GENDER
OPEN
REPOSITORIUM

Gender in Public Health und Epidemiologie – Führt kein Weg an Differenzen vorbei?

Zemp Stutz, Elisabeth

2010

https://doi.org/10.25595/3782

Veröffentlichungsversion / published version
Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Zemp Stutz, Elisabeth: *Gender in Public Health und Epidemiologie – Führt kein Weg an Differenzen vorbei?*, in: FGS (Freiburger GeschlechterStudien), Jg. 16 (2010) Nr: 1, 179–191. DOI: https://doi.org/10.25595/3782.

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

FREIE UNIVERSITÄT BERLIN

HUMBOLDT-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

Elisabeth Zemp Stutz

Gender in *Public Health* und Epidemiologie – Führt kein Weg an Differenzen vorbei?

Einführung

Obwohl ich um die Debatten über Konstruktion und Dekonstruktion von Geschlecht weiß, um die von Butler vor allem im deutschen Sprachraum ausgelösten Diskussionen, obwohl mir bewusst ist, dass mit dem Thematisieren von Geschlechtsunterschieden solche auch verfestigt und herstellt werden, dass damit Geschlecht normiert wird, und obwohl ich mittlerweile auf einen rund 20jährigen Austausch mit Geschlechterforschenden aus den Geistes- und Sozialwissenschaften zurückblicke, möchte ich diesen Beitrag doch darauf hin ausrichten, dass es auch Sinn macht, Geschlechtsunterschiede für Gender-Analysen zu nutzen. Mir scheint nämlich, dass sich zunehmend ein Meinungsklima etabliert hat, in welchem Geschlechtsunterschiede unverrückbar mit Essenzialisierung und Verfestigung der Geschlechterbinarität gleichgesetzt werden und sich eine Art Tabu entwickelt hat, Geschlechtsunterschiede überhaupt zu denken. Ich empfinde dies als inadäquate Einengung. Ich wünschte mir eine Art Entkrampfung, damit der Blick wieder freigegeben werden kann für das, was Geschlechtsunterschiede auch noch bedeuten können als Normierung oder als methodisch induzierte Artefakte. Damit der Blick auch (wieder) fassen kann, welchen Informationswert sie haben und wofür wir sie nutzen können. Ich tue dies als Epidemiologin, die sich mit Geschlecht im Gesundheitsbereich befasst und trotz des enormen Gewinns im Verständnis von Geschlecht, der sich aus der Beschäftigung mit der gesellschaftlichen Konstruktion von Männlichkeit und Weiblichkeit ergeben hat, ein gewisses Unbehagen gegenüber der Skepsis über Geschlechtsunterschiede nie losgeworden ist. Wohl auch, weil im Gesundheitsbereich die Beschäftigung mit körperlichen Vorgängen unumgänglich ist und hier Grenzen von konstruktiven Sichtweisen eher sichtbar werden als in anderen Bereichen. Unterschiede – jeglicher Art – finde ich zudem sehr anregend und ich sehe in Geschlechtsunterschieden auch eine Möglichkeit, Geschlecht zu reflektieren und besser zu verstehen.

In diesem Beitrag wird daher – nach einer kurzen historischen Situierung des Kontextes von Gesundheit und Geschlecht – darauf eingegangen, wie

Geschlecht in *Public Health* und in der epidemiologischen Denkweise Eingang findet. Anschließend wird anhand ausgewählter epidemiologischer Analyse-Strategien der Umgang mit Geschlecht in Geschlechteranalysen illustriert. Von da wird die Frage des Umgangs mit Geschlechtsunterschieden wieder aufgegriffen und eine Positionierung vorgenommen.

Historischer Kontext

Der Blick auf die Gesundheit war von alters her mindestens zweidimensional (Van Spijk 1991). Erst im Zuge der Aufklärung und des Aufkommens der Naturwissenschaften entwickelte sich ein Gesundheitsverständnis, welches vorwiegend durch die körperliche Dimension geprägt war. Mit den zellularpathologischen Arbeiten von Virchow begann eine Systematik Einzug zu halten, welche im Gedanken wurzelt, dass jeder Erkrankung ein körperliches Korrelat, eine spezifische histologische Veränderung, zugeordnet werden kann. Krankheiten werden demnach durch den Nachweis erkrankter Zellen diagnostiziert. Damit nahm die Bedeutung biophysiologischer Modelle von Gesundheit an Bedeutung zu und die Wissensgrundlagen der Medizin wurden zunehmend in der körperlichen Dimension erworben. Die Medizin entwickelte sich zur Biomedizin. In einem großen Ausmaß gilt auch heute noch, dass die Klassifizierung von Krankheiten aufgrund von Phänomenen der körperlichen Dimension vorgenommen wird. Im Zuge dieser Entwicklung wurde auch Geschlecht verstärkt als eine Frage der biologischen Dimension aufgefasst (der Gene, der Anatomie, der Hormone, der Physiologie, des Stoffwechsels, der Immunologie). Diese Entwicklung ging mit Naturalisierungen von Geschlecht einher, die zur Herstellung der gesellschaftlichen Geschlechterordnung vorgenommen wurden, und leistete ihnen Vorschub.

