ff), eine durch die steigende Lebenserwartung hervorgerufene Alterung der österreichischen Bevölkerung (vgl. Scholz 2011b: 76) und eine abnehmende Geburten- beziehungsweise Gesamtfertilitätsrate kennzeichnen (vgl. Statistik Austria 2012b: 24ff), die auch zentrale Veränderungen in den österreichischen Beziehungen hervorrufen (vgl. Baierl / Neuwirth 2011: 14).

4.1.2 Gesundheitsrelevante epidemiologische Trends

In diesem Abschnitt werden Trends der Epidemiologie, die für die Gesundheit von Frauen und Männern relevant sind, aufgezeigt. Hervorzuheben sind hier insbesondere die Lebenserwartung, die Mortalität sowie Krankheiten und die Arzneimitteltherapie.

Ein zentraler weltweiter Unterschied in der Gesundheit und in der Krankheit von Frauen und Männern (vgl. Kolip 1997: 21), auf welchen auch epidemiologische Studien hinweisen, liegt in der höheren Lebenserwartung von Frauen gegenüber Männern (vgl. Kolip 2003: 642f). Grundsätzlich ist die Lebenserwartung von Frauen und Männern (vgl. Scholz 2011b: 76) seit den 80er Jahren des 19. Jahrhunderts (vgl. Annandale 2010: 30) im Durchschnitt stark angestiegen (vgl. Scholz 2011b: 76). Zurückzuführen ist dies auf medizinische Behandlungsfortschritte (vgl. Bargfrede / Pauli / Hornberg 2004: 521), wie die gesundheitliche Vorsorge (vgl. Jesse 2002: 298), die beispielsweise eine niedrige Sterblichkeitsrate von Säuglingen, Kindern und Müttern begünstigen (vgl. Scholz 2011b: 76). Obwohl nach wie vor ein Anstieg der Lebenserwartung von Frauen und Männern zu erwarten ist (vgl. Kolip 2003: 643), ist die Überlegenheit der Lebenserwartung von Frauen gegenüber jener der Männer (vgl. Scholz 2011b: 76) vor allem seit Beginn der 70er Jahre des 20. Jahrhunderts allerdings unverkennbar gesunken (vgl. Annandale 2010: 30). So ist die männliche Lebenserwartung – wie das nachfolgende Unterkapitel auch aufzeigen wird – aufgrund einer tendenziellen Geschlechtsangleichung des gesundheitsrelevanten Verhaltens inzwischen stärker im Steigen als jene von Frauen (vgl. Kolip / Hurrelmann 2002: 18). Dennoch verzeichnet die internationale Gesundheitsforschung immer noch eine Lebenserwartung von Frauen, welche jene der Männer um etwa sechs Jahre übersteigt (vgl. Kolip 2003: 642). Die Ursache dafür liegt im Zusammenwirken von genetischen (z.B. Disposition), psychischen und sozialen Faktoren (z.B. Unterstützungsnetzwerk) (vgl. Jesse 2002: 298).

Dieser Überlebensvorteil von Frauen gegenüber Männern (vgl. Bargfrede / Pauli / Hornberg 2004: 521) impliziert allerdings ein Geschlechterparadox (vgl. Kolip 2003: 642). Seit Beginn der 70er Jahre des 20. Jahrhunderts wird neben der Lebenserwartung bei der Geburt auch die sogenannte gesunde Lebenserwartung als qualitative Lebenserwartungsdimension in der Gesundheitsberichterstattung im internationalen Kontext herangezogen. Diese gibt ausschließlich jene Lebensjahre eines bestimmten Alters bei einer Person an, die diese bei (relativ) guter Gesundheit verlebt. Dadurch ist es möglich, eine Qualitätsbewertung der Lebensjahre abzugeben (vgl. Scholz 2011b: 77), die dazu führt, dass bei Frauen die verbrachten Lebensjahre in guter Gesundheit (vgl. Kolip 2003: 642) trotz des Überlebensvorteils (vgl. Bargfrede / Pauli / Hornberg 2004: 521) geringer sind als bei Männern. Folglich müssen Frauen ihre längere Lebenszeit tendenziell häufiger und länger mit gesundheitlichen Behinderungen sowie Einschränkungen bewältigen,

weswegen ihre Restlebenszeit ab einem Alter von 65 Jahren auch tendenziell häufiger von Pflegebedürftigkeit gekennzeichnet ist als bei Männern (vgl. Kolip 2003: 643f). Dennoch können sowohl Frauen als auch Männer trotz ihrer hohen Lebenserwartung, mit Hilfe medizinischer Leistungen weitgehend in Gesundheit altern und gleichzeitig auch länger aktiv am alltäglichen Leben partizipieren (vgl. Dieplinger / Labek 2007: 24).

Legt man diese allgemeinen Ausführungen zur Lebenserwartung von Frauen und Männern nun auf Österreich um, so lag die durchschnittliche Lebenserwartung von neugeborenen Männern im frühen 20. Jahrhundert bei 40,6 Lebensjahren, und jene von neugeborenen Frauen bei einem Alter von 43,4 Jahren (vgl. Scholz 2011b: 76). Im Jahr 1990 lag die durchschnittliche Lebenserwartung von neugeborenen Männern bereits bei 72,2 Jahren und jene von neugeborenen Frauen bei 78,9 Jahren. Im Laufe der Jahre zeichnete sich bei der österreichischen Bevölkerung ein weiterer Anstieg der durchschnittlichen Lebenserwartung bei der Geburt ab, weshalb im Jahr 2011 bei der Geburt bereits eine durchschnittliche Lebenserwartung von 78,1 Lebensjahren bei Männern und von 83,4 Lebensjahren bei Frauen zu erwarten war (vgl. Statistik Austria 2013). Im „*Ost-West-Vergleich*“, der den Einfluss gesellschaftlicher beziehungsweise sozioökonomischer Faktoren (z.B. Lebensstandard, medizinische Versorgung) auf die zu erwartenden Lebensjahre von Männern und Frauen verdeutlicht (vgl. Merbach / Brähler 2010: 347), zeigt sich, dass die Lebenserwartung von österreichischen Staatsbürgerinnen von etwa 84 Lebensjahren annähernd jener von Frauen aus den Ländern Finnland, Frankreich, Italien und Spanien gleicht. Hingegen weisen Länder Osteuropas, wie Bulgarien sowie Rumänien, im Durchschnitt eine weibliche Lebenserwartung von lediglich 77 Lebensjahren auf. Auch im Bundesländervergleich Österreichs zeichnet sich (vgl. Scholz 2011b: 76f) ebenso wie in Deutschland (vgl. Kolip 2003: 643) bei der Lebenserwartung von Frauen und Männern ein „*West-Ost-Gefälle*“ ab. Während die durchschnittliche Lebenserwartung von Frauen und Männern in den Bundesländern Kärnten, Salzburg, Tirol und Vorarlberg jenen österreichischen Durchschnitt der Lebenserwartung übersteigt, liegt er in den Bundesländern Burgenland, Niederösterreich und Wien darunter (vgl. Scholz 2011b: 76).

Es bleibt also festzuhalten, dass Frauen trotz eines rückläufigen Vorsprunges in der Lebenserwartung (vgl. Scholz 2011b: 76) grundsätzlich länger leben als Männer (vgl. Kolip 2003: 644). Damit geht einher, dass Frauen in jedem Lebensalter (vgl. Hammelstein 2006: 91) trotz ähnlicher Todesursachen (vgl. Habl 2008: 17) eine geringere Mortalitätsrate aufweisen als Männer (vgl. Hammelstein 2006: 91). So zeichnet sich bereits im Säuglingsalter (vgl. Kolip 2003: 644), insbesondere im ersten Lebensmonat, bei männlichen Säuglingen ein erhöhtes Sterblichkeitsrisiko ab (vgl. Waldron 2002: 159). Allerdings bestehen erst im Alter von 20 bis 24 Jahren die größten geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Mortalität. Zwei weibliche Sterbefälle stehen fünf männlichen Sterbefällen gegenüber (vgl. Hammelstein 2006: 91), weshalb die männliche Sterblichkeitsquote im Erwachsenenalter noch immer höher ist als jene von Frauen (vgl. Kolip / Hurrelmann 2002: 19). So ist es auch nicht verwunderlich, dass insbesondere bei Männern vor Vollendung des 65. Lebensjahres vorzeitige Sterbefälle vorkommen (vgl. Kolip 2003: 644). Diese proportionale Übersterblichkeit von Männern (vgl. Annandale 2010: 31), vor allem vor Vollendung des 65. Lebensjahres (vgl. Kolip 2003: 642), ist dabei weniger auf biologische (vgl. Kolip 2009: 62) beziehungsweise genetische Faktoren (vgl. Annandale 2010: 31) wie die Symptoma-

tik (vgl. Kolip 2009: 62), sondern vielmehr auf das „männliche“ Verhalten (vgl. Annandale 2010: 31), also auf externe Todesursachen zurückzuführen (vgl. Hammelstein 2006: 91). Zu nennen sind hier insbesondere Suizide, Unfälle und Krankheiten, wie Herzinfarkt und Lungenkrebs. Interessant ist jedoch, dass Frauen trotz einer niedrigeren Rate an suizidären Todesfällen (vgl. Kolip 2003: 643ff) vergleichsweise häufiger einen Selbstmordversuch begehen (vgl. Gutierrez-Lobos / Schmid-Siegel 1996: 269). So kommen bei den Frauen zwölf Selbstmordversuche und bei den Männern hingegen nur drei Selbstmordversuche auf einen verrichteten Selbstmord (vgl. Merbach / Brähler 2010: 349). Männer scheinen also früher zu versterben als Frauen, was nun auf schützende biologische Faktoren bei Frauen sowie auf geschlechtsspezifische gesundheitliche Ungleichheiten (z.B. niedrigeres Bildungsniveau von Frauen in höherem Alter, höherer Anteil an Witwen) zurückzuführen ist. Dennoch gleicht sich im höheren Alter die Reihenfolge der primären Todesursachen von Frauen und Männern tendenziell an (vgl. Kolip / Hurrelmann 2002: 19).

Legt man nun diese allgemeinen Ausführungen zur Mortalität auf Österreich um, so wurden 2011 76.479 Sterbefälle verzeichnet. Insgesamt konnten in den letzten Jahren stetig rücklaufende Absolutzahlen an Sterbefällen registriert werden, die allerdings seit dem Jahr 2001 stagnieren beziehungsweise einen leichten Anstieg erfahren haben (vgl. Statistik Austria 2012a: 38). So entfielen 2011 durchschnittlich 52 Prozent der Todesfälle auf Frauen sowie 48 Prozent der Todesfälle auf Männer. Überdies waren auch in Österreich über 80 Prozent der Verstorbenen mindestens 65 Jahre alt. Für die Todesursachen der österreichischen Bevölkerung sind für das Jahr 2011 zunächst Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems, wie Herzinfarkte oder Schlaganfälle, zu nennen, die 42,3 Prozent der Gesamttodesfälle begründen. Allerdings konnte im Zeitverlauf vom Jahr 2001 bis zum Jahr 2011 ein Sterblichkeitsrückgang an Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems um 35,5 Prozent unter Berücksichtigung einer Altersstrukturbereinigung registriert werden, der gleichzeitig auch als Erklärung für den Grad sowie die Geschwindigkeit des umfassenden Rückganges der Sterblichkeit in Österreich herangezogen werden kann. Obwohl Männer, unabhängig von ihrem Alter, häufiger von Herz-Kreislaufkrankungen betroffen sind als Frauen, stirbt die weibliche Bevölkerung Österreichs häufiger an diesen als die männliche Bevölkerung Österreichs (vgl. Statistik Austria 2012a: 38ff), insbesondere in den ersten vier Wochen nach erlittenem Herzinfarkt. Obgleich die Gründe für dieses Phänomen noch nicht vollständig geklärt sind, werden neben biologischen Faktoren (z.B. unterschiedliche Symptome zwischen Mann und Frau) auch Unterschiede in der subjektiven Symptomwahrnehmung und -bewertung (z.B. bei MedizinerInnen und PatientInnen) als mögliche Ursachen herangezogen (vgl. Kolip 2003: 649). Diesbezüglich werden zur Diagnosestellung eines Herzinfarktes nach wie vor „typische“ Symptome herangezogen, die beim männlichen Geschlecht auftreten (vgl. Hammerl 2009: 22). Sonach erhalten Frauen nach einem Herzinfarkt häufiger Fehldiagnosen, die Behandlungsverzögerungen bewirken (vgl. Bargfrede / Pauli / Hornberg 2004: 525). Allerdings trauen MedizinerInnen den Frauen oftmals einen Herzinfarkt einfach nicht zu, weil – so bestehen Annahmen – sie es in Anlehnung an ihr soziales Geschlecht im Haushalt doch viel gemütlicher haben, als die in der Berufswelt tätigen geplagten und gestressten Männer (vgl. Hammerl 2009: 22). Die zweithäufigste Ursache der Todesfälle in Österreich sind Krebserkrankungen, die etwa ein Viertel der Gesamttodesfälle begründen. Auch hier konnte im Zeitverlauf vom Jahr 2001 bis zum Jahr 2011 ein Sterblichkeitsrückgang um etwa zehn Prozent registriert werden, obwohl die Absolutzahl an Krebserkrankun-

gen für Österreich angestiegen ist. Grundsätzlich versterben in Österreich entsprechend der Erkrankungshäufigkeiten mehr Männer an bösartigen Krebsneubildungen als Frauen. Die restlichen Todesfälle liegen für die österreichische Bevölkerung in Verletzungen, Unfällen sowie in Erkrankungen der Atmungs- beziehungsweise Verdauungsorgane, welche allesamt bei Männern häufiger auftreten als bei Frauen (vgl. Statistik Austria 2012a: 40f).

In Anlehnung an die proportionale Übersterblichkeit von Männern (vgl. Annandale 2010: 31), ist in Gesundheitsstudien häufig eine verallgemeinerte Aussage über neugeborene Jungen als „*das biologisch schwächere Geschlecht*“ zu finden. Diese ist jedoch unzulässig, weil auch bei weiblichen Säuglingen ein vermehrtes Auftreten gewisser Krankheiten sowie Störungen verzeichnet werden kann. Erst im Kindesalter (1. bis 12. Lebensjahr) scheinen Jungen das empfindlichere Geschlecht zu sein, weil sie wegen ihrer gesundheitlichen Probleme (z.B. Verhaltensstörungen) mehr Arzt-/Ärztinbesuche aufweisen als gleichaltrige Mädchen (vgl. Kolip / Hurrelmann 2002: 18). Mädchen weisen bis zum Alter von zehn Jahren auch eine bessere Gesundheit auf und können diese auch besser bewältigen (vgl. Jesse 2002: 298). Erst die Lebensphase der Pubertät (vgl. Kolip / Hurrelmann 2002: 18f), welche im gesamten Leben die gesündeste Altersgruppe umfasst (vgl. Kolip 1997: 22), führt zu einer veränderten Ausgangslage. Von nun an klagen Mädchen über einen schlechteren subjektiven Gesundheitszustand sowie über eine vermehrte Krankheitsanhäufung (z.B. internalisierende Gesundheitsprobleme). Folglich müssen sie zunehmend Hilfestellungen der Gesundheitsprofessionen in Anspruch nehmen. Im Erwachsenenalter werden die jugendlichen Tendenzen in der Gesundheit fortgesetzt. Während erwachsene Frauen häufiger an chronischen, psychischen und psychosomatischen Krankheiten leiden, sind gleichaltrige Männer häufiger von lebensbedrohlichen Krankheiten betroffen (vgl. Kolip / Hurrelmann 2002: 18f).

Wie diese Ausführungen bereits andeuten, kann auch in Österreich die Frage nach dem vermeintlich gesünderen Geschlecht nicht so einfach beantwortet werden, da Frauen und Männer neben einem gemeinsamen Krankheitsspektrum (z.B. Herz-Kreislauferkrankungen, Krebs) (vgl. Baldaszi 2010: 265f) auch unterschiedliche Krankheiten aufweisen (vgl. Jesse 2002: 301). Österreichische Frauen erkranken häufiger an Osteoporose und österreichische Männer vergleichsweise häufiger an Asthma (vgl. Baldaszi 2010: 269). Diese geschlechtsspezifischen Unterschiede im Krankheitsspektrum liegen zum einen im Einfluss biologischer Faktoren, die für zahlreiche Krankheiten diskutiert werden, begründet. So sind beispielsweise Infektionskrankheiten, die insbesondere beim männlichen Geschlecht gehäuft auftreten, auf genetische Faktoren zurückzuführen (vgl. Kolip 1997: 32). In diesem Zusammenhang ist auch interessant, dass „*die weibliche Brust*“ noch immer „*als zentrales ‚Risikoorgan‘*“ für Erkrankungen von Frauen herangezogen wird, obwohl Erkrankungen des Herzkreislaufsystems sowohl die weiblichen Morbiditäts- als auch die weiblichen Mortalitätsstatistiken anführen (vgl. Voß / Lohff 2008: 537). Diese Auffassung ist möglicherweise darauf zurückzuführen, dass der Brustkrebs die häufigste Krebsform bei Frauen ist (vgl. Habl 2008: 17), dessen Ursachen allerdings lediglich bei etwa zehn Prozent ausschließlich in der Genetik begründet liegen (vgl. Kolip 2003: 650).

Neben den biologischen Faktoren (vgl. Kolip 1997: 32) führen auch die unterschiedlichen Sozialisationsbedingungen zwischen dem weiblichen und dem männlichen Geschlecht zu unter-

schiedlichen Gesundheitskonzepten, weshalb das Auftreten von gewissen Krankheiten vom Geschlecht abhängig ist (vgl. Jesse 2002: 301). Diesbezüglich ist dem weiblichen Geschlecht (vgl. Kolip 2003: 643) aufgrund dessen sozialer Rollenzuschreibung (vgl. Annandale 2010: 33) als „*empfindsame weibliche Seele*“ (Jesse 2002: 308) eine höhere Prävalenz an Krankheiten wie Depressionen, Kopfschmerzen, Kreislaufstörungen, Migräne, Rückenschmerzen, Schlafstörungen, unspezifischen Angststörungen (vgl. Schmid-Siegel / Gutierrez-Lobos 1996: 247) und Magersucht zuzuschreiben (vgl. Jesse 2002: 301). Darüber hinaus sind Frauen auch häufiger von akuten sowie chronischen Krankheiten betroffen, welche keine Lebensbedrohung darstellen. Männer leiden vergleichsweise häufiger an lebensbedrohlichen (vgl. Kolip 2003: 643) und schweren (vgl. Annandale 2010: 32) Gesundheitsstörungen (vgl. Kolip 2003: 643). Hierzu zählen Alkoholismus, antisoziale Störungen sowie Persönlichkeitsstörungen (vgl. Gutierrez-Lobos / Schmid-Siegel 1996: 269).

Außerdem gibt es Krankheiten, die im „*Wechselverhältnis zwischen biologischem und sozialem Geschlecht*“ begründet liegen. So hat sich beispielsweise das Risiko an Lungenkrebs zu erkranken bei den Frauen in den vergangenen Jahren erhöht, wonach dieser auch einen zunehmenden Anteil der weiblichen Todesfälle ausmacht. Die Ursachen dafür liegen zunächst in biologischen Faktoren, weil das Lungengewebe bei Frauen für die im Tabak enthaltenen Kanzerogene anfälliger ist. Daneben ist auch das soziale Geschlecht für das steigende Erkrankungsrisiko des Lungenkrebses verantwortlich (vgl. Kolip 2009: 60), weil Frauen tendenziell häufiger „leichte“ Zigaretten rauchen (vgl. Lademann / Kolip 2008: 11), die wegen geringerer Mengen an Nikotin und Teer tiefer eingeatmet werden und folglich zu einer stärkeren Schädigung des Lungengewebes führen (vgl. Kolip 2009: 60).

Gleichzeitig können sich auch geschlechtsspezifische Unterschiede in der Beschwerdewahrnehmung und -berichtsbereitschaft zeigen, die methodische Artefakte in den Beschwerden bedingen können (vgl. Kolip 2003: 650). In Anlehnung an ihre Patientinnenrolle (vgl. Hammelstein 2006: 90) scheinen Frauen aufgrund einer kulturellen Akzeptanz eher dazu bereit zu sein, über ihre gesundheitlichen Beschwerden zu berichten als Männer (vgl. Annandale 2010: 32). So belegen auch bereits einige Studien, dass zwischen dem weiblichen und dem männlichen Geschlecht ein Schwellenunterschied in der Beschwerdeberichterstattung besteht. Wird diese Schwelle überschritten, so zeigt sich beim männlichen Geschlecht eine Symptomüberschätzung bei leichten Krankheiten (vgl. Kolip 2003: 650). In diesem Zusammenhang bestehen auch geschlechtsspezifische Unterschiede in der Verbalisierung von Krankheitssymptomen. Sonach beschreibt das weibliche Geschlecht seine gesundheitlichen Beeinträchtigungen eher anhand von psychosomatischen Faktoren (vgl. Kolip 1997: 36ff), weshalb es mangelndes Wohlbefinden ebenso wie gesundheitliche Verletzbarkeit besser artikulieren kann (vgl. Schmid-Siegel / Gutierrez-Lobos 1996: 247). Das männliche Geschlecht beruft sich hingegen eher auf somatische Aspekte. Diese geschlechtsspezifische Verbalisation von gesundheitlichen Beeinträchtigungen bedingt (vgl. Kolip 1997: 36ff), dass Frauen zweimal so häufig eine/n Arzt/Ärztin der klassischen Schulmedizin aufsuchen müssen als Männer, damit ihre gesundheitlichen Beschwerden von der ÄrztlInnenschaft auch wahrgenommen werden (vgl. Zehetner 2012: 138). Dennoch werden beim weiblichen Geschlecht häufiger unspezifische Diagnosestellungen (vgl. Kolip 1997: 36f) einer Befindlichkeits-

störung (z.B. als prämenstruelles Syndrom) (vgl. Jesse 2002: 296) gemacht (vgl. Kolip 1997: 36f), weil die Krankheitssymptome durch die ÄrztInnenschaft häufig nicht eindeutig zugeordnet werden können (vgl. Jesse 2002: 296f) und folglich dieselben Symptome eine unterschiedliche Behandlung bei Mann und Frau hervorrufen (vgl. Kolip 1997: 39). Obwohl sich Frauen vielmehr um die jeweilige Gesundheit kümmern, werden sie also im Gegensatz zu Männern, die ihre Gesundheit weitgehend ignorieren, vom Fachgebiet der Medizin durchaus vernachlässigt. Bis vor einigen Jahren hatten Frauen ausschließlich eine Aussicht auf eine Krankheitslinderung oder -heilung, wenn ihre Symptome einer am Mann definierten Gesundheits- beziehungsweise Krankheitsnorm oder einer am männlichen Körper ausgelegten Therapie entsprachen (vgl. Hammerl 2009: 23), weshalb „*frauentypische Symptome [...] als ‚atypisch‘ bewertet*“ wurden (vgl. Kuhlmann / Kolip 2008: 205). Dennoch sind auch Männer aufgrund des „*gesellschaftlichen Rollenverständnis[es] vom starken Mann*“ Opfer der Medizin (vgl. Hammerl 2009: 23), weil das männliche Selbstbild mit der Krankenrolle kaum vereinbar ist (vgl. Kolip 1997: 36), wie auch das nachfolgende Unterkapitel „4.1.3 Geschlechtsspezifisches Gesundheitsverhalten“ zeigen wird.

Diese Zusammenhänge zwischen dem Auftreten von Krankheitsbildern und dem Geschlecht beziehungsweise der Geschlechtsrolle können jedoch nicht festgeschrieben werden, weil sich in den vergangenen Jahren beispielsweise starke Veränderungen in der Partizipation von Frauen an den gesellschaftlichen Bereichen der Bildung und des Berufs abgezeichnet haben (vgl. Jesse 2002: 302). Festzuhalten bleibt jedoch, dass Frauen von anderen spezifischen Gesundheitsproblemen betroffen sind als Männer (vgl. Kolip 2003: 643) und unabhängig von ihrem Alter durchwegs mehr Symptome beklagen (vgl. Hammelstein 2006: 91), weshalb sie auch im Gegensatz zu den Männern als HauptkonsumentInnen des medizinischen Systems, vor allem von psychosozialen Leistungen, gelten (vgl. Wimmer-Puchinger 1996a: 115).

Ebenso wie das Krankheitsspektrum (vgl. Kolip 2009: 60) ist auch die Arzneimitteltherapie durch ein „*Wechselspiel von sex und gender*“ gekennzeichnet. Denn neben biologischen Faktoren haben auch die sozialen Lebensbedingungen von Frauen und Männern ebenso wie kulturelle Weiblichkeits- beziehungsweise Männlichkeitsmuster einen Einfluss auf den Arzneimittelkonsum und die -verordnung (vgl. Kuhlmann / Kolip 2008: 193).

Obwohl Frauen – wie bereits in Kapitel 2 erläutert wurde – für viele Jahre, vor allem im reproduktiven Alter, von Medikamentenstudien ausgeschlossen wurden, ist bereits bekannt, dass zwischen Frauen und Männern geschlechtsspezifische Unterschiede in den biologischen Wirkmechanismen von Medikamenten bestehen. So beeinflussen das Körpergewicht ebenso wie die Zusammensetzung von Fett, Muskelmasse und Wasser, die Wirkmechanismen von Medikamenten. Beispielsweise dauert der Abbau fettlöslicher Medikamentenbestandteile (vgl. Kuhlmann / Kolip 2008: 195), die beispielsweise in Beruhigungs- und Schlafmitteln enthalten sind (vgl. Kuhlmann / Kolip 2005: 121), im Körper von Frauen länger an. Bei Männern werden Medikamente durch deren Nierenfunktion hingegen schneller abgebaut. Gleichzeitig ist bei Frauen auch der Einfluss von endogenen sowie exogenen Hormonen, wie die Einnahme von Verhütungs- (z.B. Antibabypille) oder von menopausalen Präparaten, auf die Wirkmechanismen von Medikamenten nicht zu unterschätzen. Folglich profitieren Männer nach erlittenem Herzinfarkt von der Stan-

dardmedikation stärker und schneller. Darüber hinaus müssen Frauen aufgrund biologisch hervorgerufener Krankheiten auch häufiger Schilddrüsenmedikamente einnehmen, wohingegen Männer mehr Medikamente zur Blutfettsenkung konsumieren (vgl. Kuhlmann / Kolip 2008: 195ff).

Neben den biologischen Unterschieden haben auch Geschlechterstereotype einen Einfluss auf die Arzneimittelunterschiede zwischen Mann und Frau (vgl. Kuhlmann / Kolip 2008: 195). Weil bei Frauen zweimal so oft psychiatrische Diagnosen gestellt werden wie bei Männern (vgl. Bargfrede / Pauli / Hornberg 2004: 524), weisen diese durch das Ordnungsverhalten von ÄrztInnen (vgl. Kuhlmann / Kolip 2008: 194) einen höheren Konsum an psychotropen Medikamenten (vgl. Kolip 2003: 651), wie Beruhigungs-, Schlaf- und Schmerzmitteln (vgl. Zehetner 2012: 138), auf als Männer (vgl. Kolip 2003: 651). Gleichzeitig erfolgt durch das geschlechterdifferenzierende Ordnungsverhalten der ÄrztInnenschaft auch eine „*Medikalisierung weiblicher Umbruchsphasen*“, wie der Wechseljahre, weil diese innerhalb der Medizin oftmals „*nicht als ‚normale‘, physiologische Veränderungsprozesse wahrgenommen*“ werden. Das heißt, dass der Anteil an Östrogen im reproduktiven Alter als Norm für sämtliche weibliche Lebensphasen herangezogen wird, weshalb der Östrogenrückgang in der Lebensphase der Wechseljahre (vgl. Kuhlmann / Kolip 2008: 198) eine Normierung, eine Pathologisierung und eine Regulierung erfährt (vgl. Kolip / Lademann 2010: 10). Folglich werden die Wechseljahre als eine Krankheit des Hormonmangels bezeichnet, die durch Hormonpräparate behandelt werden muss. Diese Medikalisierung des weiblichen Körpers ist auf die gesellschaftliche Vorstellung über die Weiblichkeit zurückzuführen, welche das Wechselspiel des biologischen und des sozialen Geschlechts illustriert: „*Eine biologisch begründete Verordnung [...] ist eng mit kulturellen Stereotypen verwoben und nicht von gesellschaftlichen Definitionsprozessen ‚gesunder Weiblichkeit‘ und ‚Normalität‘ zu trennen*“ (vgl. Kuhlmann / Kolip 2008: 198).

Dennoch können der höhere Missbrauch und die höhere Abhängigkeit von Medikamenten (vgl. Zehetner 2012: 139) nicht nur auf das Ordnungsverhalten von ÄrztInnen zurückgeführt werden, sondern auch auf das weibliche Verhalten zur Selbstmedikation (vgl. Habl 2008: 16f). So nehmen österreichische Frauen, unabhängig von ihrem Alter, sowohl mehr ärztlich verordnete als auch mehr rezeptfreie Medikamente ein als österreichische Männer (vgl. Statistik Austria 2007: 48). Grundsätzlich neigen allerdings vor allem arbeitslose Frauen ebenso wie Arbeiterinnen zu einer erhöhten Selbstmedikation. Im Altersvergleich weisen beispielsweise Frauen, die über 50 Jahre alt sind, über den höchsten Konsum an rezeptfreien Medikamenten auf (vgl. Habl 2008: 17). Obwohl das Verhalten zur Selbstmedikation noch kaum erforscht ist, ist gleichzeitig auch das geschlechtsspezifische Ordnungsmuster der ÄrztInnenschaft mitzudenken (vgl. Kuhlmann / Kolip 2008: 199f).

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass bereits in sämtlichen Studien Unterschiede in der Gesundheit und in der Krankheit von Frauen und Männern nachgewiesen werden konnten (vgl. Kolip 2003: 642). Demnach zeigen sich bei Frauen andere Morbiditätsverhältnisse (vgl. Bargfrede / Pauli / Hornberg 2004: 521), Symptomatiken, Krankheitsverläufe (vgl. Kolip / Lademann 2010: 7), Mortalitätsverhältnisse (vgl. Bargfrede / Pauli / Hornberg 2004: 521), Diagnosen und medizinische Behandlungen als bei Männern (vgl. Zehetner 2012: 138).

