

Frauengesundheit in der medizinischen Versorgung

CLAUDIA HORNBERG UND MICHAELA WEISHOFF-HOUBEN

In den letzten Jahren hat sich eine geschlechterspezifische Forschung etabliert, die verstärkt die biomedizinischen Risiken, die Unterschiede im Krankheitsspektrum von Frauen und Männern, aber auch Unterschiede zwischen Männern und Frauen in Bezug auf verhaltensbedingte Risiken, die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und die Medikamentenverordnung untersucht.

Historische Entwicklungen

Gesundheit stellt in allen Epochen und Kulturen ein zentrales Thema dar, das als Synonym für Harmonie, Kraft und Stärke steht. Krankheit symbolisiert im Unterscheid hierzu oftmals ein Ungleichgewicht und Schwäche oder wird auch als göttliche Strafe für fehlerhaftes Verhalten ausgelegt (Labisch 2000). In der frühen Neuzeit gab es einen durchgängigen Bezug zwischen Geschlecht und Körper bzw. Krankheit, der maßgeblich durch kulturelle Interpretationsmuster geprägt wurde (Labouvie 1998). In der vormodernen Gesellschaft gingen Juristen und Mediziner davon aus, dass bei Frauen eine spezifische (anatomische), durch krankhafte Veränderungen der weiblichen Geschlechtsorgane bedingte Disposition zum Wahnsinn vorliegt (Kaufmann 1996), während psychische Auffälligkeiten bei Männern als Kopfkrankheit diagnostiziert wurden (Ellerbrock 2002). Mit der Aufklärung wurde Gesundheit weniger religiös sondern mehr theoretisch-rational erklärt, jedoch blieb die enge Verknüpfung von Moral und Gesundheit bestehen. In der Diskussion um Sexualität und Reproduktion wurde die Frau als weibliche Abweichung

von der Norm, die vom männlichen Körper repräsentiert wird, angesehen (Seidel 1998). Erst in der Moderne wurden die Vermeidung und Heilung von Krankheiten zunehmend verwissenschaftlicht und institutionalisiert: Es etablierte sich die Dienstleistungswirtschaft „Gesundheitswesen“ (Gerhardt 1993; Ellerbrock 2002), von der Frauen zunächst wenig profitierten, da ihnen die Versicherung in den im Zuge der Industrialisierung entstehenden Krankenkassen vorenthalten wurde. Zudem war es ihnen bis ins beginnende 20. Jahrhundert verwehrt, an der zunehmenden Professionalisierung zu partizipieren, da ihnen der Zugang zum Medizinstudium verschlossen blieb (Bleker/Schleiermacher 2000).

Die Frauengesundheitsbewegung der 1970er Jahre rückte die geschlechtsspezifische Gesundheit in den Blickpunkt und formulierte den Anspruch auf die Selbstbestimmung der Frauen über ihren Körper (Boston Women's Health Book Collective 1980). Zentrale Themen der Frauengesundheitsbewegung integrierten Aspekte von Sexualität und Reproduktion, Missbrauch, Gewalterfahrung, Depression und Sucht, aber auch weibliche Körpererfahrung sowie erste Überlegungen einer frauenspezifischen Gesundheitsförderung (Stahr et al. 1991).

Seit Mitte der 1980er Jahre ist es im Rahmen des transdisziplinären wissenschaftlichen Diskurses zur Gesundheit in Deutschland zu einer Neuorientierung gekommen. Die Grenzen der individuell-kurativ ausgerichteten Medizin zeigten sich deutlich und eine umfassendere Sichtweise von Gesundheit setzt sich durch (Hurrelmann/Laaser 1998). Mit dem Programm „Gesundheit 2000“ der Weltgesundheitsorganisation (WHO 1985), in dem als ein Ziel die Gesundheit von Frauen benannt ist, vollzieht sich der Wandel von der kurativen Medizin hin zu einem ganzheitlichen salutogenetischen Konzept. Für die Entwicklung der Frauengesundheitsforschung ist der Paradigmenwechsel vom naturwissenschaftlich orientierten Risikofaktorenmodell hin zum Lebensstilkonzept von größter Bedeutung (Abholz et al. 1982; Blaxter 1990). Während das Risikofaktorenkonzept vorrangig auf (verhaltensbedingte) Risikofaktoren fokussiert, rückt das Lebensstilkonzept den Zusammenhang von individuellen Lebensstilen und sozialen Bedingungen in der Lebenswelt in den Mittelpunkt.