In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts setzte eine Re-Kontextualisierung von Gesundheit wie auch von Geschlecht ein. Verschiedene ‚Akteure' waren an dieser Entwicklung beteiligt: Die Weltgesundheitsorganisation richtete seit den 1950er Jahren den Blick nicht nur auf die Gesundheit einzelner Individuen, sondern auch darauf, wie auf Bevölkerungsebene auf eine Verbesserung der Gesundheit hin gearbeitet werden kann. Die zweite Frauenbewegung, welche seit den 1970er Jahren Sichtbarkeit und Rechte für Frauen forderte, war auch eine Frauengesundheitsbewegung (damit ist auch ein Bezug zum Tagungsthema „feminisms revisited" gegeben). Sie verknüpfte ihre Forderungen stark mit Gesundheitsthemen, so beispielsweise mit der Forderung nach Legalität der Abtreibung. Mit der Entwicklung der Sozialwissenschaften – und auch der Entstehung der Gender Studies – wurden seit den 1980er Jahren neue Wissensinhalte zur sozialen und kulturellen Beeinflussung von Gesundheit eingebracht. Dadurch wurden der biologischen Dimension von Gesundheit *und* von Geschlecht wieder soziokulturelle Dimensionen ‚beigesellt', und auf individueller, struktureller und symbolischer Ebene thematisiert, theoretisiert und beforscht (Doyal 2001). Gesundheit wird wieder als etwas Prozesshaftes gesehen, als Ergebnis kulturell geformter Reaktionen auf eine sozial geschaffene

Realität, welche durch unterschiedliche Belastungen und Ressourcen erschwert oder erleichtert werden können (Siegrist 1995). Analog stützt sich das heutige Verständnis von Geschlecht im Gesundheitsbereich denn auch auf die beiden Konzepte *sex* und *gender*, und differenziert diese weiter (*sex*: genetische, molekulare, zelluläre, physiologische Dimensionen; *gender*: psychologische, Umwelt-, soziale, kulturelle Dimensionen) (Krieger 2003, Klinge 2009).

Möglicherweise haben wir es aktuell – einhergehend mit dem Bedeutungszuwachs der Life Sciences – wieder mit einer parallel verlaufenden Re-Aktualisierung biologischer Zuschreibungen und einer erneuten Debatte der Bedeutung von Geschlecht für die Gesellschaftsordnung zu tun.

Gender in *Public Health* und in epidemiologischen Modellen

Wie arbeiten wir nun als Gender-Forschende in *Public Health*? Die *Public Health*-Forschung geht vom Phänomen aus, dass Gesundheit und Krankheit in der Bevölkerung nicht zufällig verteilt sind. Es gibt in jeder Gesellschaft Gruppen, die überzufällig häufig gesund sind, andere, die überzufällig häufig krank werden. Es ist diese über- bzw. unterzufällige Verteilung von Gesundheit, welche EpidemiologInnen umtreibt, – das heißt im Wesentlichen: ein Phänomen von Unterschiedlichkeiten. Epidemiologie ist die Wissenschaft der Verteilung von Gesundheit und Krankheit in der Bevölkerung (Epi-demio-logie, die Wissenschaft von dem, was auf das Volk kommt). Daher zählen wir Menschen in Gesundheit, Menschen mit Krankheiten, Todesfälle, Lebensjahre in Gesundheit und in Krankheit und berechnen Gesundheits-, Krankheits- und Sterblichkeits-Raten, Suizidraten, Suizidmethoden, die Lebenserwartung etc. Wir tun dies in verschiedenen Ländern, bei verschiedenen Bevölkerungsgruppen (bei Jungen, Alten, Angehörigen verschiedener Bildungsgrade, Frauen und Männern) und beschreiben allfällige Unterschiede. Und in der Tat finden wir reichliche Unterschiedlichkeiten. So weist zum Beispiel die Lebenserwartung in verschiedenen europäischen Ländern beträchtliche Unterschiede auf. Sie unterscheidet sich auch erheblich zwischen Ländern des Nordens und des Südens, zwischen Männern und Frauen, zwischen den Angehörigen sozialer Schichten. Auf solche Unterschiedlichkeiten stoßen wir nicht in einem Laborkontext, sondern durch Beobachtung von ‚gelebtem Leben', Leben in seiner ganzen Vielfalt, einschließlich biologischer, sozialer, kultureller und gesellschaftlicher Kontexte. Sie machen den eigentlichen Forschungsgegenstand der Epidemiologie aus. Nancy Krieger beschreibt die Art der Beobachtung, die der epidemiologischen Sichtweise zugrunde liegt, mit folgenden Worten:

> …it is by counting people – in varying states of health, disease, and disability, the alive and the dead – that we derive our estimates (…). But bodies count more than this, for, in their manifest form (…) they provide vivid evidence of how we literally embody the world in which we live. (Krieger 2004)

Das zweite Kernanliegen besteht dann darin, zu erklären, wie beobachtete Unterschiede zustande kommen. Die Epidemiologie nutzt dafür ein scheinbar einfaches, scheinbar lineares Denkmodell, das so genannte epidemiologische Grundmodell (Abb. 1).



