

Geschlechtsspezifisches Risikoverhalten im Jugendalter

Empirische Befunde und theoretische Erklärungsansätze

Zusammenfassung

Die empirischen Befunde einer geschlechtervergleichenden Jugendgesundheitsforschung zeigen relativ konsistente Muster: Männliche Jugendliche fallen durch externalisierendes Problemverhalten auf, während Mädchen häufiger internalisierendes Problemverhalten wählen. Internationale Vergleichsstudien zeigen, dass diese Muster der Geschlechtsunterschiede nicht universell sind, sondern offenbar kulturellen Prägungen unterliegen. So finden sich in den westeuropäischen Ländern beim Rauchverhalten nur geringe, in osteuropäischen Ländern aber deutliche Geschlechtsunterschiede. Diese empirischen Befunde lassen sich unter Rückgriff auf Theorien zur sozialen Konstruktion von Weiblichkeit und Männlichkeit erklären („doing gender“). Im Jugendalter haben Jugendliche die Aufgabe, sich die Geschlechtsrolle auf neuen Ebenen anzueignen. Zur Darstellung von Weiblichkeit und Männlichkeit greifen sie auf geschlechtlich konnotierte Verhaltensweisen und eben auch gesundheitsrisikante Verhaltensweisen zurück. Für die Konzeption von Präventionsmaßnahmen ist daher wichtig, die Bedeutung von gesundheitlichem Risikoverhalten für die Konstruktion von Weiblichkeit und Männlichkeit ernst zu nehmen und das Geschlecht als zentrale Variable bei der Entwicklung von Präventionsangeboten in den Vordergrund zu rücken.

Schlüsselwörter

Risikoverhalten · Adoleszenz ·
Geschlecht · Gendertheorien

Die Jugendgesundheitsforschung hat früh darauf aufmerksam gemacht, dass neben dem Alter und der sozialen Schichtzugehörigkeit auch das Geschlecht eine zentrale Variable ist, entlang derer sich das gesundheitsrelevante Verhalten von Jugendlichen differenzieren lässt. Männliche und weibliche Jugendliche unterscheiden sich dabei nicht nur hinsichtlich qualitativer und quantitativer Dimensionen des gesundheitsriskanten und gesundheitsprotektiven Verhaltens selbst, sondern auch im Hinblick auf die Einflussfaktoren auf das Verhalten. Die Kenntnis der geschlechtsspezifischen Variation sowohl der Verhaltensparameter als auch der Einflussfaktoren ist eine unabdingbare Voraussetzung für die zielgruppenadäquate Planung von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen. Der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat in seinem Jahreshauptgutachten 2000/01 [1] zu Recht angemahnt, dass Präventionsmaßnahmen stärker als bislang auf spezifische Zielgruppen auszurichten sind, um die Effektivität dieser Angebote zu steigern. Dies gilt auch und gerade für das Jugendalter, denn die wenigen bislang vorliegenden Evaluationsstudien zeigen, dass mit geschlechtsspezifischen Effekten zu rechnen ist [2, 3].

Im Folgenden wird zunächst ein cursorischer Überblick über die empirischen Befunde zum gesundheitsrelevanten Verhalten im Jugendalter in geschlechtsdifferenzierender Perspektive gegeben. Der Fokus liegt auf dem gesundheitsriskanten Verhalten, da dieses der für die Prävention zentrale Bereich ist. Anschließend werden die Befunde theoretisch eingebettet und diskutiert. Hierzu wird auf Theorieansätze der feministischen Forschung zurück gegrif-

fen, die unter dem Stichwort „doing gender“ die Bedeutung individuellen Verhaltens für die Darstellung von Weiblichkeit und Männlichkeit diskutieren [4]. Dieser Ansatz eignet sich in hervorragender Weise, um die Geschlechtsunterschiede im gesundheitsrelevanten Verhalten überhaupt [5] und im Speziellen im Jugendalter [6, 7, 8] zu erklären. Die Konsequenzen dieser theoretischen Betrachtung für die Prävention werden im abschließenden Abschnitt kurz beleuchtet.

