

**Stand und Perspektiven
einer
geschlechtersensiblen**

Gesundheitsberichterstattung

Lange C, Lampert T

Blickpunkt der Mann 2003; 1 (3)

20-25

Homepage:

www.kup.at/dermann

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

**Krause & Pachernegg GmbH
Verlag für Medizin und Wirtschaft
A-3003 Gablitz**

Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf
Erscheinungsort: 3003 Gablitz

Stand und Perspektiven einer geschlechtersensiblen Gesundheitsberichterstattung

C. Lange, T. Lampert

Geschlechtersensible Gesundheitsberichterstattung beschreibt die gesundheitliche Lage von Frauen und Männern und schließt sowohl frauen- und mänderspezifische Betrachtungen als auch systematische Geschlechtervergleiche ein. Unter Berücksichtigung der sozialen Konstruktion von Geschlechtsidentitäten und der Art der Beziehungen zwischen Männern und Frauen sollen gesundheitliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern identifiziert und soweit wie möglich erklärt werden. Ausgehend von einem Überblick zu bisher veröffentlichten geschlechtsspezifischen und geschlechtervergleichenden Gesundheitsberichten werden die methodische Herangehensweise und praktische Umsetzung eines geschlechtersensiblen Zugangs in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes vorgestellt.

*Gender sensitive health monitoring describes the health situation of women and men, including women and men specific analyses as well as systematic gender comparisons. In order to identify and explain health-related gender differences, social constructions of gender roles and the different types of relationships between men and women should be considered. Starting with an overview of gender specific and gender comparative health reports published until now, the method and implementation of a gender sensitive perspective within the health monitoring at federal level is discussed. **BLICKPUNKT Der MANN 2003; 1 (3): 20–5.***

In Deutschland haben Frauen bei Geburt gegenwärtig eine um sechs Jahre höhere Lebenserwartung als Männer. Die Übersterblichkeit der Männer ist zum einen durch eine höhere Säuglingssterblichkeit bedingt, zum anderen durch vorzeitige Sterbefälle infolge von Krankheiten und Verletzungen, die sich mit gesundheitsschädigenden Verhaltensmustern in Verbindung bringen lassen, wie Herzinfarkt, Leberzirrhose, Lungenkrebs, Arbeits- und Verkehrsunfälle. Die höhere Lebenserwartung der Frauen relativiert sich allerdings, wenn berücksichtigt wird, daß die zusätzlichen Lebensjahre oftmals mit gesundheitlichen Einschränkungen verbunden sind. Insbesondere psychosomatische Beschwerden und psychische Störungen, aber auch viele nicht lebensbedrohliche körperliche Erkrankungen kommen bei Frauen häufiger vor als bei Männern. Werden nur die bei guter Gesundheit verbrachten Lebensjahre berücksichtigt, fällt die Geschlechterdifferenz in der Lebenserwartung deutlich geringer aus [1].

Angesichts des breiten Spektrums von Gesundheitsunterschieden zwischen Frauen und Männern bedarf es einer geschlechtersensiblen Gesundheitsberichterstattung auf der Basis zuverlässiger und valider Daten. Geschlechtersensibilität bezeichnet dabei Sicht- und Darstellungsweisen, die der sozialen und gesundheitlichen Lage beider Geschlechter angemessen sind [2]. Dies schließt sowohl frauen- und mänderspezifische Betrachtungen, die sich auf die Belange und Bedürfnisse eines Geschlechts beziehen, als auch systematische Geschlechtervergleiche, die Unterschiede wie Gemeinsamkeiten zwischen Frauen und Männern herausarbeiten, ein.

Ausgehend von einer kurzen Übersicht über die bisher vorgelegten Frauen-, Männer- und geschlechtervergleichenden Gesundheitsberichte werden nachfolgend die Voraussetzungen und Grundlagen einer geschlechtersensiblen Gesundheitsberichterstattung beschrieben. Abschließend wird die Umsetzung einer geschlechtersensiblen Gesundheitsberichterstattung in der „Gesundheitsberichterstattung des Bundes“, wel-

che vom Robert Koch-Institut zusammen mit dem Statistischen Bundesamt durchgeführt wird, dargestellt.