Unter dem Einfluss der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung wurden zunehmend Partizipationsprozesse in Gang gesetzt, die Frauen in der Übernahme von mehr Verantwortung und Vorsorge für die eigene Gesundheit unterstützen und sie in ihren Eigenkompetenzen und Autonomie stärken, um die Angebote des Versorgungssystems selbstverantwortlich nachfragen zu können. So wurden für die vom Europäischen Regionalbüro der WHO initiierte Initiative „Investing in Women's Health“ (WHO 1994; 1995) als Handlungsprioritäten zur Verbesserung

der Gesundheit von Frauen unter anderem die Einführung frauenfreundlicher Kostenstrategien, die Unterstützung von Programmen zur Förderung gesunder Lebensweisen, die Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen sowie die Verbesserungen der Arbeitsbedingungen von Frauen in Gesundheitsberufen benannt.

Genderrelevanz in der Gesundheitsforschung

1997 wurde durch die EU im Vertrag von Amsterdam (Artikel 2 und 3 – Gleichstellung von Frauen und Männern) das *Gender Mainstreaming* als wesentlicher Schritt hin zu einer verstärkten gesellschaftlichen Sensibilisierung für geschlechtssensible Problemfelder festgeschrieben. Durch *Gender Mainstreaming* wird die Unterscheidung von sex und gender, dem biologischen und dem sozialen Geschlecht, unterstrichen und deutlich gemacht, dass Männer und Frauen soziale Kategorien sind. Für die Gesundheitsforschung bedeutet dies eine Akzentverschiebung hin zu einer geschlechtersensiblen Betrachtungsweise, die aber zurzeit in vielen Bereichen noch nicht adäquat umgesetzt wird. So hat beispielsweise Johnson (2003) festgestellt, dass nur in 33 % der Studien über die Behandlung kardiovaskulärer Erkrankungen eine Geschlechterdifferenzierung vorgenommen wurde.

Der vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ 2002) herausgegebene „Bericht zur gesundheitlichen Lage von Frauen in Deutschland“ verweist deutlich auf den Umstand, dass Frauen sich in den klassischen Morbiditäts- und Mortalitätsrisiken grundlegend von den Männern unterscheiden. Frauen sind nicht nur „anders“ krank, sie zeigen auch ein anderes Gesundheitsverhalten als Männer und haben einen zum Teil eingeschränkten Zugang zu bestimmten Bereichen der Gesundheitsversorgung (BMFSFJ 2003; Maschewsky-Schneider et al. 2001). Obwohl Fortschritte in den medizinischen Behandlungsmöglichkeiten zu einer gestiegenen Lebenserwartung geführt haben (Klotz et al. 1998) und Frauen heute mit ca. 81 Jahren einen Überlebensvorteil von etwa sieben Jahren gegenüber den Männern haben (BMG 2002), sind sie nicht nur häufiger von psychosomatischen und psychischen Erkrankungen betroffen, sondern frequentieren auch medizinische Versorgungsangebote weitaus häufiger als Männer. Diese scheinbar widersprüchliche Situation beschreibt das „Geschlechterparadox“ (Kolip 2003). Unter Berücksichtigung des von der Medizinsoziologin Lois Verbrugge (1990) erarbeiteten Erklärungsmodells können für die Geschlechterunterschiede in der gesundheitlichen Lage von Männern und Frauen fünf ineinander greifende Ebenen benannt werden:

- *Biomedizinische Risiken*, die z.B. auf Unterschiede im Hormon- oder Immunstatus von Frauen und Männern zurückzuführen sind. So werden beispielsweise Schilddrüsenerkrankungen und Migräne unter anderem durch den weiblichen Hormonspiegel beeinflusst. Anatomisch bedingt treten Blasen- und Nierenbeckenentzündungen häufiger bei Frauen auf als bei Männern. Männer und Frauen reagieren unterschiedlich auf Alkohol und Kanzerogene im Tabakrauch, aber auch auf Opiate und Anästhetika (Kolip et al. 2005). Dass biologische Unterschiede das Krankheitsspektrum mitbestimmen, zeigt z.B. der hohe Anteil an Krebserkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane sowie das bei Männern erheblich höhere Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen bis zum Alter von etwa 55 Jahren (Maschewsky-Schneider 1997).
- *Erworbene Risiken*, die sich sowohl aus unterschiedlichen gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen (z.B. Lebens- und Konsumstile, Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen) sowie aus Unterschieden in den Lebens- und Arbeitsbedingungen, dem sozialökologischen Lebensumfeld und der sozialen Lebenslage ergeben. So starben beispielsweise im Jahr 2001, bedingt durch gesundheitliches Risikoverhalten wie Alkoholkonsum und riskantes Verkehrsverhalten, im Alter von 30 bis 49 Jahren viermal so viele Männer durch äußere Ursachen. Im Jahr 2002 waren äußere Gewalteinwirkungen, Verletzungen oder alkoholbedingte Lebererkrankungen bei Männern dieser Altersgruppe die häufigsten Todesursachen (Kolip et al. 2005). Gesundheit konstituiert sich in einem Prozess zwischen dem Individuum, seinem Verhalten und der Umwelt und unterliegt insofern einer Vielzahl von Einflüssen, die für beide Geschlechter unterschiedlich sind. Frauen sind daher anderen Risiken als Männern ausgesetzt und gehen auch anders mit diesen um (Kolip 2003).
- *Psychosoziale Risiken*, die sämtliche Aspekte des Gesundheits- und Krankheitsverhaltens sowie den Umgang mit und die Bewertung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen integrieren. Frauen schätzen ihren Gesundheitszustand im Vergleich zu den Männern subjektiv schlechter ein. Sie nehmen Beschwerden früher wahr als Männer, nehmen eher medizinische Hilfe in Anspruch und konsumieren im Vergleich zur Gruppe der Männer wesentlich häufiger Medikamente. Während für Männer die Leistungsfähigkeit und damit die Abwesenheit von gesundheitlichen Beschwerden der Maßstab ist, steht für Frauen das Wohlbefinden im Mittelpunkt, wenn sie ihre Gesundheit beurteilen (Maschewsky-Schneider 1997).
- Die *subjektive Wahrnehmung* von Symptomen, die Bereitschaft und die Art über gesundheitliches Befinden Auskunft zu geben, ist ge-

prägt durch geschlechtsspezifische soziale Erfahrungen, die die unterschiedlichen Gesundheitskonzepte von Männern und Frauen erklären. Frauen berichten erfahrungsgemäß extrovertierter und bereitwilliger über Symptome und Befindlichkeiten, wobei offen bleiben muss, ob die geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Wahrnehmung der Beschwerden oder in der Bereitschaft, darüber zu berichten, begründet sind (Kolip 2003). Im Bundesgesundheitsurvey berichteten im Jahr 1998 Frauen der Altersgruppe 30-65 Jahre häufiger über subjektive Beschwerden als Männer und gaben doppelt so häufig an, in den letzten sieben Tagen Kopf- oder Nackenschmerzen gehabt zu haben als Männer der gleichen Altersgruppe (Kolip et al. 2005).

- Auch die bereits erlebten *Erfahrungen* mit dem Gesundheitsversorgungssystem beeinflussen die Gesundheit von Männern und Frauen. Dass Frauen und Männer hier sehr unterschiedlich „behandelt“ werden, ist am Beispiel der koronaren Herzkrankheit zu verfolgen. Hier kommen nicht nur Unterschiede in der Diagnostik zum Tragen sondern auch in den Therapie- und Rehabilitationsoptionen, die Frauen und Männern angeboten werden (Biesig/Gutzwiller 2002).