Abb. 1: Epidemiologisches Grundmodell.

In diesem Modell kann die Exposition aus einem unterschiedlich gearteten Faktor bestehen, einem für die Gesundheit schädlichen Faktor, einem Schutzfaktor, einem Verhalten, einer sozialen Zugehörigkeit. Zusammenhänge zwischen einer solchen Exposition und einem Gesundheitsmaß (*outcome*) werden mit sogenannten Assoziationsmaßen beziffert (relative Risiken oder *Odds Ratios*). Diese drücken im Wesentlichen eine Wahrscheinlichkeit aus: Das Vorhandensein eines bestimmten Merkmals geht mit einer höheren (oder tieferen) Wahrscheinlichkeit von Gesundheit oder von einer bestimmten Krankheit einher. Nicht mehr und nicht weniger. Wir versuchen, diese Wahrscheinlichkeit zu beziffern und charakterisieren sie mit einer statistischen Signifikanz, die wiederum nichts anderes ausdrückt als die Wahrscheinlichkeit, mit welcher wir denken, dass Ergebnisse durch Zufall oder nicht durch Zufall bedingt seien. Ob beobachtete Zusammenhänge als kausal erachtet werden, wird in weiteren Schritten eingestuft, in welchen methodische Aspekte der jeweiligen Studie reflektiert werden, wie auch Studien-externes Wissen einbezogen wird (Hill 1965).

Angesichts der Komplexität des Konzeptes Geschlecht mag das epidemiologische Modell zu vereinfachend und zu linear erscheinen. Mit der Entwicklung statistischer Methoden, insbesondere der multivariablen Analysemethoden, leistet es jedoch Einiges für das Verständnis komplexer Zusammenhänge. Ich möchte auch vorausschicken, dass für epidemiologische Gender-Analysen nicht nur *ein* Verfahren eingesetzt werden kann, sondern dass eine Vielfalt von Auswertungsstrategien besteht, und dass dies auch ein Feld ist, welches noch viel innovatives Potenzial für Gender-Analysen bietet. Geschlecht braucht dabei nicht auf eine „vereinheitlichende Großkategorie" (Buchen 2004) reduziert zu werden. Epidemiologische Analysen beruhen im Wesentlichen auf einer Analyse von Variabilität (dem statistischen Korrelat von Unterschiedlichkeit). Dies ermöglicht zwar unter statistischer Standardisierung für die Variabilität anderer Faktoren Aussagen zu einzelnen Faktoren zu machen (so auch für Geschlecht als Einzelkategorie). Es gibt jedoch weitere Analysemöglichkeiten, mit welchen die Bedeutung von Geschlecht unter verschiedenen Gesichtspunkten untersucht werden kann. Nachfolgend wird eine Auswahl solcher Verfahren vorgestellt. Es ist auch möglich, den Blick auf verschiedene Ebenen zu richten, sowohl auf eine individuelle wie auch auf eine Meso- und Makroebene. Vergleiche von Ergebnissen in verschiedenen Bevölkerungen ermöglichen zusätzlich eine Einschätzung,

welche Bedeutung Geschlecht in unterschiedlichen sozialen, gesellschaftlichen Realitäten haben kann. So zeigten Arbeiten in Osteuropa, dass unter den Gründen für die verheerenden Auswirkungen der gesellschaftlichen Umwälzungen nach 1989 bei der Sterblichkeit von Männern arbeitsbezogene Unsicherheiten und der Verlust von an Arbeit gebundenem Prestige eine große Rolle spielten. Dies war für Männer wichtiger als für Frauen, welche durch den Wegfall dieser Ressourcen denn auch weniger betroffen waren (Kopp 2005).

Auch für epidemiologische Gender-Analysen gilt, dass theoretische Überlegungen den konzeptionellen Rahmen liefern müssen („theory is shaping what we see – or do not see", Krieger 2001). Diese Theoriemodelle haben oft einen beträchtlichen Komplexitätsgrad (Krieger 2001, Sen 2007, WHO 2007, Ordovas 2007). Eine Voraussetzung besteht darin, Gender im epidemiologischen Modell zu konzeptualisieren. Eine solche Konzeptualisierung wurde von der Sozialepidemiologin Nancy Krieger vorgeschlagen (Krieger 2001, 2003). Sie unterscheidet Ausdrucksformen von *sex-linked biology* (beispielsweise das chromosomale Geschlecht, die Menstruation oder die Schwangerschaft) von Ausdrucksformen von *gender relations* (beispielsweise die Geschlechtersegregation im Arbeitsmarkt, Gender-Normen bei der Körperhygiene oder geschlechterbezogenen Gewalt), und postuliert, dass diese im epidemiologischen Modell bei der Exposition, beim Gesundheits-Outcome oder auch beim Zusammenhang relevant sein können, einzeln oder synergistisch. In Abbildung 2 finden sich schematisch dargestellt vier solcher Spezifizierungen (sie konzipierte noch weitere) (Krieger 2003).

