GENDER
OPEN
REPOSITORIUM

Geschlechterpolitische Dimensionen von Gesundheit: Einleitung

Abels, Gabriele; Kuhlmann, Ellen; Lepperhoff, Julia

2009

https://doi.org/10.25595/3158

Veröffentlichungsversion / published version
Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Abels, Gabriele; Kuhlmann, Ellen; Lepperhoff, Julia: *Geschlechterpolitische Dimensionen von Gesundheit: Einleitung*, in: Femina politica : Zeitschrift für feministische Politik-Wissenschaft, Jg. 18 (2009) Nr: 1, 9–23. DOI: https://doi.org/10.25595/3158.

GenderOpen – Repositorium für die Geschlechterforschung: www.genderopen.de

FREIE
UNIVERSITÄT
BERLIN

HUMBOLDT-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

Gesundheit als Politikfeld: Ergebnisse der Genderforschung

Geschlechterpolitische Dimensionen von Gesundheit: Einleitung

GABRIELE ABELS. ELLEN KUHLMANN. JULIA LEPPERHOFF

Gesundheit und Gesundheitsversorgung sind zentrale Aspekte des Wandels von Wohlfahrtsstaatlichkeit und seit einigen Jahren ein exponiertes Feld der Reformbestrebungen staatlicher Akteure (vgl. Bandelow 2006). Dieses Themenheft rückt die Geschlechterdimensionen der Forschungen zu Gesundheit und Krankheit in das Blickfeld. Ansätze für eine „gendersensible" und „geschlechtergerechte" Gesundheitsversorgung, -praxis und -politik zielen darauf, das unterschiedliche Krankheitsspektrum, das Gesundheitsverhalten und die gesundheitlichen Bedürfnisse von Frauen und Männern in allen Bereichen der Gesundheit systematisch zu berücksichtigen und ein geschlechtergerechtes System der Gesundheitsversorgung im Sinne eines Gender Mainstreaming zu verwirklichen. Gender Mainstreaming in diesem Bereich wird bereits seit einigen Jahren von internationalen Organisationen gefordert (WHO 2002, 2007; United Nations 1999) und ist auf europäischer Ebene als Leitprinzip für die Mitgliedsstaaten etabliert (Council of Europe 1998, 2005, 2008; Klinge/Bosch 2005). Auch in Deutschland haben politische Akteure begonnen, Geschlechterperspektiven in der Gesundheitspolitik zu berücksichtigen. So hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ein Portal „Frauengesundheit" aufgebaut (www.frauengesundheitsportal.de). Die Bundesregierung legte im Jahre 2001 den ersten Frauengesundheitsbericht vor. Darin wird unter anderem festgestellt, dass Frauen anders krank sind als Männer, aber das Gesundheitssystem hierauf nicht angemessen reagiert. Mittlerweile machen zahlreiche Befunde die Defizite im Versorgungssystem als negative Effekte eines „Gender Bias" sichtbar (Klinge 2007; Kuhlmann/Kolip 2005; Riska 2004; Sen u.a. 2007).

Obgleich sich die feministische Politikwissenschaft in den letzten Jahren intensiv mit der Ausgestaltung von Sozialpolitik und der vergleichenden Entwicklung von Wohlfahrtsstaaten befasst hat, ist das Feld der Gesundheitspolitik unterbelichtet geblieben. Ansätze zur Entwicklung einer Geschlechterperspektive finden sich eher in Nachbardisziplinen, insbesondere in den Gesundheitswissenschaften und der Soziologie. In diesem Themenheft bringen wir deshalb ein breites Spektrum un-

terschiedlicher Perspektiven zusammen: AutorInnen aus Soziologie, Politikwissenschaften, Medizin, Psychologie und Gesundheitswissenschaften analysieren Defizite in verschiedenen gesundheitsrelevanten Bereichen und gehen der Frage nach, wie die Ziele einer geschlechtergerechten Gesundheitsversorgung umgesetzt werden können. Dabei werden neue theoretische Herausforderungen an die Geschlechterforschung – Transformationen der sex/gender-Kategorien und Intersektionalität – ebenso berücksichtigt wie neue Praxisanforderungen beispielsweise infolge des demographischen Wandels oder des technologischen Fortschritts. Die Beiträge formulieren Anforderungen an den Abbau sozialer und geschlechtlicher Ungleichheiten und Barrieren im Gesundheitssystem und entwickeln hierfür Perspektiven. Zusammengenommen belegen die Beiträge einen dringenden Bedarf ebenso wie den Nutzen geschlechtersensibler Gesundheitsforschung. Sie werfen zugleich auch ein ganzes Bündel von Fragen auf, die aus politikwissenschaftlicher Perspektive noch genauer auszuloten sind. Wir stellen diese aktuellen und zukunftsweisenden Fragen in einen historischen Kontext und beginnen deshalb zunächst mit einem Rückblick auf die Frauengesundheitsbewegung.

Frauengesundheitsbewegung als Impulsgeberin für die Gesundheitswissenschaften

Die Auseinandersetzung mit dem Körper, mit Fragen von Sexualität und Gesundheit gehört zum Kernbestand feministischer Politik. Bereits um die Jahrhundertwende hatte die alte Frauenbewegung – wenn auch unter gänzlich anderen politischen und gesellschaftlichen Vorzeichen – für die Abschaffung des § 218 im Strafgesetzbuch gekämpft und Mutterschutz und Sexualreform proklamiert (vgl. Jellinek 1905; Stöcker 1905). Dennoch kam die öffentliche Thematisierung von Gesundheit und Körperlichkeit seit den 1970er Jahren einem Politikum gleich, wie die Stern-Kampagne „Wir haben abgetrieben“ von 1971 verdeutlichte, die eine Initialzündung für die Entstehung der neuen Frauenbewegung darstellte.

Die Frauengesundheitsbewegung, die sich in der alten Bundesrepublik Ende der 1970er Jahre als Teil der autonomen Frauenbewegung entwickelte, hat den feministischen Slogan „Das Private ist politisch“ auch auf die Gesundheit, den Körper und die Sexualität von Frauen übertragen und den Fokus schnell auf Fragen über die reproduktive Gesundheit hinaus ausgedehnt (vgl. hierzu EWHNET 2000). Programmatisch ist der Titel des zweibändigen Klassikers der Frauengesundheitsliteratur „Unser Körper, unser Leben“, herausgegeben vom Boston Women’s Health Collective (1980/81).