Das Zusammenwirken dieser sich auch wechselseitig beeinflussenden Faktoren stellt ein äußerst komplexes Geschehen dar, das bisher nur unvollständig aufgeklärt ist (Kuhlmann 2002). Dennoch haben die verschiedenen Erklärungsebenen eine hohe Relevanz für die Weiterentwicklung der geschlechtersensiblen Gesundheitsforschung und -versorgung, da sie richtungweisende Anknüpfungspunkte bieten und den Blick auf die Frage richten, in welchen Bereichen die soziale Lebenswelt von Frauen und Männern zur Förderung von Gesundheit und der Gesundheitsversorgung verbessert werden muss (Maschewsky-Schneider 1997).

Elemente einer frauengerechten Gesundheitsforschung und -versorgung

Der Landtag NRW setzte im Jahr 2000 eine Enquetekommission zum Thema „*Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW*“ ein. Hintergrund war die Erkenntnis, dass es an einer geschlechtsspezifischen Betrachtung und Behandlung physischer und psychischer Erkrankungen noch mangelt. Die Kommission hatte den Auftrag, verschiedene Aspekte der Gesundheitsversorgung in NRW zu untersuchen und Handlungsempfehlungen für politische Entscheidungsorgane und das Gesundheitswesen zu erarbeiten.

Vor diesem Hintergrund ist die Implementierung des Gender Mainstreaming als bedeutungsvolle Initiative hinsichtlich des Abbaus geschlechtsspezifischer Benachteiligung zu werten. Diese Aufgabe ist gerade unter gesundheitspolitischer Perspektive von größter Relevanz, da die Offenlegung der Entwicklungen und Versorgungsmängel für verschiedene soziale Gruppen einen zentralen Orientierungspunkt für gesundheits- und sozialpolitische Planungen und die Implementierung von Maßnahmen und entsprechenden Handlungsstrategien zur Förderung der Gesundheit darstellt (Vogt 1998; Kuhlmann 2002).

Die aktive Beteiligung und Einbeziehung von Frauen als Expertinnen ihrer eigenen Lebenslage im Gesundheitswesen könnte wesentlich dazu beitragen, Versorgungslücken und -defizite aufzudecken und einen engeren Bezug zwischen Lebensstil und Gesundheit in den Versorgungsangeboten herzustellen. Der Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen (2002) benennt diese Aufgabe als „Partizipative Patientinnenorientierung“. Beteiligung setzt jedoch das Bereitstellen und Verbreiten gesundheitsrelevanter Informationen voraus, die entsprechend den Bedürfnissen von Frauen aufbereitet und geeignet sind, die bestehende Informationsasymmetrien zwischen Frauen als Konsumentinnen von Gesundheitsleistungen und den Gesundheitsexperten zu verringern.

Aus allen bislang vorliegenden Analysen lässt sich die Notwendigkeit ableiten, das Gesundheitssystem geschlechtsspezifisch auszurichten, um auf diesem Wege den besonderen Bedürfnissen von Frauen gerecht werden zu können. Der für die Gesundheitsversorgung nahezu durchgängig festzustellende Gender-Bias, mit der Folge einer Über-, Unter- und Fehlversorgung von Frauen in verschiedenen Bereichen des Gesundheitssystems, unterstreicht dieses Erfordernis. So starben nach dem Augsburger Herzinfarktregister im Jahr 2000 1,2 mal mehr Frauen als Männer in den ersten 28 Tagen nach einem Herzinfarkt, seit 2002 hat sich die 28-Tage-Letalität der Frauen der der Männer angeglichen (Kolip et al 2005). Die Übersterblichkeit der Frauen, vor allem in der Prähospitalphase, war vor allem dadurch bedingt, dass die bei Frauen eher auftretenden Begleitsymptome wie Übelkeit, Erbrechen, Schmerzen im Schulter- und Nackenbereich nicht frühzeitig als Herzerkrankung wahrgenommen wurden (Härtel 2002). Standards in der Diagnostik und Therapie von koronaren Herzkrankheiten sind an Männern orientiert, so dass den unterschiedlichen Verläufen der koronaren Herzkrankheit bei Männern und Frauen nur unzureichend Rechnung getragen werden kann. Die höhere Sterberate von Frauen nach einem Herzinfarkt wird als eine Konsequenz von Fehldiagnosen diskutiert, die zu einer verzögerten Behandlung führen (Kolip 2003). Für die weitere medizinische Versorgung ist