4.1.3 Geschlechtsspezifisches Gesundheitsverhalten

Neben den geschlechtsspezifischen Unterschieden in der Epidemiologie (vgl. Babitsch 2001: 83f) zeigen sich diese auch im Gesundheitsverhalten. Primär äußern sich diese in vier (vgl. Hammelstein 2006: 89) anerzogenen (vgl. Dieplinger / Labek 2007: 35) behavioralen Determinanten, wie dem Konsum von Alkohol, dem Konsum von Tabak, der Ernährung und der körperlichen Bewegung (vgl. Hammelstein 2006: 89). Die Bedeutung dieser gesundheitsmindernden Verhaltensfaktoren nimmt mit steigendem Lebensalter zu (vgl. Dieplinger / Labek 2007: 35), weshalb das weibliche und das männliche Geschlecht bereits im Alter der Adoleszenz über einen Unterschied im Gesundheitsverhalten verfügen (vgl. Jesse 2002: 301). Vergleichsweise sind für die Gesundheit der ersten Lebensjahre noch biologische Faktoren wichtig, die dann aber mit zunehmender Lebensphase abnehmen (vgl. Kolip 2003: 650). Insofern führen diese Verhaltensfaktoren sowohl bei Männern als auch bei Frauen zu unterschiedlichen Krankheiten (vgl. Dieplinger / Labek 2007: 35) und Todesursachen, was sich unter anderem auch in der vorzeitigen Sterblichkeit von Männern zeigt (vgl. Kolip 2003: 651).

Das Gesundheitsverhalten von Männern lässt sich (vgl. Zehetner 2012: 138) trotz der weiblichen Überlegenheit im Konsum und in der Verordnung von Medikamenten (vgl. Schmid-Siegel / Gutierrez-Lobos 1996: 248) durch einen höheren Missbrauch und eine höhere Abhängigkeit von Substanzen (vgl. Zehetner 2012: 138), wie illegalen Drogen, beschreiben, weil beispielsweise der Konsum illegaler Drogen von weiblichen Verhaltensmustern abweicht oder im Widerspruch dazu steht (vgl. Schmid-Siegel / Gutierrez-Lobos 1996: 248). Insofern lässt sich das Gesundheitsverhalten von Männern (vgl. Kolip 2003: 651), also auch von österreichischen Männern, im Vergleich zu (österreichischen) (vgl. Statistik Austria 2007: 40) Frauen durch einen höheren (vgl. Kolip 2003: 651) täglichen Alkoholkonsum (vgl. Merbach / Brähler 2010: 352), vor allem von typisch „männlichen“, also härteren Alkoholsorten (vgl. Kuhlmann / Kolip 2005: 101), charakterisieren (vgl. Kolip 2003: 651). Gleichzeitig weisen Männer unter Alkoholeinfluss auch ein riskanteres Verhalten auf, wonach sie auch beispielsweise häufiger unter Alkoholeinfluss mit dem Auto fahren (vgl. Kuhlmann / Kolip 2005: 100), und folglich eine wesentliche Todesursache von Männern im höheren Alkoholkonsum begründet liegt (vgl. Annandale 2010: 31). Allerdings erfolgt gegenwärtig auch eine Zunahme des Alkoholkonsums bei Frauen (vgl. Stopper / Gertler 2002: 441), insbesondere von typisch „weiblichen“ Alkoholika, wie Likör und Sekt (vgl. Kuhlmann / Kolip 2005: 101). Zu beachten ist jedoch, dass diese eine berauschendere Auswirkung auf sie haben als auf das männliche Geschlecht und sich folglich ein chronischer Alkoholmissbrauch bei Frauen auch früher negativ auswirkt als bei Männern (vgl. Stopper / Gertler 2002: 441). Als ursächlich für den Anstieg des Frauenanteils an alkoholkranken Menschen wurden oftmals gesellschaftspolitische Veränderungen, wie die Emanzipation, herangezogen. Dies kann jedoch als „*ideologische Umkehr von Ursache und Wirkung*“ gedeutet werden, weil nicht die Emanzipation an sich eine Substanzabhängigkeit von Frauen begünstigt, sondern vielmehr die Umstände, die mit der Emanzipation und der Durchsetzung eines autonomen beziehungsweise selbstbestimmten Lebens von Frauen einhergehen (vgl. Schmid-Siegel / Gutierrez-Lobos 1996: 248).

Auch der Tabakkonsum hat im weltweiten Vergleich eine sehr hohe Einflussnahme auf die Gesundheit (vgl. Stopper / Gertler 2002: 442). Insbesondere Männer (vgl. Kolip 2003: 649), so auch

in Österreich (vgl. Statistik Austria 2007: 35), weisen über eine hohe Raucherrate auf, welche auch für deren größeres Erkrankungsrisiko des Herz-Kreislaufsystems herangezogen werden kann (vgl. Kolip 2003: 649). Waldron (1976) ist der Auffassung, dass in etwa 30 Prozent der Todesursachen von Männern auf deren höheren Zigarettenkonsum zurückzuführen sind (vgl. Annandale 2010: 31). Bei Frauen ruft der Tabakkonsum hingegen vor allem Mundhöhlenkrebs hervor (vgl. Stopper / Gertler 2002: 443), wobei Frauen (vgl. Merbach / Brähler 2010: 353), so auch Österreicherinnen (vgl. Statistik Austria 2007: 36), im Durchschnitt geringere Mengen an Zigaretten konsumieren als Männer (vgl. Merbach / Brähler 2010: 353). Dennoch zeigt sich im Zeitverlauf eine Annäherung beim Tabakkonsum des weiblichen und des männlichen Geschlechts, wonach für die Zukunft eine Verringerung der Lebenserwartungsunterschiede zu erwarten ist (vgl. Kolip 2003: 651).

Auch im Bereich der Ernährung zeigen sich Geschlechterunterschiede (vgl. Kuhlmann / Kolip 2005: 102). So haben Frauen ein stärkeres Interesse am Thema Ernährung als Männer (vgl. Stopper / Gertler 2002: 439), weshalb sie durch ihr besseres Ernährungswissen auch ihr Ernährungsverhalten bewusster beeinflussen können (vgl. Kiefer / Rathmanner 2004: 173). Deshalb weisen Männer im Vergleich zu Frauen in jeder Lebensphase (vgl. Dieplinger / Labek 2007: 38) über ein ungesünderes Ernährungsverhalten auf (vgl. Kolip 2003: 651), weswegen auch eine Ursache der niedrigeren Lebenserwartung der männlichen Bevölkerung in der falschen Ernährung begründet liegt (vgl. Stopper / Gertler 2002: 440). Insofern nehmen österreichische Männer (vgl. Statistik Austria 2007: 30) durch einen biologisch bedingten höheren Energiebedarf (vgl. Kuhlmann / Kolip 2005: 102) auch mehr Fleischprodukte zu sich (vgl. Statistik Austria 2007: 30) und verzichten gleichzeitig auch eher auf Obst beziehungsweise Gemüse (vgl. Kuhlmann / Kolip 2005: 102). Zu beachten ist jedoch, dass das vermeintlich bessere Ernährungswissen von Frauen (vgl. Kiefer / Rathmanner 2004: 173) oftmals nicht den ernährungswissenschaftlichen Richtlinien entspricht (vgl. Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung 2005i: 391), weshalb weibliche Idealvorstellungen über deren Körperbild oftmals Gewichtskontrollen sowie -reduktionen begünstigen (vgl. Kiefer / Rathmanner 2004: 173). Schließlich können diese in einem problematischen Essverhalten (vgl. Kolip 2003: 651), wie Fehl-, Unter-, Mangel- beziehungsweise Überernährung (vgl. Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung 2005i: 391), und in Essstörungen münden (vgl. Kolip 2003: 651). Zurückzuführen sind die Essstörungen von Frauen auf deren gesellschaftlich erwartetes Perfektionsstreben zur „*Aufrechterhaltung einer weiblichen Identität*“, die Beeinträchtigungen in der Psyche begünstigen (vgl. Zehetner 2012: 162). Setzwein (2000) deutet diese geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Ernährung durch das Doing-Gender-Konzept (vgl. Kuhlmann / Kolip 2005: 103), indem für das Ernährungsverhalten keineswegs ausschließlich das biologische Geschlecht, also der unterschiedliche Energiebedarf, entscheidend ist (vgl. Schritt 2011: 55). Vielmehr sind das Essverhalten sowie die Nahrungsmittelvorlieben als Ausdruck der Geschlechtszugehörigkeit zu deuten, da diese einer geschlechtlichen Codierung unterliegen. Als typisch „männliche“ Nahrungsmittel gelten beispielsweise rotes Fleisch sowie Alkohol, während Fisch, Obst und Süßigkeiten typisch „weibliche“ Nahrungsmittel darstellen. Für Setzwein (2000) weist die geringe Anzahl an männlichen Vegetariern auch darauf hin, dass die fleischlose Kost von Männern mit einer Angst zur Verweiblichung einhergehen kann. Folglich legen viele Männer den Verzicht auf typisch „weibliche“ Lebensmittel als Verteidigung ihrer Identität aus (vgl. Kuhlmann / Kolip 2005: 103).

Wie also bereits aufgezeigt werden konnte, achten Frauen mehr auf ihre Gesundheit als Männer (vgl. Lehner 2004: 50), wonach Männer im gesundheitsrelevanten Verhalten grundsätzlich schlechter abschneiden als Frauen (vgl. Kolip 2003: 651). Allerdings sind österreichische Frauen (vgl. Statistik Austria 2007: 30), die sportliche Aktivitäten aus Aspekten der Gesundheit betreiben (vgl. Kuhlmann / Kolip 2005: 104), im Vergleich zu österreichischen Männern (vgl. Statistik Austria 2007: 30), die durch den Sport Aspekte der Leistung verfolgen (vgl. Kuhlmann / Kolip 2005: 104), inaktiver (vgl. Statistik Austria 2007: 30). Das heißt, dass Männer ihre Gesundheit in diesem Verhaltensbereich durchaus mehr fördern (vgl. Kuhlmann / Kolip 2005: 104). Als ursächlich für diese Unterschiede in den geschlechtsspezifischen Beweggründen und Präferenzen zum Sport können zunächst biologische Aspekte, wie Gehirnbereiche oder Hormone, angeführt werden, weshalb das Geschlechtshormon Testosteron bei Männern zu deren aggressivem Verhalten in der Auseinandersetzung mit SpielgegnerInnen beiträgt. Gleichzeitig bedingt aber auch das soziale Geschlecht, also die Geschlechterrollen und -stereotype, geschlechtsspezifische Unterschiede in den sportlichen Beweggründen und Präferenzen. So lernen Kinder, dass Abenteuer- oder Risikosport ein typisch männliches Gesundheitsverhalten sind. Zur Unterstreichung des Mannseins werden Sportarten, die mit Abenteuer, Risiko und Wagnis einhergehen, in späteren Jahren auch eher von Männern praktiziert. Auch die Normen des männlichen Körpers, die sich in Athletik, Durchsetzungsfähigkeit, Größe und Muskulosität verdeutlichen lassen, spiegeln sich in sportlichen Anforderungen der Härte, Kraft und Schnelligkeit wider. Überdies bedingt die Rollenerwartung bei Männern ein leistungs- und wettbewerbsorientiertes Verhalten im Sport. Hingegen bedingen die Körpernormen der Schön- und Schlankheit bei Frauen auch anmutige, ästhetische und graziöse Anforderungen an den Sport, weshalb sich das weibliche Sportverhalten auch als aufgabenorientiert beschreiben lässt (vgl. Pfeffer / Alfermann 2006: 64ff). Gleichzeitig können die Bewegungsunterschiede damit begründet werden, dass Frauen durch die Familien- und Hausarbeit weniger Freizeit haben (vgl. Kuhlmann / Kolip 2005: 104f). Aufgrund dieser Befunde ist es auch kaum verwunderlich, dass Männer Leistungs- beziehungsweise Wettkampfsport und Frauen Individualsportarten zur Figurformung beziehungsweise zum Körpererleben bevorzugen (vgl. Pfeffer / Alfermann 2006: 67).

Neben dem Alkohol- und Tabakkonsum, der Ernährung und der Bewegung, gibt es weitere Verhaltenskomponenten, wie der Schutz vor UV-Strahlung, das Verhalten im Straßenverkehr (vgl. Kolip 2003: 651) oder am Arbeitsplatz (vgl. Annandale 2010: 31) und die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen (siehe „4.2 Geschlechtsspezifische Prävention und Gesundheitsförderung“) (vgl. Kolip 2003: 651), welche auf die Gesundheit von Frauen und Männern einen Einfluss nehmen (vgl. Kuhlmann / Kolip 2005: 105).

Abschließend ist in diesem Abschnitt noch darauf hinzuweisen, dass diese doch sehr beeindruckenden geschlechtsspezifischen Unterschiede im Gesundheitsverhalten in zwei Ursachen begründet liegen. Einerseits ermöglicht die geschlechtsspezifische Sozialisation einen unterschiedlichen Körperzugang von Frauen und Männern. Andererseits wirkt *„auch der aktive Anteil [...], den Mädchen und Jungen, Männer und Frauen in diesem Sozialisationsprozeß übernehmen“*. So kann ein gesundheitsriskantes Verhalten (Männer: exzessiver Alkoholkonsum, Frauen: Diätverhalten) als identitätsstiftende Konstruktion von Männlichkeit und Weiblichkeit im Sinne des

Doing Gender Konzepts gedeutet werden (vgl. Kolip 2003: 651). Insofern zielt die weibliche Körpersozialisation auf Empfindsamkeit, (Selbst-)Fürsorge und Verwundbarkeit ab, die bei Frauen einen empathischen und fürsorglichen Körpereinsatz bedingen. Hingegen verweist die männliche Körpersozialisation auf einen instrumentellen und riskanten Umgang mit dem individuellen Körper, welcher durch Härte und schmerzliche Unempfindsamkeit gekennzeichnet ist (vgl. Kuhlmann / Kolip 2005: 105). Insofern lösen die genannten Risikofaktoren des gesundheitsrelevanten Verhaltens insbesondere bei Männern Erkrankungen (vgl. Merbach / Brähler 2010: 350) und Todesfälle aus (vgl. Kolip / Koppelin 2002: 492).

4.1.4 Gesundheit nach Lebensphase

In den vergangenen Jahren wurde häufig die Frage gestellt, „*ob Frauen das kränkere Geschlecht sind*“. Diese Frage lässt sich, wie auch bereits aufgezeigt werden konnte, nicht pauschal beantworten (vgl. Walter / Hager 2004: 267), weil neben dem Geschlecht unter anderem auch die Lebensphase die Gesundheit und die Krankheit bestimmt (vgl. Hurrelmann 2010: 50).

Aus diesem Anlass soll nachfolgend die Frauengesundheit im Säuglingsalter, im Kleinkind- beziehungsweise Kindesalter, während der Pubertät, im reproduktiven Alter, während der Wechseljahre und im höheren Alter aufgezeigt werden.

Bereits im Säuglingsalter erkranken und versterben grundsätzlich seltener weibliche Neugeborene (vgl. Hurrelmann 2010: 50), weshalb auch in Österreich 2011 mehr männliche als weibliche Säuglinge verstorben sind (vgl. Statistik Austria 2012a: 41). Begründet liegen diese geschlechtsspezifischen Unterschiede zunächst in biologischen Faktoren wie Genen und Hormonen. So sind weibliche Säuglinge durch die anlagenbedingte Ausstattung mit zwei X-Chromosomen für das Auftreten von Krankheiten, wie Infektionskrankheiten, weniger anfällig (vgl. Hurrelmann 2010: 50f). Dadurch sind insbesondere Frühgeburten von männlichen Säuglingen auf eine geringe Abwehrfähigkeit männlicher Föten gegenüber Infektionskrankheiten der Fortpflanzungsorgane der Mutter zurückzuführen (vgl. Waldron 2002: 163). Gleichzeitig sind aber auch personale, kulturelle und soziale Aspekte für die Morbidität und die Mortalität von Säuglingen verantwortlich (vgl. Hurrelmann 2010: 50). So versterben neugeborene Mädchen vergleichsweise häufiger infolge geschlechtlicher Diskriminierungsursachen, wie mangelnder Ernährung oder Gesundheitsversorgung (vgl. Waldron 2002: 159). Als weitere Todesursachen für das Säuglingsalter der österreichischen Bevölkerung können angeborene Fehlbildungen, Infektionskrankheiten sowie Erkrankungen der Atmungsorgane, des Nervensystems (vgl. Statistik Austria 2012a: 41) und des Herz-Kreislaufsystems (vgl. Waldron 2002: 164) angeführt werden, die jedoch in Österreich bei weiblichen Neugeborenen seltener auftreten als bei männlichen Neugeborenen (vgl. Statistik Austria 2012a: 41).

Wie auch im Säuglingsalter sind Mädchen im Kleinkind- und Kindesalter immer noch von einem niedrigeren Erkrankungs- und Sterberisiko betroffen als gleichaltrige Jungen. Folglich gelten Mädchen in diesem Alter als das stärkere Geschlecht, sowohl in physischer als auch in psychischer Hinsicht, weshalb sie auch für chronische Krankheiten und Verhaltensauffälligkeiten weniger an-

fällig sind. Gleichzeitig erleiden sie im Vergleich zu Jungen auch seltener Unfälle, Verbrennungen, Verbrühungen sowie Vergiftungen, was einerseits durch das biologische Geschlecht, den Hormonspiegel an Testosteron bei Jungen, aber auch durch das soziale Geschlecht, die höhere elterliche Erziehungskontrolle bei Mädchen, begründet werden kann. Jedoch sind Mädchen im Kindesalter häufiger von Fehl- oder Unterernährung betroffen, die bei ihnen im Jugendalter in Magersucht oder Ess-Brechsucht münden können. Hingegen leiden Jungen häufiger an Übergewicht, das bei ihnen tendenziell häufiger Adipositas hervorruft (vgl. Hurrelmann 2010: 50ff). Überdies weisen Mädchen und Jungen bis zum vierten Lebensjahr sehr variable Mortalitätsunterschiede auf (vgl. Waldron 2002: 159). So sind in Österreich im Kindesalter von bis zu neun Jahren mehr Jungen als Mädchen verstorben. Die Todesursachen, wie Krebs und Unfälle, verteilen sich bei beiden Geschlechtern in etwa gleich. Hingegen verstarben 2011 mehr Jungen als Mädchen an angeborenen Fehlbildungen, Infektionskrankheiten sowie an Nervensystem- und Sinnesorganerkrankungen (vgl. Statistik Austria 2012a: 41).

In der Lebensphase der Pubertät sind Mädchen in ihrer physischen und psychischen Gesundheit erstmals stärker beeinträchtigt als gleichaltrige Jungen (vgl. Hurrelmann 2010: 56), weil sich mit dem Beginn der Pubertät bei den Mädchen erstmalig Sensibilisierungstendenzen gegenüber dem eigenen Körper zeigen (vgl. Jesse 2002: 304f). Häufig wird die Sexualität in diesem Alter zu einem Gefährdungsaspekt, welcher diffuse Rollenerwartungen (vgl. Helfferich 1994: 41), Lebensunsicherheiten und Zukunftsängste hervorruft (vgl. Jesse 2002: 304f). Auch weisen Frauen in dieser Lebensphase einen hohen Belastungsgrad auf, der insbesondere aus familiären Konflikten, problembehafteten Paarbeziehungen und unsicheren Arbeitsplätzen resultiert (vgl. Wimmer-Puchinger 1996a: 118), und schließlich in einem schlechteren subjektiv wahrgenommenen Gesundheitszustand (vgl. Zehetner 2012: 142) und in psychosozialen Symptomen mündet (vgl. Helfferich 1994: 41). Folglich nehmen junge Frauen aufgrund ihrer Behandlungsbedürftigkeit auch häufiger ärztliche Leistungen in Anspruch (vgl. Zehetner 2012: 142), die jedoch häufig in einer Beschwerdebeurteilung anhand von Geschlechterstereotypen durch die ÄrztlInnschaft mündet. Sichrovsky (1984) hat in einer Studie aufgezeigt, dass morgendliche Schwindelgefühle junger Mädchen als Hypotonie diagnostiziert werden, die den Übergang zum Frauwerden verdeutlichen und durch Medikamente behandelt werden (vgl. Kuhlmann / Kolip 2005: 123f). Wie bereits zuvor im Säuglings- und Kindesalter ist auch im Alter von zehn bis 19 Jahren die Anzahl an Todesfällen bei beiden Geschlechtern verhältnismäßig gering. Allerdings versterben in dieser Lebensphase deutlich mehr junge Männer als gleichaltrige Frauen (vgl. Statistik Austria 2012a: 41). Als primäre Todesursachen können unnatürliche Faktoren (vgl. Kolip 1997: 23) wie Unfälle angeführt werden, an denen ebenfalls mehr junge Männer als Frauen dieser Lebensphase verstorben sind (vgl. Statistik Austria 2012a: 41). Erstmals zeigt sich ab einem Lebensalter von etwa 25 Jahren (vgl. Kolip 2003: 646) auch der Selbstmord als zentrale Todesursache, welcher wiederum mehr junge Männer als Frauen betrifft (vgl. Statistik Austria 2012a: 41). Obwohl in Anlehnung an das gesundheitsrelevante Verhalten das Konsumieren von Alkohol und Zigaretten im Alter der Pubertät als Risikoverhalten gilt (vgl. Helfferich 1994: 35), tolerieren junge Frauen aus Angst vor sexueller Gefährdung seltener rauschhaftes Trinken. Gleichzeitig sinkt auch die sportliche Aktivität von pubertierenden Mädchen, weil das Betreiben von (Leistungs-)Sport den Bildern von Weiblichkeit nicht entspricht. So treten junge Frauen beispielsweise aus Sportvereinen

aus (vgl. Kuhlmann / Kolip 2005: 101ff), weshalb bei ihnen in dieser Lebensphase auch erstmals Rückenschmerzen auftreten (vgl. Jesse 2002: 296).

In der Lebensphase des reproduktiven Alters erkranken Frauen primär an Krebs, die die weiblichen Geschlechtsorgane betreffen. Hier sind insbesondere Brust-, Gebärmutter- sowie Eierstockkrebs zu nennen (vgl. Jesse 2002: 297f). Diese stellen ab einem Alter von 30 Lebensjahren gleichzeitig die primäre Todesursache dar, obwohl es sich beim Tod bis zum reproduktiven Alter um ein seltenes Ereignis handelt (vgl. Statistik Austria 2012a: 41). Gleichzeitig ist das mittlere Lebensalter von Frauen auch durch deren Häufigkeit, an psychischen Störungen zu erkranken, gekennzeichnet (vgl. Kolip 2003: 643). Überdies treten beispielsweise chronische Krankheiten, Osteoporose und Erkrankungen des Herzkreislaufsystems (vgl. Babitsch / Ducki / Maschewsky-Schneider 2006: 514) bei Frauen im reproduktiven Alter, also vor der Menopause, tendenziell seltener auf als bei Männern (vgl. Kolip 2003: 648). Die Ursache dafür liegt möglicherweise im Schutz durch weibliche Hormone (vgl. Babitsch / Ducki / Maschewsky-Schneider 2006: 514), wie Östrogene (vgl. Kolip 2003: 648), weshalb – wie auch die nachfolgenden Ausführungen aufzeigen werden – Frauen in der Lebensphase der Menopause häufig eine Hormonersatztherapie verordnet bekommen. Hingegen belegen Studienergebnisse der „*Women’s Health Initiative*“, dass eine Kombinationstherapie bestehend aus Östrogen- und Gestagenpräparaten beispielsweise das Risiko, einen Herzinfarkt zu erleiden (vgl. Babitsch / Ducki / Maschewsky-Schneider 2006: 514) oder an Brustkrebs zu erkranken (vgl. Kolip 1997: 33), begünstigen und das Erkrankungsrisiko für Gebärmutterkrebs senken würden (vgl. Babitsch / Ducki / Maschewsky-Schneider 2006: 514). Über das gesamte Leben hinweg nehmen Frauen im reproduktiven Alter Leistungen des Gesundheitssystems am häufigsten in Anspruch (vgl. Wimmer-Puchinger 1996a: 115), weshalb sie auch häufig Medikamente wie Beruhigungsmittel und Schilddrüsenpräparate verordnet bekommen. Beispielsweise ist bei schwangeren Frauen häufig eine Überversorgung an Eisenpräparaten festzustellen, weil in etwa jede zweite schwangere Frau diese verordnet bekommt, ohne dass sie an einem Eisenmangel leidet. Auch bei Magnesiumpräparaten ist eine Überversorgung festzustellen, weil diese bei 60 Prozent der schwangeren Frauen zur Prophylaxe sowie zur Verhinderung vorzeitiger Wehen eingesetzt werden, wobei der medizinische Nutzen unzureichend belegt ist (vgl. Kuhlmann / Kolip 2005: 126ff).

Die Lebensphase der Wechseljahre ist für Frauen ein durchaus vulnerabler Lebensabschnitt (vgl. Schmid-Siegel / Gutierrez-Lobos 1996: 251), der jedoch nicht nur negativ sondern auch positiv wahrgenommen werden kann. Dennoch setzen viele Frauen diesen Lebensabschnitt mit „*eine[m] Markierungspunkt für den Prozess des Älterwerdens*“ gleich. Frauen erleben die Wechseljahre also häufig negativ (vgl. Höfling-Engels 2010: 125f), weil sie nicht nur die Gebärfähigkeit (vgl. Schmid-Siegel / Gutierrez-Lobos 1996: 251), vielleicht sogar bei unerfülltem Kinderwunsch (vgl. Höfling-Engels 2010: 126), verlieren, sondern häufig verlassen auch die adoleszenten Kinder das Elternhaus (vgl. Schmid-Siegel / Gutierrez-Lobos 1996: 251). Dennoch ist zu beachten, dass diese Erklärungsansätze für das negative Erleben der Wechseljahre nicht mehr unbedingt der Gegenwart entsprechen, was auf plurale Beziehungs- und Lebensformen sowie auf ausbleibende beziehungsweise späte Mutterschaften zurückzuführen ist. Dennoch bewirken die Lebensumstände häufig ein negatives Wechseljahrerleben. Die aus den körperlichen Veränderungen (vgl. Höfling-Engels 2010: 125f) hervorgehenden Gefühle der Verlassenheit oder der Überforde-

rung begünstigen das Entstehen von depressiven Verstimmungen, die im gesamten Lebensverlauf (vgl. Schmid-Siegel / Gutierrez-Lobos 1996: 251) mit einem Anteil von etwa 30 Prozent (vgl. Jesse 2002: 296) bei Frauen in dieser Lebensphase (vgl. Schmid-Siegel / Gutierrez-Lobos 1996: 251), also vor allem zwischen dem 50. und dem 55. Lebensjahr (vgl. Jesse 2002: 296), am häufigsten auftreten (vgl. Schmid-Siegel / Gutierrez-Lobos 1996: 251). Viele Frauen geben an, dass die Bewältigung dieser gesundheitlichen Beeinträchtigungen sie vor große Herausforderungen stellt (vgl. Jesse 2002: 296). Allerdings sind auch schichtspezifische Unterschiede mitzudenken, wonach Frauen der Unterschicht, die sowohl finanziell als auch sozial tendenziell schlechter gestellt sind, mehr Probleme haben, sich an die veränderte Lebenssituation der Wechseljahre anzupassen als Frauen der Mittel- beziehungsweise Oberschicht, die die neu erworbene Freiheit vergleichsweise mehr genießen können (vgl. Schmid-Siegel / Gutierrez-Lobos 1996: 251). In der Lebensphase der Wechseljahre gilt Krebs als die zentrale Todesursache von Frauen. Aber auch Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems (vgl. Statistik Austria 2012a: 41) treten insbesondere ab einem Alter von 60 Jahren auf (vgl. Jesse 2002: 296). Überdies erhalten Frauen in dieser Lebensphase auch häufig eine Fehlversorgung durch „*medizinisch nicht indizierte [...] gynäkologische [...] Eingriffe[...] und der Pathologisierung der Wechseljahre, die in der Medizin nahezu ausschließlich unter dem Aspekt der ‚Beschwerden‘ als Legitimation für die Richtigkeit einer Hormonersatztherapie betrachtet werden*“ (vgl. Bargfrede / Pauli / Hornberg 2004: 525).

Die gesundheitliche Situation von älteren Frauen wurde innerhalb der Forschung bislang vernachlässigt. Dennoch ist bereits bekannt (vgl. Wimmer-Puchinger 1996: 259), dass die gesundheitlichen Einschränkungen (vgl. Wohlfarth / Ritterbach 2009: 168), wie altersphysiologische Veränderungen der Hör- und Sehfähigkeit (vgl. Schaefer / Lademann 2010: 164), Prellungen sowie Knochenbrüche infolge von Stürzen, Frauen häufiger erleiden als gleichaltrige Männer (vgl. Wimmer-Puchinger 1996: 259). Bei Personen ab einem Alter von 80 Lebensjahren sind sie primär auf die Veranlagung, die Vererbung und auf altersspezifische Faktoren zurückzuführen (vgl. Wohlfarth / Ritterbach 2009: 168). Darüber hinaus wird bei Frauen auch häufiger die Krankheit der Osteoporose diagnostiziert (vgl. Wimmer-Puchinger 1996: 259). Dennoch scheinen ältere Frauen tendenziell seltener praktische ÄrztInnen aufzusuchen als Frauen im jüngeren Lebensalter (vgl. Wimmer-Puchinger 1996a: 118). Ab dem 70. Lebensjahr steigt auch die Sterberate der österreichischen Bevölkerung. So entfielen im Jahr 2011 75 Prozent der Gesamttodesfälle auf diese Alterskategorie. Grundsätzlich versterben ab diesem Alter tendenziell mehr Frauen als Männer (vgl. Statistik Austria 2012a: 41), weil beispielsweise der Anteil an Witwen höher ist als jener von Witwern (vgl. Kolip / Hurrelmann 2002: 19). Als primäre Todesursache können nun Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems angeführt werden, auf welche im Jahr 2011 50 Prozent der Todesfälle von ÖsterreicherInnen ab einem Alter von 70 Jahren entfallen sind. Für etwa 60 Prozent der ÖsterreicherInnen, die im selben Jahr in einem Alter von mindestens 90 Jahren verstorben sind, gelten Herz-Kreislaufkrankheiten als zentrale Todesursache, wobei auch an diesen wieder mehr Frauen als Männer verstorben sind (vgl. Statistik Austria 2012a: 41).

4.1.5 Gesundheit nach Lebenssituation

Neben dem gesundheitsrelevanten Verhalten (vgl. Hammelstein 2006: 89) und der Lebensphase (vgl. Nordlohne / Kolip 1994: 121) sind auch sozioökonomische Faktoren (vgl. Habl 2008: 9) der Lebenssituation (vgl. Hurrelmann / Klotz / Haisch 2010: 16) für die Gesundheit von Bedeutung. Denn je höher der sozioökonomische Status ist, desto geringer sind das Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko (vgl. Habl 2008: 9). Demnach haben Personen, die soziale Benachteiligungen erfahren, ein zweimal höheres Erkrankungs- und Sterberisiko (vgl. Habl 2008: 18). Aus diesem Anlass wird nachfolgend die Gesundheit von Frauen unter Berücksichtigung der Familien- und Erwerbsarbeit, des Ehestandes, der alleinigen Kindererziehung und -sorgepflicht, der sozialen Schichtzugehörigkeit und der Migration erläutert.