Vorrangiges Ziel der Frauengesundheitsbewegung war die Selbstbestimmung von Frauen über ihre Körper. Eng damit verbunden war eine Kritik an der biomedizinisch orientierten Medizin („Schulmedizin“), die spezifische Gesundheitsbelange von Frauen jenseits der reproduktiven Gesundheit negierte und deren Gesundheits- und Körperkonzepte mit einem Geschlechtercode und damit verbundenen Zuschrei-

bungen von Weiblichkeit und Männlichkeit unterlegt waren (vgl. z.B. Duden 2002). Die Medikalisierung von Frauen, mithin die insgesamt individualistische und kurative Prägung der Medizin, wurde problematisiert und eine stärker präventive und gesundheitsfördernde Ausrichtung des Gesundheitssystems eingefordert. Dies galt und gilt insbesondere im Bereich reproduktiver Rechte und Gesundheit, der für die Debatte innerhalb der Frauengesundheitsbewegung eine Schlüsselstellung besitzt. Aus der Bewegung gingen aber nicht nur neue politische Themen hervor, sondern aus ihr resultierten auch neue Formen der politischen und autonomen Organisation, etwa in Form von Frauengesundheitszentren oder Patientinnenorganisationen. Die Perspektive der NutzerInnen des Gesundheitssystems – und später auch der KonsumentInnen von Gesundheitsleistungen – erhielt damit erstmalig Eingang in Medizin und Gesundheitswesen (vgl. für einen Überblick Kuhlmann/Kolip 2005).

Die Allianz zwischen Frauenpolitik auf der einen und Gesundheitspolitik auf der anderen Seite ist 30 Jahre später in dieser hoch politisierten Form nicht mehr zu finden. Dennoch ist die neue Frauengesundheitsbewegung mehr als nur ein Relikt vergangener Zeiten. War Ende der 1970er Jahre die Selbstuntersuchung mit dem Spekulum noch Ausdruck des gestärkten Selbstbewusstseins von Frauen, das sich auch im Sinn eines Empowerment begreifen lässt, verlagerten sich die politischen Auseinandersetzungen seither auf andere Felder: Die Frauengesundheitsbewegung hat wichtige Impulse in die gesundheitspolitische Debatte hineingetragen und weitreichende Veränderungen in Gesundheitswissenschaften und Medizin angestoßen. Denn die historisch enge Verbindung zwischen Frauenbewegung und Frauenforschung spiegelt sich auch im Verhältnis von Frauengesundheitsbewegung und Frauengesundheitsforschung wider. Auch in dieser sozialen (Teil-)Bewegung vollzog sich ein Prozess der Akademisierung und Professionalisierung, und ab den 1980er Jahren erweiterte sich die Perspektive von der Frauengesundheitsforschung hin zur gesundheitswissenschaftlichen Geschlechterforschung. Im Ergebnis kann festgestellt werden: „There is no shortage of research and publications on gender and health within the social sciences" (vgl. Annandale in diesem Heft; auch Annandale 2009).

Doch gilt dieser Befund nicht gleichermaßen für die feministische Politikwissenschaft. Zwar liegen einige feministisch-politologische Studien zum Bereich der Biopolitik vor (vgl. Femina Politica 1999; Hofman 1999; Braun 2000; Graumann/Schneider 2003; ÖZP 2004; Herrmann 2009), doch andere Bereiche von Gesundheitspolitik sind kaum erforscht. Dies ist aus mehreren Gründen erstaunlich: Erstens hat eine Bearbeitung des Themas Geschlecht und Gesundheit in Nachbardisziplinen stattgefunden; zweitens gibt es seit Jahren eine intensive öffentliche Diskussion um notwendige Reformen des Gesundheitssystems; drittens ist ein zaghaftes Gender Mainstreaming von Gesundheitspolitik festzustellen und viertens ist Gesundheitspolitik ein zentrales Feld von Wohlfahrtsstaatlichkeit. Während sich in den letzten Jahren eine starke feministisch orientierte Policy- und Wohlfahrtsstaatsforschung entwickelt hat, besteht erheblicher Nachholbedarf im Bereich der Gesundheitspolitik.

Gesundheit und Geschlecht – Ansätze und Befunde

Mit der Etablierung einer Geschlechterforschung in den Gesundheitswissenschaften und neuerdings auch in Teilen der Medizin waren und sind vielfältige Herausforderungen verbunden: So musste überhaupt erst einmal geschlechtsbezogenes Wissen über Gesundheit und Krankheit generiert werden. Dies umfasst dabei den Zusammenhang von Gesundheitszustand und Geschlecht, von geschlechtsspezifischem Gesundheitsverhalten und auch von geschlechtsspezifischen Aspekten im Versorgungssystem.

Bezogen auf den Zusammenhang von *Gesundheitszustand und Geschlecht* (Morbidität, Mortalität) rücken neben der Annahme einer geschlechterdifferenten hormonellen oder immunologischen „Ausrüstung" von Frauen und Männern, die bestimmte Erkrankungen bei Frauen und Männern begünstigt oder verhindert, verstärkt auch soziale und psychische Aspekte in den Blick, und dies in zweierlei Hinsicht: Zum einen stellt sich die Frage, welche Geschlechterstereotypisierungen bei gesundheitsbezogenen und medizinischen Annahmen über Frauen- und Männerkrankheiten wirksam werden und welche Verzerrungen (Gender Bias) durch die androzentristische Prägung von Wissenschaft und Gesellschaft entstehen (vgl. z.B. Eichler 1991; Berliner Zentrum Public Health 2002). Zum anderen wird der Blick auf gesellschaftliche und soziale Bedingungen von Gesundheit gerichtet und damit auch auf unterschiedliche Bedingungen in der Lebens- und Erwerbswelt von Frauen und Männern. Soziale Ungleichheit im Bereich von Gesundheit und Krankheit erhält vor diesem Hintergrund eine explizite Geschlechterdimension. Gesundheit ist kein „Zustand" mehr, sondern ein dynamischer Prozess, in dem Belastungen und Bewältigungsressourcen, die geschlechtsbezogen ungleich verteilt, zu einer unterschiedlichen gesundheitlichen Situation von Frauen und Männern führen (vgl. z.B. Hurrelmann/Kolip 2002). Die Bedeutung von Geschlecht als sozialer Platzanweiser einerseits und als Dimension der alltäglichen Interaktion (doing gender) andererseits macht auch vor dem Themenfeld Gesundheit nicht halt.

Auch das *Gesundheitsverhalten* wird aus einer Geschlechterperspektive betrachtet: Welche Risiken, aber auch welche Schutzfaktoren sind mit der Kategorie Geschlecht verknüpft? Frauen und Männer sind demnach nicht nur unterschiedlich gesund bzw. krank, sondern gehen auch unterschiedlich mit Gesundheit um (vgl. Kolip 2003). Dies zeigt sich in unterschiedlichen Lebensstilen und gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen; Beispiele sind Rauchen, Fettleibigkeit/Diäten und Risikobereitschaft (Kolip/Altgeld 2005; Payne 2001). Bislang kaum analysiert ist demgegenüber, wie Geschlecht die Bereitschaft zur Organspende beeinflusst (vgl. Winter in diesem Heft).