Berichte zur gesundheitlichen Lage von Frauen

In enger Anlehnung an die sozialwissenschaftliche Geschlechterforschung und die Frauengesundheitsbewegung hat sich in Deutschland eine Frauengesundheitsforschung entwickelt, die mittlerweile an den Hochschulen und innerhalb der einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften gut institutionalisiert ist. Im Mittelpunkt der Frauengesundheitsforschung standen zunächst vor allem Fragen der reproduktiven Gesundheit, die auch kritische Auseinandersetzungen mit modernen Reproduktionstechnologien und der Hormonsubstitution einschlossen, sowie das einseitig am männlichen Patienten ausgerichtete Medizin- und Gesundheitssystem und die daraus resultierende strukturelle Benachteiligung und Ungleichbehandlung von Frauen. Später erweiterte sich das Themenspektrum auf die Arbeits- und Lebensbedingungen sowie das Gesundheitsverhalten, wobei das gesellschaftliche Geschlechterverhältnis und die Ungleichheit zwischen Frauen und Männern die maßgeblichen Untersuchungs- und Deutungsschemata vorgaben. Nach der Wiedervereinigung und durch die Förderung der seit Ende der 80er Jahre eingerichteten Public-Health-Forschungsverbände hat sich der Blickwinkel der Frauengesundheitsforschung weiter geöffnet, was sich sowohl mit einer größeren Themenvielfalt als auch mit einer stärkeren Ausrichtung an Konzeptionen der Prävention und Gesundheitsförderung belegen läßt [3, 4].

Diese Entwicklung spiegelt sich auch in der Berichterstattung zur Frauengesundheit wider, die maßgeblich durch engagierte Gruppen innerhalb der Weltgesundheitsorganisation (WHO) angestoßen wurde. Nachdem die World Health Assembly im Jahr 1992 eine umfassende Berichterstattung zur gesundheitlichen Situation von Frauen gefordert hatte, rief das WHO Regionalbüro für Europa die Initiative „Investing in Women's Health“ ins Leben. Alle Mitgliedstaaten sollten die aus ihrer Sicht vordringlichen Problemstellungen („focal points“) formulieren und mittelfristig einen Frauengesundheitsbericht erstellen. Für die Berichte wurden Richtlinien und ein Indikatorenkatalog vorge-

Korrespondenzadresse: Dr. Cornelia Lange, Thomas Lampert, Robert Koch-Institut, Gesundheitsberichterstattung, D-13353 Berlin, Seestraße 10, E-mail: c.lange@rki.de, t.lampert@rki.de

schlagen, um die Vergleichbarkeit zwischen den Mitgliedsstaaten zu gewährleisten („Guidelines for the Women's Health Profile“). Erste Ergebnisse aus den Mitgliedsstaaten wurden in dem 1995 publizierten Bericht „Highlights on Women's Health in Europe“ dargestellt [5]. Ein noch breiteres Themenspektrum wird durch den Bericht „Die gesundheitliche Situation der Frauen in der Europäischen Gemeinschaft“ abgedeckt, der 1997 von der Europäischen Kommission herausgegeben wurde. Auf der Grundlage von Daten der WHO („Health for All“-Datenbank), des Statistischen Amtes der Europäischen Gemeinschaft (Eurostat) und der Eurobarometer-Umfrage aus dem Jahr 1996 erschließt sich ein umfassender Überblick über Gesundheitsstatus, Gesundheitsverhalten und Gesundheitsversorgung von Frauen im europäischen Vergleich [6].

In Deutschland wurden die ersten Frauengesundheitsberichte Mitte der 90er Jahre auf kommunaler oder regionaler Ebene erstellt. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der Vielfalt der verwendeten Daten, der Einbindung in ein politisches Gesamtkonzept und der thematischen Struktur. Die meisten Berichte konzentrierten sich auf spezifische Problemlagen von Frauen. Beispiele sind der „Frauengesundheitsbericht Bremen 2001“ [7], der den Fokus auf Frauen in Gesundheitsberufen und als pflegende Angehörige richtet, sowie der Bericht „Frauengesundheit: Zur gesundheitlichen Situation der Frauen in Baden-Württemberg 2000“ mit einem Schwerpunkt auf spezifischen Belastungen von Frauen in verschiedenen Lebensaltern [8]. Zum Vergleich und zur Einordnung der Ergebnisse wurden gesundheitsbezogene Daten für Männer oder für Frauen aus anderen Regionen herangezogen.

Eine umfassende Darstellung auf der Grundlage von bundesweit repräsentativen Daten leistete erst der „Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland“, der im Jahr 2001 vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) herausgegeben wurde [9]. In zehn Kapiteln werden ausgewählte soziodemographische und sozioökonomische Indikatoren, der Gesundheitsstatus anhand spezifischer Krankheitsbilder, gesundheitsbezogene Lebensweisen, Gewalt im Geschlechterverhältnis, reproduktive Gesundheit, Arbeit und Gesundheit, Gesundheit im mittleren Lebensalter, besondere soziale und gesundheitliche Lebenslagen von Frauen sowie frauenzentrierte Ansätze in der Gesundheitsförderung und der gesundheitlichen Versorgung beschrieben. Der Indikatorenkatalog der WHO diente als Ausgangspunkt, wurde aber in Richtung auf eine lebensweltbezogene, die spezifischen Belastungen und Ressourcen von Frauen in verschiedenen Lebenskontexten berücksichtigende Berichterstattung erweitert.