von Bedeutung, dass Frauen nach einem Herzinfarkt nicht über so erfolgreiche Bewältigungsstrategien wie Männer verfügen, nicht so häufig an Rehabilitations-Maßnahmen teilnehmen und Rehabilitations-Maßnahmen häufiger abbrechen (Büchner et al. 2005). Eine andere Form der Fehlversorgung zeigt sich in den medizinisch nicht indizierten gynäkologischen Eingriffen 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 (Kuhlmann 2002).

Defizite in der Gesundheitsversorgung sind nicht nur im Bereich der therapeutischen Interventionen, die Geschlechterfragen weitgehend ignorieren, festzustellen. Vergleichbare Analysen liegen für die Prävention und Gesundheitsförderung vor (Kolip 2003).

Voraussetzung für effektive Präventionsmaßnahmen und medizinische Versorgungsangebote ist zunächst eine entsprechend Datenbasis, die sich aus einer geschlechtsspezifisch differenzierenden Gesundheitsberichterstattung ableitet und Anhaltspunkte für Zielvorgaben zur Verfügung stellt. Die Gesundheitsversorgung für Frauen kann und wird es nicht geben, da Frauen keine homogene Gruppe darstellen und Angebote sich stets daran zu orientieren haben, um welche Frauen, in welchen speziellen Lebenssituationen es sich handelt.

Durch die zunehmende Institutionalisierung (z.B. Netzwerk Frauenforschung NRW, Einrichtung einer Professur für Frauengesundheit an der Charité Berlin) und Gremienarbeit (z.B. Bund-Länder-Kommission „Frauen in der Medizin“, Enquête-Kommission Frauengesundheit NRW), aber auch durch vielfältige Veranstaltungen zu den Themenbereichen „Geschlechterforschung in der Medizin – Frauen in der Medizin“ erhalten Wissenschaftlerinnen ein Forum, um sich und ihre Forschungsarbeiten zur differenzierten Betrachtung von Krankheit und Gesundheit bei Männern und Frauen vorzustellen und auf die Notwendigkeit einer geschlechtssensiblen Forschung aufmerksam zu machen. Andererseits werden Defizite in der Gesundheitsforschung sowie in der Information über die Auswirkungen von Lebenswelten auf die gesundheitliche Situation und Versorgung fokussiert. Dies gilt es insbesondere in einer Zeit zu sichern, die Gefahr läuft, von einem stringenten Ökonomismus geprägt zu werden.

„Mainstreaming“ als tragendes gesundheits- und sozialpolitisches Prinzip beinhaltet in diesem Kontext die Forderung, zielgruppen- und problemorientierte Angebote mit niedriger Zugangsschwelle zu fördern, um ungleiche Gesundheitschancen zwischen den Geschlechtern und sozialen Schichten abzubauen, um damit die Voraussetzung zu schaffen, allen Bevölkerungsgruppen eine bessere Teilhabe am Gesundheitssystem

tem zu ermöglichen und so die Gesundheit von Frauen und Männern nachhaltig zu verbessern. Darüber hinaus ist anzuregen, die bestehende Indikatorensammlung der Gesundheitsbefragung um umweltbezogene, genderrelevante Gesundheitsindikatoren zu erweitern, damit Datenerhebungen bzw. -auswertungen entsprechend nach Geschlechtern getrennt vorgenommen werden können (Pauli/Hornberg 2006). Wichtig ist in dem Zusammenhang auch, die sozialen, ethnischen, altersspezifischen etc. Unterschiede im Hinblick auf die Identifikation empfindlicher Personengruppen zu berücksichtigen.