Drittens geht es schließlich darum, neue Erkenntnisse zur möglicherweise unterschiedlichen *Inanspruchnahme* von Versorgungsleistungen ebenso wie zur *Behandlung* von Frauen und Männern im Versorgungssystem zu gewinnen und zu beleuchten, welcher geschlechtsbezogene Versorgungsbedarf vorhanden ist. Hier ist vor allem auch zu berücksichtigen, dass sowohl eine unbegründet unterschiedliche

Behandlung wie auch der Mangel an differenzierten diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Interventionen für Frauen und Männer zur Fehlversorgung führen kann (Arber u.a. 2006; Bird/Rieker 2008; HEN 2005; Kuhlmann/Kolip 2005; Riska 2004).

In diesem Kontext ist auch an die vergeschlechtlichte Struktur des Versorgungssystems selbst zu erinnern als ein in hohem Maße nach Geschlecht segregierter Arbeitsmarkt. Auf diesem Arbeitsmarkt stellen Frauen die Mehrheit der Beschäftigten. Trotz insgesamt veränderter Geschlechterarrangements und einer steigenden Zahl von Frauen in der Medizin setzen sich jedoch horizontale und vertikale Ungleichheitsstrukturen zwischen den Geschlechtern fort und werden zum Teil neu ausgebildet. Dies gilt im Besonderen für den angesichts der demographischen Entwicklung und Alterung der Bevölkerung an Bedeutung zunehmenden Bereich der Pflege, der eine doppelte geschlechtliche Segregation aufweist, da sowohl die Pflegenden als auch die pflegebedürftigen Menschen mehrheitlich weiblich sind. Durch gesundheits- und pflegepolitische Interventionen in der Versorgung werden seit der Institutionalisierung der Pflegeversicherung Mitte der 1990er Jahre Anreize für neue Pflegearrangements gesetzt, die einerseits auf den Ausbau marktorientierter ambulanter Dienste setzen, zugleich aber auch den Vorrang der ambulanten Versorgung durch pflegende Angehörige zu erhalten suchen. Nicht nur tritt der Konflikt verschiedener Systeme (ambulant vs. stationär) und unterschiedlicher Professionen bei diesen Reformen besonders deutlich zutage; die politische Steuerung des Versorgungssystems hat auch vielfältige geschlechterrelevante Wirkungen, die vor allen in international vergleichender Perspektive deutlich werden (Bourgeault 2005; Henriksson u.a. 2006; Wrede 2008; vgl. auch Theobald in diesem Heft).

Insgesamt besteht zur Frage des Zusammenhangs von Gesundheit und Geschlecht in allen drei genannten Dimensionen weiterhin Forschungsbedarf. Wie genau der Wirkungszusammenhang zwischen Gesundheit bzw. Krankheit und Geschlecht zu erklären ist, bleibt einigermaßen offen – zu komplex sind die Einflussfaktoren. Theoretische Erklärungsmodelle können mögliche geschlechterbezogene Einflussfaktoren gewinnbringend integrieren und empirische Untersuchungen können diesen Zusammenhang belegen (vgl. Babitsch 2005; Kolip 1998, 2003), die Analyse eines solch multifaktoriellen Zusammenhangs steht aber immer noch vor großen Herausforderungen (Annandale 2009; Klinge 2007; Krieger/Davey Smith 2004).

Ein neuerer Zweig in der gesundheitswissenschaftlichen Geschlechterforschung zielt schließlich darauf, die stärkere Verknüpfung und Überlagerung von verschiedenen Ungleichheitsdimensionen in den Blick zu nehmen. Untersucht wird, wie beispielsweise ethnische Herkunft, nationale Zugehörigkeit, Alter oder sexuelle Orientierung mit Geschlecht zusammenwirken (z.B. Vinz/Dören 2007). Dies entspricht der Entwicklung in den Gender Studies, den Blick auf Unterschiedlichkeiten innerhalb der Gruppe von Frauen zu richten, statt an einer homogenen Gruppe „der Frauen" festzuhalten. Neben Erkenntnissen zur gesundheitlichen Situation und Gesundheitsversorgung von Migrantinnen (vgl. z.B. Borde/David 2008; Dören/Heizmann/Vinz

in diesem Heft) sind in den letzten Jahren unter anderem auch neue Erkenntnisse zur Versorgungssituation von älteren Frauen (vgl. z.B. Kuhlmey u.a. 2006) oder von lesbischen Frauen (vgl. Dennert/Wolf in diesem Heft) entstanden. Dies unterstreicht nicht zuletzt die Notwendigkeit zielgruppenorientierter Interventionen bei Gesundheitsförderung und Versorgung.

Gesundheit als Politikfeld

Die transdisziplinäre Auseinandersetzung um Gesundheit, die sich in Deutschland seit Ende der 1980er Jahre in den Gesundheitswissenschaften bündelt, spiegelt sich auch in diesem Schwerpunktheft der Femina Politica wider. Sozialwissenschaftliche, psychologische und medizinische Perspektiven auf Gesundheit werden unter dem Dach der Frauen- und Geschlechterforschung zusammengeführt. Die Beschäftigung mit politischen und politikwissenschaftlichen Aspekten von Gesundheit ist hingegen marginal. Dabei lässt sich in einem weiten Verständnis Gesundheit als Gegenstand von politischen Auseinandersetzungen definieren und wird so politikwissenschaftlichen Analysen zugänglich; in einem engen Sinne stellt Gesundheit ein staatliches Politikfeld dar, das mit Ansätzen und Methoden der Policy-Analyse untersucht werden kann.

Staatliche Akteure haben zaghaft begonnen, Geschlechterperspektiven in der Gesundheitspolitik zu berücksichtigen (BMFSFJ 2008). Eine Gesundheitsberichterstattung nach Gender-Aspekten ist ein wichtiges Instrument von Gender Mainstreaming in der Gesundheitspolitik; es stellt die Grundlage bereit für eine gendersensible Gesundheitspolitik und Gesundheitsversorgung. Dieses Instrument setzt sich zwar immer mehr durch, kommt aber noch nicht flächendeckend zum Einsatz. Auf Empfehlung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) legte die rot-grüne Bundesregierung im Jahr 2001 ihren ersten Frauengesundheitsbericht vor (BMFSFJ 2001), der viele Befunde aus der gesundheitswissenschaftlichen Geschlechterforschung aufnahm, jedoch blieb er reformpolitisch weitgehend wirkungslos. Ein Vorreiter ist Nordrhein-Westfalen, wo zwischen 2000 bis 2006 eine systematische Strategie für eine „frauengerechte Gesundheitspolitik" konzipiert und verfolgt wurde; allerdings liegt keine systematische Evaluation vor, so dass fundierte Aussagen über den Erfolg der Strategie nicht möglich sind (Weber 2008).