Forderung nach Männergesundheitsberichten

Seit Erscheinen der Frauengesundheitsberichte weisen Männergesundheitsforscher auf die Defizite einer Berichterstattung über Männergesundheit hin und setzen sich für die Erstellung von Männergesundheitsberichten ein. Der Erfolg und die öffentliche Aufmerksamkeit, die den Frauengesundheitsberichten zuteil wurde, verdeutlichen, welcher Erkenntnisgewinn mit einem ge-

schlechtsspezifischen Zugang verbunden sein kann. Männergesundheitsberichte sollen auf spezifische Gesundheitsprobleme von Männern hinweisen, die sich durch körperliche, psychische und soziale Anforderungen des täglichen Lebens ergeben. In empirischen Studien werden besonders Belastungen der Arbeitswelt und gesundheitsriskante Verhaltensmuster als Gefährdungen der Männergesundheit erkannt [10, 11]. Die Voraussetzungen für eine männerorientierte Gesundheitsberichterstattung sind allerdings ungünstiger, weil eine Männergesundheitsforschung in Deutschland bislang kaum entwickelt ist. Zwar nimmt die Zahl der Publikationen zu, doch ergeben diese kein klar umrissenes Bild von dem, was die Männergesundheitsforschung leisten kann und will. Auch an den Universitäten und innerhalb wissenschaftlicher Fachgesellschaften ist sie fast nicht repräsentiert.

Um Aktivitäten und Interessen zu vernetzen und die Notwendigkeit einer mänderspezifischen Gesundheitsberichterstattung nachhaltig zu unterstreichen, wurde im Jahr 2001 der „Initiativkreis Männergesundheitsbericht“ gegründet. Als zentrale Zielsetzung wurde die Erstellung eines bundesweiten Männergesundheitsberichtes als umfassende Bestandsaufnahme und Zwischenschritt in Richtung auf eine geschlechterdifferenzierte Gesundheitsberichterstattung formuliert. Bislang ist allerdings offen, ob und unter welchen Rahmenbedingungen ein solcher Bericht realisiert werden könnte.

Der Wiener Männergesundheitsbericht aus dem Jahr 1999 bleibt somit vorerst der einzige im deutschsprachigen Raum erschienene Gesundheitsbericht, der sich ausschließlich mit der Gesundheit von Männern beschäftigt [12]. Dieser thematisch breit angelegte Bericht umfaßt unter anderem Beschreibungen und Darstellungen zur sozioökonomischen Situation, Gesundheitsstatus und Lebenserwartung, Auswirkung der Erwerbsarbeit auf die Gesundheit, gesundheitsbezogene Lebensweise und Gesundheitsversorgung. Er unterstreicht die Notwendigkeit einer stärkeren Berücksichtigung der gesundheitlichen Belange und Bedürfnisse von Männern. Daß die Medizin und Gesundheitsforschung bis heute durch den männlichen Blick dominiert wird, steht dazu nicht im Widerspruch: „Durch den impliziten Androzentrismus, also die Annahme einer männlichen Sichtweise als Standard für Studienergebnisse, methodische Anlage und Interpretation, entsteht noch keine Männergesundheitsforschung, die die spezifischen Gesundheitsprobleme von Männern profiliert herausarbeitet“ [13].

Geschlechtervergleichende Gesundheitsberichte

Die bisherigen empirischen Forschungen und Gesundheitsberichte belegen sowohl für Frauen als auch für Männer gesundheitliche Nachteile und Fehlbehandlungen. Aufdecken lassen sich diese nur durch geschlechtervergleichende Betrachtungen, unter Berücksichtigung spezifischer Belange und Bedürfnisse von Frauen und Männern. Dabei sollten die soziale Konstruktion von Geschlechtsidentitäten und die Art der Beziehungen zwischen Frauen und Männern einbezogen wer-

den. Alle Forschungs- und Versorgungsbereiche sollten daher unter der Frage betrachtet werden, welche Ungleich- und Fehlbehandlungen für Frauen und Männer damit verbunden sind und wie eine bedarfsgerechte Versorgung für Frauen und Männer gewährleistet werden kann [14].

Diese Änderung des Blickwinkels von der Frauengesundheitsforschung hin zu einer geschlechtsspezifischen Gesundheitsforschung spiegelt sich auch in der Erarbeitung geschlechtervergleichender Gesundheitsberichte wider. Erstmals wird im Landesgesundheitsbericht 2000 für Nordrhein-Westfalen aus geschlechtsspezifischer Perspektive über die Gesundheit von Frauen und Männern berichtet [15]. Die gemeinsame Darstellung der gesundheitlichen Lage von Frauen und Männern erlaubt die Identifizierung von gesundheitlichen Unterschieden zwischen den Geschlechtern und ermöglicht die Analyse der unterschiedlichen Versorgungsbedürfnisse. Dieser Bericht mit Modellcharakter soll die Möglichkeiten und Wirksamkeit einer geschlechtsbezogenen Gesundheitsberichterstattung aufzeigen. Das Land Brandenburg hat unlängst ebenfalls einen Bericht zur Gesundheit von Frauen und Männern herausgegeben [16]. Auf kommunaler Ebene liegt aus München ein Bericht zur Gesundheit von Frauen und Männern verschiedener Lebensalterstufen vor [17].