Geschlechtsunterschiede im gesundheitsriskanten Verhalten im Jugendalter

Seit Mitte der 80er-Jahre sind auch in Deutschland zahlreiche Studien erschienen, die einen Überblick über das gesundheitsrelevante Verhalten im Jugend- und jungen Erwachsenenalter geben. Zu erwähnen sind hier vor allem

die Drogenaffinitätsstudien der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, die seit 1973 in regelmäßigen Abständen das Konsumverhalten legaler und illegaler Drogen in der Altersgruppe 12 bis 25 Jahre zu eruieren sucht (Die Daten der BzgA werden leider nur entweder nach Geschlecht oder nach Altersgruppen differenziert ausgewertet; beide Variablen werden in den Publikationen nicht gemeinsam berücksichtigt. Aus diesem Grund muss sich der folgen-

© Springer-Verlag 2002

Prof. Dr. Petra Kolip
Universität Bremen, Fachbereich 11,
Grazer Straße 2a, 28359 Bremen
E-Mail: kolip@bips.uni-bremen.de

P. Kolip

Gender-specific health related behavior in youth. Empirical findings and theoretical explanations

Abstract

Studies addressing health risk behavior show relatively consistent gender patterns: male adolescents draw attention to themselves by externalizing problem behavior; girls, on the other hand, more often choose an internalizing problem behavior. International, comparative studies show that these patterns of gender differences are not universal but are dependent on the culture in which they occur. For example, in western Europe, there are only minor gender differences in smoking behavior, whereas in eastern Europe the differences are clear cut – to the disadvantage of boys. These empirical findings can be explained by theories on “doing gender”. West and Zimmerman assume that gender is a social category which is negotiated and confirmed by interactions. Adolescents use behaviors that help them to adopt gender roles. For the conception of prevention programs, the role of health risk behavior for the construction of femininity and masculinity has to be taken serious.

Keywords

Health risk behavior · Adolescence ·
Gender · Gender theories

Leitthema: Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

de Geschlechtervergleich auf eine relativ große Altersgruppe 12 bis 25 Jahre beziehen. Es ist zu hoffen, dass der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey hier zukünftig differenziertere Aussagen ermöglicht.) [9].

- ▶ die im Rahmen des Sonderforschungsbereichs „Prävention und Intervention im Kindes- und Jugendalter“ der Universität Bielefeld durchgeführten Befragungen zur Gesundheit und zum gesundheitsrelevanten Verhalten von 12- bis 16-jährigen Jugendlichen, insbesondere der erste gesamtdeutsche Jugendgesundheitsurvey, der umfassend unter geschlechtsdifferenzierender Perspektive ausgewertet wurde [7] sowie
- ▶ die im internationalen Verbund unter der Leitung der WHO regelmäßig durchgeführten Studien „Health Behavior in School-aged Children-HBSC“, an denen Deutschland mit einer regionalen Stichprobe (NRW, seit 2002 auch 5 weitere Bundesländer) beteiligt ist und mit deren Datensätzen internationale Vergleiche möglich sind [10].

Diese Studien werden durch zahlreiche weitere Untersuchungen mit eingrenzteren Fragestellungen oder Stichproben sowie durch Daten des Statistischen Bundesamtes, z. B. zum Verkehrsverhalten, ergänzt (für einen Überblick s. auch [11]).

Die Studien zeigen bezüglich der Geschlechtsunterschiede im gesundheitlichen Risikoverhalten ein konsistentes Muster, denn es lassen sich sowohl qualitative als auch quantitative Unterschiede feststellen: Beim Tabakrauchen haben sich Mädchen und Jungen in den vergangenen Jahrzehnten weitgehend angeglichen. Die Raucherquoten unterscheiden sich nicht, aber es lassen sich qualitative Unterschiede dahingehend feststellen, dass rauchende Mädchen weniger Zigaretten konsumieren und der Anteil derer, die zu „harten“ Tabakprodukten greifen (filterlose Zigaretten, selbst gedrehte Zigaretten, Zigaretten mit hohem Teergehalt), bei den Jungen höher ist.

Auch beim Alkoholkonsum unterscheiden sich Mädchen und Jungen auf den ersten Blick kaum. Hinsichtlich Lebenszeit- und 12-Monatsprävalenz gibt es nur marginale Unterschiede, aber auch hier finden wir qualitative Unter-

schiede. Mädchen und junge Frauen trinken häufiger Wein und Sekt, Jungen und junge Männer hingegen trinken häufiger Bier und Spirituosen. Das männliche Geschlecht konsumiert zudem häufiger alkoholische Getränke, und die Trinkmengen sind wesentlich größer.