Die in den letzten 15 Jahren auf Bundesebene verabschiedeten Reformen des Krankenversicherungs- bzw. Gesundheitssystems haben kaum strukturverändernd im Sinne einer systematischen Integration der Geschlechterdimension von Gesundheit gewirkt (vgl. Kuhlmann/Kolip 2005). Auch die „Gesundheitsreform 2007" hat keine Weichen für ein geschlechtergerechteres Gesundheitssystem gestellt. Das trifft nicht zuletzt auf die letzte Stufe dieser Reform zu: den im Jahre 2009 in Kraft getretenen Gesundheitsfonds (vgl. Leiber 2009). Die Gesundheitsreform wurde unter dem Motto „Zwei Frauen gegen den Rest der Welt" (Hoffmann 2008) in der medialen Debatte gern als Einzelentscheidung von Bundesgesundheitsministerin Ulla

Schmidt und Bundeskanzlerin Angela Merkel dargestellt. Dabei entspricht sie im Kern der Ausrichtung der Gesundheitsreformen der letzten Jahre, nämlich die Finanzierbarkeit weitgehend zu Lasten der Solidarität, d.h. der verstärkten Eigenbeteiligung durch die Versicherten und der Entlastung der ArbeitgeberInnen, sicher zu stellen (vgl. Bandelow 2006).

Auch die Struktur des Krankenversicherungsschutzes stellt ein wichtiges Handlungsfeld feministischer Politikwissenschaft dar, insofern hier asymmetrische Geschlechterverhältnisse berücksichtigt werden müssen. Bereits in der Erhöhung der Eigenbeteiligung von Versicherten an der Gesundheitsversorgung liegt eine Schieflage zuungunsten von ArbeitnehmerInnen vor, die sich aus geschlechterpolitischer Perspektive noch verschärft. Denn angesichts der niedrigeren Erwerbsquote und der im Durchschnitt deutlich geringeren Einkommen von Frauen spüren sie die negativen Konsequenzen der Individualisierung von Gesundheitsrisiken (noch) stärker als Männer. So stellt sich auch die Frage, ob der als besonders verteilungsgerecht in die Diskussion eingeführte Gesundheitsfonds aus Geschlechterperspektive wirklich fair ist. Zwar enthält die Reform durchaus einzelne Verbesserungen aus Genderperspektive (so etwa verbesserte Rehabilitationsmaßnahmen für Ältere oder Mutter/Vater-Kind-Kuren), doch ist kritisch zu betrachten, ob der gleiche Beitragssatz angesichts bestehender Gehaltsdifferenzen tatsächlich geschlechtergerecht ist. In Deutschland ist etwa das pay gap im EU-Vergleich mit 22% besonders hoch. Bei einem niedrigen Einkommen wiegt ein gleicher prozentualer Beitragssatz aber relativ zum Gesamteinkommen schwerer als bei einem hohen Einkommen.

Des Weiteren gilt die beitragsfreie Mitversicherung bei Verheirateten in der Gesetzlichen Krankenversicherung, die in der Regel von Ehefrauen in Anspruch genommen wird, noch immer als eines der zentralen abgeleiteten sozialen Rechte, auf denen das einst als „starkes männliches Ernährermodell" (Lewis 1992) charakterisierte Gender-Regime Deutschlands gründet. Diese beitragsfreie Mitversicherung wird von der von der feministischen Wohlfahrtsstaatsforschung wegen ihrer „interpersonellen Verteilungswirkungen" seit langem kritisiert (Leiber/Zwiener 2006a, 7). Denn diese Option schafft für verheiratete Frauen negative Anreize, einer versicherungspflichtigen Beschäftigung über 400 Euro nachzugehen, da bis zu dieser Einkommensgrenze keine eigenen Beiträge zur Gesetzlichen Krankenversicherung geleistet werden müssen.[1] Aufgrund der gestiegenen Erwerbsbeteiligung von Frauen ist die Zahl mitversicherter Ehefrauen zwar insgesamt rückläufig; gleichwohl sind in Ostdeutschland von den 30- bis 60-jährigen Frauen immer noch jede zwanzigste und in Westdeutschland immerhin jede vierte über ihren Ehemann beitragsfrei in der Gesetzlichen Krankenversicherung mitversichert (Leiber/Zwiener 2006b, 28). Dies hat negative Auswirkungen nicht nur unmittelbar auf die Einnahmenseite des Gesundheitssystems, sondern auch „auf andere Bereiche der sozialen Sicherung wie bspw. den Verzicht auf eigenständig erworbene Rentenansprüche" (Leiber/Zwiener 2006a, 7).

Mit der „Gesundheitsreform 2007" wurde auch der Risikostrukturausgleich reformiert, der Geschlecht, Alter und Krankheiten als Faktoren berücksichtigt; erstmalig

ist der Ausgleich direkt „morbiditätsorientiert“ gestaltet. Dieser Mechanismus soll zwischen den Krankenkassen über ein System von Ausgleichszahlungen Verteilungsgerechtigkeit im Hinblick auf den unterschiedlichen Gesundheitszustand der Mitglieder sowie verschiedene, daraus resultierende Bedarfe in deren Gesundheitsversorgung sicherstellen. Welche Gender-Implikationen dieses Instrument im Einzelnen mit sich bringt, ist derzeit noch offen. Klar ist jedoch, dass Krankenkassen Zusatzbeiträge von ihren Versicherten einfordern dürfen, wenn die Zahlungen über den Risikostrukturausgleich nicht ausreichen, um die Ausgaben der Kassen zu decken. Dies wird wiederum vor allem niedrige Einkommen und somit Frauen belasten (vgl. Leiber 2009).

Auch das duale System mit einer Trennung von gesetzlicher und privater Krankenversicherung schafft zahlreiche praktische wie gerechtigkeitstheoretische Probleme und ist im Hinblick auf ihre Geschlechterimplikationen in den Blick zu nehmen. So zahlen Frauen in der Privaten Krankenversicherung über das Beitragsinstrument des Risikoausschlusses im Vergleich zu gleichaltrigen Männern immer höhere Beiträge, da sie u.a. das „Schwangerschafts- und Geburtsrisiko“ tragen. Dies gilt unabhängig davon, ob die Frauen tatsächlich Kinder haben (wollen) oder nicht; zudem nimmt es Männer als „Mit-Erzeuger“ von Schwangerschaften vollständig aus der finanziellen Verantwortung heraus.