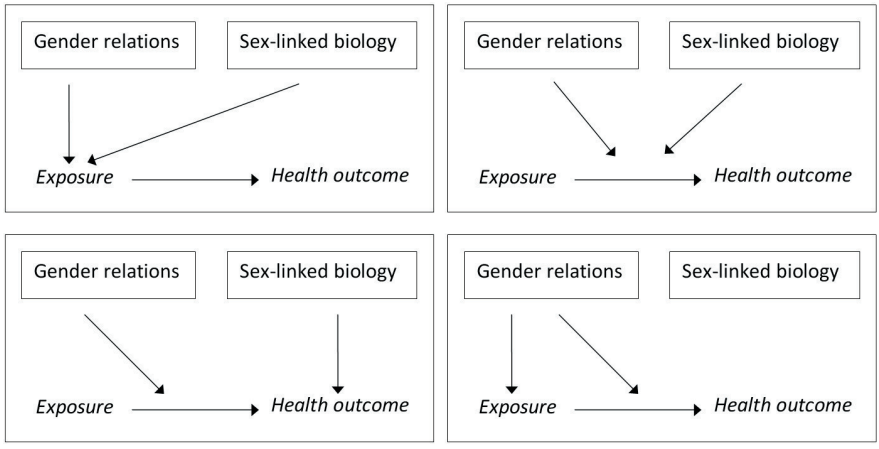


Abb 2: *„gender relations"* und *„sex-linked biology"* im epidemiologischen Modell nach Krieger (Krieger 2003).

Die Relevanz von *sex-linked biology* und *gender relations* hat Krieger an zwölf epidemiologischen Studien exemplifiziert. Daraus soll ein Beispiel herausgegriffen werden: Woran liegt es, dass das Tragen von Kontaktlinsen (entspricht der

Exposition) bei Männern häufiger als bei Frauen mit Hornhautentzündungen (entspricht dem Outcome) einhergeht (Abb. 3)?

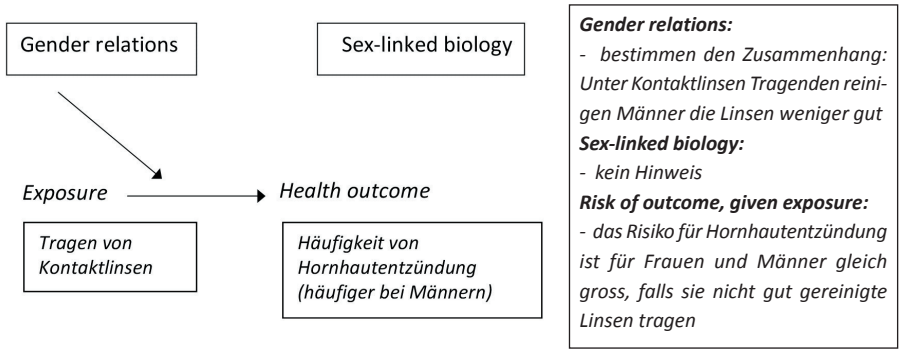


Abb 3: Beispiel „Kontaktlinsen und Hornhautentzündung" im epidemiologischen Modell nach Krieger (Aus Liesegang 1997).

In der Studie von Liesegang (1997) hat sich gezeigt, dass unter Kontaktlinsen tragenden Personen Männer die Linsen weniger gut reinigen als Frauen. Bei vergleichbarer Exposition (Tragen nicht gut gereinigter Linsen) besteht bei Männern und Frauen ein gleich großes Risiko für Hornhautentzündungen. Für biologische Unterschiede wurden in dieser Studie keine Hinweise gefunden. Der Geschlechtsunterschied wird somit durch eine Ausdrucksform der *gender relations*, dem Reinigungsverhalten, erklärt, und zwar auf Ebene des Zusammenhangs.

Auswertungsstrategien in epidemiologischen Gender-Analysen

Im Folgenden werden einzelne epidemiologische Analysestrategien beschrieben, an Beispielen erläutert und zur Diskussion gestellt.