Grundlagen einer geschlechtersensiblen Gesundheitsberichterstattung

Zu den Grundvoraussetzungen einer geschlechtersensiblen Gesundheitsberichterstattung zählt die Verfügbarkeit von zuverlässigen und validen Daten, die sowohl frauen- und männerspezifische, als auch geschlechtervergleichende Betrachtungen ermöglichen. Diese Voraussetzung ist nicht für alle relevanten Themenbereiche erfüllt, so daß die Ermittlung und Schließung von Datenlücken eine vordringliche Aufgabe bleibt. Eine relativ gute Datenbasis ist durch die Todesursachenstatistik für Aussagen zum Sterbe geschehen vorhanden; diese amtliche Statistik weist in jährlichen Abständen Sterbefälle nach Todesursachen, Altersgruppen und Geschlecht aus und erlaubt die Darstellung von Zeitreihen. Der Krankenhausdiagnosestatistik können geschlechtsdifferenzierte Informationen über stationär behandelte Patienten entnommen werden, z. B. zu Krankenhausverweildauer, Fachabteilung mit der längsten Verweildauer sowie Hauptdiagnose und Operation. Für die in Registern erfaßten Krankheiten, z. B. Krebserkrankungen, lassen sich Inzidenzentwicklungen und Überlebensraten schätzen. Seit Inkrafttreten des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) am 1. Januar 2001 können auch meldepflichtige, übertragbare Erkrankungen nach Geschlecht getrennt dargestellt werden. Die Daten der gesetzlichen Krankenversicherung geben Auskunft über Krankenhausaufenthaltsdauer und Arbeitsunfähigkeitszeiten (Krankheitsartenstatistik), verordnete Heil- und Hilfsmittel und die Arzneimittelverordnungen (Arzneimittelindex). Anhand von Angaben der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherer lassen sich umfassende Betrachtungen zur Inanspruchnahme von Leistungen zur Rehabilitation, zu Einschränkungen der Berufsfähigkeit sowie zu Berufskrankheiten und Unfallverletzungen anstellen. Daneben stehen mit der

Schwerbehindertenstatistik, der Statistik der Pflegeversicherung, den Perinatalerhebungen und den Schulinganguntersuchungen weitere Datengrundlagen zur Verfügung, die geschlechtervergleichende Betrachtungen unterstützen.

Für eine geschlechtersensible Gesundheitsberichterstattung sind die amtlichen Statistiken, Register- und Routinedaten allein aber nicht ausreichend, weil sie in den meisten Fällen nicht gestatten, die Gesundheit von Frauen und Männern vor dem Hintergrund ungleicher Lebensbedingungen und Teilhabechancen zu betrachten. Den bestmöglichen Zugang eröffnen hier bevölkerungsrepräsentative Studien, allen voran die in Deutschland durchgeführten Gesundheitssurveys [18]. So werden durch den Bundes-Gesundheitssurvey 1998 aussagekräftige Daten zu einem breiten Spektrum gesundheitsrelevanter Themen wie Krankheiten, Beschwerden, subjektive Gesundheit, gesundheitsbezogene Lebensqualität, Gesundheitsverhalten und Gesundheitsversorgung auf der Basis von Selbstangaben und von ärztlichen Untersuchungen bereitgestellt. Durch an den Survey angeschlossene Zusatzmodule lassen sich für einige auch aus Geschlechterperspektive bedeutsame Themenfelder, z. B. Ernährung, psychische Störungen sowie umweltbezogenes Verhalten und Belastungen, vertiefende Betrachtungen anstellen.

Gleichzeitig beinhaltet der Bundes-Gesundheitssurvey zahlreiche Fragen zu Erwerbsarbeit, Familie, Wohnen und anderen Lebensbereichen und schafft damit die Voraussetzung für eine die Lebenssituation von Frauen und Männern berücksichtigende Gesundheitsberichterstattung. Durch Verknüpfung mit den vorangegangenen Nationalen Gesundheitssurveys (1984–86, 1987–89 und 1990–91) sowie dem Gesundheitssurvey Ost (1991–92), die mit vergleichbarer Methodik durchgeführt wurden, lassen sich zudem Entwicklungstrends in den Gesundheitsunterschieden zwischen Frauen und Männern nachzeichnen. Daneben können einige eher sozialwissenschaftlich orientierte Erhebungen für eine geschlechtersensible Gesundheitsberichterstattung herangezogen werden. Zu nennen sind hier vor allem das sozio-ökonomische Panel und der Wohlfahrtssurvey, die zwar in erster Linie auf eine zeitnahe Erfassung sozialen und politischen Wandels zielen, aber auch einzelne Fragen zur Gesundheit beinhalten, sowie der Mikrozensus, für den alle vier Jahre eine Zusatzbefragung zur Gesundheit mit einer 0,5 %-Bevölkerungsstichprobe durchgeführt wird.