Die Gesamtarbeitszeit, die sich aus der Erwerbs-, der Haus- und der Kindererziehungsarbeit ergibt, nimmt einen Einfluss auf die Gesundheit von Männern und Frauen. Diese kann jedoch nicht ausschließlich als gesundheitsfördernd oder gesundheitsmindernd betrachtet werden (vgl. Dieplinger / Labek 2007: 22f), weil sie sowohl von spezifischen Belastungen als auch von Ressourcen abhängig ist. Begünstigend auf die Gesundheit wirken in der Erwerbsarbeit Faktoren wie Entscheidungsmöglichkeiten, Kommunikationserfordernisse sowie soziale Unterstützungen. Hingegen beeinflussen ergonomische, chemisch-physikalische, psychomentale (z.B. Unterforderung) und soziale (z.B. Mobbing, sexuelle Belästigung) Faktoren der Erwerbsarbeit die Gesundheit negativ (vgl. Babitsch / Ducki / Maschewsky-Schneider 2006: 521). Gleichzeitig üben insbesondere Frauen berufliche Tätigkeiten aus, die aufgrund einer niedrigen Qualifikationsanforderung auch dementsprechend schlecht bezahlt werden. Häufig handelt es sich dabei um Arbeiten, in denen dem männlichen Geschlecht zugearbeitet wird (vgl. Jesse 2002: 304). Hingegen wirken in der Haus- beziehungsweise Familienarbeit (vgl. Babitsch / Ducki / Maschewsky-Schneider 2006: 522), die durch die Gesellschaft häufig eine Abwertung erfahren (vgl. Jesse 2002: 304), Faktoren der Monotonie, der materiellen Abhängigkeit und der sozialen Isolation gesundheitsmindernd. Gleichzeitig können die Haus- beziehungsweise Familienarbeit jedoch auch einen positiven Einfluss auf die Gesundheit nehmen, was vor allem auf die Autonomie und die freie Arbeitsgestaltung zurückzuführen ist. Obwohl diese Auswirkungen der Haus- beziehungsweise Familienarbeit auf die Frauengesundheit methodisch schwer erfassbar sind, gibt es zahlreiche Studien, die Morbiditäts- und Mortalitätsunterschiede zwischen Hausfrauen und erwerbstätigen Frauen aufzuzeigen machen (vgl. Babitsch / Ducki / Maschewsky-Schneider 2006: 522). Sonach verfügen Hausfrauen (vgl. Annandale 2010: 34), die ausschließlich für die Familie und den Haushalt zuständig sind (vgl. Dieplinger / Labek 2007: 23), im Vergleich zu erwerbstätigen Frauen über eine schlechtere Gesundheit. Diese Tatsache ist nicht darauf zurückzuführen, dass ausschließlich gesündere Frauen einer Berufstätigkeit nachgehen, sondern darauf, dass die Erwerbsarbeit trotz Stress auch positive Effekte auf die Gesundheit hat (vgl. Annandale 2010: 34). So leistet sie nicht nur einen Beitrag zur Lebenszufriedenheit, sondern auch zur Erhöhung der Gesundheitsressourcen (vgl. Jesse 2002: 304) durch die soziale Integration und die Steigerung des Selbstbewusstseins. Hingegen wird die Hausarbeit überwiegend als anstrengend, eintönig, endlos, stressig und vereinsamend wahrgenommen (vgl. Annandale 2010: 34). Diesbezüglich ist auch die Arbeitsteilung zwischen Mann und Frau von zentraler Relevanz, die durch eine unterschiedliche Ressourcenausstattung zu unterschiedlichen (gesundheitlichen) Anforderungen

und Belastungen führen kann. Trotz der Tatsache, dass die Anzahl an Frauen, die erwerbstätig sind, kontinuierlich im Steigen ist, hat sich in den vergangenen Jahren keine bemerkenswerte Verantwortungsverschiebung im Kontext der Haus- beziehungsweise Familienarbeit abgezeichnet. So stehen Frauen einer Doppelbelastung an Erwerbs- und Haus- beziehungsweise Familienarbeit gegenüber, die es für sie zu vereinbaren gilt (vgl. Kolip 2003: 651f). Die daraus hervorgehenden Rollenkonflikte erfordern eine hohe Bewältigungsflexibilität von Frauen, die häufig in psychosomatischen Beschwerden mündet (vgl. Jesse 2002: 305). Gleichzeitig belegen Studien, die sich derzeit in Anlehnung an die Frauengesundheitsbewegung entwickelnden Männergesundheitsbewegung, dass die ausschließliche Erwerbseinschränkung der Männer als Familienernährer von diesen durchaus auch als Belastung erlebt wird. So können Bereiche, die außerhalb der Erwerbsarbeit liegen, von ihnen nicht gleichberechtigt erschlossen werden. Hinzu kommt, dass die Aufforderung der (erwerbstätigen) Partnerin, als Mann zunehmend am familiären Leben zu partizipieren, als Druck erlebt wird (vgl. Kolip 2003: 652). Allerdings belegen Studien, dass die Erwerbsarbeit für das männliche Geschlecht wichtiger ist als für das weibliche Geschlecht, wonach sie diese auch gegenüber ihrer Gesundheit vorziehen (vgl. Dieplinger / Labek 2007: 35).

Neben der Erwerbs-, Haus- und Familienarbeit (vgl. Dieplinger / Labek 2007: 22) haben auch stabile Paarbeziehungen ebenso wie die Ehe einen Einfluss auf die Frauengesundheit (vgl. Höpflinger 2002: 421). So haben diese zwischenmenschlichen Bindungen vor allem eine positive Auswirkung auf die Gesundheit von Frauen und Männern (vgl. Annandale 2010: 34f), die sich in einem geringeren Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko zeigen. Von zentraler Relevanz für die protektive gesundheitliche Wirkung sind unter anderem emotionale und soziale Unterstützungsleistungen, risikovermindernde Verhaltensweisen sowie sozioökonomische Absicherungen. Gleichzeitig zeigt sich bei Paarbeziehungen auch eine signifikante Gesundheitsverbesserung nach Erkrankungsfällen, die auf die partnerschaftliche Betreuung, Pflege und Versorgung zurückzuführen ist (vgl. Höpflinger 2002: 421f). Allerdings scheinen Männer davon mehr zu profitieren als ihre Ehepartnerinnen (vgl. Annandale 2010: 34), weil verheiratete Männer seltener erkranken als verheiratete Frauen (vgl. Schmid-Siegel / Gutierrez-Lobos 1996: 249). Überdies weisen verheiratete Männer aufgrund einer gesünderen Ernährung eine höhere Lebenserwartung auf als unverheiratete beziehungsweise verwitwete Männer (vgl. Stopper / Gertler 2002: 439). Diese Tatsache scheint eine alte Sorge, die über Jahrhunderte währt, zu bestätigen, wonach *„die Ehe die Abhängigkeit von Frauen spiegelt und nur allzu oft die Wurzel ihres körperlichen und geistigen Verfalls bildet“* (vgl. Annandale 2010: 35).

In Anlehnung an diese Ausführungen zur Gesundheit von verheirateten Frauen erkranken beispielsweise auch mehr geschiedene Frauen als geschiedene Männer. Ein Grund dafür liegt möglicherweise darin, dass die Kinder nach der elterlichen Trennung oder Scheidung in den meisten Fällen im Haushalt der Mutter wohnen. In ihrer Rolle als Alleinerzieherin ist sie dadurch mit zusätzlichen (gesundheitsmindernden) Belastungen wie sozialer Isolation, konfrontiert (vgl. Schmid-Siegel / Gutierrez-Lobos 1996: 249). Insofern kann auch der Familienstand für die Lebenserwartung und die Mortalität entscheidend sein (vgl. Höpflinger 2002: 419), weshalb Frauen, die einer Familie mit Kind(ern) angehören, eine bessere Gesundheit aufweisen als alleinstehende und kinderlose Frauen. Die Ursache dafür liegt in der familiären Umgebung, die soziale Rückzugsgel-

genheiten bietet, welche schließlich ein ausgewogenes Leben fördern. Hingegen nehmen alleinstehende und kinderlose Frauen häufiger Leistungen des Gesundheitssystems in Anspruch und versterben früher (vgl. Dieplinger / Labek 2007: 21). Insbesondere alleinerziehende Frauen, die einen Verlust an sozialer Absicherung durch einen unmöglichen (Wieder-)Einstieg ins Arbeitsleben beklagen, stehen einer Vielzahl an Belastungsfaktoren gegenüber, die in Kombination mit finanziellen und sozialen Faktoren Auswirkungen auf das individuelle Gesundheitserleben haben. Sonach sind die Lebensentwürfe alleinerziehender Frauen häufig durch ein gesundheitsgefährdendes Verhalten infolge von Mehrfachbelastungen gekennzeichnet, das sich in finanziellen Lebensmitteleinsparungen, einem erhöhten Alkoholkonsum, einer übermäßigen Selbstmedikation sowie einem exzessiven Tabakkonsum verdeutlichen lässt, die oftmals in Suchttendenzen münden (vgl. Bargfrede / Pauli / Hornberg 2004: 523) und die Gesundheit sehr stark belasten können (vgl. Kolip 2009: 64).

Überdies zeigen sich auch Unterschiede in der Beschreibung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen nach der sozialen Schichtzugehörigkeit (vgl. Kolip 1997: 37). Sonach beurteilen Frauen, die eine geringe schulische beziehungsweise berufliche Ausbildung aufweisen oder auch eine niedrigere Position im Beruf einnehmen, ihre Gesundheit als sehr schlecht. Gleichzeitig hat diese Gruppe an Personen auch ein sehr hohes Risiko, an gesundheitlichen Beschwerden (vgl. Babitsch / Ducki / Maschewsky-Schneider 2006: 519) wie Herz-Kreislaufkrankungen und Lungenkrebs (vgl. Jesse 2002: 297), zu erkranken (vgl. Babitsch / Ducki / Maschewsky-Schneider 2006: 519), was unter anderem auf den höheren Tabakkonsum zurückgeführt werden kann (vgl. Jesse 2002: 297). Gleichzeitig trinken Frauen aus unteren sozialen Schichten vergleichsweise weniger Alkohol als Frauen höherer sozialer Schichten, weil sie häufiger an der traditionellen Frauenrolle festhalten, die einen höheren Alkoholkonsum ablehnt (vgl. Kuhlmann / Kolip 2005: 101). Überdies suchen Frauen, die der Unterschicht angehören, regelmäßiger eine/n Allgemeinärzt/ärztin auf als Frauen, die oberen sozialen Schichten angehören. Vergleichsweise sind sie in Ambulanzen oder bei FachärztInnen seltener anzutreffen. Die größten schichtspezifischen Besonderheiten im Besuch bei FachärztInnen zeigen sich beim Aufsuchen von InternistInnen. Denn obwohl Frauen der unteren sozialen Schicht häufiger an Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems leiden als Frauen der Oberschicht, suchen diese halb so oft InternistInnen auf. Gründe für diese schichtspezifische Inanspruchnahme von Einrichtungen des Gesundheitssystems können in materiellen beziehungsweise strukturellen Barrieren, wie Selbsthalten und mangelnden Leistungsanspruchskennnissen, aber auch in psychosozialen beziehungsweise soziokulturellen Barrieren, wie Schamempfinden oder Kultur- und Sprachbarrieren, liegen (vgl. Habl 2008: 18ff). Sonach hat also auch der kulturelle Aspekt einen Einfluss auf die (Frauen-)Gesundheit, weil sich das gesundheitliche Erleben in der individuellen Kultur und in einer fremden Kultur unterscheiden können (vgl. Voß / Lohff 2008: 538). Daher kann der aus sowohl freiwilligen als auch aus politischen, sozialen und wirtschaftlichen Gründen erfolgte Wanderungsprozess der Migration die individuelle Konfrontation von MigrantInnen mit der bislang fremdartigen Lebenssituation beeinflussen. Oftmals wird eine Migration als physischer und psychischer Stress erlebt, dessen Anpassungs- und Bewältigungserfordernisse einen Einfluss auf die Gesundheit und das Wohlbefinden von MigrantInnen nehmen (vgl. Pourgholam-Ernst 2002: 49f). Folglich wird das erhöhte Gesundheitsrisiko von MigrantInnen durch das fremde Gesundheitssystem stark beeinflusst,

welches sich nicht nur auf die individuelle gesundheitliche Lage der betroffenen MigrantInnen auswirkt, sondern auch auf deren Zugang zum fremden Gesundheitssystem (vgl. Bader / Hochleitner 2008: 73f). Dadurch nehmen sie auch kaum Vorsorge- oder Früherkennungsangebote in Anspruch (vgl. Kaufmann 2010: 227). Insbesondere für weibliche Migrantinnen ist die Migration aufgrund von geschlechtsspezifischen Bedingungen (vgl. Pourgholam-Ernst 2002: 52), wie einem niedrigen Bildungs- und Sozialstatus (vgl. Kaufmann 2010: 227), mit einer höheren Anzahl an Konflikten und Widersprüchen behaftet. Nach wie vor wird jedoch im Gesundheitssystem kaum beachtet, dass die gesellschaftliche Anerkennung, das Zugehörigkeitsgefühl sowie soziale Unterstützungsmöglichkeiten vor allem bei der Gesundheit von MigrantInnen einen zentralen Stellenwert einnehmen (vgl. Pourgholam-Ernst 2002: 52ff).

Zusammenfassend sollte hervorgehoben werden, dass gegenwärtig bereits sämtliche Studienergebnisse vorliegen, die eine Relation zwischen der Gesundheit und der sozialen Ungleichheit belegen. Grundsätzlich sind Menschen (vgl. Babitsch / Ducki / Maschewsky-Schneider 2006: 517), die ausschließlich für die Familie und den Haushalt zuständig (vgl. Dieplinger / Labek 2007: 23), unverheiratet, verwitwet (vgl. Höpflinger 2002: 419) oder alleinerziehend sind (vgl. Bargfrede / Pauli / Hornberg 2004: 523), einer unteren sozialen Schicht angehören (vgl. Babitsch / Ducki / Maschewsky-Schneider 2006: 517), sozial benachteiligt sind, über einen Migrationshintergrund (vgl. Ebner / Groth 2009: 288) oder ein höheres Alter verfügen (vgl. Kruse / Schmitt 2002: 218), tendenziell häufiger von Krankheiten und von vorzeitigen Todesfällen betroffen (vgl. Babitsch / Ducki / Maschewsky-Schneider 2006: 517).

4.1.6 Resümee zu den Entwicklungstendenzen zur Frauengesundheit

In den letzten 20 Jahren konnte die Datenlage zu den geschlechtsspezifischen gesundheitlichen Unterschieden durch eine Zunahme an geschlechterdifferenzierenden Gesundheitsberichten, ebenso wie durch gesonderte Frauen- und Männergesundheitsberichte forciert werden (vgl. Kolip 2003: 652f). Jedoch sollte hervorgehoben werden, dass auch gegenwärtig teilweise immer noch vergleichende Daten zur Gesundheit von Männern und Frauen fehlen (vgl. Wimmer-Puchinger 1996: 257). Dies ist erschreckend, weil bereits bekannt ist, dass die Morbidität und die Mortalität von einem geschlechtsspezifischen Krankheits-, Risiko- und Vorsorgeverhalten (vgl. Kolip 2003: 643) zur Gesundheit (vgl. Bargfrede / Pauli / Hornberg 2004: 521) abhängig sind (vgl. Kolip 2003: 643). Insofern kann aus den vorhergehenden Ausführungen zur Gesundheit und zur Krankheit von Frauen und Männern zusammenfassend festgehalten werden (vgl. Schmid-Siegel / Gutierrez-Lobos 1996: 246f):

- Frauen *„sind öfter krank als Männer*
- *Sie sind anders krank als Männer*
- *Sie gehen öfter zum Arzt als Männer*
- *Sie nehmen mehr Medikamente als Männer*
- *Sie leben länger als Männer“* (Schmid-Siegel / Gutierrez-Lobos 1996: 247)

Folglich bleibt festzuhalten, dass es „die“ gesundheitliche Versorgung des weiblichen Geschlechts nicht geben kann und wird (vgl. Bargfrede / Pauli / Hornberg 2004: 526), weil Frauen in ihrem

gesamten Leben mit einer Vielzahl an spezifischen Lebensbedingungen konfrontiert sind (vgl. Schmid-Siegel / Gutierrez-Lobos 1996: 248). In diesem Zusammenhang ist zu bedenken, dass es sich beim weiblichen Geschlecht keineswegs um eine homogene Gruppe handelt (vgl. Bargfrede / Pauli / Hornberg 2004: 526).

Deshalb bedarf es zukünftig Angeboten des Gesundheitssystems, welche für jede Frau entsprechend ihrer Lebensphase und -situation ausgerichtet sind. Zur Verringerung sozialer Benachteiligungen muss daher beachtet werden, dass Frauen entsprechend ihrer Lebensphase unterschiedliche gesundheitliche Bedürfnisse haben und an unterschiedlichen gesundheitlichen Belastungen leiden, die unter anderem auf den individuellen Lebensstil und die damit einhergehenden Lebens- und Umweltbedingungen zurückzuführen sind. Jedoch sind deren Entstehung sowie Verlauf durch präventive Maßnahmen beeinflussbar. Insofern bedarf es gesundheitsfördernder Maßnahmen, die diverse Zielgruppen von Frauen, seien es alleinerziehende Frauen oder Migrantinnen oder Seniorinnen, ansprechen und auf unterschiedlichen Ebenen angesiedelt sind. Folglich können die weibliche Krankheitslast ebenso wie die finanziellen Ausgaben für den kurativen Bereich verringert werden (vgl. Bargfrede / Pauli / Hornberg 2004: 524).

4.2 Geschlechtsspezifische Prävention und Gesundheitsförderung

In Anlehnung an die Entwicklungstendenzen der Frauengesundheit in Österreich, soll nachfolgend unter Heranziehung von theoretischer Grundlagenliteratur, empirischem Material, wie Gesundheitsberichten, und Veröffentlichungen (inter-)nationaler Institutionen aufgezeigt werden, welche Bedeutung das Geschlecht im Rahmen der Prävention und der Gesundheitsförderung hat. Hierzu sollen nach einer begrifflichen Erläuterung zu der Gesundheitsförderung und der Prävention die den beiden Begrifflichkeiten zugrundeliegenden Konzepte und Strukturen aufgezeigt werden. Anschließend werden sowohl geschlechtsspezifische als auch altersspezifische Aspekte zur Gesundheitsförderung und zur Prävention dargelegt, bevor einige geschlechts- und altersspezifische Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote am Beispiel Österreichs aufgezeigt werden.

4.2.1 Begriffsdefinitionen

Die Begriffe Prävention und Gesundheitsförderung werden umgangssprachlich oftmals synonym verwendet, obwohl es sich um zwei unterschiedliche Konzepte handelt (vgl. Dierks 2004: 160), die sich auf unterschiedliche Strategien berufen (vgl. Kuhlmann / Kolip 2005: 96).

Im 19. Jahrhundert hat sich die Begrifflichkeit Krankheitsprävention, auch Prävention genannt, aus einer sozialmedizinischen Debatte zur Sozialhygiene beziehungsweise zur Volksgesundheit entwickelt. Sie verfolgt die Zielsetzung der Vermeidungsstrategie, wonach sie „*die Vermeidung des Auftretens von Krankheiten und damit die Verringerung ihrer Verbreitung und die Verminderung ihrer Auswirkungen auf die Mortalität der Bevölkerung*“ umfasst (vgl. Hurrelmann / Laaser 2006: 750).

Die eigentliche Aufgabe von Angeboten zur Prävention liegt also darin, gewissen Entwicklungen vorzubauen (vgl. Helfferich 2006: 29). Dazu setzen Maßnahmen zur Prävention bei spezifischen Krankheiten oder gesundheitlichen Störungen an (vgl. Kolip / Koppelin 2002: 491). Hierbei sollen unter Berücksichtigung von individuellen oder kollektiven Krankheitsentwicklungen oder -verläufen Ausgangs- oder Risikofaktoren (vgl. Hurrelmann / Laaser 2006: 751), die das Auftreten von spezifischen Krankheiten oder gesundheitlichen Störungen begünstigen, indentifiziert und beeinflusst (vgl. Kolip / Koppelin 2002: 491), also zurückgedrängt oder ausgeschaltet werden (vgl. Hurrelmann / Laaser 2006: 750). Zu diesen Risikofaktoren zählen behaviorale Dispositionen (z.B. Tabakkonsum), physiologische beziehungsweise psychische Dispositionen der Genetik (z.B. Arterienverengung) und ökologische Dispositionen (z.B. erhöhte Strahlenbelastung), die sich wechselseitig beeinflussen können (vgl. Hurrelmann / Klotz / Haisch 2010: 15f). Demnach setzen präventive Interventionen bei physischen, psychischen und sozialen Pathogenesen ein, sobald sich Risikofaktoren oder erste Krankheitsanzeichen abzeichnen, die dann einen alternativen zum anfänglich zu erwartenden Verlauf einnehmen. Die Wirksamkeit von präventiven Maßnahmen wird durch das Ausmaß an der Verhinderung oder Verminderung von prognostizierten Krankheitsausbrüchen oder zu erwartenden, sich verschlechternden Krankheitsverläufen festgestellt. Durch die Reduktion der vorhergesehenen individuellen beziehungsweise kollektiven Krankheitslast zeigt sich also ein Gesundheitsgewinn (vgl. Hurrelmann / Laaser 2006: 751).

Im Gegensatz zur Prävention hat der Begriff Gesundheitsförderung seinen Ausgangspunkt in gesundheitspolitischen Diskussionen der WHO, die dann 1986 (vgl. Hurrelmann / Laaser 2006: 750) in Anlehnung an die strategische Umsetzung des WHO-Gesundheitsbegriffes (vgl. Hurrelmann / Klotz / Haisch 2010: 13) zur begrifflichen Etablierung der Gesundheitsförderung (vgl. Hurrelmann / Laaser 2006: 750) im Rahmen „*der ersten internationalen Konferenz der Weltgesundheitsorganisation*“ in Ottawa geführt haben. Diese Konferenz hat zu einem Wandel von der bis dato vorherrschenden Krankheitsorientierung im Sinne der Prävention zu einer Orientierung an der Gesundheitsherstellung geführt. Das heißt, dass die Gesundheit dabei keineswegs als ExpertInnenaufgabe mit einer utopischen Zielsetzung verstanden wird (vgl. Altgeld / Kolip 2010: 48). Vielmehr handelt es sich bei der ganzheitlichen sowie positiven Gesundheit (vgl. Faltermaier / Wihofszky 2011: 258) um einen „*Prozess, der in den konkreten Lebenszusammenhängen abläuft*“ (vgl. Altgeld / Kolip 2010: 48).

In der Ottawa-Charta der WHO (1986) findet sich folgende Definition zur Gesundheitsförderung (vgl. Weltgesundheitsorganisation 1986: 1):

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern beziehungsweise verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und indivi-

dueller Ressourcen für die Gesundheit betont wie die körperlichen Fähigkeiten. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden hin.“
(Weltgesundheitsorganisation 1986: 1)

Die Gesundheitsförderung setzt dabei am salutogenetischen Denkmodell an (vgl. Faltermaier / Wihofszky 2011: 262). Im Sinne einer Promotionsstrategie (vgl. Hurrelmann / Laaser 2006: 750) soll sie zur Stärkung der individuellen sowie sozialen gesundheitlichen Kompetenz (vgl. Dierks 2004: 159f) beziehungsweise Entfaltungsmöglichkeit beitragen (vgl. Hurrelmann / Laaser 2006: 750). Dadurch sollen die Determinanten des positiven WHO-Gesundheitsbegriffes (vgl. Faltermaier / Wihofszky 2011: 262), wie das Wohlbefinden (vgl. Kuhlmann / Kolip 2005: 97), verbessert sowie gesundheitliche Ungleichheiten abgebaut werden (vgl. Dierks 2004: 160). Unter Berücksichtigung der Entwicklung und der Erhaltung von gesundheitlichen Stadien sollen sowohl individuelle Lebensbewältigungsfähigkeiten als auch bildungsmäßige, hygienische, kulturelle, ökonomische und soziale Lebensgestaltungsbedingungen von Gruppierungen der Bevölkerung verbessert werden (vgl. Hurrelmann / Laaser 2006: 751). Zu nennen sind hier Arbeitsbedingungen mit gesundheitsschädigender Wirkung, die Arbeitslosigkeit, die frühkindliche Entwicklung, das soziale Kapital und die soziale Ungleichheit (vgl. Altgeld / Kolip 2010: 46).

Maßnahmen zur Gesundheitsförderung haben eine unspezifische Wirkung (vgl. Kolip / Koppelin 2002: 491) und tragen zur gesundheitserhaltenden Förderung von Ressourcen sowie Schutzfaktoren bei (vgl. Hurrelmann / Klotz / Haisch 2010: 16), die schließlich zur Verbesserung der gesundheitlichen Entwicklung vorausgesetzt werden (vgl. Hurrelmann / Laaser 2006: 752). Zu diesen Schutzfaktoren zählen behaviorale beziehungsweise psychische Faktoren (z.B. angemessene Ernährung), soziale beziehungsweise wirtschaftliche Faktoren (z.B. adäquate sozioökonomische Lebenssituation), Umweltfaktoren (z.B. soziale Netzwerkunterstützung) und der Zugang zu Leistungen des Gesundheitssystems (z.B. Krankenversorgungseinrichtungen) (vgl. Hurrelmann / Klotz / Haisch 2010: 16).

Entsprechend dem Wirkungsprinzip der Gesundheitsförderung soll deshalb zur Erhöhung der Gesundheitsqualität sobald wie möglich in den zu erwartenden Gesundheitsverlauf von Individuen oder Bevölkerungsgruppierungen eingegriffen werden. Der Gesundheitsgewinn der Gesundheitsförderung ergibt sich nun aus der (Wieder-)Herstellung einer Gesundheitsqualität, die nun die ursprünglich zu erwartende übersteigt (vgl. Hurrelmann / Laaser 2006: 752).

Wie in diesem Abschnitt nun aufgezeigt werden konnte, handelt es sich sowohl bei der Prävention als auch bei der Gesundheitsförderung um Interventionsformen durch öffentliche beziehungsweise professionelle AkteurInnen. In Anlehnung an die übereinstimmende Zielsetzung der Erlangung eines individuellen und kollektiven Gesundheitsgewinns (vgl. Hurrelmann / Klotz / Haisch 2010: 14) dürfen sie einander auch keineswegs ausschließen (vgl. Kuhlmann / Kolip 2005: 97). Vielmehr sind sie in ein wechselseitiges Verhältnis zu stellen, weshalb sie sich auch ergänzen sollen. Während die Krankheitsprävention zum individuellen und kollektiven Gesundheitsgewinn

auf die Zurückdrängung von Krankheitsrisiken setzt, erreicht die Gesundheitsförderung diese durch die gesundheitliche Ressourcenförderung. Gleichzeitig fokussiert die Prävention die dynamische Krankheitsentstehung, die Gesundheitsförderung hingegen die dynamische Gesundheits- (vgl. Hurrelmann / Klotz / Haisch 2010: 14ff) beziehungsweise Wohlbefindensentstehung (vgl. Altgeld / Kolip 2010: 46). Schließlich verfolgen die beiden Ansätze eine gemeinsame Zielsetzung, die jedoch durch unterschiedliche Formen der Intervention zu erreichen versucht wird und folglich auch unterschiedliche Wirkungsweisen hat (vgl. Hurrelmann / Klotz / Haisch 2010: 14).

4.2.2 Strukturen und Konzepte

Trotz der Unterschiede der beiden Begrifflichkeiten „Prävention“ und „Gesundheitsförderung“ (vgl. Hurrelmann / Klotz / Haisch 2010: 14), ist ihnen gemein, dass es sich um gezielte Interventionsformen zur Verbesserung der Morbidität und der Mortalität von Individuen oder Bevölkerungsgruppierungen handelt. Diese werden durch öffentlich oder professionell zuständige AkteurInnen ausgeübt (vgl. Hurrelmann / Laaser 2006: 750) sowie insbesondere durch die Sozialversicherung, den Bund (einschließlich Fonds Gesundes Österreich), die Länder und die Gemeinden finanziert (vgl. Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung 2005i: 378).

Zunächst sei auf präventive Maßnahmen zu verweisen, die in die primäre Prävention, die sekundäre Prävention und die tertiäre Prävention entsprechend dem Zeitpunkt, der Zielsetzung und den AdressatInnen der Intervention differenziert werden können (vgl. Leppin 2010: 36).

Die Primärprävention umfasst sämtliche Interventionen, die bereits vor dem erstmaligen Auftreten von unerwünschten gesundheitlichen Zuständen vollzogen werden (vgl. Leppin 2010: 35). Sie fokussiert also die Verhütung von Krankheiten (vgl. Kolip / Koppelin 2002: 491), indem vor dem manifesten Auftreten von biologischen beziehungsweise psychischen Störungen (vgl. Hurrelmann / Laaser 2006: 756) personengebundene Risiken ebenso wie exogene Schädigungen vermieden und verhindert werden sollen (vgl. Dierks 2004: 160). Sie setzt nun bei gesunden Personen (vgl. Leppin 2010: 36) oder auch bei Bevölkerungsgruppierungen an, die ein vermehrtes Risiko für das Auftreten von gesundheitlichen Erkrankungen beziehungsweise Störungen (vgl. Hurrelmann / Laaser 2006: 756), allerdings noch keine manifeste Symptomatik haben. Hieraus ergibt sich die zentrale Zielsetzung zur Inzidenzsenkung gewisser Krankheiten (vgl. Leppin 2010: 36). Als Beispiele können Grippeimpfungen von Menschen im höheren Alter oder Vermeidungsstrategien zum Tabakkonsum von Kindern angeführt werden (vgl. Hurrelmann / Laaser 2006: 756).