Analysen und Bewertungen im Kontext Gender, Umwelt und Gesundheit müssen unter Berücksichtigung aller gesundheitsrelevanten Einflussfaktoren (Bargfrede et al. 2004) erfolgen. Hier sind insbesondere Unterschiede in den Lebensstilen, den sozioökonomischen Lebensverhältnissen (Mielck 2002; Bolte/Mielck 2004) sowie der Wohnregion (Arend 1998; Maschewsky 2001; Mielck/Heinrich 2002) und den Arbeitsverhältnissen (BFS 1997; Keller et al. 2005) zu berücksichtigen. Dies ist umso wichtiger, da sich im Lebensverlauf in Abhängigkeit von den Lebensbedingungen Expositionsfaktoren verändern. Hinzu kommen unterschiedliche Suszeptibilitätscharakteristika von Männern und Frauen, welche die individuelle Empfindlichkeit gegenüber Schadstoffen determinieren (Stopper/Gertler 2002). Sowohl in der Exposition gegenüber Umweltbelastungen als auch in den umweltbezogenen, d.h. durch Umweltfaktoren mit beeinflussten gesundheitlichen Beschwerden (Hornberg et al. 2005) werden Geschlechterunterschiede sichtbar (Keller 2004; Keller et al 2004; 2005). In diesem Kontext bedarf es der Zusammenarbeit gendersensibler medizinischer Fachdisziplinen, um zugrunde liegende Ursachen adäquat abzuklären (Hornberg et al 2003; Huss et al 2004) und beratende, expositionsminimierende und/oder medizinisch-therapeutische Maßnahmen einleiten zu können.

Literatur

- Abholz, Heinz-Harald/Borgers, Dieter/Karmaus, Wilfried/Korporal, Johannes (Hg.) (1982): *Risikofaktorenmedizin*, Berlin.
- Arend, Michael (1998): Sozialfall Lärm. Vom Lärm sind wir alle betroffen, aber nicht alle gleich. In: *Cerclebruit: Lärm*. Luzern/Basel. <http://www.cerclebruit.ch>, 12.06.05.
- Bargfrede, Anja/Pauli, Andrea/Hornberg, Claudia (2004): Gesundheit: Zur gesundheitlichen Situation von Frauen. In: *Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung*, hg.v. Ruth Becker/Beate Kortendiek, Frankfurt am Main, S. 519-528.

- Biesig, Brigitte/Gutzwiller, Felix (Hg.) (2002): *Frau und Herz: Epidemiologie, Prävention und Behandlung der koronaren Herzkrankheit bei Frauen in der Schweiz*, Bern/Göttingen/Toronto/Seattle.
- BFS (Bundesamt für Statistik) (1997): *Berufsspezifische Mortalitätsrisiken der Männer in der Schweiz*, Bern.
- Blaxter, Mildred (1990): *Health and Lifestyles*, London.
- Bleker, Johanna/Schleiermacher, Sabine (2000): *Ärztinnen aus dem Kaiserreich. Lebensläufe einer Generation*, Weinheim.
- Bolte, Gabriele/Mielck, Andreas (Hg.) (2004): *Umweltgerechtigkeit. Die soziale Verteilung von Umweltbelastungen*, Weinheim/München.
- Boston Women's Health Book Collective (1980): *Our bodies, ourselves. 1. und 2. Handbuch von Frauen für Frauen*, Reinbek/Hamburg.
- Büchner, Birgit/Kleiber, Christina/Stanske, Beate/Hermann-Lingen, Christoph (2005): *Stress und Herzkrankheiten bei Frauen. Geschlechtsspezifische Risiken, Bewältigungsprobleme und Behandlungsansätze*, S. 416-428.
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2002): *Untersuchung zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland*, Stuttgart.
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2003): *Broschüre Gender Mainstreaming. Was ist das?*, Bonn.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2002): *Statistisches Taschenbuch. Gesundheit 2002*, Bonn.
- Ellerbrock, Dagmar (2002): *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit in historische Perspektive*. In: *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit: Männer und Frauen im Vergleich*, hg.v. Klaus Hurrelmann/Petra Kolip, Bern, S. 118-141.
- Gerhardt, Uta (1993): *Gesundheit – ein Alltagsphänomen. Konsequenzen für Theorie und Methodologie von Public Health*, hg.v. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Berlin, S. 93-206.
- Härtel, Ursula (2002): *Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems bei Männern und Frauen*. In: *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich*, hg.v. Klaus Hurrelmann/Petra Kolip, Bern, S. 273-290.
- Hornberg, Claudia/Pauli, Andrea/Wiesmüller, Gerhard Andreas (2003): *Multiple Chemical Sensitivity (MCS) – eine Herausforderung für die interdisziplinäre Patientenversorgung und Forschung*. In: *Medizin-Umwelt-Gesellschaft*, 16 (4), S. 274-285.