Die Qualität von Survey-Daten hängt entscheidend von den eingesetzten Erhebungsinstrumenten ab. Viele Forschungsergebnisse müssen kritisch hinterfragt werden, weil die Meßkonzepte nicht für beide Geschlechter gleichermaßen geeignet sind. So weisen Konzepte zur Erfassung des sozialen Status einen Gender-Bias auf, wenn sie von einer lebenslangen kontinuierlichen Erwerbstätigkeit ausgehen und sich damit eher an einem normierten männlichen Lebenslauf ausrichten. Besonders deutlich wird dies an haushaltsbezogenen Konzepten, die den Sozialstatus von Frauen über die berufliche Stellung des Ehe- bzw. Lebenspartners bestimmen [19].

Im Rahmen des Berner Lebensstil-Panels konnte gezeigt werden, daß die körperliche Aktivität von

Frauen unterschätzt wird, wenn nur nach der sportlichen Betätigung gefragt wird [20]. Angesichts von Hinweisen auf geschlechtsspezifische Körper- und Gesundheitskonzepte und unterschiedliche gesundheitsbezogene Wahrnehmungen und Bewertungen läßt sich auch für die Messung der Gesundheit annehmen, daß viele der eingesetzten Instrumente nicht für beide Geschlechter gleichermaßen geeignet sind. Umso schwerer wiegt, daß bei Validitäts- und Reliabilitätsprüfungen in der Regel nicht danach gefragt wird, ob die Instrumente und Skalen für Frauen und Männer die gleiche Bedeutung haben. Wünschenswert wäre, wenn künftig mehr Forschungsprojekte durchgeführt würden, die Meßinstrumente unter dem Gesichtspunkt geschlechtsspezifischer Verzerrungen reflektieren und methodologische Standards für eine geschlechtersensible Gesundheitsberichterstattung entwickeln.

Eine geschlechtersensible Gesundheitsberichterstattung, die das Ziel hat, über die Deskription von Gesundheitsunterschieden zwischen Frauen und Männern hinauszugehen, muß ihre Ergebnisse vor dem Hintergrund theoretischer Erklärungsmodelle interpretieren. Aus sozialwissenschaftlicher Perspektive interessieren vor allem Theoriemodelle, die am gesellschaftlichen Geschlechterverhältnis und der daraus resultierenden Ungleichheit zwischen den Geschlechtern ansetzen. Der Blick richtet sich damit auf spezifische Lebensbedingungen und Teilhabechancen von Frauen und Männern, die sich an unterschiedlichen Erfahrungen im Schul- und Ausbildungssystem, auf dem Arbeitsmarkt, innerhalb der Familie und im Gesundheitswesen festmachen lassen, aber auch in geschlechtsspezifischen Wahrnehmungen, Einstellungen, Bewertungen und Verhaltensmustern zum Ausdruck kommen. Dabei sollte nicht übersehen werden, daß die ungleichen Lebensbedingungen und Teilhabechancen von Frauen und Männern nur eine Dimension des gesellschaftlichen Ungleichheitsgefüges ausmachen und durch andere Ungleichheiten überlagert oder auch verstärkt werden können. Frauen wie Männer stellen keine homogene Gruppen dar, weshalb geschlechtervergleichende Betrachtungen immer auch Merkmale wie Alter, Bildung, berufliche Stellung, Einkommen, Familienstand oder Nationalität einbeziehen sollten. Gleichzeitig ermöglicht eine differenzierte Darstellung und Beschreibung, die beobachteten geschlechtsspezifischen Gesundheitsunterschiede angemessen zu interpretieren und zu bewerten.

Ogleich den sozialwissenschaftlichen Theoriekonzepten bis heute ein vorrangiger Stellenwert eingeräumt wird, laufen viele der neueren theoretischen Beiträge auf die Feststellung hinaus, daß Gesundheitsunterschiede zwischen Frauen und Männern nur erklärt werden können, wenn sozialwissenschaftliche, psychosoziale und biologische Sichtweisen verschränkt werden. Gefordert wird ein „bio-psycho-soziales Modell“, das die an der genetischen Disposition, physiologischen und hormonellen Regulation, psychischen Belastungsverarbeitung, beruflichen und familiären Rollen, sozialen Integration und Unterstützung sowie Körperbewußtsein ausgerichteten Erklärungsansätze integriert [11, 13]. Die Ausarbeitung eines solchen Modells, die nach wie vor aussteht, verlangt neben weiterführenden theoretischen Erörterungen hinreichend qualifizierte Datengrundlagen

und Erhebungsinstrumente und stellt damit sowohl an die Gesundheitsforschung als auch an die Gesundheitsberichterstattung hohe Anforderungen.