Hingegen hat die Sekundärprävention ihren Ursprung in einem frühen Krankheitsstadium (vgl. Kolip / Koppelin 2002: 491), in welchem klinische Krankheitssymptome (vgl. Hurrelmann / Laaser 2006: 756) durch diagnostische Maßnahmen (vgl. Leppin 2010: 36) festgestellt werden sollen (vgl. Hurrelmann / Laaser 2006: 756). Zum Eindämmen der Progredienz und Chronifizierung von Krankheiten (vgl. Leppin 2010: 36) sollen im Sinne der Früherkennung (vgl. Dierks 2004: 160) Krankheitsauslöser vorzeitig beeinflusst (vgl. Kolip / Koppelin 2002: 491) und erfolgreich behandelt (vgl. Hurrelmann / Laaser 2006: 756), also eingedämmt werden (vgl. Leppin 2010: 36). Überdies sollen Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen im Rahmen der sekundären Präven-

tion das erneute Auftreten von Krankheitsereignissen nach einer Behandlung der Ersterkrankung verhindern (vgl. Hurrelmann / Laaser 2006: 756). Sie setzt nun bei symptomlosen oder gesunden Personen an, die durch die Maßnahmen zur Diagnosestellung zu AkutpatientInnen oder KlientInnen werden (vgl. Leppin 2010: 36). Das heißt, dass bei ihnen also bereits eine Erkrankung eingetreten ist (vgl. Hurrelmann / Laaser 2006: 756). Als Beispiele gelten die Frühbehandlung und die Kuration (vgl. Kolip / Koppelin 2002: 491) von Personen, bei denen nach einem Herzinfarkt ein Reinfarkt verhindert werden soll (vgl. Hurrelmann / Laaser 2006: 756). Überdies gelten als klassische Beispiele der Sekundärprävention auch Massen-Screenings, wie die Mammografie, die die zunehmende Verschlimmerung von Krankheiten wie Brustkrebs eindämmen sollen (vgl. Leppin 2010: 36).

Die Tertiärprävention setzt erst dann ein, wenn es bereits zu einer Manifestation einer Krankheit beziehungsweise eines unerwünschten gesundheitlichen Zustandes oder einer Akutbehandlung gekommen ist (vgl. Leppin 2010: 36). Sie fokussiert schließlich die Abwehr von Folgeschäden (vgl. Dierks 2004: 160) und die Intensitätsmilderung von Krankheitsfolgen (vgl. Leppin 2010: 36), wie sich verschlimmernden beziehungsweise bleibenden Funktionsverlusten (vgl. Hurrelmann / Laaser 2006: 756). Sie bezieht sich aber auch auf das Vorbeugen vor Rückfällen sowie weiteren Krankheitsmanifestationen bei PatientInnen (vgl. Leppin 2010: 36) mit bestehenden (vgl. Dierks 2004: 160) chronischen Beeinträchtigungen oder RehabilitandInnen (vgl. Leppin 2010: 36), indem Krankheitssymptome wirksam behandelt werden. Tertiäre Präventionsmaßnahmen sollen nach einer medizinischen Behandlung von Krankheiten zur Wiederherstellung der mentalen, physischen sowie sozialen Leistungsfähigkeit und zur Reduktion von erneut auftretenden gesundheitlichen Schädigungen oder Behinderungen beitragen (vgl. Hurrelmann / Laaser 2006: 756f). Hierzu zählen z.B. die Rehabilitation (vgl. Kolip / Koppelin 2002: 491) oder die Pflege (vgl. Hurrelmann / Laaser 2006: 757). Ein weiteres Beispiel für die tertiäre Prävention ist die diätetische Ernährungsberatung von DiabetikerInnen zur Vermeidung von Gefäßschäden infolge eines zu hohen Blutzuckerspiegels (vgl. Steinbach 2007: 45).

Die nachfolgende Abbildung 2 soll noch einmal einen Überblick über die Klassifikation der präventiven Maßnahmen geben:

Abbildung 2: Klassifikation von Präventionsmaßnahmen

	Primärprävention	Sekundärprävention	Tertiärprävention
Zeitpunkt	vor Beginn einer Krankheit	in Frühstadium von Krankheit	nach Manifestation beziehungsweise Akutbehandlung von Krankheit
Zielsetzung	Verringerung der Krankheitsinzidenz	Eindämmung der Krankheitsprogredienz oder -chronifizierung	Verhinderung von Folgeschäden oder Rückfällen
AdressatInnen	gesunde Personen, symptomlose Personen	AkutpatientInnen, KlientInnen	PatientInnen mit chronischer Krankheit, RehabilitandInnen

Quelle: modifiziert nach Leppin (2010): 36

In der medizinischen Praxis werden die Begrifflichkeiten der primären, sekundären und tertiären Prävention oftmals nicht einheitlich verwendet, weshalb einzelne Maßnahmen den drei Präventionsphasen nicht immer eindeutig zugeordnet werden können (vgl. Hurrelmann / Laaser 2006: 757).

Neben dieser Einteilung von Präventionsmaßnahmen können auch die Strategien der Prävention hinsichtlich der Umsetzung, der Interventionsgruppe und dem Ansatzpunkt unterschieden werden, wie die nachfolgende Abbildung zeigt (vgl. Leppin 2010: 37ff):

Abbildung 3: Einteilung der Präventionsstrategien (eigene Darstellung)

Interventionsumsetzung	Interventionsgruppe	Interventionsansatz
Beseitigung von Krankheitsursachen	universelle Präventionsansätze	Verhaltensprävention
Stärkung der Abwehr	zielgruppenspezifische Präventionsansätze	Verhältnisprävention

Quelle: Leppin (2010): 37ff

Bei den Präventionsstrategien zeigen sich zunächst zwei unterschiedliche Umsetzungsmöglichkeiten. Zum einen ist eine Ausschaltung von Krankheitsursachen, wie der weitgehenden Verhinderung von einem schädigenden Gesundheitsverhalten (z.B. Rauchen), möglich. Die zweite Umsetzungsmöglichkeit liegt, insbesondere bei der primären Prävention, in der Abwehrstärkung von Zielorganismen, die durch Grippeimpfungen erreicht werden kann (vgl. Leppin 2010: 37).

Strategien zur Prävention können auch anhand der Interventionsgruppe differenziert werden. So sind universelle Präventionsstrategien auf die gesamte Bevölkerung ausgerichtet (vgl. Hurrelmann / Laaser 2006: 757f), wonach sie unabhängig von einer kriteriumsbezogenen AdressatInnenauswahl (vgl. Leppin 2010: 37) flächendeckend intervenieren sollen. Beispielsweise können bevölkerungsweite Impfungen im besten Fall zur Verhinderung von spezifischen Krankheitsereignissen oder von häufigen Todesfällen beitragen. Allerdings können universelle Präventionsstrategien einen Konflikt zwischen dem kollektiven und dem individuellen Interesse auslösen. Denn präventive Strategien, die eine Verhaltensänderung erfordern, können nur dann in der gesamten Bevölkerung umgesetzt werden, wenn sie für das Individuum Vorteile ergeben. Hingegen sind spezifische Präventionsstrategien nur für einzelne Bevölkerungssegmente, also für spezifische Teil- oder Zielgruppen der Bevölkerung, ausgelegt (vgl. Hurrelmann / Laaser 2006: 757ff). Zu beachten ist jedoch, ob die spezifischen Präventionsstrategien für spezifische Teilgruppen (z.B. Orientierung am Erkrankungsrisiko) oder für die gesamte Bevölkerung beziehungsweise für Teilbevolkerungen, jedoch mit einer zielgruppenspezifischen Formulierung der Präventionsbotschaft, ausgelegt sind (vgl. Leppin 2010: 38). Als Auswahlkriterium zur Zielgruppendefinition werden neben dem Alter und dem Geschlecht, auch regionale und Lebensstilkriterien herangezogen. Bei der Zielgruppendefinition ist darauf zu achten, dass insbesondere jene Bevölkerungsgruppierungen identifiziert werden, die ein (potentielles) Defizit aufweisen. Hierbei ist insbesondere auf die zielgruppenspezifischen Bedürfnisse beziehungsweise Lebensumstände zu achten, weil ein erhöhter Präventionsbedarf oftmals in einer „Zwangsbeglückung“ münden kann. So werden Bevölkerungsgruppierungen, deren soziale Benachteiligung mit einer gesundheitlichen Be-

einträchtigung einhergeht, von präventiven Maßnahmen oftmals nicht erreicht, weil sie die durch die Prävention erforderlichen Verhaltensänderungen als persönlichen Autonomieeingriff deuten. Folglich ist neben den soziodemographischen Kriterien auch auf die Eignung der kommunikativen Präventionsumsetzung zu achten, die zur Erhöhung der zielgruppenspezifischen Aufnahmebereitschaft beitragen soll. Demnach wirken jene präventiven Gesundheitsbotschaften besser, die sowohl den Lebensumständen als auch den Bedürfnissen und der Motivation der Zielgruppe entsprechen (vgl. Hurrelmann / Laaser 2006: 758f).

Präventionsstrategien können auch nach dem gewählten Ansatzpunkt zum Erreichen von Veränderungen in die Verhaltens- und die Verhältnisprävention differenziert werden, obwohl sämtliche Präventionsstrategien die Zielsetzung zur gesundheitlichen Veränderung von Individuen oder Bevölkerungsgruppierungen verfolgen (vgl. Leppin 2010: 39). Die nachfolgende Abbildung 4 zeigt die Verhaltens- und die Verhältnisprävention im Überblick:

Abbildung 4: Verhaltens-/Verhältnisprävention

Verhaltensprävention	=	Einflussnahme auf den individuellen Gesundheitszustand oder auf das individuelle Gesundheitsverhalten
Verhältnisprävention	=	Einflussnahme auf Gesundheit / Krankheit durch Veränderung der Lebensbedingungen / Umwelt von Personen

Quelle: modifiziert nach Leppin (2010): 39

Die Verhaltensprävention beeinflusst das Gesundheitsverhalten und/oder den Gesundheitszustand von Individuen direkt (vgl. Hurrelmann / Laaser 2006: 760), indem verhaltensbezogene Risikofaktoren, wie das Rauchen, verändert werden sollen. Gleichzeitig sollen Personen zur Teilnahme an medizinisch-technologischen Maßnahmen, wie Impfungen, motiviert werden (vgl. Leppin 2010: 39). Als Beispiel für die Verhaltensprävention können Aufklärungsfilme angeführt werden, die durch das Aufzeigen der Ursachen für das Übergewicht zur Ernährungsverbesserung beitragen sollen. Hingegen zielt die Verhältnisprävention auf eine Veränderung der Lebensbedingungen (vgl. Hurrelmann / Laaser 2006: 760) und der kulturellen, ökologischen, ökonomischen und sozialen Umweltbedingungen von Individuen ab. Demzufolge können die Krankheitsentstehung und -entwicklung indirekt beeinflusst werden (vgl. Leppin 2010: 39). Als Beispiel für die Verhältnisprävention kann die Initiierung eines gesunden Frühstücks in Schulen angeführt werden (vgl. Hurrelmann / Laaser 2006: 760).

Neben den Strategien der Prävention gibt es zur praktischen Umsetzung zahlreiche Methoden, die unter anderem in edukative, normativ-regulatorische Verfahrensmöglichkeiten und ökonomische Anreiz- beziehungsweise Bestrafungssysteme eingeteilt werden können. Im Bereich der Verhaltensprävention werden insbesondere edukative Verfahren eingesetzt, die eine Veränderungsmotivation im gesundheitsrelevanten Verhalten begünstigen. Neben der Aufklärungsinformation (z.B. individuelle Gespräche über den Tabakkonsum zwischen Arzt/Ärztin und PatientIn) werden die Beratung (z.B. Drogenberatung) und Trainings zum Selbstmanagement beziehungsweise zum Verhalten (z.B. Stressbewältigungsprogramme) angeboten. Maßnahmen zur normativen Regulierung realisieren präventive Zielsetzungen über Gebote, Sanktionen, Verbote und

Vorschriften, weshalb sie sowohl in der Verhaltens- als auch in der Verhältnisprävention zum Einsatz kommen. Als Beispiele können die Promillegrenze in der Verhaltensprävention oder das Alkoholverkaufsverbot an Jugendliche im Bereich der Verhältnisprävention angeführt werden. Schließlich bieten ökonomische Anreiz- beziehungsweise Bestrafungssysteme eine Integration von Verhaltens- und Verhältnisprävention. Hierzu zählt beispielsweise die Verteuerung von Produkten mit einer gesundheitsschädigenden Wirkung, wie der Tabaksteuer (vgl. Leppin 2010: 40f).

Nachdem nun die primäre Prävention, die sekundäre Prävention und die tertiäre Prävention entsprechend dem Zeitpunkt, der Zielsetzung und den AdressatInnen der Intervention, ebenso wie Strategien und Methoden der Prävention dargelegt wurden, soll nachfolgend ein Überblick über die Strategien der Gesundheitsförderung aufgezeigt werden.

Im Gegensatz zur Prävention verfolgt der mehrdimensionale Interventionsansatz der Gesundheitsförderung zwei zentrale Strategien. Zum einen umfasst die intersektorale Ausrichtung der Gesundheitsförderungsstrategien sämtliche Politikbereiche (vgl. Hurrelmann / Laaser 2006: 766ff), wonach die Gesundheitsförderung als Querschnittsmaterie zu verstehen ist (vgl. Altgeld / Kolip 2010: 49). Sie schafft die Voraussetzung zur Bedürfnis- und Stärkenwahrnehmung sowie zur lebensweltlichen Einflussnahme für Individuen und Bevölkerungsgruppierungen (vgl. Hurrelmann / Laaser 2006: 768). Zum anderen gilt die Ottawa-Charta als Grundsatzdokument zur Gesundheitsförderung in Anbetracht ihrer Formulierungen oftmals als abstrakt, weshalb durch die WHO zusätzlich „*das Konzept der gesundheitsfördernden Settings*“ entwickelt wurde. Durch diesen Settingansatz besteht die Idee, dass die Gesundheit im Alltag hervorgebracht und bewahrt wird. Dadurch setzt er auch am alltäglichen Leben an. Allerdings fokussiert der Setting-Ansatz nicht das Individuum und sein Verhalten (vgl. Altgeld / Kolip 2010: 49), sondern soziale Systeme, sogenannte Settings, wie Familien und Städte. In diesen Settings werden Umwelteinflüsse, die für bestimmte Systemgruppierungen bedeutsam sind, ausgeübt. Überdies tragen diese auch zur Gestaltung der Gesundheitsbedingungen aktiv bei (vgl. Hurrelmann / Laaser 2006: 768).

In den vergangenen Jahren haben fachliche Diskussionen aufgezeigt, dass eine generelle Strategieverfolgung zur Gesundheitsförderung nicht zweckmäßig ist. Um das aktiv handelnde Subjekt in seiner Partizipation und in seinem Empowerment bestmöglich stärken zu können, ist eine Adressierung der Gesundheitsförderung an eine spezifische Zielgruppe, womöglich sogar mit einer sozialen Differenzierung, sinnvoll (vgl. Faltermaier / Wihofszky 2011: 263). Wirksam sind insbesondere jene Initiativen zur Gesundheitsförderung, die sich also an spezifische AdressatInnen richten (vgl. Hurrelmann / Klotz / Haisch 2010: 21) und auf folgenden Bedingungsfaktoren des gesundheitsrelevanten Verhaltens aufbauen (vgl. Freidl 2001: 99):

- *„personenbezogene Bedingungen, wie Lebensalter, Geschlecht, Einstellungen, Fähigkeiten*
- *Sozialgruppenspezifische Bedingungen, wie Lebenslage (Beruf, Einkommen, Bildung etc.), Lebensweisen, soziale Netzwerke*
- *Soziokulturelle Bedingungen, wie Norm- und Wertesystem, Angebot, Verfügbarkeit und Erreichbarkeit von Dienstleistungen für die Gesundheitsförderung, öffentliches Kommunikationssystem*

- *allgemein gesellschaftliche, kulturspezifische Bedingungen, wie weltanschauliche Wertesysteme, wirtschaftliche Bedingungen, Rechtssysteme, staatliche Ressourcenallokation*
- *Bedingungen der materiellen Umwelt, wie Klima, Landschaft, Siedlungsdichte, regionale Lage und Infrastruktur*
- *gesundheitsrelevante Gesundheitspolitik“ (Freidl 2001: 99f)*

Allerdings werden Angebote zur Prävention und zur Gesundheitsförderung, die eine soziale Differenzierung nach der Zielgruppe verfolgen, insbesondere von jenen Personen in Anspruch genommen, die ohnehin über ein hohes Gesundheitsbewusstsein aufweisen. So werden sie also überwiegend von Frauen in Anspruch genommen. Daraus ergibt sich, dass „*die soziale Ungleichheit von Gesundheit*“ erneut hervorgebracht wird (vgl. Faltermaier / Wihofszky 2011: 263f), obwohl die Gesundheitsförderung eigentlich zum Abbau der gesundheitlichen Ungleichheiten beitragen soll (vgl. Dierks 2004: 160). Tatsächlich erfolgt aber gegenwärtig oftmals noch keine „*klare Zielgruppenausrichtung nach Alter, Geschlecht, Lebenslage, Religion, Region und Ethnie*“ (vgl. Hurrelmann / Klotz / Haisch 2010: 21).

4.2.3 Geschlechtsspezifische Ansätze

Wie nun bereits anhand der Begriffsdefinitionen, der Strukturen und der Konzepte angedeutet werden konnte, gibt es bislang ein breites und vielfältiges Angebot zur Prävention und zur Gesundheitsförderung. Durch fehlende verbindliche Anforderungen und Kriterien zur Qualität (vgl. Altgeld / Kolip 2006: 19) wird gegenwärtig auch nur ein geringer Teil der Bevölkerung von Maßnahmen zur Prävention und zur Gesundheitsförderung angesprochen (vgl. Froboese 2007: 43). Insofern ist es auch nicht verwunderlich, dass eine zielgruppenspezifische Ausrichtung der Prävention und der Gesundheitsförderung nach dem Geschlecht (vgl. Kolip / Lademann 2010: 8) trotz der für diesen Bereich wahrgenommenen Bedeutung des Gender Mainstreamings (vgl. Faltermaier / Wihofszky 2011: 264) bislang nur nachrangig etabliert (vgl. Kolip / Lademann 2010: 8) und praktisch umgesetzt wurde (vgl. Altgeld / Kolip 2006: 17). Das heißt, dass geschlechtersensible (vgl. Pfeffer / Alfermann 2006: 69) sowie geschlechtsspezifische Aspekte (vgl. Merbach / Brähler 2010: 347), wie „*die unterschiedlichen Lebenslagen, gesundheitlichen Bedürfnisse und Motivationen von Frauen und Männern*“ (Faltermaier / Wihofszky 2011: 264), bislang nur zum Teil berücksichtigt werden (vgl. Altgeld / Kolip 2006: 18). Allerdings wäre gerade das Geschlecht im Rahmen der Prävention und der Gesundheitsförderung (vgl. Lademann / Kolip 2008: 5) von wesentlicher Bedeutung (vgl. Stöger 2007: 17), weil eine soziale Differenzierung nach dem Geschlecht (vgl. Faltermaier / Wihofszky 2011: 264) zum Abbau der ungleichen Gesundheitschancen von Frauen und Männern beitragen könnte (vgl. Altgeld / Kolip 2006: 15).

Gegenwärtig zeigt sich bei den Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten eine geschlechtsspezifische Schieflage (vgl. Hinze / Samland 2004: 171). Oftmals ist nämlich unklar, für welche Zielgruppe die Maßnahmen zur Prävention und zur Gesundheitsförderung ausgelegt sind (vgl. Altgeld / Kolip 2006: 17). So bewirkt „*die Orientierung an einem vermeintlich geschlechtsneutralen Versorgungsmodell*“ (vgl. Kolip 2007: 31), dass die gesundheitlichen Bedürfnisse von Männern und Frauen durch die Präventions- beziehungsweise Gesundheitsförderungsangebote

terInnen nicht wahrgenommen werden (vgl. Altgeld / Kolip 2006: 17) und die Angebote oftmals auch nicht die gewünschte Wirkung zeigen (vgl. Kolip 2007: 31). Insofern ist es auch nicht verwunderlich, warum sich Männer und Frauen im Erwachsenenalter bei Angeboten zur Prävention und zur Gesundheitsförderung in ihrem gesundheitsrelevanten Verhalten oftmals nicht gleichermaßen angesprochen fühlen (vgl. Altgeld / Kolip 2006: 17).

Dennoch ist trotz der bislang kaum aussagekräftigen Daten zur Inanspruchnahme von Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten (vgl. Merbach / Brähler 2010: 354) bereits bekannt, dass primär Frauen (vgl. Kolip / Hurrelmann 2002: 21), insbesondere in der mittleren Lebensphase (vgl. Kuhlmann / Kolip 2005: 109), gesundheitsbezogene Bildungsmaßnahmen in Anspruch nehmen (vgl. Hinze / Samland 2004: 171). Durch das Engagement von weiblichen Forscherinnen konnte der Bedarf zur Frauengesundheit aufgeholt werden (vgl. Faltermaier / Wihofszky 2011: 264). Deshalb sind die Angebote nun primär auf das weibliche Klientel ausgerichtet (vgl. Pfeffer / Alfermann 2006: 69) und die Vermittlung des ExpertInnenwissens erfolgt auch durch überwiegend weibliche Akteurinnen (vgl. Hinze / Samland 2004: 171). So sind in Bewegungs-, Ernährungs-, NichtraucherIn- und Stressbewältigungskursen (vgl. Pfeffer / Alfermann 2006: 68) laut Aufzeichnungen der Krankenkassen in etwa 90 Prozent der angemeldeten Personen dem weiblichen Geschlecht zuzuschreiben (vgl. Kolip / Hurrelmann 2002: 21). Auch bei Präventionsangeboten zu Schilddrüsenerkrankungen zeigt sich ein ähnliches Bild, weil diese primär bei Frauen bedingt durch das biologische Geschlecht ausgelöst werden (vgl. Kuhlmann / Kolip 2005: 115). Für die Teilnahme an Programmen zur Prävention und zur Gesundheitsförderung sind auch das Geschlechtsrollenkonzept sowie das Selbstkonzept zur Gesundheit grundlegend (vgl. Kolip / Hurrelmann 2002: 21). Durch das eigenständige (vgl. Mauerer 2010a: 94) sowie sensible Achten auf den Körper (vgl. Froboese 2007: 48), das Körpererleben und -verhalten (vgl. Mauerer 2010a: 93f), geht das weibliche Geschlecht auch häufiger davon aus, an gesundheitlichen Belastungen beziehungsweise Beeinträchtigungen zu leiden. Folglich ergreift es auch häufiger Vorsichtsmaßnahmen (vgl. Kolip / Hurrelmann 2002: 21) sowie Kontrolluntersuchungen (vgl. Mauerer 2010a: 93f). Neben einer partizipierenden Verantwortungs- sowie Vorsorgeübernahme der individuellen Gesundheit erfährt das weibliche Geschlecht auch eine Stärkung in seiner Autonomie und in seiner Eigenkompetenz. Das heißt, dass es jene Angebote des gesundheitlichen Versorgungssystems eigenverantwortlich in Anspruch nehmen kann (vgl. Bargfrede / Pauli / Hornberg 2004: 520). Zu beachten ist jedoch, dass Frauen in Anlehnung an ihre Rolle als Mutter, Hausfrau und Pflegerin von Familienangehörigen insbesondere dann von präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen angesprochen werden, wenn sich diese in der näheren Umgebung des Wohnortes befinden (vgl. Hochleitner / Bader 2009: 58).

Männer suchen hingegen professionelle Hilfestellungen seltener auf (vgl. Froboese 2007: 48), obwohl sie aufgrund ihres gesundheitlichen Risikoverhaltens „als Zielgruppe mit hohem gesundheitlichen Bedarf“ gelten (vgl. Faltermaier / Wihofszky 2011: 264). Dennoch werden Männer von Angeboten zur Prävention und zur Gesundheitsförderung nicht beziehungsweise weniger angesprochen (vgl. Winter 2004: 244) beziehungsweise erreicht (vgl. Faltermaier / Wihofszky 2011: 264), weil die Teilnahme an Angeboten zur Prävention (vgl. Froboese 2007: 48) und zur Gesundheitsförderung nicht dem traditionellen Verständnis der männlichen Rolle entspricht (vgl.

Kolip / Hurrelmann 2002: 21). Weil Männer den Krankheitszustand ohnehin schon mit Schwäche gleichsetzen, bedeutet die Prävention in einem psychologischen Sinn „*noch mehr Schwäche*“ (vgl. Kreienkamp 2007: 182). Überdies untersagt sie eine Gefahrenwahrnehmung in einem gesundheitlichen Risikogebiet (vgl. Froboese 2007: 48), weshalb das mechanistische Körperbild von Männern eine Orientierung des gesundheitlichen Verhaltens an der sogenannten „Reparaturmedizin“ kennzeichnet (vgl. Maurer 2010a: 94) und der Körper als zu beeinflussendes Instrument wahrgenommen wird (vgl. Froboese 2007: 48). Das heißt, dass sich Männer in ihrem Präventionsverhalten primär an den Beschwerden orientieren (vgl. Hinze / Samland 2004: 178) und bei gesundheitlichen Belastungen beziehungsweise Risiken eher ein Vermeidungsverhalten aufweisen (vgl. Kolip / Hurrelmann 2002: 21). Auch Maßnahmen zur Gesundheitsförderung werden von Männern mit Verboten des Gesundseins und der Gesundheit, also vor allem mit „*Verbote[n] des Männlich-Seins*“, gleichgesetzt (vgl. Winter 2004: 244). Dennoch ist zu beachten, dass sich Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung vorwiegend auf Normalbiographien und auf das männliche Arbeitszeitmodell beziehen. Personen, die also nach Dienstschluss Kinder versorgen oder Angehörige pflegen müssen, also vor allem Frauen, werden dabei vernachlässigt (vgl. Kolip / Lademann 2010: 8). Diese Schieflage der geschlechtsspezifischen Präventions- und Gesundheitsförderungsdisparitäten zuungunsten der Männer ist kritisch zu hinterfragen, weil Männer im Vergleich zu Frauen mit gleichen oder sogar höheren gesundheitlichen Risiken konfrontiert sind (vgl. Hinze / Samland 2004: 171).

In Anlehnung an die geschlechtsspezifische Schieflage bei den Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten (vgl. Hinze / Samland 2004: 171), sollte hervorgehoben werden, dass insbesondere die Ottawa-Charta zur Förderung der Gesundheit einen wesentlichen Beitrag zur allmählichen Beseitigung der gesundheitlichen Ungleichheit und der Chancenungleichheit zwischen Mann und Frau geleistet hat (vgl. Altgeld / Kolip 2010: 48f). Zu beachten ist jedoch, dass die geschlechtsspezifische Ausrichtung der Gesundheitsförderung noch sehr dürftig ist. Das liegt auch an den geschlechtslosen WHO-Dokumenten zur Gesundheitsförderung. „*So steht eine geschlechtersensible Ausformulierung der in der Ottawa-Charta definierten Handlungsebenen der Gesundheitsförderung noch aus, die beide Geschlechter in den Blick nimmt*“ (vgl. Kuhlmann / Kolip 2005: 98).

Aufbauend auf diese Ausführungen zur geschlechtsspezifischen Schieflage in der Prävention und in der Gesundheitsförderung werden nachfolgend nun wichtige Aspekte zu einigen geschlechtsspezifischen Ansätzen der Prävention und der Gesundheitsförderung aufgezeigt, die sich am bereits dargestellten Gesundheitsverhalten von Männern und Frauen orientieren.

In Anlehnung an den höheren Missbrauch und die höhere Abhängigkeit von Substanzen durch Männer (vgl. Zehetner 2012: 138), sollen zunächst geschlechtersensible Angebote der Suchtprävention aufgezeigt werden (vgl. Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung 2005i: 387). Mit Beginn der 1990er Jahre wurde die geschlechtsspezifische Drogenprävention für Jugendliche diskutiert (vgl. Schmidt 1998: 200). Ein Einstieg in den (il)legalen Drogenkonsum sollte dadurch vermieden beziehungsweise hinausgezögert sowie ein frühzeitiges Erkennen und Intervenieren möglich gemacht werden. Ziel war es also, einem missbrauchenden Verhalten oder

einer krankhaften Abhängigkeit rechtzeitig entgegen zu wirken (vgl. Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung 2005i: 387). Zunächst hat diese geschlechtsspezifische Drogenprävention für Jugendliche jedoch nur zu einer marginalen Ausbildung theoretischer Grundlagen geführt, weil die Angebote zur Suchtprävention lediglich geschlechtsneutral ausgerichtet waren. Aufgrund einer Vernachlässigung geschlechtsspezifischer Besonderheiten im Drogenkonsum, wie dem Alter, waren sie weder für Jungen noch für Mädchen ausgelegt und haben folglich eine Wirksamkeit, sowohl bei Jungen als auch bei Mädchen, verfehlt. Jedoch wurde im Laufe der Jahre die Bedeutung von geschlechtsspezifischen Aspekten für die Suchtprävention wahrgenommen. Allerdings wurden insbesondere Angebote der Primärprävention sowie suchtspezifische Angebote fast ausschließlich für Mädchen oder Frauen angeboten. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die weibliche Sozialisation als Erklärungsursache für den Drogenkonsum von Mädchen herangezogen wird (vgl. Schmidt 1998: 200f). Deshalb sind die Suchtgefährdung (vgl. Helfferich 2006: 29) und der Drogenkonsum von Mädchen auf deren Bewältigung (vgl. Schmidt 1998: 201) struktureller Benachteiligungen, aber auch auf deren weibliche Geschlechtsrolle, die auf Abhängigkeit und Anpassung ausgerichtet ist, zurückzuführen (vgl. Helfferich 2006: 29). Die Zielsetzungen von den überwiegend suchtspezifischen Präventionsangeboten (vgl. Schmidt 1998: 201) liegen in der Entfaltung der Entwicklungsmöglichkeiten (vgl. Helfferich 2006: 29), der Eigenverantwortung und der Selbstbestimmung von Mädchen. Hierzu werden Methoden der Beratung und der Information ebenso wie kreative Maßnahmen in Form von Rollenspielen angewendet, die bei den Mädchen zur Hilfestellung bei der Planung der Zukunft, zur psychosozialen Kompetenzaneignung, zur Übernahme von typisch männlichen Fertigkeiten und zur Verbesserung der individuellen Körperwahrnehmung beitragen sollen. Gleichzeitig gibt es bislang nur wenige Angebote zur Suchtprävention von Jungen, weshalb diese auch kaum erprobt sind. Jungen nehmen vorwiegend an geschlechtsneutralen Angeboten zur Suchtprävention teil, weil sich diese weitgehend an den Lebenswelten von Jungen orientieren. Allerdings verfehlen diese die suchtspezifischen Bedürfnisse von Jungen, weil sie die jungenspezifischen Bedingungen der Entwicklung und der Lebensweisen vernachlässigen (vgl. Schmidt 1998: 201f). Auch eine österreichweite Analyse zur drogenspezifischen Prävention bei Jugendlichen zeigt, dass es trotz einer „*Notwendigkeit geschlechtsspezifischer Forschung*“ bislang geschlechtsspezifische Präventionsdefizite gibt. Um diesem Defizit in der Suchtprävention zukünftig entgegenwirken zu können, sollte die Zielgruppe der Jugendlichen in ihrer Lebenswelt angesprochen werden. Neben präventiven Angeboten innerhalb der Schule könnte hierzu auch eine aufsuchende Drogenarbeit anvisiert werden. Das heißt, dass mobile DrogenberaterInnen die jugendlichen Lebenswelten, wie Jugendeinrichtungen, aufsuchen würden (vgl. Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung 2005i: 387). Überdies dürfen zukünftige Angebote zur Suchtprävention nicht mehr nur auf suchtmittelkonsumierende Jugendliche, die noch keine Abhängigkeit aufweisen, ausgerichtet sein. Präventionsangebote müssen zukünftig das Alter, die ethnische Zugehörigkeit und die soziale Schichtzugehörigkeit berücksichtigen, weil davon auszugehen ist, dass sich der Substanzkonsum nach diesen Faktoren unterscheiden lässt (vgl. Schmidt 1998: 24).