Jenseits dieser Betrachtung von Gesundheitspolitik als wohlfahrtsstaatliches Reformfeld bleibt die feministische Politikwissenschaft gegenüber der Geschlechterdimension von Gesundheit(spolitik) weitgehend resistent. Dies mag zunächst überraschen: Gesundheit gilt als sogenanntes „weiches“ Politikfeld, in dem Frauen vergleichsweise gut repräsentiert sind, während die harten Themen wie Wirtschaft und Finanzen oder innere und äußere Sicherheit von Männern vertreten werden. Ursächlich hierfür mögen zwei Aspekte sein: Mit der geschlechtlichen Zuweisung von Politikfeldern geht auch deren Hierarchisierung einher (vgl. z.B. Hardmeier/Klöti 2004; Hoecker 2008), in der ein weiblich kodiertes Thema wie Gesundheit eher zur politischen Peripherie gehört. Außerdem steht der vergleichsweise guten politischen Repräsentation von Frauen auf staatlicher Ebene eine Unterrepräsentation bei den verbandlich organisierten Akteuren im Gesundheits-system gegenüber. Diese haben jedoch eine besondere Bedeutung bei der Ausgestaltung der bundesdeutschen Gesundheitspolitik, die als „ein Musterbeispiel für die Auswirkungen der bundesdeutschen Konsensdemokratie“ (Bandelow 2006, 159) gilt. Zwar ist zu konstatieren, dass es im Zuge gesundheitspolitischer Reformen sehr wohl zu einer Schwächung von strukturell Frauen benachteiligenden korporatistischen Gremien kam zugunsten externer Beratungseinheiten (z.B. Rürup-Kommission), hierdurch wurde die Selbstverwaltung im Gesundheitssystem aber nicht geschwächt (vgl. ebd., 174). Auf der Seite der Leistungsanbieter (Ärzteschaft) wie auch der Krankenkassen sind Frauen auf den Leitungsebenen zumeist unterrepräsentiert; auch die Gremien der Selbstverwaltung, in der Ärzteschaft und Krankenkassen gemeinsam entscheiden, sind nicht geschlechterparitätisch besetzt (z.B. der Gemeinsame Bundesausschuss oder der

Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen). Der ungenügenden Repräsentanz von Frauen folgt zwar nicht zwingend, also qua Geschlecht, ein Mangel an Gender-Kompetenz, doch die interessenpolitische Ausgangslage führt dazu, dass die Gleichstellungsrelevanz von gesundheitspolitischen Themen eher dethematisiert wird.
Vor diesem Hintergrund erhält die neo-institutionalistisch orientierte Politikwissenschaft, die in Deutschland das Verhältniswahlrecht, die föderalen Strukturen sowie das starke Verbändewesen insbesondere auf Seiten der Ärzteschaft – und damit den insgesamt hohen Konsenszwang – als hauptsächliche Auslöser für die Reformresistenz des Gesundheitssystems ausgemacht hat (Webber 1988, 1989), eine neue geschlechterpolitische Bedeutung.

Internationalisierung und Europäisierung von Gesundheit

Gesundheit und Gesundheitspolitik können aufgrund nationalstaatlicher Souveränitätseinbußen und internationaler Verflechtung und Vernetzung nicht mehr allein auf nationaler Ebene verhandelt werden. Obschon Gesundheitspolitik weiterhin stark national geprägt ist, spielen die supranationalen Organisationen eine bedeutende Rolle, allen voran die Weltgesundheitsorganisation (WHO). Der WHO kommt eine Vorreiterrolle zu sowohl für die Etablierung einer komplexen Gesundheitsdefinition wie auch von Gen-der Mainstreaming. So hat beispielsweise das Mitte der 1980er Jahre aufgelegte WHO-Programm „Gesundheit 2000“ einen erweiterten Begriff von Krankheit und Gesundheit formuliert, in dem Gesundheit mehr umfasst als die Abwesenheit von Krankheit. Die Gesundheit von Frauen war dabei immer ein explizit formuliertes Ziel (vgl. auch http://www.who.int/gender/en/). Dies kam auch in der Institutionalisierung spezieller Strukturen innerhalb der WHO (Abteilung „Gender, Women and Health“) sowie in verschiedenen Kampagnen und Programmen zur Frauengesundheit zum Tragen (z.B. „Investing in Women’s Health“, 1994). Neuere Studien zu den gesundheitlichen Auswirkungen von Gewalt gegen Frauen belegen das anhaltende Engagement der WHO speziell im Bereich der Frauengesundheit (z.B. Garcia Moreno 2002); zudem sind die Gender Mainstreaming Policies der WHO wegweisend auf europäischer Ebene und für nationale Gesundheitssysteme (Vlassoff/Moreno 2002; WHO 2002, 2007; WHO Euro 2001).
Auch die Millenniumsziele der Vereinten Nationen, die bis 2015 in den Entwicklungsländern erreicht werden sollen, beziehen sich maßgeblich auf gesundheitsbezogene Ziele, da die Förderung von Gesundheit und der Ausbau der Gesundheitsversorgungssysteme einen hohen Stellenwert für nachhaltige Entwicklung besitzen. Gesundheitspolitik ist in diesem Kontext ein elementarer Teil der Armutsbekämpfung. Und die Förderung der Gesundheit von Frauen ist unmittelbar verknüpft mit dem Abbau ihrer sozialen Benachteiligung und Ausgrenzung. Daher wird im dritten Millenniumsziel die Förderung der Gleichheit der Geschlechter und die Ermächtigung von Frauen angestrebt, aber auch in weiteren Millenniumszielen ist die spezielle Gender-Dimension von Gesundheit augenfällig: die Reduzierung der Sterblich-

keitsrate von Kindern, die Reduzierung der Sterblichkeit von Frauen während der Schwangerschaft und Geburt und der Kampf gegen die Ausweitung ansteckender Krankheiten wie HIV/AIDS, Tuberkulose oder Malaria. Kritisiert wird in diesem Zusammenhang, dass die geschlechterbezogenen Ziele der WHO oftmals nicht nachdrücklich vor Ort gefördert und in die allgemeinen Gesundheitsdienste eines Landes integriert werden, um jenseits der unmittelbaren institutionellen und finanziellen Hilfe Wirksamkeit zu entfalten. Der im engeren Sinne politische Einfluss der WHO auf die Entscheidungsprozesse einzelner Staaten und der Europäischen Union muss eher als gering eingeschätzt werden (für einen Überblick zur internationalen Entwicklung vgl. Sen/George/Östlin 2002; Sen/Östlin/George 2007).