Ein häufig eingesetztes Verfahren einer epidemiologischen Gender-Analyse besteht in statistischen Adjustierungen. Wenn ein Zusammenhang zwischen Geschlecht und einem Gesundheitsparameter für andere Faktoren wie Alter oder Bildungsgrad adjustiert wird, kann der Zusammenhang nicht dadurch verzerrt sein und es gilt die Aussage, dass unter sonst gleichen Bedingungen männliches oder weibliches Geschlecht mit dem untersuchten Gesundheitsparameter assoziiert ist. Es ist aber gerade dadurch ein Verfahren, welches aus Gender-Perspektive auch kritisiert werden kann: Was sagt ein ‚Geschlechter-Maß', bei welchem für soziale Faktoren wie Alter, soziale Schicht oder Ethnie kontrolliert wurde, bezüglich Gender eigentlich noch aus? In gewissem Sinne ist es eine Annäherung an ein Maß für *sex*, weil mit der Standardisierung für Alter, Schicht oder Ethnie die in sozialen und kulturellen Dimensionen liegenden Geschlechtsphänomene wegstandardisiert werden.

Eine weitere epidemiologische Strategie besteht in der sogenannten Stratifizierung, der Durchführung separater Analysemodelle für Männer und Frauen

(den *strata* für Geschlecht) oder für unterschiedliche Altersgruppen (den *strata* für Alter). Damit lässt sich untersuchen, ob für Männer und Frauen oder für einzelne Altersgruppen ein ähnliches oder ein unterschiedliches Muster von Einflussfaktoren besteht. Ist der Einfluss beispielsweise des Zivilstandes für die psychische Gesundheit von Männern wie Frauen derselbe oder nicht? Sagt die Bildung die Sterblichkeit von Männern und Frauen vergleichbar gut voraus oder nicht? Ist Depression für Frauen wie für Männer ein Risikofaktor für Herzinfarkte oder nicht? Dies ist ein Verfahren, welches wir in der SAPALDIA-Studie einsetzen, einer bevölkerungsbezogenen Längsschnitt-Studie zum Einfluss von Umweltfaktoren auf Atemwegs- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Ackermann 2005). In dieser Studie wird eine breite Palette von Umwelt- und persönlichen Faktoren erhoben. Wir untersuchen nun in dieser Studie auch den Einfluss von Geschlecht für die Entstehung von Atemwegserkrankungen. Dabei analysieren wir, ob eine Reihe von Faktoren, von welchen wir wissen, dass sie mit Geschlecht assoziiert sind, bei Frauen und Männern einen Zusammenhang mit Atemwegserkrankungen aufweisen (Abb. 4). Wir setzen dies als ein differenzierendes Verfahren ein, um zu untersuchen welches die Wirkungspfade sind, durch die Geschlecht auf Atemwegserkrankungen einen Einfluss ausübt, ob dies in der biologischen und/oder soziokulturellen Dimension der Fall ist.

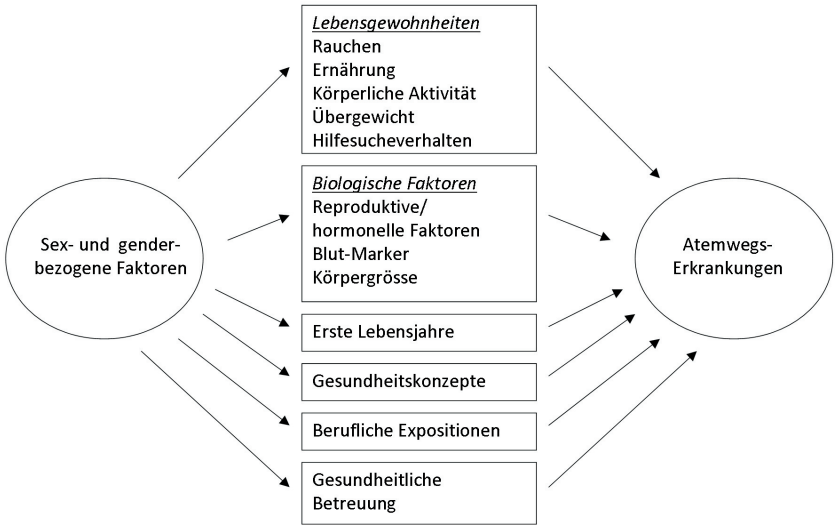


Abb. 4: Sex- und gender-bezogene Faktoren bei der Entstehung von Atemwegserkrankungen.

Eine weitere Strategie, der Bedeutung von Geschlecht auf die Spur zu kommen, liegt in einem Verfahren, das von Sara Arber vorgeschlagen wurde (Arber 1999): Bei schrittweisem Einführen von Einflussfaktoren in multivariablen Modellen wird darauf geachtet, ob beziehungsweise wie sich mit jedem neuen Faktor der

Zusammenhang zwischen Geschlecht und dem Gesundheitsmaß verändert. Die Bedeutung dieses Verfahrens liegt nicht darin, dass man auf Geschlecht als ein ursächliches Maß abzielt, das für möglichst alle Störfaktoren korrigiert ist. Der Fokus liegt vielmehr auf der Dynamik des Zusammenhangs zwischen Geschlecht und Gesundheit, wenn weitere Einflussfaktoren berücksichtigt werden. Aus der Dynamik des Zusammenhangs zwischen Geschlecht und einem Gesundheitsparameter lässt sich ablesen, welche Faktoren mit Geschlecht mitgemessen werden. Diese üblicherweise als ‚Störfaktoren' bezeichneten und möglichst wegstandardisierten Faktoren enthalten eine Information zur Bedeutung von Geschlecht: Sie geben Einblick, mit welchen anderen Faktoren Geschlecht so verknüpft ist, dass sich der Zusammenhang zwischen Geschlecht und Gesundheit ändert.