Auch das präventive Angebot zum Tabakkonsum muss den Gender-Aspekt berücksichtigen, da die Zahl an tabakkonsumierenden Mädchen und Frauen stetig im Steigen ist (vgl. Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung 2005i: 393) während der Tabakkonsum beim

männlichen Geschlecht rückläufig ist (vgl. Lademann / Kolip 2008: 11). Gleichzeitig sind in präventiven Kursen zur Genuss- und Suchtmittelreduktion auch zunehmend mehr erwachsene Männer anwesend (vgl. Froboese 2007: 43). Dies weist nun darauf hin, dass präventive Maßnahmen bei Männern eine Wirkung zeigen (vgl. Lademann / Kolip 2008: 11). So wirken bei (jungen) Männern präventive Maßnahmen zur Tabakabstinenz, wenn sie Aspekte der körperlichen Leistungsfähigkeit und des sportlichen Wettkampfes betonen (vgl. Kolip 2007: 26). Gleichzeitig sind – so wurde bereits im Unterkapitel 4.1 thematisiert – vor allem Mädchen dem Schlankeitswahn verfallen, was bei ihnen einen höheren Konsum an Zigaretten verursacht. Da Mädchen durch einen Rauchstopp eine Gewichtszunahme befürchten, greifen bei ihnen präventive Anti-Rauch-Maßnahmen bisher kaum (vgl. Hochleitner / Bader 2009: 59). Diese Tatsachen sind bei der zukünftigen Angebotsentwicklung zur geschlechtssensiblen Prävention zu berücksichtigen. Folglich müssen Präventionsangebote für Frauen beim Gewicht und Präventionsangebote für Männer bei der physischen Leistungsfähigkeit ansetzen (vgl. Lademann / Kolip 2008: 11ff). Insofern müssen sich die zukünftigen Maßnahmen zur Tabakprävention an unterschiedlichen Methoden beziehungsweise Zugangsweisen orientieren, um beide Geschlechter ansprechen zu können (vgl. Kolip 2007: 26f). So haben österreichische Analysen ergeben, dass Kinder sowie Jugendliche durch Maßnahmen der primären Prävention (vgl. Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung 2005i: 393), insbesondere in der Familie, in der Schule und in der Freizeit angesprochen werden (vgl. Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung 2005i: 387). In diesem Zusammenhang wurde im Jahr 2004 das österreichische Projekt „*Die rauchfreie Schule – gemeinsam gegen das Rauchen*“ initiiert, in welchem die individuellen Kompetenzen von SchülerInnen zur bewussten Entscheidung gegen das Rauchen gestärkt werden sollten (vgl. Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung 2005i: 393). Hingegen werden bei erwachsenen Menschen, die primär durch das Gesundheitswesen oder den Arbeitsplatz erreicht werden (vgl. Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung 2005i: 387), vor allem sekundäre Präventionsmaßnahmen, wie Therapien der RaucherInnenentwöhnung, angewendet. Diese sind allerdings nicht geschlechtsspezifisch ausgerichtet, weil dieselben Interventionen sowohl bei Männern als auch bei Frauen wirksam sind (vgl. Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung 2005i: 393).

Hingegen sollen präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen im Bereich der Ernährung die Essgewohnheiten, das Ernährungsverhalten und -wissen verbessern sowie entsprechende Handlungskompetenzen vermitteln (vgl. Leitzmann et al. 2009: 534). Dabei ist eine zielgruppenspezifische (vgl. Kiefer / Rathmanner 2008: 127), also eine geschlechtsspezifische Ausrichtung zu fokussieren – da wie bereits aufgezeigt wurde – geschlechtsspezifische Unterschiede im Ernährungs- (vgl. Rehaag / Tils / Waskow 2011: 107) beziehungsweise Essverhalten, im Ernährungsinteresse und -wissen bestehen. So ist darauf zu achten, dass Frauen bedingt durch ihr ausgeprägtes Gesundheitsverhalten (vgl. Kiefer / Rathmanner 2008: 127) eine höhere Teilnahmequote an Ernährungsangeboten (vgl. Deneke / Bruns 2006: 105), wie Ernährungsberatungen (vgl. Kiefer / Rathmanner 2008: 127), und ein vermeintlich besseres Ernährungswissen aufweisen (vgl. Kiefer / Rathmanner 2004: 173), das allerdings oftmals nicht den ernährungswissenschaftlichen Richtlinien entspricht (vgl. Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung 2005i: 391). Ernährungsbezogene Präventionsansätze, die aufgrund zunehmender er-

nährungsabhängiger Krankheiten stets relevanter werden, sollen diese Diskrepanzen zwischen der faktischen Nährstoffzufuhr und den ernährungswissenschaftlichen Standards verringern und gleichzeitig ein der Gesundheit gerechtfertigtes Ernährungsverhalten fördern (vgl. Kiefer / Rathmanner 2008: 127f). In diesem Zusammenhang haben Analysen zur Prävention von ungünstigen Ernährungsweisen aufgezeigt, dass eine ausschließliche Fokussierung auf eine ernährungsphysiologische Wissensvermittlung ihre präventive Wirkung verfehlt. Gleichzeitig sind auch jene Programme begrenzt wirksam, die eine reine Modifikation des Essverhaltens verfolgen. Vielmehr können laut österreichischen Analysen insbesondere dann Veränderungen in ungünstigen Ernährungsgewohnheiten langfristig sowie nachhaltig erzielt werden, wenn präventive Angebote „psychologische Motive des Essverhaltens berücksichtig[en]“ (vgl. Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung 2005i: 391). Das heißt, dass die primärpräventive Maßnahme der Ernährungsberatung eine Ernährungsaufklärung betreiben muss, die zunächst das Ernährungsbewusstsein wecken, fördern und festigen, und gegenüber Ernährungsfragen sensibilisieren soll (vgl. Kiefer / Rathmanner 2008: 128).

Auch im Rahmen von präventiven und gesundheitsfördernden Bewegungs- und Sportangeboten muss der Gender-Aspekt Beachtung finden (vgl. Pfeffer / Alfermann 2006: 68), weil Frauen grundsätzlich inaktiver sind (vgl. Statistik Austria 2007: 30). Allerdings sind vorwiegend Frauen aufgrund des Geschlechtsrollenselbstbildes in präventiven Bewegungs- und Sportangeboten anzutreffen, obwohl diese kaum auf weibliche Bedürfnisse beziehungsweise Lebensrealitäten abgestimmt, also frauengerecht, sind. Demnach sind Frauen in präventiven Walking-Programmen häufiger anzutreffen, weil diese die Fettverbrennung begünstigen und somit zum erklärten Ziel der Gewichtsabnahme beitragen. Überdies handelt es sich bei Walking-Programmen keineswegs um einen dynamisch wirkenden Sport, weshalb sie auch eher dem weiblichen Sportverständnis entsprechen. Gleiches gilt für das gelenksschonende Aquajogging, das ebenfalls eine hohe Fettverbrennung begünstigt, jedoch von Männern trotz einer hohen Ausdauerbelastung weitgehend gemieden wird. Männer werden hingegen vorwiegend von präventiven Lauftreffs angesprochen. Zurückzuführen ist die männliche Präferenz zum Ausdauersport auf die individuelle Möglichkeit zur kontinuierlichen Leistungssteigerung, die sich auch in einer Teilnahme an Volksläufen oder Marathons widerspiegelt. Jedoch können auch Gymnastik- und Stretchingübungen, die eher dem weiblichen Sportverständnis entsprechen, zur motorischen Verbesserung eingebaut werden (vgl. Pfeffer / Alfermann 2006: 69f).

Auch rehabilitative Maßnahmen sind von geschlechtsspezifischen Unterschieden, verursacht durch das biologische Geschlecht (z.B. Hormone) und das soziale Geschlecht (z.B. Rollenfunktion), gekennzeichnet. So werden Frauen rehabilitative Maßnahmen nicht nur seltener verordnet, sondern sie nehmen diese – aufgrund einer Ausrichtung an den männlichen Bedürfnissen – auch seltener in Anspruch. So haben Frauen andere Möglichkeiten zur Etablierung und Stabilisierung von erlernten Verhaltensmodifikationen nach einer stationären Rehabilitation, was insbesondere auf die Familienarbeit und den Haushalt zurückzuführen ist. Frauen nehmen die durch die stationäre Rehabilitationsmaßnahme bedingte berufsbezogene Krankschreibung als neue Freizeit wahr, die sie aber für Tätigkeiten im Haushalt oder für die Familie weitgehend aufgeben. Gleichzeitig sind Frauen im Vergleich zu Männern nach einer stationären Rehabilitations-

maßnahme eher bereit, die berufliche Tätigkeit für die Familien- und Hausarbeit endgültig aufzugeben. Folglich müssen zukünftige Rehabilitationsmaßnahmen so ausgerichtet werden, dass sie eine Vereinbarkeit mit der Haus- und Familienarbeit gewährleisten (vgl. Fialka-Moser / Vaccariu / Herceg 2004: 248ff).

Zusammenfassend bleibt zu den geschlechtsspezifischen Ansätzen der Prävention und der Gesundheitsförderung festzuhalten, dass es unterschiedlicher Angebote für Männer und Frauen bedarf (vgl. Hochleitner / Bader 2009: 58). Allerdings ist es schwierig, allgemeine Empfehlungen zu formulieren, die für jeden Mann und für jede Frau gültig sind (vgl. Hochleitner / Bader 2009: 51). Denn es müssen sowohl soziale Faktoren (vgl. Stöger 2007: 17), wie das Alter (vgl. Hochleitner / Bader 2009: 59), als auch kulturelle Faktoren, wie die Migration, berücksichtigt werden (vgl. Stöger 2007: 17), weil diese Erreichbarkeits-, Motivierbarkeits- (vgl. Hochleitner / Bader 2009: 59) und Zugangsprobleme hervorrufen können (vgl. Stöger 2007: 17). Zur Förderung der Wirksamkeit von bestehenden Präventions- und Gesundheitsförderungsprogrammen bedarf es also einer Berücksichtigung des biologischen sowie sozialen Geschlechts und der spezifischen Lebenssituation (vgl. Pfeffer / Alfermann 2006: 69) im Sinne sozialer Differenzierungsvariablen von sowohl Männern als auch von Frauen (vgl. Kolip 2007: 28).

4.2.4 Altersspezifische Ansätze

Grundsätzlich handelt es sich beim Altern um einen Prozess, der bei jeder Person mit zunehmendem Alter differenzierter abläuft (vgl. Wohlfarth / Ritterbach 2009: 166). Dadurch lassen sich auch die Ressourcen sowie die Risiken in den Verhaltens-, Verhältnis- und Versorgungsaspekten im gesamten Lebenslauf unterschiedlich darstellen (vgl. Blüher / Dräger 2011: 655). Diese Unterschiedlichkeiten müssen daher sowohl in der Prävention als auch in der Gesundheitsförderung aufgegriffen werden (vgl. Wohlfarth / Ritterbach 2009: 166). Aus diesem Grund kann es zum Beispiel nicht „die“ Zielgruppe älterer Personen geben (vgl. Blüher / Dräger 2011: 655), weshalb es in der Prävention und in der Gesundheitsförderung einer zielgruppenspezifischen Ausrichtung nach dem Alter bedarf (vgl. Wohlfarth / Ritterbach 2009: 166). Die Zielgruppen könnten sich dabei auf „*junge Alte*“, *mehrfach erkrankte alte Menschen in Institutionen*, *Hochaltrige oder ältere Menschen mit besonderen Belastungen*“ richten (vgl. Blüher / Dräger 2011: 656). Allerdings werden bislang überwiegend Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen für jene Personen angeboten, die das mittlere Lebensalter noch nicht erreicht haben (vgl. Schaefer / Lademann 2010: 161f). Diesbezüglich liegen seither auch kaum Daten für das höhere Alter vor (vgl. Walter / Hager 2004: 267). Nichtsdestotrotz zeigen sich in den vergangenen Jahren Bemühungen, das Angebot für Menschen im Alter auszubauen (vgl. Schaefer / Lademann 2010: 161f). Diese verfolgen die Zielsetzung der „*Vermeidung von Krankheit und Behinderung [...], [...] [den] Erhalt körperlicher und geistiger Leistungsfähigkeit, eine aktive und selbständige Lebensführung sowie die Aufrechterhaltung eines sozialen und gesundheitlichen Unterstützungssystems*“ (vgl. Schaefer / Lademann 2010: 176). Allerdings werden weder das Geschlecht angemessen berücksichtigt noch weitere Differenzierungen vorgenommen (vgl. Schaefer / Lademann 2010: 162). Wichtig wäre aber gerade die zielgruppenspezifische Berücksichtigung des heterogenen Lebens des älteren „*Menschen in seiner individuellen Einzigartigkeit, in seinen subjektiven Lebensorientie-*

rungen und Sinnsetzungen und vor allem auch in seinem biographischen Gewordensein“ (vgl. Wohlfarth / Ritterbach 2009: 165), weil „[d]er Rückgriff auf das kalendarische Alter allein [...] viel zu kurz“ greifen würde (vgl. Blüher / Dräger 2011: 664).

Ältere Menschen werden also als spezifische Zielgruppe im Präventions- und Gesundheitsförderungsbereich vernachlässigt, weshalb auch von einem „blinden Fleck“ gesprochen wird (vgl. Schaefer / Lademann 2010: 176). Allerdings würde gerade die Gesundheitsförderung älteren Menschen die Möglichkeit bieten, „*bestehende Reserven auszubauen, verlorene Fähigkeiten wiederzugewinnen oder psychosoziale Benachteiligungen durch körperliche Einschränkungen zu verhindern*“. Dadurch könnte das Auftreten von Krankheiten vermieden oder hinausgezögert werden. Als Risikogruppen sollten insbesondere jene Personen im Alter erreicht sowie motiviert werden, die ihre eigene Gesundheit über Jahre hinweg vernachlässigt haben. Auch geschiedene oder verwitwete Männer im Alter sollten in präventiven sowie gesundheitsfördernden Angeboten berücksichtigt werden, weil die Gesundheitsversorgung vormals von deren Frauen übernommen wurde. Ebenfalls ansetzen müssen diese Angebote bei älteren MigrantInnen sowie ungelerten PensionistInnen, die mit einer harten Arbeitsbiografie oder mit einer mangelnden sozialen Integration konfrontiert sind. Gleichzeitig gelten auch ältere Menschen mit Suchtkarrieren oder depressiven Symptomen als Risikogruppen (vgl. Wohlfarth / Ritterbach 2009: 166ff). Zu berücksichtigen sind vor allem auch ältere Frauen, die Familienangehörige pflegen, weil für sie bislang fast ausschließlich Beratungs- beziehungsweise Entlastungsangebote und Selbsthilfegruppen zur Verfügung stehen (vgl. Schaefer / Lademann 2010: 170f). Auch hochaltrige Menschen gelten in der Gesundheitsförderung und in der Prävention als „*blinder Fleck im blindem Fleck*“, was jedoch durch präventive Hausbesuche entschärft werden könnte. Diese, so belegen Studien, können die Mortalitätsrate ebenso wie die Anzahl an Einweisungen in das Krankenhaus oder in das Pflegeheim verringern (vgl. Schaefer / Lademann 2010: 175f). Interessant ist jedoch, dass sich sowohl Männer als auch Frauen im Alter von 60 bis 74 Jahren gesundheitsförderlicher verhalten als jene im mittleren Alter. Sie verhalten sich aber auch gesundheitsförderlicher als jene, die bereits ein Alter von über 74 Jahren erreicht haben (vgl. Walter / Hager 2004: 290). Diese Tatsache ist erstaunlich, weil bislang überwiegend Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen für jene Personen angeboten werden, die das mittlere Lebensalter noch nicht erreicht haben (vgl. Schaefer / Lademann 2010: 161f).

Inhaltlich bauen altersspezifische Ansätze zur Gesundheitsförderung insbesondere (vgl. Wohlfarth / Ritterbach 2009: 166f) auf zielgruppenübergreifenden Maßnahmen (vgl. Blüher / Dräger 2011: 653) in den Bereichen der Bewegung, der Ernährung sowie des kognitiven Trainings auf (vgl. Wohlfarth / Ritterbach 2009: 166f). Bei der Ernährung ist darauf zu achten, dass im Alter ein erhöhtes Risiko für Mangel- und Unterernährung besteht. Insofern muss älteren Menschen die Besonderheit einer gesunden Ernährung näher gebracht werden. Gesundheitsfördernde Bewegungs- und Sportmaßnahmen sind im Alter von Relevanz, weil sie einen enormen gesundheitlichen Nutzen leisten und altersspezifischen Problemen, wie Stürzen sowie Sturzfolgen, vorbeugen können (vgl. Wohlfarth / Ritterbach 2009: 162). Neben den gesundheitsfördernden Maßnahmen, wie physischen Trainings sowie rehabilitativen Ansätzen (vgl. Schaefer / Lademann 2010: 166), sind im Alter auch Aspekte der Alltagskompetenz, der Emotionalität und der sozialen Kontakte

(vgl. Wohlfahrt / Ritterbach 2009: 167) in Form persönlicher und sozialer Unterstützungsmaßnahmen von besonderer Bedeutung. Als idealer Ort für die Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen eignen sich bei Menschen im Alter der persönliche Lebensbereich und die unmittelbare Wohnumgebung, da diese den Mobilitätseinschränkungen am ehesten entsprechen (vgl. Schaefer / Lademann 2010: 176).

Betrachtet man nun die Teilnahme an präventiven und gesundheitsförderlichen Angeboten, so geht mit der Angebotsausrichtung auf das mittlere Alter einher (vgl. Schaefer / Lademann 2010: 161f), dass im Altersvergleich ältere Frauen tendenziell seltener gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch nehmen als Frauen in jüngeren Lebensphasen (vgl. Wimmer-Puchinger 1996a: 118). Auch bei Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen der sekundären Prävention zeigt sich ein ähnliches Bild (vgl. Kolip / Koppelin 2002: 493): So nehmen zwar mehr Frauen als Männer an Untersuchungen zur Krebsfrüherkennung teil (vgl. Kuhlmann / Kolip 2005: 107). Allerdings ist die Teilnahmebereitschaft zur Krebsvorsorge bei Frauen in der reproduktiven Lebensphase am höchsten. Sie sinkt dann bei Frauen, die ein Alter von 55 Lebensjahren erreicht haben (vgl. Kolip / Koppelin 2002: 493), wengleich sie bei Männern ab diesem Lebensalter ansteigt. Ursachen für die geschlechtsspezifische Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen im Alter liegen teilweise in der strukturellen Angebotsausgestaltung des Gesundheitssystems. So kann der Teilnehmerückgang ab einem Lebensalter von 55 Jahren bei Frauen auf die bis zur reproduktiven Phase durchgeführten gynäkologischen Untersuchungen, die im Zusammenhang mit hormonellen Verhütungs- beziehungsweise postmenopausalen Präparatsverordnungen oder zur Schwangerschaftskontrolle stehen, zurückgeführt werden. Solche gynäkologischen Routinebesuche enden bei vielen Frauen, die keine hormonelle Dauermedikation nach Vollendung der reproduktiven Lebensphase erhalten. Dieser Entwicklung kann mit der Mammographie gegengesteuert werden (vgl. Kuhlmann / Kolip 2005: 107f). Hierbei ist jedoch zu beachten, dass gegenwärtig allerdings ab einem Alter von 70 Jahren die Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen von Frauen unter jener von Männern liegt. Das heißt, dass Früherkennungsuntersuchungen gerade in jenen Altersgruppen seltener in Anspruch genommen werden, in denen Krebserkrankungen gehäuft auftreten (vgl. Kolip / Koppelin 2002: 493). Allerdings wird sowohl bei Männern als auch bei Frauen „*ein[...] Versagen der Früherkennungsuntersuchungen*“ verzeichnet. Grundsätzlich ist nämlich davon auszugehen, dass die steigenden Krebserkrankungsraten mit zunehmendem Alter auch eine ansteigende Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen bei beiden Genusgruppen bedingen würden (vgl. Kuhlmann / Kolip 2005: 108).

Gleichzeitig kann auch von einer Verdichtung an Routineuntersuchungen weiblicher Geschlechtsorgane gesprochen werden. Diese geht mit einer Verjüngerung der Inanspruchnahme von Früherkennungsmaßnahmen einher, die auf die niedrigen Therapieerfolge von aggressiven Brustkrebsformen, an denen überwiegend jüngere Frauen erkranken, zurückzuführen ist. So werden zur Krebsfrüherkennung PAP-Abstriche bereits bei Frauen in jüngeren Lebensjahren durchgeführt, wobei es für diese Überversorgung innerhalb Österreichs keine medizinische Veranlassung gibt. Internationale Studien belegen, dass sich in der gesundheitlichen Lage von Frauen keine Unterschiede zeigen, egal ob bei ihnen nun jährlich oder erst nach drei Jahren ein PAP-Abstrich

durchgeführt wird (vgl. Mauerer 2010a: 89ff). Ähnliche Probleme zeigen sich auch bei der Geburtenbetreuung im Herztonwehenschreiber als technischen Standard während der Geburt, bei der Pränataldiagnostik und beim Mammographie-Screening, die allesamt einen Bedarf ohne zweifelsfreien Nutzenbeleg schaffen (vgl. Kuhlmann / Kolip 2005: 108). Allerdings ist zu bedenken, dass Mammographie-Screenings die Mortalität bedingt durch Brustkrebs bei Frauen, die ein Alter zwischen 50 und 69 Jahren haben, um ca. 20 bis 30 Prozent verringert (vgl. Mauerer 2010a: 89).

Abschließend bleibt festzuhalten, dass der zukünftige Fokus der Prävention und der Gesundheitsförderung infolge des demographischen Wandels auf das Erwachsenenalter sowie auf das Alter gelegt werden sollte (vgl. Faltermaier / Wihofszky 2011: 265). Bei der zielgruppenspezifischen Ausrichtung auf Menschen im Alter sollte jedoch die Prävention an die Gesundheitsförderung anknüpfen, indem nicht nur auf die Krankheitsverhütung, sondern auch auf den individuellen Alterungsprozess (vgl. Wohlfahrt / Ritterbach 2009: 168) *„mit je unterschiedlichen gesundheitsrelevanten Lebenslagen, materiellen Ressourcen, sozialer Integration und Partizipation [...] sowie unterschiedlichen subjektiven Konzeptionen von Gesundheit und Krankheit“* (Blüher / Dräger 2011: 664) geachtet werden sollte (vgl. Wohlfahrt / Ritterbach 2009: 168). Dies sollte geschehen, weil bei älteren im Gegensatz zu jüngeren Personen das gegenwärtige Angebot an präventiven Maßnahmen zur Krankheitsvermeidung oftmals nicht ausreicht (vgl. Winkler / Pochobradsky / Wirl 2012: 117).

4.2.5 Geschlechts- und altersspezifische Angebote in Österreich

Nach diesen allgemeinen Ausführungen zur Ausrichtung und Inanspruchnahme von Angeboten zur Prävention und zur Gesundheitsförderung sollen nun auszugsweise einige präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen aus der Praxis am Beispiel Österreichs aufgezeigt werden.

Zunächst sei darauf hinzuweisen, dass auch in Österreich bereits ein *„Wissen über die Notwendig[keit] geschlechtersensibler Präventionsansätze [...] zwar vorhanden [ist], dennoch werden Geschlechtsunterschiede in den meisten Präventions- und Gesundheitsförderungsprojekten häufig vernachlässigt“* (vgl. Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung 2005i: 385). Dessen ungeachtet gibt es auch in Österreich bereits einige präventive und gesundheitsförderliche Angebote, die sich speziell an Frauen richten (vgl. Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung 2005i: 395). So hat der Fonds Gesundes Österreich von 1999 bis 2004 neben 40 frauenspezifischen Projekten, auch acht männerspezifische Projekte, sieben Gender-Projekte und drei Familien-Projekte mit frauenspezifischem Fokus gefördert (vgl. Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung 2005i: 385). Den Großteil dieser Projekte, die normalerweise ein bis zwei Jahr(e) dauern, bieten (Frauen-)Beratungsstellen an. Auch werden neben einer altersspezifischen Ausrichtung der präventiven und gesundheitsfördernden Projekte, marginalisierte Bevölkerungsgruppierungen, wie Frauen mit einer Behinderung oder wohnungslose Frauen, berücksichtigt. Vorwiegend sind in Österreich frauenspezifische Projekte zur Prävention und zur Gesundheitsförderung auf Essstörungen und das Essverhalten ausgelegt. Diese Angebotsausrichtung impliziert, dass das Alkohol-, Nikotin- und Suchtverhalten von Frauen kaum berücksichtigt wird. Der Schwerpunkt der präventiven und gesundheitsfördernden

Maßnahmen für Frauen liegt aber nach wie vor auf der reproduktiven Gesundheit (vgl. Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung 2005i: 395).

Zunächst soll hier auf die Vorsorgeuntersuchung in Österreich hingewiesen werden (vgl. Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung 2005i: 381), weil sie „*im österreichischen Gesundheitswesen die am häufigsten in Anspruch genommene Präventionsmaßnahme der sozialen Krankenversicherung darstellt*“ (Müller / Ringhofer / Ostermann 2012: 735). Die 1974 initiierte und auch als Gesundenuntersuchung bezeichnete kostenlose Vorsorgeuntersuchung (vgl. Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung 2005i: 381), deren Kosten von der Sozialversicherung übernommen werden (vgl. Rudorfer / Dannhauser 2011: 235), kann von jedem/r ÖsterreicherIn ab einem Alter von 19 Lebensjahren (vgl. Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung 2005i: 381) einmal pro Jahr in Anspruch genommen werden (vgl. Rudorfer / Dannhauser 2011: 235). Im Jahr 2006 wurde die Einführung einer neuen Vorsorgeuntersuchung (Vorsorgeuntersuchung NEU) vollzogen (vgl. Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung 2005i: 382). Neben einer entsprechend der österreichischen Todesursachen gesetzten schwerpunktspezifischen Basis-Vorsorgeuntersuchung (vgl. Rudorfer / Dannhauser 2011: 235) von Volkskrankheiten (vgl. Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung 2005i: 382), also von Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen, soll(en) auch Alters-, Parodontal-, Stoffwechsel- und Suchterkrankungen rechtzeitig erkannt und präventiv vorgebeugt werden (vgl. Rudorfer / Dannhauser 2011: 235). So können Frauen zusätzlich eine gynäkologische Untersuchung, ab dem 40. Lebensjahr auch jedes zweite Jahr eine Mammografie, in Anspruch nehmen (vgl. Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung 2005i: 381). Das heißt, dass im Sinne der primären Prävention gesundheitliche Risikofaktoren rechtzeitig identifiziert und abgewendet werden sollen. Gleichzeitig soll im Sinne der sekundären Prävention eine therapeutische Behandlung bereits bestehender gesundheitlicher Beeinträchtigungen in einem frühen Krankheitsstadium ermöglicht werden, sodass eine Verbesserung der Heilungschancen anvisiert werden kann. Ausgeführt werden die Basis-Untersuchungen von AllgemeinmedizinerInnen, InternistInnen und PneumologInnen, während für die zusätzlichen Untersuchungen GynäkologInnen (z.B. Mammografie) und RadiologInnen zuständig sind (vgl. Rudorfer / Dannhauser 2011: 235). Grundsätzlich ist seit der Initiierung der Vorsorgeuntersuchung eine beständige Zunahme in der Inanspruchnahme zu verzeichnen. Allerdings nehmen mehr Frauen (60 %) diese Untersuchungen wahr als Männer (40 %). Interessant ist, dass lediglich 20 Prozent der an der Vorsorgeuntersuchung teilnehmenden Frauen, auch von der zusätzlichen gynäkologischen Untersuchung Gebrauch machen. Begründet wird dies damit, dass viele Frauen ohnedies mindestens einmal pro Jahr eine/n GynäkologIn aufsuchen. Hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang auch, dass die Teilnahme an gynäkologischen Vorsorgeuntersuchungen von Österreicherinnen oberhalb des EU-Durchschnitts liegt (vgl. Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung 2005i: 381).

Wie bereits aufgezeigt werden konnte, haben MigrantInnen trotz ihres erhöhten Gesundheitsrisikos oftmals einen erschwerten Zugang zum fremden Gesundheitssystem (vgl. Bader / Hochleitner 2008: 73f). Infolgedessen nehmen sie auch aufgrund von sozioökonomischen Benachteiligungen sowie sprachlichen Verständnisschwierigkeiten (vgl. Löschke-Yaldiz et al. 2010: 150f) kaum Vorsorge- oder Früherkennungsangebote in Anspruch (vgl. Kaufmann 2010: 227). Um Mi-

grantInnen, insbesondere weiblichen Migrantinnen, den Zugang zur Vorsorgeuntersuchung zu erleichtern, wurde das „vom Wiener Programm für Frauengesundheit beziehungsweise von der Wiener Gesundheitsförderungs-GmbH finanziert[e]“ türkischsprachige Projekt „Ich bleib‘ gesund“ in Wien, Österreich, initiiert. In zwei Einrichtungen der Vorsorgeuntersuchung (vgl. Löschke-Yaldiz et al. 2010: 150f) des „Gesundheitsdienst[es] der Stadt Wien“ (vgl. Wolf / Endler / Wimmer-Puchinger (Hrsg.) 2010: 214), begleiten türkischsprachige DolmetscherInnen oder MedizinerInnen MigrantInnen bei der medizinischen Vorsorgeuntersuchung und der psychosozialen Beratung. Die türkischsprachigen BegleiterInnen der Vorsorgeuntersuchung helfen den MigrantInnen bei der Anmeldung, dem Ausfüllen des Anamnesebogens, und stehen ihnen mit sprachlicher Unterstützung bei dem Erläutern von Blut-, Harn- beziehungsweise Stuhlproben, Untersuchungsergebnissen, ärztlichen Zuweisungen und sonstigen Fragestellungen betreffend die Vorsorgeuntersuchung bei. Um MigrantInnen über dieses Projekt zur Vorsorgeuntersuchung zu informieren, dient eine aufsuchende Öffentlichkeitsarbeit. Das heißt, dass MigrantInnen mit geringen Deutschkenntnissen beispielsweise in Parks direkt angesprochen werden, ebenso wie auch Beratungsstellen, Moscheen, Sprachkurse und Vereine über dieses Angebot informiert werden. Über die Inanspruchnahme dieses Projektes liegen für den Zeitraum vom November 2006 bis zum Dezember 2008 Daten vor. So verteilt sich die Anzahl von 758 TeilnehmerInnen auf 604 Frauen gegenüber 154 Männern. Mehr als 80 Prozent der TeilnehmerInnen haben durch dieses Projekt zum ersten Mal an einer Vorsorgeuntersuchung teilgenommen. Viele MigrantInnen wissen von der Möglichkeit einer kostenlosen Vorsorgeuntersuchung in Österreich nichts, obwohl ungefähr zwei Drittel der TeilnehmerInnen bereits über zehn Jahre einen Wohnsitz in Österreich hat. Durch dieses Projekt konnte ermittelt werden, dass bei österreichischen MigrantInnen grundsätzlich ein breites Interesse an der Vorsorgeuntersuchung besteht, sofern die Angebote zielgruppenspezifisch ausgerichtet sind und folglich den Bedürfnissen von MigrantInnen entsprechen (vgl. Löschke-Yaldiz et al. 2010: 150ff).