Auch in der EU hat das Thema Gesundheit an Bedeutung gewonnen; dies gilt vor allem für zwei Bereiche: die Gesundheitsförderung und Prävention, und hier nochmals verstärkt für den Arbeitsschutz sowie für die Verbraucherpolitik. Bereits seit den 1980er Jahren hat die Europäische Kommission Programme zur gesundheitlichen Aufklärung vorgelegt. In der Einheitlichen Europäischen Akte von 1987 wird erstmals Gesundheitsschutz als Ziel erwähnt, allerdings nicht in einem eigenen Artikel kodifiziert. Dies erfolgte mit dem Maastrichter Vertrag über die Europäische Union von 1992; hier wurde Gesundheitsschutz als Querschnittsziel verankert. Nachfolgende Vertragsänderungen haben die EU-Kompetenzen sukzessive erweitert. Dieser Bedeutungsgewinn ist veränderten Herausforderungen geschuldet, insbesondere dem demographischen Wandel, der Angleichung von Gesundheitssystemen im Kontext der Osterweiterung der EU, zahlreichen Lebensmittelskandalen und einer zunehmenden Migration von PatientInnen und Professionellen, welche die Freizügigkeit des Binnenmarktes auch auf den Gesundheitsmarkt ausdehnen, was im Übrigen durch die einschlägige Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs flankiert wurde. Gleichwohl gilt in der Gesundheitspolitik nach wie vor das so genannte Subsidiaritätsprinzip; demzufolge liegt die Verantwortung für die Gesundheitspolitik, für die Gesundheitsverwaltung und für die medizinische Versorgung bei den Mitgliedstaaten. Die EU-Aktivitäten haben einen lediglich ergänzenden Charakter, beispielsweise durch Kampagnen zur Gesundheitsförderung etwa gegen Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum, durch Koordinierung von Gesundheitsinformationssystemen oder durch Überwachung von grenzüberschreitenden Gesundheitsgefahren. Die Einrichtung eines EU-Gesundheitsportals, eines Europäischen Zentrums für die Prävention und Kontrolle von Krankheiten und eines EU-Gesundheitsforums sind zentrale Instrumente. Im Rahmen des Gesundheitsforums treffen sich regelmäßig eine Vielzahl von gesundheitspolitischen Dachverbänden, um die Europäische Kommission in gesundheitspolitischen Belangen zu beraten; daran ist auch die Europäische Koalition gegen Brustkrebs EUROPA DONNA beteiligt, aber nicht das European Women's Health Network (EWHNET). Durch die gesundheitspolitischen Aktivitäten der EU wird direkt und indirekt das Ziel der Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems sowie auch der Qualitätssicherung gestärkt (Bandelow, 2006, 173). Europäisierungseffekte ergeben sich daher zunächst am stärksten durch

eine Wettbewerbsorientierung auf den sozialen Dienstleistungsmärkten, wozu auch der Gesundheitsbereich zählt.
Was bedeutet dies aus Geschlechterperspektive? Seit 1996 ergänzt Gender Mainstreaming die auf Frauenförderung hin angelegte Gleichstellungsstrategie der EU und hat auch im Gesundheitssektor Bedeutung (vgl. Klinge 2007; Klinge/Bosch 2005; Kuhlmann/Kolip 2005; Lasch/Freitag/Sonntag 2006). Die Chancen von Gender Mainstreaming mit Blick auf seine politische Wirkung werden kontrovers diskutiert (z.B. Daly 2005) und Woodward (2008) bescheinigte dem Konzept jüngst insgesamt nur „mageren Erfolg" in der Umsetzung. Dennoch zeigen sich in Deutschland gerade im Hinblick auf die Erweiterung von Genderkompetenz wichtige Ergebnisse, wie beispielsweise bei der Gesundheitsberichterstattung (RKI 2007) oder der Arbeit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Reproduktive Rechte: technische Herausforderungen und politische Fragen

Reproduktive Gesundheit bildete, wie eingangs bereits angeführt, den Ausgangspunkt eines feministischen Zugangs zur Gesundheitspolitik im weiteren Sinne und wird zumeist unter dem Stichwort der „Biopolitik" diskutiert. Der Kampf um Familienplanung und straffreien Schwangerschaftsabbruch war zentraler Bezugspunkt der „alten" wie der „neuen" Frauenbewegung in den 1970er Jahren. Gerade dieses Feld hat in den letzten 30 Jahren durch die wissenschaftlich-technologischen Entwicklungen eine gravierende Veränderung erlebt. Der alte Begriff der Selbstbestimmung wird durch die Entstehung von Gen- und Reproduktionstechnologien, insbesondere durch die Möglichkeit der Reagenzglasbefruchtung (IVF) und Spermieninjektion sowie durch eine Vielzahl von vorgeburtlichen Verfahren genetischer Diagnostik herausgefordert (z.B. Präimplantationsdiagnostik, AFP-Test[2], Fruchtwasseruntersuchung). Angetrieben durch die Frauengesundheitsbewegung findet eine kritische Auseinandersetzung mit medizinischen Verfahren und Technologien hinsichtlich ihres Nutzen und ihrer Wirksamkeit, aber auch mit Blick auf ethische Fragen statt. Mit Gen- und Reproduktionstechnologien wird Reproduktion in qualitativ neuer Form plan- und gestaltbar. Insbesondere in Deutschland war die feministische Diskussion zu diesen Technologien von Anfang an eher ablehnend und auch heute noch finden sich mehrheitlich kritische Stimmen (vgl. Graumann/Schneider 2003), gleichwohl sind auch hierzulande die neuen Technologien weit verbreitet und akzeptiert. In diesem Feld ist die Geschlechterdimension unverkennbar, wenngleich wenig eindeutig, denn Frauen sind zugleich „Ressource und Nutzerinnen der neuen Technologien" (Kuhlmann 2008). Parallel dazu breitet sich in den Medien ein Diskurs aus, der Formen extrakorporaler Reproduktion unter Bezugnahme auf feministische Selbstbestimmungsargumente als Akt weiblicher Emanzipation proklamiert (vgl. Bock von Wülfingen in diesem Heft). Damit wird dieser Kernbegriff femini-

stischer Politik fragwürdig. Neue Konfliktlinien entstehen beispielsweise in Bezug auf frauenpolitische und behindertenpolitische Selbstbestimmungsansprüche.