In Tabelle 1 ist ein solches Vorgehen aus dem *Fokusbericht Gender und Gesundheit* für die über 65jährige Schweizer Bevölkerung dargestellt (Zemp 2008). Bei dieser Analyse wurde der Frage nachgegangen, wie sich der Zusammenhang zwischen Geschlecht und einer subjektiv schlecht eingestuften Gesundheit ändert, wenn schrittweise die Prädiktoren Alter, Zivilstand, Bildung, Einkommen, Nationalität und Sprachregion sowie eine Reihe weiterer Faktoren in ein Regressionsmodell eingeführt werden.

Tabelle 1: Zusammenhang von Geschlecht und mittelmäßiger bis schlechter subjektiver Gesundheit bei über 65-Jährigen: Veränderung des Zusammenhangs bei schrittweiser Berücksichtigung von sozioökonomischen, demografischen und gesundheitlichen Faktoren.

Modell	Eingeschlossene Variablen	Odds Ratio für weibliches Geschlecht* (95% Konfidenzintervall)
Modell 1	Geschlecht (rohe Odds Ratio)	1.35 (1.17-1.55)
Modell 2	Geschlecht + Alter	1.33 (1.16-1.54)
Modell 3	Geschlecht + Alter + Zivilstand	1.29 (1.10-1.50)
Modell 4	Geschlecht + Alter + Zivilstand + Bildung	1.07 (0.91-1.25)
Modell 5	Modell 4 + Einkommen	1.00 (0.84-1.18)
Modell 6	Modell 5 + Nationalität	1.00 (0.84-1.18)
Modell 7	Modell 6 + Sprachregion	1.00 (0.85-1.19)
Modell 8	Modell 7 + Klasse der Spitalversicherung	0.99 (0.84-1.18)
Modell 9	Modell 8 + Bezug von Ergänzungsleistungen	0.98 (0.83-1.17)
Modell 10	Modell 9 + Wohnen in Einpersonenhaushalt	0.99 (0.83-1.18)
Modell 11	Modell 10 + Vorhandensein von Vertrauensperson	1.06 (0.88-1.29)

Modell 12	Modell 11 + Einsamkeit	1.05 (0.87-1.27)
Modell 13	Modell 12 + gesundheitsbewusste Lebensweise	0.99 (0.80-1.23)
Modell 14	Modell 13 + Grippeimpfung	0.95 (0.77-1.18)
Modell 15	Modell 14 + Krebsvorsorge	0.99 (0.77-1.26)
Modell 16	Modell 15 + psychisches Wohlbefinden	1.02 (0.78-1.33)
Modell 17	Modell 16 + chronisches psychisches/ physisches Problem	0.98 (0.74-1.30)
Modell 18	Modell 17 + Beschwerden	0.71 (0.52-0.97)
* Im Vergleich zum männlichen Geschlecht (Odds Ratio=1)		
** Statistisch signifikante Resultate		