Des Weiteren ist auch der Mutter-Kind-Pass anzuführen, weil dieser aufgrund der hohen Sterblichkeitsrate von Säuglingen zu Beginn der 70er Jahre des 20. Jahrhunderts in Österreich eingeführt wurde. Durch eine gesetzliche Ergänzung des Familienlastenausgleichsgesetzes ist in Österreich seit dem Jahr 1974 eine kostenlose medizinische Untersuchung von Säuglingen und schwangeren Frauen festgelegt, egal ob eine Versicherung besteht oder nicht. Gebunden ist diese Untersuchung lediglich an einen österreichischen Wohnsitz, sodass die Kosten von dem „Ausgleichsfond für Familienbeihilfen“ und den gesetzlichen Krankenversicherungsträgern getragen werden können. Neben gynäkologischen sowie Ultraschallkontrollen bei schwangeren Österreicherinnen, umfasst der Mutter-Kind-Pass auch allgemeine Untersuchungen der Augenheilkunde, des Hals-Nasen-Ohrenbereiches und der Orthopädie bei Kindern bis zum 62. Lebensmonat. Die Inanspruchnahme dieser Untersuchungen wird im Zuge des Mutter-Kind-Passes bis zum 14. Lebensmonat des Kindes an monetäre Anreize gekoppelt, die sich im Laufe der Zeit von einer erhöhten Geburtenbeihilfe über einen Mutter-Kind-Pass-Bonus hin zu maximal 50 Prozent des Kinderbetreuungsgeldes verändert haben. Betrachtet man die Wirkung der Untersuchungen im Zuge des Mutter-Kind-Passes, so hat sich im Laufe der Zeit neben der Säuglingssterblichkeit auch das Erkrankungsrisiko des Bewegungsapparates, der Hör-, Seh- und Stoffwechselfstörungen reduziert. Schließlich bleibt festzuhalten, dass der Mutter-Kind-Pass in Österreich

eine wertvolle Präventionsarbeit leistet (vgl. Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung 2005i: 382f).

Ein österreichisches Beispiel zur Gesundheitsförderung aus der Praxis, welches in dieser Diplomarbeit angeführt werden sollte, ist das Projekt „*Gesund arbeiten ohne Grenzen*“. Dieses setzt an der sogenannten betrieblichen Gesundheitsförderung von weiblichen Personen im Niedriglohnbereich, bei weiblichen Reinigungskräften, unter Berücksichtigung der Interkulturalität an. Hervorzuheben ist dieses Projekt, da es neben der Lebenslage von Frauen auch die betriebliche Gesundheitsförderung fokussiert, welche bislang (vgl. Haider / Kron / Blagojević 2010: 168) auch in Österreich (vgl. Pirolt / Schauer 2006: 242) als sogenannte „Männerdomäne“ gilt. Dieses Projekt geht vom Frauengesundheitszentrum F.E.M. Süd aus und berücksichtigt die gesundheitlichen sowie psychosozialen Probleme von 204 Reinigungsfrauen mit einem Durchschnittsalter von 45 Jahren, die in Krankenhäusern des Wiener Krankenanstaltenverbundes tätig sind. Ziel war es, die Aspekte der Gender- und Kultursensibilität in der betrieblichen Gesundheitsförderung von Frauen im Niedriglohnbereich (weiter) zu entwickeln sowie umzusetzen. Dieses Projekt hat ergeben, dass die weiblichen Reinigungskräfte neben physischen Beeinträchtigungen, wie Wirbelsäulenproblemen, auch an psychosozialen Belastungen, vor allem an Stress, leiden. Um die Arbeitssituation für die weiblichen Reinigungskräfte verbessern zu können, wurden nicht nur individuelle Veränderungen bei den Projektteilnehmerinnen (z.B. Teilnahme an kostenlosen, zweisprachigen Gymnastikkursen), sondern auch strukturelle Veränderungen im Krankenhausbetrieb (z.B. Optimierung der Dienstabläufe) getätigt. Durch dieses Projekt hat sich für sämtliche Beteiligte eine sogenannte „*Win-win-Situation*“ ergeben: Die weiblichen Reinigungskräfte haben von diesem Projekt profitiert, da sie ihr Selbstbewusstsein und ihr Wohlbefinden verbessern konnten. Demgegenüber hat der Betrieb an motivierten Mitarbeiterinnen gewonnen (vgl. Haider / Korn / Blagojević 2010: 168ff).

Auch für die Zielgruppe älterer Menschen werden in Österreich insbesondere Projekte zur Gesundheitsförderung durch den Fonds Gesundes Österreich gefördert. Diese sollen Menschen im Alter bei den Änderungen in der Gesundheits- und Lebensdimension sowie bei der Aneignung neuer Gesundheits- und Lebensaktivitäten unterstützen (vgl. Winkler / Pochobrasky / Wirl 2012: 118). Im Bundesland Steiermark wurde beispielsweise die Projektmaßnahme „*Reife Äpfel*“ zur Gesundheitsförderung von älteren Österreicherinnen in ländlichen Gegenden initiiert. Die Zielsetzungen liegen in der Bewältigungsstärkung von anstehenden Gestaltungsaufgaben des nachelterlichen beziehungsweise -beruflichen Lebensabschnittes sowie in der Unterstützung von Prozessen zur Selbstentfaltung und -findung durch das Knüpfen von sozialen Netzwerken. Im Sinne der Verhältnisprävention soll die kommunale Strukturentwicklung zur Gesundheitsförderung in einem Setting unterstützt werden. Die Verhaltensprävention soll hingegen in einem Selbstermächtigungsprozess, dem sogenannten Empowerment, die gesundheitsbezogene Bewusstseinsbildung beziehungsweise Kompetenzentwicklung fördern. Dazu erfolgen regelmäßig offene Gesprächsrunden und Treffen zur gegenseitigen Unterstützung. Wie Projektevaluationen ergeben haben, fühlt sich mehr als die Hälfte der Teilnehmerinnen gestärkt. Zudem haben sich die Teilnehmerinnen zwölf Monate nach Projektabschluss, also nach der Einstellung der monetären Projektförderung, weiterhin getroffen. Überdies wurde das Projekt auch auf Nachbargemeinden

ausgeweitet, weil es den Erfahrungen, Lebenszusammenhängen, Voraussetzungen und Wünschen von älteren Frauen entspricht (vgl. Kolb / Dikemüller 2006: 145ff).

Schließlich bleibt anzumerken, dass auch in Österreich bereits ein Angebot zur Gesundheitsbildung, wie der Gesundheitsförderung und der Prävention, besteht (vgl. Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung 2005i: 394f). Die Partizipation an diesen Angeboten hängt allerdings von den individuellen Einstellungen sowie Verhaltensweisen zur Gesundheit ab (vgl. Hinze / Samland 2004: 179).

4.2.6 Resümee zur Prävention und Gesundheitsförderung

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Maßnahmen zur Prävention und zur Gesundheitsförderung, die grundsätzlich sowohl für Frauen als auch für Männer konzipiert worden sind, vorwiegend von Frauen in Anspruch genommen werden (vgl. Mielck 2002: 396). Zukünftig muss allerdings der Fokus von präventiven und gesundheitsförderlichen Maßnahmen auf die Zielgruppe der Männer gelegt werden (vgl. Kolip 2007: 26). Zur „männerfreundlichen“ Ausgestaltung dieser Angebote bedarf es zunächst Forschungen, die die Gründe der mangelnden Inanspruchnahme von Männern aufzeigen (vgl. Mielck 2002: 396).

Gleichzeitig müssten auch spezielle von Männern für Männer angeleitete Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen angeboten werden (vgl. Hinze / Samland 2004: 179), weil bislang vorwiegend Frauen als Anleiterinnen bei den Gesundheitsangeboten tätig sind (vgl. Hinze / Samland 2004: 171). So könnten diese in Anlehnung an die betriebliche Gesundheitsförderung (vgl. Wilke / Biallas / Froboese 2007: 29) am Arbeitsplatz (vgl. Hinze / Samland 2004: 179) oder in Freizeiteinrichtungen (z.B. Fitnessklub) ausgerichtet werden. Sie müssten also dort angeboten werden, wo Männer vorwiegend anzutreffen sind. Gleichzeitig könnte der Mitnahmeeffekt von Männern durch die gesundheitsaktiven Lebens- beziehungsweise Ehepartnerinnen ausgeschöpft werden, weshalb auch das Präventions- und Gesundheitsförderungsangebot für Familien ausgebaut werden muss (vgl. Hinze / Samland 2004: 179).

Gleichzeitig könnten die bisherigen geschlechtsspezifischen Diskrepanzen in der Prävention und in der Gesundheitsförderung in zukünftigen Angeboten zur Gesundheitsbildung in Form eines Geschlechterdialoges zwischen Mann und Frau diskutiert werden (vgl. Hinze / Samland 2004: 179f), weil dadurch das Mann-Frau-Verhältnis in sämtlichen Gesundheitsthemen kommuniziert wird (vgl. Faltermaier 2008: 45). Auch ein Beitrag zum Abbau der geschlechtsspezifischen gesundheitlichen Ungleichheit könnte dadurch geleistet werden (vgl. Hinze / Samland 2004: 180).

Die „*differenzorientierte Gender-Debatte*“ der Prävention und der Gesundheitsförderung kann leider zu einer Vernachlässigung der Unterschiede in den beiden Genusgruppen führen (vgl. Faltermaier 2008: 42). Insofern müssen aufgrund der keineswegs homogenen Gruppe von Männern und Frauen auch die vielfältigen (vgl. Kuhn 2008: 95) Aspekte des Alters, der ethnischen Zugehörigkeit und der sozialen Schicht stärker berücksichtigt werden. Bislang haben diese fast ausschließlich Vermutungen über die Unterschiede in der Prävention und in der Gesundheitsförde-

rung innerhalb der Genusgruppen zugelassen (vgl. Merbach / Brähler 2010: 355). Um zukünftig eine Bedeutungsstärkung der Prävention und der Gesundheitsförderung für Frauen und Männer im Gesundheitswesen anvisieren zu können (vgl. Kuhlmann / Kolip 2005: 95), muss aber auch die wissenschaftliche Forschung sowohl die Hintergründe als auch die Ursachen des geschlechtsspezifischen Gesundheitsverhaltens (vgl. Hinze / Samland 2004: 180) ebenso wie die Zugangsmöglichkeiten zu präventiven und gesundheitsförderlichen Angeboten (vgl. Hochleitner / Bader 2009: 59) stärker erarbeiten (vgl. Hinze / Samland 2004: 180). Das heißt, dass Maßnahmen zur Prävention und zur Gesundheitsförderung „*sowohl den Faktor biologisches Geschlecht (Sex) als auch den Faktor soziales Geschlecht (Gender) neben den spezifischen Lebenssituationen einbeziehen*“ müssen (vgl. Merbach / Brähler 2010: 356). Dies kann nun im Sinne einer „*gender sensitive[n] Gesundheitsforschung*“ (vgl. Hinze / Samland 2004: 180), der Gender Medizin (vgl. Hochleitner / Bader 2009: 59), erfolgen (vgl. Hinze / Samland 2004: 180).

4.3 Zusammenfassung

Zur Frauengesundheit am Beispiel Österreichs bleibt festzuhalten, dass der Überschuss von Frauen an der gesamten Bevölkerung (vgl. Statistik Austria 2012b: 22) mit einer höheren Lebenserwartung (vgl. Kolip 2003: 642) und einer niedrigeren Sterblichkeitsrate einhergeht (vgl. Hammelstein 2006: 91). Allerdings müssen Frauen ihre längere Lebenszeit tendenziell häufiger und länger mit gesundheitlichen Behinderungen sowie Einschränkungen (vgl. Kolip 2003: 643f), wie Osteoporose (vgl. Baldaszi 2010: 269), bewältigen (vgl. Kolip 2003: 643f). Gleichzeitig müssen sie auch zweimal so häufig eine/n Arzt/Ärztin der klassischen Schulmedizin aufsuchen wie Männer (vgl. Zehetner 2012: 138). Schließlich kümmern sie sich (vgl. Hammerl 2009: 23) trotz ihres höheren Missbrauchs und ihrer höheren Abhängigkeit von Medikamenten (vgl. Zehetner 2012: 139) vielmehr um die eigene Gesundheit (vgl. Hammerl 2009: 23), weshalb Männer im gesundheitsrelevanten Verhalten grundsätzlich schlechter abschneiden als Frauen (vgl. Kolip 2003: 651).

Allerdings kann nicht so einfach festgestellt werden, wer nun „*das kränkere Geschlecht*“ ist (vgl. Walter / Hager 2004: 267). Denn neben dem Geschlecht (vgl. Statistik Austria 2012a: 44) und dem gesundheitsrelevanten Verhalten (vgl. Hammelstein 2006: 89) sind auch die Lebensphase (vgl. Nordlohne / Kolip 1994: 121) und die Lebenslage zu berücksichtigen (vgl. Habl 2008: 9).

Entsprechend müssen zur Erhöhung der bedarfsgerechten und qualitativen Angebotsausrichtung in der Prävention und in der Gesundheitsförderung (vgl. Schaefer / Lademann 2010: 162) auch das Geschlecht, eine Altersdefinition (vgl. Schaefer / Lademann 2010: 167) im Sinne der Altersphase (vgl. Wohlfahrt / Ritterbach 2009: 165) und die gesundheitliche sowie soziale Lebenslage berücksichtigt werden (vgl. Schaefer / Lademann 2010: 167).

5 Zusammenfassung und Ausblick

In den vorangegangenen Kapiteln wurde der Versuch unternommen, die Frauengesundheit im Kontext der Frauengesundheitsforschung und der Gender Medizin zu thematisieren. Das heißt, dass aufbauend auf die Erkenntnisse der Frauengesundheitsforschung der daraus hervorgehende junge Forschungsansatz der Gender Medizin aufgezeigt wurde. Dazu wurde die Frauengesundheit hinsichtlich der historischen, theoretischen und (gesundheits-)politischen Grundlagen, Problemfelder und Entwicklungstendenzen betrachtet, die dann an den praxisnahen Beispielen der geschlechtsspezifischen Gesundheitsförderung und Prävention verdeutlicht werden sollten. Daraus ergibt sich, dass sich der Forschungsfokus auf die Gesundheit von (österreichischen) Frauen bezogen hat, der dann zur Erläuterung der beziehungsweise zum Vergleich zur Gender Medizin eine Ergänzung durch die Gesundheit von (österreichischen) Männern erfahren hat.

Vor diesem Hintergrund lag der inhaltliche Rahmen der Diplomarbeit in folgender Forschungsfrage:

Wie thematisieren die Frauengesundheitsforschung und die Gender Medizin die Frauengesundheit?

Zur Beantwortung dieser zentralen Forschungsfrage bezogen sich die einzelnen Kapitel auf zusätzliche Fragestellungen, die aufgrund einer inhaltlichen Verbindung die Beantwortung dieser zentralen Forschungsfrage erleichtern sollten. Nachfolgend werden die zentralen Erkenntnisse dieser Diplomarbeit resümierend festgehalten, um die zentrale Forschungsfrage beantworten zu können.

Das *Kapitel 2* befasste sich mit der Bedeutung des Geschlechts für die Gesundheit und die Krankheit in den Konzepten der Frauengesundheitsforschung und der Gender Medizin. Hierzu wurden begriffliche und historische Grundlagen zur (Frauen-)Gesundheit erarbeitet. Diese lassen darauf schließen, dass gegenwärtig sowohl das biologische als auch das soziale Geschlecht im Bereich der Gesundheitswissenschaften einen wichtigen Stellenwert bei gesundheitsbezogenen Einstellungen, Verhaltensweisen, Wertewahrnehmungen und Wissensbeständen einnehmen. Diese weitreichende Erkenntnis kann auf den Kampf der Frauengesundheitsbewegung gegen die Betonung biologistischer Interpretationen durch das Sichtbarmachen von sozialen Dimensionen der (Frauen-)Gesundheit zurückgeführt werden. Das heißt, dass durch die Trennung des Geschlechterbegriffes in „sex“ und „gender“, das Verständnis der Gesundheit mit jenem des Geschlechts als je mehrdimensionale Konzepte mit körperlichen, kulturellen und sozialen Dimensionen korrespondiert. So konnte im Zuge der Frauengesundheitsforschung auch erstmals der Zusammenhang von Geschlecht und Gesundheit zum Forschungsgegenstand gemacht werden. Im Zuge der Gender Medizin konnte dann erarbeitet werden, dass in der Gesundheit und in der Krankheit von Frauen und Männern sowohl Gemeinsamkeiten als auch Unterschiede bestehen. So definieren beispielsweise weibliche Laien die Gesundheit anhand von psychischen Aspekten, wie dem Wohlergehen, während männliche Laien den gesundheitlichen Zustand als

Abwesenheit von Krankheiten und über das Vorhandensein von Leistungsfähigkeit beschreiben. Allerdings sind diese Unterschiede und Gemeinsamkeiten nicht immer ganz eindeutig auf das biologische oder das soziale Geschlecht zurückzuführen, weil diese im Alltag stetig miteinander vermischt werden. Sonach wurde im Rahmen der Gender Medizin erkannt, dass neben dem Geschlecht unter anderem auch Aspekte des Alters und der Ethnie für die Gesundheit und die Krankheit von Bedeutung sind.

Im *Kapitel 3* erfolgte eine Auseinandersetzung mit der Frauengesundheitsforschung. Diese sollte aufzeigen, wie die Frauengesundheit in der Frauengesundheitsberichterstattung und in der Gesundheitspolitik thematisiert wird. Grundsätzlich können die geschlechtsspezifischen Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der Gesundheit von Frauen und Männern, aber auch innerhalb der Genusgruppen in Form von Gesundheitsberichten, seien es Frauen-, Männer-, Gender- oder unspezifische Gesundheitsberichte, festgehalten werden. Diese sollen zur Aufdeckung von Problemstellungen im Gesundheitswesen beitragen, die dann gelöst und verbessert werden sollen. Gleichzeitig dienen sie der geschlechtergerechten Ausgestaltung der Interventionen in der gesundheitlichen Förderung, Prävention und Versorgung. Hierzu ist aber entsprechend dem Gender Mainstreaming Konzept bei sämtlichen gesundheitspolitischen Initiativen zur (Frauen-)Gesundheit vorweg zu überprüfen, ob die geschlechtsspezifischen gesundheitlichen Bedürfnisse und Einflussfaktoren eine angemessene Berücksichtigung erfahren. Schließlich konnte aufgezeigt werden, dass trotz der jahrelangen Vernachlässigung der Frauengesundheit bereits zahlreiche (inter-)nationale Frauengesundheitsinitiativen zur Verbesserung der (Versorgung der) Frauengesundheit entwickelt werden konnten.

Im *Kapitel 4* wurde zunächst die Frauengesundheit aus der Gender-Perspektive dargestellt, wozu Entwicklungstendenzen zur Frauengesundheit (am Beispiel Österreichs) aufgezeigt wurden. Unter Berücksichtigung von soziodemographischen Trends konnte erarbeitet werden, dass Frauen eine höhere Lebenserwartung als Männer aufweisen. Diese ist jedoch durch die tendenzielle Geschlechtsangleichung im gesundheitsrelevanten Verhalten in den vergangenen Jahren unverkennbar gesunken. Allerdings müssen Frauen den Überlebensvorteil häufiger und länger mit gesundheitlichen Behinderungen, Einschränkungen und Pflegebedürftigkeiten bewältigen. Frauen weisen also eine niedrigere Sterblichkeitsrate auf, obwohl Frauen und Männer über ähnliche Todesursachen, wie Herz-Kreislaufkrankungen und Krebs, verfügen. Allerdings weisen Männer vor Vollendung des 65. Lebensjahres eine proportionale Übersterblichkeit auf, die auf das „männliche Verhalten“, wie den höheren Alkohol-, Drogen- und Tabakkonsum, zurückzuführen ist. Hingegen lässt sich das Gesundheitsverhalten von Frauen durch ein (vermeintlich) besseres Ernährungsverhalten, eine geringere sportliche Aktivität und einen höheren Medikamentenkonsum verdeutlichen. Jedoch konnte in den vergangenen Jahren eine Annäherung im gesundheitsrelevanten Verhalten zwischen Frau und Mann festgestellt werden, wonach für die Zukunft auch eine Verringerung in den Lebenserwartungsunterschieden zu erwarten ist. Gleichzeitig ist jedoch auch die Lebensphase ein wichtiger gesundheitlicher Einflussfaktor, wonach Mädchen im Säuglings-, Kleinkind- und Kindesalter seltener erkranken und versterben als gleichaltrige Jungen. Erst in der Pubertät ändert sich diese Ausgangslage, wonach das weibliche Geschlecht von diesem Zeitpunkt an eine höhere gesundheitliche Beeinträchtigung erfährt.

Auch sozioökonomische Trends, also die Lebenslagen, sind zur Beschreibung der Gesundheit relevant. So sind Menschen, die ausschließlich für die Familie und den Haushalt zuständig, unverheiratet, verwitwet, alleinerziehend, aus der sozialen Unterschicht sind, ein hohes Alter, eine soziale Benachteiligung oder einen Migrationshintergrund aufweisen, grundsätzlich häufiger von Krankheiten oder vorzeitigen Todesfällen betroffen. Es bleibt jedoch festzuhalten, dass keine allgemeingültige Aussage darüber gemacht werden kann, welches Geschlecht nun das „kränkere“ Geschlecht ist. Denn hierbei müssen neben biologischen Aspekten auch das soziale Geschlecht wie das gesundheitsrelevante Verhalten, das Alter und sozioökonomische Trends, ebenso wie die damit verbundenen Wechselverhältnisse zwischen dem biologischen und dem sozialen Geschlecht in Betracht gezogen werden.

Neben den Entwicklungstendenzen zur Frauengesundheit aus der Gender-Perspektive, wurde im *Kapitel 4* auch erarbeitet, welche Bedeutung die beiden Ansätze der geschlechtsspezifischen Prävention und der Gesundheitsförderung im Rahmen der Gender Medizin haben. Entsprechend der gesundheitlichen Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen Frauen und Männern beziehungsweise auch innerhalb der Genusgruppen, ist eine zielgruppenspezifische Ausrichtung der Prävention und der Gesundheitsförderung nach dem Alter, der Ethnie, dem Geschlecht, der Lebenslage, der Region und der Religion zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten von Bedeutung. Allerdings muss festgehalten werden, dass dies zum gegenwärtigen Zeitpunkt oftmals noch aussteht. Dadurch werden Frauen und Männer hinsichtlich ihrer gesundheitlichen Bedürfnisse oftmals nicht angesprochen oder wahrgenommen. So sind gegenwärtige Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote entweder geschlechtsneutral (z.B. Suchtprävention) oder auf Frauen der mittleren Lebensphase (z.B. Ernährungsbereich) ausgerichtet. Dies führt dazu, dass in Zukunft neben Männern auch Personen im höheren Alter als Zielgruppen berücksichtigt werden müssen. Folglich sind im Bereich der Prävention und der Gesundheitsförderung neben dem Geschlecht auch soziale und kulturelle Faktoren zu berücksichtigen, um die bestehenden Erreichbarkeits-, Motivierbarkeits- und Zugangsprobleme beseitigen zu können. Hieraus lässt sich folgern, dass die Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote im Kontext der Gender Medizin noch ausbaufähig sind.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sich im Gesundheitssystem in den vergangenen Jahrzehnten ein Übergang von der Betonung der Männergesundheit (als Norm) über die Fokussierung auf die Frauengesundheit hin zur Berücksichtigung der Gesundheit beider Geschlechter abgezeichnet hat. Während also die Frauengesundheitsforschung ausschließlich die Gesundheit von Frauen fokussiert und diese als homogene Gruppierung wahrgenommen hat, setzt die Gender Medizin ihren Schwerpunkt sowohl auf die Gesundheit von Frauen als auch auf die Gesundheit von Männern. Gleichzeitig werden im Rahmen der Gender Medizin Frauen und auch Männer als jeweils heterogene Gruppierungen wahrgenommen, die sich hinsichtlich ihrer physischen, subjektiven und sozialen Ressourcenausstattung sowie ihrer sozialen Umgebung unterscheiden können.

Für die zukünftige Ausgestaltung und die bestmögliche medizinische Angebotsgewährleistung des Gesundheitssystems soll hervorgehoben werden, dass es entsprechend dem Ansatz der

Gender Medizin nie „die“ gesundheitliche Versorgung geben kann und wird. Denn die Gesundheit von Frauen und Männern muss entsprechend der jeweiligen Lebensphase und Lebenssituation berücksichtigt werden.

Folglich bedarf es noch zahlreicher Weiterentwicklungen zur geschlechtergerechten Ausgestaltung des Gesundheitswesens entsprechend der individuellen Lebensphase und Lebenssituation. Hierzu könnten zukünftige Forschungsarbeiten anknüpfen, die sich auf das Konzept der Intersektionalität berufen. Dieses könnte für die Zukunft von wesentlicher Bedeutung sein, weil es Frauen und Männer aufgrund von Binnendifferenzen keineswegs als homogene Gruppierungen erfasst. Durch das Aufzeigen von Dimensionsüberschneidungen der sozialen Gruppenzugehörigkeit kann der Ansatz der Intersektionalität zur zielgruppenspezifischen Ausgestaltung des Angebots des Gesundheitssystems entsprechend der „*Vielschichtigkeit von Geschlecht*“ beitragen.

Quellenverzeichnis

- Abdul-Hussain, Surur (2012): Gender – ein komplexer Begriff. In: Abdul-Hussain, Surur (Hrsg.) (2012): Genderkompetenz in Supervision und Coaching. Mit einem Beitrag von Ilse Orth und Hilarion G. Petzold zu „Genderintegrität“. 1. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 22 – 47.
- Altgeld, Thomas / Kolip, Petra (2006): Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Ein Beitrag zur Qualitätsverbesserung im Gesundheitswesen. In: Kolip, Petra / Altgeld, Thomas (Hrsg.) (2006): Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis. Weinheim, München: Juventa Verlag. S. 15 – 26.
- Altgeld, Thomas / Kolip, Petra (2010): Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, Klaus / Klotz, Theodor / Haisch, Jochen (Hrsg.) (2010): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Verlag Hans Huber. S. 45 – 56.
- Annandale, Ellen (2010): Egalitärer Feminismus und der Gesundheitsstatus von Frauen. Eine kritische Reflexion. In: Mauerer, Gerlinde (Hrsg.) (2010): Frauengesundheit in Theorie und Praxis. Feministische Perspektiven in den Gesundheitswissenschaften. Bielefeld: transcript Verlag. S. 27 – 52.
- Assaf, Annlouise R. / Carleton, Richard A. (1996): Die Women's Health Initiative. Geschichte und Überblick. In: Maschewsky-Schneider, Ulrike (Hrsg.) (1996): Frauen – das kranke Geschlecht?. Mythos und Wirklichkeit. Ein Beitrag aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive. Opladen: Leske + Budrich. S. 51 – 64.
- Babitsch, Birgit (2001): Soziale Ungleichheit und Gesundheit – Eine geschlechtsspezifische Betrachtung. In: Mielck, Andreas / Bloomfield, Kim (Hrsg.) (2001): Sozial-Epidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten. Weinheim, München: Juventa Verlag. S. 83 – 94.
- Babitsch, Birgit / Ducki, Antje / Maschewsky-Schneider, Ulrike (2006): Geschlecht und Gesundheit. In: Hurrelmann, Klaus / Laaser, Ulrich / Razum, Oliver (Hrsg.) (2006): Handbuch Gesundheitswissenschaften. 4., vollständig überarbeitete Auflage. Weinheim, München: Juventa Verlag. S. 511 – 528.
- Bader, Angelika / Hochleitner, Margarethe (2008): MigrantInnen – Wie kommt Frauengesundheit und Gender-Medizin zur MigrantIn?. In: Hochleitner, Margarethe (Hrsg.) (2008): Gender Medicine. Ringvorlesung an der Medizinischen Universität Innsbruck. Band 1. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG. S. 71 – 86.
- Baierl, Andreas/ Neuwirth, Norbert (2011): Zur Entwicklung der Familienstrukturen in österreichischen Privathaushalten. In: Neuwirth, Norbert (Hrsg.) (2011): Familienformen in Österreich. Stand und Entwicklung von Patchwork- und Ein-Eltern-Familien in der Struktur der Familienformen in Österreich. Forschungsbericht Nr. 7. Wien: Österreichisches Institut für Familienforschung an der Universität Wien. S. 13 – 35.
- Baldaszi, Erika (2010): Gesundheit und Pflege. In: Bundesministerium für Frauen und öffentlichen Dienst im Bundeskanzleramt Österreich (Hrsg.) (2010): Frauenbericht 2010. Bericht betreffend die Situation von Frauen in Österreich im Zeitraum 1998 bis 2008. Wien: Friedrich VDV. S. 257 – 289.
- Bardehle, Doris (2004): Der erste geschlechtsspezifische Gesundheitsbericht auf Länderebene. Gesundheit von Frauen und Männern in Nordrhein-Westfalen. In: Altgeld, Thomas (Hrsg.) (2004): Männergesundheit. Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention. Weinheim, München: Juventa Verlag. S. 85 – 104.
- Bardehle, Doris / Annuß, Rolf (2006): Gesundheitsberichterstattung. In: Hurrelmann, Klaus / Laaser, Ulrich / Razum, Oliver (Hrsg.) (2006): Handbuch Gesundheitswissenschaften. 4., vollständig überarbeitete Auflage. Weinheim, München: Juventa Verlag. S. 375 – 416.
- Bargfrede, Anja / Pauli, Andrea / Hornberg, Claudia (2004): Gesundheit. Zur gesundheitlichen Situation von Frauen. In: Becker, Ruth / Kortendiek, Beate (Hrsg.) (2004): Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie. 1. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 519 – 528.