Beim Konsum illegaler Drogen unterscheiden sich Mädchen und Jungen bei der Lebenszeitprävalenz, und auch bei der 12-Monats-Prävalenz und dem regelmäßigen Konsum finden sich Unterschiede zu Ungunsten der Jungen. Die prägnante Formel Cornelia Helfferichs [12], „Je härter der Konsum, desto höher der Jungenanteil“ lässt sich sowohl für legale als auch für illegale Drogen belegen.

Darüber hinaus finden sich in zahlreichen weiteren Bereichen gesundheitlichen Risikoverhaltens Unterschiede zwischen den Geschlechtern, die hier kurz skizziert werden sollen: Die Unfallhäufigkeit ist bei Jungen erhöht, die auch häufiger durch riskantes Verkehrsverhalten (z. B. Fahren eines KFZ unter Alkoholeinfluss) auffallen [13, 14]. Sind es in den genannten Bereichen die Jungen, die sich riskanter verhalten, kann das Themenfeld Ernährung als eines mit einem erhöhten Risikopotenzial für Mädchen identifiziert werden. Zwar ernähren sich Mädchen, bezogen auf das, was sie essen, gesünder – sie essen häufiger als die Jungen frisches Obst und Gemüse und seltener Süßigkeiten –, sie lassen aber häufiger Mahlzeiten aus und machen häufiger gewichtsreduzierende Diäten [7]. Diese können einen Einstieg in Essstörungen (Anorexia nervosa, Bulimie) bedeuten [15].

Generell lässt sich festhalten, dass Jungen eher externalisierende, Mädchen eher internalisierende Varianten gesundheitlichen Problemverhaltens wählen [16]. Dass es sich bei den beschriebenen Mustern allerdings nicht um ein universelles Phänomen handelt, wird durch einen Blick auf internationale Vergleichsstudien wie die HBSC-Studie deutlich [10]. Hier zeigen sich erhebliche Variationen zwischen den Ländern, auch der Geschlechtsunterschied variiert. So finden sich zwar in allen untersuchten Ländern die beschriebenen Unterschiede im Alkoholkonsum, nicht aber im Tabakkonsum. In einigen, vor allem osteuropäischen Ländern fallen große Geschlechtsunterschiede im Sinne eines höheren Konsums der männli-

chen Jugendlichen ins Auge, während in westeuropäischen Ländern kaum Unterschiede zutage treten (ausführlicher siehe [17]). Dieser internationale Vergleich verweist darauf, dass gesundheitliches Risikoverhalten kulturell eingebettet ist und unter Rückgriff auf sozialwissenschaftliche und entwicklungspsychologische Theorien erklärt werden muss.

Gesundheitliches Risikoverhalten unter gender-theoretischer Perspektive

Die dargestellten geschlechtsdifferenzierenden Muster sind zwar vielfach beschrieben worden, werden aber in den Gesundheitswissenschaften nur selten in einen theoretischen Kontext eingebettet. Die theoretische Verankerung der Befunde ist aber notwendig, um angemessene Präventionsstrategien entwickeln und einen Rahmen für die Evaluation und Qualitätssicherung stecken zu können.

In der sozialwissenschaftlichen Frauenerforschung hat sich eine Unterscheidung zwischen dem biologischen und sozialen Geschlecht etabliert, die auch für die Gesundheitsforschung und den vorliegenden Zusammenhang fruchtbar gemacht werden kann. Das biologische Geschlecht (sex) knüpft an biologische Merkmale an, anhand derer Individuen den Kategorien weiblich/männlich zugeordnet werden: Chromosomen-, Keimdrüsen-, Hormon- und morphologisches Geschlecht. Mit dem Begriff „soziales Geschlecht“ (gender) wird hingegen deutlich gemacht, dass sich an das biologische Geschlecht Geschlechtsstereotype knüpfen. Anders formuliert: Das Geschlecht ist nicht nur eine biologische, sondern vor allem eine soziale Kategorie, die an den biologischen Unterschieden festgemacht wird [18]. Anknüpfend an die Anatomie werden Mädchen und Jungen, Frauen und Männern unterschiedliche Rollen, Aufgaben und Handlungsfelder zugewiesen. Diese sind in verschiedenen Kulturen mit jeweils unterschiedlichen Inhalten ausgefüllt, orientieren sich aber – mit wenigen Ausnahmen – an einem zweigeschlechtlichen System.