Gender Mainstreaming als Querschnittsaufgabe der Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes, die im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung vom Robert Koch-Institut in enger Kooperation mit dem Statistischen Bundesamt durchgeführt wird, verfolgt grundsätzlich das Anliegen einer geschlechtersensiblen Berichterstattung. *Inhaltlich* basiert dieses Konzept auf den Erkenntnissen geschlechtersensibler Gesundheitsforschung; *politisch* wurden durch die Etablierung des Prinzips von Gender Mainstreaming auf europäischer, Bundes- und Länderebene die notwendigen Rahmenbedingungen verankert. Diese Vorgehensweise wurde mit der Kommission Gesundheitsberichterstattung am Robert Koch-Institut abgestimmt und von dieser empfohlen. Auf der Ebene der Bundesländer bestätigte die Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG), in der alle Bundesländer vertreten sind, die Notwendigkeit einer geschlechtsdifferenzierten Gesundheitsberichterstattung.

Bereits im Gesundheitsbericht für Deutschland aus dem Jahr 1998 wurde der Darstellung von Geschlechterdifferenzen ein hoher Stellenwert eingeräumt [21]. Bei vielen der etwa 100 Einzelthemen waren geschlechtsdifferenzierte Beschreibungen und Deutungen aufgrund von Datendefiziten jedoch nicht möglich. Auch im Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (IS-GBE), das breiten Nutzerschichten einen schnellen Online-Zugang zu einer Vielzahl von Gesundheitsdaten ermöglicht, sind die Daten, wo immer möglich, nach Geschlecht, Alter und Region differenziert.

Die Beachtung einer geschlechtersensiblen Herangehensweise betrifft den gesamten Produktionsprozeß eines Gesundheitsberichts: Von der Themenfindung, über die Ausschreibung und Autorenauswahl, die Aufbereitung und Darstellung der Daten, bis zur Endredaktion und Veröffentlichung des Berichts. Bei der Gesundheitsberichterstattung des Bundes gilt dies insbesondere für die Erstellung der Themenhefte, die eine an Einzelthemen orientierte, zeitnahe Berichterstattung sicherstellen sollen. Gegenwärtig konzentrieren sich die Bemühungen auf drei Entscheidungen, denen bei der Erstellung der Themenhefte zentrale Bedeutung zukommt:

- Themenauswahl und -begründung
- Auswahl der Datengrundlagen
- Ergebnisdarstellung und Schlußfolgerungen

Bei der Auswahl der Themen wird überprüft, welche Relevanz die jeweilige Thematik für die Gesundheit von Frauen und Männern hat. Schon in die Formulierung der Ausschreibung geht der Blick auf beide Geschlechter ein: So wurde zuletzt das Thema „Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter“ ausgeschrieben und im Ausschreibungstext festgehalten, daß die Gesundheit beider Geschlechter

differenziert und vergleichend beschrieben werden soll. Daneben sollen aber auch Themen bearbeitet werden, die spezifische Erkrankungen und Problemlagen von Frauen oder Männern betreffen, z. B. Brustkrebs, Erkrankungen der Gebärmutter oder Erkrankungen der Prostata. Wenn bei bestimmten Themen die Datenlage für eine durchgängig vergleichende Darstellung von Frauen und Männern nicht ausreicht, werden die unterschiedlichen Auswirkungen einer bestimmten gesundheitlichen Lage auf das jeweilige Geschlecht in einem Exkurs dargestellt. So wurden in Heft 13 „Arbeitslosigkeit und Gesundheit“ die spezifischen Auswirkungen der Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit und Lebensperspektiven von Frauen und Männern in einem separaten Abschnitt beschrieben, in Heft 14 „Alleinerziehende Mütter und Väter“ werden die Belastungen des Alleinerziehens für alleinerziehende Väter gesondert behandelt.

Die für die Gesundheitsberichterstattung herangezogenen Datenquellen müssen auf mögliche geschlechtsspezifische Verzerrungen geprüft werden. Dies ist im Zusammenhang mit der Erstellung der Themenhefte ein relativ komplexer Vorgang, weil diese in der Regel von externen Autoren unter Verwendung verschiedener Datengrundlagen erstellt werden. Perspektivisch sollten die vorhandenen Datenquellen genutzt werden, um geschlechtersensible Indikatoren für die wichtigsten Themenfelder zu generieren. Anhand dieser Indikatoren sollte sich auch ablesen lassen, ob beobachtete Unterschiede zwischen Frauen und Männern auf biologischen Unterschieden beruhen oder von einer Ungleichbehandlung der Geschlechter verschuldet sind.