Zukunftsperspektiven

Wir haben unsere Einführung in diesen Themenschwerpunkt mit einem Rückblick auf die Frauengesundheitsbewegung begonnen. Unser Ziel war es, die bisher unterbelichteten politikwissenschaftlichen Dimensionen von Gesundheit und Gesundheitsversorgung in das Blickfeld zu rücken. Kennzeichnend für die Frauengesundheitsbewegung war die enge Verknüpfung von „Politik und Praxis", die Interdisziplinarität und die Verknüpfung der unterschiedlichen Perspektiven von Frauen als Professionelle und als Nutzerinnen des Versorgungssystems.
Diese Perspektive ist auch weiterhin hilfreich, um die Komplexität der Gesundheitsversorgung und der darin eingelagerten Genderdimensionen zu erfassen (vgl. Kuhlmann 2009). Zugleich kommen eine Reihe neuer Fragen hinzu, die auch neue Anforderungen an feministische Analysen stellen, wie wir beispielsweise für die theoretische Perspektive der Intersektionalität sowie für neue praxisrelevante Fragen der Gen- und Reproduktionstechnologie gezeigt haben. Ebenso stellen sich veränderte politisch-praktische Bedingungen insbesondere durch die Verpflichtung auf das Konzept Gender Mainstreaming; hierdurch bieten sich neue Möglichkeiten für gendersensible Politik und Forschung, zugleich tauchen neue Probleme auf (vgl. Daly 2005). Weitere Dimensionen politisch-praktischer Veränderungen sind die Europäisierung und Globalisierung von Gesundheitsversorgung und -politik; diese Dimensionen sind bisher kaum ausgelotet, werden aber zunehmend relevant.
Wir haben mögliche konzeptionelle Anknüpfungspunkte für die Forschung benannt und Handlungsperspektiven aufgezeigt, aber zugleich auch auf die Komplexität und die ungelösten Fragen zum Zusammenhang von Gesundheit und Geschlecht hingewiesen. In diesem Sinne hoffen wir, dass die Beiträge in diesem Schwerpunktheft zu einer kreativen Weiterentwicklung feministischer politikwissenschaftlicher Perspektiven und zu einer zukünftig stärkeren Einmischung in die Fragen der Gesundheitspolitik und -versorgung inspirieren.

Anmerkungen

1 Da im Steuerrecht das Ehegattensplitting in die gleiche Richtung zielt, entsteht hier gleichsam ein doppelter Anreiz, nicht erwerbstätig zu werden (Leiber/Zwiener 2006b, 29).

2 Der Alpha-Fetoprotein-Test ist ein Instrument der Pränataldiagnostik basierend auf einer Blutuntersuchung, wobei genetische Abweichungen nach statistischen Wahrscheinlichkeiten berechnet werden.

Literatur

Annandale, Ellen, 2009: Women's Health and Social Change. London.

Arber, Sarah/**McKinlay**, John/**Adams**, Ann/**Marceau**, Lisa/**Link**, Carol/**O'Donnell**, Amy, 2006: Patient Characteristics and Inequalities in Doctors' Diagnosis and Management Strategies Relating to CHD: A Video-Simulation Experiment. Social Science & Medicine. 62. Jg. H. 1, 103-115.

Babitsch, Birgit, 2005: Soziale Ungleichheit, Geschlecht und Gesundheit. Bern.

Bandelow, Nils, 2006: „Gesundheitspolitik: Zielkonflikte und Politikwechsel trotz Blockaden". In: Schmidt, Manfred G./Zohlnhöfer, Reimut (Hg.): Regieren in der Bundesrepublik Deutschland. Innen- und Außenpolitik seit 1949. Wiesbaden, 159-176.

Berliner Zentrum Public Health (Hg.), 2002: Zu mehr Gleichberechtigung zwischen den Geschlechtern: Erkennen und Vermeiden von Gender Bias in der Gesundheitsforschung. Berlin.

Bird, Chloe E./**Rieker**, Patricia P., 2008: Gender and Health. The Effects of Constrained Choices and Social Policies. Cambridge, New York.

Borde, Thea/**David**, Matthias (Hg.), 2008: Frauengesundheit, Migration und Kultur in einer globalisierten Welt. Frankfurt/M.

Boston Women's Health Collective (Hg.), 1980/81: Unser Körper, unser Leben. Ein Handbuch von Frauen für Frauen. Hamburg (Originalausgabe, 1973: Our bodies, Ourselves).

Bourgeault, Ivy Lynn, 2005: "Rationalization of Health Care and Female Professional Projects". Knowledge, Work and Society. 3. Jg. H. 1, 25-52.

Braun, Kathrin, 2000: Menschenwürde und Biomedizin. Zum philosophischen Diskurs der Bioethik. Frankfurt/M., New York.

Bundesministerium Familie, Jugend, Frauen und Senioren (BMFSFJ), 2008: Gender Mainstreaming. Internet: http://www.gender-mainstreaming.net/.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hg.), 2001: Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland. Berlin.

Council of Europe, 1998: Gender Mainstreaming. Conceptual Framework, Methodology and Presentation of Good Practice. Final Report (EG-S-MS), Strasbourg.

Council of Europe, 2005: "Gender Budgeting. Strasbourg, Directorate General of Human Rights, Final Report (EG-S-GB)". Internet: http://www.coe.int/equality/ (07.02.09).

Council of Europe, 2008: "Recommendation CM/Rec(2008)1 of the Committee of Ministers to Member States on the Inclusion of Gender Differences in Health Policy". Internet: https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1241743&Site=CM&BackColorInternet=9999CC&Back%20ColorIntranet=FFBB55&BackColorLogged=FFAC75 (10.02.09).

Daly, Mary, 2005: "Gender Mainstreaming in Theory and Practice". Social Politics. 12. Jg. H. 3, 433-450.

Duden, Barbara, 2002: Die Gene im Kopf, der Fötus im Bauch. Historisches zum Frauenkörper. Hannover.

Eichler, Margrit, 1991: Nonsexist Research Methods. A Practical Guide. New York, London.

Europäisches Parlament/Rat der EU, 2007: Beschluss Nr. 1350/2007/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 23. Oktober 2007 über ein zweites Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der Gesundheit (2008-2013). Amtsblatt der EU L 301 v. 20.11.2007, 3-13.

European Women's Health Network (EWHNET), 2000: „Netzwerk Frauengesundheit: Situation, Konzepte, Herangehensweisen und Organisationen in der Frauengesundheitsbewegung. Länderbericht Bundesrepublik Deutschland". September 2000. Internet: http://www.gesundheit-nds.de/ewhnet/Country_Reports/Germany_D.PDF (07.02.09).

Femina Politica, 1999: Die Politisierung des Körpers. Femina Politica: Zeitschrift für feministische Politik-Wissenschaft. 8. Jg. H. 2.

Garcia Moreno, Claudia, 2002: "Violence against Women: Consolidating a Public Health Agenda". In: Sen, Gita/George, Asha/Östlin, Piroska (Hg.): Engendering International Health: The Challenges of Equity. Cambridge/MA, 111-121.