- Hornberg, Claudia/Malsch, Anette/Fides, Konstanze/Pauli, Andrea/Weißbach, Wiebke/Wiesmüller, Gerhard Andreas (2005): Situationsbericht klinische Umweltmedizin Beispiel Nordrhein-Westfalen (NRW). In: *Arbeitsmed.Sozialmed.Umweltmed.*, 40 (1), S. 12-26.
- Hurrelmann, Klaus/Laaser, Ulrich (1998): Entwicklung und Perspektiven der Gesundheitswissenschaften. In: *Gesundheitswissenschaften: Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis*, hg.v. Klaus Hurrelmann/Ulrich Laaser, Weinheim, S. 17-45.
- Huss Anke/Küchenhoff, Joachim/Bircher, Andreas/Heller, Pia/Kuster, Hans/Niederer, Markus/Scartazzini, Grigor/Schwarzenbacher, Simone/Waeberg, Roger/Wegmann, Lukas/Braun-Fahrländer, Charlotte (2004): Symptoms attributed to the environment – a systematic, interdisciplinary assessment. In: *Int J Hyg Env Health*, 207 (3), S. 245-254.
- Kaufmann, Doris (1996): Wahnsinn und Geschlecht. In: *Was sind Frauen? Was sind Männer? Geschlechterkonstruktionen im historischen Wandel*, hg.v. Christiane Eifert, Frankfurt am Main, S. 176-196.
- Keller, Doris (2004): *Geschlechterspezifische Betrachtung von Patienten der ehemaligen Umweltmedizinischen Beratungsstelle (UMEB) des Medizinischen Institutes für Umwelthygiene der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf*. Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades eines Doktors der Medizin, Aachen.
- Keller, Doris/Hornberg, Claudia/Niggemann, Hiltrud/Neuhann, Heribert Florian/Ranft, Ulrich/Dott, Wolfgang/Wiesmüller, Gerhard Andreas (2004): Geschlechterspezifische Aspekte in der Umweltmedizin. In: *Journal Netzwerk Frauenforschung NRW*, 17, S. 25-38.
- Keller, Doris/Hornberg, Claudia/Niggemann, Hiltrud/Neuhann, Heribert Florian/Ranft, Ulrich/Dott, Wolfgang/Wiesmüller, Gerhard Andreas (2005): Geschlechterassoziierte Expositionen bei Patienten einer umweltmedizinischen Beratungsstelle. In: *Arbeitsmed.Sozialmed. Umweltmed.*, 40 (6), S. 342-353.
- Klotz, Theodor/Hurrelmann, Klaus/Eickenberg, Hans-Udo (1998): Der frühe Tod des starken Geschlechts. In: *Deutsches Ärzteblatt* 95, H. 9, S. 460-464.
- Kolip, Petra (2003): Frauen und Männer. In: *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen*, hg.v. Ulla Walter et al., München/Jena, S. 642-653.
- Kolip, Petra/Lademann, Juli/Deitermann, Bernhilde/Bucksch, Jens/Schwarze, Monica (2005): *Schwerpunktbericht Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter. Gesundheitsberichterstattung des Bundes*, hg.v. Robert Koch-Institut Berlin.