Schließlich müssen in der Ergebnisdarstellung und den Schlußfolgerungen die unterschiedlichen Konsequenzen für beide Geschlechter berücksichtigt und angemessen dargestellt werden. So ist beispielsweise zu fragen, welche Bedeutung Unterschiede in der Krankheitshäufigkeit oder -symptomatik für die jeweils Betroffenen im Alltag haben, ob Krankheitserleben und Krankheitsbewältigung zwischen den Geschlechtern differieren und ob es Stigmatisierungen oder einen sekundären Krankheitsgewinn gibt. Darüber hinaus sollte danach gefragt werden, ob das Versorgungssystem angemessen auf die Unterschiede zwischen Frauen und Männern reagiert und ob spezifische Präventionsmaßnahmen empfohlen werden können.

Um geschlechtsspezifische Verzerrungen zu entdecken und zu vermeiden, orientiert sich die Gesundheitsberichterstattung des Bundes an den praktischen Handreichungen von Eichler et al. „Zu mehr Gleichberechtigung zwischen den Geschlechtern – Erkennen und Vermeiden von Gender Bias in der Gesundheitsforschung“ [22, 23] sowie an den Erfahrungen und Ergebnissen aus der Gesundheitsforschung, z. B. dem Projekt „Gender Bias – Gender Research“ [4], welches am Berliner Zentrum Public Health durchgeführt wurde. Nach Eichler et al. gibt es drei zentrale Dimensionen des Gender Bias: Androzentrismus, Geschlechtsinsensibilität und doppelter Bewertungsmaßstab. Diese Formen können sowohl gemeinsam als auch isoliert im Rahmen des gesamten Forschungsprozesses, von der Forschungsfrage bis zur Darstellung der Forschungsergebnisse auftreten.

Unter *Androzentrismus* oder Übergeneralisierung wird verstanden, daß Männer als Norm betrachtet werden bzw. die Durchführung der Forschung und der gesundheitlichen Versorgung aus einer männlichen Perspektive erfolgt. Ergebnisse, die an Männern gewonnen wurden, werden ohne Hinterfragen auf Frauen übertragen. *Geschlechtsinsensibilität* meint das Ignorieren des biologischen und sozialen Geschlechts als sozial bedeutsamen Faktor in dem jeweiligen Untersuchungszusammenhang. Mit *doppeltem Bewertungsmaßstab* wird die unterschiedliche Behandlung oder Evaluierung gleicher Situationen auf der Basis des Geschlechts beschrieben. Eichler et al. entwickelten diagnostische Fragen, die das Vermeiden von Gender Bias erleichtern sollen. Der in Tabelle 1 dargestellte Kurzfragebogen kann eine erste Orientierung über die Vorgehensweise geben und dient der Überprüfung bereits publizierter Arbeiten.

Derzeit arbeitet das Fachgebiet Gesundheitsberichterstattung am Robert Koch-Institut konkrete Handreichungen zur Vermeidung des Gender Bias und zur Realisierung einer geschlechtersensiblen Gesundheitsberichterstattung aus. Die Empfehlungen werden

Tabelle 1: Kurzfragebogen zur Erfassung von Gender Bias in empirischen Arbeiten nach Eichler et al. [22]

Titel, Abstract	Benennt der Titel beide Geschlechter? Benennen Abstract/Zusammenfassung beide Geschlechter?
Forschungsfrage	Wenn das Thema beide Geschlechter betrifft, wurden auch beide Geschlechter untersucht? Wenn nein, wird das begründet? Was ist die Analyseeinheit?
Forschungsdesign	Wird in den Forschungsfragen explizit auf das Geschlecht Bezug genommen? Wird bei den Hauptvariablen auf die potentiell unterschiedliche Situation von Frauen und Männern eingegangen?
Forschungsmethoden und Datensammlung	Wird im Methodenteil Auskunft gegeben, ob die Instrumente für beide Geschlechter anwendbar sind? Ist die Stichprobe nach Geschlecht beschrieben?
Datenanalyse und -interpretation	Werden die Daten geschlechtsspezifisch analysiert? Wird bei den Schlußfolgerungen auf geschlechtsspezifische Besonderheiten eingegangen? Wenn nur ein Geschlecht betrachtet wurde, sind Schlußfolgerungen trotzdem in verallgemeinernden Begriffen ausgedrückt?
Visuelle Darstellung	Sind in Abbildungen und Tabellen beide Geschlechter aufgeführt? Entsprechen Größe und Anordnung der Abbildungen der Wichtigkeit der Geschlechter in dem gegebenen Zusammenhang?
Sprache	Werden beide Geschlechter genannt? Welche Begriffe werden im Text benutzt? Welche Begriffe werden in Tabellen/Abbildungen benutzt?

sich auf alle Phasen der Berichterstellung beziehen und sollen alle an den Berichten Beteiligte bei ihrer Arbeit unterstützen. Als Grundlage dienen das Handbuch von Eichler et al. sowie die Handreichungen des BMFSFJ zur Implementierung von Gender Mainstreaming in Forschungsvorhaben. Diese Werkzeuge werden entsprechend den Anforderungen an die Bundes-GBE ergänzt und ausgestaltet.