Graumann, Sigrid/**Schneider**, Ingrid (Hg.), 2003: Verkörperte Technik – Entkörperte Frau. Biopolitik und Geschlecht. Frankfurt/M.

Hardmeier, Sibylle/**Klöti**, Anita, 2004: „Doing Gender in der Wahlkampfkommunikation? Frauenfragen". H. 2. Internet: http://www.frauenkommission.ch/pdf/33_hardmeier_kurz_d.pdf (12.03.09).

HEN – Health Evidence Network – WHO Regional Office Europe, 2005: "What Evidence is there about the Effects of Health Care Reforms on Equity, particularly in Health?" Internet: http://www.euro.who.int/Document/E87674.pdf (07.02.09).

Henriksson, Lea/Wrede, Sirpa/Burau, Viola, 2006: "Understanding Professional Projects in Welfare Service Work: Revival of Old Professionalism?" Gender, Work and Organization. 13. Jg. H. 2, 174-192.

Herrmann, Svea Luise, 2009: Policy Debates on Reprogenetics: The Problematisation of New Research in Great Britain and Germany. Frankfurt/M., New York.

Hoecker, Beate, 2008: „50 Jahre Frauen in der Politik: späte Erfolge, aber nicht am Ziel." Aus Politik und Zeitgeschichte. B 24-25, 10-18.

Hoffmann, Andreas, 2008: „Zwei Frauen gegen den Rest der Welt." Stern, 04.05.2008. Internet: http://www.stern.de/politik/deutschland/:Gesundheitsfonds-Zwei-Frauen-Rest-Welt/618993.html (07.02.09).

Hurrelmann, Klaus/**Kolip**, Petra, 2002: Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. Bern.

Jellinek, Camilla, 1905: „Die Strafrechtsreform und §§ 218 und 219 StGB." In: Kurz-Scherf, Ingrid/Dzewas, Imke/Lieb, Anja/Reusch, Marie (Hg.), 2006: Reader Feministische Politik & Wissenschaft. Königstein/Ts., 60-62.

Klinge, Ineke, 2007: "Bringing Gender Expertise to Biomedical and health-related Research. Gender Medicine." 4. Jg. (supplement B), S59-S63.

Klinge, Ineke/**Bosch**, Mineke, 2005: "Transforming Research Methodology in EU Life Sciences and Biomedicine: Gender-sensitive Ways of Doing Research." European Journal of Women's Studies. 12. Jg., 377-395.

Kolip, Petra, 2003: „Frauen und Männer." In: Schwartz, Friedrich-Wilhelm/Badura, Bernhard/Leidl, Rainer/Raspe, Heiner/Siegrist, Johannes (Hg.): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München, Jena, 506-516.

Kolip, Petra/**Altgeld**, Thomas (Hg), 2005: Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Weinheim.

Krieger, Nancy/**Davey Smith**, George, 2004: "Bodies Count, and Body Counts: Social Epidemiology and Embodying Inequality." Epidemiologic Reviews. 26. Jg. H. 1, 92-103.

Kuhlmann, Ellen, 2008: „Gen- und Reproduktionstechnologien: ein feministischer Kompass für die Bewertung." In: Becker, Ruth/Kortendieck, Beate (Hg.): Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung, 2. Auflage. Wiesbaden, 617-622.

Kuhlmann, Ellen, 2009: "From Women's Health to Gender Mainstreaming and Back Again: Linking Feminist Agendas and Health Policy." Current Sociology. 57. Jg. H. 2, 135-154.

Kuhlmann, Ellen/**Kolip**, Petra, 2005: Public Health und Gender. Grundlegende Orientierungen für Forschung, Politik und Praxis. Weinheim.

Kuhlmey, Adelheid/**Winter**, Maik H.-J./**Maaz**, Asja/**Nordheim**, Johanna/**Hofmann**, Werner, 2006: „Psychosoziale Versorgung älterer Menschen: Alte Frauen und Männer als Vielnutzer des medizinischen und pflegerischen Versorgungssystems." In: Pawils, Silke/Koch, Uwe (Hg.): Psychosoziale Versorgung in der Medizin. Entwicklungstendenzen und Ergebnisse der Versorgungsforschung. Stuttgart, 291-300.

Lasch, Vera/**Freitag**, Walburga/**Sonntag**, Uta (Hg.), 2006: Gender, Health, and Cultures. Networking for a better Future for Women within an Enlarged Europe. Kassel.

Leiber, Simone, 2009: „Gesundheitsreform: Verpasste Weichenstellung für mehr Geschlechtergerechtigkeit." Zweiwochendienst. Gesundheit & Politik. 23. Jg. Supplement H. 263, III.

Leiber, Simone/**Zwiener**, Rudolf, 2006a: „Eckpunkte zur Gesundheitsreform: Widersprüchlich und unzureichend." IMK-Report Nr. 13, 1-18.

Leiber, Simone/**Zwiener**, Rudolf, 2006b: „Zwischen Bürgerversicherung und Kopfpauschale: Vorschläge für einen tragfähigen Gesundheitskompromiss." WSI-Diskussionspapier Nr. 146. Düsseldorf.

Lewis, Jane, 1992: "Gender and the Development of Welfare Regimes." Journal of European Social Policy. 2. Jg. H. 3, 73-91.

ÖZP, 2004: Geschlecht und Biomedizinpolitik. Vergleichende Perspektiven. Österreichische Zeitschrift für Politikwissenschaft. 32. Jg. H. 2.

Riska, Elinane, 2004: Masculinities and Men's Health: Coronary Heart Disease in Medical and Public Discourse. New York.

Robert Koch Institut (RKI), 2007: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Hinweise zur Erstellung von Expertisen und Beiträgen. Berlin.

Sen, Gita/**George**, Asha/**Östlin**, Piroska (eds.), 2002: Engendering International Health: The Challenges of Equity. Cambridge/MA.

Sen, Gita/**Östlin**, Piroska/**George**, Asha, 2007: "Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient. Gender Inequality in Health Care: Why it Exists and How we Can Change it." Final Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health, Karolinska Institute, Internet: http://www.eurohealth.ie/pdf/WGEKN_FINAL_REPORT.pdf (07.02.09).

Stöcker, Helene, 1905: „Die Ziele der Mutterschutzbewegung." In: Kurz-Scherf, Ingrid/Dzewas, Imke/Lieb, Anja/Reusch, Marie (Hg.), 2006: Reader Politik & Wissenschaft. Königstein/Ts., 62-65.

United Nations, 1999: Women and Health. Mainstreaming the Gender Perspective into the Health Sector. New York: UN Publication Sales No 99.IV.4.