- Kuhlmann, Ellen (2002): Statement zum Themenkreis II: Geschlechtsspezifische Gesundheitsforschung und Public Health. Fachtagung „Frauen in der Medizin“ des Arbeitskreises „Förderung von Frauen in der Medizin“ der Bund-Länder-Kommission, 7. November 2002, Bonn. www.zes.uni-bremen.de/~kuhlmann.
- Labisch, Alfons (2000): Gesundheit im Wandel der Zeiten. Zur Geschichte und Theorie des Problems „Medizin in der Gesellschaft“. In: *Gesundheit: Strukturen und Handlungsfelder*, hg.v. Bundesvereinigung für Gesundheit e.V., Neuwied, S. 1-49.
- Labouvie, Eva (1998): *Andere Umstände. Eine Kulturgeschichte der Geburt*, Köln.
- Maschewsky, Werner (2001): *Umweltgerechtigkeit, Public Health und soziale Stadt*, Frankfurt am Main.
- Maschewsky-Schneider, Ulrike (1997): *Frauen sind anders krank: Zur gesundheitlichen Lage der Frauen in Deutschland*, Weinheim/München.
- Maschewsky-Schneider, Ulrike/Hellbernd, Hildegard/Schaal, Werner/Urbschat, Iris/Wieners, Karin (2001): Über-, Unter-, Fehlversorgung und Frauengesundheit. Ein Forschungsgegenstand für Public Health. In: *Bundesgesundheitsblatt* 44, S. 771-779.
- Mielck, Andreas (2002): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: *Geschlecht, Gesundheit, Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich*, hg.v. Klaus Hurrelmann/Petra Kolip, Bern/Göttingen/Toronto/Seattle, S. 387-402.
- Mielck, Andreas/Heinrich, Joachim (2002): Soziale Ungleichheit und die Verteilung umweltbezogener Expositionen (environmental justice). In: *Gesundheitswesen*, 64 (7), S. 405-416.
- Pauli, Andrea/Hornberg, Claudia (2006): Eine gesunde und sichere natürliche Umwelt. In: *Gender-Gesundheitsbericht Schweiz 2006*, hg.v. Bundesamt für Gesundheit BAG, S.153-162.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2002): *Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit*, Baden-Baden.
- Seidel, Hans-Christoph (1998): *Eine neue „Kultur des Gebärens“. Die Medikalisierung von Geburt im 18. und 19. Jahrhundert in Deutschland*, Stuttgart.
- Stahr, Ingeborg/Jungk, Sabine/Schulz, Elke (1991): *Frauengesundheitsbildung. Grundlagen und Konzepte*, Weinheim/München.
- Stopper Helga/Gertler, Martin (2002): Physikalische Umwelt und Gesundheit. In: *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich*, hg.v. Klaus Hurrelmann/Petra Kolip, Bern/Göttingen/Toronto/Seattle, S. 439-459.

- Verbrugge, Louis M (1990): Pathways of Health and Death. In: *Women, Health and Medicine in America. A Historical Handbook*, hg.v. Rima D. Apple, New Brunswick/New Jersey, S. 41-79.
- Vogt, Irmgard (1998): *Standortbestimmung der Frauengesundheitsforschung*. In: *Frauen und Gesundheit(en) in Wissenschaft, Praxis und Politik*, hg.v. Arbeitskreis Frauen und Gesundheit im Norddeutschen Forschungsverbund Public Health, Bern/Göttingen/Toronto/Seattle, S. 22-33.
- WHO Weltgesundheitsorganisation (1985): *Einzelziele für „Gesundheit 2000“*, Kopenhagen.
- WHO Regional Office (1994): *Vienna Statement on Investing in Women's Health in the Countries of Central and Eastern Europe*, Wien.
- WHO Regional Office (1995): *Investing in Women's Health in the Countries of Central and Eastern Europe*, WHO Regional Publications, European Series, Nr. 55.