West und Zimmerman [4] haben diese Differenzierung aufgegriffen und ausformuliert. Sie haben den Gedanken in die Debatte eingebracht, dass das soziale Geschlecht eine handlungsbezogene Kategorie ist. Da unsere Gesellschaft

vom zweigeschlechtlichen System geprägt ist, wird von jedem Individuum erwartet, dass er/sie sich in sozialen Situationen entsprechend seinem Geschlecht verhält, damit das Gegenüber das Geschlecht des Interaktionspartners/der Interaktionspartnerin eindeutig identifizieren kann. Diese Information ist notwendig, da das Geschlecht eine zentrale Kategorie ist, die unsere Interaktion bestimmt. Wir verhalten uns unterschiedlich, je nachdem, ob wir es mit einem Mann oder einer Frau zu tun haben (für zahlreiche Belege siehe [7]). Unter dem Stichwort „doing gender“ diskutieren West und Zimmerman diese soziale Konstruktion von Weiblichkeit und Männlichkeit. Diese Darstellungsleistung (bzw. von West und Zimmerman noch schärfer als „Aushandlungsprozess“ gefasste Interaktion) bekommt in der Adoleszenz eine besondere Bedeutung. In entwicklungspsychologischer Perspektive haben Jugendliche die Aufgabe, sich die ihnen entsprechende Geschlechtsrolle anzueignen. Dies gelingt ihnen dann leicht, wenn sie auf „typisch weibliche“ bzw. „typisch männliche“ Verhaltensweisen zurückgreifen können. Über männlich oder weiblich konnotierte Verhaltensweisen können sie Weiblichkeit oder Männlichkeit darstellen. Auch einige gesundheitsrelevante Verhaltensweisen sind geschlechtlich aufgeladen, so der exzessive Alkoholkonsum oder das riskante Verkehrsverhalten als „männlich“ und das restriktive Essverhalten als „weiblich“. Andere Verhaltensweisen sind nicht oder nicht mehr männlich oder weiblich konnotiert. So eignete sich das Zigarettenrauchen vor 30 Jahren noch zur Demonstration von Männlichkeit, mittlerweile hat es diese Bedeutung aber verloren. Dies gilt zumindest für die westlichen europäischen Länder, in Osteuropa ist diese Bedeutungsverschiebung in der Bewertung des Rauchens noch nicht zu beobachten.

Geschlechterdifferenzierung in der Präventionspraxis

Obwohl zahlreiche Befunde vorliegen, die belegen, dass das gesundheitliche Verhalten im Jugendalter mit dem Geschlecht variiert, gibt es bislang kaum Versuche, diese Erkenntnis in eine geschlechtsdifferenzierende Entwicklung von Präventionskonzepten einmünden

zu lassen. Dies ist umso bedauerlicher, als sich die bisherigen Präventionsprogramme als wenig effektiv erwiesen haben. Zwar haben sich moderne Präventionsangebote vom Abschreckungsparadigma gelöst und fokussieren auf die Vermittlung von Lebenskompetenzen; die Frage, inwieweit Mädchen und Jungen über unterschiedliche Ressourcen verfügen und differentielle Belastungen zu bewältigen haben, bleibt aber weitgehend ausgeklammert. Dieses Manko kann auf drei Wegen behoben werden:

Zum einen muss es zukünftig darum gehen, aufbauend auf einer geschlechtersensiblen Analyse der Risiko- und Schutzfaktoren geschlechtssensible Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote zu entwickeln. Anregungen bietet hier die offene Jugendarbeit, die bereits seit vielen Jahren mädchen- und mittlerweile auch jungengerechte Angebote zur Ressourcenstärkung entwickelt hat – ohne dass diese aber unter dem Stichwort „Gesundheitsförderung“ firmieren [19, 20, 21]. So zeigen die Modellprojekte des Instituts für regionale Innovation und Sozialforschung (IRIS) zur Jungenpädagogik [21], wie über eine jungengerechte Jugendarbeit, die an den Ressourcen und nicht an den Defiziten der Jungen ansetzt und diese in ihrem „Mann-Werden“ unterstützt, letztlich auch ein Beitrag zur gesunden Entwicklung geleistet wird. Ähnliches gilt für die Mädchenarbeit. Auch hier geht es darum, Potenziale von Mädchen zu erschließen, um ihnen Erlebens- und Verhaltensoptionen zu eröffnen, die sie als Ressource für die Lebensplanung und Lebensbewältigung nutzen können.