Literatur:

1. Kolip P. Frauen und Männer. In: Schwartz FW, Badura B, Busse R, Leidl R, Raspe H, Siegrist J, Walter U (Hg). Das Public Health Buch – Gesundheit und Gesundheitswesen. Urban & Fischer, München-Jena, 2003; 642–53.
2. Jahn I. Methodische Probleme einer geschlechtergerechten Gesundheitsforschung. In: Hurrelmann K, Kolip P (Hg). Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. Verlag Hans Huber, Bern-Göttingen-Toronto-Seattle, 2002; 142–56.
3. Kolip P. Von der Frauen- zur gendersensiblen Gesundheitsforschung. *Soz Präventivmed* 2001; 46: 219–20.
4. Maschewsky-Schneider U, Babitsch B, Fuchs J, Hahn D. Frauen- und geschlechtsspezifische Gesundheitsforschung: Geschichte, Themen und Methoden. In: Flick U (Hg). Innovation durch Public Health. Hogrefe, Göttingen-Bern-Toronto-Seattle, 2002; 154–71.
5. World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe. Highlights on Women's Health in Europe. Kopenhagen, 1995.
6. Europäische Kommission, Generaldirektion Beschäftigung, Arbeitsbeziehungen und soziale Angelegenheiten. Die gesundheitliche Situation der Frauen in der Europäischen Gemeinschaft. Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaft, Luxemburg, 1997.
7. Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales. Frauengesundheitsbericht Bremen 2001. Freie Hansestadt Bremen, 2001.
8. Sozialministerium Baden-Württemberg. FrauenGesundheit: Zur gesundheitlichen Situation der Frauen in Baden-Württemberg. Stuttgart, 2000.
9. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). Verbundprojekt zur gesundheitlichen Situation von Frauen. Untersuchung zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Eine Bestandaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland. Schriftenreihe des BMFSFJ, Bd. 209. Kohlhammer, Berlin, 2001.
10. Weidner G. Why do men get more heart disease than women? An international perspective. *J Am Coll Health* 2000; 49: 133–42.
11. Merbach M, Klaiberg A, Brähler E. Männer und Gesundheit – neue epidemiologische Daten aus Deutschland im Überblick. *Soz Präventivmed* 2001; 46: 240–7.
12. Magistratsabteilung für Angelegenheiten der Landessanitätsdirektion. Wiener Männergesundheitsbericht 1999. Wien, 1999.
13. Kolip P, Hurrelmann K. Geschlecht – Gesundheit – Krankheit: Eine Einführung. In: Hurrelmann K, Kolip P (Hg). Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. Verlag Hans Huber, Bern-Göttingen-Toronto-Seattle, 2002; 13–31.
14. Maschewsky-Schneider U, Hinze L, Kolip P, Scheidig C. Frauen und geschlechtsspezifische Gesundheitsforschung in der DGSM. *Gesundheitswesen* 2001; 63 (s 1): 89–92.
15. Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen. Gesundheit von Frauen und Männern. Landesgesundheitsbericht 2000. Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (lögld), Bielefeld, 2000.
16. Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg. Zwei Geschlechter – zwei Gesundheits? Berichte zur Gesundheit von Männern und Frauen im Land Brandenburg. Potsdam 2003.
17. Referat für Gesundheit und Umwelt der Landeshauptstadt München. Münchner Gesundheitsmonitoring 1999/2000: Die Gesundheit von Frauen und Männern verschiedener Lebensaltersstufen. München, 2002.
18. Robert Koch-Institut (Hg). Der Bundes-Gesundheitssurvey – Baustein der Gesundheitssurveillance. Reihe Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin, 2002.
19. Babitsch B. Soziale Lage, Frauen und Gesundheit. In: Helmert U, Bammann K, Voges W, Müller R (Hg). Müssen Arme früher sterben? Soziale Ungleichheit und Gesundheit in Deutschland. Juventa, Weinheim-München, 2000; 135–58.
20. Abel T, Graf N, Niemann S. Gender bias in the assessment of physical activity in population studies. *Soz Präventivmed* 2001; 46: 268–72.
21. Statistisches Bundesamt (Hg.). Gesundheitsbericht für Deutschland. Metzler-Poeschel, Stuttgart, 1998.
22. Eichler M, Fuchs J, Maschewsky-Schneider U. Richtlinien zur Vermeidung von Gender Bias in der Gesundheitsforschung. *Z Gesundheitswiss* 2000; 8: 293–310.
23. Berliner Zentrum Public Health (BZPH). Zu mehr Gleichberechtigung zwischen den Geschlechtern: Erkennen und Vermeiden von Gender Bias in der Gesundheitsforschung. Berlin, 2002.

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)