Das ‚rohe Maß' für den Zusammenhang zwischen weiblichem Geschlecht (die ‚rohe *Odds Ratio*') und einer mäßigen bis schlechten Gesundheit beträgt 1,35. Dies bedeutet, dass – ohne statistische Kontrolle für andere Faktoren – Frauen eine 1,35 mal so große Wahrscheinlichkeit wie Männer haben, dass sie ihre Gesundheit als mäßig oder schlecht einstufen. Rechnet man nun ein Modell, in welchem zusätzlich der Faktor „Alter" eingeführt wird, verändert sich dieser Zusammenhang nur wenig (die *Odds Ratio* für weibliches Geschlecht beträgt nun 1,33). Er wird wiederum ein wenig kleiner in einem Modell, in welches zusätzlich der Faktor „Zivilstand" eingeführt wird (*Odds Ratio* 1,29). Eine relevante Änderung ergibt sich nun im Modell, in welches man zusätzlich den Faktor „Bildung" einführt: Die *Odds Ratio* für weibliches Geschlecht beträgt nun nur noch 1,07, der Zusammenhang ist statistisch nicht mehr signifikant. Bei Einführung einer ganzen Reihe weiterer Faktoren verändert sich der Zusammenhang nicht wesentlich – bis zur Einführung des Faktors „Vorhandensein von Beschwerden" (aus einer Liste von 10 Beschwerden mindestens eine der Beschwerden stark oder mindestens zwei in nicht ausgeprägtem Ausmaß bejaht). Hier nun beträgt die *Odds Ratio* für weibliches Geschlecht noch 0,71, der Zusammenhang ist wieder signifikant. Dies bedeutet, dass Frauen im Vergleich zu Männern seltener (0,71 mal so oft) eine mäßige oder schlechte Gesundheit angeben, wenn man das Vorliegen gesundheitlicher Beschwerden statistisch kontrolliert. Aus dieser Analyse scheinen mir zwei Ergebnisse relevant: Einerseits zeigt sich, dass man in dieser Studie mit ‚Geschlecht' bei Frauen im Alter über 65 Jahren eigentlich ‚Bildung' misst. Der Geschlechtsunterschied ist an die Bildung geknüpft. Man kann hier wohl von einer Dekonstruktion von Geschlecht sprechen. Das zweite relevante Ergebnis betrifft das Absinken der *Odds Ratio* auf 0,71 bei Einführung gesundheitlicher Beschwerden. Dieses Ergebnis konfrontiert uns mit einer anderen Ebene: Das Vorliegen gesundheitlicher Beschwerden, wie sie in dieser Studie erfasst wurden, verändert für Frauen, nicht aber für Männer die Wahrscheinlichkeit, wie sie ihre Gesundheit einstufen. Ob wir es bei dieser Dynamik der *Odds Ratio* mit unterschiedlichen Interpretationen körperlicher Phänomene oder mit unterschiedlichen Konzepten von Gesundheit zu tun haben oder ob das Ergebnis ein Hinweis auf Unterschiede im körperlichen Geschehen ist, lässt sich

mit den vorliegenden Daten nicht entscheiden. Um dies vertiefter zu verstehen, bräuchte es nun weitere Untersuchungen, vorzugsweise in Kombination mit einer qualitativen Methode.

Geschlechtsunterschiede: eine Positionierung

Die Beschäftigung mit Geschlechtsunterschieden geriet in den letzten Dekaden zunehmend unter den Verdacht, dass mit der Analyse und Darstellung von Geschlechtsunterschieden solche erst hergestellt und normiert werden und dass sie Teil der iterativen Verfestigung der Geschlechterbinarität sind. Mir scheint, dass mit der Fokussierung auf die gesellschaftliche Konstruktion von Weiblichkeit und Männlichkeit der Blick auf mit Geschlechtsunterschieden verknüpfte Prozesse auch etwas verstellt wurde, die ebenfalls zu einem besseren Verständnis von Geschlecht beitragen beziehungsweise von Relevanz sein können.

Die Auseinandersetzung mit Geschlechtsunterschieden kann auch zu deren Dekonstruktion führen. Dies hat Hagemann-White bereits in den 1990er Jahren für qualitative Verfahren ausgeführt (Hagemann-White 1994). Dies muss nicht auf qualitative Methodik beschränkt bleiben. Auch in epidemiologischen Analysen lässt sich eine Art doppelte Strategie einsetzen: zunächst die Differenzperspektive einzunehmen und sie dann in weiteren Analyseschritten (mit der Fokussierung auf die Dynamik von Geschlechtsunterschieden bei Berücksichtigung weiterer Faktoren) außer Kraft zu setzen. Wir wissen zwar nie wirklich, was wir mit Geschlecht messen. Wir können jedoch einen Einblick gewinnen, mit welchen anderen sozialen Faktoren Geschlecht verknüpft ist, sodass der Zusammenhang mit Gesundheit unterschiedlich wird. Diese Nutzung von Geschlechtsunterschieden kann über eine Rückbindung an die Geschlechterbinarität hinausgehen.

Auch ‚gemachte' Unterschiede sind wirksam, wenn auch vielleicht veränderbar. Die Beforschung von Geschlechtsunterschieden beinhaltet daher Veränderungspotenzial und – wie ich für den Gesundheitsbereich doch postulieren möchte – Verbesserungspozential. Dies gilt in besonderem Maße, da gewonnenes Wissen in die gesundheitliche Betreuung einfließt, in Form von Handlungsanleitungen, Interventionen, Programmen (darin liegt für mich auch die Motivation, mich in *Public Health* mit Geschlecht zu beschäftigen). Daher sehe ich diesen Beitrag auch als Plädoyer, vermehrt das Potenzial epidemiologischer Analysen zu nutzen.

Die Überprüfung, worin eine ‚gewordene' Realität besteht, ist eine konstante Notwendigkeit. Durch den Wandel sozialer Realitäten ergibt sich auch ein Wandel der Bedeutung von Geschlecht, die immer wieder zu überprüfen ist. Zu einer solchen Überprüfung gehört meines Erachtens auch, wie gut die Theorien und Konzepte sind, auf die wir uns stützen. Gerade wegen der Komplexität und Multidimensionalität von Geschlecht muss diese Überprüfung an der ‚Realität' geschehen, durch Beobachtung. Lassen sich unsere Theorien stützen? Wirken Interventionen? Wie wirken sie? Und hier schließt sich für mich auch ein Kreis, eine Art iteratives Verfahren der Reflexion: „...it is by counting people – in vary-

ing states of health, disease, and disability, the alive and the dead – that we derive our estimates...“ (Krieger 2003). Nicht als Festlegung, sondern als erneuter Ausgangspunkt von Beobachtung und Beschäftigung mit Zusammenhängen zwischen Geschlecht und Gesundheit.