Zum zweiten ist es notwendig, nicht nur geschlechtsspezifische Angebote zu entwickeln, sondern das Geschlechterverhältnis selbst in den Vordergrund zu rücken. Die Gesundheit von Mädchen und Frauen ist eng auf die Gesundheit von Jungen und Männern bezogen. Erst durch die Analyse der Interdependenzen lassen sich angemessene Präventionsstrategien entwickeln, wenn vermieden werden soll, dass die Diskurse nebeneinander her laufen [22, 23]. Diese Aufgabe gilt sowohl für die Theorieentwicklung (siehe hierzu die herausragenden Arbeiten von Connell und Mitarbeitern [24]), als auch für die Präventions- und Gesundheitsförderungspraxis. Bislang gibt es nur einige wenige Ansätze, die explizit das Verhältnis der Geschlechter in

das Zentrum der Präventionsbemühungen stellen. Besonders erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang das Projekt „boys and girls“, das Jugendliche dazu anregen will, das Mann- und Frauen-Sein sowie das Miteinander der Geschlechter zu reflektieren [23].

Und schließlich ist es zur Behebung des Defizits angemessen, das Konzept des Gender Mainstreamings konsequent in der Gesundheitsförderung und Prävention umzusetzen. Gender Mainstreaming meint, dass jedes Vorhaben daraufhin überprüft wird, welchen Beitrag es zum Abbau geschlechtlicher Ungleichheit leistet [25, 26]. Bezogen auf die Prävention im Jugendalter wäre zu fordern, dass alle Präventionsvorhaben, die mit Mitteln der öffentlichen Hand gefördert werden, vor Antragsstellung zu prüfen ist, inwieweit geschlechtsspezifische Aspekte eine Rolle spielen und die hierzu, falls eine geschlechtssensible Herangehensweise notwendig ist, Konzepte entwickeln. Dass dafür sowohl Antragssteller wie Projektförderer geschult und dass geeignete Instrumente (z. B. Gender Impact Assessment) entwickelt werden müssen, versteht sich von selbst. Erfahrungen in anderen Ländern haben gezeigt, dass eine solche Entwicklung durchaus möglich ist. So ist die „Gesundheitsförderung Schweiz“, eine durch Krankenkassenbeiträge finanzierte Stiftung, die jährlich ca. 18 Mio. Schweizer Franken in Gesundheitsförderungsprojekte und Kampagnen investiert, dazu übergegangen, in ihrem Schwerpunktprogramm „Jugendliche und junge Erwachsene“ eine geschlechtssensible Problemanalyse und Konzeptentwicklung von den Antragsstellern einzufordern. Erste Erfahrungen zeigen, dass hierdurch eine qualitative Verbesserung der Anträge erreicht werden konnte.