- Bitzer, Eva M. (2003): Die Perspektive der Patienten – Lebensqualität und Patientenzufriedenheit. In: Schwartz, Friedrich W. / Badura, Bernhard / Busse, Reinhard / Leidl, Reiner / Raspe, Heiner / Siegrist, Johannes / Walter, Ulla (Hrsg.) (2003): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. 2., völlig neu bearbeitete und erweiterte Auflage. München, Jena: Urban & Fischer Verlag. S. 453 – 460.
- Bitzer, Johannes (2005): Die Frau als körperlich-seelische Einheit im sozialen Kontext. In: Riecher-Rössler, Anita / Bitzer, Johannes (Hrsg.) (2005): Frauengesundheit. Ein Leitfaden für die ärztliche und psychotherapeutische Praxis. 1. Auflage. München: Elsevier GmbH. S. 3 – 12.
- Blüher, Stefan / Dräger, Dagmar (2011): Ältere Menschen als Pflegende. Zielgruppenspezifische Gesundheitsförderung und Prävention. In: Schott, Thomas / Hornberg, Claudia (Hrsg.) (2011): Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health in Deutschland. Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft. 1. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 653 – 668.
- Borgetto, Bernhard / Kälble, Karl (2007): Medizinsoziologie. Sozialer Wandel, Krankheit, Gesundheit und das Gesundheitssystem. Weinheim, München: Juventa Verlag.
- Bundesbehörden der Schweizerischen Eidgenossenschaft (2009): Verfassung der Weltgesundheitsorganisation 1946 – Übersetzung. URL: <http://www.admin.ch/ch/d/sr/i8/0.810.1.de.pdf> (dl: 15.09.2012)
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (Hrsg.) (2010): Gender Mainstreaming im Rahmen der Aus- und Weiterbildung. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz.
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2011): Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2010/2011. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- Bundesministerium für Gesundheit (2013): Gesundheitsberichterstattung in Österreich. URL: http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Gesundheitsberichte/Gesundheitsberichterstattung_in_Oesterreich (dl: 24.04.2013)
- Büchi, Stefan / Buddeberg, Claus (2004): Subjektive Krankheitskonzepte – Krankheitsbewältigung. In: Buddeberg, Claus (Hrsg.) (2004): Psychosoziale Medizin. 3. Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag. S. 409 – 430.
- Bühren, Astrid I. D. (2006): Gender und Gender Mainstreaming in die psychosoziale Medizin. In: Pawils, Silke / Koch, Uwe (Hrsg.) (2006): Psychosoziale Versorgung in der Medizin. Entwicklungstendenzen und Ergebnisse der Versorgungsforschung. Stuttgart: Schattauer GmbH. S. 54 – 68.
- Czirkowits, Christian / Winkler, Petra (2009): GBE als Grundlage für gesundheitspolitische Maßnahmen. Public Health Action Cycle. Wien: Gesundheit Österreich GmbH (Hrsg.).
- Degenhardt, Annette / Thiele, Andreas (2002): Biomedizinische und biopsychosoziale Modelle. In: Hurrelmann, Klaus / Kolip, Petra (Hrsg.) (2002): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. 1. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber. S. 87 – 103.
- Deneke, Christiane / Bruns, Hilke (2006): ESSEN KOCHEN in der Jugendarbeit. Modellprojekt „Selbst is(s)t der Mann“. In: Kolip, Petra / Altgeld, Thomas (Hrsg.) (2006): Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis. Weinheim, München: Juventa Verlag. S. 103 – 110.
- Dieplinger, Anna M. (2007): Fehldiagnose: Frau. Wie Krankheiten und Symptome sich bei Frauen anders zeigen. Wien, Köln, Weimar: Böhlau Verlag Ges.m.b.H und Co.KG.
- Dieplinger, Anna M. / Labek, Anna (2007): Gender friendly Hospital. Entwicklung von Leitlinien für eine Gesundheitseinrichtung. In: Weidenholzer, Josef (Hrsg.) (2007): Schriftenreihe Gesundheitswissenschaften. Band 32. Linz: Oberösterreichische Gebietskrankenkasse.
- Dierks, Marie-Luise (2004): Public Health in Deutschland und die Integration von Gender Fragen. In: Rieder, Anita / Lohff, Brigitte (Hrsg.) (2004): Gender Medizin. Geschlechtsspezifische Aspekte für die klinische Praxis. Wien: Springer Verlag. S. 149 – 172.
- Dierks, Marie-Luise (2008): Public Health in Deutschland und die Integration von Gender Fragen. In: Rieder, Anita / Lohff, Brigitte (Hrsg.) (2008): Gender Medizin. Geschlechtsspezifische Aspekte für die klinische Praxis. 2. Auflage. Wien: Springer Verlag. S. 49 – 72.

- Dietel, Sylvana (2012): Gefühls Wissen als emotional-körperbezogene Ressource. Eine qualitative Wirkungsanalyse in der Gesundheitsbildung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Doblhammer, Sandra / Birgmann, Richard / Reif, Martin (2011): Stand der Forschung. In: Institut für Gesundheitsplanung (Hrsg.) (2011): Gesundheit von Männern und Frauen in Oberösterreich. 1. Oberösterreichischer Gender-Gesundheitsbericht. Linz: Birner Druck GmbH. S. 20 – 29.
- Doblhammer, Sandra / Birgmann, Richard / Reif, Martin (2011a): Zusammenfassung. In: Institut für Gesundheitsplanung (Hrsg.) (2011): Gesundheit von Männern und Frauen in Oberösterreich. 1. Oberösterreichischer Gender-Gesundheitsbericht. Linz: Birner Druck GmbH. S. 8 – 15.
- Döge, Peter (2004): Abschied vom starken Mann. Gender Mainstreaming als Beitrag zur Männergesundheit. In: Altgeld, Thomas (Hrsg.) (2004): Männergesundheit. Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention. Weinheim, München: Juventa Verlag. S. 233 – 255.
- Dören, Martina (2007): Gender, Diversity und Intersektionalität als Herausforderung für die Medizin. In: Krell, Gertraude / Riedmüller, Barbara / Sieben, Barbara / Vinz, Dagmar (Hrsg.) (2007): Diversity Studies. Grundlagen und disziplinäre Ansätze. Frankfurt am Main: Campus Verlag GmbH. S. 109 – 122.
- Ebermann, Traude / Krondorfer, Birge / Mauerer, Gerlinde / Reinisch, Bettina / Wimmer-Puchinger, Beate (2010): Was Frauen gut tut. Frauenpolitische Praxis, Frauengesundheitsforschung, Feministische Theorie. In: Mauerer, Gerlinde (Hrsg.) (2010): Frauengesundheit in Theorie und Praxis. Feministische Perspektiven in den Gesundheitswissenschaften. Bielefeld: transcript Verlag. S. 169 – 204.
- Ebner, Katharina / Groth, Sylvia (2009): Frauen, Gesundheit und Migration. In: Rásky, Éva (Hrsg.) (2009): Gesundheit hat Bleiberecht. Migration und Gesundheit. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG. S. 288 – 295.
- Ebner, Nina / Winklbaur, Bernadette / Bawert, Andijela / Fischer, Gabriele (2008): Geschlechtsunterschiede in der Psychiatrie. In: Hochleitner, Margarethe (Hrsg.) (2008): Gender Medicine. Ringvorlesung an der Medizinischen Universität Innsbruck. Band 1. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG. S. 125 – 142.
- Ellerbrock, Dagmar (2002): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit in historischer Perspektive. In: Hurrelmann, Klaus / Kolip, Petra (Hrsg.) (2002): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. 1. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber. S. 118 – 141.
- Enayati, Sarvenas (2011): Gender Mainstreaming im Gesundheitsbereich. In: Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2011): Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2010/2011. Wien: Bundesministerium für Gesundheit. S. 37 – 39.
- Erhart, Michael / Ravens-Sieberer, Ulrike (2010): Zur körperlichen, psychischen und sozialen Gesundheit im Jugendalter. In: Hackauf, Horst / Ohlbrecht, Heike (Hrsg.) (2010) Jugend und Gesundheit. Ein Forschungsüberblick. Weinheim, München: Juventa Verlag. S. 93 – 111.
- Faller, Hermann (2010): Soziodemographische Determinanten des Lebenslaufs. In: Faller, Hermann / Lang, Hermann (Hrsg.) (2010): Medizinische Psychologie und Soziologie. 3. Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer Medizin Verlag. S. 177 – 185.
- Faller, Hermann / Lang, Hermann (Hrsg.) (2010): Medizinische Psychologie und Soziologie. 3. Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
- Faltermaier, Toni (2008): Geschlechtsspezifische Dimensionen im Gesundheitsverständnis und Gesundheitsverhalten. In: Badura, Bernhard / Schröder, Helmut / Vetter, Christian (Hrsg.) (2008): Fehlzeiten-Report 2007. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. Arbeit, Geschlecht und Gesundheit. Geschlechteraspekte im betrieblichen Gesundheitsmanagement. Heidelberg: Springer Medizin Verlag. S. 35 – 45.
- Faltermaier, Toni / Wihofszky, Petra (2011): Gesundheitsförderung und Prävention im Kontext von Public Health. In: Schott, Thomas / Hornberg, Claudia (Hrsg.) (2011): Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health in Deutschland. Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft. 1. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 257 – 274.

- Fialka-Moser, Veronika / Vacariu, Gerda / Herceg, Malvina (2004): Physikalische Medizin und Rehabilitation unter geschlechtsspezifischen Aspekten. In: Rieder, Anita / Lohff, Brigitte (Hrsg.) (2004): Gender Medizin. Geschlechtsspezifische Aspekte für die klinische Praxis. Wien: Springer Verlag. S. 247 – 266.
- Fischlmayr Iris C. / Schroll-Machl, Sylvia (2005): Frauen im internationalen Management. In: Thomas, Alexander / Kinast, Eva-Ulrike / Schroll-Machl, Sylvia (Hrsg.) (2005): Handbuch Interkulturelle Kommunikation und Kooperation. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH. S. 416 – 433.
- Franzkowiak, Peter / Homfeldt, Hans G. / Mühlum, Albert (2011): Lehrbuch Gesundheit. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Frauennetzwerk Dortmund (2008): Zitate. URL: <http://www.frauennetzwerk.dortmund.de/project/assets/template1.jsp?smi=1.0&tid=96101> (dl: 18.06.2013)
- Freidl, Wolfgang (2001): Gesundheitsindikatoren – eine empirische Operationalisierung in einem regionalen Survey. In: Weidenholzer, Josef (Hrsg.) (2001): Schriftenreihe Gesundheitswissenschaften. Band 18. Linz: Oberösterreichische Gebietskrankenkasse. S. 92 – 156.
- Froboese, Ingo (2007): Prävention im Blickfeld geschlechtsspezifischer Unterscheidungen. In: Deimel, Hubert / Huber, Gerhard / Pfeifer, Klaus / Schüle, Klaus (Hrsg.) (2007): Neue aktive Wege in Prävention und Rehabilitation. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH. S. 43 – 54.
- Fuchs, Barbara / Wimmer-Puchinger, Beate (2000): Der Wiener Frauengesundheitsbericht 1996. In: Dür, Wolfgang / Pelikan, Jürgen M. (Hrsg.) (2000): Gesundheit beobachten. Dokumentation und Berichterstattung als Aufgabe der Gesundheitsförderung. Reihe Gesundheitswissenschaften, Gesundheitsförderung. Band 8. Wien: Facultas Universitätsverlag. S. 151 – 159.
- Gesundheit Österreich GmbH (2010): Empfehlungen zur Gesundheitsberichterstattung. URL: http://www.goeg.at/cxdata/media/download/Empfehlungen_GBE.pdf (dl: 24.04.2013)
- Groth, Sylvia (2003): Rahmenbedingungen, Modelle und Implementierung des FrauenGesundheitsProgramms Graz. In: Weidenholzer, Josef (Hrsg.) (2003): Schriftenreihe Gesundheitswissenschaften. Band 25. Linz: Oberösterreichische Gebietskrankenkasse. S. 11 – 18.
- Gutierrez-Lobos, Karin / Schmid-Siegel, Brigitte (1996): Geschlechtsspezifische Unterschiede bei psychischen Störungen – Überlegungen zur Epidemiologie. In: Mixa, Elisabeth / Malleier, Elisabeth / Springer-Kremser, Marianne / Birkhan, Ingvild (Hrsg.) (1996): Körper – Geschlecht – Geschichte. Historische und aktuelle Debatten in der Medizin. Innsbruck: Studien-Verlag Ges.m.b.H. S. 268 – 274.
- Habersack, Marion (2010): Unartikulierte Körper. Plädoyer für kontextsensitive Gesundheitswissenschaften. 1. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Habl, Claudia (2008): Soziale Ungleichheiten – Geschlecht – Gesundheit. In: Hochleitner, Margarethe (Hrsg.) (2008): Gender Medicine. Ringvorlesung an der Medizinischen Universität Innsbruck. Band 1. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG. S. 9 – 24.
- Hahn, Daphne (2008): Zweigeschlechtlichkeit und hierarchische Geschlechterordnung. Von der Kritik der Gesundheitsforschung zur Institutionalisierung der Chancengleichheit. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. 2008, 51(1). S. 61 – 69.
- Haider, Huberta / Kron, Karin / Blagojević, Slavica (2010): „Women at work“. Interkulturelle betriebliche Gesundheitsförderung für Frauen in Niedriglohnbranchen. In: Wolf, Hilde / Endler, Margit / Wimmer-Puchinger, Beate (Hrsg.) (2010): Frauen. Gesundheit. Soziale Lage. 1. Auflage. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG. S. 168 – 179.
- Hajen, Leonhard / Paetow, Holger / Schumacher, Harald (2010): Gesundheitsökonomie. Strukturen – Methoden – Praxis. 5. Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Hammelstein, Philipp (2006): Die Bedeutung des Geschlechts und der sexuellen Orientierung für die Gesundheit. In: Renneberg, Babette / Hammelstein, Philipp (Hrsg.) (2006): Gesundheitspsychologie. Heidelberg: Springer Medizin Verlag. S. 88 – 96.

- Hammerl, Elfriede (2009): Was ist Gender?. In: Hochleitner, Margarethe (Hrsg.) (2009): Gender Medicine. Ringvorlesung an der Medizinischen Universität Innsbruck. Band 2. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG. S. 9 – 37.
- Helfferrich, Cornelia (1994): Jugend, Körper und Geschlecht. Die Suche nach sexueller Identität. Opladen: Leske + Budrich.
- Helfferrich, Cornelia (1996): Perspektiven der Frauengesundheitsforschung in Deutschland. In: Maschewsky-Schneider, Ulrike (Hrsg.) (1996): Frauen – das kranke Geschlecht?. Mythos und Wirklichkeit. Ein Beitrag aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive. Opladen: Leske + Budrich. S. 113 – 126.
- Helfferrich, Cornelia (2006): Ist Suchtprävention ein „klassisches“ Feld geschlechtergerechter Prävention?. In: Kolip, Petra / Altgeld, Thomas (Hrsg.) (2006): Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis. Weinheim, München: Juventa Verlag. S. 27 – 40.
- Hinze, Lieselotte (1996): Frauengesundheitsforschung. Stand und Perspektiven einer Forschungsrichtung aus ostdeutscher Sicht. In: Maschewsky-Schneider, Ulrike (Hrsg.) (1996): Frauen – das kranke Geschlecht?. Mythos oder Wirklichkeit. Ein Beitrag aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive. Opladen: Leske + Budrich. S. 99 – 112.
- Hinze, Lieselotte / Samland, Andrea (2004): Gesundheitsbildung – reine Frauensache?. Geschlechtsspezifische Analyse der Inanspruchnahme von Präventions- und Gesundheitsförderungskursen. In: Altgeld, Thomas (Hrsg.) (2004): Männergesundheit. Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention. Weinheim, München: Juventa Verlag. S. 171 – 182.
- Hirschberg, Irene / Strech, Daniel (2010): Public Health. Eine Einführung zur Theorie und Praxis der Disziplin. In: Strech, Daniel / Marckmann, Georg (Hrsg.) (2010): Public Health Ethik. Berlin: Lit Verlag. S. 15 – 42.
- Hochleitner, Margarete (2011): Gender Medizin – Was ist das?. URL: http://fgz.i-med.ac.at/kongresse/pdf_kongr/gender_medizin_dresden.pdf (dl: 04.05.2012)
- Hochleitner, Margarethe / Bader, Angelika (2009): Prävention. Ein Gender-Thema?. In: Hochleitner, Margarethe (Hrsg.) (2009): Gender Medicine. Ringvorlesung an der Medizinischen Universität Innsbruck. Band 2. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG. S. 50 – 61.
- Hopfner, Johanna / Leonhard, Hans-Walter (1996): Einleitung. Problemaufriss und Vorgehensweise. In: Hopfner, Johanna / Leonhard, Hans-Walter (Hrsg.) (1996): Geschlechterdebatte. Eine Kritik. Rieden: WB-Druck GmbH & Co. Buchproduktions-KG. S. 7 – 22.
- Hornberg, Claudia / Weishoff-Houben, Michaela (2007): Frauengesundheit in der medizinischen Versorgung. In: Leicht-Scholten, Carmen (Hrsg.) (2007): Gender and Science. Perspektiven in den Natur- und Ingenieurwissenschaften. Bielefeld: transcript Verlag. S. 171 – 182.
- Höfling-Engels, Nicole (2010): Wechselwirkungen?!. Frauen im mittleren Lebensalter. In: Kolip, Petra / Lademann, Julia (Hrsg.) (2010): Frauenblicke auf das Gesundheitssystem. Frauengerechte Gesundheitsversorgung zwischen Marketing und Ignoranz. Weinheim, München: Juventa Verlag. S. 124 – 140.
- Höpflinger, François (2002): Private Lebensformen, Mortalität und Gesundheit. In: Hurrelmann, Klaus / Kolip, Petra (Hrsg.) (2002): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. 1. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber. S. 419 – 438.
- Höppner, Heide (2008): Welches Modell von Gesundheit und Krankheit liegt dem Bobath-Konzept zugrunde?. In: Viebrock, Hille / Forst, Barbara (Hrsg.) (2008): Bobath. Therapiekonzepte in der Physiotherapie. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG. S. 132 – 144.
- Huck, Gerhard (2006): Gesundheitsförderung in der Psychiatrie. Konzepte und Modelle. In: Gaßmann, Mirjam / Marschall, Werner / Utschakowski, Jörg (Hrsg.) (2006): Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege. Mental Health Care. Heidelberg: Springer Medizin Verlag. S. 39 – 63.
- Hurrelmann, Klaus (2010): Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. 7. Auflage. Weinheim, München: Juventa Verlag.

- Hurrelmann, Klaus / Klotz, Theodor / Haisch, Jochen (2010): Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, Klaus / Klotz, Theodor / Haisch, Jochen (Hrsg.) (2010): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Verlag Hans Huber. S. 13 – 23.
- Hurrelmann, Klaus / Laaser, Ulrich (2006): Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. In: Hurrelmann, Klaus / Laaser, Ulrich / Razum, Oliver (Hrsg.) (2006): Handbuch Gesundheitswissenschaften. 4., vollständig überarbeitete Auflage. Weinheim, München: Juventa Verlag. S. 749 – 780.
- Jahn, Ingeborg (2002): Methodische Probleme einer geschlechtergerechten Gesundheitsforschung. In: Hurrelmann, Klaus / Kolip, Petra (Hrsg.) (2002): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. Bern: Hans Huber Verlag. S. 142 – 156.
- Jahn, Ingeborg (2004): Gender Mainstreaming im Gesundheitsbereich. Materialien und Instrumente zur systematischen Berücksichtigung der Kategorie Geschlecht. In: Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2004): Entwicklung eines Kriterienkatalogs für geschlechtergerechte Projektförderung. Bremen: Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin Arbeitsbereich Frauen- und Geschlechterforschung.
- Jäger, Margret (2010): Früherkennung von Brustkrebs. Diskurse in Brasilien und Österreich. Ein Beitrag zur Gesundheitsanthropologie. Wien: LIT Verlag GmbH & Co KG.
- Jesse, Anja (2002): Gesundheitliche Belastungen von Frauen. In: Hammer, Veronika / Lutz, Ronald (Hrsg.) (2002): Weibliche Lebenslagen und soziale Benachteiligung. Theoretische Ansätze und empirische Beispiele. Frankfurt am Main: Campus Verlag GmbH. S. 288 – 314.
- Kastner, Tanja (2012): Männer rauchen anders, Frauen auch. Geschlechtersensible Gesundheitskampagnen am Beispiel von Anti-Raucher-Kampagnen. In: Oberösterreichische Gebietskrankenkasse (Hrsg.) (2012): Gesundheitswissenschaften. Dokument 38. Linz: Oberösterreichische Gebietskrankenkasse.
- Kaufmann, Margit E. (2010): Diversität im Gesundheitssystem. Gesundheitliche Versorgung von marginalisierten Frauen. In: Kolip, Petra / Lademann, Julia (Hrsg.) (2010): Frauenblicke auf das Gesundheitssystem. Frauengerechte Gesundheitsversorgung zwischen Marketing und Ignoranz. Weinheim, München: Juventa Verlag. S. 223 – 238.
- Kautzky-Willer, Alexandra (2011): Gender-Medizin. Beispiele in Österreich. In: Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2011): Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2010/2011. Wien: Bundesministerium für Gesundheit. S. 503 – 504.
- Kautzky-Willer, Alexandra / Tschachler, Elisabeth (2012): Gesundheit. Eine Frage des Geschlechts. Die weibliche und die männliche Seite der Medizin. Wien: Verlag Orac im Kremayr & Scheriau Verlag.
- Kessler, Sabine (2011): Vorarlberg. Fachstelle Frauengesundheit FEMAIL. In: Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2011): Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2010/2011. Wien: Bundesministerium für Gesundheit. S. 447 – 448.
- Keupp, Heiner (2000): Gesundheitsförderung als Ermutigung zum aufrechten Gang. In: Sting, Stephan / Zurhorst, Günther (Hrsg.) (2000): Gesundheit und Soziale Arbeit. Gesundheit und Gesundheitsförderung in den Praxisfeldern Sozialer Arbeit. Weinheim, München: Juventa Verlag. S. 15 – 40.
- Kiefer, Ingrid / Rathmanner, Theres (2004): Ernährungsberatung, Gewichtsreduktion und Essstörungen. In: Rieder, Anita / Lohff, Brigitte (Hrsg.) (2004): Gender Medizin. Geschlechtsspezifische Aspekte für die klinische Praxis. Wien: Springer Verlag. S. 173 – 188.
- Kiefer, Ingrid / Rathmanner, Theres (2008): Ernährungsberatung, Gewichtsreduktion und Essstörungen. In: Rieder, Anita / Lohff, Brigitte (Hrsg.) (2008): Gender Medizin. Geschlechtsspezifische Aspekte für die klinische Praxis. 2. Auflage Wien: Springer Verlag. S. 127 – 141.
- Klees, Renate / Marburger, Helga / Schumacher, Michaela (2011): Mädchenarbeit. Praxishandbuch für die Jugendarbeit. Teil 1. 7. Auflage. Weinheim, München: Juventa Verlag.
- Klösch-Melliwa, Helga (2003): Info-Kompass Frauengesundheiten. In: Weidenholzer, Josef (Hrsg.) (2003): Schriftenreihe Gesundheitswissenschaften. Band 24. Linz: Oberösterreichische Gebietskrankenkasse.

- Kodelitsch, Sonja (2011): Internationale und europäische Frauengesundheitsprogramme. In: Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2011): Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2010/2011. Wien: Bundesministerium für Gesundheit. S. 458 – 462.
- Kodelitsch, Sonja (2011a): Praxisbeispiele für frauenspezifische Gesundheitsförderung. In: Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2011): Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2010/2011. Wien: Bundesministerium für Gesundheit. S. 529 – 544.
- Kodelitsch, Sonja (2011b): Die Entwicklung der Frauen- und Männergesundheit. In: Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2011): Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2010/2011. Wien: Bundesministerium für Gesundheit. S. 501 – 502.
- Kolb, Michael / Diketmüller, Rosa (2006): „Reife Äpfel“. Gesundheitsförderung mit älteren Frauen im ländlichen Raum. In: Kolip, Petra / Altgeld, Thomas (Hrsg.) (2006): Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis. Weinheim, München: Juventa Verlag. S. 145 – 162.
- Kolip, Petra (1997): Geschlecht und Gesundheit im Jugendalter. Die Konstruktion von Geschlechtlichkeit über somatische Kulturen. Opladen: Leske + Budrich.
- Kolip, Petra (2003): Frauen und Männer. In: Schwartz, Friedrich W. / Badura, Bernhard / Busse, Reinhard / Leidl, Reiner / Raspe, Heiner / Siegrist, Johannes / Walter, Ulla (Hrsg.) (2003): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. 2., völlig neu bearbeitete und erweiterte Auflage. München, Jena: Urban & Fischer Verlag. S. 642 – 653.
- Kolip, Petra (2007): Die Genderperspektive in der Gesundheitsförderung. In: Wesenauer, Andrea / Sebinger, Sarah (Hrsg.) (2007): Gender & Health. Tagungsbericht zur Veranstaltung am 12. März 2007 in Linz. Linz: Oberösterreichische Gebietskrankenkasse. S. 21 – 36.
- Kolip, Petra (2009): Gender als Determinante gesundheitlicher Ungleichheit. In: Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften (Hrsg.) (2009): Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften. Health Inequalities. Band 45. Hamburg: Argument-Verlag. S. 57 – 69.
- Kolip, Petra / Hurrelmann, Klaus (2002): Geschlecht – Gesundheit – Krankheit. Eine Einführung. In: Hurrelmann, Klaus / Kolip, Petra (Hrsg.) (2002): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. 1. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber. S. 13 – 31.
- Kolip, Petra / Koppelin, Frauke (2002): Geschlechtsspezifische Inanspruchnahme von Prävention und Krankheitsfrüherkennung. In: Hurrelmann, Klaus / Kolip, Petra (Hrsg.) (2002): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. 1. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber. S. 491 – 504.
- Kolip, Petra / Lademann, Julia (2010): Frauenblicke auf das Gesundheitssystem. Eine Einführung. In: Kolip, Petra / Lademann, Julia (Hrsg.) (2010): Frauenblicke auf das Gesundheitssystem. Frauengerechte Gesundheitsversorgung zwischen Marketing und Ignoranz. Weinheim, München: Juventa Verlag. S. 7 – 20.
- Kolip, Petra / Lademann, Julia / Deitermann, Bernhilde (2004): Was können Männer von der Frauengesundheitsbewegung lernen?. In: Altgeld, Thomas (Hrsg.) (2004): Männergesundheit. Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention. Weinheim, München: Juventa Verlag. S. 219 – 232.
- Kreft, Dieter / Mielenz, Ingrid (Hrsg.) (2008): Wörterbuch Soziale Arbeit. Aufgabe, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. 6., überarbeitete und aktualisierte Auflage. Weinheim, München: Juventa Verlag.
- Kreienkamp, Eva (2007): Gender-Marketing. Impulse für Marktforschung. Produkte, Werbung und Personalentwicklung. Landsberg am Lech: mi-Fachverlag. Redline GmbH.
- Kreimer, Margareta (2009): Ökonomie der Geschlechterdifferenz. Zur Persistenz von Gender Gaps. 1. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kruse, Andreas / Schmitt, Eric (2002): Gesundheit und Krankheit im hohen Alter. In: Hurrelmann, Klaus / Kolip, Petra (Hrsg.) (2002): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. 1. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber. S. 206 – 222.

- Kuhlmann, Ellen (2002): Gender-Theorien. In: Hurrelmann, Klaus / Kolip, Petra (Hrsg.) (2002): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. 1. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber. S. 104 – 117.
- Kuhlmann, Ellen (2010): Gender im Mainstream der Medizin. Wohin geht die Reise?. In: Kolip, Petra / Lademann, Julia (Hrsg.) (2010): Frauenblicke auf das Gesundheitssystem. Frauengerechte Gesundheitsversorgung zwischen Marketing und Ignoranz. Weinheim, München: Juventa Verlag. S. 239 – 256.
- Kuhlmann, Ellen / Kolip, Petra (2005): Gender und Public Health. Grundlegende Orientierungen für Forschung, Praxis und Politik. Weinheim, München: Juventa Verlag.
- Kuhlmann, Ellen / Kolip, Petra (2008): Die „gemachten“ Unterschiede. Geschlecht als Dimension gesundheitlicher Ungleichheit. In: Bauer, Ulrich / Bittlingmayer, Uwe H. / Richter, Matthias (Hrsg.) (2008): Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. 1. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 191 – 219.
- Kuhn, Karl (2008): Geschlechtsspezifische arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren und Erkrankungen. In: Badura, Bernhard / Schröder, Helmut / Vetter, Christian (Hrsg.) (2008): Fehlzeiten-Report 2007. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. Arbeit, Geschlecht und Gesundheit. Geschlechteraspekte im betrieblichen Gesundheitsmanagement. Heidelberg: Springer Medizin Verlag. S. 83 – 96.
- Kulbe, Annette (2009): Grundwissen Psychologie, Soziologie und Pädagogik. Lehrbuch für Pflegeberufe. 2., überarbeitete Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Lademann, Julia / Kolip, Petra (2008): Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. In: Badura, Bernhard / Schröder, Helmut / Vetter, Christian (Hrsg.) (2008): Fehlzeiten-Report 2007. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. Arbeit, Geschlecht und Gesundheit. Geschlechteraspekte im betrieblichen Gesundheitsmanagement. Heidelberg: Springer Medizin Verlag. S. 5 – 20.
- Lampmayr, Elisabeth / Kryspin-Exner, Ilse (2011): Gender-Aspekte in der Neuropsychologie. Neuronale, kognitive und emotionale Geschlechtsunterschiede. In: Lehrner, Johann / Pusswald, Gisela / Fertl, Elisabeth / Strubreither, Wilhelm / Kryspin-Exner, Ilse (Hrsg.) (2011): Klinische Neuropsychologie. Grundlagen – Diagnostik – Rehabilitation. 2. Auflage. Wien: Springer Verlag. S. 739 – 749.
- Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (2000): Einleitung. In: Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2000): Gesundheit von Frauen und Männern in Nordrhein-Westfalen. Landesgesundheitsbericht 2000. Bielefeld: Iögd. S. 15 – 26.
- Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (2000a): Die Gesundheit hat ein Geschlecht. In: Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2000): Gesundheit von Frauen und Männern in Nordrhein-Westfalen. Landesgesundheitsbericht 2000. Bielefeld: Iögd. S. 27 – 90.
- Lavanchy, Silvia M. (2008): Von der Frauen- zur Geschlechterperspektive. Die Notwendigkeit einer gendersensiblen Gesundheitsberichterstattung. In: Frauenreferat der Vorarlberger Landesregierung / Fachstelle Familien und Gleichstellung des Kantons Appenzell Ausserrhoden / Kompetenzzentrum Integration, Gleichstellung und Projekte des Kantons St. Gallen / Stabsstelle für Chancengleichheit der Regierung des Fürstentums Liechtenstein / Stabsstelle für Chancengleichheit von Frau und Mann des Kantons Graubünden (Hrsg.) (2008): Grenzüberschreitende Veranstaltungsreihe Gender Medizin. Gesundheit weiblich – männlich. Dokumentation. Vaduz: BVD Druck + Verlag AG. S. 69 – 78.
- Legato, Marianne J. (2010): The Partnership for Gender-Specific-Medicine.
URL: <http://www.cumc.columbia.edu/dept/partnership/index.html> (dl: 15.06.2012)
- Lehner, Erich (2004): „Männer stellen Arbeit über die Gesundheit“. Männliche Lebensinszenierungen und Wunschrollenbilder. In: Altgeld, Thomas (Hrsg.) (2004): Männergesundheit. Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention. Weinheim, München: Juventa Verlag. S. 49 – 63.