Literatur

Ackermann-Liebrich, Ursula/ Birgit Kuna-Dibbert/ Nicole M. Probst-Hensch, Christian Schindler/ Denise F. Dietrich/ Elisabeth Zemp Stutz/ Lucy Bayer-Oglesby/ Franco Baum/ Otto Brändli/ Martin Brutsche/ Sara H. Downs/ Dirk Keidel/ Margaret W. Gerbase/ Medea Imboden/ Roland Keller/ Beat Knöpfli/ Nino Künzli/ Laurent Nicod/ Marco Pons/ Patricia Städele/ Jean-Marie Tschopp/ Jean P. Zellweger/ Philippe Leuenberger (2005) „Follow-up of the swiss cohort study on air pollution and lung diseases in adults (SAPALDIA) 1991-2003: methods and caracterisation of participants." *Sozial- und Präventivmedizin* 50: 245-63.

Arber, Sara/ Helen Cooper (1999) „Gender differences in health in later life: the new paradox?" *Social Sciences and Medicine* 48 (1999): 61-76.

Beautrais Annette L (2006) „Women and suicidal behaviour." *Crisis* 27/2006: 153-156.

Buchen, Sylvia (2004) „Standortbestimmung und Selbstvergewisserung der Geschlechterforschung als Einführung." *Gender methodologisch. Empirische Forschung in der Informationsgesellschaft vor neuen Herausforderungen.* Hg. Sylvia Buchen/ Claudia Helfferich/ Maja S. Maier. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 11.

Doyal, Leslie (2001) „Sex, gender, and health: the need for a new approach." *British Medical Journal* 323 (7320)/ 2001: 1061-63.

Hagemann-White, Carol (1994). „Der Umgang mit Zweigeschlechtlichkeit als Forschungsaufgabe". *Erfahrung mit der Moderne.* Hg. Angelika Diezinger/ Hedwig Kitzer/ Ingrid Anker/ Simone Odierna/ Erika Haas/ Irma Bingel. Freiburg i. Br.: Kore, 301-318.

Hill, Austin Bradford (1965). „The environment and disease. Association or causation?" *Proc R Soc Med* 58/1965: 295-300.

Klinge, Ineke (2010). „Sex and gender in biomedicine: promises for women and men. How incorporation of sex and gender in research will lead to a better health care". *Sex and Gender in Biomedicine. Theories, Methodologies, Results.* Hg. Ineke Klinge/ Claudia Wiesemann C. Göttingen: Universitätsverlag Göttingen, 16-32.

Kopp, Maria/ Arpad Skrabski/ Zsuzsa Szànto/ Johannes Siegrist (2006). „Psychosocial determinants of premature cardiovascular mortality differences within Hungary." *Journal of Epidemiology and Community Health* 60/2001: 782-788.

Krieger, Nancy (2001). „Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective." *International Journal of Epidemiology* 30: 668-677.

Krieger, Nancy (2003). „Genders, sexes, and health: what are the connections and why does it matter?" *International Journal of Epidemiology* 32: 652-657.

Krieger, Nancy/ George D. Smith (2004). „‚Bodies count' and Body Counts: Social Epidemiology and Embodying Inequality." *Epidemiologic Reviews* 26: 92-103.

Liesegang, Thomas J. (1997) „Contact lens-related microbial keratitis: part I: Epidemiology." *Cornea* 16: 125-131.

Ordovas, José M. (2007) „Gender, a significant factor in the cross talk between genes, environment, and health". *Gender Medicine* 4 (Supplement B): 111-122.

Sen, Gita/ Piroska Östlin/ George Asha (2007). *Unequal, unfair, ineffective and inefficient. Gender inequity in health: Why it exists and how we can change it.* Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health. Women and Gender equity Knowledge Network. Stockholm: Karolinska Institutet.

Siegrist, Johannes (1995). *Medizinische Soziologie*. Wien: Urban und Schwarzenberg.

Van Spijk, Piet (1991). *Definitionen und Beschreibung der Gesundheit – ein medizinhistorischer Überblick*. Schriftenreihe SGGP.

World Health Organisation (2010) *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health*. 5. Juni 2010 <http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf>.

Zemp Stutz, Elisabeth/ Julia Dratva/ Paola Coda Bertea/ Katharina Staehelin/ Carine Weiss (2008) *Fokusbericht Gender und Gesundheit*. Bundesamt für Gesundheit Nr. 7.08 1'000d 500f GP 20EXT0806. Bern: Bundesamt für Gesundheit.