Literatur

1. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2000/2001) Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation. Bundesministerium für Gesundheit, Bonn
2. Leppin A, Pieper E, Szirmak Z, Freitag M, Hurrelmann K (1999) Prävention auf den zweiten und dritten Blick: Differentielle Effekte eines kompetenzorientierten Suchtpräventionsprogramms. In: Kolip P (Hrsg) Programme gegen Sucht. Internationale Ansätze zur Suchtprävention im Jugendalter. Juventa, Weinheim, S 215–234
3. Jerusalem M, Mittag W (1997) Schulische Gesundheitsförderung: Differentielle Wirkungen eines Interventionsprogramms. Unterrichtswissenschaft 25:133–150
4. West C, Zimmerman DH (1987) Doing gender. Gender Society 1:125–15
5. Saltonstall R (1993) Healthy bodies, social bodies: men's and women's concepts and practices of health in everyday life. Soc Sci Med 36:7–14
6. Stein-Hilbers M (1995) Geschlechterverhältnisse und somatische Kulturen. Jahrbuch Krit Med 24:62–81
7. Kolip P (1997) Geschlecht und Gesundheit im Jugendalter. Die Konstruktion von Geschlechtlichkeit über somatische Kulturen. Leske und Budrich, Opladen
8. Kolip P (1999) Riskierte Körper: Geschlechtsspezifische somatische Kulturen im Jugendalter. In: Dausien B, Herrmann M, Oechsle M, Schmerl C, Stein-Hilbers M (Hrsg) Erkenntnisprojekt Geschlecht. Feministische Perspektiven verwandeln Wissenschaft. Leske und Budrich, Opladen, S 291–303
9. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2001) Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2001. Eine Wiederholungsbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. BZgA, Köln
10. Currie C, Hurrelmann K, Settertobulte W, Smith R, Todd J (2000) Health and health behavior among young people. WHO Regional Office for Europe, Health Policy for Children and Adolescents Series No. 1. WHO Europe, Kopenhagen
11. Settertobulte W (2002) Gesundheit und Krankheit im Jugendalter. In: Hurrelmann K, Kolip P (Hrsg) Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. Hans Huber, Bern, S 179–190
12. Helfferich C (1994) Jugend, Körper und Geschlecht. Auf der Suche nach sexueller Identität. Leske und Budrich, Opladen
13. Marthiens W, Schulze H (1989) Analyse nächtlicher Freizeitunfälle junger Fahrer (Disco-Unfälle). Berichte zu den Forschungsprojekten 8734 und 8734/2 der Bundesanstalt für Straßenwesen. Bundesanstalt für Straßenwesen, Bergisch-Gladbach
14. Raithel J (1999) Unfallursache: Jugendliches Risikoverhalten. Verkehrsgefährdung Jugendlicher, psychosoziale Belastungen und Prävention. Juventa, Weinheim
15. Kolip P (2001) Psychische Störungen, Gesundheit und Widerstandsfaktoren bei Mädchen. In: Franke A, Kämmerer A (Hrsg) Klinische Psychologie der Frau. Ein Lehrbuch. Hogrefe, Göttingen, S 485–516
16. Raithel J (2001) Risikoverhaltensweisen Jugendlicher. Erklärungen, Formen und Prävention. Leske und Budrich, Opladen
17. Kolip P, Schmidt B (1999) Gender and health in adolescence. WHO Policy Series, „Health Policy for Children and Adolescents“, Issue 2. WHO Europe, Kopenhagen. <http://www.who.dk/HBSC/hbcs%20page.htm>
18. Bilden H (1991) Geschlechtsspezifische Sozialisation. In: Hurrelmann K, Ulich D (Hrsg) Neues Handbuch der Sozialisationsforschung. Beltz, Weinheim, S 279–302
19. Fromm A, Proissl E (1996) Laut-stark und hoch-hinaus. Ideenbuch zur Mädchenspezifischen Suchtprävention. Aktion Jugendschutz, München
20. Winter R, Sturzenhecker B (2002) Praxis der Jungenarbeit. Juventa, Weinheim
21. Winter R, Neubauer G (2001) dies und das. Das Variablenmodell, „balanciertes Junge- und Mannsein“ als Grundlage für die pädagogische Arbeit mit Jungen und Männern. neuling, Tübingen
22. Connell RW (1999) Der gemachte Mann. Leske und Budrich, Opladen
23. SFA – Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (o.J.) boys & girls. Praxismanual zur geschlechtsspezifischen Suchtprävention. SFA, Lausanne
24. Schofield T, Connell RW, Walker L, Wood JF, Butland DL (2002) Das Konzept des Geschlechterverhältnisses in Forschung, Politik und Praxis. In: Hurrelmann K, Kolip P (Hrsg) Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. Hans Huber, Bern, S 67–83
25. Council of Europe (Hrsg.) (1998) Gender mainstreaming – Konzeptioneller Rahmen, Methodologie und Beschreibung bewährter Praktiken. COE, Straßburg.
26. Jahn I (2002) Methodische Probleme einer geschlechtergerechten Gesundheitsforschung. In: Hurrelmann K, Kolip P (Hrsg) Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. Hans Huber, Bern, S 142–156