- Leitner, Andrea (2007): Frauenförderung im Wandel. Gender Mainstreaming in der österreichischen Arbeitsmarktpolitik. Frankfurt am Main: Campus Verlag.
- Leitzmann, Claus / Müller, Claudia / Michel, Petra / Brehmen, Ute / Triebel, Thamar / Hahn, Andreas / Laube, Heinrich (2009): Ernährung in Prävention und Therapie. Ein Lehrbuch. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Hippokrates Verlag.
- Leppin, Anja (2010): Konzepte und Strategien der Prävention. In: Hurrelmann, Klaus / Klotz, Theodor / Haisch, Jochen (Hrsg.) (2010): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Verlag Hans Huber. S. 35 – 44.
- Lohff, Brigitte (2008): Gender Medizin in Forschung und Lehre. In: Frauenreferat der Vorarlberger Landesregierung / Fachstelle Familien und Gleichstellung des Kantons Appenzell Ausserrhoden / Kompetenzzentrum Integration, Gleichstellung und Projekte des Kantons St. Gallen / Stabsstelle für Chancengleichheit der Regierung des Fürstentums Liechtenstein / Stabsstelle für Chancengleichheit von Frau und Mann des Kantons Graubünden (Hrsg.) (2008): Grenzüberschreitende Veranstaltungsreihe Gender Medizin. Gesundheit weiblich – männlich. Dokumentation. Vaduz: BVD Druck + Verlag AG. S. 93 – 96.
- Löschke-Yaldiz, Kathleen / Özsoy, Serpil / San, Ekim / Ünsal, Seher / Sümbültepe, Nuray (2010): „Gesundheit in allen Sprachen“. Health Literacy bei MigrantInnen. In: Wolf, Hilde / Ender, Margit / Wimmer-Puchinger, Beate (Hrsg.) (2010): Frauen. Gesundheit. Soziale Lage. 1. Auflage. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG. S. 143 – 154.
- Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung (2005): Die Entwicklung der Frauengesundheit. In: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (Hrsg.) (2005): Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. S. 40 – 41.
- Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung (2005a): Gender-Medizin. Beispiele für Ansatzpunkte in Österreich. In: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (Hrsg.) (2005): Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. S. 42 – 43.
- Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung (2005b): Die Rolle der Frauengesundheitsberichterstattung. In: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (Hrsg.) (2005): Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. S. 48 – 49.
- Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung (2005c): Frauengesundheit und internationale Frauen- und Gleichstellungspolitik. In: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (Hrsg.) (2005): Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. S. 51 – 53.
- Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung (2005d): Gender Mainstreaming im Gesundheitsbericht. In: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (Hrsg.) (2005): Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. S. 53 – 56.
- Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung (2005e): Frauengesundheit in den USA. Das Office on Women's Health. In: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (Hrsg.) (2005): Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. S. 56 – 57.
- Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung (2005f): Fundamente der Frauengesundheit in Österreich. WHO, Gesundheitsförderung und Public Health. In: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (Hrsg.) (2005): Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. S. 58.
- Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung (2005g): Grundprinzipien einer frauengerechten Gesundheitsversorgung. In: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (Hrsg.) (2005): Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. S. 320 – 321.

- Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung (2005h): Langfristige Veränderungen von Partnerschaft, Ehe und Familie. In: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (Hrsg.) (2005): Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. S. 71 – 72.
- Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung (2005i): Geschlechtsspezifische Prävention und Gesundheitsförderung. In: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2005) (Hrsg.): Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. S. 376 – 395.
- Maschewsky-Schneider, Ulrike (1996): Frauen das kranke Geschlecht? – Mythos oder Wirklichkeit?. In: Maschewsky-Schneider, Ulrike (Hrsg.) (1996): Frauen – das kranke Geschlecht?. Mythos und Wirklichkeit. Ein Beitrag aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive. Opladen: Leske + Budrich. S. 7 – 18.
- Maschewsky-Schneider, Ulrike (Hrsg.) (1996a): Women and Health. Perspectives in Epidemiology and Public Health Sciences. Symposium. Bremen am 28. Oktober 1994. In: Maschewsky-Schneider, Ulrike (Hrsg.) (1996): Frauen – das kranke Geschlecht?. Mythos oder Wirklichkeit. Ein Beitrag aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive. Opladen: Leske + Budrich. S. 127 – 130.
- Maschewsky-Schneider, Ulrike / Fuchs, Judith (2001): Gender Bias – Gender Research. Entwicklung von methodologischen Standards zu geschlechtsspezifischer Forschung am Beispiel Public Health. In: Worringer, Ulrike / Zwingmann, Christian (Hrsg.) (2001): Rehabilitation weiblich – männlich. Geschlechtsspezifische Rehabilitationsforschung. Weinheim, München: Juventa Verlag. S. 235 – 252.
- Mauerer, Gerlinde (2010): Einleitung. Frauen zwischen „nicht mehr“ und „noch nicht“ – wie lange noch?. In: Mauerer, Gerlinde (Hrsg.) (2010): Frauengesundheit in Theorie und Praxis. Feministische Perspektiven in den Gesundheitswissenschaften. Bielefeld: transcript Verlag. S. 11 – 24.
- Mauerer, Gerlinde (2010a): Weiblichkeit und (Vor-)Sorge tragen. Wechselwirkungen zwischen Frauen- und Krankheitsbildern. In: Mauerer, Gerlinde (Hrsg.) (2010): Frauengesundheit in Theorie und Praxis. Feministische Perspektiven in den Gesundheitswissenschaften. Bielefeld: transcript Verlag. S. 85 – 112.
- Merbach, Martin / Brähler, Elmar (2010): Prävention und Gesundheitsförderung bei Männern und Frauen. In: Hurrelmann, Klaus / Klotz, Theodor / Haisch, Jochen (Hrsg.) (2010): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Verlag Hans Huber. S. 347 – 358.
- Mielck, Andreas (2002): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: Hurrelmann, Klaus / Kolip, Petra (Hrsg.) (2002): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. 1. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber. S. 387 – 402.
- Moré, Angela (2004): Zur Geschlechtsspezifität bei (neuro)psychologischen und psychosomatischen Störungen aus der Sicht der pädiatrischen Psychologie. In: Rieder, Anita / Lohff, Brigitte (Hrsg.) (2004): Gender Medizin. Geschlechtsspezifische Aspekte für die klinische Praxis. Wien: Springer Verlag. S. 45 – 62.
- Moré, Angela (2008): Zur Geschlechtsspezifität bei (neuro)psychologischen und psychosomatischen Störungen aus der Sicht der pädiatrischen Psychologie. In: Rieder, Anita / Lohff, Brigitte (Hrsg.) (2008): Gender Medizin. Geschlechtsspezifische Aspekte für die klinische Praxis. Wien: Springer Verlag. S. 89 – 106.
- Moser, Judith (2001): Frauen sind anders. URL: <http://www.frauenfuerfrauen.org/pub/art1.pdf> (dl. 04.05.2012)
- Müller, Michael M. / Ringhofer, Harald / Ostermann, Herwig (2012): Die Vorsorgeuntersuchung in Österreich. Darstellung ausgewählter Systemeffekte und Möglichkeiten der Weiterentwicklung. In: Kirch, Wilhelm / Hoffmann, Thomas / Pfaff, Holger (Hrsg.) (2012): Prävention und Versorgung. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG. S. 725 – 739.
- Nordlohne, Elisabeth / Kolip, Petra (1994): Gesundheits- und Krankheitskonzepte 14- bis 17-jähriger Jugendlicher. Ergebnisse einer repräsentativen Jugendbefragung In: Kolip, Petra (Hrsg.) (1994): Lebenslust und Wohlbefinden. Beiträge zur geschlechtsspezifischen Jugendgesundheitsforschung. Weinheim, München: Juventa Verlag. S. 121 – 138.

- Ornetzeder, Sigrid (2011): Selbsthilfegruppen und deren Bedeutung. In: Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2011): Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2010/2011. Wien: Bundesministerium für Gesundheit. S. 455 – 457.
- Ostermann, Doris (2010): Gesundheitscoaching. 1. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Otto, Sylvana (2006): Gender und Gesundheit. Geschlechtsdifferenziertes Gesundheitsverhalten und Gesundheitswissen. Differente Partizipation.
URL: <http://www.gesundheitberlin.de/download/Otto.pdf> (dl: 01.07.2013)
- Oyen, Rainer (1998): Grundbegriffe der Sozialmedizin und Epidemiologie – Gesundheit, Krankheit, Behinderung. In: Schwarzer, Wolfgang (Hrsg.) (1998): Lehrbuch der Sozialmedizin für Sozialarbeit, Sozial- und Heilpädagogik. 2., verbesserte Auflage. Dortmund: Löer Druck GmbH. S. 11 – 27.
- Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2004): Männergesundheitsbericht. 1. Österreichischer Männergesundheitsbericht mit besonderer Berücksichtigung der Männergesundheitsversorgung. In: Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz (Hrsg.): Wien.
- Pfeffer, Ines / Alfermann, Dorothee (2006): Fitnesssport für Männer – Figurtraining für Frauen?!. Gender und Bewegung. In: Kolip, Petra / Altgeld, Thomas (Hrsg.) (2006): Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis. Weinheim, München: Juventa Verlag. S. 61 – 74.
- Pirolt, Elfriede / Schauer, Gabriele (2006): Vom Projekt Spagat zu Gender Mainstreaming in der betrieblichen Gesundheitsförderung. Fünf Jahre betriebliche Gesundheitsförderung mit Gender-Perspektive. In: Kolip, Petra / Altgeld, Thomas (Hrsg.) (2006): Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis. Weinheim, München: Juventa Verlag. S. 233 – 244.
- Pourgholam-Ernst, Azra (2002): Das Gesundheitserleben von Frauen aus verschiedenen Kulturen. Frauen und Gesundheit. Eine empirische Untersuchung zum Gesundheitserleben ausländischer Frauen in Deutschland aus salutogenetischer Sicht. 1. Auflage. Münster: Dr. Azra Pourgholam-Ernst und Telos Verlag Dr. Roland Seim M.A.
- Pühringer, Josef (2011): Vorwort. In: Institut für Gesundheitsplanung (Hrsg.) (2011): Gesundheit von Männern und Frauen in Oberösterreich. 1. Oberösterreichischer Gender-Gesundheitsbericht. Linz: Birner Druck GmbH. S. 3
- Rásky, Éva (2000): Geschlechtsspezifische Indikatoren für die Gesundheitsberichterstattung. In: Dür, Wolfgang / Pelikan, Jürgen M. (Hrsg.) (2000): Gesundheit beobachten. Dokumentation und Berichterstattung als Aufgabe der Gesundheitsförderung. Reihe Gesundheitswissenschaften, Gesundheitsförderung. Band 8. Wien: Facultas Universitätsverlag. S. 57 – 61.
- Rásky, Éva (2006): Frauengesundheit. Schritt vor Schritt kommt auch ans Ziel. In: Sprengseis, Gabriele / Lang, Gert (Hrsg.) (2006): Vom Wissen zum Können. Forschung für NPOs im Gesundheits- und Sozialbereich. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG. S. 70 – 81.
- Rásky, Éva (2009): Gender Mainstreaming und Gender Medicine in der Allgemeinmedizin: (K)ein neues Thema?. URL: http://www.stafam.at/files/attachments/4076/201844_15_Rasky_Gender.pdf (dl: 10.08.2013)
- Rehaag, Regine / Tils, Gabriele / Waskow, Frank (2011): Ernährung im Wandel?!. Essverhalten und Risiken. In: KKH-Allianz. Gesetzliche Krankenversicherung (Hrsg.) (2011): Gesund Jung?!. Herausforderung für die Prävention und Gesundheitsförderung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Weißbuch Prävention 2010/2011. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag. S. 95 – 110.
- Rieder, Anita / Lohff, Brigitte (2004): Einleitung. In: Rieder, Anita / Lohff, Brigitte (Hrsg.) (2004): Gender Medizin. Geschlechtsspezifische Aspekte für die klinische Praxis. Wien: Springer Verlag. S. 1 – 10.
- Rothgangel, Simone (2010): Kurzlehrbuch. Medizinische Psychologie und Soziologie. 2. Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

- Rudorfer, Silke / Dannhauser, Claudia (2011): Handbuch Gesundheitspolitik Österreich. Wien: LIT Verlag GmbH & Co. KG.
- Schaefer, Ina / Lademann, Julia (2010): Frauen leben länger – haben sie auch etwas davon?. Gesundheitsförderung und Prävention im Alter. In: Kolip, Petra / Lademann, Julia (Hrsg.) (2010): Frauenblicke auf das Gesundheitssystem. Frauengerechte Gesundheitsversorgung zwischen Marketing und Ignoranz. Weinheim, München: Juventa Verlag. S. 161 – 184.
- Schauder, Peter (2006): Konsens über ein Gesamtkonzept zur Senkung der Zahl chronisch Kranker. In: Schauder, Peter / Berthold, Heiner / Eckel, Heyo / Ollenschläger, Günther (Hrsg.) (2006): Zukunft sichern. Senkung der Zahl chronisch Kranker. Verwirklichung einer realistischen Utopie. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH. S. 443 – 447.
- Scheele, Sebastian (2009): Ansprechen um jeden Preis?. Effekte und Paradoxien der Männergesundheitsförderung. In: Gransee, Carmen / Lorenz, Jürgen / Deneke, Christiane / Seibt, Annette C. / Weber, Petra (Hrsg.) (2009): Diversitymanagement in den Pflege- und Gesundheitswissenschaften. Berlin: LIT Verlag Dr. W. Hopf. S. 49 – 66.
- Schigl, Brigitte (2010): Feministische + Gendertheorie. Diskurse und ihre Bedeutung für das psychosoziale Feld. In: Journal für Psychologie. 2010, 18(3).
URL: <http://www.journal-fuer-psychologie.de/index.php/jfp/article/view/33/191> (dl: 02.07.2013)
- Schipperges, Heinrich (1999): Krankheit und Kranksein im Spiegel der Geschichte. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
- Schlicht, Wolfgang / Brand, Ralf (2007): Körperliche Aktivität, Sport und Gesundheit. Eine interdisziplinäre Einführung. Weinheim, München: Juventa Verlag.
- Schmerl, Christiane (2002): Die Frau als wandelndes Risiko. Von der Frauenbewegung zur Frauengesundheitsbewegung zur Frauengesundheitsforschung. In: Hurrelmann, Klaus / Kolip, Petra (Hrsg.) (2002): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. 1. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber. S. 32 – 52.
- Schmid-Siegel, Brigitte / Gutierrez-Lobos, Karin (1996): Überlegungen zur psychischen Gesundheit von Frauen. In: Mixa, Elisabeth / Malleier, Elisabeth / Springer-Kremser, Marianne / Birkhan, Ingvild (Hrsg.) (1996): Körper – Geschlecht – Geschichte. Historische und aktuelle Debatten in der Medizin. Innsbruck: Studien-Verlag Ges.m.b.H. S. 244 – 254.
- Schmidt, Bettina (1998): Suchtprävention bei konsumierenden Jugendlichen. Sekundärpräventive Ansätze in der geschlechtsbezogenen Drogenarbeit. Weinheim, München: Juventa Verlag.
- Schofield, Toni / Connell, Robert W. / Walker, Linley / Wood, Julian F. / Butland, Dianne L. (2002): Das Konzept des Geschlechterverhältnisses in Forschung, Politik und Praxis. In: Hurrelmann, Klaus / Kolip, Petra (Hrsg.) (2002): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. 1. Auflage. S. 67 – 84.
- Scholz, Martha (2011): Frauen und Gleichstellungspolitik in Österreich und im internationalen Vergleich. In: Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2011): Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2010/2011. Wien: Bundesministerium für Gesundheit. S. 31 – 36.
- Scholz, Martha (2011a): Frauengesundheitsberichterstattung in Österreich, Europa und International. In: Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2011): Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2010/2011. Wien: Bundesministerium für Gesundheit. S. 40 – 42.
- Scholz, Martha (2011b): Lebenserwartung bei Frauen und Männern. In: Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2011): Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2010/2011. Wien: Bundesministerium für Gesundheit. S. 76 – 78.
- Schritt, Katarina (2011): Ernährung im Kontext von Geschlechterverhältnissen. Analyse zur Diskursivität gesunder Ernährung. 1. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schwartz, Friedrich W. / Siegrist, Johannes / von Troschke, Jürgen / Schlaud, Martin (2003): Wer ist gesund? Wer ist krank? Wie gesund beziehungsweise krank sind Bevölkerungen?. In: Schwartz, Friedrich W. / Badura, Bernhard / Busse, Reinhard / Leidl, Reiner / Raspe, Heiner / Siegrist, Johannes / Walter, Ulla (Hrsg.) (2003): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. 2., völlig neu bearbeitete und erweiterte Auflage. München, Jena: Urban & Fischer Verlag. S. 23 – 47.

- Schweizerische Eidgenossenschaft (2010): Geschlecht. Sex und Gender. Bundesamt für Gesundheit: Eidgenössisches Department des Innern EDI.
- Schücking, Beate A. (1996): Weiße Flecken in der Landschaft. Frauenforschung in der Medizin. In: Mixa, Elisabeth / Malleier, Elisabeth / Springer-Kremser, Marianne / Birkhan, Ingvild (Hrsg.) (1996): Körper – Geschlecht – Geschichte. Historische und aktuelle Debatten in der Medizin. Innsbruck: Studien-Verlag Ges.m.b.H. S. 229 – 243.
- Sewtz, Susanne (2006): Karrieren im Gesundheitswesen. Eine geschlechtervergleichende Analyse der Professionen Medizin und Pflege. Weinheim, München: Juventa Verlag.
- Sieverding, Monika (2010): Gesundheitspsychologie. Genderforschung in der Gesundheitspsychologie. In: Steins, Gisela (Hrsg.) (2010): Handbuch Psychologie und Geschlechterforschung. 1. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 189 – 202.
- Statistik Austria (2007): Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/07. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend & Bundesgesundheitsagentur (Hrsg.).
- Statistik Austria (2012): Bevölkerung im Jahresdurchschnitt seit 1981 nach breiten Altersgruppen sowie demographische Abhängigkeitsquotienten - Österreich. URL: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_alter_geschlecht/023458.html (dl. 12.04.2013)
- Statistik Austria (Hrsg.) (2012a): Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2011. Wien: Verlag Österreich GmbH.
- Statistik Austria (Hrsg.) (2012b): Demographisches Jahrbuch 2011. Wien: Verlag Österreich GmbH.
- Statistik Austria (Hrsg.) (2012c): Bevölkerung am 1.1.2012 nach Alter und Bundesland – Frauen. URL: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_alter_geschlecht/023472.html (dl. 12.04.2013)
- Statistik Austria (2013): Statistiken. Bevölkerung. URL: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/index.html (dl: 12.02.2013)
- Steinbach, Herlinde (2007): Gesundheitsförderung. Ein Lehrbuch für die Pflege- und Gesundheitsberufe. 2., aktualisierte Auflage. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- Stiehler, Matthias (2004): Das Kreuz mit der Geschlechterdifferenzierung in der Gesundheitsberichterstattung. In: Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz. Männerpolitische Grundsatzabteilung. (Hrsg.) (2004): Psychosoziale und ethische Aspekte der Männergesundheit. Wien: Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz. S. 15 – 22.
- Stopper, Helga / Gertler, Maximilian (2002): Physikalische Umwelt und Gesundheit. In: Hurrelmann, Klaus / Kolip, Petra (Hrsg.) (2002): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. 1. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber. S. 439 – 459.
- Stöger, Alois (2007): Eröffnungsrede. In: Wesenauer, Andrea / Sebingner, Sarah (Hrsg.) (2007): Gender & Health. Tagungsbericht zur Veranstaltung am 12. März 2007 in Linz. Linz: Oberösterreichische Gebietskrankenkasse. S. 17
- Strametz-Juranek, Jeanette (2010): Geschlechtsspezifische Medizin und Frauengesundheit. Symptome und klinische Probleme. In: Luger, Anton / Öhler, Leopold / Preusser, Matthias (Hrsg.) (2010): Innere Medizin. Symptome und klinische Probleme. 6., aktualisierte Auflage. Wien: facultas.wuv. S. 96 – 105.
- Strümpel, Charlotte (2007): Gender Mainstreaming in der österreichischen Politik für Seniorinnen und Senioren. Expertise. In: Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Konsumentenschutz: Wien.
- Treier, Michael (2012): Gesundheitscontrolling. Erfolge messen und Nachhaltigkeit schaffen. In: Gourmelon, Andreas (Hrsg.) (2012): Personalressourcen sichern. Eine Zukunftsaufgabe für den öffentlichen Sektor. Hemsbach: Beltz Druckpartner GmbH & Co. KG. S. 95 – 110.

- Ulich, Eberhard / Wülser, Marc (2009): Gesundheitsmanagement in Unternehmen. Arbeitspsychologische Perspektiven. 3. Auflage. Wiesbaden: Gabler GWV Fachverlage GmbH.
- Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit (2011): Handlungsempfehlungen für Frauengesundheit in Österreich. In: Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2011): Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2010/2011. Wien: Bundesministerium für Gesundheit. S. 530 – 544.
- Vertreterinnen des Netzwerks österreichischer Frauengesundheitszentren (2011): Netzwerk der österreichischen Frauengesundheitszentren. In: Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2011): Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2010/2011. Wien: Bundesministerium für Gesundheit. S. 442 – 443.
- Vogt, Irmgard (2006): Psychologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann, Klaus / Laaser, Ulrich / Razum, Oliver (Hrsg.) (2006): Handbuch Gesundheitswissenschaften. 4., vollständig überarbeitete Auflage. Weinheim, München: Juventa Verlag. S. 147 – 183.
- Vogt, Irmgard / Hoff, Tanja (2012): Psychologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann, Klaus / Razum, Oliver (Hrsg.) (2012): Handbuch Gesundheitswissenschaften. 5., vollständig überarbeitete Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa. S. 151 – 186.
- Voss, Angelika / Lohff, Brigitte (2004): Nach-Denkliches zur Gender Medizin. In: Rieder, Anita / Lohff, Brigitte (Hrsg.) (2004): Gender Medizin. Geschlechtsspezifische Aspekte für die klinische Praxis. Wien: Springer Verlag. S. 435 – 443.
- Voß, Angelika / Lohff, Brigitte (2008): Nach-Denkliches zur Gender Medicine. In: Rieder, Anita / Lohff, Brigitte (Hrsg.) (2008): Gender Medizin. Geschlechtsspezifische Aspekte für die klinische Praxis. 2. Auflage. Wien: Springer Verlag. S. 533 – 542.
- Waldron, Ingrid (2002): Krankheit und Mortalität bei Säuglingen und Kleinkindern. In: Hurrelmann, Klaus / Kolip, Petra (Hrsg.) (2002): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. 1. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber. S. 159 – 178.
- Walla, Wolfgang / Eggen, Bernd / Lipinski, Heike (2006): Der demographische Wandel. Herausforderungen für Politik und Wirtschaft. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Waller, Heiko (2006): Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen und Praxis. 4., überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Walter, Ulla / Hager, Klaus (2004): Die alternde Bevölkerung. Demographie, gesundheitliche Einschränkungen, Krankheiten und Prävention unter Gender-Fokus. In: Rieder, Anita / Lohff, Brigitte (Hrsg.) (2004): Gender Medizin. Geschlechtsspezifische Aspekte für die klinische Praxis. Wien: Springer Verlag. S. 267 – 300.
- Weltgesundheitsorganisation (1986): Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung.
URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf (dl: 20.11.2012)
- Weltgesundheitsorganisation (1994): Wiener Erklärung über die Investition in die Gesundheit von Frauen in den mittel- und osteuropäischen Ländern.
URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/114238/E93952G.pdf (dl: 04.05.2012)
- Weyerer, Siegfried / Ding-Greiner, Christina / Marwedel, Ulrike / Kaufeler, Teresa (2008): Epidemiologie körperlicher Erkrankungen und Einschränkungen im Alter. 1. Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Wilke, Christiane / Biallas, Bianca / Froboese, Ingo (2007): Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz. Ansätze und Leitlinien. In: Deimel, Hubertus / Huber, Gerhard / Pfeifer, Klaus / Schüle, Klaus (Hrsg.) (2007): Neue aktive Wege in Prävention und Rehabilitation. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH. S. 25 – 42.
- Wimmer-Puchinger, Beate (1996): Wiener WHO-Modellprojekt. Frauengesundheitsförderung an einer Frauenklinik. Ziele und Umsetzung. In: Mixa, Elisabeth / Malleier, Elisabeth / Springer-Kremser, Marianne / Birkhan, Ingvild (Hrsg.) (1996): Körper – Geschlecht – Geschichte. Historische und aktuelle Debatten in der Medizin. Innsbruck: Studien-Verlag Ges.m.b.H. S. 255 – 267.

- Wimmer-Puchinger, Beate (1996a): Women Friendly Service – oder „Von Daten zu Taten“. In: Rauchfuß, Martina / Kuhlmeier, Adelheid / Rosenmeier, Peter (Hrsg.) (1996): Frauen in Gesundheit und Krankheit. Die neue frauenheilkundliche Perspektive. 1. Auflage. Berlin: Trafo Verlag Dr. Wolfgang Weist. S. 109 – 122.
- Wimmer-Puchinger, Beate (2006): Frauengesundheit in Österreich. Entwicklung, Fakten, Modelle. In: Österreichische Pflegezeitschrift. 2006, 59(03). S. 12 – 17.
- Wimmer-Puchinger, Beate (2008): 2. Österreichischer Frauengesundheitsbericht mit dem Schwerpunkt: Zugang zu den Gesundheitssystemen für Migrantinnen. In: Frauenreferat der Vorarlberger Landesregierung / Fachstelle Familien und Gleichstellung des Kantons Appenzell Ausserrhoden / Kompetenzzentrum Integration, Gleichstellung und Projekte des Kantons St. Gallen / Stabsstelle für Chancengleichheit der Regierung des Fürstentums Liechtenstein / Stabsstelle für Chancengleichheit von Frau und Mann des Kantons Graubünden (Hrsg.) (2008): Grenzüberschreitende Veranstaltungsreihe Gender Medizin. Gesundheit weiblich – männlich. Dokumentation. Vaduz: BVD Druck + Verlag AG. S. 31 – 44.
- Wimmer-Puchinger, Beate / Drott, Felice (2008): Von Frauengesundheit zu Genderkompetenz im Gesundheitswesen. In: Appiano-Kugler, Iris / Kogoj, Traude (2008): Going Gender and Diversity. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG. S. 90 – 98.
- Winkler, Petra / Pochobradsky, Elisabeth / Wirl, Charlotte (2012): Gesundheit und Krankheit der älteren Generation in Österreich. Endbericht. Wien: Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.).
- Winter, Reinhard (2004): Balancierte Männergesundheit. Männergesundheitsförderung jenseits von Medizin?. In: Altgeld, Thomas (Hrsg.) (2004): Männergesundheit. Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention. Weinheim, München: Juventa Verlag. S. 243 – 255.
- Wittmann, Karl / Schoberberger, Rudolf (Hrsg.) (2010): Der Mensch in Umwelt, Familie und Gesellschaft. 8., vollständig überarbeitete Auflage. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- Wohlfarth, Rainer / Ritterbach, Udo (2009): Rosige Zeiten für Golden Girls and Boys?. Zur Gesundheitsförderung im Alter. In: Nicolaus, Jürgen / Ritterbach, Udo / Spörhase, Ulrike / Schleider, Karin (Hrsg.) (2009): Leben nach Herzenslust?. Lebensstil und Gesundheit aus psychologischer und pädagogischer Sicht. 1. Auflage. Freiburg im Breisgau: Centaurus Verlag & Media KG. S. 149 – 174.
- Wolf, Hilde / Endler, Margit / Wimmer-Puchinger, Beate (Hrsg.) (2010): Frauen. Gesundheit. Soziale Lage. 1. Auflage. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- World Health Organization (1946): Constitution of the World Health Organization.
URL: http://www.searo.who.int/LinkFiles/About_SEARO_const.pdf (dl: 15.09.2012)
- Zehetner, Bettina (2012): Krankheit und Geschlecht. Feministische Philosophie und psychosoziale Beratung. Wien: Verlag Turia + Kant.
- Zimmermann, Karin / Metzl-Götz, Sigrid (2007): „Vision und Mission“. Die Integration von Gender in den Mainstream europäischer Forschung. 1. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Bedingungsfaktoren zur Gesundheit	20
Abbildung 2: Klassifikation von Präventionsmaßnahmen.....	73
Abbildung 3: Einteilung der Präventionsstrategien (eigene Darstellung)	74
Abbildung 4: Verhaltens-/Verhältnisprävention.....	75

Abkürzungsverzeichnis

ARGE	Arbeitsgemeinschaft
CEDAW	Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form der Diskriminierung der Frau
DGMS	Deutsche Gesellschaft für Medizinische Soziologie
DGSMP	Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention
EIWH	Europäisches Institut für Frauengesundheit
EU	Europäische Union
F.E.M.	Frauengesundheitszentrum für Frauen, Eltern, Mädchen
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
ISMH	International Society for Men's Health and Gender
PAP	Zellabstrich zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs
UN	United Nations, Vereinte Nationen
UNO	United Nations Organization, Organisation der Vereinten Nationen
US	United States, Vereinigte Staaten
WHO	Weltgesundheitsorganisation